



AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel, xxx
COM(2005) yyy final

ZÖLD KÖNYV

„Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”

TARTALOMJEGYZÉK

ZÖLD KÖNYV „Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”	4
I. Az európai szintű helyzet	4
II. Egészség és gazdagság	5
III. Konzultációs eljárás	5
IV. Közösségi szintű struktúrák és eszközök	6
IV.1. Az étrendet és fizikai tevékenységet érintő európai cselekvési program.....	6
IV.2. Európai táplálkozási és fizikai tevékenységgel kapcsolatos hálózat.....	7
IV.3. Az egészséggel kapcsolatos szempontok az EU politikáiban	7
IV.4. Közegészségügyi cselekvési program.....	8
IV.5. Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA).....	8
V. A cselekvés területei	8
V.1. A fogyasztók tájékoztatása, reklám és marketing	8
V.2. A fogyasztói ismeretek bővítése	9
V.3. A gyerekek és a fiatalok megcélzása	9
V.4. Elérhető élelmiszerek, fizikai tevékenység és az egészséggel kapcsolatos ismeretek bővítése a munkahelyen	10
V.5. A túlsúlyosság és az elhízottság megelőzésének és kezelésének az egészségügyi szolgálatokba való beépítése	10
V.6. Az elhízottságot okozó külső tényezők kezelése	11
V.7. Társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek.....	11
V.8. Az egészséges étrend és a fizikai tevékenység promóciójával kapcsolatos integrált és átfogó megközelítés előmozdítása	11
V.9. A tápanyagbevitellel és az élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatások kidolgozásával kapcsolatos ajánlások.....	12
V.10. Az Európai Unión kívül megvalósított együttműködés.....	12
V.11. Egyéb kérdések	13
VI. A következő lépések	13
1. melléklet: Számadatok és táblázatok.....	14
2. melléklet: A táplálkozás, a fizikai tevékenység és az egészség közötti kapcsolat.....	19
3. melléklet: Hivatkozások.....	22

ZÖLD KÖNYV

„Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”

I. AZ EURÓPAI SZINTŰ HELYZET

- I.1. Európában az egészségtelen táplálkozás és a fizikai tevékenység az elkerülhető betegségek és a korai halál fő oka, az elhízottság egész Európában egyre általánosabbá válása pedig közegészségügyi szempontból komoly aggodalmakra ad okot *(lásd a 2. mellékletben található háttérinformációkat)*.
- I.2. A Tanács arra kérte fel a Bizottságot, hogy járuljon hozzá az egészséges életmód promóciójához⁽ⁱ⁾, illetve, hogy tanulmányozza, hogyan lehetne a jobb táplálkozást előmozdítani az Európai Unióban, amennyiben szükséges erre irányuló javaslatok benyújtásával². A Tanács a tagállamokat és a Bizottságot arra is felhívta, hogy dogozzanak ki és hajtsanak végre olyan kezdeményezéseket, amelyek célja az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója³.
- I.3. A Közösség egyértelmű hatáskörrel rendelkezik ezen a területen: a Szerződés 152. cikke előírja, hogy valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. A táplálkozás és a fizikai tevékenység szempontjából a közösségi politika számos területe releváns és a Tanács megerősítette, hogy európai szinten a vonatkozó politikákban figyelembe kell venni a táplálkozással és a fizikai tevékenységgel összefüggő kérdéseket⁴.
- I.4. A nemzeti szinten végrehajtott cselekvés hasznos kiegészítője lehet a közösségi szintű cselekvés. Anélkül, hogy a tagállamok által kezdeményezett cselekvések hatókörét csökkentenék, a közösségi cselekvések előnyösen felhasználhatják a keletkező szinergiákat és a méretgazdaságosságot, elősegíthetik az egész Európára kiterjedő cselekvéseket, összevonhatják a forrásokat, terjeszthetik a helyes gyakorlatot és ezáltal hozzájárulhatnak a tagállami kezdeményezések általános hatásának javításához.
- I.5. A Tanács hangsúlyozta, hogy mivel az elhízási járvány több okra is visszavezethető, ezért az ezzel kapcsolatban alkalmazott megközelítés során több szereplőt kell bevonni⁵, – amelynek kiemelkedő példája az étrendet és fizikai tevékenységet érintő európai cselekvési program *(lásd a IV.1 szakaszt)* – és helyi, regionális, nemzeti és európai szinten kell fellépni⁶. A Tanács szintén üdvözölte a Bizottságnak e zöld könyv beterjesztésére, illetve a zöld könyv által kezdeményezett nyilvános konzultáció eredményeinek 2006-ra történő összefoglalására vonatkozó szándékát⁷.
- I.6. Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság hangsúlyozta, hogy a közösségi szinten megvalósított cselekvés felerősítheti a nemzeti hatóságok, a magánszektor és a nem kormányzati szervezetek kezdeményezéseinek hatását⁸.

⁽ⁱ⁾ A hivatkozások listája a dokumentum végén a 3. mellékletben szerepel

I.7. Számos tagállamban már hajtják végre a táplálkozással, a fizikai tevékenységgel és az egészséggel kapcsolatos nemzeti stratégiákat vagy cselekvési terveket⁹. A közösségi fellépés támogathatja vagy kiegészítheti ezeket a tevékenységeket, előmozdíthatja azok összehangolását és segíthet a helyes gyakorlat meghatározásában és terjesztésében annak érdekében, hogy a többi tagállam is hasznosíthassa a már megszerzett tapasztalatokat.

II. EGÉSZSÉG ÉS GAZDAGSÁG

II.1. Az emberi szenvedésen túl az elhízottság egyre gyakoribb előfordulása nem elhanyagolható gazdasági következményekkel is jár. A becslések szerint az Európai Unióban az egészségügyi ellátással kapcsolatban felmerülő költségek mintegy 7%-át teszik ki az elhízottsággal összefüggő kiadások¹⁰, amely az elhízottság egyre növekedő tendenciáit figyelembe véve várhatóan tovább növekszik majd. Ugyan az összes EU-tagállammal kapcsolatos részletes adatok nem állnak rendelkezésre, a tanulmányok mind felhívják a figyelmet az elhízottság jelentős gazdasági következményeire. Az Egyesült Királyság nemzeti audit irodája által 2001-ben készített jelentés becslései szerint az elhízottság egyedül Angliában 18 millió nap betegszabadságért és 30 000 korai halálért volt felelős, amely éves szinten legalább 500 millió angol font egészségügyi ellátással kapcsolatos közvetlen kiadásnak felel meg. A szélesebb gazdasági értelemben vett költségek között szerepel az alacsonyabb termelékenység és a kárba vesztett kimenő teljesítmény, amely a becslések szerint éves szinten további 2 milliárd angol fontra tehető¹¹. Az Egyesült Királyság országos tisztifőorvosa által 2004-ben a fizikai tevékenységnek az egészségre gyakorolt hatásáról, illetve ezek összefüggéseiről készített jelentése a fizikai tevékenység hiánya által előidézett költségeket éves szinten 8,2 milliárd angol fontra becsülte (beleértve az egészségügyi ellátással kapcsolatos és a szélesebb gazdasági értelemben vett költségeket, mint például a munkahelyről való távolmaradást)¹². Írországban az elhízottság kezelésével kapcsolatban közvetlenül felmerülő költségeket 2002-ben 70 millió euróra becsülték¹³. Az egyesült államokbeli CDC (Centers for Disease Control and Prevention) az elhízottsággal összefüggő egészségügyi ellátással kapcsolatos költségeket 75 milliárd dollárra becsülte¹⁴. Az egyén szintjén a tanulmányok pedig azt mutatják, hogy az Egyesült Államokban egy átlag elhízott felnőtt egészségügyi kiadásai 37%-kal magasabbak, mint egy átlagos normál testsúlyú személy kiadásai¹⁵. Ezek között a közvetlen költségek között nem szerepel a betegség és a korai halálozás miatt fellépő csökkent termelékenység.

II.2. Egy, a svéd közegészségügyi intézet által készített elemzés arra a következtetésre jutott, hogy az EU-ban az egészség-károsodással korrigált életévek (DALYs) 4,5%-a veszik el a nem megfelelő táplálkozás miatt, további 3,7% és 1,4% pedig az elhízottság és a testmozgás hiánya miatt, azaz összesen 9,6%; ezzel szemben a dohányzás számlájára 9% írható¹⁶.

II.3. A holland közegészségügyi és környezetvédelmi intézet (RIVM) nemrég publikált jelentése megvizsgálta a helytelen összetételű táplálkozás és az egészségkárosodás közötti összefüggéseket. Az egyik következtetés szerint a „nem megfelelő” típusú zsírok túlzott fogyasztása, mint a telített zsírsavak és transz-zsírsavak, 25%-kal növeli a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának valószínűségét, míg a heti egy vagy két alkalommal történő halfogyasztás ezt a kockázatot 25%-kal csökkenti. Hollandiában minden évben a 20. életévét betöltött vagy annál idősebb korosztályban

38 000 szív- és érrendszeri megbetegedés esetében a nem megfelelő összetételű étrend okolható¹⁷.

- II.4. A túlsúlyossággal és az elhízottsággal kapcsolatos problémák kezelése tehát nem csak közegészségügyi szempontból fontos, hanem hosszú távon csökkenti az egészségügyi kiadásokat és az egészen idős korig aktív munkavégzést lehetővé téve stabilizálja a gazdaságokat. A zöld könyv annak meghatározására szolgál, hogy a tagállami tevékenységek kiegészítésével a közösségi szinten megvalósított fellépés hozzájárulhat-e az egészségügyi kockázatok csökkentéséhez, az egészségügyi ellátásra fordított kiadások mérsékléséhez és a tagállami gazdaságok versenyképességének fokozásához.

III. KONZULTÁCIÓS ELJÁRÁS

- III.1. Az „Egészségesebb, nagyobb biztonságban élő, magabiztosabb polgárok, Egészségügyi és fogyasztóvédelmi stratégia”¹⁸ című közlemény bejelentése értelmében a Bizottság az egészséget leginkább befolyásoló tényezőkkel – beleértve a táplálkozást és az elhízottságot is – kapcsolatos problémák kezelésére közösségi stratégiákat dolgoz ki. Ebben az összefüggésben a zöld könyv célja az EU intézményei, a tagállamok és a civiltársadalom részvételével zajló széles körű konzultációs folyamat és mélyre ható vita elindítása annak meghatározása érdekében, hogy közösségi szinten milyen előnyökkel járhat az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója.

- III.2. A Bizottság felhívja az érdekelt szervezeteket arra, hogy a zöld könyvben felvetett kérdésekre vonatkozó válaszaikat legkésőbb 2006. március 15-ig a következő címre küldjék el (lehetőség szerint e-mailben):

European Commission

Directorate-General Health and Consumer Protection

Unit C4 – Health Determinants

E-mail: SANCO-C4-NUTRITIONGREENPAPER@cec.eu.int

Postal address: L-2920 Luxembourg

Fax: (+ 352) 4301.34975

A válaszok tudományos munkák helyett, inkább konkrét és tényadatokkal alátámasztott, a főként EU-szintű politikaalakításra vonatkozó javaslatokat tartalmazzanak. Különösen az egyes gazdasági szereplők speciális területével kapcsolatos (pl. reklám és marketing, címkézés...) válaszokat, illetve a betegek szervezeteitől és az egészség és fogyasztóvédelem nem kormányzati szervezetektől érkező válaszokat várjuk.

- III.3. Kivéve ha a válaszadók ezzel ellentétes értelmű nyilatkozatot tesznek, a Bizottság szolgálatai úgy fogják tekinteni, hogy a válaszadók nem ellenzik válaszaiknak vagy azok egyes részeinek a Bizottság honlapján való közzétételét és/vagy a konzultációs folyamat eredményeit elemző jelentésekben az ez utóbbiakra való hivatkozást¹⁹.

- III.4. Mivel az egészségtelen táplálkozási szokásokkal és a fizikai tevékenység hiányával összefüggő betegségek kialakulásában több tényező is szerepet játszhat, és ebből következően a problémák megoldásához több szereplő megkérdezése is szükséges, a zöld könyv olyan kérdéseket is felvet, amelyek elsősorban az EU-tagállamok hatáskörébe tartoznak (pl. oktatás, várostervezés) és hozzájárul annak

meghatározásához, hogy ennek ellenére az EU-fellépés mely területeken teremthet hozzáadott értéket, pl. az érintettek közötti kapcsolatépítés támogatásával és a helyes gyakorlat terjesztésével.

IV. KÖZÖSSÉGI SZINTŰ STRUKTÚRÁK ÉS ESZKÖZÖK

IV.1. Az étrendet és fizikai tevékenységet érintő európai cselekvési program

IV.1.1. A közös cselekvési fórum létrehozása érdekében 2005 márciusában megkezdte működését az étrendet és fizikai tevékenységet érintő európai cselekvési program. A program minden olyan európai szinten aktív releváns szereplőt összehoz, akik rájuk nézve kötelező és ellenőrizhető vállalatokra hajlandók a túlsúlyosság és az elhízottság jelenleg tapasztalható tendenciáinak megállítása és visszafordítása érdekében. A program célja a vállalatoknál, a civil társadalomban és a közszférában megvalósított önkéntes cselekvés katalizálása az egész EU-ban. A program tagjai között vannak az élelmiszeripar, a kiskereskedelem, a vendéglátás és a reklámipar, a fogyasztói szervezetek és az egészséggel kapcsolatos nem kormányzati szervezetek főbb EU-szintű képviselői.

IV.1.2. A program azt példázza majd, hogy a társadalom különböző tagjai képesek koordinált, mégis autonóm fellépésre. Azért hozták létre, hogy nemzeti, regionális vagy helyi szinten ösztönzően hasson a további kezdeményezésekre és együtt tudjon működni a hasonló nemzeti szintű fórumokkal. Ugyanakkor a program olyan eredmények létrejöttét is elősegítheti, amelyek segítségével az elhízottság által jelentett kihívásra adandó válaszok széles területet lefedő EU-politikákba integrálhatók. A Bizottság a programot a nem jogalkotási jellegű fellépések közül a legígéretesebbnek tartja, mert helyzetéből adódóan egyedülálló lehetősége van a főbb érintettek közötti bizalom kiépítésére. A program első eredményei biztatóak: a többi közösségi politika részvétele jelentős, a program tagjai 2006-ra nagyratörő kötelezettségvállalásokat terveznek és a egyesült államokbeli érintettek részvételével zajló együttes ülés hozzá fog járulni a helyes gyakorlat cseréjéhez. Ezen kívül a sportminiszterek kötelezettséget vállaltak a program támogatására. A program eredményeinek első értékelésére 2006 közepén kerül sor²⁰.

IV.2. Európai táplálkozási és fizikai tevékenységgel kapcsolatos hálózat

IV.2.1. A tagállamok által jelölt szakértőkből, a WHO-ból és a fogyasztóvédelemmel és egészséggel foglalkozó nem kormányzati szervezetekből álló táplálkozási és fizikai tevékenységgel kapcsolatos hálózatot a Bizottság szolgálatai hozták létre 2003-ban annak érdekében, hogy tanácsokkal lássa el a Bizottságot a táplálkozás javítására irányuló közösségi tevékenységek kidolgozása, az étrenddel összefüggő betegségek csökkentése és megelőzése, a fizikai tevékenység előmozdítása és a túlsúlyosság és az elhízottság elleni küzdelem területén. A hálózat aktívan részt fog venni a zöld könyvvel kapcsolatos visszajelzések elemzésében.

IV.3. Az egészséggel kapcsolatos szempontok az EU politikáiban

IV.3.1. A túlsúlyosság és az elhízottság megelőzése érdekében az egészséget előmozdító integrált megközelítésre van szükség, amelynek keretében az egészséges életmód előmozdítását kombinálni kell a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek megszüntetését, illetve a fizikai környezetet célzó cselekvésekkel, valamint egy arra

vonatkozó kötelezettségvállalással, hogy az egészséggel kapcsolatos célkitűzéseket a többi közösségi politika kialakítása során is figyelembe veszik. E megközelítés alkalmazása esetén egy sor közösségi politikát érinteni kell (pl. mezőgazdasági, halászati, oktatás, sport, fogyasztóvédelem, vállalkozáspolitikai, kutatás, szociális ügyek, belső piac, környezetvédelem, audiovizuális politika) és ezek aktív támogatására van szükség.

IV.3.2. A Bizottság szintjén jelenleg számos mechanizmus működik annak érdekében, hogy az egészséggel kapcsolatos szempontokat vegyék figyelembe a többi közösségi politika területén is:

- a Bizottság többi szolgálatai által beterjesztett főbb javaslatok esetében rendszeresen konzultálnak az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatósággal;
- a szolgálatközi egészségügyi munkacsoport keretében az összes érintett bizottsági szolgálat részvételével megvitatják az egészséggel kapcsolatos kérdéseket;
- a politikaalakítás minőségének és koherenciájának javítását szolgáló eszközként kidolgozott bizottsági hatásvizsgálati eljárásban az egészségügyi hatások vizsgálata is szerepel.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **A többi közösségi politika milyen konkrét hozzájárulásokat tehet, ha tehet egyáltalán, az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység előmozdítása, illetve egy olyan környezet kialakítása érdekében, amelyben az egészség szempontjából előnyös választás a könnyebb választás?**
- **Milyen közösségi vagy nemzeti intézkedésekkel lehetne a zöldségeket és gyümölcsöket kívánatosabbá, elérhetőbbé, hozzáférhetőbbé és megfizethetőbbé tenni?**
- **A táplálkozással, a fizikai tevékenységgel, a kapcsolódó rendellenességek és a fogyasztói magatartás elemzésre szolgáló eszközök kidolgozásával összefüggő területek közül melyiken van szükség több kutatásra?**

IV.4. Közegészségügyi cselekvési program

IV.4.1. A táplálkozás, a fizikai tevékenység és az elhízottság problematikájának fontossága tükröződik a közegészségügyi cselekvési programban²¹ és annak éves munkatervében. Az egészségügyi információs intézkedési terület keretében a program támogatja az elhízottság epidemiológiájával és a viselkedéssel összefüggő kérdésekkel kapcsolatos pontosabb adatgyűjtést²². A program létrehoz egy, az egészségi állapotot leíró összehasonlítható mutatósorozatot, beleértve a bevitt táplálék, a fizikai tevékenység és az elhízottság területét is.

IV.4.2. Az egészséget meghatározó tényezők intézkedési terület keretében a program támogatja az egészséges táplálkozási szokások és a fizikai tevékenység előmozdítását célzó páneurópai projekteket, olyan több területet érintő és integratív megközelítések alkalmazásával, amelyek előnyben részesítik az életmódra koncentrált megközelítéseket, tekintetbe veszik a környezetvédelmi és a társadalmi-gazdasági szempontokat, a főbb célcsoportokra és környezetekre koncentrálnak és összekapcsolják az egészséget meghatározó tényezőkkel kapcsolatban végzett munkát²³.

IV.4.3. Az új egészségügyi és fogyasztóvédelmi programról szóló bizottsági javaslat²⁴ nagy hangsúlyt fektet az előmozdítás és a megelőzés kérdésére, beleértve a táplálkozás és a fizikai tevékenység területét is, és az egyes betegségek megelőzése érdekében új cselekvési területet irányoz elő.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **Hogyan lehetne javítani az elhízottsággal kapcsolatos adatok elérhetőségét és összehasonlíthatóságát, különösen az elhízottság pontos földrajzi és társadalmi-gazdasági eloszlásának meghatározása céljából?**
- **A program segítségével hogyan lehet a döntéshozók, az egészségügyi szakemberek, a média és a közvélemény körében jobban tudatosítani az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység által egyes krónikus betegségek megelőzésében betöltött jótékony szerepet?**
- **Milyen csatornák felhasználásával lehet a meglévő tényadatokat a legmegfelelőbbben terjeszteni?**

IV.5. Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA)

IV.5.1. Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság jelentős mértékben támogathatja a táplálkozással kapcsolatban javasolt intézkedéseket (pl. ajánlott táplálékbevitel, vagy a táplálkozás által az egészségre gyakorolt hatással kapcsolatos, az egészségügyi szakembereket, az élelmiszerlánc gazdasági szereplőit és a közvéleményt megcélzó kommunikációs stratégia témájában) tudományos tanácsadással és segítségnyújtással (az EFSA által az élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatásokkal kapcsolatban betöltött szerepről lásd bővebben az V.9. szakaszt).

V. A CSELEKVÉS TERÜLETEI

V.1. A fogyasztók tájékoztatása, reklám és marketing

V.1.1. A fogyasztóvédelmi politika célja képessé tenni az embereket arra, hogy étrendjükkel kapcsolatban megfelelő információk birtokában hozzanak döntéseket. Ebben a vonatkozásban a termékek tápanyagtartalmával kapcsolatos információ fontos összetevő. Az élelmiszerek tápértékére vonatkozó világos és következetes tájékoztatás, a fogyasztók ismereteinek bővítése mellett, elősegítheti az étrenddel kapcsolatban megfelelő információk birtokában hozott döntéseket. Ezért a Bizottság beterjesztett egy rendeletjavaslatot az élelmiszerek tápértékére és egészségre gyakorolt hatására vonatkozó állításokkal kapcsolatos szabályok harmonizálása érdekében²⁵. Ezek között szerepel a tápérték-profilok kialakításának elve annak megakadályozása érdekében, hogy a bizonyos összetevőkből (só, zsír, telített zsírsavak és cukrok) nagy mennyiséget tartalmazó élelmiszerek potenciális tápértékével és az egészségre gyakorolt kedvező hatásával kapcsolatban alaptalan állítások láthassanak napvilágot. A Bizottság továbbá tervezi a tápértékkel kapcsolatos jelenlegi címkézési szabályok módosítását.

V.1.2. A reklám és a marketing vonatkozásában biztosítani kell, hogy a fogyasztókat nem vezeték félre és nem használják ki a befolyásolható fogyasztók, különösen a gyerekek hiszékenységét és a média módszereivel kapcsolatos hiányos ismereteit. Ez különösen vonatkozik a magas zsír-, só- és cukortartalmú élelmiszerek, mint a nagy energiadenzitású snackek és a cukorral édesített üdítőitalok reklámozására, és az ilyen termékekkel kapcsolatos iskolai marketingtevékenységre²⁶. Ezen a területen az ágazati

önszabályozás jelenthetné a megfelelő megoldást, mert a külső szabályozáshoz képest sokkal gyorsabb és rugalmasabb. Más megoldásokat kell azonban alkalmazni, ha az önszabályozás nem jár megfelelő eredményekkel.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **A fogyasztó tápanyagokkal kapcsolatos tájékoztatása során mely főbb tápanyagokat és termékkategóriákat kell figyelembe venni, és miért?**
- **Milyen ismeretekkel kell ellátni a fogyasztókat annak érdekében, hogy teljes mértékben megértsék a ételcímkeken feltüntetett információkat, és kinek kell erről gondoskodnia?**
- **Az önkéntes kódexek („önszabályozás”) alkalmazása megfelelő eszköz lehet-e a nagy energiadenzitású és mikrotápanyagokban szegény élelmiszerek reklámozásának és marketingjének korlátozására? Milyen egyéb megoldások jöhetnek szóba, ha az önszabályozás nem jár sikerrel?**
- **Mi a hatékony önszabályozás definíciója, illetve hogyan lehet azt végrehajtani és nyomon követni? Milyen intézkedésekkel lehet biztosítani azt, hogy a reklámok, illetve a marketing- és promóciós tevékenységek nem használják ki a befolyásolható fogyasztók hiszékenységet és a média módszereivel kapcsolatos hiányos ismereteit?**

V.2. A fogyasztói ismeretek bővítése

V.2.1. Bármilyen táplálkozással kapcsolatos, közösségi vagy nemzeti szinten megvalósított politika sikerének elengedhetetlen feltétele, hogy a közvélemény megfelelő tájékoztatást kapjon az étrend és az egészség, illetve az energiabevitel és az energiafelhasználás közötti összefüggésekről, a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát csökkentő étrendekről és az étrend egészséges összetevőiről. Következésképpen, koherens, egyszerű és világos üzeneteket kell megfogalmazni és több csatornán keresztül, a helyi kultúra, az életkor és a nem sajátosságainak figyelembevételével a fogyasztók felé közvetíteni. A fogyasztói ismeretek bővítése hozzájárul a média módszereivel kapcsolatos ismeretek megszerzéséhez is, és segíti a fogyasztókat a ételcímkeken feltüntetett információk jobb megértésében.

Kérdések, amelyekre a Bizottság a helyes gyakorlat meghatározása céljából vár válaszokat:

- **Hogyan lehet a fogyasztókat a leginkább képessé tenni arra, hogy a megfelelő ismeretek birtokában hozzanak döntéseket és hatékonyan cselekedjenek?**
- **A köz- és a magánszféra partnersége hogyan járulhat hozzá a fogyasztói ismeretek bővítéséhez?**
- **A táplálkozás és a fizikai tevékenység területén milyen főbb üzeneteket kell eljuttatni a fogyasztókhoz, illetve hogyan és kinek a közvetítésével?**

V.3. A gyerekek és a fiatalok megcélzása

V.3.1. A felnőttkorban megjelenő egészségügyi kockázatokat meghatározó, életmóddal kapcsolatos hozzáállás gyermekkorban és kamaszkorban alakul ki, ezért rendkívül nagy jelentősége van annak, hogy a gyerekek egészséges magatartásmintákat sajátítsanak el. Az iskola központi szerepet játszhat az egészséges életmód népszerűsítésében és az egészséges étrend és a fizikai tevékenység promóciójával

hozzájárulhat a gyermekek egészségének védelméhez. Arra is egyre több bizonyíték áll rendelkezésre, hogy az egészséges táplálkozás elősegíti a koncentrációs képességet és a tanulást. Ráadásul az iskoláknak lehetőségük van a gyerekeket arra ösztönözni, hogy naponta végezzenek fizikai tevékenységet²⁷. A megfelelő szinten tekintetbe lehet venni a vonatkozó intézkedéseket.

- V.3.2. Annak elkerülése érdekében, hogy a gyerekekhez egymásnak ellentmondó üzenetek jussanak el, az egészséges életmóddal kapcsolatos szülői és iskolai erőfeszítéseket a médiának, az egészségügyi szolgálatoknak, a civil társadalomnak és a megfelelő ipari ágazatoknak is támogatnia kell (pozitív szerepmoделlek közvetítése)(a gyerekeket megcélzó marketingtevékenységgel kapcsolatban lásd az V.1. szakaszt).

Kérdések, amelyekre a Bizottság a helyes gyakorlat meghatározása céljából vár válaszokat:

- Melyek lehetnek az iskolai étkezés tápértékének javításával kapcsolatos jó példák, és hogyan lehet a szülőket tájékoztatni arról, hogyan javítsák az otthoni étkezések tápértékét?
- Mi a helyes gyakorlat a rendszeres iskolai fizikai tevékenység biztosításával kapcsolatban?
- Mi a helyes gyakorlat az egészséges iskolai étkezési szokások erősítésével kapcsolatban, különös tekintettel a nagy energiadenzitású snackek és a cukorral édesített üdítőitalok fogyasztására?
- A média, az egészségügyi szolgálatok, a civil társadalom és a megfelelő ipari ágazatok hogyan támogathatják az iskolák egészséggel kapcsolatos ismeretátadási erőfeszítéseit? Ebben a tekintetben milyen szerepet játszhat a köz- és a magánszféra partnersége?

- V.4. **Elérhető élelmiszerek, fizikai tevékenység és az egészséggel kapcsolatos ismeretek bővítése a munkahelyen**

- V.4.1. A munkahelyeken kiváló lehetőség nyílik az egészséges étrend és a fizikai tevékenység promóciójára. Az egészséges ételeket kínáló munkahelyi étkezdék és a fizikai tevékenységet megkönnyítő munkaadók (pl. zuhanyozási lehetőség és öltözők biztosítása) nagy mértékben hozzájárulnak az egészséges életmód munkahelyi előmozdításához.

Kérdések, amelyekre a Bizottság a helyes gyakorlat meghatározása céljából vár válaszokat:

- A munkaadók hogyan kínálhatnak sikerrel egészséges ételeket a munkahelyi étkezdékben és hogyan javíthatják az ételek tápértékét?
- Milyen intézkedésekkel lehet ösztönözni és megkönnyíteni a munkaidőbe beiktatott szünetek alatti, illetve a munkahelyre és a munkahelyről haza megtett út közben végzett fizikai tevékenységet?

- V.5. **A túlsúlyosság és az elhízottság megelőzésének és kezelésének az egészségügyi szolgálatokba való beépítése**

- V.5.1. Az egészségügyi szolgálatok és az egészségügyben dolgozó szakemberek nagy mértékben hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a betegek megértsék az étrend, a fizikai tevékenység és az egészség közötti összefüggéseket, és arra ösztönözhetik őket, hogy

ennek figyelembevételével változtassák meg életmódjukat. Az életmódváltás tekintetében ösztönzően hathat a betegekre, ha az egészségügyben dolgozó szakemberek a mindennapi kontaktus keretében hasznos tanácsokkal látják el a betegeket és a családokat a megfelelő étrend és a fokozott fizikai tevékenység jótékony hatásaival kapcsolatban. Az elhízottság kezelésének lehetőségeit is meg kell vizsgálni²⁸.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **Milyen intézkedésekre van szükség, és milyen szinten, annak biztosítása érdekében, hogy az egészséges étrend és a fizikai tevékenység promóciójára irányuló fellépések még jobban integrálódjanak az egészségügyi szolgálatok tevékenységi körébe?**

V.6. Az elhízottságot okozó külső tényezők kezelése

- V.6.1. A fizikai tevékenység beépíthető a napi rutinba (pl. iskolába vagy munkába menet a közlekedési eszközök helyetti gyaloglás vagy kerékpáros közlekedés). A közlekedési és várostervezési politika biztosíthatja, hogy könnyen és biztonságosan lehessen gyalogolni, kerékpározni és egyéb mozgásformákat végezni, és elősegítheti a nem motorizált közlekedési módokat. Az iskolákhoz vezető biztonságos kerékpárutak és gyalogutak kialakításával csökkenteni lehetne a gyerekek körében egyre nyugtalanítóbb méreteket öltő túlsúlyosságot és elhízottságot.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **Hogyan járulhatnak hozzá a közpolitikák ahhoz, hogy a fizikai tevékenység a napi rutin részévé váljon?**
- **Milyen intézkedésekre van szükség a fizikai tevékenységet elősegítő környezet kialakításához?**

V.7. Társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek

- V.7.1. Az élelmiszer megválasztását egyaránt befolyásolja az egyéni ízlés és a társadalmi-gazdasági tényezők²⁹. A társadalmi helyzet, a kereset és az iskolázottság az étrend és a fizikai tevékenység szempontjából meghatározó. Bizonyos lakókörnyezetek nem ösztönöznek fizikai tevékenységre és nem rendelkeznek szabadidős létesítményekkel, amely hátrányosabban érinti a kevésbé tehetőseket, mint azokat, akik anyagi helyzetükből következően rendelkeznek közlekedési eszközzel vagy igénybe tudják venni a tömegközlekedést. Az alacsonyabb iskolázottsági szint és a megfelelő tájékoztatás beszerzésének korlátozott lehetőségei nagyban csökkentik megfelelő információk birtokában hozott döntések esélyét.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **Milyen intézkedésekkel és milyen szinten lehetne a bizonyos társadalmi-gazdasági rétegekhez tartozó csoportok és háztartások körében népszerűsíteni az egészséges étrendet és a fizikai tevékenységet, és lehetőséget biztosítani számukra egy egészségesebb életmódra való áttérésre?**

- **Hogyan lehet bizonyos társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok esetében az egészségtelen szokások többször kimutatott halmozott előfordulását kezelni?**

V.8. Az egészséges étrend és a fizikai tevékenység promóciójával kapcsolatos integrált és átfogó megközelítés előmozdítása

V.8.1. Az egészséges életmóddal kapcsolatos döntések elérhetőbbé, megfizethetőbbé és vonzóbbá tételét célzó koherens és átfogó megközelítés értelmében a táplálkozással és a fizikai tevékenységgel összefüggő szempontokat minden helyi, regionális, nemzeti és európai szintű politikában figyelembe kell venni, amely kedvező körülményeket teremt és kialakítja és alkalmazza azokat a megfelelő eszközöket, amelyekkel értékelni lehet a többi politika által az egészséges táplálkozásra és a fizikai tevékenységre gyakorolt hatást³⁰.

V.8.2. Az étrenddel és a fizikai tevékenységgel összefüggő krónikus állapotok gyakorisága nagy eltéréseket mutat a nemek, a korcsoportok és a társadalmi-gazdasági rétegek függvényében. Ráadásul a étkezési szokások és a fizikai tevékenységgel kapcsolatos magatartás gyakran mélyebb összefüggésben van a helyi és regionális hagyományokkal. Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promócióját célzó megközelítés kidolgozása során tehát figyelembe kell venni a nemek közötti, illetve a társadalmi-gazdasági és kulturális különbségeket és nem szabad elfeledkezni az egész életre való tervezésről sem.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- **Melyek az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promócióját célzó integrált és átfogó megközelítés legfontosabb elemei?**
- **Mi ezeknek a szerepe nemzeti és közösségi szinten?**

V.9. A tápanyagbevitellel és az élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatások kidolgozásával kapcsolatos ajánlások

V.9.1 A WHO/FAO jelentése³¹ a főbb, nem fertőző betegségek megelőzésével összefüggésben általános ajánlásokat fogalmaz meg a tápanyagbevitellel és a fizikai tevékenységgel kapcsolatban.

V.9.2. Az Eurodiet projekt³² a tápanyagok tekintetében mennyiségileg meghatározott célkitűzéseket javasolt és hangsúlyozza, hogy ezeket élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatásokká kell alakítani. Az élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatásoknak a szokásos táplálkozási mintákra kell épülnie és figyelembe kell vennie a társadalmi-gazdasági és kulturális tényezőket.

V.9.3. A Bizottság felkérte az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóságot az energiával, a makrotápanyagokkal és az élelmi rostokkal kapcsolatos tanácsainak aktualizálására. Ezt követően az EFSA a mikrotápanyagok referenciabevitelével kapcsolatos tanácsokat is megfogalmaz, és amennyiben szükséges további, a kiegyensúlyozott étrend részét képező egyéb táplálkozási vagy fiziológiai hatással rendelkező anyagokról is említést tesz. Ezen túlmenően az EFSA tanácsokat fogalmaz meg azzal kapcsolatban, hogy a tápanyag alapú táplálkozási tanácsokat hogyan lehet arról szóló iránymutatásokká

alakítani, hogy a különböző élelmiszerek hogyan járulnak hozzá egy olyan étrend egészségéhez, amely a megfelelő táplálkozáson keresztül hozzájárul a jó egészség megőrzéséhez.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- Az élelmiszeralapú táplálkozási iránymutatások európai szinten hogyan vehetik figyelembe a különböző regionális és nemzeti étkezési szokásokat, illetve a társadalmi és kulturális eltéréseket?
- Hogyan lehet megszüntetni a javasolt tápanyagbevitel és a valós bevitel közötti eltéréseket?
- A táplálkozási iránymutatásokat milyen kommunikációval lehet a fogyasztók felé közvetíteni?
- Az Egyesült Királyságban nemrég kidolgozott tápanyag-profil pontozási rendszerhez hasonló rendszerek hogyan járulhatnak hozzá az ilyen irányú fejlődéshez³³?

V.10. Az Európai Unió kívül megvalósított együttműködés

V.10.1. Jelenleg nemzetközi szinten folyik eszmecsere arról, hogy világviszonylatban milyen szerepet töltsön be a Codex Alimentarius³⁴ a táplálkozás területén. A WHO-nak az étkezéssel, a fizikai tevékenységgel és az egészséggel kapcsolatos globális stratégiájában megfogalmazott felkérésével összhangban az EU támogatja azt a nézetet, amely szerint általánosságban el kell gondolkodni arról, hogyan lehetne a táplálkozással kapcsolatos kérdéseket a Codex munkájába beemelni, megtartva emellett a Codex jelenlegi mandátumát.

V.10.2. A táplálkozás, az étrend és a fizikai tevékenység témakörében szoros együttműködést kell megvalósítani a jogalkotók és az érintettek között az EU-ban és egyéb országokban, ahol a túlsúlyosság és az elhízottság egyre komolyabb problémát jelent³⁵.

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- Milyen feltételek mellett vehet részt a közösség az EU-tagállamok és nem EU-tagállamok közötti tapasztalatcserében és a helyes gyakorlat meghatározásában? Ha részt vesz, mi a részvétel módja?

V.11. Egyéb kérdések

A Bizottság által vitára bocsátott kérdések között a következők szerepelnek:

- Vannak-e olyan kérdések, amelyekre a zöld könyv nem tér ki, ám szükséges lenne azok figyelembevétele a táplálkozással, a fizikai tevékenységgel és az egészséggel kapcsolatos európai dimenzió vizsgálata során?
- A zöld könyvben felvetett kérdések közül melyeknek kellene elsőbbséget élvezniük, és melyeket lehet a kevésbé sürgető kérdések kategóriájába sorolni?

VI. A KÖVETKEZŐ LÉPÉSEK

- VI.1. A Bizottság szolgálatai a zöld könyv által elindított konzultációs folyamat keretében beérkezett véleményeket gondos elemzésnek fogják alávetni. A véleményeket összegző jelentést a tervek szerint 2006 júliusáig közzéteszik a Bizottság honlapján.
- VI.2. A konzultációs folyamat eredményeinek fényében a Bizottság mérlegeli a legmegfelelőbb nyomon követést és tekintetbe veszi javasolandó intézkedéseket, valamint az intézkedések végrehajtásának legmegfelelőbb eszközeit. Szükség esetén, a kiválasztott instrumentum típusától függően hatásvizsgálat is készül.

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)

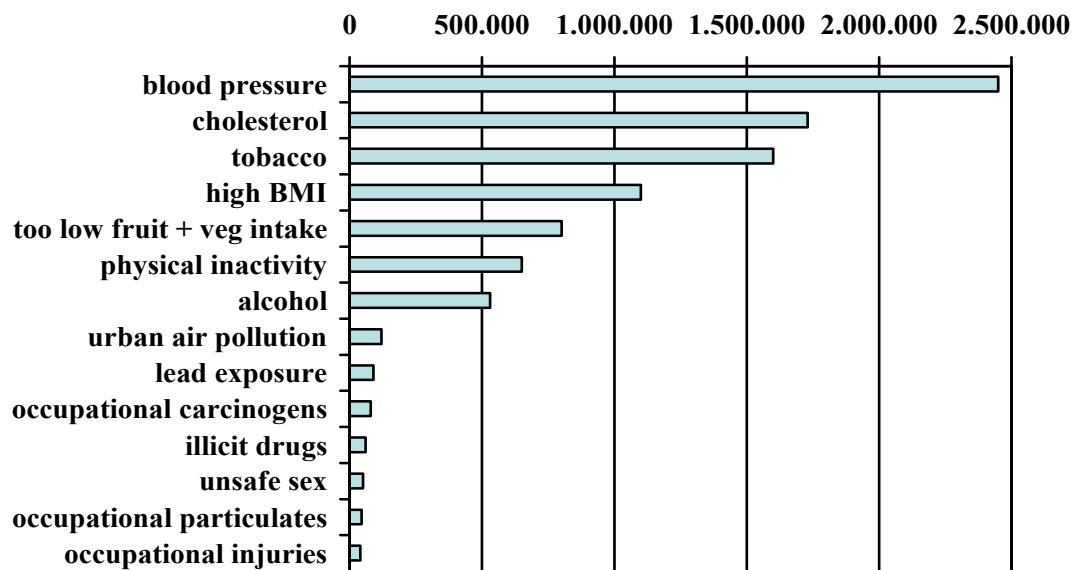


Table 2 - Overweight and obesity among adults in the European Union							
		Males			Females		
Country	Year of Data Collection	%BMI ¹ 25-29.9	%BMI \geq 30	%Com- bined BMI \geq 25	%BMI 25-29.9	%BMI \geq 30	%Combined BMI \geq 25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000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

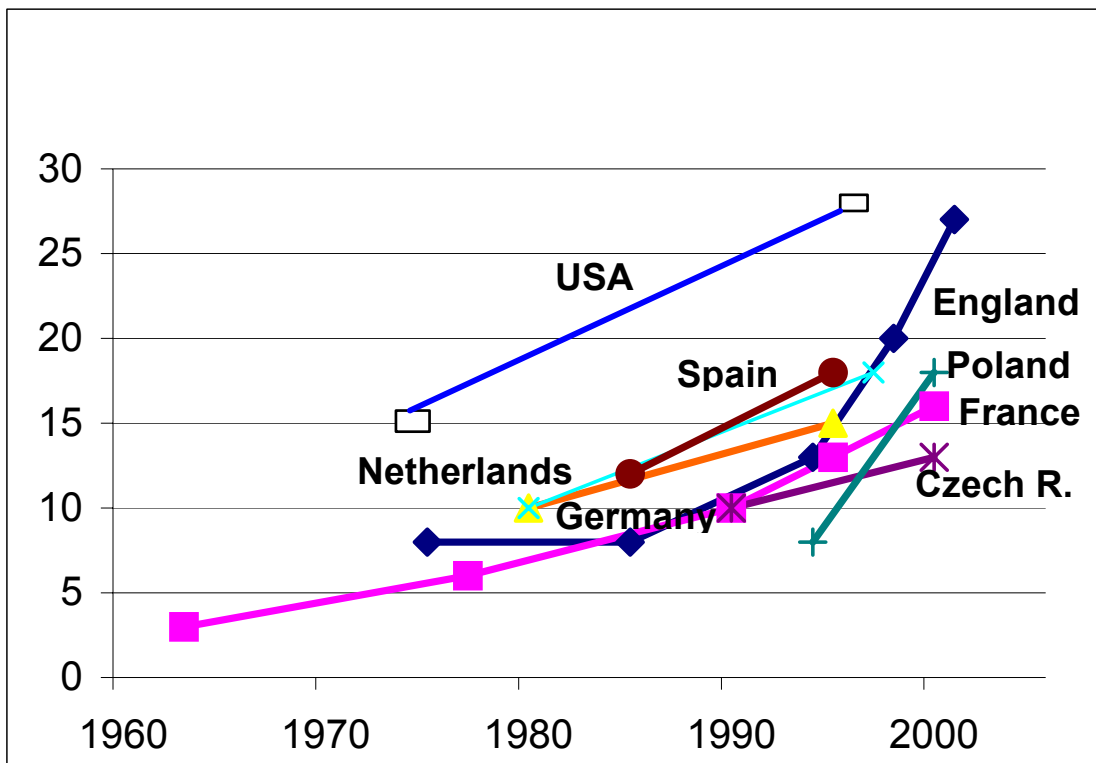
¹ BMI = Body Mass Index: a person's weight in kg divided by (height in metres)²; persons with a BMI between 25 and 30 are considered overweight, persons with a BMI >30 are considered obese

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:

20 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm

21 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

22 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.

23 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]

24 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)

25 http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf

26 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

27 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

28 <http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>

29 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>

30 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)

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

32 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/>)

33 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.

34 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.*