



KOMISIA EURÓPSKYCH SPOLOČENSTIEV

Brusel xxx
KOM(2005) yyy konečné znenie

ZELENÁ KNIHA

**„Podpora zdravého stravovania a telesnej aktivity: európsky rozmer prevencie nadváhy,
obezity a chronických ochorení“**

ZELENÁ KNIHA

OBSAH

„Podpora zdravého stravovania a telesnej aktivity: európsky rozmer prevencie nadváhy, obezity a chronických ochorení“

I.	Súčasný stav v Európe	4
II.	Zdravie a blahobyt.....	5
III.	Konzultačný postup.....	5
IV.	Štruktúry a nástroje na úrovni Spoločenstva.....	6
IV.1.	Európska platforma pre činnosť v súvislosti so stravovaním, telesnou aktivitou a zdravím.....	6
IV.2.	Európska sieť pre výživu a telesnú aktivitu	7
IV.3.	Zdravie ako súčasť politik EÚ	7
IV.4.	Akčný program verejného zdravia	7
IV.5.	Európsky úrad pre bezpečnosť potravín (EÚBP).....	8
V.	Oblasti spadajúce pod činnosť	8
V.1.	Informácie pre spotrebiteľa, reklama a marketing	8
V.2.	Osveta pre spotrebiteľa	9
V.3.	Cieľová skupina: deti a mladí ľudia	9
V.4.	Dostupnosť potravín, telesná aktivita a zdravotná výchova na pracovisku	10
V.5.	Začlenenie prevencie a liečby nadváhy a obezity do zdravotníckych služieb	10
V.6.	Faktory vedúce k obezite	10
V.7.	Socioekonomické nerovnosti	11
V.8.	Podpora integrovaného a komplexného prístupu na podporu zdravej stravy a telesnej aktivity	11
V.9.	Odporúčania týkajúce sa príjmu živín a vypracovania usmernení k stravovaniu na základe potravín	12
V.10.	Spolupráca mimo Európskej únie	12
V.11.	Ďalšie otázky.....	13
VI.	Ďalšie kroky	13

Príloha 1: Číselné údaje a tabuľky

Príloha 2: Spojitosť medzi stravou, telesnou aktivitou a zdravím

Príloha 3: Odkazy

ZELENÁ KNIHA

„Podpora zdravého stravovania a telesnej aktivity: európsky rozmer prevencie nadváhy, obezity a chronických ochorení“

I. SÚČASNÝ STAV V EURÓPE

- I.1. Nezdravá strava a nedostatočná telesná aktivita patria v Európe medzi prvoradé príčiny zamedziteľného ochorenia, ako aj predčasnej smrti, a zvýšený výskyt obezity v celej Európe je hlavným predmetom záujmu verejného zdravia (*porov. základné informácie v prílohe 2*).
- I.2. Rada vyzvala Komisiu, aby prispela k podpore zdravého životného štýlu⁽ⁱ⁾ a k preskúmaniu spôsobov na podporu lepšej výživy v rámci Európskej únie, ak je to potrebné, predložením vhodných návrhov na tento účel². Rada vyzvala aj členské štáty a Komisiu, aby sformulovali a uskutočnili iniciatívy zamerané na podporu zdravého stravovania a telesnej aktivity³.
- I.3. Spoločenstvo má v tejto oblasti jasnú právomoc: podľa článku 152 Zmluvy je potrebné zabezpečiť vysokú ochranu ľudského zdravia označením a uskutočnením všetkých politik a činností Spoločenstva. Pre výživu a telesnú aktivitu je dôležitých veľa oblastí politiky Spoločenstva a Rada potvrdila potrebu začleniť výživu a telesnú aktivitu do príslušných politik na európskej úrovni⁴.
- I.4. Činnosť na národnej úrovni môže byť vhodne doplnená činnosťou na úrovni Spoločenstva. Bez obmedzenia rozsahu činností, ktoré by členské štáty možno chceli iniciovať, sa pri činnostiach Spoločenstva môže využiť súčinnosť a úspory z rozsahu, uľahčiť celoeurópska činnosť, môžu sa zhromaždiť zdroje do spoločného fondu, rozšíriť najlepšie praktiky a tým je možné prispieť k celkovému vplyvu iniciatív členského štátu.
- I.5. Rada zdôraznila, že povaha mnohých príčin epidémie obezity si vyžaduje prístup mnohých záujmových skupín⁵, pre ktoré je hlavným príkladom Európska platforma pre činnosť v súvislosti so stravovaním, telesnou aktivitou a zdravím (*porov. oddiel IV.1*), a činnosť na miestnej, regionálnej, vnútroštátnej a európskej úrovni⁶. Rada uvítala aj zámer Komisie predstaviť túto Zelenú knihu a v roku 2006 predložiť výsledky verejných konzultácií iniciovaných na základe Zelenej knihy⁷.
- I.6. Európsky hospodársky a sociálny výbor zdôrazňuje, že činnosť na úrovni Spoločenstva môže upevniť účinok iniciatív, ktorých sa chopili vnútroštátne orgány, súkromný sektor a mimovládne organizácie⁸.
- I.7. Mnohé členské štáty už implementujú národné stratégie alebo akčné plány v oblasti stravovania, telesnej aktivity a zdravia⁹. Opatreniami Komisie je možné podporiť

⁽ⁱ⁾ Odkazy sú zoskupené v prílohe 3 na konci tohto dokumentu.

a doplniť tieto činnosti, napomôcť ich koordinácii, ako aj procesu určovania a šírenia dobrých postupov, aby aj ostatné krajiny mohli využívať takto získané skúsenosti.

II. ZDRAVIE A BLAHOBYT

- II.1. Okrem toho, že obezita spôsobuje ľuďom trápenie, mimoriadne dôležité sú hospodárske dôsledky jej zvýšeného výskytu. Odhaduje sa, že v Európskej únii možno na účet obezity pripísať až 7 % nákladov na zdravotnú starostlivosť¹⁰ a za predpokladu zvyšujúcich sa trendov obezity táto suma ešte vzrastie. Hoci nie sú k dispozícii podrobné údaje pre všetky krajiny EÚ, štúdie zdôrazňujú vysoké hospodárske náklady spojené s obezitou: v správe vypracovanej v roku 2001 národným kontrolným úradom Spojeného kráľovstva sa odhaduje, že iba v Anglicku bolo na účet obezity pripísaných 18 miliónov dní neprítomnosti pre chorobu a 30 000 predčasných úmrtí, čo zodpovedá ročným nákladom na priamu zdravotnú starostlivosť minimálne 500 miliónov GBP. Širšie náklady na ekonomiku, do ktorých je zarátaná nižšia produktivita a strata výroby, boli odhadnuté na ďalšie 2 miliardy GBP ročne¹¹. V správe hlavného úradníka pre zdravotníctvo Spojeného kráľovstva z roku 2004 o vplyve telesnej aktivity a o jej spojitosti so zdravím sa náklady z telesnej nečinnosti odhadujú na 8,2 miliárd GBP ročne (vrátane nákladov na zdravotnú starostlivosť a širších nákladov na ekonomiku, ako napríklad dni vymeškané v zamestnaní)¹². V Írsku predstavovali v roku 2002 odhady priamych nákladov na liečbu obezity 70 miliónov EUR¹³. Náklady na zdravotnú starostlivosť, ktoré možno pripísať obezite, boli odhadnuté v CDC (Centrách na kontrolu chorôb) v USA na 75 miliárd USD¹⁴. Na individuálnej úrovni sa podľa štúdií odhaduje, že priemerný obézny dospelý človek v Spojených štátoch spôsobí ročné výdavky na liečbu, ktoré sú o 37 % vyššie než priemerná osoba s normálnou hmotnosťou¹⁵. Pri týchto priamych nákladoch sa nezohľadňuje znížená produktivita spôsobená invaliditou a predčasnou úmrtnosťou.
- II.2. V analýze vypracovanej Švédskym inštitútom verejného zdravia sa uzatvára, že v EÚ sa 4,5 % rokov života prispôsobených invalidite (DALY) stráca v dôsledku zlej výživy, ďalších 3,7 % a 1,4 % v dôsledku obezity a telesnej nečinnosti – celkove 9,6 % v porovnaní s 9 % v dôsledku fajčenia¹⁶.
- II.3. V poslednej správe Holandského inštitútu pre verejné zdravie a životné prostredie RIVM sa skúmajú nepriaznivé zloženie stravy a poruchy zdravia. Jedným zo záverov je skutočnosť, že nadmerný príjem „nevhodných“ typov tukov, ako nasýtených tukov a trans-mastných kyselín, zvyšuje pravdepodobnosť vývinu kardiovaskulárnych ochorení o 25 %, zatiaľ čo príjem stravy, ktorej obsahom sú ryby jeden alebo dva razy do týždňa toto riziko o 25 % znižuje. V Holandsku možno každoročne pripísať 38 000 prípadov kardiovaskulárnych ochorení u dospelých vo veku nad 20 rokov nepriaznivému zloženiu stravy¹⁷.
- II.4. Riešiť nadváhu a obezitu je preto dôležité nielen z hľadiska verejného zdravia, ale súčasne to zníži dlhodobé náklady na zdravotnícke služby a stabilizuje ekonomiky, lebo občania do vysokého veku budú môcť viesť produktívny život. Táto Zelená kniha bude slúžiť na zistenie, či činnosť na úrovni Spoločenstva môže doplnením aktivít členských štátov prispieť k zníženiu zdravotného rizika a výdavkov na zdravotnú starostlivosť a k zlepšeniu konkurencieschopnosti ekonomík členských štátov.

III. KONZULTAČNÝ POSTUP

- III.1. Ako bolo uverejnené vo vyhlásení „Zdravší, istejší, sebavedomejší občania, zdravie a spotrebiteľská stratégia“¹⁸, Komisia pripravuje súbor stratégií Spoločenstva s cieľom zamerať sa na určujúce faktory zdravia vrátane výživy a obezity. Zelená kniha si v tejto súvislosti kladie za cieľ otvoriť konzultačný proces na širokej základni a spustiť rozsiahlu diskusiu, do ktorej sa zapoja inštitúcie EÚ, členské štáty a občianska spoločnosť, pričom sa zameria na možnosť Spoločenstva podieľať sa na podpore zdravého stravovania a telesnej aktivity.
- III.2. Komisia vyzýva všetky zainteresované organizácie, aby predložili odpovede na otázky, ktoré sa vzniesli v tejto Zelenej knihe, najneskôr do 15. marca 2006 na túto adresu (najlepšie prostredníctvom e-mailu):

European Commission
Directorate-General Health and Consumer Protection
Unit C4 – Health Determinants
E-mail: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int
Poštová adresa: L-2920 Luxembourg
Fax: (+ 352) 4301 34975

Týmito odpoveďami nemajú byť vedecké práce, ale konkrétne návrhy založené na dôkazoch a týkajúce sa vytvorenia politiky najmä na úrovni EÚ. Očakávajú sa najmä odpovede od hospodárskych podnikateľov na otázky v rámci ich špecifickej oblasti záujmu (napr. reklama a obchod, označovanie,...), od združení pacientov a od mimovládnych organizácií zameraných na ochranu zdravia a spotrebiteľov.

- III.3. Pokiaľ respondenti neurobia protichodné vyhlásenie, útvary Komisie budú predpokladať, že respondenti nemajú námietky, aby ich odpovede alebo časti boli zverejnené na internetovej stránke Komisie a/alebo citované v správach s analýzou výsledkov konzultačného procesu¹⁹.
- III.4. Vzhľadom na povahu chorôb spôsobených viacerými faktormi, ktoré sú spojené s nezdravými stravovacími návykmi a telesnou nečinnosťou, a na reakciu viacerých záujmových skupín, ktorá je potrebná na ich určenie, táto Zelená kniha zahŕňa niektoré otázky, ktoré spadajú predovšetkým do právomoci členských štátov EÚ (napr. vzdelávanie, projektovanie miest); ale mala by byť tiež jedným z prostriedkov na určenie, kde by EÚ predsa mohla poskytnúť pridanú hodnotu, napr. formou podpory pri vytváraní siete medzi záujmovými skupinami a šírením dobrej praxe.

IV. ŠTRUKTÚRY A NÁSTROJE NA ÚROVNI SPOLOČENSTVA

IV.1. Európska platforma pre činnosť v súvislosti so stravovaním, telesnou aktivitou a zdravím

- IV.1.1. Na založenie spoločného akčného fóra bola v marci 2005 odštartovaná Európska platforma pre činnosť v súvislosti so stravovaním, telesnou aktivitou a zdravím. Táto platforma sústreďuje všetkých významných účastníkov, ktorí sú aktívni na európskej úrovni a sú ochotní prihlásiť sa k záväzným a preukázateľným povinnostiam zameraným na zastavenie a zvrátenie súčasných trendov v nadváhe a obezite. Cieľom platformy je urýchliť dobrovoľnú činnosť v celej EÚ s pomocou podnikania,

občianskej spoločnosti a verejného sektora. K členom platformy patria hlavní predstavitelia na úrovni EÚ v oblastiach potravinárstva, maloobchodu, zásobovania a reklamy, spotrebiteľské organizácie a zdravotné mimovládne organizácie.

IV.1.2. Platforma má byť príkladom koordinovanej, ale samostatnej činnosti zo strany rozličných častí spoločnosti. Jej účelom je podnietiť iné iniciatívy na vnútroštátnej, regionálnej alebo miestnej úrovni a spolupracovať s podobnými fórami na vnútroštátnej úrovni. Platforma môže byť aj zároveň podnetom na zapojenie odpovedí na výzvu na boj proti obezite do širokej škály politik EÚ. Komisia pokladá platformu za najslubnejší prostriedok nelegislatívnej činnosti, keďže má jedinečne miesto pri budovaní dôvery hlavných záujmových skupín. Prvé výsledky platformy sú povzbudzujúce: zapojenie ďalších politik Spoločenstva je intenzívne. Členovia platformy plánujú na rok 2006 ďalekosiahle záväzky a spoločné stretnutie so záujmovými skupinami z USA prispeje k výmene skúseností s osvedčenými postupmi. Navyše, ministri športu sa dohodli na poskytnutí podpory platforme. Prvé vyhodnotenie výsledkov platformy sa uskutoční v polovici roka 2006²⁰.

IV.2. Európska sieť pre výživu a telesnú aktivitu

IV.2.1. Sieť pre výživu a telesnú aktivitu, ktorú tvoria odborníci nominovaní členskými štátmi, WHO a spotrebiteľskými a zdravotníckymi mimovládnymi organizáciami, bola založená v roku 2003 útvarmi Komisie, aby poskytovala poradenstvo Komisii pri rozvíjaní činností Spoločenstva zameraných na zlepšenie výživy, zníženie a prevenciu ochorení súvisiacich so stravovaním, podporu telesnej aktivity a na boj proti nadváhe a obezite. Členovia siete budú zapojení do procesu analýzy a poskytnutia spätnej väzby k tejto Zelenej knihe.

IV.3. Zdravie ako súčasť politik EÚ

IV.3.1. Prevencia nadváhy a obezity si vyžaduje integrovaný prístup k podpore zdravia, prístup, ktorý spája presadzovanie zdravého životného štýlu s činnosťami zameranými na riešenie sociálnych a ekonomických nerovností a fyzického prostredia, ako aj so záväzkom sledovať ciele zamerané na ochranu zdravia prostredníctvom ostatných politik Spoločenstva. Takýto prístup by mal zahŕňať množstvo politik Spoločenstva (napr. v oblasti poľnohospodárstva, rybného hospodárstva, vzdelávania, športu; politiku spotrebiteľskú, podnikateľskú, výskumnú, sociálnu, ako aj politiku vnútorného trhu, životného prostredia a audiovizuálnu politiku), ktoré by ho mali aktívne podporovať.

IV.3.2. Na úrovni Komisie v súčasnosti funguje množstvo mechanizmov, ktoré majú zabezpečiť, aby sa zdravie zohľadňovalo aj v iných oblastiach politiky Spoločenstva:

- o hlavných návrhoch politiky zo strany ďalších útvarov Komisie sa systematicky konzultuje s Generálnym riaditeľstvom pre zdravie a ochranu spotrebiteľov;
- medziútvarová zdravotná skupina diskutuje so všetkými príslušnými útvarmi Komisie o otázkach súvisiacich so zdravím;
- postup Komisie pri hodnotení dopadu, ktorý bol založený ako nástroj na zlepšenie kvality a spojitosti procesu rozvoja politiky, a ktorého súčasťou je hodnotenie účinkov na zdravie.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Aké sú konkrétne príspevky, ktoré by sa mali poskytnúť v rámci prípadných politík Spoločenstva zameraných na podporu zdravého stravovania a telesnej aktivity a na vytvorenie prostredia, v ktorom je ľahké urobiť zdravý výber?
- Aké opatrenia by mohli v rámci jednotlivých štátov alebo na úrovni Spoločenstva prispieť k zlepšeniu prístupnosti, dosiahnuteľnosti, prístupnosti a dostupnosti ovocia a zeleniny?
- V akých oblastiach spojených s výživou, telesnou aktivitou, rozvíjaním nástrojov na analýzu súvisiacich porúch a so spotrebiteľským správaním je potrebný ďalší výskum?

IV.4. Akčný program verejného zdravia

- IV.4.1. Význam výživy, telesnej aktivity a obezity sa odzrkadľuje v akčnom programe verejného zdravia²¹ a v jeho ročných pracovných plánoch. Podľa zdravotníckeho informačného prameňa tento program podporuje činnosť zameranú na zhromažďovanie spoľahlivejších údajov o epidemiológii obezity a na otázky súvisiace so správaním²². Programom sa vytvára porovnateľný súbor ukazovateľov o zdravotnom stave vrátane ukazovateľov v oblasti príjmu stravy, telesnej aktivity a obezity.
- IV.4.2. Podľa prameňa o určujúcich faktoroch zdravia tento program podporuje celoeurópske projekty zamerané na podporu zdravých stravovacích návykov a telesnej aktivity vrátane prierezových a integračných prístupov k životospráve, ktoré podporujú integráciu prístupov k životným štýlom, integrujú environmentálne a socio-ekonomické úvahy, sústreďujú sa na kľúčové cieľové skupiny a prostredie a spájajú prácu na rozličných určujúcich faktoroch zdravia²³.
- IV.4.3. Návrh nového programu zdravia a ochrany spotrebiteľa²⁴ zo strany Komisie kladie silný dôraz na presadzovanie a prevenciu aj v oblasti výživy a telesnej aktivity a predpokladá nový akčný prameň na prevenciu špecifických chorôb.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Ako možno zlepšiť dostupnosť a porovnateľnosť údajov o obezite, najmä s cieľom určiť presné zemepisné a socio-ekonomické rozloženia tohto stavu?
- Ako môže tento program prispieť k zvýšeniu povedomia o potenciáli, ktorý majú zdravé stravovacie návyky a telesná aktivita pri znižovaní rizika chronických ochorení medzi subjektami, ktoré prijímajú rozhodnutia, odborníkmi v oblasti zdravotníctva, v médiách a všeobecne medzi širokou verejnosťou?
- Ktoré kanály na šírenie existujúcich dôkazov sú najvhodnejšie?

IV.5. Európsky úrad pre bezpečnosť potravín (EÚBP)

- IV.5.1. Európsky úrad pre bezpečnosť potravín môže významne prispieť k podpore navrhnutých činností v súvislosti s výživou (napr. pri odporúčanom príjme potravín alebo pri komunikačných stratégiách zameraných na odborníkov v oblasti zdravotníctva, prevádzkovateľov potravinového reťazca a širokú verejnosť, a súvisiacich s vplyvom výživy na zdravie) s vedeckým poradenstvom a pomocou (*o úlohe EÚBP na zriadení stravovacích usmernení na základe potravín, porov. oddiel V.9 dole*).

V. OBLASTI SPADAJÚCE POD ČINNOSŤ

V.1. Informácie pre spotrebiteľa, reklama a marketing

V.1.1. Cieľom spotrebiteľskej politiky je poveriť ľudí výberom svojich stravovacích návykov na základe informovanosti. Z toto hľadiska sú dôležité informácie o výživovom obsahu výrobkov. Jasná a dôsledná informácia o výžive potravín spolu s náležitou spotrebiteľskou osvetou sú základom výberu stravovacích návykov založených na informovanosti spotrebiteľa. S týmto cieľom Komisia predložila návrh nariadenia na zosúladienie predpisov týkajúcich sa výživy so zdravotnými požiadavkami²⁵. Jeho súčasťou je zásada stanovenia nutričných profilov s cieľom predísť potravinám s vysokým obsahom určitých živín (ako sú soľ, tuk, nasýtený tuk a cukry), prostredníctvom požiadaviek na ich potenciálnu nutričnú hodnotu alebo prospech pre zdravie. Komisia uvažuje aj o zmenách a doplneniach súčasných predpisov súvisiacich s označovaním nutričnej hodnoty.

V.1.2. Pokiaľ ide o reklamu a uvádzanie výrobkov na trh, je potrebné zabezpečiť, aby spotrebiteľia neboli zavádzaní, a najmä aby sa nezneužívala dôverčivosť a nedostatočná mediálna gramotnosť spotrebiteľov, ktorí sú reklamou ľahšie ovplyvniteľní, obzvlášť pokiaľ ide o deti. Týka sa to najmä propagovania potravín s vysokým obsahom tuku, soli a cukrov, napríklad energeticky výdatného občerstvenia a nealkoholických nápojov sladených cukrom a predaja týchto výrobkov v školách²⁶. Priemyselná samoregulácia by mala byť prostriedkom na výber v tejto oblasti, keďže má množstvo výhod pri regulácii z hľadiska rýchlosti a flexibility. Ak však výsledky samoregulácie nie sú uspokojivé, mali by sa zvážiť ďalšie možnosti.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Aké hlavné živiny a kategórie výrobkov treba brať do úvahy pri poskytovaní informácií o výžive spotrebiteľovi a prečo?
- Aká osвета je potrebná, aby sa spotrebiteľovi umožnilo úplne pochopiť informácie na etiketách potravín, a kto by ju mal poskytovať?
- Sú dobrovoľné etické normy (samoregulácia) adekvátnym nástrojom na obmedzenie reklamy energeticky výdatných potravín a potravín chudobných z hľadiska mikrovýživy a na ich uvádzanie na trh? Aké alternatívne riešenia by sa mali zvážiť v prípade zlyhania samoregulácie?
- Ako sa pri samoregulácii určuje, implementuje a monitoruje efektívnosť? Aké opatrenia treba podniknúť na zabezpečenie toho, že sa pri reklame, uvádzaní výrobkov na trh a pri propagačnej činnosti nezneužije dôverčivosť a nedostatočná mediálna gramotnosť spotrebiteľov, ktorí sú reklamou ľahšie ovplyvniteľní?

V.2. Osveta pre spotrebiteľa

V.2.1. Lepšie poznatky verejnosti o vzťahu medzi stravou a zdravím, energetickým príjmom a výdajom, o strave, ktorá znižuje riziko chronických chorôb, a o zdravom výbere potravinových článkov sú nevyhnutným predpokladom úspechu akejkoľvek výživovej politiky, či na vnútroštátnej úrovni, alebo na úrovni Spoločenstva. Je potrebné rozvíjať a šíriť dôsledné, súvislé, jednoduché a jasné informácie viacerými kanálmi a formou, ktorá je primeraná miestnej kultúre, veku a pohlaviu. Spotrebiteľská osвета prispeje aj k vytvoreniu mediálnej gramotnosti a spotrebiteľom umožní lepšie pochopiť označovanie nutričných hodnôt.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky súvisiace s označením najlepších postupov:

- Ako najlepšie umožniť spotrebiteľom uskutočniť výber na základe informovanosti a podniknúť účinné opatrenia?
- Akým spôsobom môžu verejno-súkromné spoločnosti prispieť k osvete pre spotrebiteľov?
- Čo by malo byť v oblasti výživy a telesnej aktivity hlavným odkazom pre spotrebiteľov, kto by ho mal spotrebiteľom odovzdať a akým spôsobom?

V.3. Cieľová skupina: deti a mladí ľudia

V.3.1. Dôležitý výber životného štýlu, ktorý predurčuje zdravotné riziká v dospelom veku, sa uskutočňuje v detstve a počas dospievania; preto je životne dôležité viesť deti k zdravému správaniu. Školy sú najdôležitejšie prostredie z hľadiska zasahovania do procesu podpory zdravia a môžu prispieť k ochrane zdravia detí propagovaním zdravého stravovania a telesnej aktivity. Je dokázané, že zdravé stravovanie vedie k lepšej koncentrácii a schopnosti učiť sa. Okrem toho majú školy potenciál deti povzbudzovať, aby denne vyvíjali telesnú aktivitu²⁷. Mohli by sa zväziť náležité opatrenia, ktoré sa prijímajú na vhodnej úrovni.

V.3.2. Aby sa zabránilo vystaveniu detí sporným informáciám, zdravotná výchova zo strany rodičov a škôl musí mať podporu v médiách, zdravotníckych službách, občianskej spoločnosti a v príslušných priemyselných sektoroch (pozitívna úloha vzorov...) (*pre uvádzanie na trh smerom k deťom porov. oddiel V.1*).

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky súvisiace s označením najlepších postupov:

- Ktoré príklady na zlepšenie nutričnej hodnoty školských jedál možno uviesť ako dobré a ako možno rodičov informovať o spôsoboch vylepšenia nutričnej hodnoty doma pripravených jedál?
- Aké sú osvedčené postupy pri zabezpečovaní pravidelnej telesnej aktivity v školách?
- Aké sú osvedčené postupy pri podpore výberu zdravej stravy v školách, najmä pokiaľ ide o nadmerný príjem energeticky výdatného občerstvenia a nealkoholických nápojov sladených cukrom?
- Ako môžu médiá, zdravotnícke služby, občianska spoločnosť a významné priemyselné sektory podporiť zdravotnú výchovu na školách? Akú úlohu môžu v tomto smere zohrávať verejno-súkromné spoločnosti?

V.4. Dostupnosť potravín, telesná aktivita a zdravotná výchova na pracovisku

V.4.1. Pracovisko je prostredie so silným potenciálom na podporu zdravej stravy a telesnej aktivity. Jedálne, ktoré ponúkajú zdravé jedlá, a zamestnávatelia, ktorí podporujú prostredie na vykonávanie telesnej aktivity (napr. zabezpečenie spŕch a prezliekárni), môžu vo významnej miere prispieť k podpore zdravia na pracovisku.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky súvisiace s označením najlepších postupov:

- Ako môžu zamestnávateľa uspieť s ponukou výberu zdravých jedál a so zlepšením nutričnej hodnoty jedál v jedálňach na pracovisku?
- Aké opatrenia by podporili a napomohli vykonávaniu telesnej aktivity cez prestávky a cestou do práce a z práce?

V.5. Začlenenie prevencie a liečby nadváhy a obezity do zdravotníckych služieb

V.5.1. Zdravotnícke služby a odborníci v oblasti zdravotníctva majú silný potenciál, aby pacientom pomohli lepšie pochopiť súvislosť medzi stravou, telesnou aktivitou a zdravím a pozitívne vplývali na uskutočnenie potrebných zmien súvisiacich s ich životným štýlom. Pacienti by mohli dostať dôležité podnety k týmto zmenám, keby odborníci v oblasti zdravotníctva k bežným návštevám zaradili praktické poradenstvo pre pacientov a rodiny, ktoré sa týkajú pozitívnych účinkov vhodnej stravy a vyššej miery telesnej aktivity. Je taktiež potrebné zaoberať sa možnosťami liečby obezity²⁸.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Aké opatrenia sú potrebné na zabezpečenie intenzívnejšej integrácie zameranej na podporu zdravého stravovania a telesnej aktivity do zdravotníckych služieb a na akej úrovni je potrebné ich prijať?

V.6. Faktory vedúce k obezite

V.6.1. Telesná aktivita môže byť súčasťou každodenného života (napr. chôdza alebo jazda bicyklom namiesto použitia motorizovaného dopravného prostriedku do školy alebo práce). Politikou dopravy a plánovania miest možno zabezpečiť, aby chôdza, bicyklovanie a iné formy cvičenia boli jednoduché a bezpečné a zamerali sa na nemotorizované spôsoby dopravy. Bezpečnosť pri bicyklovaní a zabezpečenie chodníkov vedúcich ku školám môžu byť jedným zo spôsobom riešenia mimoriadne znepokojujúcich trendov nadváhy a obezity u detí.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Akým spôsobom môžu verejné politiky prispieť k zabezpečeniu toho, aby sa telesná aktivita "zacomponovala" do každodenného života?
- Aké opatrenia sú potrebné na podporu rozvoja prostredia, ktoré napomáha telesnej aktivite?

V.7. Socio-ekonomické nerovnosti

V.7.1. Výber potravín určujú individuálne preferencie, ako aj socio-ekonomické faktory²⁹. Spoločenské postavenie, príjem a vzdelanie sú určujúcimi faktormi stravovania a telesnej aktivity. V niektorých štvrtiach chýbajú možnosti na vyvíjanie telesnej aktivity, športové zariadenia, a znevýhodnené skupiny ľudí môžu byť väčšími postihnuté ako tie, ktoré majú prostriedky na použitie dopravy alebo tí, ktorí k nej majú prístup. Nižší stupeň vzdelania a horší prístup k dôležitým informáciám znižujú možnosti výberu na základe informovanosti..

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Ktorými opatreniami by sa mohlo podporiť zdravé stravovanie a telesná aktivita v skupinách obyvateľstva a domácnostiach určitých socio-ekonomických kategórií a umožniť týmto skupinám, aby si osvojili zdravší životný štýl?
- Ako možno riešiť “nahromadenie nezdravých návykov”, ktoré sa často prejavuje u určitých socio-ekonomických skupín?

V.8. Podpora integrovaného a komplexného prístupu na podporu zdravého stravovania a telesnej aktivity

V.8.1. Súčasťou premysleného dôsledného prístupu zameraného na umožnenie toho, aby sa zdravý výber stal dostupný, prijateľný a prítlačivý, je zváženie začlenenia výživy a telesnej aktivity do všetkých významných politík na lokálnej, regionálnej, národnej a európskej úrovni vytvorením potrebného podporného prostredia a rozvíjaním a použitím vhodných nástrojov na hodnotenie vplyvu ostatných politík na nutričné zdravie a telesnú aktivitu³⁰.

V.8.2. Výskyt chronických ochorení súvisiacich so stravovaním a telesnou aktivitou môže mať inú formu u mužov ako žien, ako aj u jednotlivých vekových skupín a socio-ekonomických vrstiev. Okrem toho stravovacie návyky, ako aj správanie pri telesnej aktivite často vychádzajú z miestnych a regionálnych tradícií. Pri jednotlivých prístupoch zameraných na presadzovanie zdravého stravovania a telesnej aktivity je preto potrebné zohľadniť pohlavie, socio-ekonomické a kultúrne rozdiely a zahrnúť životnú perspektívu.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Ktoré sú najdôležitejšie zložky integrovaného a komplexného prístupu k presadzovaniu zdravého stravovania a telesnej aktivity?
- Akú úlohu zohrávajú vnútroštátne orgány a akú úlohu zohráva Spoločenstvo?

V.9. Odporúčania týkajúce sa príjmu živín a vypracovania usmernení k stravovaniu na základe potravín

V.9.1 V správe WHO/FAO³¹ sú poskytnuté všeobecné odporúčania týkajúce sa príjmu živín a cieľov telesnej aktivity obyvateľov v súvislosti s prevenciou závažných neprenosných chorôb.

V.9.2. Projektom Eurodiet³² sa navrhuje vyčíslit' ciele obyvateľstva pre živiny a zdôrazňuje sa potreba ich začlenenia do stravovacích usmernení na základe potravín (FBDG). FBDG musia vychádzať z bežných stravovacích modelov a brať do úvahy socio-ekonomické a kultúrne faktory.

V.9.3. Komisia požiadala Európsky úrad pre bezpečnosť potravín (EÚBP), aby aktualizoval informácie týkajúce sa energie, makroživín a nekalorickej vlákniny. Na základe toho bude EÚBP naďalej poskytovať informácie obyvateľom o referenčnom príjme mikroživín v strave a ak je to vhodné, ostatných základných látok s vyživovacím alebo fyziologickým účinkom v kontexte vyváženej stravy. EÚBP poskytne informácie aj o zaradení informácií o strave založenej na živinách do usmernení o príspevku

rozličných potravín k celkovej strave, čím by sa napomohlo k udržaniu dobrého zdravia prostredníctvom optimálnej výživy.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Akým spôsobom sa môžu v stravovacích usmerneniach na základe potravín zohľadniť sociálne a kultúrne rozdiely a rozdielne regionálne a národné stravovacie návyky?
- Ako možno prekonať rozdiely medzi navrhovaným výživovými cieľmi a skutočnými spotrebiteľskými modelmi?
- Ako možno stravovacie usmernenia sprostredkovať spotrebiteľom?
- Ako môžu systémy bodovania profilov živín, ktoré nedávno vznikli v Spojenom kráľovstve, prispieť k takému vývoju³³?

V.10. Spolupráca mimo Európskej únie

V.10.1. Na medzinárodnej úrovni v súčasnosti prebiehajú určité úvahy o globálnom zapojení potravinového kódexu (Codex Alimentarius)³⁴ do oblasti výživy. Spolu s požiadavkou WHO na Globálnu stratégiu v strave, telesnej aktivite a zdraví EÚ podporuje názor, že je potrebné uvažovať o spôsobe zapojenia otázky výživy do kódexu a zároveň zachovať jeho súčasný mandát.

V.10.2. Výživa, strava a telesná aktivita by mali byť predmetom úzkej spolupráce medzi regulačnými orgánmi pre túto oblasť a záujmovými skupinami v EÚ a v ostatných krajinách, kde je zvýšená miera nadváhy a obezity predmetom obáv³⁵.

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Za akých podmienok by sa Spoločenstvo malo zapojiť do procesu výmeny skúseností a na označenia najlepších postupov medzi EÚ a krajinami, ktoré nie sú v EÚ? V prípade, že je vhodné, aby sa zapojilo, aké prostriedky by malo použiť?

V.11. Ďalšie otázky

Komisia vyzýva k odpovediam na tieto otázky:

- Sú v tejto Zelenej knihe otázky, ktoré sa neriešili a ktoré si vyžadujú, aby sa im venovala pozornosť z hľadiska európskeho rozmeru podpory zdravého stravovania, telesnej aktivity a zdravia?
- Ktoré otázky v tejto Zelenej knihe sú prioritné a ktoré možno pokladať za menej naliehavé?

VI. ĎALŠIE KROKY

VI.1. Útvary Komisie budú dôkladne analyzovať všetky príspevky, ktoré dostanú ako odpoveď na konzultačný proces spustený touto Zelenou knihou. Očakáva sa, že správa, ktorej súčasťou bude súhrn príspevkov, bude zverejnená na internetovej stránke Komisie v júni 2006.

- VI.2. Vo svetle výsledkov konzultačného procesu bude Komisia uvažovať o najvhodnejších následných krokoch a zváži navrhnutie všetkých opatrení, ktoré by mohli byť potrebné, ako aj nástrojov na ich implementáciu. Hodnotenie dosahu sa vykoná podľa vhodnosti v závislosti od typu vybraného nástroja.

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)

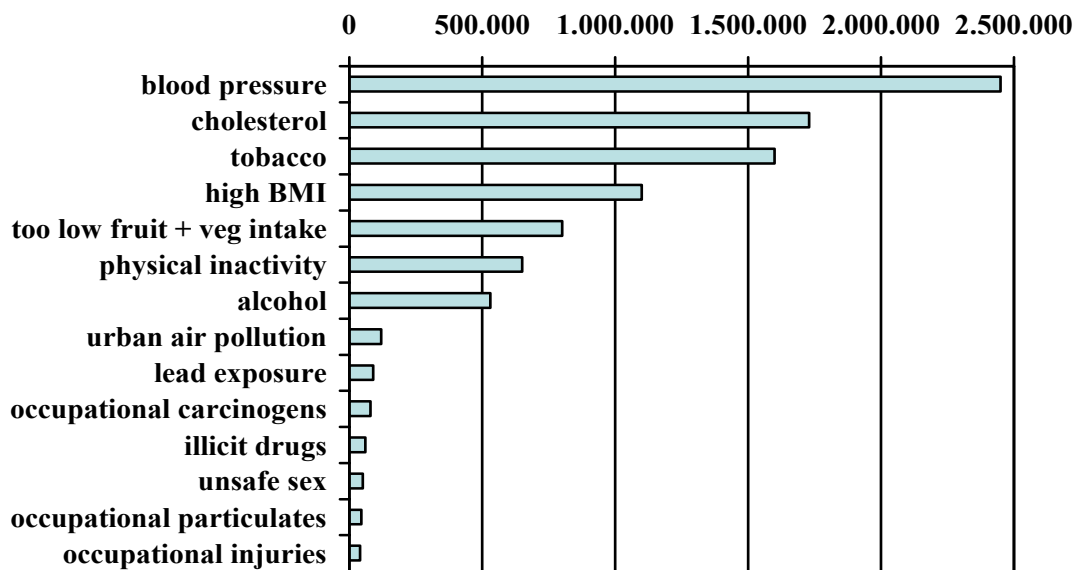


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

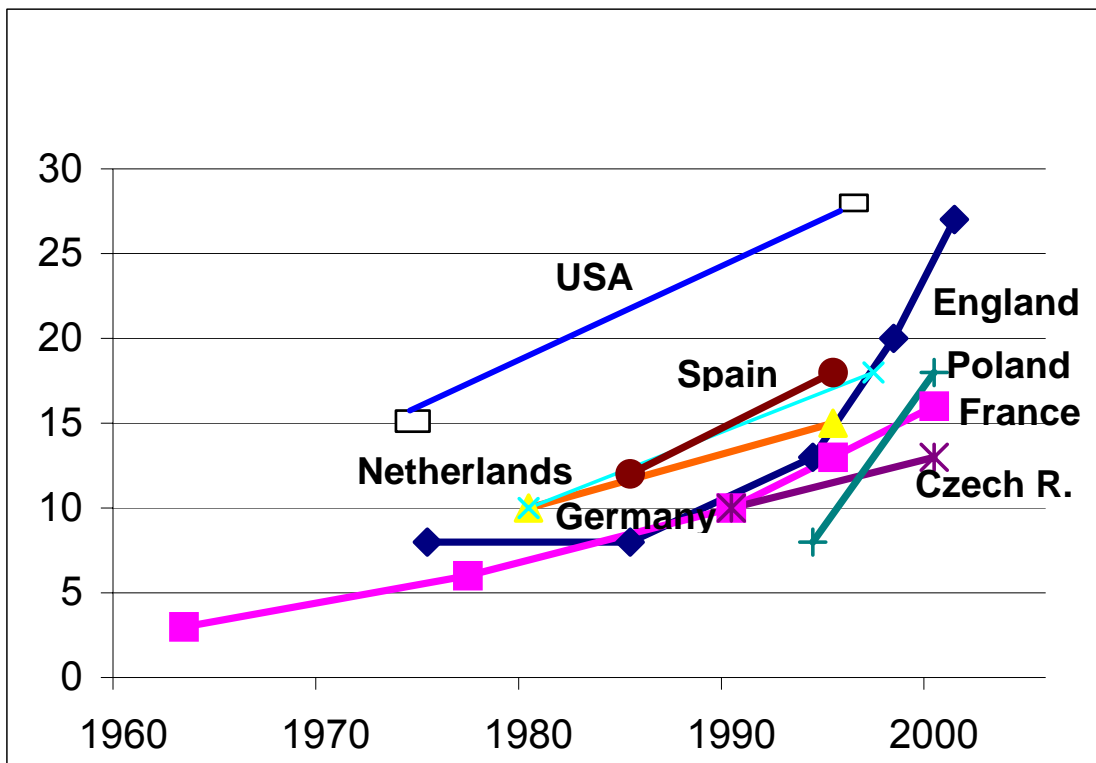
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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>

¹⁸ COM (2005) 115 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: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

²⁰ 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

²¹ 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.

²² 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]

²³ 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)

²⁴ 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)

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

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.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)
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.*