

IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

RADA

Konkluzje Rady

Zdrowie żywienie dzieci: zdrowa przyszłość Europy

(2018/C 232/01)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

1. PRZYPOMINA, że Traktat o Unii Europejskiej wyznaczył nowy etap w procesie tworzenia coraz ściślejszego związku między narodami Europy, w którym decyzje podejmowane są jak najbliżej obywateli, i że celem Unii jest wspieranie dobrobytu jej narodów⁽¹⁾. Polityki Unii muszą priorytetowo realizować potrzeby i interesy obywateli.
2. PRZYPOMINA, że opieka zdrowotna ma podstawowe znaczenie dla Unii i że każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych, jak stwierdza się w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej⁽²⁾.
3. PRZYPOMINA, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego⁽³⁾.
4. PRZYPOMINA, że jak stwierdzono m.in. w Europejskiej karcie środowiska i zdrowia zdrowie⁽⁴⁾ pojedynczych osób i społeczności powinno mieć pierwszeństwo przed względami o charakterze gospodarczym i handlowym.
5. PRZYPOMINA, że poszanowanie kultur i tradycji państw członkowskich należy do podstawowych wartości Unii uznanych w traktatach⁽⁵⁾.
6. PRZYPOMINA ważną rolę działań Unii w zakresie dodawania wartości do wysiłków państw członkowskich poprzez uzupełnianie polityk krajowych, w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki zdrowotnej oraz organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej, zgodnie z art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE).
7. PRZYPOMINA, że zgodnie z oenietowską Konwencją o prawach dziecka⁽⁶⁾ państwa strony zapewnią, w możliwie maksymalnym zakresie, warunki życia i rozwoju dziecka i uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia.

⁽¹⁾ Zob. art. 1 akapit drugi i art. 3 ust. 1 TUE.

⁽²⁾ Dz.U. C 326 z 26.10.2012, s. 391. Zob. zwłaszcza art. 35.

⁽³⁾ Zob. np. art. 12 i art. 114 ust. 3 i art. 168 ust. 1 TFUE oraz art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej.

⁽⁴⁾ Europejska karta środowiska i zdrowia, przyjęta 8 grudnia 1989 r. przez ministrów środowiska i zdrowia państw członkowskich WHO Europe.

⁽⁵⁾ Zob. np. akapit szósty preambuły do TUE: „PRAGNĄC pogłębić solidarność między swymi narodami w poszanowaniu ich historii, kultury i tradycji”, i art. 167 ust. 1 TFUE: „Unia przyczynia się do rozkwitu kultur państw członkowskich, w poszanowaniu ich różnorodności narodowej i regionalnej, równocześnie podkreślając znaczenie wspólnego dziedzictwa kulturowego.”

⁽⁶⁾ Przyjęta i otwarta do podpisu, ratyfikacji i przystąpienia w drodze rezolucji Zgromadzenia Ogólnego nr 44/25 z dnia 20 listopada 1989 r.; weszła w życie 2 września 1990 r., zgodnie z artykułem 49.

8. PRZYPOMINA stanowcze zobowiązanie wszystkich unijnych instytucji i państw członkowskich dotyczące propagowania, ochrony i urzeczywistniania praw dziecka we wszystkich stosownych politykach Unii⁽¹⁾. We wszystkich działaniach dotyczących dzieci, prowadzonych przez instytucje publiczne lub prywatne, najlepszy interes dziecka będzie pierwszoplanowym czynnikiem. Zobowiązanie Unii na rzecz praw dziecka wymaga spójnego podejścia we wszystkich stosownych unijnych działaniach i inicjatywach prowadzonych na mocy traktatów, Karty praw podstawowych UE i oenztowskiej Konwencji o prawach dziecka; stanowią one wspólną podstawę wszystkich działań Unii mających znaczenie dla dzieci.
9. PODKREŚLA, że przyszłość Europy należy do młodego pokolenia, że zdrowie i dobrostan powinny faktycznie być w centrum wszystkich unijnych polityk, z myślą o stworzeniu właściwego środowiska dla zdrowego stylu życia, przy czym konieczne jest przeprowadzanie oceny wpływu wszystkich inicjatyw i środków na zdrowie ludzi. Dzieciństwo to wyjątkowy okres dający możliwość prowadzenia działań w zakresie zdrowia, jakości życia i profilaktyki chorób niezakaźnych⁽²⁾, a skutki tych działań są odczuwalne całe życie.
10. UZNAJE, że polityki profilaktyczne ukierunkowane na kluczowe czynniki, takie jak zdrowa dieta i regularne ćwiczenia fizyczne, należą do najlepszych inwestycji w dobrostan młodego pokolenia Europejczyków w dobrym zdrowiu. Zachowanie i ochrona dobrostanu oraz fizycznego i psychicznego zdrowia dzieci przynosi korzyści wszystkim ludziom, społeczeństwu jako całości i gospodarce. Znaczenie zdolności do utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego oraz prowadzenia prozdrowotnego i zorientowanego na przyszłość trybu życia jest również uznane w zaleceniu Rady w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie⁽³⁾.
11. STWIERDZA, że taka inwestycja jest z kolei czynnikiem stymulującym wzrost gospodarki europejskiej oraz zrównoważone systemy opieki zdrowotnej i ochrony socjalnej, zgodnie z celami strategii „Europa 2020”⁽⁴⁾.
12. PRZYPOMINA znaczenie zdrowego dorastania i rozwoju dzieci. STWIERDZA, że choroby związane z dietą, takie jak nadwaga i otyłość, należą do czynników, które mogą mieć bezpośredni wpływ na zdrowie dzieci i są związane z poziomem wykształcenia i jakością życia. Otyłe dzieci z dużym prawdopodobieństwem nadal będą otyłe jako dorośli; w większym stopniu zagrażają im również choroby przewlekłe.
13. STWIERDZA, że otyłość u dzieci stanowi wyzwanie zdrowotne, co należy rozważać również w szerszym kontekście czynników społeczno-gospodarczych oddziałujących na zdrowie i nierówności społeczne.
14. PRZYPOMINA cele zrównoważonego rozwoju, które obejmują cel dotyczący poprawy odżywiania i zmniejszenia o jedną trzecią przedwczesnej śmiertelności z powodu chorób niezakaźnych poprzez profilaktykę i leczenie do 2030 r.⁽⁵⁾ i globalny plan działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na lata 2013–2020 dotyczący profilaktyki i powstrzymywania chorób niezakaźnych mający na celu zmniejszenie przedwczesnej śmiertelności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i przewlekłych chorób układu oddechowego⁽⁶⁾.
15. PRZYPOMINA, że są cztery najważniejsze czynniki ryzyka powodujące choroby niezakaźne (palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta i szkodliwe używanie alkoholu) oraz że w związku z tym należy zintensyfikować działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób.
16. Z OBAWĄ STWIERDZA, że niepokojące tendencje na szczeblu unijnym i międzynarodowym dotyczące rosnącej liczby chorób niezakaźnych mają wpływ na jakość życia obywateli UE w wymiarze osobistym i społecznym i że taki wpływ można zmierzyć przy zastosowaniu wskaźników gospodarczych: zwiększona presja na krajowe systemy opieki zdrowotnej, wpływ na budżety publiczne i zmniejszona zdolność prowadząca do utraty wydajności⁽⁷⁾.

⁽¹⁾ Zob. w szczególności art. 3 ust. 3 akapit drugi TUE i art. 6 lit. a) TFUE oraz art. 24 ust. 1 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej.

⁽²⁾ Farpour-Lambert (2015): Otyłość dzieci to choroba przewlekła wymagająca specyficznej opieki zdrowotnej (*Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care*) – stanowisko Grupy Zadaniowej ds. Otyłości Dzieci (*Childhood Obesity Task Force – COTF*) Europejskiego Stowarzyszenia na rzecz Badania Otyłości (*European Association for the Study of Obesity – EASO*).

⁽³⁾ Przyjęte przez Radę w dniu 22 maja 2018 r. (9009/2018), zostanie opublikowane w Dz.U. L [...].

⁽⁴⁾ Europejska strategia na rzecz inteligentnego, trwałego wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu, komunikat Komisji, 2010.

⁽⁵⁾ W rezolucji ONZ przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne we wrześniu 2015 r. Zob. w szczególności główny cel zrównoważonego rozwoju nr 3, cel szczegółowy 3.4.

⁽⁶⁾ Zob. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.

⁽⁷⁾ Zob. np. Obesity and the Economics of Prevention Fit not Fat, OECD 2010; Obesity update, OECD 2017 r.; Pakiet prac 4: Evidence (the economic rationale for action on childhood obesity), JANPA 2016; Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway – Komisja Europejska, 2017.

17. PRZYPOMINA o znaczeniu odżywiania i produktów spożywczych dla poprawy zdrowia obywateli, co bezpośrednio uznano w konkluzjach przyjętych przez Radę; najnowsze z nich to między innymi konkluzje w sprawie odżywiania i aktywności fizycznej, ulepszania produktów spożywczych i nadwagi i otyłości u dzieci⁽¹⁾, zmierzania się z wyzwaniami dotyczącymi zmiany składu żywności, zamówień publicznych i marketingu. PRZYPOMINA, że ścisły związek pomiędzy żywieniem i chorobami niezakaźnymi uznano w deklaracji wiedeńskiej z 5 lipca 2013 r.⁽²⁾, a następnie w Europejskim planie działania w dziedzinie żywności i żywienia na lata 2015–2020 przygotowanym przez Biuro Europejskie WHO (WHO Office for Europe)⁽³⁾.
18. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE plany krajowe i plany działania państw członkowskich dotyczące radzenia sobie z chorobami niezakaźnymi i mające na celu sprawienie, by do 2020 r. ułatwić konsumentom dokonywanie zdrowych wyborów⁽⁴⁾, w tym poprzez propagowanie zmiany składu żywności oraz zamówień publicznych związanych ze zdrową dietą, ograniczenie działań marketingowych, które sprawiają, że żywność o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukru jest atrakcyjna dla dzieci, i poprzez inne wysiłki służące zapobieganiu nadwadze i otyłości u dzieci. Ogólnie zmiana składu powinna skutkować zdrowszą dietą i nie powinna prowadzić do zwiększenia wartości energetycznej.
19. PRZYPOMINA, że umożliwianie konsumentom dokonywania świadomych wyborów dotyczących odpowiedniej diety leży u podstaw ram prawnych Unii⁽⁵⁾.
20. STWIERDZA, że od poczęcia, przez okres ciąży i w pierwszych dniach życia rozwój zdrowych nawyków należy do najważniejszych czynników decydujących o średnim trwaniu życia w dobrym zdrowiu, w tym o zdrowiu reprodukcyjnym i rozwoju intelektualnym. Modele odżywiania przyjęte w pierwszych trzech latach życia mogą powodować zmiany w reakcjach metabolicznych, które mogą się stać nieodwracalne poprzez programowanie metaboliczne i mechanizmy epigenetyczne⁽⁶⁾. A zatem środki profilaktyczne mające na celu sterowanie nawykami żywieniowymi powinny zachęcać do spożywania od najmłodszych lat⁽⁷⁾ produktów o wysokiej jakości odżywczej; praktykę tę powinno się kontynuować przez całe życie.
21. DOSTRZEGA, że najważniejsze, mające znaczenie dla zdrowia, modele zachowań przyswojone w dzieciństwie i młodości trwają całe życie.
22. PODKREŚLA, że środowisko społeczne i ekonomiczne odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu wyborów. A zatem polityki i inicjatywy dotyczące tego środowiska powinny propagować i wspierać stosowanie zdrowej diety, nie przenosząc niepotrzebnie ciężaru odpowiedzialności na poszczególnych ludzi.
23. UZNAJE, że zmniejszenie nierówności zdrowotnych nie może się opierać wyłącznie na indywidualnych wyborach; aby te nierówności się zmniejszyły wszystkie stosowne polityki publiczne muszą wspierać zdrowe środowiska.
24. PRZYPOMINA, że powodzenie skutecznej i ambitnej polityki w zakresie profilaktyki zależy od faktycznego wdrożenia podejścia zakładającego poruszanie kwestii zdrowia we wszystkich politykach. Współpraca pomiędzy wszystkimi sektorami jest konieczna do stworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu, przy jednoczesnym równoważeniu sprzecznych priorytetów i unikaniu fragmentaryzacji. Dzięki temu zapewnione jest podejście zakładające działanie całego rządu i całego społeczeństwa.

(1) Odpowiednio: Dz.U. C 213 z 8.7.2014, s. 1; Dz.U. C 269 z 23.7.2016, s. 21; Dz.U. C 205 z 29.6.2017, s. 46.

(2) Deklaracja z 5 lipca 2013 r. ministrów zdrowia i przedstawicieli państw członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim.

(3) Zob. EUR/RC64/14.

(4) Zob. Konkluzje w sprawie ulepszania produktów spożywczych, pkt 27.

(5) Zob. m.in. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności (Dz.U. L 404 z 30.12.2006, s. 9), rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (Dz.U. L 304 z 22.11.2011, s. 18) i rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała (Dz.U. L 181 z 29.6.2013, s. 35).

(6) Global nutrition targets 2025: childhood overweight. Policy brief. Geneva: World Health Organization, 2014; Hancox, R. J., Stewart, A. W., Braithwaite, I., Beasley, R., Murphy, R., Mitchell, E. A., et al., „Association between breastfeeding and body mass index at age 6-7 years in an international survey”, *Pediatric Obesity*, Vol. 10, No 4, 2015, s. 283–287. Gunnell, L., Neher, J., Safranek, S., „Clinical inquiries: Does breastfeeding affect the risk of childhood obesity?”, *Journal of Family Practice*, Vol. 65, 2016, s. 931–932. Watson, R. R., Grimble, G., Preedy, V. R., Zibadi, S., editors, *Nutrition in infancy*, Springer, Berlin, 2013.

(7) „In the first 2 years of a child's life, optimal nutrition fosters healthy growth and improves cognitive development. It also reduces the risk of becoming overweight or obese and developing NCDs later in life.” (publikacja niedostępna w języku polskim) Healthy diet, WHO, Factsheet nr 394.

„The risks presented by unhealthy diets start in childhood and build up throughout life. In order to reduce future risk of non-communicable diseases children should maintain a healthy weight and consume foods that are low in saturated fat, trans-fatty acids, free sugars, and salt.” (publikacja niedostępna w języku polskim) WHO – Marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, s. 7.

25. UWAŻA, że ważne jest, by inne polityki unijne, takie jak wspólna polityka rolna, przyczyniały się do realizacji celu, który polega na umożliwianiu konsumentom dokonywania zdrowych wyborów, co stwierdzono również w konkluzjach pt. „Przyszłość żywności i rolnictwa”, przyjętych ostatnio przez prezydencję (19 marca 2018 r.) przy poparciu 23 delegacji ⁽¹⁾. UZNAJE wkład programu dystrybucji owoców, warzyw i mleka w szkołach i wkład innych mechanizmów, wspieranych za pośrednictwem WPR w państwach członkowskich, w poprawę parametrów zdrowotnych w UE ⁽²⁾.
26. UZNAJE potrzebę kierowania szczególnej uwagi na dzieci w społecznościach znajdujących się w niekorzystnej społecznie sytuacji. STWIERDZA, że możliwość zdrowego dorastania jest ściśle związana z czynnikami społecznymi. Dzisiejsze problemy z chorobami są zakorzenione w sposobie radzenia sobie z tymi czynnikami społecznymi i dystrybuowania zasobów i korzystania z nich ⁽³⁾.
27. Z NIEPOKOJEM STWIERDZA, że obecne wybory żywieniowe mogą się przyczyniać do coraz gorszych nawyków żywieniowych, nadwagi i otyłości i występowania związanych z nimi czynników powodujących choroby niezakaźne. Gotowe i przetworzone produkty są łatwo dostępne i, ogólnie biorąc, w coraz większym stopniu stanowią część codziennej diety ludzi. W szczególności młodzi ludzie są skłonni, by częściej jeść poza domem, i spożywają łatwo dostępne produkty typu *fast food* o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukrów, słodzone napoje i napoje energetyczne.
28. UZNAJE, że zachowanie różnorodności jedzenia, tradycyjnych zdrowych diet, takich jak dieta śródziemnomorska, nordycka lub inne diety regionalne, i zdrowe nawyki żywieniowe oraz styl życia nie tylko pozytywnie wpływają na obniżenie cen i podwyższenie atrakcyjności sezonowych i świeżych produktów oraz produktów o niskiej zawartości tłuszczu, cukru i soli, ale również mają kluczowe znaczenie dla odwrócenia trendu dotyczącego występowania chorób przewlekłych związanych ze sposobem odżywiania się.
29. Z NIEPOKOJEM ZAUWAŻA, że dzieci to wrażliwa grupa konsumentów, która jest szczególnie narażona na działania marketingowe prowadzone nowoczesnymi środkami, takimi jak: sponsorowanie, prezentowanie produktów (systemy ekspozycyjne w punktach sprzedaży), promocje sprzedażowe, promocje z udziałem celebrytów, maskotki lub popularne postaci reprezentujące daną markę, strony internetowe, opakowania, etykietowanie, emaile i wiadomości tekstowe, społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw i działania charytatywne powiązane z możliwością promowania danej marki oraz komunikacja poprzez marketing wirusowy i marketing szeptany ⁽⁴⁾. Dowody wskazują, że reklamy wpływają na preferencje spożywcze dzieci, prośby dotyczące zakupów i modele konsumpcyjne ⁽⁵⁾. Wskazują również, że w wielu sytuacjach skuteczna kontrola rodzicielska jest w dużym stopniu utrudniona, a nawet praktycznie niemożliwa.
30. PRZYPOMINA, że na mocy dyrektywy 2010/13/UE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie świadczenia audiowizualnych usług medialnych ⁽⁶⁾, dostawcy usług medialnych są zachęceni do opracowywania sposobów postępowania wobec niestosownych handlowych przekazów audiowizualnych towarzyszących audycjom dla dzieci lub będących elementem tych audycji i stanowiących reklamę artykułów żywnościowych lub napojów, które zawierają składniki odżywcze i substancje o działaniu odżywczym lub fizjologicznym, zwłaszcza takie jak tłuszcze, kwasy tłuszczowe trans, sól/sód i węglowodany, niezalecane w nadmiernych ilościach w codziennej diecie. Stwierdza, że praktyki niektórych państw członkowskich wskazują, że sposoby postępowania mogą być zgodne z zaleceniami dotyczącymi zdrowej diety.
31. PRZYPOMINA o potrzebie zmniejszenia średniego spożycia tłuszczów trans przez konsumentów w UE, co zostało również stwierdzone w rezolucji przyjętej przez Parlament Europejski 26 października 2016 r. ⁽⁷⁾.
32. STWIERDZA z niepokojem, że różne podejścia do regulacji działań marketingowych występujące na szczeblu lokalnym, regionalnym lub krajowym, mogą nie być tak efektywne jak regulacje transgranicznych działań marketingowych dla całej UE, zważywszy na wymiar transgraniczny problemu, w szczególności w odniesieniu do mediów cyfrowych.

⁽¹⁾ WPR ma różne cele, ale ostatnie konsultacje publiczne wskazują, że występuje potrzeba uwzględnienia preferencji konsumenckich, w tym preferencji dla bardziej dostępnych, różnicowanych, świeżych i ekologicznych produktów. Wyniki te znalazły również odzwierciedlenie w motywie 10 konkluzji prezydencji (7324/18), popartych przez Austrię, Belgię, Bułgarię, Chorwację, Cypr, Danię, Finlandię, Francję, Grecję, Hiszpanię, Irlandię, Luksemburg, Malte, Niderlandy, Niemcy, Portugalię, Republikę Czeską, Rumunię, Słowenię, Szwecję i Węgry, Włochy i Zjednoczone Królestwo.

⁽²⁾ Zob. w szczególności: Opinię Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywnienia i Aktywności Fizycznej.

⁽³⁾ Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity, WHO, Regional Office for Europe, 2014.

⁽⁴⁾ Zob. WHO – Marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, s. 7.

⁽⁵⁾ WHO Final Report on Ending Childhood Obesity.

⁽⁶⁾ Dz.U. L 95 z 15.4.2010, s. 1.

⁽⁷⁾ P8_TA(2016)0417.

33. ZAUWAŻA korzyści płynące z dialogu z udziałem wielu podmiotów, który to dialog zachęca do odpowiedzialności społecznej i etycznej wśród wszystkich podmiotów działających w dziedzinie żywności, takich jak rolnicy i rybacy, producenci, sprzedawcy detaliczni, organizatorzy żywienia zbiorowego i restauratorzy. DOCENIA ideę i pewne kroki poczynione jak dotąd przez niektóre podmioty w formie dobrowolnych zobowiązań w ramach platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia, w tym w obszarze marketingu ⁽¹⁾. Postanowienie o zintensyfikowaniu współdziałania i ustanowienie wyższego poziomu ambicji na szczeblu UE może zachęcać zainteresowane podmioty do stworzenia bardziej efektywnych i etycznych wspólnych praktyk w obszarze skierowanego do dzieci (cyfrowego) marketingu dotyczącego produktów o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukrów, oraz do podjęcia ambitniejszych zobowiązań, które faktycznie mają wpływ na poprawę diety dzieci. STWIERDZA, że w sytuacjach, w których regulacja prowadzona przez same podmioty nie jest wystarczająca, potrzebne mogą być środki ustawodawcze.
34. ZACHĘCA do dalszych postępów we wdrażaniu zaleceń WHO dotyczących działań marketingowych reklamujących żywność i napoje bezalkoholowe skierowanych do dzieci, zgodnie z zasadą nadrzędnego interesu dziecka i spoczywającym na UE obowiązku zapewniania wysokiego poziomu ochrony zdrowia publicznego przy opracowywaniu i wdrażaniu wszystkich swoich polityk i działań.

ZACHĘCA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE, BY:

35. Nadal opracowywały i wdrażały ukierunkowane polityki dotyczące chorób niezakaźnych – opierające się na całościowym podejściu zakładającym uwzględnianie zdrowia we wszystkich politykach i na współpracy międzysektorowej – zgodnie ze Światowym planem działania WHO na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób niezakaźnych na lata 2013–2020 oraz mając na uwadze, że odżywianie jest jednym z wielu ważnych czynników – koncentrując się w szczególności na:
- przyczynianiu się do udostępniania przystępnych cenowo sezonowych, świeżych i zdrowych lokalnych produktów i żywności, które nie mają dużej zawartości tłuszczu, soli ani cukrów – tak by zdrowy wybór stał się łatwym wyborem;
 - wspieraniu współpracy między organami odpowiedzialnymi za obszar zdrowia, rolnictwa i edukacji i tworzeniu w ten sposób warunków sprzyjających wykorzystywaniu zdrowej, zrównoważonej i świeżej żywności do posiłków w przedszkolach i szkołach;
 - tworzeniu możliwości większego zaangażowania w prowadzone działania rolników, producentów żywności, sprzedawców detalicznych, zakładów gastronomicznych i innych podmiotów prowadzących przedsiębiorstwa spożywcze, tak by zwiększyć dostępność produktów pomagających utrzymać zdrową dietę oraz ograniczyć promowanie przetworzonej żywności i napojów o dużej zawartości tłuszczu, soli i cukrów;
 - rozważeniu wsparcia, odpowiednio, inicjatyw podnoszących świadomość i wskazówek skierowanych do dzieci, rodziców oraz nauczycieli, opiekunów i dostawców żywności w placówkach edukacyjnych, w odniesieniu do zrównoważonej diety i informacji na temat pełnowartościowych, przystępnych cenowo i dogodnych możliwości wyboru żywności, odpowiedniej wielkości porcji, wskazanej częstotliwość spożycia, z uwzględnieniem koncepcji „od pola do stołu”;
 - aktywnej walce z czynnikami sprzyjającymi otyłości – zwłaszcza w miejscach wspólnego przebywania dzieci, takich jak szkoły, placówki opieki nad dziećmi i ośrodki sportowe – poprzez oferowanie żywności i napojów, które mogą stanowić część zróżnicowanej, zrównoważonej i zdrowej diety, jak również zadbania o to, by w placówkach szkolnych i w ośrodkach sportowych nie prowadzono działań marketingowych, w tym sponsoringu realizowanego przez marki i firmy promujące żywność i napoje o dużej zawartości tłuszczu, soli i cukrów, jednocześnie wspierając takie praktyki udzielania zamówień, które promują zdrowie;
 - zapewnieniu, by dostarczanie informacji i porad z zakresu odżywiania przebiegało w warunkach wolnych od niewłaściwych przekazów komercyjnych oraz by nie dochodziło do konfliktu interesów;
 - rozważeniu możliwości wprowadzenia – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i przy zastosowaniu podejścia opartego na rodzinie – bazujących na dowodach programów kontrolowania wagi skierowanych do dzieci, które są otyłe;
 - wspieraniu udzielania przez pracowników służby zdrowia profesjonalnych porad i aktywnego wsparcia kobietom w ciąży, niemowlętom, dzieciom, nastolatkom, rodzicom i rodzinom – z myślą o poprawie doradztwa i monitorowania w oparciu o najnowsze dostępne dowody naukowe w dziedzinie odżywiania, tak by zapewnić stosowanie zdrowej diety na wszystkich etapach życia;
 - dalszym zachęcaniu do karmienia piersią zgodnie z zaleceniami krajowymi lub międzynarodowymi ⁽²⁾, w tym poprzez ograniczanie działań marketingowych reklamujących produkty zastępujące mleko kobiece;

⁽¹⁾ Dobrowolne zobowiązania członków unijnej platformy działania na rzecz diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

⁽²⁾ Zob. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Globalna strategia dotycząca karmienia niemowląt i małych dzieci), WHO i UNICEF, 2003.

- j) zwiększaniu znaczenia informacji o żywności w kontekście zdrowia publicznego poprzez edukowanie, stosowanie etykiet i inne działania, w tym w ramach współpracy dwustronnej i wielostronnej i współpracy na szczeblu UE;
- k) zwracaniu szczególnej uwagi na konieczność dotarcia do dzieci pochodzących z mniej uprzywilejowanych środowisk społeczno-ekonomicznych i dzieci znajdujących się w trudnej sytuacji i objęcia ich prowadzonymi działaniami.

ZACHĘCA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE I KOMISJĘ, BY:

36. Zgodnie z zasadą pomocniczości i zasadą proporcjonalności oraz mając na uwadze lokalne, regionalne i krajowe specyficzne uwarunkowania, kulturę i tradycje, pod kierownictwem organów odpowiedzialnych za obszar zdrowia publicznego i żywność:

- a) umieszczały ludzi i zdrowie ludzkie w centrum wszystkich polityk i działań, w tym poprzez prowadzenie przejrzystych dyskusji na temat obecnej i przyszłej roli UE w ochronie zdrowia publicznego w kontekście dyskusji nad przyszłością Europy;
- b) wspierały polityki w zakresie odżywiania, żywności i aktywności fizycznej, które priorytetowo traktują prawa dzieci, i tym samym wspierały inwestowanie w przyszłą Europę młodych i zdrowych pokoleń;
- c) przyjęły strategiczne podejście, zgodnie z którym kwestie związane ze zdrowiem są uwzględniane w innych politykach, zgodnie z zaleceniami zawartymi w konkluzjach Rady dotyczących kwestii zdrowotnych we wszystkich dziedzinach polityki⁽¹⁾;
- d) kontynuowały wymianę doświadczeń i optymalnych rozwiązań oraz wspierały dobrowolną współpracę między różnymi sektorami, takimi jak zdrowie, rolnictwo, edukacja, handel, finanse, podatki, sport i nauka w odniesieniu do polityk, które sprzyjają zwiększeniu podaży przystępnych cenowo sezonowych i świeżych produktów pomagających zachować zdrową dietę, jak również w zakresie etykietowania żywności i działań marketingowych reklamujących żywność, w celu poprawy stanu zdrowia w UE;
- e) zwracały uwagę rolników i rybaków na potrzeby konsumentów, na znaczenie takiego kształtowania produkcji, by wspierała krajowe wytyczne w zakresie odżywiania, oraz na korzyści płynące ze stosowania w produkcji lokalnej i sezonowej programów jakości i oznaczeń jakości, które mogą służyć jako gwarancja tego, że produkty żywnościowe pomagają zachować zdrową dietę;
- f) kontynuowały wspieranie i wdrażanie „Planu działania UE w sprawie otyłości u dzieci (2014–2020)”, zwłaszcza w odniesieniu do polityk i działań mających skutki transgraniczne, takich jak promowanie zdrowszego otoczenia, podejmowanie działań na rzecz tego, by zdrowszy wybór był łatwiejszym wyborem, ograniczanie działań marketingowych i reklam skierowanych do dzieci oraz wspieranie zamówień publicznych sprzyjających zdrowsze wybory i aktywność fizyczną; nadal zachęcały zainteresowane strony do podejmowania odpowiedzialnych działań, do wzięcia pod uwagę propozycji dotyczących samoregulacji lub do rozważenia możliwości przyjęcia, jeśli zajdzie taka potrzeba, środków regulacyjnych, aby osiągnąć zamierzone cele;
- g) w celu ochrony dzieci i młodzieży przed zbyt dużym kontaktem z reklamami transgranicznymi i mając na uwadze transgraniczne skutki związane z opakowaniami produktów i działaniami marketingowymi, opracowały, zweryfikowały i wzmocniły inicjatywy służące ograniczeniu kontaktu dzieci i nastolatków z działaniami marketingowymi, reklamami w mediach, w tym na platformach internetowych i w mediach społecznościowych, i innymi formami sponsoringu lub promowania dotyczącymi żywności o dużej zawartości energii, tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, cukru i soli lub żywności, która nie spełnia norm wynikających z krajowych lub międzynarodowych wytycznych żywieniowych;
- h) monitorowały zgodność krajowych i unijnych dobrowolnych inicjatyw służących ograniczeniu wpływu, jaki na dzieci wywierają działania marketingowe reklamujące żywność o dużej zawartości tłuszczu, soli i cukrów;
- i) promowały działania służące wzmocnieniu unijnych i krajowych zobowiązań, w tym (i) kryteria żywieniowe oparte na dowodach; (ii) rozszerzenie zobowiązania do uwzględnienia wszystkich dzieci i małoletnich; (iii) uwzględnienie wszystkich form działań marketingowych, takich jak lokowanie produktu, sponsorowanie, promocje w supermarketach, opakowania produktów i wykorzystywanie bohaterów i maskotek reklamujących konkretną markę, tak by działania marketingowe i reklamowe podejmowane przez branżę stały się spójne z zobowiązaniami międzynarodowymi; rozwijały działania, które pomogą zwiększyć skuteczność takich inicjatyw i obejmą te obszary działań marketingowych, które do tej pory nie były uwzględniane;

⁽¹⁾ Konkluzje Rady przyjęte w dniu 30 listopada 2006 r. (16167/06).

- j) nadal wspierały działania służące skutecznemu uregulowaniu transgranicznych działań marketingowych, monitorowaniu rozwoju nowych mediów, ocenianiu adekwatności aktualnych działań podejmowanych w celu ograniczenia kontaktu, zwłaszcza dzieci i młodzieży, z reklamami żywności zamieszczanymi w mediach cyfrowych, w tym mediach społecznościowych, a także działania służące zbadaniu – w ramach dialogu z organami regulacyjnymi i mediami – możliwych rozwiązań;
- k) promowały, zwłaszcza w środowisku rodzinnym, szkolnym i sportowym, kampanie edukacyjne i informacyjne służące lepszemu zrozumieniu informacji o żywności i technik marketingowych;
- l) wspierały projekty badawcze, które stanowią odpowiedź na potrzeby polityki zdrowotnej, takie jak badania dotyczące: analiz porównawczych między promowaniem zdrowia a konsumpcją; lepszego zrozumienia nawyków żywieniowych, struktury konsumpcji i skutków stosowania tradycyjnych diet, takich jak dieta śródziemnomorska, dieta nordycka i inne tradycyjne diety i produkty w całej Europie; oceny kontaktu dzieci z działaniami marketingowymi, informacjami o żywności i lokowaniem produktów spożywczych; zapobiegania nadwadze i otyłości w różnych grupach wiekowych i w różnych środowiskach; oceny wpływu innowacyjnych substancji lub dodatków na zdrowie; ulepszania produktów spożywczych; zbierania doświadczeń co do środków polityki publicznej odnoszących się do zdrowia i ocen wpływu na zdrowie w przypadku innych polityk;
- m) dążyły do zwiększenia podaży przystępnych cenowo świeżych, sezonowych i zdrowych produktów lokalnych, rozważając, na przykład, możliwości zwiększenia wsparcia dla drobnych rolników, skrócenia łańcucha dostaw żywności, wspierania infrastruktur służących promowaniu i sprzedaży nieprzetworzonej żywności (takich jak targowiska dla lokalnych producentów) i zapobiegania nieuczciwym praktykom handlowym, jak również zachęcając małe i średnie przedsiębiorstwa i sprzedawców detalicznych do wprowadzania odpowiedzialnych i trwałych rozwiązań w zakresie dostarczania żywności, której wartość odżywcza będzie spełniać wymogi zdrowej diety;
- n) uwzględniając wcześniejsze działania w ramach „Wspólnego działania na rzecz odżywiania i aktywności fizycznej”, nadal wyszukiwały, gromadziły i wymieniały informacje na szczeblu UE dotyczące optymalnych rozwiązań i krajowych środków, które zapewniają całościowe podejście do przedszkoli i szkół jako środowisk promujących zdrowie, jak również informacje dotyczące sposobów radzenia sobie z wyzwaniami przy realizacji takich działań;
- o) wspólnie omawiały i, w stosownych przypadkach, wdrażały zatwierdzone optymalne rozwiązania w obszarze odżywiania i aktywności fizycznej, tak by obywatele szybciej i skuteczniej odczuli rezultaty prowadzonych działań, w tym w ramach Grupy Sterującej ds. Promocji Zdrowia, Profilaktyki Chorób i Zarządzania Chorobami Niezakaźnymi⁽¹⁾;
- p) miały na uwadze wymagania konsumentów przy kształtowaniu przyszłej wspólnej polityki rolnej poprzez wspieranie różnorodności i jakości i tym samym przyczynianie się do bardziej ukierunkowanych na popyt dostaw przystępnej cenowo świeżej, lokalnej i sezonowej żywności pomagającej zachować zdrową i zrównoważoną dietę; zastanowiły się nad możliwościami uwzględnienia ewentualnego wpływu, jaki praktyki służące wspieraniu rolnictwa mogą mieć na: nawyki żywieniowe ludności, krótsze łańcuchy dostaw, program „Owoce i warzywa w szkole” i program „Mleko w szkole” oraz na inicjatywy – takie jak wycieczki do gospodarstw rolnych – służące temu, aby uczniowie bardziej doceniali żywność i mieli większą wiedzę na temat jej pochodzenia;
- q) współpracowały w zakresie wspierania polityk i działań służących zwalczaniu chorób niezakaźnych i otyłości wśród dzieci, zapewniając w ten sposób wysoki poziom ochrony zdrowia publicznego we wszystkich inicjatywach i wnioskach w ramach rynku wewnętrznego.

ZACHĘCA KOMISJĘ, BY:

- 37. Nadal priorytetowo traktowała zdrowie publiczne, w szczególności poprzez zajmowanie się kwestiami o znaczeniu transgranicznym, takimi jak działania marketingowe reklamujące żywność i skierowane do dzieci, ulepszanie produktów spożywczych, etykietowanie, koncentracja rynkowa w łańcuchu dostaw żywności i projekty badawcze stanowiące odpowiedź na potrzeby w zakresie zdrowia publicznego, przy czym ostatecznym celem ma być poprawa efektów zdrowotnych w UE.
- 38. Wspierała państwa członkowskie w wymienianiu, upowszechnianiu i przekazywaniu optymalnych rozwiązań w obszarze odżywiania i aktywności fizycznej w celu skuteczniejszego promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i kontrolowania chorób niezakaźnych, a w szczególności wspierała inicjatywy dotyczące kompleksowej, integracyjnej i międzysektorowej współpracy oraz skuteczne wdrażanie podejścia zakładającego uwzględnianie zdrowia we wszystkich politykach.

⁽¹⁾ https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/steeringgroup_promotionprevention_pl

39. Wykorzystała wyniki prac Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej ⁽¹⁾ i nadal wspierała państwa członkowskie w odniesieniu do wytycznych dotyczących zamówień publicznych w sektorze żywności.
 40. Nadal zachęcała zainteresowane strony do podejmowania ambitniejszych zobowiązań na szczeblu UE mających służyć sprawiedliwym i odpowiedzialnym politykom marketingowym, w oparciu o zdobyte doświadczenia i pozytywne przykłady, takie jak platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia.
 41. Biorąc pod uwagę, że uregulowanie różnych form działań marketingowych skierowanych do dzieci stanowi globalne wyzwanie, którym należy się zająć na szczeblu UE, zbadała możliwości wzmocnienia unijnych uregulowań, w tym poprzez ustanawianie kryteriów, wydawanie wytycznych informacyjnych, wspieranie kampanii i utrzymywanie nadzoru, w celu ograniczenia negatywnego wpływu transgranicznej reklamy pożywienia na zdrowie dzieci.
 42. Wzmocniła synergie między wszystkimi sektorami uwzględnianymi w projektach realizowanych w ramach programu „Horyzont 2020”.
 43. Zbadała wszystkie możliwości dalszego wspierania polityk i inicjatyw państw członkowskich w ramach instrumentów istniejących na szczeblu UE, takich jak trzeci program działań w dziedzinie zdrowia publicznego ⁽²⁾, wspólna polityka rolna, europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne i program „Horyzont 2020”, jak również możliwości zapewnienia w przyszłości stałych mechanizmów, które będą ukierunkowane na potrzebę inwestowania w ludzi.
-

⁽¹⁾ Grupa Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzona w celu zwiększenia roli rządów państw UE (i EFTA) w walce z nadwagą i otyłością.

⁽²⁾ Zob. rozporządzenie (EU) nr 282/2014.