



SPORT

„NEJPŘIROZENĚJŠÍ PREVENCE ZDRAVOTNÍCH RIZIK“

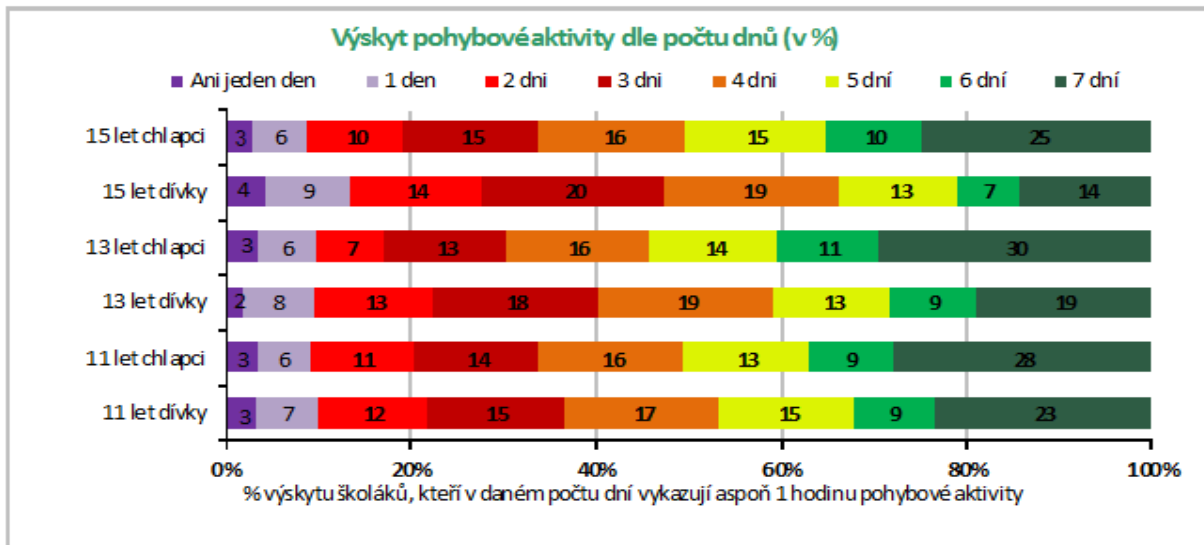
České děti a mládež, dle mezinárodních studií, následují **špatný životní styl** zahrnující níže uvedené faktory:

- nedostatek pohybových aktivit
- nevyváženost mezi výdejem a příjmem energie
- nezdravé stravování
- užívání návykových látek (především tabákových výrobků a alkoholických nápojů)

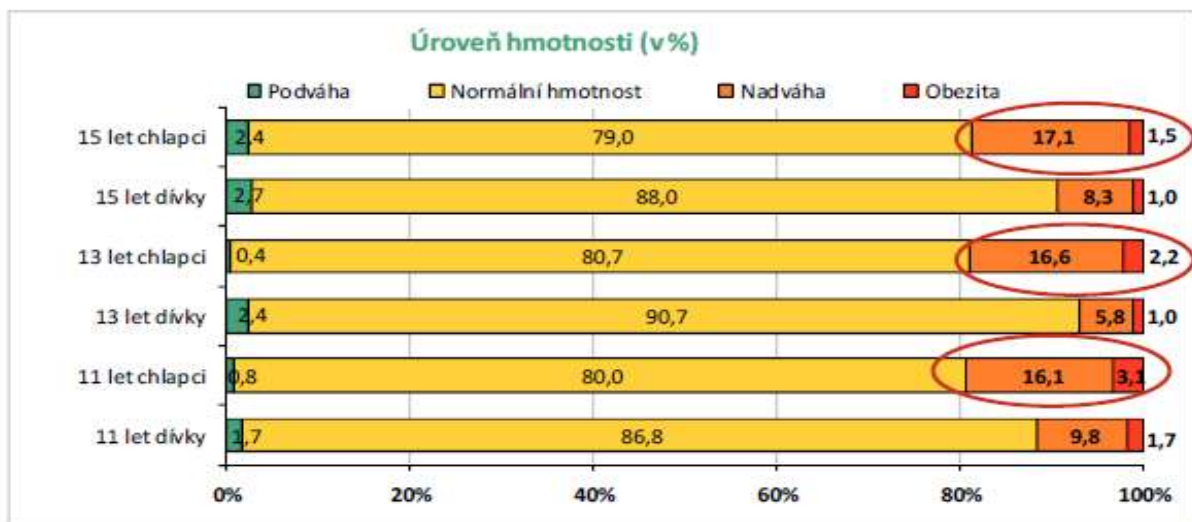
Špatný životní styl českých dětí dokazuje tzv. „**Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků (HBSC)**“. Zpráva je výsledkem výzkumné kolaborativní studie Světové zdravotnické organizace (WHO), do níž se Česká republika zapojuje již od roku 1994. Jejím cílem je zvýšit znalosti či porozumění zdraví a životnímu stylu dětí a mládeže. Mapuje faktory životního stylu u dětí. Zároveň poskytuje cenná data z oblasti výživy a stravovacích zvyklostí, pohybové aktivity a aktivit ve volném čase, rizikového chování – kouření, alkoholu, drog apod. Posledního ročníku studie realizované v roce 2010 se zúčastnilo cca 230 tisíc dětí ve věku 11 až 15 let, z toho 5 686 respondentů pocházelo z 94 škol z celé České republiky.

Studie odhalila následující výstupy, které pro Českou republiku nejsou velmi příznivé:

- **tři čtvrtiny dětí nedosahují na 60 minut pohybové aktivity denně**
- **nadváhou nebo obezitou trpí přibližně pětina chlapců a desetina dívek**
- **zkušenosti s kouřením má více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých**
- mezi roky 2006 a 2010 vzrostl počet dětí, které byly opakovaně opilé (u 15letých chlapců na 46 %, u děvčat na 40 %)
- 7 z 10 dětí tráví více než dvě hodiny denně u počítače
- ve skupině 13letých je počet chlapců s nadváhou a obezitou 3x vyšší než ve skupině dívek
- v patnácti letech pravidelně snídá pouze 46 procent chlapců a 42 procent dívek
- polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých má zkušenost s tabákem, přičemž dívky kouří výrazně častěji než chlapci
- v konzumaci alkoholu čeští třináctiletí a patnáctiletí zauímají první příčky



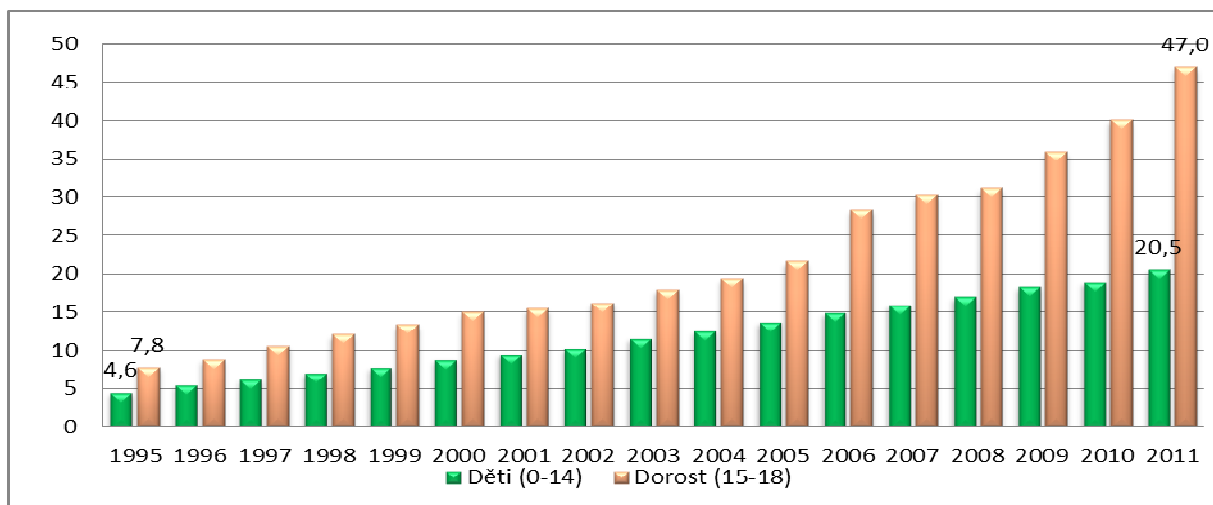
Zdroj: HBSC (2012)



Zdroj: HBSC (2012)

Každý rok vzroste počet pacientů trpících nadváhou nebo obezitou. Tito pacienti vyžadují aktivní sledování a dohled praktického lékaře – jedná se o tzv. dispenzarizované pacienty. Alarmující zjištění představuje procento dispenzarizovaných trpících nadváhou nebo obezitou u dětí a dorostu. Počet dispenzarizovaných dětí na 1000 registrovaných pacientů trpících nadváhou nebo obezitou se v roce 2011 se pohyboval okolo 20,5 % u dětí do čtrnácti let a 47,0 % u mládeže ve věku 15–18 let. V porovnání s rokem 1995, kdy se data začala zaznamenávat, se zvýšilo procento těchto pacientů do čtrnácti let o 4,5x a u dorostu mezi 15–18 o 6x.

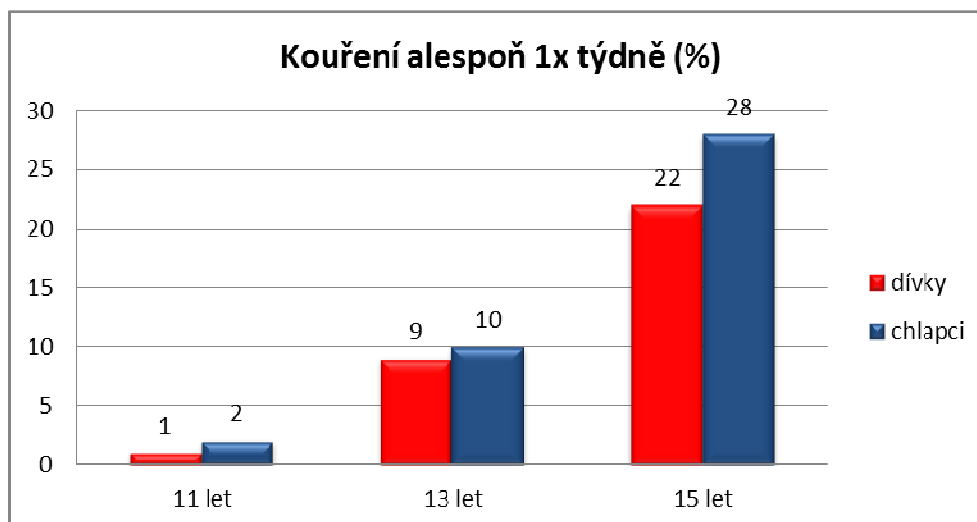
% dispenzarizovaných (nadváha/obezita) na 1000 registrovaných pacientů



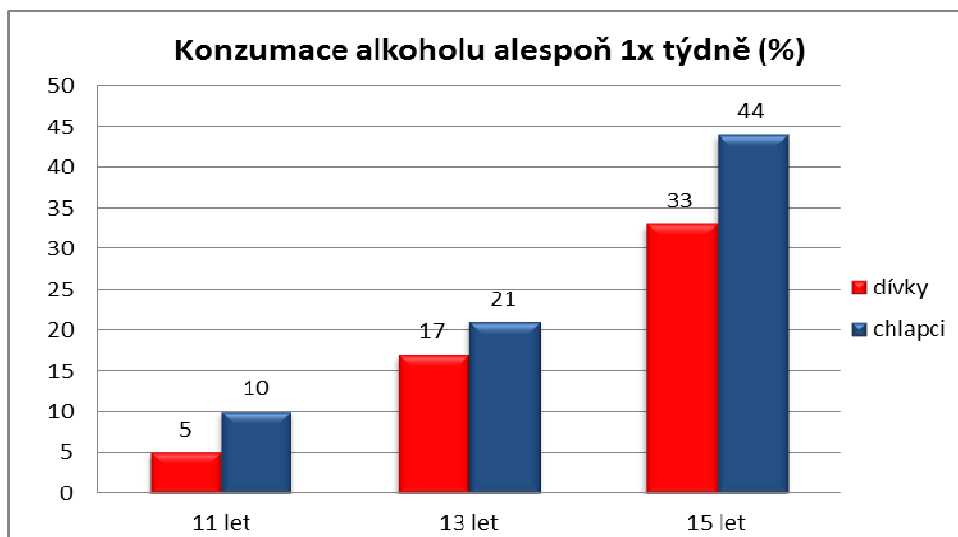
Zdroj: ÚZIS (2012)

Mezinárodní studie HBSC odhalila další velmi závažná zjištění pro Českou republiku v oblasti užívání návykových látek dětmi a mládeží.

- zkušenosti s kouřením má více než 1/2 třináctiletých a 3/4 patnáctiletých
- české děti zauímají přední příčky v užívání alkoholu, tabáku a marihuany
- pravidelnými kuřáky je 18 % patnáctiletých



Zdroj: HBSC (2012)



Zdroj: HBSC (2012)

Konzumace tabákových výrobků dětmi a mládeží způsobuje silnou psychickou závislost. Podstatná část aktivních kuřáků si svůj návyk nese právě z období mladého věku. V posledních letech probíhá přesun počátku kouření směrem k nižší věkové hranici. Počet kuřáků začínající konzumovat cigarety ve věku dvanácti, třinácti či čtrnácti let se od roku 1997 přibližně zdvojnásobil. Od roku 1994 podíl patnáctiletých kuřáček stoupl z 12 % na téměř 28 % a v případě chlapců z 14 % na 25 %. Tato silná základna kuřáků mezi dětmi naznačuje, že prevalence kuřáctví se ani v dospělé populaci v budoucích letech nejspíše nezmění a podíl osob se závažnými onemocněními způsobenými tabákovými výrobky neklesne.

Kouření v populaci dětí (vývoj v čase)

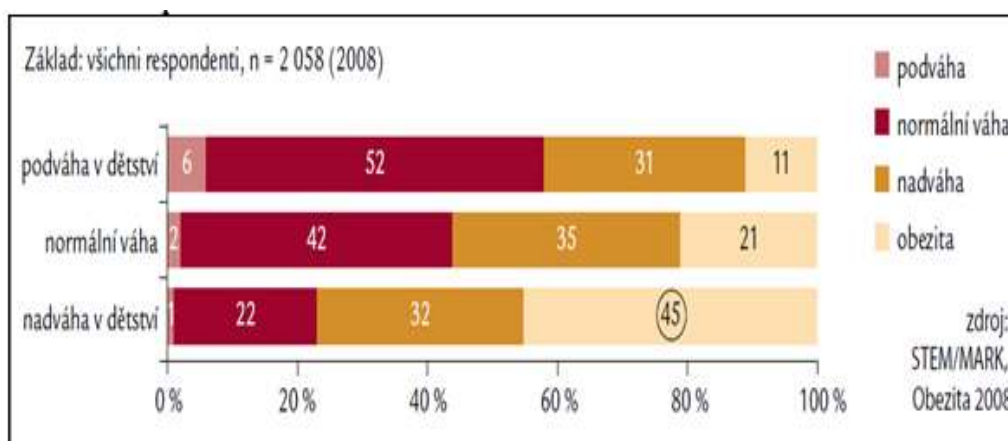
		Věková skupina									
		13 let					15 let				
	Rok	1994	1998	2002	2006	2010	1994	1998	2002	2006	2010
Pravidelní kuřáci v % (kouří 1x týdně nebo častěji)	Chl.+D.	5,8	8,6	11,1	8,4	9,7	13,9	19,9	29,7	21,0	25,0
	Chlapci	7,3	10,1	13,8	7,8	8,9	15,9	22,4	28,6	19,7	22,0
	Dívky	4,2	6,9	8,6	8,8	10,3	11,9	17,6	30,6	23,5	27,8
Průměrná týdenní spotřeba cigaret (v kusech/kuřák)	Chl.+D.	7,9	13,9	16,1	19,1	25,9	27,8	24,3	33,6	35,7	37,8
	Chlapci	8,3	16,0	16,7	19,7	20,2	30,3	25,2	35,1	38,1	32,9
	Dívky	7,1	11,1	15,3	18,6	22,5	24,1	23,2	32,3	33,7	35,0

Jednoznačně nelze určit příčiny či vlivy tohoto posunu a navýšení mladých kuřáků. Nicméně lze konstatovat, že relativně nízké ceny a snadná dostupnost tabákových výrobků i alkoholu, mohou tomuto trendu výrazně napomáhat

ZDRAVOTNÍ NÁSLEDKY ŠPATNÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU

Rizika obezity v dospělosti si většina osob nese už od dětství. Více než $\frac{3}{4}$ (77 %) těch, kteří v dětství měli nadváhu a obezitu, spadají do této kategorie i v dospělosti. Především výskyt obezity u dospělých velmi souvisí s váhou v dětství. U lidí s nadváhou v dětství lze nalézt více než dvojnásobný výskyt obezity v dospělosti oproti lidem s normální váhou v dětství (45 % oproti 21 %).

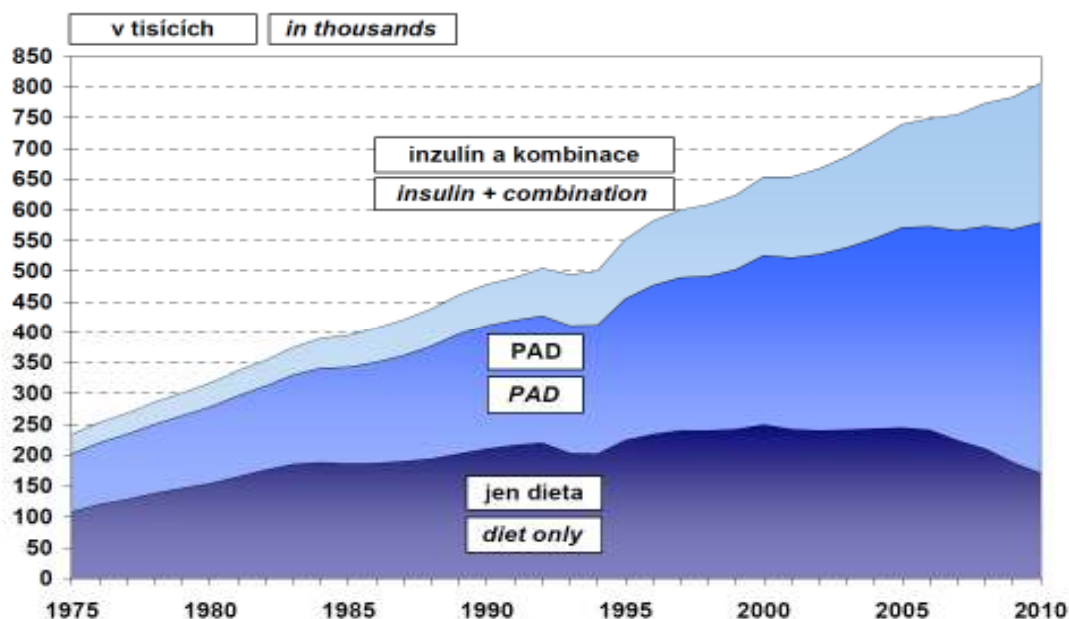
Hmotnost v dospělosti v závislosti na hmotnosti v dětství



U jedince s **nadváhou nebo obezitou se zvyšuje riziko pozdějších chronických neinfekčních onemocnění:**

- vysoký krevní tlak a srdeční choroby
- choroby zažívacího ústrojí
- onemocnění jater
- nádorová onemocnění
- kloubní onemocnění
- psychosociální problémy
- diabetes mellitus (nejčastější onemocnění vyvolané obezitou)

Vývoj počtu léčených diabetiků



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR (2010)

Diabetes – cukrovka II. typu

Graf uvedený výše ukazuje prudký nárůst počtu léčených diabetiků v České republice. V posledních letech se navíc zvyšuje podíl diabetiků léčených za pomoci antidiabetik (PAD – perorální antidiabetika) a klesá podíl diabetiků léčených dietou. Cukrovka je hlavní příčinou slepoty u lidí po dokončení dvacátého roku života; příčinou amputací končetin, které nejsou důsledkem úrazů; u diabetiků je mnohem větší pravděpodobnost vzniku infarktu myokardu nebo mozkové mrtvice; u řady diabetiků se vyvine i závažné onemocnění ledvin.

Nezdravý životní styl doprovázený především kouřením tabákových výrobků, pitím nadměrného množství alkoholu, nezdravého stravování a nedostatečného pohybu (přičemž dva poslední faktory zapříčiňují nadváhu a obezitu v populaci) mohou být příčinou následujících rizik:

- **chronická neinfekční onemocnění zapříčiňují 63 % z celkového počtu úmrtí**
- **způsobují rovněž úmrtí 9 milionů lidí do věku 60ti let každý rok**
- **závislost na tabáku a alkoholu má za následek předčasné úmrtí**



NÁKLADY VYDANÉ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Náklady vydané na zdravotní péči jedinců nedodržujících zdravý životní styl a vystavujících se riziku chronických onemocnění:

- stát vynakládá na zdravotní péči **obézního jedince o 30 % více než na jedince s normální tělesnou hmotností**
- VZP vydává na léčbu **jednoho obézního pacienta cca 100 000 Kč/rok** (přičemž celkový počet nemocných obezitou v ČR je 200 000)
- pro systém veřejného zdravotního pojištění je **léčba pacientů, kteří onemocněli v důsledku kouření odhadována na cca 8 mld. Kč/rok**

V souvislosti s nárůstem výskytu obezity u dětí, stoupá i počet dětí s cukrovkou. Tabulka uvedená níže udává náklady na léčbu cukrovky u dětí dle věku a pohlaví v roce 2010.

Věk	Chlapci	Dívky
0-4	3 361 668 Kč	4 596 467 Kč
5-9	8 749 464 Kč	7 484 259 Kč
10-14	14 926 263 Kč	17 185 155 Kč
15-19	19 098 276 Kč	17 175 760 Kč
Celkem	46 135 671 Kč	46 441 640 Kč

NAVRHOVANÁ ŘEŠENÍ

- **snížení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu**
 - Zákon o ochraně před škodami způsobenými návykovými látkami (vládní mezirezortní připomínkové řízení)
- **zákaz kouření v restauracích a na veřejných místech**
 - Zákon o ochraně před škodami způsobenými návykovými látkami (vládní mezirezortní připomínkové řízení)
- **zvýšení ceny tabákových a alkoholických výrobků**
 - MZČR usiluje o zvýšení ceny tabákových výrobků a alkoholu
- **PODPORA SPORTU!!**



MZČR připravilo **konceptci prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví**

Péče o zdraví musí být provázena sdílenou odpovědností všech složek společnosti pod odbornou koordinační rolí Ministerstva zdravotnictví ČR. Vláda, parlament, všechny úrovně veřejné správy, organizace a instituce, podnikatelská sféra by měly vnímat hodnotu zdraví a najít své místo v ochraně i rozvoji zdraví – motivovat a vést lidi k chápání hodnoty zdraví a svým příkladem a konkrétní aktivitou dokázat, že péči o zdraví berou vážně.

V rámci realizace předkládané koncepce prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví jsou

Ministerstvem zdravotnictví vytyčeny tyto hlavní směry:

1. Tvorba a realizace strategie vzdělávání a výchovy pro zdraví zaměřené na pomoc občanům vážít si svého zdraví a rozvíjet schopnosti rozhodovat a jednat pro zdraví.
2. Využití účinných metod sociálního marketingu k nabídce zdravějších variant životního stylu na základě soudobých vědeckých poznatků.
3. Tvorba podmínek, které podporují zdraví a zdravý životní styl, zvyšují úroveň znalostí o zdraví a primární prevenci nemocí a o screeningových či vakcinačních programech a snižují nerovnosti ve zdraví za aktivní účasti všech resortů a dalších složek společnosti.
4. Vytvoření celospolečenské strategie směřující ke zlepšování stavu životního a pracovního prostředí a životní úrovně lidí.
5. Sledování a vyhodnocování efektivity ve strategiích navržených opatření, včetně sledování a vyhodnocování efektivity screeningových programů.

Priority:

Primární prevence

1. Dostatečná pohybová aktivita populace;
2. Správná výživa a stravovací návyky populace;
3. Zdravotně rizikové chování (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, používání drog, výskyt úrazů, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních-zvláště HIV/AIDS a virových hepatitid a pohlavních nemocí);
4. Snižování nerovností ve zdraví;
5. Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na podporu vakcinačních programů a screeningových programů;
6. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.



Sekundární prevence

Prevence zahrnuje i klinické disciplíny, jakými jsou například na populaci zaměřené vakcinační programy, ale také organizované populační programy zaměřené na včasnou detekci nádorových onemocnění a onemocnění kardiovaskulárních jako je například hypertenzní nemoc.

1. Sledování a vyhodnocování efektivity screeningových programů, vyhodnocování jejich účinnosti a významu pro terciární prevenci;
2. Identifikace možností pro případné plánování nových screeningových programů a jejich realizace.

MZČR rovněž podpoří nevýdělečné projekty zaměřené na zdravý životní styl a prevenci

Ministerstvo podpoří částkou 280 milionů korun projekty prevence a zdravého životního stylu, na jejichž realizaci poskytne finanční prostředky z evropských fondů a státního rozpočtu.

Projekty by měly nabídnout aktivity směřující ke:

- změně stereotypů a snižování škodlivých návyků
- zvyšování motivace obyvatel ke zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví

MZČR podporuje sport

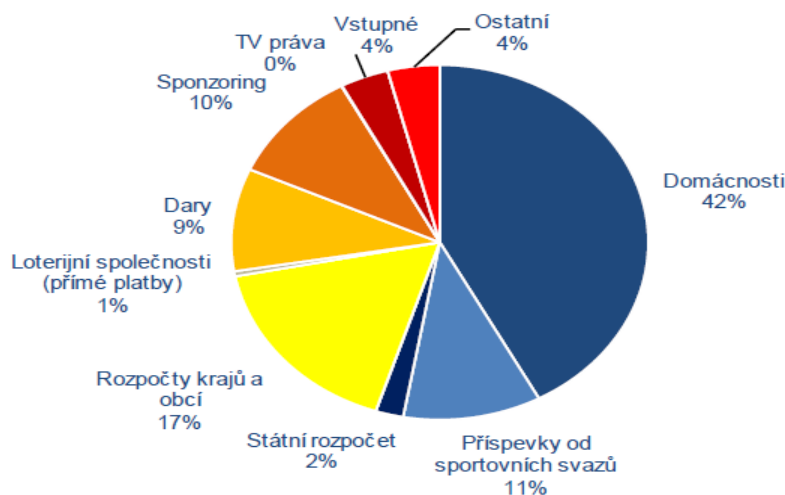
Sport je nejpřirozenější a nejdostupnější prevencí v péči o zdraví. Aktivní pohyb patří ke zdravému životnímu stylu. Sportování naplňuje volnočasové aktivity dětí a mládeže, kteří se v posledních letech častěji zajímají o sedavou činnost u počítače nebo televize. Správné pohybové a stravovací návyky jsou důležitým sociálním a ekonomickým faktorem pro zdravý rozvoj a vývoj společnosti.

Mnohdy je těžké děti ke sportu vhodně motivovat. Právě tato složka by měla patřit do kompetencí rodinné a školní výchovy již od útlého věku dítěte. Rodina znamená primární oblast rozvoje dítěte v procesu učení a socializace. V rodinném a školním prostředí se děti učí vhodným návykům, k nimž by měl patřit také aktivní sport, jako jeden z faktorů zdravého životního stylu.

Mezi další neméně důležité faktory motivace ke sportu patří finanční dostupnost sportu. V grafu uvedeném níže jsou zaznamenány jednotlivé segmenty podporující české sportovní kluby. Právě

nejvyšší procento případně domácnostem, pro něž financování sportu nepatří mezi priority či se stává nedostupným pro sociálně slabší rodiny.

Struktura finančních zdrojů sportovních klubů



Zdroj: KPMG (2012)

Rozsáhlá analyticko-koncepční studie financování sportu v ČR byla provedena společností KPMG v roce 2012 na žádost Českého olympijského výboru. Tato studie představuje detailní analýzu systému a organizace financování českého sportu a podává návrhy na změny v tomto systému tak, aby došlo k jeho celkovému zefektivnění.

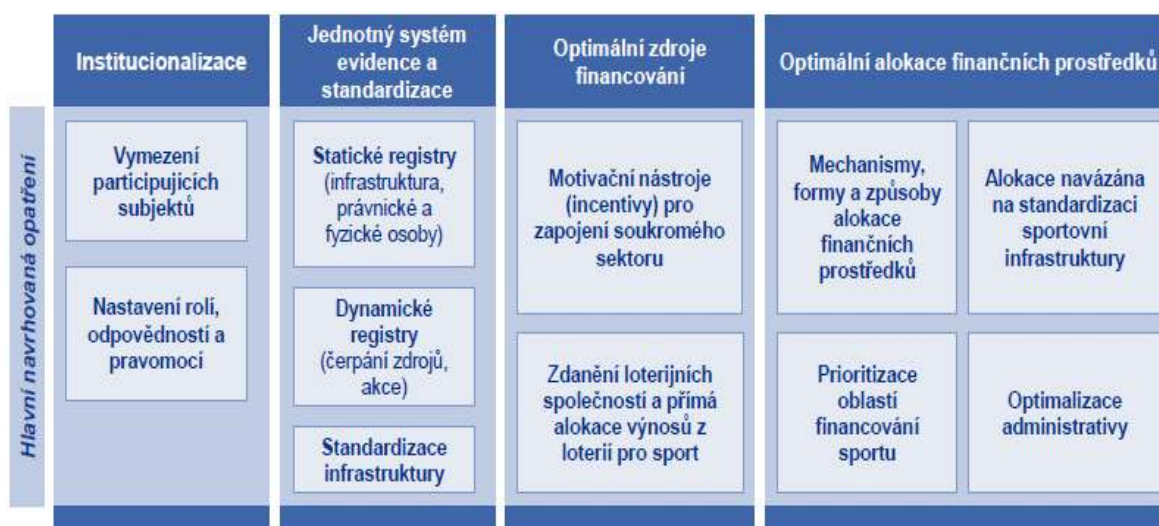
Zpráva obsahuje následující výstupy v oblasti zdrojů financování a jejich alokací:

- obce a města představují hlavní zdroj financování sportu v rámci veřejného sektoru
- trend klesajícího objemu finančních prostředků plynoucí do sportu
- výpadek příjmů z loterií (Sazka) a změny v loterijním zákoně – zdanění loterií není specificky určeno na podporu sportu
- loterijní společnosti v ČR jsou vlastněny soukromým sektorem – limitované možnosti získání zdrojů pro sport
- růst tlaku na vyšší podíl spolufinancování ze strany domácností/sportovců (vzestupný trend, který omezuje sociálně slabší ve sportovních aktivitách)
- chybí komplexní provázanost mezi systémy alokací na centrální a regionální úrovni

- alokace prostředků do sportovní infrastruktury bez vazby na dlouhodobou celostátní koncepci rozvoje sportovní infrastruktury
- podpora sportovních akcí je realizována systémem ad-hoc bez vazby na dlouhodobou celostátní koncepci sportovních akcí v ČR
- podpora sportovní činnosti bez vazby na rozvojové parametry sportu dle druhu sportů a přesahy do jiných odvětví (např. cestovní ruch)

Ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi (EU 27) Česká republika postrádá adekvátní finanční zázemí. Je patrná nízká úroveň veřejného financování sportu a rovněž nízká úroveň přímého financování domácnostmi. Vyskytuje se trend klesajícího objemu finančních prostředků plynoucí do českého sportu. Velkou část objemu prostředků plynoucích do sportu obstarávají v mnoha ostatních evropských zemích loterijní společnosti (často se jedná o klíčové zdroje financí). Nicméně v České republice loterijní a sázkové společnosti vlastní soukromý sektor, a proto jsou možnosti získání zdrojů pro sport limitované.

Hlavním cílem studie KPMG je navrhnout systematický, transparentní, adresný a efektivní způsob financování sportu v České republice. V rámci České republiky je nutné na centrální úrovni definovat dlouhodobou systematickou koncepci podpory sportu včetně otázky financování sportu. Současná situace není z hlediska infrastruktury, činností a akcí na optimální úrovni. Z toho vyplývá potřeba systematizovat řízení a financování sportu následným způsobem:



Zdroj: KPMG (2012)

Návrhová část obsahuje také konkrétní body jak získat zdroje financování v České republice:

Daňové incentivy	Sázková a loterijní činnost	Ostatní návrhy
<ul style="list-style-type: none"> • NÁVRH 1: Pobídka pro právnické osoby ve formě zvýšení limitu na odečet poskytnutého daru z daňového základu (z max. 5 % dnes na 10 %). • PŘÍNOS: Vyšší rozsah poskytování darů pro sportovní účely. • NÁVRH 2: Uplatnitelnost nevyčerpané části hodnoty poskytnutého daru právnické osoby v dalších letech • PŘÍNOS: Vyšší rozsah poskytování darů pro sportovní účely z důvodu delší doby uznatelnosti hodnoty daru • NÁVRH 3: Dobrovolná realokace realokace x % z roční výše daně z příjmů fyzických osob na veřejně prospěšné a sportovní účely (inspirace v maďarském daňovém systému). • PŘÍNOS: Zvýšení finančních zdrojů plynoucích do sportu, efektivnější alokace 	<ul style="list-style-type: none"> • NÁVRH 1: Přímá alokace výnosů z loterijních a dalších hazardních her do sportu • PŘÍNOS: Zvýšení finančních zdrojů plynoucích do sportu, efektivnější alokace • NÁVRH 2: Vyšší zdanění výnosů ze sázkové a loterijní činnosti • PŘÍNOS: Vyšší finanční prostředky plynoucí do sportu ze sázkových společností • NÁVRH 3: Paušální nebo smluvní odvody sázkových společností sportovním svazům, na jejichž sport vypisují sázky • PŘÍNOS: Vyšší finanční prostředky plynoucí do sportu ze sázkových společností • NÁVRH 4: Znevýhodnění online sázkových společností bez licence • PŘÍNOS: Pokles objemu sázek u společností, které podnikají bez licence (především online společností) 	<ul style="list-style-type: none"> • NÁVRH 1: Zavedení kontrolních mechanismů pro dlouhodobou spolupráci veřejného a soukromého sektoru • PŘÍNOS: Větší zapojení soukromého podnikatelského sektoru do financování sportu, efektivnější správa sportovišť • NÁVRH 2: Nastavení efektivní metodiky dlouhodobé spolupráce veřejného a soukromého sektoru • PŘÍNOS: Efektivnější fungování systému dlouhodobé spolupráce veřejného a soukromého sektoru, větší motivace subjektů pro toto řešení • NÁVRH 3: Motivace pojištěnců zdravotními pojišťovnami • PŘÍNOS: Náklady ušetřené pojišťovnou za zdravotní péči, větší sportovní aktivita obyvatel • NÁVRH 4: Zapejčení školní sportovní infrastruktury do systému standardizace • PŘÍNOS: Efektivnější využití sportovišť, další přístup k finančním prostředkům

Zdroj: KPMG (2012)