



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 08.12.2005
KOM(2005) 637 wersja ostateczna

ZIELONA KSIĘGA

**„Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar
zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”**

SPIS TREŚCI

I.	Sytuacja na szczeblu europejskim.....	3
II.	Zdrowie i dobrobyt.....	4
III.	Procedura konsultacji	5
IV.	Struktury i narzędzia na szczeblu wspólnotowym	6
IV.1.	Platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia.....	6
IV.2.	Europejska sieć ds. żywienia i aktywności fizycznej.....	7
IV.3.	Problematyka zdrowia w politykach UE.....	7
IV.4.	Program działania na rzecz zdrowia publicznego	7
IV.5.	Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA)	8
V.	Obszary działania	8
V.1.	Informowanie konsumentów, reklama i marketing	8
V.2.	Edukacja konsumentów	9
V.3.	Poświęcenie szczególnej uwagi dzieciom i młodzieży	9
V.4.	Dostępność żywności, aktywność fizyczna i edukacja zdrowotna w miejscu pracy .	10
V.5.	Włączenie do opieki zdrowotnej profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości	10
V.6.	Rozwiązanie problemów dotyczących środowiska sprzyjającego nadwadze i otyłości	10
V.7.	Nierówności społeczne i ekonomiczne	11
V.8.	Sprzysiężanie zintegrowanemu i wszechstronnemu podejściu do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej	11
V.9.	Zalecenia dotyczące spożycia składników pokarmowych oraz opracowania wytycznych żywieniowych	12
V.10.	Współpraca poza Unią Europejską	12
V.11.	Inne zagadnienia	13
VI.	Kolejne działania.....	13
Annex 1:	Figures and Tables.....	15
Annex 2:	Relationship between diet, physical activity and health.....	19
Annex 3:	References	22

ZIELONA KSIĘGA

„Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”

I. SYTUACJA NA SZCZEBLU EUROPEJSKIM

- I.1. Podstawową przyczyną możliwych do uniknięcia chorób oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest niezdrowe żywienie i brak aktywności fizycznej, a otyłość, coraz bardziej rozpowszechniona w Europie, stała się jednym z głównych problemów zdrowia publicznego (*patrz załącznik 2, informacje ogólne*).
- I.2. Rada wezwała Komisję do wsparcia promowania zdrowego trybu życia⁽ⁱ⁾¹ oraz przeanalizowania sposobów promowania zdrowszego żywienia w Unii Europejskiej, w razie konieczności poprzez przedłożenie w tym zakresie odpowiednich propozycji². Rada wezwała także Państwa Członkowskie oraz Komisję do stworzenia i przeprowadzenia inicjatyw, mających na celu promowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej³.
- I.3. Komisja posiada w tym zakresie jednoznaczne kompetencje: art. 152 Traktatu wymaga zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty. Wiele obszarów polityki wspólnotowej jest istotnych dla żywienia i aktywności fizycznej i Rada potwierdziła konieczność włączenia wspomnianych kwestii do odpowiednich polityk na poziomie europejskim⁴.
- I.4. Działania wspólnotowe mogą doskonale uzupełniać inicjatywy na szczeblu krajowym. Działania podejmowane przez Wspólnotę mogą wykorzystać efekty synergii i ekonomię skali, ułatwić inicjatywy ogólnoeuropejskie, połączyć dostępne zasoby, rozpowszechniać najlepsze praktyki; wniosą one zatem, nie ograniczając działań podejmowanych przez Państwa Członkowskie, swój wkład do inicjatyw Państw Członkowskich.
- I.5. Rada zwróciła szczególną uwagę na to, że wieloprzyczynowy charakter epidemii otyłości wymaga podjęcia wspólnych działań przez wiele zainteresowanych stron⁵ - dobrym przykładem takich działań jest stworzenie Platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia (*patrz rozdział IV.1*) oraz podjęcie działań na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim⁶. Rada wyraziła swoje zadowolenie z zamiaru przedstawienia przez Komisję niniejszej Zielonej Księgi i przedstawienia w 2006 r. wyników konsultacji publicznej rozpoczętej Zieloną Księgą⁷.
- I.6. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny podkreślił, że działania na szczeblu wspólnotowym mogą zwiększyć skuteczność inicjatyw, które podejmują władze krajowe, przedstawiciele sektora prywatnego oraz organizacje pozarządowe⁸.

⁽ⁱ⁾ Przypisy zebrano w załączniku nr 3, znajdującym się w końcowej części dokumentu.

- I.7. Wiele Państw Członkowskich wdraża już krajowe strategie lub plany działań w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia⁹. Działania wspólnotowe mogą wspierać i uzupełniać wspomniane działania, promować ich koordynację i pomagać przy opracowywaniu i rozpowszechnianiu dobrych praktyk w taki sposób, by inne kraje mogły korzystać ze zdobytego doświadczenia.

II. ZDROWIE I DOBROBYT

- II.1. Wzrastająca liczba przypadków otyłości, niezależnie od powodowanego cierpienia, pociąga za sobą skutki ekonomiczne o szczególnym znaczeniu. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na walkę z otyłością przeznacza się do 7 % kosztów opieki zdrowotnej¹⁰ i kwota ta będzie się zwiększać, biorąc pod uwagę wzrostową tendencję występowania otyłości. Mimo braku dokładnych danych dla wszystkich państw UE, przeprowadzone badania wykazują znaczne koszty ekonomiczne związane z otyłością: zgodnie z raportem przygotowanym przez Brytyjską Krajową Izbę Kontroli (United Kingdom's National Audit Office) w 2001 r., otyłość w samej tylko Anglii spowodowała 18 mln dni absencji chorobowej oraz 30 000 przedwczesnych zgonów, co odpowiada rocznym bezpośrednim kosztom opieki zdrowotnej wynoszącym co najmniej 500 mln GBP. Szerzej pojmowane koszty ekonomiczne, uwzględniające zmniejszenie produktywności oraz straty produkcji, oszacowano na kwotę dalszych 2 mld GBP rocznie¹¹. W sprawozdaniu dotyczącym skutków aktywności fizycznej i jej wpływie na zdrowie Główny Lekarz Wielkiej Brytanii (United Kingdom's Chief Medical Officer) z 2004 r. oszacował koszty braku aktywności fizycznej na 8,2 mld GBP rocznie (w tym koszty opieki zdrowotnej oraz szerzej pojęte koszty ekonomiczne, takie jak dni zwolnienia z pracy)¹². W Irlandii określono bezpośrednie koszty leczenia otyłości na sumę ok. 70 mln EUR w 2002 r.¹³ W Stanach Zjednoczonych CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centra Kontroli Chorób i Prewencji) oszacowały koszty opieki zdrowotnej związanej z otyłością na 75 mld USD¹⁴. Analizując poszczególne przypadki, badania wykazały, że roczne wydatki medyczne na przeciętną otyłą osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych są o 37 % wyższe, niż w przypadku osoby o normalnej wadze¹⁵. Te koszty bezpośrednie nie uwzględniają zmniejszonej produktywności związanej z niezdolnością do pracy oraz przedwczesną umieralnością.
- II.2. Szwedzki Instytut Zdrowia Publicznego przeprowadził badania, z których wynika, że w UE traci się 4,5 % Lat Życia w Przystosowaniu do Niepełnosprawności (DALYs), czyli „disability-adjusted lifeyears” z powodu nieprawidłowego żywienia, co razem z dodatkowymi 3,7 % spowodowanymi otyłością i 1,4% spowodowanym brakiem aktywności fizycznej daje wynik 9,6 %, w porównaniu z 9 % spowodowanymi paleniem¹⁶.
- II.3. Niderlandzki Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska sporządził ostatnio raport dotyczący niekorzystnego składu diety i jego negatywnym wpływie na zdrowie. Wynika z niego m.in., że nadmierne spożycie „złego” rodzaju tłuszczów, takich jak nasycone kwasy tłuszczowe i kwasy tłuszczowe trans zwiększają o 25 % prawdopodobieństwo rozwoju chorób układu krążenia. Podczas gdy spożywanie ryb raz lub dwa razy w tygodniu zmniejsza to ryzyko o 25 %. W Niderlandach co roku 38 000 przypadków zachorowań na choroby układu krążenia u osób dorosłych powyżej 20 roku życia lub więcej można przypisać niekorzystnemu składowi diety.¹⁷

- II.4. Rozwiązanie problemów związanych z nadwagą oraz otyłością stanowi zatem ważną kwestię nie tylko dla zdrowia publicznego, lecz doprowadzi także w dłuższym okresie czasu do zmniejszenia kosztów usług medycznych oraz stabilizacji gospodarki, umożliwiając obywatelom prowadzenie produktywnego życia aż do późnej starości. Niniejsza Zielona Księga posłuży do określenia, czy uzupełniając działania podejmowane przez Państwa Członkowskie, inicjatywy europejskie mogą przyczynić się do zmniejszenia zagrożeń zdrowia poprzez ograniczenie wydatków na opiekę zdrowotną oraz zwiększenie konkurencyjności gospodarek Państw Członkowskich.

III. PROCEDURA KONSULTACJI

- III.1. Zgodnie z komunikatem „Poprawa zdrowia i bezpieczeństwa oraz zwiększenie zaufania obywateli: strategia w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów”¹⁸), Komisja przygotowuje szereg strategii wspólnotowych na rzecz przewycięzania najważniejszych uwarunkowań, włączając prawidłowe żywienie i zapobieganie otyłości. W tym kontekście, celem niniejszej Zielonej Księgi jest rozpoczęcie szeroko zakrojonego procesu konsultacji oraz rozpoczęcie dogłębnej dyskusji, której uczestnikami są instytucje UE, Państwa Członkowskie i społeczeństwo obywatelskie, mającej na celu określenie możliwego przyczynienia się na poziomie wspólnotowym do promowania zdrowego sposobu żywienia i aktywności fizycznej.
- III.2. Komisja wzywa wszystkie zainteresowane organizacje do przedkładania opinii na temat kwestii poruszonych w Zielonej Księdze, najpóźniej do dnia 15 marca 2006 r., na poniżej podany adres (najlepiej pocztą elektroniczną):

Komisja Europejska
Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów
Dział C4 – Determinanty Zdrowia
email: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
adres: L-2920 Luksemburg
faks: (+ 352) 4301.34975

Odpowiedzi nie powinny być ekspertyzami naukowymi, lecz konkretnymi propozycjami, opartymi na dowodach, które mają na celu opracowanie polityki głównie na poziomie europejskim. Oczekuje się szczególnie wyrażenia opinii ze strony przedsiębiorstw gospodarczych dotyczących zagadnień, należących do obszarów ich zainteresowania (np. reklama, marketing, znakowanie...) oraz zrzeczeń pacjentów i organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną zdrowia i konsumentów.

- III.3. Służby Komisji zakładają brak sprzeciwu ze strony respondentów co do częściowej lub pełnej publikacji ich odpowiedzi na stronie internetowej Komisji i/lub zacytowania ich w sprawozdaniach analizujących wyniki procesu konsultacji, chyba że zostaną przedłożone stosowne oświadczenia o niewyrażeniu zgody na publikację¹⁹.
- III.4. Biorąc pod uwagę zróżnicowany charakter chorób związanych z niezdrowymi nawykami żywieniowymi i niewystarczającą aktywnością fizyczną oraz biorąc pod uwagę konieczność uzyskania odpowiedzi od wielu zainteresowanych stron, niniejsza Zielona Księga obejmuje pewne kwestie, które znajdują się przede wszystkim w kompetencji Państw Członkowskich (np. edukacja, urbanistyka); powinna ona także przyczynić się do określenia obszarów, w odniesieniu do których UE może przyczynić

się do uzyskania wartości dodanej, na przykład poprzez wspieranie budowy sieci kontaktów między zainteresowanymi stronami oraz rozpowszechnianie najlepszych praktyk.

IV. STRUKTURY I NARZĘDZIA NA SZCZEBLU WSPÓLNOTOWYM

IV.1. Platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia (European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)

IV.1.1. W celu utworzenia wspólnego forum dla podejmowania działań w marcu 2005 r. powstała Platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia. Platforma łączy wszystkich istotnych uczestników aktywnych na płaszczyźnie europejskiej, którzy chcą podjąć wiążące i znajdujące potwierdzenie w faktach zobowiązania ukierunkowane na zatrzymanie i odwrócenie obecnego trendu zjawiska nadwagi i otyłości. Celem Platformy jest pobudzanie dobrowolnych działań w przedsiębiorstwach, społeczeństwie obywatelskim i sektorze publicznym w całej UE. Członkami Platformy są głównie europejscy przedstawiciele przemysłu spożywczego, handlu detalicznego, gastronomii, przemysłu reklamowego, organizacji konsumenckich oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony zdrowia.

IV.1.2. Celem Platformy jest zapewnienie koordynacji niezależnych działań podejmowanych przez różne części społeczeństwa. Została ona stworzona w celu pobudzania innych działań na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym oraz współpracowania z podobnymi forami na szczeblu krajowym. Jednocześnie, dzięki Platformie możliwe będzie uwzględnienie koncepcji rozwiązania problemu otyłości w szerszym kontekście polityk UE. Komisja uważa Platformę za jeden z najbardziej obiecujących środków pozalegisacyjnych, zważywszy, że przyczynia się ona do tworzenia wzajemnego zaufania między głównymi zainteresowanymi stronami. Pierwsze wyniki działania Platformy są bardzo obiecujące: zaangażowanie w polityki wspólnotowe jest duże; członkowie Platformy planują dalekosiężne zobowiązania na rok 2006 oraz spotkanie z zainteresowanymi stronami ze Stanów Zjednoczonych, które przyczyni się do wymiany dobrych praktyk. Ponadto Ministrowie Sportu zobowiązali się do udzielenia wsparcia Platformie. Pierwsza ocena wyników działania Platformy będzie przeprowadzona w połowie 2006 r.²⁰.

IV.2. Europejska sieć ds. żywienia i aktywności fizycznej (European Network on Nutrition and Physical Activity)

IV.2.1. W 2003 r. służby Komisji ustanowiły Europejską sieć ds. żywienia i aktywności fizycznej, składającą się z ekspertów powoływanych przez Państwa Członkowskie, Światową Organizację Zdrowia (WHO), konsumentów i organizacje pozarządowe zajmujące się ochroną zdrowia. Zadaniem Sieci jest doradzanie Komisji w kwestii rozwoju działalności wspólnotowej mającej na celu poprawę żywienia, zmniejszenie występowania i profilaktyka chorób wywołanych nieprawidłowym żywieniem, promowanie aktywności fizycznej oraz walkę z nadwagą i otyłością. Sieć ta zajmie się analizą informacji zwrotnej udzielonej w odpowiedzi na niniejszą Zieloną Księgę.

IV.3. Problematyka zdrowia w politykach UE

IV.3.1. Zapobieganie nadwadze oraz otyłości wymaga zintegrowanego podejścia do promowania zdrowia, podejścia, które łączy w sobie promowanie zdrowego trybu życia oraz działania przeciwdziałające nierównościom społecznym i ekonomicznym, środowisko fizyczne, oraz zobowiązanie do realizowania problematyki zdrowotnej w ramach innych polityk wspólnotowych. Tego typu podejście dotyczy bardzo wielu polityk wspólnotowych (np. rolnictwa, rybołówstwa, edukacji, sportu, konsumentów, przedsiębiorstw, badań, kwestii społecznych, rynku wewnętrznego, środowiska oraz polityk audiowizualnych), które będą musiały je aktywnie wspierać.

IV.3.2. Na poziomie Komisji ustanowiono wiele mechanizmów, aby zapewnić uwzględnienie problematyki zdrowia w obszarach innych polityk wspólnotowych:

- służby Komisji regularnie konsultują najważniejsze propozycje z Dyrekcją Generalną ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów;
- grupa wewnętrzna ds. zdrowia omawia problematykę zdrowotną ze wszystkimi zainteresowanymi służbami Komisji;
- stosuje się procedurę kompleksowej oceny wpływu Komisji, stworzonej jako narzędzie poprawy jakości oraz spójności procedury tworzenia polityk oraz uwzględniającej ocenę wpływu na ochronę zdrowia.

Tematy do dyskusji:

- W jaki konkretny sposób wspólnotowe polityki powinny przyczyniać się, jeżeli powinny, do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej oraz do stworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu?
- Jaki rodzaj wspólnotowych i krajowych działań mógłby przyczynić się do zwiększenia atrakcyjności, dostępności i osiągalności warzyw i owoców?
- W jakich dziedzinach związanych z żywieniem, aktywnością fizyczną, tworzeniem narzędzi do analizy nieprawidłowości oraz zachowań konsumentów, konieczne są dalsze badania?

IV.4. Program działań na rzecz zdrowia publicznego

IV.4.1. Znaczenie żywienia, aktywności fizycznej oraz otyłości odzwierciedla Program działań na rzecz zdrowia publicznego (Public Health Action Programme)²¹ oraz jego roczne Plany pracy. W ramach informacji o zdrowiu, program wspiera działania mające na celu gromadzenie wiarygodniejszych danych z dziedziny epidemiologii otyłości oraz problematyki behawioralnej²². Program ustala zespół czynników stanu zdrowia, w tym żywienie, aktywność fizyczną oraz otyłość.

IV.4.2. W ramach problematyki uwarunkowań zdrowia, program wspiera projekty paneuropejskie promujące zdrowe nawyki żywieniowe oraz aktywność fizyczną, w tym przekrojowe i integracyjne podejścia, które popierają podejścia ukierunkowane na tryb życia, uwzględniają kwestie społeczno-ekonomiczne i środowiskowe, skupiają się na najważniejszych grupach docelowych oraz głównych ustaleniach i połączeniu pracy nad różnymi uwarunkowaniami zdrowia²³.

IV.4.3. Propozycja Komisji dotycząca nowego Programu Ochrony Zdrowia i Konsumentów²⁴ skupia się szczególnie na promowaniu i profilaktyce, również w zakresie odżywiania i

aktywności fizycznej, oraz przewiduje nowe działanie w ramach profilaktyki określonych chorób.

Tematy do dyskusji:

- W jaki sposób można podnieść poziom dostępności i porównywalności informacji o otyłości, szczególnie w celu precyzyjnego określania jej rozłożenia społeczno-ekonomicznego i geograficznego?
- W jaki sposób program może przyczynić się do zwiększenia świadomości wśród osób podejmujących decyzje, kadry medycznej, mediów oraz szeroko pojętego społeczeństwa w zakresie możliwości, jakie mogą stwarzać prawidłowe nawyki żywieniowe oraz aktywność fizyczna w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na przewlekłą chorobę?
- Jakie są najważniejsze kanały rozpowszechniania dostępnego materiału dowodowego?

IV.5. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority, EFSA)

IV.5.1. Proponując porady i pomoc naukową, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności może przyczynić się w znacznym stopniu do uwzględnienia proponowanych działań w zakresie żywienia (np. zalecane spożycie składników pokarmowych, strategie komunikacji skierowane do kadry medycznej, przedstawicieli przemysłu spożywczego oraz opinii publicznej, dotyczące wpływu żywienia na zdrowie) (*rola EFSA w opracowywaniu wytycznych żywieniowych, patrz rozdział V.9 poniżej*).

V. OBSZARY DZIAŁANIA

V.1. Informowanie konsumentów, reklama i marketing

V.1.1. Polityka ochrony konsumentów ma na celu wzmocnienie ich pozycji, tak aby dokonywali oni świadomych wyborów żywieniowych dotyczących ich diety. Pod tym względem informacja o składzie odżywczym produktów ma szczególne znaczenie. Jasna i spójna informacja o żywności wraz z odpowiednią edukacją konsumentów może stanowić podstawę świadomych wyborów dietetycznych. W tym celu Komisja przedłożyła wniosek dotyczący rozporządzenia mającego na celu harmonizację zasad dotyczących oświadczeń żywieniowych i oświadczeń zdrowotnych²⁵. Propozycja zawiera zasadę ustalania profili odżywczych, uniemożliwiając w ten sposób pojawianie się na żywności o zawyżonej zawartości pewnych składników żywieniowych (takich jak sól, tłuszcze, tłuszcze nasycone, cukry) oświadczeń o potencjalnych korzyściach dla zdrowia i wartościach odżywczych. Komisja rozważa także wprowadzenie zmian do obecnego prawodawstwa dotyczącego znakowania żywności.

V.1.2. Ponadto, w ramach prowadzonych działań reklamowych i marketingowych, należy zapewnić, aby konsumenci nie byli wprowadzani w błąd, a szczególnie, aby nie wykorzystywano łatwości i niewystarczającego obycia z mediami bezbronnymi konsumentów, w szczególności dzieci. Dotyczy to przede wszystkim produktów bogatych w tłuszcze, sól i cukry, takich jak: przekąski energetyczne oraz napoje bezalkoholowe słodzone cukrem, a także prowadzenia działań marketingowych dotyczących tego typu produktów w szkołach²⁶. Możliwym rozwiązaniem jest

samodzielne wprowadzanie przepisów przez daną gałąź przemysłu, korzystniejsze pod względem tempa i elastyczności od rozporządzenia. Konieczne jest uwzględnienie także innych rozwiązań, gdyby autoregulacja nie przyniosła zadowalających wyników.

Tematy do dyskusji:

- Jakie są najważniejsze składniki odżywcze oraz rodzaje produktów, które należy wziąć pod uwagę przy przekazywaniu konsumentom informacji o żywieniu i dlaczego?
- Jaki rodzaj edukacji umożliwia konsumentom pełne zrozumienie informacji podanych na etykietach żywności i kto powinien ją zapewniać?
- Czy dobrowolne regulaminy („samoregulacja”) stanowią właściwe narzędzie ograniczenia reklamy i marketingu żywności energetycznej z wysoką zawartością składników odżywczych i niską zawartością mikroskładników odżywczych? Jakie byłyby alternatywy do rozważenia, jeśli samoregulacja nie przyniesie pożądanego skutku?
- Jak można zdefiniować, wdrożyć i monitorować skuteczność samoregulacji? Jakie środki należy przedsięwziąć, aby reklama, marketing i promocja nie wykorzystywały łatwości i niewystarczającego obycia z mediami bezbronnych konsumentów?

V.2. Edukacja konsumenta

- V.2.1. Podstawowym warunkiem powodzenia każdej polityki żywieniowej jest podniesienie świadomości publicznej na temat związku między żywieniem a zdrowiem, spożyciem produktów wysoce energetycznych i ich korzyścią dla organizmu, na temat żywienia zmniejszającego ryzyko chorób przewlekłych oraz świadomego wyboru żywności, czy to na poziomie krajowym czy wspólnotowym. Konieczne jest przygotowanie jasnego, spójnego, prostego i czytelnego przesłania oraz rozpowszechnienie go przy użyciu różnych kanałów komunikacyjnych, w formie właściwej dla kultury lokalnej, wieku oraz płci odbiorców. Edukacja konsumentów przyczyni się do zwiększenia obycia z mediami i polepszy wśród nich zrozumienie znakowania żywności.

Tematy do dyskusji w celu określenia najlepszych praktyk

- W jaki sposób można najlepiej ułatwić konsumentom podejmowanie świadomych wyborów i skutecznych działań?
- W jaki sposób partnerstwa publiczno-prywatne mogą przyczynić się do edukacji konsumentów?
- Jakie powinny być główne przesłania do konsumentów w zakresie żywienia i aktywności fizycznej, a także kto i jak powinien je przekazywać?

V.3. Poświęcenie szczególnej uwagi dzieciom i młodzieży

- V.3.1. W dzieciństwie i okresie dojrzewania dokonuje się ważnych wyborów dotyczących stylu życia i warunkujących zagrożenie zdrowia w wieku dojrzałym; ważne jest zatem odpowiednie ukierunkowanie dzieci na zachowania uwzględniające zdrowe zachowania. Szkoły są kluczowym miejscem promowania zdrowia, a także ochrony zdrowia dzieci poprzez propagowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej. Istnieje także coraz więcej dowodów na to, że zdrowa dieta zwiększa także koncentrację i zdolność uczenia się. Ponadto szkoły mają możliwości zachęcania

dzieci do codziennej aktywności fizycznej (*patrz tabela 3*)²⁷. Właściwe środki można rozważyć na odpowiednim poziomie.

- V.3.2. Aby uchronić dzieci przed docieraniem do nich sprzecznych informacji, media, służba zdrowia, społeczeństwo obywatelskie oraz właściwe gałęzie przemysłu muszą wnieść swój wkład w wysiłki, które podejmują rodzice oraz szkoła na rzecz edukacji zdrowotnej (pozytywne wzory ...) (*działania marketingowe ukierunkowane na dzieci, patrz rozdział V.1*).

Tematy do dyskusji w celu określenia najlepszych praktyk:

- Jakie są dobre przykłady poprawy wartości odżywczych posiłków w szkołach oraz jak można informować rodziców o zwiększeniu wartości odżywczych posiłków domowych i w jaki sposób to uczynić?
- Jak najlepiej rozpowszechniać regularną aktywność fizyczną w szkole?
- Jakie są najlepsze praktyki promowania zdrowego żywienia w szkole, szczególnie w odniesieniu do nadmiernego spożycia przekąsek energetycznych i napojów bezalkoholowych słodzonych cukrem?
- W jaki sposób media, służba zdrowia, społeczeństwo obywatelskie oraz dane gałęzie przemysłu mogą wspomóc wysiłki szkół na rzecz edukacji zdrowotnej? Jaką rolę można pod tym względem przypisać partnerstwom publiczno-prywatnym?

V.4. Dostępność żywności, aktywność fizyczna i edukacja zdrowotna w miejscu pracy

- V.4.1. Miejsce pracy posiada olbrzymi potencjał w zakresie promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Stołówki proponujące zdrowe żywienie oraz pracodawcy, którzy proponują miejsca sprzyjające uprawianiu aktywności fizycznej (np. dostępność pryszniców oraz przebieralni) mogą w znacznym stopniu przyczynić się do promowania zdrowia w miejscu pracy.

Tematy do dyskusji w celu określenia najlepszych praktyk:

- W jaki sposób pracodawcy mogą z powodzeniem oferować wybór zrównoważonych posiłków w stołówkach w miejscach pracy oraz podnosić wartość odżywczą posiłków?
- Jakie działania zachęcałyby do aktywności fizycznej i ułatwiały ją w trakcie przerw oraz w drodze do i z pracy?

V.5. Włączenie do opieki zdrowotnej profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości

- V.5.1. Służba zdrowia oraz kadra medyczna są w uprzywilejowanej pozycji i mogą ułatwić lepsze zrozumienie przez pacjentów zależności między żywnością, aktywnością fizyczną oraz zdrowiem, a także dokonanie koniecznych zmian w stylu życia. Pacjentów można byłoby odpowiednio zachęcić do dokonania takich zmian, jeśli kadra medyczna w ramach rutynowych kontaktów udzielałaby pacjentom i ich rodzinom praktycznych porad dotyczących korzyści wynikających ze stosowania zdrowego żywienia oraz zwiększenia stopnia aktywności fizycznej. Należy także zwrócić uwagę na możliwości leczenia otyłości²⁸.

Tematy do dyskusji:

- Jakie działania i na jakim poziomie należy podjąć takie działania zapewniające lepsze promowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej w ramach opieki zdrowotnej?

V.6. Rozwiązanie problemów dotyczących środowiska sprzyjającego nadwadze i otyłości

- V.6.1. Aktywność fizyczna może być częścią codziennej rutyny (np. chodzenie oraz jeżdżenie rowerem zamiast korzystania z transportu zmotoryzowanego w drodze do szkoły lub pracy). Polityka transportowa oraz urbanistyka mogą skutecznie ułatwiać i czynić bezpiecznym chodzenie, jeżdżenie na rowerze i inne formy aktywności fizycznej oraz uwzględniać niezmotoryzowane środki transportu. Zapewnienie bezpiecznych ścieżek rowerowych oraz spacerowych do szkół mogłoby stanowić jeden ze sposobów odwrócenia szczególnie niepokojących tendencji w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci.

Tematy do dyskusji:

- W jaki sposób polityki publiczne przyczyniają się włączenia aktywności fizycznej do codziennej rutyny?
- Jakie działania są konieczne dla wsparcia tworzenia środowiska sprzyjającego aktywności fizycznej?

V.7. Nierówności społeczne i ekonomiczne

- V.7.1. Wybór żywności jest określony zarówno przez preferencje indywidualne, jak i czynniki społeczno-ekonomiczne²⁹. Pozycja społeczna, dochód oraz wykształcenie są podstawowymi determinantami wpływającymi na rodzaj stosowanej diety oraz aktywności fizycznej. Niektóre dzielnice mogą zniechęcać do aktywności fizycznej, cierpieć na brak ośrodków rekreacyjnych i szkodzić w większym stopniu osobom znajdującym się w niekorzystnej sytuacji, niż tym, które mogą pozwolić sobie na środek transportu lub mają do niego dostęp. Niższy poziom edukacji oraz gorszy dostęp do właściwych informacji zmniejsza zdolność do dokonywania świadomych wyborów.

Tematy do dyskusji:

- Jakie działania i na jakim poziomie promowałyby zdrowe żywienie oraz aktywność fizyczną w grupach społecznych i gospodarstwach domowych o danym poziomie społeczno-ekonomicznym oraz umożliwiałyby tym grupom prowadzenie zdrowszego trybu życia?
- W jaki sposób można przeciwdziałać częstemu „gromadzeniu się przyzwyczajęń niesprzyjających zdrowiu” wśród grup społecznych o danym statusie społeczno-ekonomicznym?

V.8. Sprzyjanie zintegrowanemu i wszechstronnemu podejściu do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

- V.8.1. Spójne i wszechstronne podejście mające na celu udostępnienie, umożliwienie i uatrakcyjnienie świadomych wyborów na rzecz zdrowia, wiąże się z uwzględnieniem zasadniczej tematyki żywieniowej i aktywności fizycznej we wszystkich właściwych

politykach na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i europejskim poprzez stworzenie środowiska wspierającego takie zachowanie oraz tworzenie i rozwijanie narzędzi właściwych dla oceny wpływu innych polityk na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną³⁰.

- V.8.2. Przewlekłe występowanie dolegliwości związanych z odżywianiem i aktywnością fizyczną jest znacznie zróżnicowane u mężczyzn i kobiet, w poszczególnych grupach wiekowych, oraz warstwach społeczno-ekonomicznych. Tradycja lokalna oraz regionalna mają znaczący wpływ na przyzwyczajenia żywieniowe oraz aktywność fizyczną. Dlatego podejścia mające na celu promowanie zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej muszą uwzględniać różnicę płci, zróżnicowanie społeczno-ekonomiczne oraz kulturowe, a także brać pod uwagę etap życiowy danych osób.

Tematy do dyskusji:

- Jakie są najważniejsze elementy zintegrowanego i wszechstronnego podejścia do promowania zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?
- Jaka jest rola działań na poziomie krajowym i wspólnotowym?

V.9. Zalecenia dotyczące spożycia składników odżywczych oraz tworzenia wytycznych żywieniowych

- V.9.1 Sprawozdanie WHO/FAO³¹ określa zasadnicze zalecenia odnośnie do celów dotyczących spożycia składników odżywczych oraz aktywności fizycznej w związku z profilaktyką najważniejszych chorób niezakaźnym.
- V.9.2. Projekt Eurodiet³² przedstawia zapotrzebowanie ilościowe populacji na substancje odżywcze i podkreśla znaczenie przekształcenia ich w wytyczne żywieniowe (food-based dietary guidelines - FBDGs). FBDGs należy oprzeć na tradycyjnych wzorach żywieniowych, czynnikach społeczno-ekonomicznych i kulturowych.
- V.9.3. Komisja zwróciła się do Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) o uaktualnienie wskazówek dotyczących spożywania pokarmów energetycznych, makroskładników odżywczych oraz błonnika spożywczego. EFSA opracuje w tym kontekście porady dotyczące właściwego spożycia mikroskładników odżywczych w diecie oraz, w miarę konieczności, innych niezbędnych substancji o działaniu odżywczym lub fizjologicznym w ramach zrównoważonej diety. Ponadto EFSA udzieli niezbędnych wskazówek żywieniowych w formie wytycznych dotyczących wpływu poszczególnych składników pokarmowych na pełną dietę, która pomoże utrzymać dobry stan zdrowia dzięki optymalnemu odżywianiu.

Tematy do dyskusji:

- W jaki sposób uwarunkowania społeczne i kulturowe oraz różne regionalne i krajowe nawyki żywieniowe mogłyby być uwzględnione w wytycznych żywieniowych na poziomie wspólnotowym?
- Jak można przezwyciężyć różnice między zaleceniami żywieniowymi a faktycznymi przyzwyczajeniami konsumpcyjnymi?
- Jak przekazać wskazówki żywieniowe konsumentom?
- W jaki sposób systemy oceny profilu żywieniowego, opracowane na przykład niedawno w Wielkiej Brytanii, mogą przyczynić się do takiego rozwoju sytuacji³³?

V.10. Współpraca poza Unią Europejską

V.10.1. Na szczęblu międzynarodowym prowadzi się ostatnio debaty na temat globalnego stosowania tzw. Codex Alimentarius³⁴ w zakresie żywienia. Zgodnie z wnioskiem zawartym w Strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, UE podziela opinię, że należy rozważyć kwestię sposobu, w jaki tematy żywieniowe można włączyć do pracy nad wspomnianym kodeksem, niezmieniając przy tym jego obecnego zastosowania.

V.10.2. Żywienie, dieta i aktywność fizyczna powinny być tematem ścisłej współpracy między ustawodawcami i zainteresowanymi stronami w UE a także innymi krajami, w których rosnąca liczba przypadków nadwagi oraz otyłości wywołuje zaniepokojenie³⁵.

Tematy do dyskusji:

- Pod jakimi warunkami Wspólnota powinna zaangażować się w wymianę doświadczeń i określenie najlepszych praktyk między UE i krajami nienależącymi do UE? Ewentualnie, za pomocą jakich działań?

V.11. Inne zagadnienia

Tematy do dyskusji:

- Czy niniejsza Zielona Księga nie uwzględnia kwestii, które zasługują na uwagę podczas rozważania europejskiego wymiaru promowania żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia?
- Które z problemów, wspomnianych w niniejszej Zielonej Księdze, powinny być traktowane priorytetowo, a które można uznać za mniej pilne?

VI. KOLEJNE DZIAŁANIA

VI.1. Służby Komisji przeprowadzą dokładną analizę wszystkich opinii otrzymanych w ramach procesu konsultacji rozpoczętego niniejszą Zieloną Księgą. Sprawozdanie, podsumowujące wszystkie opinie, zostanie opublikowane na stronach internetowych Komisji prawdopodobnie do czerwca 2006 r.

VI.2. W świetle wyników procesu konsultacji Komisja zbada najbardziej odpowiednie sposoby działania i rozważy wszystkie środki, które mogą być konieczne do

zaproprowowania, jak również instrumenty ich wdrożenia. Ocena wpływu będzie przeprowadzana w odpowiednich przypadkach w zależności od wybranego rodzaju instrumentu.

ANNEX 1

Figures

and Tables

Table 1		
Prevalence estimates of diabetes mellitus		
	estimate 2003	estimate 2025
Country	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, 2nd edition, International Diabetes Foundation 2003</i>		

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

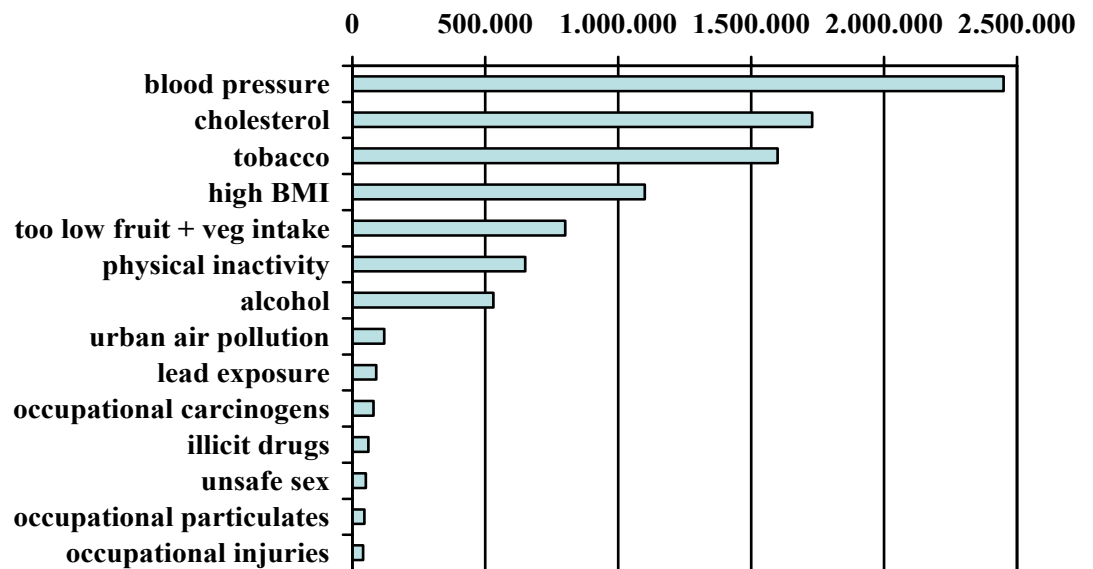


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI≥30	%Combined BMI ≥25	%BMI 25-29.9	%BMI ≥30	%Combined BMI≥25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	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 ²	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

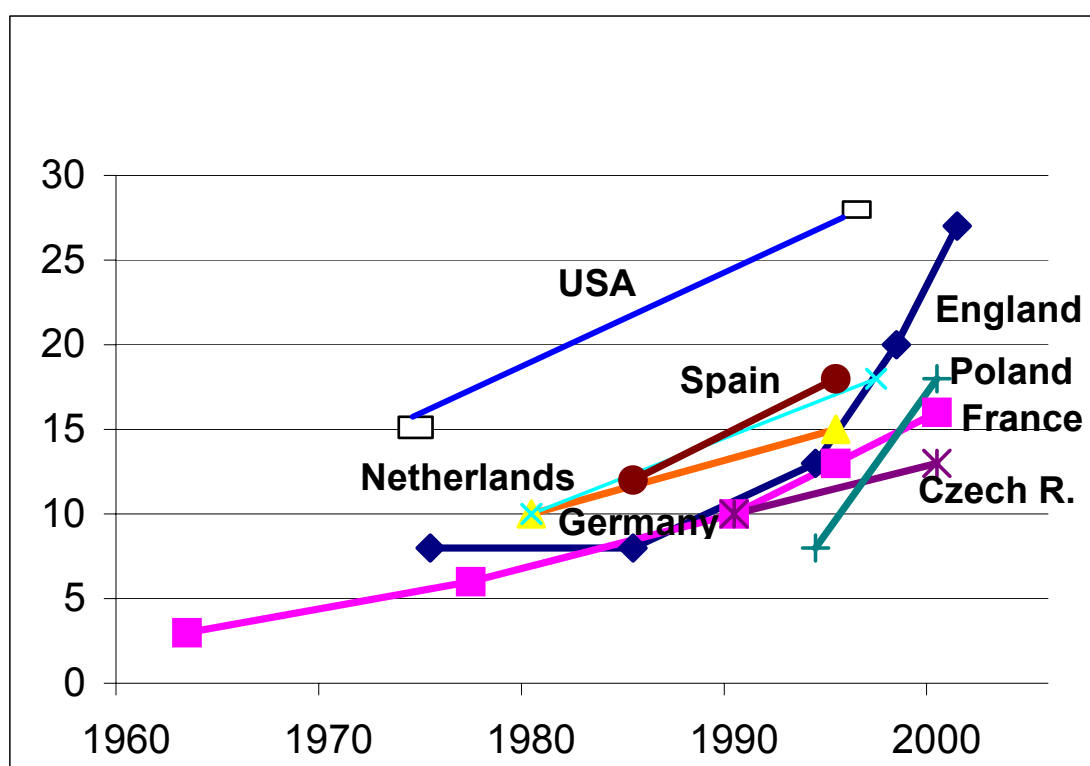
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

² 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 osteoporosis³⁶.
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)³⁷.
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 countries³⁸, 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 cancers³⁹.
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 consultation⁴⁰ 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*⁴¹ 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** (BMI⁴² >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 women⁴³. In some EU countries more than half the adult population is overweight⁴⁴ (BMI >25), and in parts of Europe⁴⁵ the combination of reported overweight and obesity in men exceeds the 67% prevalence found in the USA's most recent survey⁴⁶. 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 %⁴⁷.
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 children⁴⁸. 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 increases⁴⁹.
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 scientists⁵⁰ 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 obesity⁵¹.

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 management⁵².
16. A 2003 Eurobarometer survey⁵³ 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 guidelines⁵⁴. 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 2004⁵⁵ 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 it⁵⁶ 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
- 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
- 4 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 5 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
- 6 Council conclusions on obesity, op. cit.
- 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
- 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). 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.
- 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>

COM (2005) 115 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

A report on the contributions received will be published on the Commission's website at the following address:
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 address: 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 internet address: 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 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/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

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

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>

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>

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)

Food and health in Europe: a new basis for action, WHO regional publications. European series No. 96, 2004

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/>)

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.

EURODIET core report, *op. cit.*
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf

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>

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

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)²; 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

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 6th RTD Framework Programme: <http://www.eurodiabetesity.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)

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

55 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

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