



EUROPOS BENDRIJŲ KOMISIJA

Briuselis, 08.12.2005  
KOM(2005) 637 galutinis

## **ŽALIOJI KNYGA**

**„Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: atsvario, nutukimo ir chroniškų ligų  
prevencija Europos Sąjungoje“**

## TURINYS

I.	Šiuo metu vykdoma veikla Europos mastu.....	3
II.	Sveikata ir materialinė gerovė.....	4
III.	Konsultacijos.....	4
IV.	Bendrijos masto struktūros ir priemonės.....	5
IV.1.	Europos veiklos programa, skirta tinkamai mitybai, fiziniam aktyvumui ir sveikatai skatinti.....	5
IV.2.	Europos mitybos ir fizinio aktyvumo ekspertų tinklas .....	6
IV.3.	Sveikata įvairiose ES politikos srityse .....	6
IV.4.	Visuomenės sveikatos veiksmų programa .....	7
IV.5.	Europos maisto saugos tarnyba (EMST).....	7
V.	Veiklos sritys.....	7
V.1.	Vartotojų informavimas, reklama ir pardavimas .....	7
V.2.	Vartotojų švietimas .....	8
V.3.	Dėmesys vaikams ir jaunimui .....	9
V.4.	Maisto tiekimas, fizinė veikla ir sveikatos švietimas darbo vietoje.....	9
V.5.	Antsvorio ir nutukimo prevencijos ir gydymo diegimas į sveikatos apsaugos paslaugas .....	10
V.6.	Tukimo neskatinančios aplinkos kūrimas .....	10
V.7.	Socialinė ir ekonominė nelygybė.....	10
V.8.	Integruoto ir visapusiško metodo sveikai mitybai ir fiziniam aktyvumui skatinti puoselėjimas.....	11
V.9.	Maistinių medžiagų kiekių ir maisto produktais išreikštų mitybos gairių kūrimo rekomendacijos .....	11
V.10.	Bendradarbiavimas už Europos Sąjungos ribų .....	12
V.11.	Kiti klausimai .....	12
VI.	Tolesni žingsniai .....	12
	1 priedas Diagramos ir lentelės .....	14
	2 priedas Mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos ryšys.....	18
	3 priedas Nuorodos.....	21

## ŽALIOJI KNYGA

### „Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: atsvario, nutukimo ir chroniškų ligų prevencija Europos Sąjungoje“

#### I. ŠIUO METU VYKDOMA VEIKLA EUROPOS MASTU

- I.1. Nesveika mityba ir fizinės veiklos stygius yra pagrindinės priežastys, dėl kurių susergama galimomis išvengti ligomis ir ištinka pirmalaikė mirtis. Tai, kad Europoje gausėja nutukusių žmonių, yra vienas didžiausių visuomenės sveikatos rūpesčių (žr. 2 priedą, kur pateikiama aiškinamoji informacija).
- I.2. Taryba paragino Komisiją taip pat skatinti sveiką gyvenimo būdą<sup>(i)</sup> ir analizuoti, kaip būtų galima skatinti geresnius mitybos įpročius Europos Sąjungoje, jei reikia, šiuo tikslu pateikiant atitinkamus pasiūlymus<sup>2</sup>. Taryba taip pat pakvietė valstybes nares ir Komisiją parengti ir įgyvendinti sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo iniciatyvas<sup>3</sup>.
- I.3. Ši sritis akivaizdžiai priklauso ir Bendrijos kompetencijai: Sutarties 152 straipsnyje reikalaujama, kad, nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos kryptis ir veiklą, užtikrinama žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga. Daug Bendrijos politikos sričių yra tiesiogiai susijusios su mityba ir fiziniu aktyvumu. Be to, Taryba patvirtino, kad mitybos ir fizinio aktyvumo klausimus reikia įtraukti į atitinkamas Europos politikos kryptis<sup>4</sup>.
- I.4. Bendrijos lygiu būtų galima naudingai papildyti valstybių narių veiklą. Neribojant valstybių narių priemonių, kurių jos norėtų imtis, apimties Bendrijos mastu būtų galima išnaudoti sinergijos ir masto ekonomijos privalumus, sudaryti sąlygas veikti visos Europos mastu, telkti išteklius, keistis geriausia patirtimi ir taip padidinti bendrą valstybių narių iniciatyvų poveikį.
- I.5. Taryba pabrėžė, kad yra daug tukimo epidemijos priežasčių, todėl priemonių reikia imtis vietos, regionų, valstybių narių ir Europos mastu<sup>5</sup> įtraukiant kuo daugiau suinteresuotųjų šalių<sup>6</sup>. Puikus to pavyzdys – Europos veiklos programa, skirta tinkamai mitybai, fiziniam aktyvumui ir sveikatai skatinti (žr. IV.I skirsnį). Taryba taip pat pritarė Komisijos ketinimams pateikti šią žaliąją knygą ir 2006 m. pateikti šia žaliaja knyga pradėtų konsultacijų su visuomene rezultatus<sup>7</sup>.
- I.6. Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas pabrėžė, kad Bendrijos priemonėmis galima sustiprinti nacionalinių valdžios institucijų, privačiojo sektoriaus ir NVO vykdomų iniciatyvų poveikį<sup>8</sup>.
- I.7. Kelios valstybės narės jau įgyvendina nacionalines strategijas arba veiksmų planus sveikos mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos srityse<sup>9</sup>. Veikiant Bendrijos mastu būtų galima šią veiklą papildyti, skatinti jos koordinavimą ir padėti nustatyti bei skleisti gerą patirtį, kad ir kitos šalys galėtų ja pasinaudoti.

---

<sup>(i)</sup> References are grouped in Annex 3 at the end of the document

## II. SVEIKATA IR MATERIALINĖ GEROVĖ

- II.1 Vis daugėjant nutukimo atvejų, kenčia ne tik žmonės, bet ir kyla rimtų ekonominių pasekmių. Apskaičiuota, kad 7 % sveikatos apsaugos išlaidų Europos Sąjungoje skiriama nutukimui gydyti<sup>10</sup>. Turint omeny stiprėjančias tukimo tendencijas, šis skaičius turėtų ir toliau augti. Nors neturima išsamių duomenų apie visas ES šalis, tyrimai akivaizdžiai rodo, kad ekonominė tukimo kaina yra didelė: Jungtinės Karalystės nacionalinės audito tarnybos 2001 m. parengtoje ataskaitoje apskaičiuota, kad vien Anglijoje dėl nutukimo susidarė 18 milijonų nedarbingumo dienų, ištiko 30 000 pirmalaikių mirčių, o tai per metus atsiėjo ne mažiau kaip 500 mln. GBP tiesioginių išlaidų sveikatos apsaugai. Buvo apskaičiuota, kad susiję ekonominiai nuostoliai, pvz., dėl sumažėjusio našumo ir nepagamintos produkcijos, sudaro dar 2 mlrd. GBP per metus<sup>11</sup>. 2004 m. Jungtinės Karalystės vyriausiojo patarėjo sveikatos klausimais ataskaitoje apie fizinės veiklos poveikį ir jos ryšį su sveikata pateikiami duomenys, kad fizinis neveiklumas kasmet kainuoja 8,2 mlrd. GBP (sudėjus sveikatos apsaugos išlaidas ir netiesiogines finansines pasekmes ekonomikai, tokias kaip prarasti darbdieniai)<sup>12</sup>. Airijoje buvo apskaičiuota, kad tiesioginės nutukimo gydymo išlaidos 2002 m. sudarė apie 70 mln. EUR<sup>13</sup>. JAV Ligų kontrolės ir prevencijos centro (CDC) duomenimis, su nutukimu susijusios sveikatos apsaugos išlaidos sudaro 75 mlrd. USD<sup>14</sup>. Tyrimų metu taip pat apskaičiuota, kad nutukusio suaugusiojo Jungtinėse Valstijose medicininės išlaidos per metus yra 37 % didesnės negu vidutiniškai normalaus svorio asmens<sup>15</sup>. Skaičiuojant šias tiesiogines išlaidas nebuvo atsižvelgta į dėl šios negalios sumažėjusį našumą ir pirmalaiki mirtingumą.
- II.2 Švedijos visuomenės sveikatos instituto atliktoje analizėje daroma išvada, kad būsimo gyvenimo trukmė įvertinus neįgalumą (DALY) 4,5 % sutrumpėja dėl blogos mitybos, be to, 3,7 % ir 1,4 % dėl nutukimo ir fizinio neveiklumo – taigi iš viso 9,6 %, kai rūkymas gyvenimą sutrumpina 9 %<sup>16</sup>.
- II.3 Neseniai paskelbtoje Nyderlandų Visuomenės sveikatos ir aplinkos instituto (RIVM) ataskaitoje analizuojama netinkama mityba ir pablogėjusi sveikata. Viena jos išvadų yra ta, kad vartojant per daug „blogųjų“ riebalų, tokių kaip sočiųjų riebalų rūgštys ir transriebiosios rūgštys, tikimybė susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis padidėja 25 %, o vieną arba du kartus per savaitę valgant žuvies ši tikimybė sumažėja 25 %. Nyderlanduose dėl netinkamos mitybos kasmet širdies ir kraujagyslių ligomis suserga 38 000 vyresnių kaip 20 metų amžiaus suaugusiųjų<sup>17</sup>.
- II.4 Taigi su atsvariu ir tukimu svarbu kovoti ne tik dėl visuomenės sveikatos priežasčių, bet ir siekiant sumažinti ilgainiui patiriamų išlaidų sveikatos apsaugai ir stabilizuoti valstybių ekonomiką sudarant sąlygas piliečiams gyventi produktyvų gyvenimą iki gilos senatvės. Ši žaliaji knyga padės nustatyti, ar papildydamos valstybių narių veiklą Bendrijos priemonės galėtų padėti sumažinti pavojų sveikatai bei išlaidas sveikatos apsaugai ir didinti valstybių narių ekonomikos konkurencingumą.

## III. KONSULTACIJOS

- III.1 Kaip paskelbta Komunikate „Sveikesni, saugesni, labiau pasitikintys piliečiai: sveikatos ir vartotojų apsaugos strategija“<sup>18</sup>, Komisija rengia nemažai Bendrijos strategijų, skirtų svarbiausiems sveikatą lemiantiems veiksniams, įskaitant mitybą ir tukimą. Atsižvelgiant į tai, šia žaliaja knyga siekiama pradėti visapusišką konsultacijų

procesą ir išsamias diskusijas su ES institucijomis, valstybėmis narėmis ir plačiąja visuomene, siekiant nustatyti, kaip Bendrija galėtų skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą.

- III.2 Komisija kviečia visas suinteresuotąsias šalis toliau nurodytu adresu ne vėliau kaip 2006 m. kovo 15 d. pateikti nuomonę apie šioje žaliwoje knygoje keliamus klausimus (pageidautina el. paštu):

Europos Komisija  
Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas  
C4 skyrius – Sveikatą lemiantys veiksniai  
El. paštas: [SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int](mailto:SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int)  
Pašto adresas: L-2920 Luxembourg  
Faksas: (+ 352) 4301.34975

Atsakymai turėtų būti ne moksliniai darbai, o konkretūs faktais argumentuoti pasiūlymai dėl politikos formavimo, daugiausia ES mastu. Konkrečiai iš ūkio subjektų tikimasi sulaukti atsakymų, susijusių su jų interesų sritimi (pvz., reklama ir pardavimu, ženkliniu ir t.t.), taip pat gauti ligonių asociacijų ir sveikatos bei vartotojų apsaugos NVO nuomonių.

- III.3. Jei respondentai nepaprieštaraus, Komisijos tarnybos laikys, jog jie sutinka, kad jų atsakymai arba jų ištraukos būtų skelbiami Komisijos tinklavietėje ir (arba) cituojami konsultacijų rezultatų analizės ataskaitose<sup>19</sup>.
- III.4. Kadangi su nesveikos mitybos įpročiais ir fiziniu neveiklumu susijusias ligas sąlygoja daugelis veiksnių ir padėčiai gerinti reikia veikti bendrai daugeliui suinteresuotųjų šalių, šioje žaliwoje knygoje iškeliami tam tikri pirmiausia ES valstybių narių kompetencijai priklausantys aspektai (pvz., švietimas, miestų planavimas) ir siekiama nustatyti, kokiose srityse ES priemonėmis galima padidinti valstybių narių veiklos pridėtinę vertę, pvz., remiant suinteresuotųjų šalių tinklus ir keičiantis geriausia patirtimi.

#### **IV. BENDRIJOS MASTO STRUKTŪROS IR PRIEMONĖS**

##### **IV.1. Europos veiklos programa, skirta tinkamai mitybai, fiziniam aktyvumui ir sveikatai skatinti**

- IV.1.1. Siekiant sukurti bendrą forumą veiklai aptarti, 2005 m. kovą buvo pradėta Europos veiklos programa, skirta tinkamai mitybai, fiziniam aktyvumui ir sveikatai skatinti. Veiklos programoje dalyvauja visos šioje srityje aktyviai Europos mastu veikiančios suinteresuotosios šalys, norinčios priimti privalomus ir galimus pagrįsti įsipareigojimus siekiant stabdyti ir keisti šiuo metu egzistuojančias antsvorio ir tukimo tendencijas. Veiklos programos tikslas – aktyvinti savanorišką įmonių, visuomenės ir viešojo sektoriaus veiklą visoje ES. Programoje dalyvauja pagrindiniai ES lygio maisto pramonės, mažmeninės prekybos, maitinimo įstaigų, reklamos verslo, vartotojų organizacijų ir sveikatos NVO atstovai.
- IV.1.2. Ši programa turėtų tapti koordinuotos, bet savarankiškos įvairių visuomenės dalių veiklos pavyzdžiu. Ji skirta panašioms valstybių narių, regionų ir vietinėms

iniciatyvoms skatinti ir su kitais panašiais valstybių narių forumais bendradarbiauti. Kartu šios veiklos programos metu tikimasi įgyti patirties, kuri būtų naudinga integruojant kovos su tukimu priemones į daugelį kitų ES politikos krypčių. Komisija mano, kad programa yra daugiausia žadanti neteisinę priemonę pagrindinių suinteresuotųjų šalių tarpusavio pasitikėjimui didinti, nes jai tenka išskirtinis vaidmuo. Pirmieji programos rezultatai yra įkvepiantys: jos veikloje aktyviai dalyvauja kitų Bendrijos politikos sričių formuotojai, programos dalyviai 2006 metams yra užsimoję rimtų planų, o jungtinis susirinkimas su JAV suinteresuotosiomis šalimis padės keistis gerąją patirtimi. Be to, sporto ministrai yra pažadėję remti šią veiklos programą. Pirmasis programos rezultatų vertinimas įvyks 2006 m. viduryje<sup>20</sup>.

## **IV.2. Europos mitybos ir fizinio aktyvumo ekspertų tinklas**

IV.2.1. 2003 m. Komisijos tarnybos sukūrė Mitybos ir fizinio aktyvumo ekspertų tinklą, kurį sudaro valstybių narių, PSO ir vartotojų bei sveikatos NVO paskirti ekspertai ir kurio paskirtis – patarti Komisijai dėl Bendrijos priemonių mitybos įpročiams gerinti, su mityba susijusioms ligoms mažinti bei jų prevencijai, fiziniam aktyvumui skatinti ir kovoti su atsvoriumi bei tukimu. Analizuojant atsiliepimus į šią žaliąją knygą bus glaudžiai konsultuojamasi su šio tinklo dalyviais.

## **IV.3. Sveikata įvairiose ES politikos srityse**

IV.3.1. Norint sėkmingai vykdyti atsvario ir tukimo prevenciją reikia visapusiškai skatinti sveikatingumą – skatinti sveiką gyvenimo būdą, imtis veiksmų socialiniams ir ekonominiams skirtumams mažinti bei fizinei aplinkai gerinti ir pasiryžti siekti sveikatingumo tikslų kitose Bendrijos politikos srityse. Toks visapusiškas požiūris turėtų apimti įvairias Bendrijos politikos sritis (pvz., žemės ūkio, žuvininkystės, švietimo, sporto, vartotojų, įmonių, mokslinių tyrimų, socialinę, vidaus rinkos, aplinkos ir vaizdo ir garso) ir būti jose aktyviai remiamas.

IV.3.2. Šiuo metu Komisija turi daugybę priemonių, skirtų užtikrinti, kad kitose Bendrijos politikos srityse būtų atsižvelgiama į sveikatos aspektą:

- teikdamos svarbius politikos pasiūlymus su Sveikatos ir vartotojų apsaugos generaliniu direktoratu sistemingai konsultuojasi kitos Komisijos tarnybos;
- tarnybų grupė sveikatos klausimais su visomis susijusiomis Komisijos tarnybomis aptaria su sveikata susijusius klausimus;
- Komisijos poveikio vertinimo procedūra, kuri buvo sukurta kaip priemonė politikos formavimo proceso kokybei gerinti ir daryti jį nuoseklesnį, taip pat apima poveikio sveikatai vertinimą.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiais klausimais:

- Ar reikėtų ką nors konkrečiai daryti Bendrijos politikos srityse (jei taip – ką?), kad būtų skatinama sveika mityba bei fizinis aktyvumas ir kad būtų sukurta tokia aplinka, kurioje būtų lengva rinktis sveikus dalykus?
- Kokio tipo Bendrijos ar valstybių narių priemonės galėtų padėti vaisius ir daržoves padaryti patrauklesnius ir įperkamesnius vartotojams bei užtikrinti jų tiekimą ir prieinamumą?
- Kuriose srityse, susijusiose su mityba, fiziniu aktyvumu, su jais susijusių

sutrikimų analizės priemonėmis ir vartotojų įpročiais, reikia atlikti daugiau mokslinių tyrimų?

#### **IV.4. Visuomenės sveikatos veiksmų programa**

- IV.4.1. Tai, kad mityba, fizinis aktyvumas ir tukimas yra svarbūs, matyti ir Visuomenės sveikatos veiksmų programoje<sup>21</sup> bei jos metiniuose darbo planuose. Informavimo apie sveikatą srityje pagal šią programą yra remiama veikla, kuria siekiama surinkti konkretesnių duomenų apie tukimo epidemiologiją ir gyventojų įpročius<sup>22</sup>. Šios programos metu nustatomi palyginami sveikatos būklės rodikliai, ypač susiję su maistinių medžiagų suvartojimo kiekiais, fiziniu aktyvumu ir tukimu.
- IV.4.2. Sveikatą lemiančių veiksnių srityje pagal šią programą yra remiami Europos mastu vykdomi projektai, skirti sveikos mitybos įpročiams ir fiziniam aktyvumui skatinti, įskaitant tarpdisciplininę ir visapusišką veiklą, kuria puoselėjama įvairių gyvenimo būdų integracija, atsižvelgiama į aplinkos, socialinius ir ekonominius aspektus, kuri yra orientuota į pagrindines tikslines grupes bei tikslinę aplinką ir kuri sujungia į visumą su įvairiais sveikatą lemiančiais veiksniais susijusius darbus<sup>23</sup>.
- IV.4.3. Komisijos pasiūlyme dėl naujos Sveikatos ir vartotojų apsaugos programos<sup>24</sup> pagrindinis dėmesys skiriamas skatinimui ir prevencijai, įskaitant sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo srityse, ir numatoma nauja konkrečių ligų prevencijos veiklos kryptis.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiais klausimais:

- Kaip galima pagerinti duomenų apie tukimą gavimą ir palyginamumą, ypač siekiant tiksliai nustatyti, kaip tukimas yra paplitęs geografiniu ir socialiniu bei ekonominiu požiūriu?
- Kaip vykdant šią programą galima geriau informuoti sprendimus priimančius asmenis, sveikatos apsaugos specialistus, žiniasklaidą ir plačiąją visuomenę apie tai, kad sveikos mitybos įpročiai ir fizinis aktyvumas gali sumažinti riziką susirgti chroniškėmis ligomis?
- Kokiomis priemonėmis tinkamiausia skleisti turimus duomenis?

#### **IV.5. Europos maisto saugos tarnyba (EMST)**

- IV.5.1. Europos maisto saugos tarnyba gali smarkiai paremti siūlomas sveikos mitybos priemones (pvz., dėl rekomenduojamų maistinių medžiagų normų arba sveikatos apsaugos specialistų, maisto grandinės subjektų, plačiosios visuomenės informavimo apie mitybos poveikį sveikatai strategijų) teikdama mokslines konsultacijas ir pagalbą (*apie EMST vaidmenį kuriant maisto produktais išreikštas mitybos gaires žr. V.9 skirsnį toliau*).

### **V. VEIKLOS SRITYS**

#### **V.1. Vartotojų informavimas, reklama ir rinkodara**

- V.1.1. Vartotojų politika siekiama žmonėms sudaryti sąlygas sąmoningai rinktis maisto produktus. Šiuo atžvilgiu svarbus elementas yra informacija apie maistinę jų vertę. Aiški ir nuosekli informacija apie maisto produktų maistinę vertę kartu su atitinkamu

virtotojų Ŗvietimu gali bŖti pagrindiniai Ŗamoningo mitybos rinkimosi elementai. To siekdama Komisija pateikė reglamento pasiŖlymą suderinti informacijos apie maistingumą ir sveikumą pateikimo<sup>25</sup> taisykles. Numatoma nustatyti maistingumo grupes, kad nebŖtŖ galima skelbti, jog maistas, kuriame yra tam tikrŖ maistiniŖ medžiagŖ (pavyzdžiui, druskos, riebalŖ, sočiųjų riebalŖ ir cukraus), yra vertingas maistingumo požiŖriu arba yra naudingas sveikatai. Komisija taip pat svarsto dalinius Ŗiuo metu galiojančių maistingumo Ŗenklavimo taisykliŖ pakeitimus.

- V.1.2. Dėl reklamos ir rinkodaros bŖtina Ŗztikrinti, kad virtotojai nebŖtŖ klaidinami, ypač kad nebŖtŖ naudojamosi paŖeidžiamŖ virtotojų, ypač vaikŖ, patiklumu ir Ŗiniasklaidos išmanymo stoka. Tai ypač pasakytina apie maisto produktus, kuriuose yra daug riebalŖ, druskos ir cukraus, tokius kaip didelės energinės vertės Ŗzkandžiai ir cukrumi saldinti gaivieji gėrimai, ir prekyba Ŗiais produktais mokyklose<sup>26</sup>. Ŗioje srityje geriausiai tiktŖ pramonės saviregulavimo priemonė, nes, palyginti su reglamentavimu, ji turi daugiau privalumŖ – pvz., yra greitesnė ir lankstesnė. Tačiau jei saviregulavimo priemonės rezultatai bŖtŖ nepatenkinami, reikėtŖ apsvarstyti kitas galimybes.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimomis:

- Į kokias pagrindines maistines medžiagas ir produktŖ kategorijas reikia labiausiai atsiŖvelgti teikiant informaciją apie maistines medžiagas virtotojui ir kodėl?
- Kaip reikėtŖ Ŗviesti virtotojus, kad jie gerai suprastŖ ant maisto produktŖ etikečių pateikiamą informaciją, ir kas turi rūpintis tokiu Ŗvietimu?
- Ar neprivalomi kodeksai („saviregulavimas“) yra tinkama didelės energinės vertės ir maŖai mikroelementŖ turinčių maisto produktŖ reklamos ir pardavimo ribojimo priemonė? Kokias kitas alternatyvas reikėtŖ svarstyti, jei saviregulavimas nepasiteisins?
- Kaip galima nustatyti, įgyvendinti ir kontroliuoti saviregulavimo naŖumą? KokiŖ priemoniŖ reikėtŖ imtis siekiant Ŗztikrinti, kad reklamuojant ir parduodant maisto produktus nebŖtŖ naudojamosi paŖeidžiamŖ virtotojų patiklumu ir Ŗiniasklaidos išmanymo stoka?

## V.2. Virtotojų Ŗvietimas

- V.2.1. Jokia Bendrijos ar nacionalinė mitybos politika nebus sėkminga, jei visuomenė nebus geriau informuojama apie ryŖi tarp mitybos ir sveikatos, energijos suvartojimą ir išėikvojimą, chroniŖkŖ ligŖ riziką maŖinančią mitybą ir apie tai, kaip pasirinkti sveikus maisto produktus. Reikia parengti ir įvairiais būdais skleisti logiŖką, nuoseklį, paprastą ir aiŖkią informaciją tokiomis forma, kuri bŖtŖ tinkama konkrečios kultŖros, amŖiaus ir lyties Ŗmonėms. Virtotojų Ŗvietimas taip pat didins Ŗiniasklaidos išmanymo lygį ir padės virtotojams geriau suprasti maistingumo Ŗenklavimą.



Komisija, siekdama nustatyti geriausią patirtį, kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kaip geriausiai sudaryti sąlygas vartotojams sąmoningai rinktis ir ryžtingai veikti?
- Kaip viešojo ir privačiojo sektorių partnerystės gali prisidėti prie vartotojų švietimo?
- Kokios pagrindinės informacijos apie mitybą ir fizinį aktyvumą reikėtų suteikti vartotojams ir kas turėtų tuo rūpintis?

### V.3. Dėmesys vaikams ir jaunimui

V.3.1. Vaikystėje ir paauglystėje priimame svarbius sprendimus dėl gyvenimo būdo, kurie suaugus nulemia pavojus sveikatai; todėl svarbu formuoti sveikus vaikų įpročius. Mokykla yra pagrindinė sveikatingumo propagavimo vieta ir ji gali prisidėti prie vaikų sveikatos apsaugos skatindama sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą. Taip pat yra įrodymų, kad sveika mityba gerina gebėjimą susikaupti ir mokytis. Be to, mokyklose galima skatinti vaikus kasdien užsiimti fizine veikla<sup>27</sup>. Atitinkamu lygmeniu galima svarstyti tinkamiausias priemones.

V.3.2. Siekiant, kad vaikai negautų prieštaringos informacijos, žinias apie sveikatą, kurias vaikai gauna iš tėvų ir mokykloje, turėtų papildyti žiniasklaida, sveikatos apsaugos tarnybos, pilietinė visuomenė ir atitinkami pramonės sektoriai (teigiamos elgsenos pavyzdžiai...) (*dėl rinkodaros, orientuotos į vaikus, žr. V.1 skirsnį*)

Komisija, siekdama nustatyti geriausią patirtį, kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kokiais gerais pavyzdžiais galima vadovautis siekiant pagerinti mokyklos maisto maistinę vertę ir kaip informuoti tėvus apie tai, kaip gerinti namuose pateikiamo maisto maistinę vertę?
- Kokių žinote reguliaraus fizinio aktyvumo mokyklose gerosios patirties pavyzdžių?
- Kokių žinote sveikos mitybos puoselėjimo mokyklose gerosios patirties pavyzdžių, ypač dėl didelės energinės vertės užkandžių ir cukrumi saldintų gaiviųjų gėrimų pernelyg didelio vartojimo?
- Kaip mokyklose vykdomą sveikatos švietimą galėtų remti žiniasklaida, sveikatos apsaugos tarnybos, visuomenė ir atitinkami pramonės sektoriai? Koks šioje srityje galėtų būti privačiojo ir viešojo sektorių vaidmuo?

### V.4. Maisto tiekimas, fizinė veikla ir sveikatos švietimas darbo vietoje

V.4.1. Yra daug galimybių skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą darbo vietoje. Prie sveikatos skatinimo darbo vietoje gali labai prisidėti valgyklos, tiekiančios sveiką maistą, ir darbdaviai, sudarantys sąlygas užsiimti fizine veikla (pvz., įrengti persirengimo kambariai, dušai).

Komisija, siekdama nustatyti geriausią patirtį, kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kaip darbdaviai gali sėkmingai tiekti sveiką maistą darbovietės valgyklose ir kaip galima pagerinti valgyklų maisto maistinę vertę?
- Kokios priemonės paskatintų ir sudarytų sąlygas užsiimti fizine veikla per pertraukas, pakeliui į darbą ir iš darbo?

## **V.5. Antsvorio ir tukimo prevencijos ir gydymo diegimas į sveikatos apsaugos paslaugas**

- V.5.1. Sveikatos apsaugos paslaugos ir sveikatos apsaugos specialistai gali labai pagerinti pacientų supratimą apie mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos ryšį ir paskatinti juos keisti gyvenimo būdą. Keisti gyvenimo būdą pacientus paakstintų, jei sveikatos apsaugos specialistai darbo metu bendraudami su pacientais ir jų šeimomis duotų praktinių patarimų, kaip jiems galėtų padėti optimali mityba ir didesnis fizinis aktyvumas. Taip pat reikia apsvarstyti nutukimo gydymo alternatyvas<sup>28</sup>.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kokių priemonių ir kokių lygmeniu reikia imtis siekiant užtikrinti, kad sveikatos apsaugos paslaugos dar labiau skatintų sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą?

## **V.6. Tukimo neskatinančios aplinkos kūrimas**

- V.6.1. Fizinis aktyvumas gali būti kasdienio gyvenimo dalis (pvz., į darbą arba mokyklą einama arba važiuojama dviračiu užuot važiavus variklinėmis transporto priemonėmis). Transporto ir miesto planavimo politika galima užtikrinti, kad vaikščioti, važiuoti dviračiu ir kitaip sportuoti būtų paprasta bei saugu, ir numatyti naudoti daugiau nevariklinių transporto priemonių. Į mokyklas nutiesti pėsčiųjų ir dviračių takai galėtų būti viena iš kovos su ypač nerimą keliančiomis vaikų tukimo ir antsvorio tendencijomis priemonių.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kaip viešoji politika gali padėti užtikrinti, kad fizinis aktyvumas būtų integruojamas į kasdienę veiklą?
- Kokiomis priemonėmis reikėtų skatinti kurti fizinei veiklai palankią aplinką?

## **V.7. Socialinė ir ekonominė nelygybė**

- V.7.1. Maisto pasirinkimą lemia ir asmeniniai polinkiai, ir socialiniai bei ekonominiai veiksniai<sup>29</sup>. Socialinė padėtis, pajamos ir išsilavinimas yra mitybą ir fizinį aktyvumą lemiantys veiksniai. Tam tikra gyvenamoji aplinka gali neskatinti užsiimti fizine veikla, stokoti sąlygų aktyviam poilsiui ir labiau paveikti palankių sąlygų neturinčius negu tuos, kurie gali sau leisti arba turi galimybių naudotis transportu. Menkesnis

išsilavinimas ir mažiau galimybių gauti reikiamą informaciją sumažina galimybes sąmoningai rinktis.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kokios priemonės ir kokių lygmeniu paskatintų tam tikroms socialinėms ir ekonominėms grupėms priklausančias gyventojų grupes ir namų ūkius sveikiau maitintis, daugiau užsiimti fizine veikla ir gyventi sveikiau?
- Kaip galima spręsti „nesveikų įpročių kompleksą“ problemą, kuri dažnai pasitaiko tam tikro socialinio ir ekonominio sluoksnio gyventojų grupėse?

## **V.8. Integruoto ir visapusiško metodo sveikai mitybai ir fiziniam aktyvumui skatinti puoselėjimas**

V.8.1. Nuosekliai ir visapusiškai siekiant, kad sveiki dalykai būtų dažniau tiekiami, įperkamesni ir patrauklesni, reikėtų atsižvelgti į poreikį mitybos ir fizinio aktyvumo aspektus integruoti į visas susijusias politikos sritis vietos, regionų, nacionaliniu ir Europos lygmenimis, sukurti būtiną juos palaikančią aplinką ir sukurti bei taikyti atitinkamas kitų politikų poveikio sveikai mitybai ir fiziniam aktyvumui vertinimo priemones<sup>30</sup>.

V.8.2. Su mityba ir fiziniu aktyvumu susiję chroniški susirgimai gali būti paplitę labai nevienodai priklausomai nuo lyties, amžiaus grupės ir socialinio bei ekonominio sluoksnio. Be to, dažnai mitybos ir fizinės veiklos įpročiai yra nulemti vietos arba regiono tradicijų. Todėl parenkant sveikos mitybos skatinimo būdą reikia atsižvelgti į lyčių, socialinius ir ekonominius bei kultūrinius skirtumus ir į viso žmogaus gyvenimo perspektyvą.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kokie yra patys svarbiausi integruoto ir visapusiško sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo metodo elementai?
- Ką reikėtų daryti valstybių narių ir Bendrijos lygmenyse?

## **V.9. Maistinių medžiagų kiekių ir maisto produktais išreikštų mitybos gairių kūrimo rekomendacijos**

V.9.1 PSO ir FAO ataskaitoje<sup>31</sup> pateikiamos bendrosios rekomendacijos dėl gyventojų suvartotinių maistinių medžiagų kiekių ir fizinio aktyvumo tikslų, susijusių su pagrindinių neužkrečiamųjų ligų prevencija.

V.9.2. „Eurodiet“ projekte<sup>32</sup> buvo pasiūlyta, kiek gyventojai turėtų suvartoti maistinių medžiagų ir pabrėžiama, kad suvartotinių maisto produktų kiekį reikia apskaičiuoti pagal maisto produktais išreikštas mitybos gaires (FBDG). Nustatant šias gaires reikėtų vadovautis nusistovėjusiais mitybos įpročiais ir atsižvelgti į socialinius ir ekonominius bei kultūrinius veiksnius.

V.9.3. Komisija paprašė, kad Europos maisto saugos tarnyba (EMST) atnaujintų savo rekomendacijas dėl energinės vertės, mikroelementų ir maistinių skaidulų. Vadovaudamasi jais EMST taip pat pateiks rekomendacijas dėl orientacinių gyventojų

suvartotinių mikroelementų kiekių ir, jei reikės, kitų nepakeičiamų medžiagų, turinčių maistinį arba fiziologinį poveikį, kiekių siekiant subalansuotos mitybos. Be to, EMST patars, kaip remiantis rekomenduojamais maistinių medžiagų kiekiais sukurti mitybos pagerinimo įvairiais maisto produktais gaires, kad optimaliai maitinantis galima būtų išlikti geros sveikatos.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kaip nustatant maisto produktais išreikštas mitybos gaires Europos mastu galima atsižvelgti į skirtingus regionų ir vietinius mitybos įpročius bei socialinę ir kultūrinę įvairovę?
- Kaip galima įveikti spragą tarp maistinių medžiagų tikslų ir realių vartojimo įpročių?
- Kaip galima informuoti vartotojus apie mitybos gaires?
- Kaip produktų maistingumo vertinimo sistemos, kaip kad neseniai sukurtoji JK, gali prisidėti prie šios veiklos<sup>33</sup>?

## V.10. Bendradarbiavimas už Europos Sąjungos ribų

V.10.1. Šiuo metu tarptautiniu mastu svarstoma apie visuotinę *Codex Alimentarius*<sup>34</sup> naudojimą mitybos srityje. ES pritaria PSO visuotinei mitybos, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategijai ir mano, kad reikia bendrai apsvarstyti, kaip į kodekso darbą įtraukti su mityba susijusius klausimus, bet kartu palikti esamus kodekso įgaliojimus.

V.10.2. ES ir visų kitų šalių, kuriose nerimą kelia augantis antsvorį turinčių ir nutukusių gyventojų skaičius, teisės aktų kūrėjai ir suinteresuotosios šalys turėtų glaudžiai bendradarbiauti sprendami maitinimosi, mitybos ir fizinio aktyvumo klausimus<sup>35</sup>.

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Kokiomis sąlygomis ir kokiais būdais Bendrija turėtų dalyvauti ES ir ES nepriklausančioms šalims keičiantis patirtimi ir nustatant geriausią patirtį?

## V.11. Kiti klausimai

Komisija kviečia pateikti nuomones tokiomis klausimais:

- Ar yra šioje žaliojoje knygoje neaptartų klausimų, į kuriuos reikėtų atsižvelgti Europos Sąjungoje skatinant sveiką mitybą, fizinį aktyvumą ir sveikatą?
- Kurie šioje žaliojoje knygoje aptarti klausimai turėtų būti prioritetiniai ir kuriuos galima laikyti ne tokiais svarbiais?

## VI. TOLESNI ŽINGSNIAI

VI.1. Komisijos tarnybos atidžiai išnagrinės visas nuomones, gautas kaip atsakymus į šia žaliaja knyga inicijuotas konsultacijas. Tikimasi, kad atsakymus apibendrinanti ataskaita Komisijos tinklavietėje bus paskelbta 2006 m. birželio mėn.

VI.2. Atsižvelgdama į konsultacijų proceso rezultatus, Komisija svarstys tolesnius tinkamiausius veiksmus priemones, kurias reikėtų pasiūlyti, bei kokiais teisės aktais jas įgyvendinti. Taip pat, priklausomai nuo pasirinktos teisinės priemonės, bus įvertintas jos poveikis.

## ANNEX 1

Figures

and Tables

<b>Table 1</b>		
<b>Prevalence estimates of diabetes mellitus</b>		
	<b>estimate 2003</b>	<b>estimate 2025</b>
<b>Country</b>	prevalence (%)	prevalence (%)
Austria	9.6	11.9
Belgium	4.2	5.2
Cyprus	5.1	6.3
Czech Republic	9.5	11.7
Denmark	6.9	8.3
Estonia	9.7	11.0
Finland	7.2	10.0
France	6.2	7.3
Germany	10.2	11.9
Greece	6.1	7.3
Hungary	9.7	11.2
Ireland	3.4	4.1
Italy	6.6	7.9
Latvia	9.9	11.1
Lithuania	9.4	10.8
Luxembourg	3.8	4.4
Malta	9.2	11.6
Netherlands	3.7	5.1
Poland	9.0	11.0
Portugal	7.8	9.5
Slovakia	8.7	10.7
Slovenia	9.6	12.0
Spain	9.9	10.1
Sweden	7.3	8.6
United Kingdom	3.9	4.7
<i>source: Diabetes Atlas, 2<sup>nd</sup> edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

Fig. 2: Deaths in 2000 attributable to selected risk factors (European region)  
(source: World Health Report 2002)

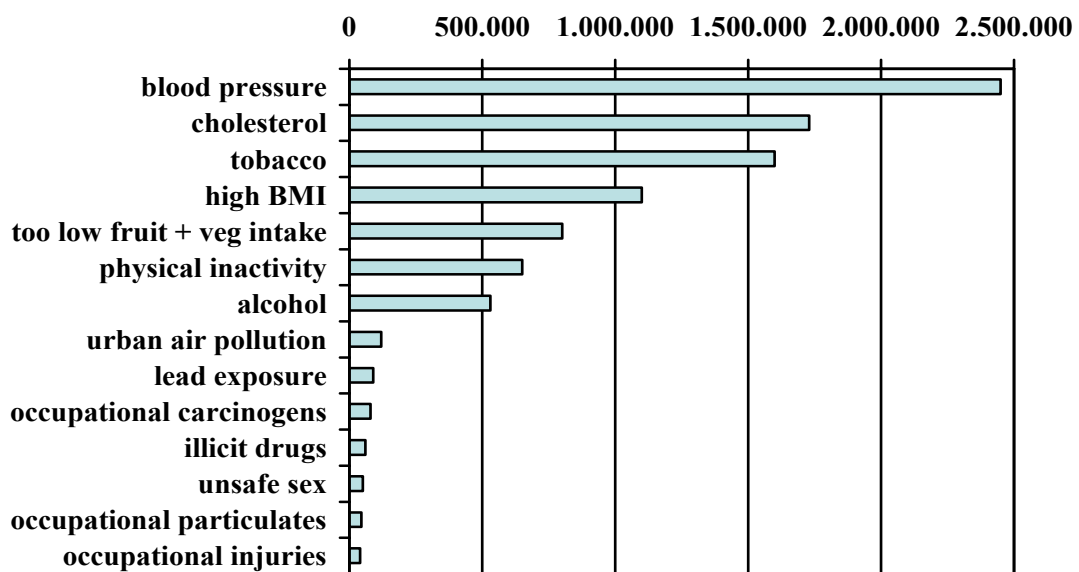


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI <sup>1</sup> 25-29.9	%BMI $\geq$ 30	%Com-bined BMI $\geq$ 25	%BMI 25-29.9	%BMI $\geq$ 30	%Combined BMI $\geq$ 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England <sup>2</sup>	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23.	55.6
Estonia ( <i>self reported</i> )	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France ( <i>self reported</i> )	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	35
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy ( <i>self reported</i> )	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6

<sup>1</sup> BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)<sup>2</sup>; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

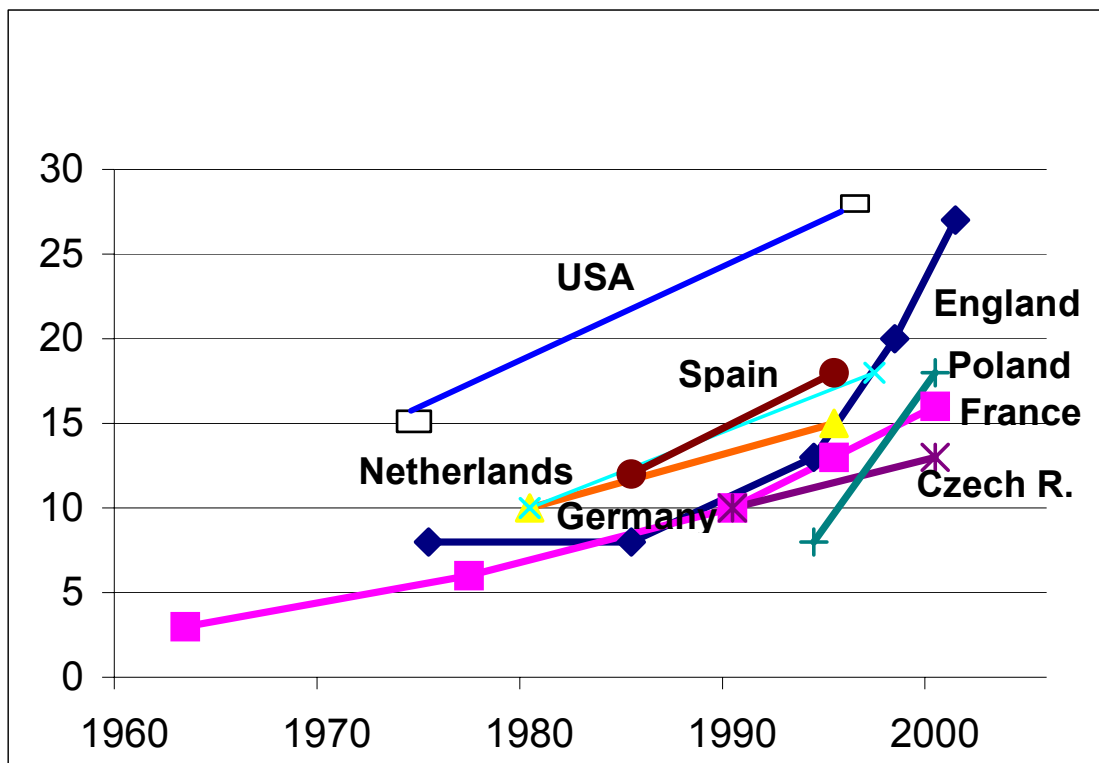
<sup>2</sup> Data from Health Survey for England, which does not include data for Scotland, Wales and Northern Ireland



Poland (self report)	1996	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	Published 2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self reported)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

*Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are from the IOTF database (© International Obesity Task Force, London – March 2005)*

Fig. 2: Rising prevalence of overweight in children aged 5-11 (source: IOTF)



## ANNEX 2 - Relationship between diet, physical activity and health

1. The relationship between diet, physical activity and health has been scientifically established, in particular regarding the role of lifestyles as determinants of chronic non-communicable diseases and conditions such as obesity, heart disease, type 2 diabetes, hypertension, cancer and osteoporosis<sup>36</sup>.
2. Particularly alarming is the increase in the prevalence of **diabetes** (*cf table 1, Annex 1*). Type-2-diabetes, which accounts for over 90% of diabetes cases worldwide, is related to obesity, a sedentary lifestyle and diets high in fat and saturated fatty acids. Both prevention and treatment of type-2 diabetes need to focus on lifestyle changes (weight loss, physical activity, diets low in fat and saturated fatty acids)<sup>37</sup>.
3. **Cardiovascular diseases** (CVD) are together with cancer the most important causes of death and disease in Europe. Stopping smoking, increasing physical activity levels and adopting healthier diets are the most important factors in the primary prevention of CVD. The key recommendations for CVD prevention are maintenance of normal body weight, moderate physical activity of 30 minutes or more every day and avoidance of excess consumption of saturated fatty acids and salt.
4. Dietary factors are estimated to account for approximately 30% of all **cancers** in industrialized countries<sup>38</sup>, making diet second only to tobacco as a theoretically preventable cause of cancer. Consumption of adequate amounts of fruits and vegetables, and physical activity, appear to be protective against certain cancers. Body weight and physical inactivity together are estimated to account for approximately one-fifth to one-third of several of the most common cancers<sup>39</sup>.
5. **Osteoporosis** is a disease in which the density of bones is reduced, increasing the risk of fracture. Around the world, it affects one in three women and one in five men over the age of fifty. Although genetic factors will determine whether an individual is at heightened risk of osteoporosis, lifestyle factors can influence the acquisition of bone mass in youth and the rate of bone loss later in life. The joint WHO/FAO expert consultation<sup>40</sup> concludes that dietary and lifestyle recommendations developed for the prevention of other chronic diseases may prove helpful to reduce osteoporosis risk.
6. The *World Health Report 2002*<sup>41</sup> describes in detail how a few **major risk factors** account for a significant proportion of all deaths and diseases in most countries (*cf figure 1, Annex 1*). Six out of the seven most important risk factors for premature death (blood pressure, cholesterol, Body Mass Index, inadequate fruit and vegetable intake, physical inactivity, excessive alcohol consumption) relate to diet and physical activity (the odd one out being tobacco). Unhealthy diets and lack of physical activity are therefore the leading causes of avoidable illness and premature death in Europe.
7. The **underlying determinants** of the risk factors for the major chronic diseases portrayed above are largely the same. Dietary risk factors include shifts in the diet structure towards diets with a higher energy density (calories per gramme) and with a greater role for fat and added sugars in foods; increased saturated fat intake (mostly from animal sources) and excess intake of hydrogenated fats; reduced intakes of complex carbohydrates and dietary fibre; reduced fruit and vegetable intakes; and increasing portion sizes of food items. Other important lifestyle-related risk factors, apart from smoking and excessive alcohol consumption, include reduced levels of

physical activity. Of particular concern is the increasingly unhealthy diet and physical inactivity of adolescents and children.

8. As relatively few risk factors cause the majority of the chronic disease burden, the related morbidity and mortality is to a great extent preventable. It is estimated that up to 80% of cases of coronary heart disease, 90% of type 2 diabetes cases, and one-third of cancers can theoretically be avoided if the whole population followed current guidelines on diet, alcohol, physical activity and smoking. Addressing lifestyle factors such as nutrition and physical activity therefore has an enormous potential for the prevention of severe morbidity and mortality.
9. **Obesity** (BMI<sup>42</sup> >30) is a risk factor for many serious illnesses including heart disease, hypertension, stroke, type-2-diabetes, respiratory disease, arthritis and certain types of cancer. The rising prevalence of obesity across Europe (*cf. Annex 1, table 2*), particularly among young people (*cf. Annex 1, fig. 2*), has alarmed health experts, the media and the population at large, and is a major public health concern.
10. Evidence from population surveys suggests that obesity levels in the EU have risen by between 10-40% over the past decade, and current data suggest that the range of obesity prevalence in EU countries is from 10% to 27% in men and up to 38% in women<sup>43</sup>. In some EU countries more than half the adult population is overweight<sup>44</sup> (BMI >25), and in parts of Europe<sup>45</sup> the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey<sup>46</sup>. Despite efforts by individuals the loss of health to the population as a whole due to unhealthy diets and inactivity is extraordinarily high: a small increase in Body Mass Index (BMI), e. g. from 28 to 29, will increase the risk of morbidity by around 10 %<sup>47</sup>.
11. The number of EU children affected by overweight and obesity is estimated to be rising by more than 400,000 a year, adding to the 14 million-plus of the EU population who are already overweight (including at least 3 million obese children); across the entire EU25, overweight affects almost 1 in 4 children<sup>48</sup>. Spain, Portugal and Italy report overweight and obesity levels exceeding 30% among children aged 7-11. The rates of the increase in childhood overweight and obesity vary, with England and Poland showing the steepest increases<sup>49</sup>.
12. The factors underlying the onset of obesity are widely known (high intake of energy dense micronutrient poor foods or sedentary lifestyles are the most convincing factors determining obesity risk; high intake of sugars sweetened soft drinks and fruit juices, heavy marketing of energy dense foods or adverse socioeconomic conditions are also probable determining factors. High intake of non starch polysaccharides and regular physical activity are convincing factors lowering obesity risk; breastfeeding and home or school environments supporting healthy food choices for children are also probable lowering factors). It should however be borne in mind that for some people it is going to be harder to maintain a healthy weight than for others because they are genetically disposed to storing fat, or because they have genetic dysfunctions which make it difficult for them to control the feeling of hunger. In fact, even if some scientists<sup>50</sup> estimate that 40-70% of the variation in fat mass between individuals is determined by genetic factors, environmental factors remain important and determine the expression of these genes in individuals; addressing the "obesogenic environment" (*cf section V.6*) therefore has a strong potential to curb obesity<sup>51</sup>.

13. While the effects of diet and **physical activity** on health often interact, particularly in relation to obesity, there are additional health benefits from physical activity that are independent of nutrition and diet. Likewise, there are significant nutritional risks that are unrelated to obesity.
14. Weight gain in an individual is the result of an excess of energy consumed as food over energy expenditure. There is a strong tendency for excess weight to continue to accumulate from childhood through to middle age. It is therefore important to achieve an optimum body weight throughout life through proper diet and daily physical activity. In addition to promoting overall feelings of wellbeing and apart from weight management aspects, physical exercise has also independent positive effects on the prevention of diseases such as cardiovascular disease, type II diabetes, osteoporosis and depression, and contributes to maintaining muscular strength in older age.
15. To maintain cardiovascular health, the recommended daily amount of exercise is at least 30 minutes for most of the days of the week. There is no general agreement on the level of physical activity needed to prevent weight gain, but a total of one hour on most days of the week is probably needed. However, all physical activity increases energy consumption and contributes to weight management<sup>52</sup>.
16. A 2003 Eurobarometer survey<sup>53</sup> showed that around 60 % of Europeans (EU 15) had no vigorous physical activity at all in a typical week, and more than 40 % did not even have moderate physical activity in a typical week. Europe-wide, only about one third of schoolchildren appear to be meeting recognised physical activity guidelines<sup>54</sup>. Exercising seems to be more common among people who claim they eat healthily and do not smoke, which is in line with the generally observed “clustering of good habits”.
17. The **WHO Global Strategy on diet, physical activity and health** was adopted by the World Health Assembly in May 2004<sup>55</sup> as an outcome of a global consultation process and consensus-building exercise. The Global Strategy underlines the importance of achieving a balanced diet reducing the consumption of fats, free sugars and salt, of increasing the intake of fruits, vegetables, legumes, grains and nuts, and of performing moderate physical activity during at least 30 minutes a day.
18. The Community has actively supported the WHO Global Strategy process since its beginning. The Global Strategy can serve as an extremely valuable input in the development of a comprehensive Community action on nutrition and physical activity, and active use should be made of the scientific evidence underpinning it<sup>56</sup> when building the rationale for a broad Community strategy in this area.

## ANNEX 3 – References

- 1 Council Conclusions of 2 December 2003 on healthy lifestyles: education, information and  
communication (2004/C 22/01) - Official Journal of the European Union C 22/1 of 27.1.2004  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- 2 Council Resolution of 14 December 2000 on health and nutrition (2001/C 20/01) - Official Journal of the  
European Communities C 20/1 of 23.1.2001
- 3 Council conclusions on obesity, nutrition and physical activity (adopted on 03.06.2005)  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev\\_20050602\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf)
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 6 actions which include e. g. the food industry, the advertising industry, the retailers, the caterers, NGOs  
and consumer organisations, local, regional and national Governments, schools and the media
- 7 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 8 Opinion of the European Economic and Social Committee on Obesity in Europe – role and responsibilities  
of civil society partners, SOC/201, September 2005  
[http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005\\_ac.doc&language=EN](http://eescopinions.esc.eu.int/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc201\ces1070-2005_ac.doc&language=EN)
- 9 Member States launched in recent years a number of initiatives to promote healthy nutrition and physical  
activity. Some Member States like Ireland (<http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>) and Spain  
(<http://www.msc.es/home.jsp>) established National Strategies to counter obesity, involving Public  
Administrations, independent experts, the food industry, the physical activity sector, NGOs etc. in multi-  
sectorial actions aimed at promoting healthier diets and physical activity. France launched in 2001 a four  
year national healthy nutrition plan (<http://www.sante.gouv.fr/>), covering a wide range of measures at the  
inter-sectorial level, with the objective to reduce the prevalence of obesity and overweight. More recently,  
in March 2005 the Slovenian Parliament approved a National Nutrition Policy Programme for 2005–2010  
(<http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). The Netherlands integrated obesity as one of the priorities of its  
national health care prevention policy (<http://www.minvws.nl/>). Nutrition and physical activity are also  
mentioned as an important area for public health action in the United Kingdom's White Paper Choosing  
health: making healthier choices easier, released in November 2004  
([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4094550&chk=aN5Cor](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor)). Germany established a  
national platform for nutrition and physical activity (<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>).
- 10 Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World  
Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894)
- 11 National Audit Office (2001), *Tackling obesity in England*.  
[http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/00-01/0001220.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf).
- 12 Chief Medical Officer (2004) At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its  
relationship to health. London: Department of Health  
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/09/81/04080981.pdf>
- 13 Obesity - the Policy Challenges: the Report of the National Taskforce on Obesity. Dublin 2005
- 14 Finkelstein, E. A. et al., (2004). State-level estimates of annual medical expenditures attributable to  
obesity. *Obesity Research*, 12, 18-24
- 15 Finkelstein EA, et al., (2003), National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How  
Much, And Who's Paying?, *Health Affairs*, Vol. 10, No.1377; quoted from: Ad Hoc Group on the OECD  
Health Project, Workshop on the Economics of Prevention, 15 October 2004, Cost-effectiveness of  
Interventions to prevent or treat Obesity and type-2 diabetes, A preliminary review of the literature in  
OECD countries, SG/ADHOC/HEA(2004)12, 2004
- 16 Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public  
Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional  
Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- 17 The RIVM report 'Measuring Dutch meals: Healthy diet and safe food in the Netherlands' recommends  
increasing fish consumption from the average consumption (1998) of 2 to 3 times per month to 1 or 2  
times per week. It should be noted that in the Netherlands, consumption of fish (per capita consumption:  
20.5 kg/head/year) is at the mid point for EU25; Austria, Germany, Ireland, the United Kingdom, Belgium  
and Luxemburg and all of the new Member States apart from Malta, Cyprus and Estonia are below the  
Dutch level of consumption. Three Member States (Hungary, Slovakia and Slovenia) are at only one third  
of the Dutch consumption level. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270555008.html>

18 COM (2005) 115 [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)  
19 A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following  
address:  
20 [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm)  
Further information on the work of the Platform is available at the following internet  
21 address:[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/platform/platform\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm):  
More information on the scope of the Public Health Action Programme, the conditions for participation in  
the calls launched under the Programme, and on projects financed so far can be found at the following  
22 internet address: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm).  
i. a. the Working Party 'Lifestyle and other Health Determinants' aims at improving the availability of  
comparable information on nutritional habits and physical activity levels in Europe. Its Scientific  
23 Secretariat can be contacted at [public.health@mailbox.tu-dresden.de]  
Numerous Commission financed projects in particular under the former Cancer, Health Promotion and  
Health Monitoring Programmes have developed activities in the field of nutrition, physical activity and  
health. An overview of these initiatives is set out in the *Status report on the European Commission's work  
in the field of nutrition in Europe, 2002*  
([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_report\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_report_en.pdf))  
24 [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)  
25 Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on nutrition and health claims on  
foods COM (2003) 424 final; 16/07/2003  
26 cf Gerard Hastings et al: Review of research into the effects of food promotion to children - Final Report  
Prepared for the Food Standards Agency; 22 September 2003.  
<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>  
27 cf also Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people's lifestyles and sedentariness and the  
role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance"  
<http://europa.eu.int/comm/sport/documents/lotpaderborn.pdf>  
28 these include dietary therapy (instruction on how to adjust a diet to reduce the number of calories eaten),  
physical activity, behaviour therapy (acquiring new habits that promote weight loss), drug therapy (to be  
used in high BMI patients or patients with obesity-related conditions together with appropriate lifestyle  
modifications and under regular medical control), and surgery (in extremely high BMI patients or patients  
with severe obesity-related conditions, used to modify the stomach and/or intestines to reduce the amount  
of food that can be eaten)  
29 Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96,  
2004  
30 Information and communication technologies can play an important role in health promotion by providing  
sound and high-quality information on lifestyle and diet. This can be done, for example, through personal  
devices highlighting individualised health information that can give feedback, guidelines, forewarning,  
and can help to avoid acute events resulting from unhealthy lifestyles. A number of Community supported  
projects have developed information systems relating to health and diet, such as VEPSY UPDATED  
(<http://www.vepsy.com/index.htm>) and MYHEART  
(<http://www.hitech-projects.com/euprojects/myheart/>)  
31 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *op. cit* The recommendations include: Achieve  
energy balance for weight control; Substantially increase levels of physical activity across the life span;  
Reduce energy intake from fat and shift consumption from saturated fats and trans-fatty acids towards  
unsaturated fats; Increase consumption of fruit and vegetables as well as legumes, whole grains and nuts;  
Reduce the intake of "free" sugars; Reduce salt (sodium) consumption from all sources and ensure that  
salt is iodized.  
32 EURODIET core report, *op. cit.*  
([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/report01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf))([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/report01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf))  
33 cf Mike Rayner et al: Nutrient profiles: Options for definitions for use in relation to food promotion and  
children's diets; Final report; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of  
Public Health, University of Oxford; October 2004 .  
<http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutrientprofilingfullreport.pdf>  
34 The Codex Alimentarius Commission was created in 1963 by the Food and Agriculture Organisation  
(FAO) and the World Health organisation (WHO) to develop food standards, guidelines and related texts  
such as codes of practice under the Joint FAO/WHO Food Standards Programme. The main purposes of  
this Programme are protecting health of the consumers and ensuring fair trade practices in the food trade,

---

and promoting coordination of all food standards work undertaken by international governmental and non-governmental organizations. [http://www.codexalimentarius.net/web/index\\_en.jsp](http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.jsp)

35 In this context, the scope for more proactive EU-US cooperation will be examined, and a major review of best practices in EU and US will be organised early 2006 with relevant US administration counterparts. Also, the broad regulatory EU-US dialogue which has started in this field will be intensified. Moreover, a plenary meeting of the European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health will be convened together with representatives of the US Administration, the American food industry and consumer organisations.

36 *cf Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>)

37 *cf Diabetes action now: an initiative of the World Health Organisation and the International Diabetes Federation*, 2004

38 Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine. Oxford, Oxford University Press, 1996:197—221; quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

39 Weight control and physical activity. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 6); quoted from: *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

40 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

41 World Health Organization. *The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: World Health Organisation, 2002

42 BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)<sup>2</sup>; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

43 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005

44 The European Health Report, World Health Organisation, 2002

45 Finland, Germany, Greece, Cyprus, the Czech Republic, Slovakia and Malta

46 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

47 Fogel, R. W. (1994), 'Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy', *The American Economic Review*, 84(3): 369–395; quoted from: Suhrcke M. et al, The contribution of health to the economy in the European Union, [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/health\\_economy\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf)

48 Childhood Obesity Report, International Obesity Task Force (IOTF), May 2004

49 International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, *op. cit.*

50 G Barsh, IS Farooqi and S O'Rahilly: Genetics of body weight regulation; *Nature* 2000;404:644-651

51 DIABESITY project funded under the EU's 6<sup>th</sup> RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabetes.org/>

52 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*

53 European Commission (2003) Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6/ Wave 58.2- European Opinion Research Group (EEIG). [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_183\\_6\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf)

54 Health Behaviour in School-Aged Children survey, 2001/2002

55 [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)

56 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*, *op. cit.*