

RADA

Konkluzje Rady w sprawie przyczynienia się do powstrzymania wzrostu nadwagi i otyłości u dzieci ⁽¹⁾

(2017/C 205/03)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

PRZYWOŁUJE:

1. Artykuł 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) ⁽²⁾, który stanowi, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego i że Unia zachęca do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania;
2. Fakt, że od roku 2000 Rada Unii Europejskiej podkreśla znaczenie promocji zdrowego stylu życia, to jest właściwego odżywiania i aktywności fizycznej, w szczególności w: ⁽³⁾
 - rezolucji Rady z 14 grudnia 2000 r. w sprawie zdrowia i odżywiania ⁽⁴⁾,
 - konkluzjach Rady z 3 czerwca 2005 r. w sprawie otyłości, żywienia i aktywności fizycznej ⁽⁵⁾,
 - konkluzjach Rady z 30 listopada 2006 r. w sprawie kwestii zdrowotnych we wszystkich dziedzinach polityki ⁽⁶⁾,
 - konkluzjach Rady z 6 grudnia 2007 r. dotyczących realizacji strategii UE w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością ⁽⁷⁾,
 - konkluzjach Rady z 8 czerwca 2010 r. w sprawie równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki: Solidarność w zdrowiu ⁽⁸⁾,
 - konkluzjach Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich zebranych w Radzie z 27 listopada 2012 r. w sprawie propagowania aktywności fizycznej sprzyjającej zdrowiu ⁽⁹⁾,
 - konkluzjach Rady z 20 czerwca 2014 r. w sprawie odżywiania i aktywności fizycznej ⁽¹⁰⁾ oraz
 - konkluzjach Rady z 17 czerwca 2016 r. w sprawie ulepszania produktów spożywczych ⁽¹¹⁾;

⁽¹⁾ W rozumieniu oenztetowskiej Konwencji o prawach dziecka „dziecko” oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność.

⁽²⁾ Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 47 (wersja skonsolidowana).

⁽³⁾ Oraz w innych stosownych konkluzjach lub zaleceniach Rady takich jak: konkluzje Rady z 2 grudnia 2002 r. w sprawie otyłości, konkluzje Rady z 2 grudnia 2003 r. w sprawie zdrowego stylu życia: edukacji, informacji i komunikacji, konkluzje Rady z 31 maja 2007 r. w sprawie promocji zdrowia dzięki odżywianiu i aktywności fizycznej, rezolucja Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich zebranych w Radzie z 20 listopada 2008 r. w sprawie zdrowia i dobrej kondycji młodych ludzi, konkluzje Rady z 2 grudnia 2011 r. w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia oraz zalecenie Rady z 26 listopada 2013 r. w sprawie propagowania we wszystkich sektorach prozdrowotnej aktywności fizycznej.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 20 z 23.1.2001, s. 1.

⁽⁵⁾ Dok. 9181/05 SAN 67

⁽⁶⁾ Dok. 16167/06 SAN 261

⁽⁷⁾ Dok. 15612/07 SAN 227 DENLEG 118

⁽⁸⁾ Dok. 9947/10 SAN 120 SOC 355

⁽⁹⁾ Dz.U. C 393 z 19.12.2012, s. 22.

⁽¹⁰⁾ Dz.U. C 213 z 8.7.2014, s. 1.

⁽¹¹⁾ Dz.U. C 269 z 23.7.2016, s. 21.

3. Plan działania UE w sprawie otyłości u dzieci na lata 2014–2020 ⁽¹⁾, który uznaje korzystny wpływ promocji zdrowia i zapobiegania chorobom zarówno na obywateli, jak i na systemy opieki zdrowotnej oraz uznaje znaczenie zdrowego odżywiania ⁽²⁾ i promocję aktywności fizycznej w zmniejszaniu ryzyka chorób przewlekłych i niezakaźnych, a także wzywa państwa członkowskie do dalszego uznawania promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej za najwyższy priorytet, przyczyniając się tym samym do poprawy stanu zdrowia i jakości życia obywateli UE oraz stabilności systemów opieki zdrowotnej, oraz Europejski plan działania w dziedzinie żywności i żywienia na lata 2015–2020 ⁽³⁾;
4. Światowy plan działania WHO na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych na lata 2013–2020 z dnia 27 maja 2013 r. ⁽⁴⁾ oraz określone w nim dziewięć globalnych dobrowolnych celów; Europejska strategia aktywności fizycznej WHO na lata 2016–2025 ⁽⁵⁾; sprawozdanie Komisji WHO ds. Otyłości u Dzieci (2016) ⁽⁶⁾, zawierające kompleksowy i zintegrowany pakiet zaleceń dotyczących otyłości u dzieci;
5. Rezolucję ONZ z dnia 25 września 2015 r. pt.: „Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030”, w której przyznano, że zwalczanie nierówności wymaga podejścia wielosektorowego z udziałem wielu zainteresowanych stron, przy jednoczesnym zapewnieniu, by nikt nie został pominięty ⁽⁷⁾;
6. Deklarację wiedeńską z dnia 5 lipca 2013 r. w sprawie żywienia i chorób niezakaźnych w kontekście polityki ramowej „Zdrowie 2020” ⁽⁸⁾, w której uzgodniono podjęcie działań na rzecz zapobiegania otyłości i nadanie priorytetu zdrowemu żywnościu dzieci, w szczególności poprzez stworzenie środowisk zapewniających dostęp do zdrowej żywności i napojów;
7. Zamówienia publiczne żywności dla zdrowia – Sprawozdanie techniczne z 2017 r. dotyczące środowiska szkolnego, opracowane przez prezydencję maltańską wraz z Komisją Europejską, Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Wspólnym Centrum Badawczym i członkami Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej ⁽⁹⁾;
8. Projekt sprawozdania z oceny śródkresowej realizacji Planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci przedstawiony przez Komisję Europejską w dniu 22 lutego 2017 r. ⁽¹⁰⁾;

UZNAJE, ŻE:

1. Zdrowie stanowi wartość dla rozwoju gospodarczego i społecznego każdego państwa, okazję do jego dalszego rozwoju oraz inwestycję weni;
2. Częste występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w wielu państwach członkowskich stanowi wielki problem zdrowotny i przyczynia się do zwiększenia nierówności w zdrowiu, które najbardziej dotyczą dzieci jako najsłabszą grupę społeczną; oraz że otyłość u dzieci jest mocnym predyktorem otyłości u dorosłych (która ma powszechnie znane skutki zdrowotne i gospodarcze), gdyż ponad 60 % dzieci z nadwagą prawdopodobnie będzie miało nadwagę również w wieku dorosłym ⁽¹¹⁾;
3. Występowanie nadwagi i otyłości w dzieciństwie wiąże się z poważnymi skutkami dla zdrowia zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej, w tym ze zwiększonym ryzykiem zachorowania m.in. na cukrzycę typu 2, astmę, nadciśnienie i choroby układu krążenia; a w przypadku zachorowania na te choroby otyłość znacznie zmniejsza skuteczność ich leczenia;
4. Otyłość ma wpływ na jakość życia i wiąże się, między innymi, z niskim poczuciem własnej wartości;

⁽¹⁾ http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

⁽²⁾ Pojęcie „zdrowej diety” jest synonimiczne z pojęciem zdefiniowanym w Planie działania UE w sprawie otyłości u dzieci na lata 2014–2020 http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf; oraz w sprawozdaniu Komisji WHO ds. Otyłości u Dzieci http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

⁽³⁾ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf

⁽⁴⁾ http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

⁽⁵⁾ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/282961/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf

⁽⁶⁾ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

⁽⁷⁾ http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

⁽⁸⁾ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/234381/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Eng.pdf?ua=1

⁽⁹⁾ <https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/public-procurement-food-health-technical-report.pdf>

⁽¹⁰⁾ Badanie na temat realizacji Planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci na lata 2014–2020 <https://www.eu2017.mt/Documents/Reports/mid-term%20evaluation%20APCO%20report%20Draft.pdf>

⁽¹¹⁾ Statystyki WHO dotyczące otyłości

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

5. Przyczyny nadwagi i otyłości u dzieci są złożone i obejmują wiele czynników, głównie wynikających z przebywania w środowisku obesogennym⁽¹⁾;
6. Niewystarczająca aktywność fizyczna i nierównoważone odżywianie powodują nadwagę, otyłość oraz szereg chorób przewlekłych. Należy zatem właściwie zająć się obydwoma tymi dziedzinami;
7. Nowe dane eksperymentalne wskazują na istnienie zmian epigenetycznych, które w pewnych przypadkach mogą być czynnikiem sprzyjającym powstawaniu nadwagi lub otyłości; niektóre badania wskazują, że czynniki ryzyka, takie jak wyższy wskaźnik masy ciała matki przed ciążą, narażenie na działanie dymu tytoniowego przed urodzeniem, nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży, a także przyspieszony przyrost masy ciała u niemowląt w ciągu pierwszego tysiąca dni życia są powiązane z późniejszą otyłością u dzieci⁽²⁾;
8. Otyłość europejskich dzieci jest mocno powiązana ze statusem społeczno-ekonomicznym ich rodziców: wśród rodziców z niższych warstw społeczno-ekonomicznych prawdopodobieństwo wystąpienia nadwagi jest wyższe. Jest bardziej prawdopodobne, że dzieci rodziców otyłych lub rodziców o niższym statusie społeczno-ekonomicznym mają złe nawyki żywieniowe, co prowadzi do nadwagi. Ponadto w niektórych państwach członkowskich mniejsze jest prawdopodobieństwo, że dzieci z niższych warstw społeczno-ekonomicznych, zwłaszcza w przypadku wcześniaków, będą karmione piersią⁽³⁾;
9. Obecne polityki promocji zdrowia oraz zapobiegania nadwadze i otyłości w celu zahamowania wzrostu otyłości dziecięcej nie są wystarczająco skuteczne. Nie ma pojedynczego działania, które wystarczyłoby do rozwiązania problemu otyłości u dzieci. Ponadto polityki sektorowe mogą również mieć istotne niepożądane skutki dla zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej. W związku z tym otyłość u dzieci powinna znaleźć się wysoko w programach prac państw członkowskich i Unii Europejskiej i powinna być traktowana jako kwestia priorytetowa z zastosowaniem szeregu skoordynowanych działań różnych sektorów;
10. Potrzebne są dalsze badania, aby lepiej zrozumieć czynniki – w tym epigenetykę – wywołujące nadwagę i otyłość wśród dzieci, a także przeanalizować oparte na dowodach podejście do zdrowego żywienia i większej aktywności fizycznej w ciągu całego życia. Ponadto potrzebne są dalsze badania w dziedzinie zdrowia publicznego, by zwrócić uwagę na skutki i zachęty gospodarcze dotyczące wszystkich grup społeczno-ekonomicznych, a także zapewnić skuteczną politykę w zakresie zdrowia publicznego, interwencje i programy profilaktyczne;
11. Zgodnie z dowodami potwierdzającymi, że dobrze odżywione dzieci są zdrowsze, dostęp do zdrowego żywienia i aktywności fizycznej od najmłodszych lat pozwala dzieciom zdrowo się rozwijać i stawać się zdrowymi dorosłymi. Zdrowe dzieci są lepiej przygotowane do uczenia się i rozwoju w szkole, co z kolei daje im lepsze możliwości rozwoju osobistego i zwiększenia produktywności w późniejszym okresie życia;
12. Zdaniem WHO dzieci i młodzież w wieku od 5 do 17 lat powinny w sumie poświęcać co najmniej 60 minut dziennie na aktywność fizyczną o umiarkowanej do dużej intensywności. Ponadto co najmniej 3 razy w tygodniu powinny realizować aktywność o większej intensywności oraz aktywność wzmacniającą mięśnie i układ kostny.⁽⁴⁾ Należy uwzględnić dostępne zalecenia krajowe;
13. W obrębie administracji rządowej i w całym społeczeństwie należy zastosować oparte na współpracy podejście międzysektorowe, obejmujące sektory zdrowia, edukacji, produkcji żywności, rolnictwa i rybołówstwa, handlu i przemysłu, finansów, sportu, kultury, komunikacji, środowiska i miejskiego planowania przestrzennego, transportu, spraw społecznych i badań, by zapewnić środowisko sprzyjające zdrowiu;
14. Biorąc pod uwagę, że w większości państw europejskich dzieci spędzają blisko jedną trzecią ich codziennego życia w środowisku edukacyjnym, ważne jest, by zdrowe żywienie i aktywność fizyczna były promowane w warunkach szkolnych i ośrodkach opieki nad dziećmi, we współpracy z rodzicami. W otoczeniu szkolnym należy dążyć do zapewnienia warunków sprzyjających wspieraniu zdrowego stylu życia;

⁽¹⁾ Obesogenne oznacza sumę wpływów, jakie otoczenie, możliwości i warunki życiowe wywierają na rozszerzanie się zjawiska otyłości u poszczególnych osób lub populacji. Zgodnie z tabelą do analizy wpływu różnych czynników na otyłość (ANGELO, z ang. *Analysis Grid for Environments Linked to Obesity*) w stosunku do środków powiązanych z otyłością (np. nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna lub masa ciała) środowisko analizuje się w dwóch wymiarach: rozmiaru (mikro lub makro) i rodzaju (fizyczne, gospodarcze, polityczne i społeczno-kulturowe). Patrz: Swinburn B, Egger G, Raza F. - Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Prev Med*, 1999 12;29(6): 563-570).

⁽²⁾ Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: a Systematic Review. *AJPM*. 2016;50(6):761-779.

⁽³⁾ Zob. Flacking, R., Hedberg Nyqvist, K, Ewald, U; Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health* 2007; 17 (6): 579-584. doi: 10.1093/eurpub/ckm019

⁽⁴⁾ Światowe zalecenia dotyczące aktywności fizycznej dla zdrowia http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

15. Posiłki szkolne stanowią dobrą okazję, by wspierać zdrowe nawyki żywieniowe i promocję zdrowia; w tym celu w placówkach oświatowych należy promować „jedzenie dla zdrowia”;
16. Rządy i instytucje publiczne mają możliwość zwiększenia zapotrzebowania na zdrowe posiłki, a co za tym idzie, poprawy sposobu żywienia poprzez zamówienia publiczne; mają też możliwość wpływania na rynek i wspierania innowacji w kierunku dostarczania żywności o lepiej zbilansowanej wartości odżywczej w sprawiedliwy i przejrzysty sposób;
17. Istnieje wiele dowodów uzasadniających potrzebę podjęcia skuteczniejszych działań w zakresie wprowadzania do obrotu żywności wysokoenergetycznej oraz zawierającej duże ilości tłuszczów nasyconych, kwasów tłuszczowych typu trans, cukru i soli. Dotychczasowe doświadczenia i dowody wskazują na to, że dobrowolne działania mogą wymagać środków regulacyjnych, by wzrosła ich skuteczność;
18. Karmienie niemowląt do szóstego miesiąca życia wyłącznie piersią jest korzystne dla optymalnego wzrostu, rozwoju i zdrowia dziecka. Po tym okresie, aby zaspokoić ich rosnące potrzeby żywieniowe, niemowlęta powinny otrzymywać odpowiednie i bezpieczne pokarmy uzupełniające karmienie piersią kontynuowane do osiągnięcia wieku dwóch lub więcej lat. Karmienie piersią i dokarmianie bezpiecznymi pokarmami uzupełniającymi powinno odbywać się zgodnie z zaleceniami WHO ⁽¹⁾ lub zaleceniami krajowymi, o ile są dostępne;

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

1. Włączyły do krajowych planów działania, strategii lub działań w zakresie żywienia i aktywności fizycznej międzysektorowe środki mające na celu zwalczanie otyłości u dzieci, skupiające się nie tylko na promocji zdrowia i profilaktyce chorób, ale również na tych dzieciach i nastolatkach, u których już występuje nadwaga lub otyłość; należy w szczególności uwzględnić następujące czynniki:
 - międzysektorowe polityki i działania w całym cyklu życia mające na celu zmniejszenie nierówności społeczno-ekonomicznych, zwłaszcza skierowane do najbardziej podatnych na zagrożenia dzieci i młodzieży ze środowisk znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej, na przykład poprzez oferowanie lepszego dostępu do zdrowego żywienia i aktywności fizycznej,
 - przejrzyste i skuteczne zarządzanie w odniesieniu do przyczyn nadwagi i otyłości,
 - strategię na rzecz zmaksymalizowania czynników chroniących w zdrowym żywieniu i prozdrowotnej aktywności fizycznej oraz do ograniczenia różnych czynników ryzyka, które przyczyniają się do nadwagi i otyłości,
 - środki, które stworzą dzieciom w placówkach edukacyjnych i ośrodkach opieki nad dziećmi sprzyjające warunki zachęcające do zdrowego odżywiania się i prozdrowotnej aktywności fizycznej, w oparciu o krajowe lub międzynarodowe zalecenia,
 - środki mające na celu zachęcanie do nabywania przez dzieci, rodziców i nauczycieli umiejętności związanych z odżywianiem, aktywnością fizyczną i siedzącym trybem życia w ramach podejścia opartego na rodzinie,
 - środki na rzecz promowania aktywności fizycznej w obiektach rekreacyjnych, mające zachęcać do zmiany siedzącego trybu życia oraz do opracowywania i oferowania przystępnych usług czynnego wypoczynku i środowiska sprzyjającego codziennej aktywności fizycznej i aktywnym formom transportu ⁽²⁾,
 - środki mające na celu zagwarantowanie dzieciom środowiska szkolnego wolnego od wszelkich form sprzedaży sprzecznych z zachęcaniem do przyjęcia zdrowszego stylu życia,
 - środki zachęcające do zdrowego odżywiania i zrównoważonej konsumpcji oraz przyczyniające się do zmniejszenia nierówności zdrowotnych i społecznych,
 - środki służące promocji i monitorowaniu ulepszania produktów spożywczych spożywanych głównie przez dzieci jako ważne narzędzie dokonywania zdrowych wyborów we wszystkich środowiskach oraz wszystkich grupach ludności, zgodnie z konkluzjami Rady w sprawie ulepszania produktów spożywczych,

⁽¹⁾ Zalecenie to jest oparte na wnioskach i zaleceniach wynikających z konsultacji z ekspertami (Genewa, 28–30 marca 2001 r.), które zakończyły systematyczny przegląd optymalnego okresu karmienia wyłącznie piersią (zob. dokument A54/INF.DOC./4)

⁽²⁾ Aktywne formy transportu oznaczają wszelkie formy transportu napędzane siłą mięśni – chodzenie pieszo, jazda na rowerze, deskorolce, rolkach lub wózku inwalidzkim. Zob. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/at-ta-eng.php>

- środki mające na celu wzmocnienie pozycji rodzin i umożliwienie im przyjęcia zdrowszego stylu życia, w tym poprzez oferowanie zdrowych opcji żywieniowych i zachęcanie do aktywności fizycznej, z należytym uwzględnieniem ograniczeń czasowych oraz czynników społeczno-ekonomicznych,
 - środki mające na celu zachęcanie do wczesnej interwencji w różnych środowiskach, poprzez wyłączenie karmienia niemowląt piersią w pierwszych sześciu miesiącach życia, wprowadzanie od szóstego miesiąca życia odpowiednich pokarmów uzupełniających przy kontynuacji karmienia piersią do osiągnięcia przez dziecko wieku dwóch lat lub dłużej, z uwzględnieniem dostępnych zaleceń krajowych,
 - środki zachęcające do badań dotyczących czynników determinujących występowanie otyłości u dzieci oraz ulepszonych rozwiązań w celu uporania się z tym problemem,
 - środki mające na celu poprawę dostępu do odpowiedniej wiedzy fachowej, doradztwa i monitorowania w odniesieniu do zdrowego odżywiania i sprzyjającej zdrowiu aktywności fizycznej przez całe życie, łącznie z okresem przygotowania do poczęcia i z okresem ciąży,
 - środki w celu zapewnienia pracownikom służby zdrowia pozostającym w kontakcie z ciężarnymi kobietami, niemowlętami, dziećmi, młodzieżą, rodzicami i rodzinami ciągłych szkoleń opartych na najnowszych dostępnych opiniach naukowych dotyczących odżywiania, sprzyjającej zdrowiu aktywności fizycznej oraz zapobiegania nadwadze i otyłości i postępowania z nimi,
 - zapewnienie badań przesiewowych w celu identyfikacji dzieci, które są narażone na nadwagę lub otyłość, oraz zapewnienie leczenia i opieki dzieciom z nadwagą i dzieciom otyłym, zwłaszcza w przypadkach znacznej otyłości,
 - środki mające na celu zwiększenie kluczowej roli podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce, wczesnym wykrywaniu i kontrolowaniu nadwagi i otyłości,
 - środki mające na celu ograniczenie ekspozycji dzieci i nastolatków na marketing, reklamy w mediach (w tym na platformach internetowych i w mediach społecznościowych) i sponsorowanie pokarmów wysokoenergetycznych, o dużej zawartości tłuszczów nasyconych, kwasów tłuszczowych typu trans, cukru i soli oraz monitorowanie wpływu tych środków i sprawozdawczość w ich zakresie;
2. Opracowały szczegółowe wytyczne żywieniowe dla dzieci i młodzieży, odnoszące się zarówno do osób o właściwej wadze, jak i do cierpiących na nadwagę lub otyłość. Takie wytyczne powinny stanowić dla rodziców, opiekunów i dostawców żywności w placówkach edukacyjnych wskazówki co do, między innymi, odpowiednich wielkości porcji i zawierać informacje na temat pożywnych i dogodnych opcji żywienia w przystępnych cenach;
 3. Opracowały szczegółowe wytyczne krajowe dotyczące zachęt do podejmowania codziennej aktywności fizycznej;
 4. Zapewniały opracowywanie i dostarczanie informacji i porad promowanych przez krajowe organy publiczne działające w dziedzinie żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia w warunkach wolnych od niewłaściwych przekazów komercyjnych;
 5. Zwiększyły zorganizowane wysiłki na rzecz ograniczenia ogólnej ilości i siły przekonywania skierowanych do dzieci i nastolatków informacji marketingowych sprzecznych z zachęcaniem do zdrowego stylu życia;
 6. Współpracowały z producentami żywności, sprzedawcami detalicznymi oraz sektorem gastronomii, aby zachęcić do ulepszania produktów spożywczych, zgodnie z wytycznymi sektora zdrowia, i promocji zdrowych wyborów żywieniowych w celu ułatwienia ich podejmowania;
 7. W stosownych przypadkach, we współpracy z zainteresowanymi stronami, w tym z organizacjami konsumentów i organizacjami pozarządowymi skupiającymi się na pomocy dzieciom, wprowadzały stosowne środki lub zachęcały do opracowywania kodeksów postępowania. Ma to na celu zapewnienie, by przekazy handlowe skierowane do dzieci i młodzieży nie promowały żywności o dużej zawartości energii, soli, cukrów lub tłuszczów nasyconych i kwasów tłuszczowych typu trans, lub które w inny sposób nie są zgodne z krajowymi lub międzynarodowymi wytycznymi dotyczącymi żywienia i przemysłu oraz by wysiłki przemysłu żywnościowego na rzecz ulepszania produktów spożywczych, marketingu i reklamy były coraz bardziej spójne;
 8. Rozważyły, w stosownych przypadkach, przyjęcie środków ustawodawczych mających na celu propagowanie aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania oraz zapewnienie sprzyjających warunków;
 9. Wdrażały podejście uwzględniające kwestie zdrowotne we wszystkich politykach prowadzące do stworzenia otoczenia i infrastruktury sprzyjających wzrostowi rutynowej aktywności fizycznej i aktywnego wypoczynku oraz łatwemu wyborowi zdrowszej żywności;

10. Wdrażały stałe programy monitorowania stanu zdrowia w całym cyklu życia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na odżywianie i aktywność fizyczną u kobiet w ciąży, dzieci i młodzieży, by opracować i ukierunkować działania. Programy te muszą być w stanie monitorować różne czynniki, w tym nierówności społeczne;
11. Rozważyły analizę gospodarczych skutków nadwagi i otyłości wśród dzieci i dorosłych, zwłaszcza kosztów zdrowotnych i społecznych, obciążenia budżetu publicznego oraz budżetów domowych w całym gradiencie społeczno-ekonomicznym;

WZYWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE I KOMISJĘ DO:

1. Uznania walki z nadwagą i otyłością u dzieci za priorytet Unii Europejskiej, który zostałby odzwierciedlony we wszystkich politykach sektorowych i w programie prac Komisji, przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich;
2. Współpracy – w stosownych przypadkach – ze wszystkimi zainteresowanymi stronami, w tym z organizacjami konsumentów i organizacjami pozarządowymi skupiającymi się na pomocy dzieciom, pod kierownictwem organów zdrowia publicznego, w celu przygotowania, przeglądu i wzmocnienia inicjatyw na szczeblu lokalnym, krajowym i europejskim. Działania należy podejmować z myślą o ograniczeniu skierowanego do dzieci i nastolatków marketingu żywności wysokoenergetycznej, zawierającej sól, cukry, tłuszcze nasycone lub kwasy tłuszczowe typu trans, lub która w inny sposób jest niezgodna z krajowymi lub międzynarodowymi wytycznymi dotyczącymi żywienia, a także w celu zwalczania siedzącego trybu życia, z wykorzystaniem narzędzi opartych na dowodach, ponieważ dowiedziono, że wśród dzieci i młodzieży istnieje silny związek między ekspozycją na przekazy marketingowe i czasem spędzonym przed ekranem a tym;
3. Odnotowania w szczególności pilnej potrzeby zajęcia się nowym wyzwaniem, jakie stanowi marketing i reklama za pośrednictwem platform internetowych i mediów społecznościowych, w których przekazy są często kierowane do poszczególnych dzieci i są trudniejsze do monitorowania;
4. Zachęcania do dobrowolnego etykietowania żywności, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu (UE) nr 1169/2011, w szczególności w jego art. 35 ust. 1, wspierającego wszystkich konsumentów, zwłaszcza tych z grup o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, w podejmowaniu zdrowych wyborów i do promowania kampanii edukacyjnych i informacyjnych mających na celu zwiększenie zrozumienia przez konsumentów informacji o żywności, w tym etykietowania dotyczącego wartości odżywczej;
5. Określenia, w ramach Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, odpowiednich mechanizmów w celu usprawnienia gromadzenia danych na temat wskaźników zdrowotnych, jak również danych dotyczących interwencji i działań, w szczególności związanych z zachowaniem, czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi, nadwagą, otyłością i wynikami zdrowotnymi w celu zapewnienia aktualnych, wiarygodnych i porównywalnych danych;
6. Uznania za dziedziny priorytetowe monitorowania aktywności fizycznej i wartości odżywczej żywności dla dzieci w placówkach oświatowych, oceny nierówności społecznych w odniesieniu do otyłości i nadwagi u dzieci i młodzieży oraz ich skutków;
7. Wspierania Inicjatywy Kontroli Otyłości Dziecięcej WHO (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*)⁽¹⁾ w celu rutynowego pomiaru tendencji w zakresie nadwagi i otyłości u dzieci ze szkół podstawowych i badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej⁽²⁾, aby zrozumieć postęp epidemii w tej grupie ludności i umożliwić porównania między krajami w regionie europejskim;
8. Dalszego wspierania i wdrażania, przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich, Planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci na lata 2014–2020, zwłaszcza działań transgranicznych i efektów takich, jak ulepszenie produktów spożywczych i marketing skierowany do dzieci;
9. Opracowania i oceny opartych na dowodach programów i wytycznych dotyczących promowania zdrowia i zapobiegania chorobom, diagnostyki i możliwości leczenia wśród dzieci i nastolatków z nadwagą i otyłych. Ponadto do zapewniania szkoleń i wskazówek dla pracowników służby zdrowia zgodnie z zaleceniami i wytycznymi WHO;
10. Określenia w państwach członkowskich dobrych praktyk spełniających oparte na dowodach kryteria wyboru i rozpowszechniania ich wśród państw członkowskich, przy równoczesnym uwzględnieniu kontekstu instytucjonalnego;

⁽¹⁾ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>

⁽²⁾ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbhc>

WZYWA KOMISJĘ DO:

1. Dalszego wspierania projektów badawczych i inicjatyw w dziedzinie nadzoru nakierowanych na śledzenie i zwalczanie nadwagi i otyłości u dzieci oraz zapewniania tym projektom i inicjatywom odpowiednich zasobów, w tym do rozpowszechniania przykładów dobrych praktyk i przedsięwzięć zakończonych sukcesem spełniających ściśle określone kryteria;
 2. Zapewnienia skutecznego podejścia uwzględniającego kwestie zdrowotne we wszystkich politykach promującego zdrowie, profilaktykę i zdrowe żywienie w różnych sektorach i w ramach różnych inicjatyw;
 3. Dalszego angażowania zainteresowanych stron na szczeblu unijnym, zwłaszcza w ulepszanie produktów spożywczych, przy użyciu odpowiednich ram oceny i odpowiedzialności, a także do regularnego informowania o rozwoju sytuacji;
 4. Wspierania opracowywania unijnych kodeksów postępowania w dziedzinie marketingu i informacji handlowych na temat żywności, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży, przy odpowiednim udziale zainteresowanych stron;
 5. Wspierania wspólnych działań państw członkowskich pragnących nadal opracowywać i realizować w jak najszerszym zakresie odpowiednie skoordynowane inicjatywy, zwłaszcza w dziedzinie ulepszania produktów spożywczych, analizy ekonomicznej skutków otyłości, marketingu i zamówień publicznych dotyczących żywności.
-