ISSN 2082-0666

infos

BAS
BIURO ANALIZ SEJMOWYCH

nr 4(227) • 15 marca 2017 zagadnienia społeczno-gospodarcze

Ponad połowa dorosłych i co ósme dziecko w Polsce są otyłe lub mają nadwagę. Jest to poważny problem zdrowotny, występujący szczególnie często wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i przynoszący istotne negatywne skutki społeczne i gospodarcze. Sama edukacja zdrowotna nie wystarczy i potrzebne są wspólne systemowe działania władz, społeczności i producentów produktów spożywczych, prowadzące do kształtowania środowiska życia sprzyjającego aktywności fizycznej i pożądanym wyborom żywieniowym Polek i Polaków.

Wojciech Stefan Zgliczyński

Nadwaga i otyłość w Polsce

SKALA ZJAWISKA

Częstość występowania nadwagi i otyłości w państwach rozwiniętych, w tym w Polsce, stale wzrasta i jest obecnie jednym z najpowszechniej występujących, związanych ze stylem życia, problemów zdrowotnych[1]. Monitoring nadmiernej masy ciała umożliwia wskaźnik masy ciała BMI, który jest ilorazem masy ciała podanej w kilogramach i kwadratu wysokości podanej w metrach. Zgodnie z przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) standardami nadwaga występuje, gdy BMI jest równe lub większe od 25, otyłość zaś, gdy wynosi 30 i więcej.

Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r.[2] osoby z nadwagą i osoby otyłe w Polsce stanowiły odpowiednio 36,6% i 16,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej, czyli łącznie 53,3%. Było to powyżej średniej dla 28 krajów Unii Europejskiej wynoszącej 34,8% osób z nadwagą oraz 15,4% otyłych[3]. Skala występowania nadwagi i otyłości w krajach UE była wyraźnie zróżnicowana i wynosiła w przypadku nadwagi od 30,8% we Francji do 44,8% w Rumuni, a otyłości od 9,1% w Rumunii do 25,2% na Malcie.

Problem nadmiernej masy ciała w Polsce dotyczył częściej mężczyzn (44% nadwaga i 18,1% otyłość) niż kobiet (odpowiednio 30,1% i 15,6%), (por. tab. 1). Podobnie było w 28 krajach UE. Odsetek mężczyzn z nadwagą w UE przyjął średnią wartość 41,7% i wahał się od 36,7% w Estonii do 52,2% w Rumunii. Odsetek mężczyzn otyłych (średnio 15,6%) zawierał się w przedziale od 8,7% w Rumunii do 27,2% na Malcie. Odsetek kobiet z nadwagą wynosił średnio w UE 28,3% i był najniższy w Danii (24,3%), a najwyższy w Rumunii (38,0%). Odsetek kobiet otyłych (średnio 15,3%) wahał się od 9,4% w Rumunii do 23,3% na Malcie.

Odsetek osób z nadwagą i otyłych stale rośnie. W Polsce w 1996 r. wynosił 27,7%, w 2004 r. wzrósł do 29,6%, a w 2009 osiągnął już 53%. Wzrost odnotowano również w innych krajach UE. Między rokiem 2008 i 2014 udział osób otyłych wzrósł wśród 24 krajów UE o 1,5 punktu procentowego (pkt proc.).

[1] M. Ng i in., *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, „Lancet" 2010, t. 384, nr 9945, s. 766–781.

[2] *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.

[3] Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database [dostęp: 9 lutego 2016 r.].

Tab. 1. Dorośli według masy ciała w Polsce (w %)

	Niedowaga		Waga w normie		Nadwaga		Otyłość	
	K	M	K	M	K	M	K	M
1996	15,9	5,9	57,5	65,1	14,2	18,7	12,4	10,3
2004	16,5	5,6	56,7	61,7	14,2	19,8	12,5	12,6
2009	4,3	1,3	51,0	37,4	29,4	44,8	15,2	16,6
2014	4,2	1,2	50,1	36,6	30,1	44,1	15,6	18,1

Źródło: na podstawie opracowań GUS pt. *Stan zdrowia ludności Polski* publikowanych w 2006, 2011 i 2016.

Deklaracje z badań ankietowych mogą nie pokazywać rzeczywistej skali problemu. Badania antropometryczne, polegające na pomiarach masy ciała i wzrostu dokonywanych przez wykwalifikowany personel, które były prowadzone podczas Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności w latach 2003–2005 oraz 2013–2014, wskazują, że odsetek osób z nadwagą w Polsce w grupie wieku 20–74 lata wzrósł w przypadku mężczyzn z 40,2% do 43,1%, a u kobiet z 27,7% do 29,5%. Z kolei odsetek osób otyłych wśród mężczyzn wzrósł z 20,0% do 24,2%, a wśród kobiet z 22,3% do 23,4%[4].

Wyniki EHIS wskazują, że prawdopodobieństwo występowania nadmiernej masy ciała jest związane z cechami społeczno-demograficznymi. Można ogólnie stwierdzić, że otyłość jest silnie związana z niskim statusem społeczno-ekonomicznym[5]. Oprócz płci na rozpowszechnienie otyłości mają wpływ takie czynniki, jak miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan zdrowia, sytuacja materialna i wiek.

W Polsce relatywnie częściej na otyłość cierpiały osoby mieszkające na wsi (17,7%) niż w miastach (16,2%). Stosunkowo najwięcej osób z nadmierną masą ciała mieszkało w województwie łódzkim (56,8% osób z nadwagą i otyłością), natomiast przeciętnie najmniej problemów z masą ciała mieli mieszkańcy województwa podkarpackiego (50,7%). Występowały też wyraźne różnice ze względu na poziom wykształcenia. Problem nadwagi i otyłości dotyczył 43,8% Polaków z wykształceniem wyższym, 53,8% z wykształceniem średnim, 64,6% z zasadniczym zawodowym i 60,9% z podstawowym. Wyraźnie częściej otyłość odnotowywano wśród osób niesprawnych (27,6%) niż sprawnych (15%). Występowały również różnice w zakresie nadwagi i otyłości ze względu na poziom dochodów, które szczególnie wyraźne były w przypadku mężczyzn. Zależność ta miała charakter liniowy i wynosiła od 54,1% wśród mężczyzn o najwyższych dochodach do 69% wśród najmniej zarabiających.

Nadwaga i otyłość występują również wśród dzieci i młodzieży. Zgodnie z wynikami badania Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)[6] przeprowadzonego w roku szkolnym 2013/2014, odsetek młodzieży 11–15-letniej z nadwagą i otyłością wynosił w Polsce 14,8% (odpowiednio 12,4% oraz 2,4%). Należy odnotować, że skala zjawiska istotnie zmniejszyła się (o 2,2 pkt proc.) w porównaniu z badaniem HBSC z 2010 r., kiedy to odsetek dzieci z nadwagą i otyłością wynosił 17%. Mimo to należy stwierdzić, że obecnie jest to jeden z najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych w populacji dzieci i młodzieży. Co ważne, występowanie nadwagi i otyłości w okresie dzieciństwa związane jest z wyraźnie większym ryzykiem występowania otyłości wieku dorosłego.

W przypadku nadwagi i otyłości dzieci występują różnice ze względu na płeć oraz sytuację rodzinną. Nadwaga i otyłość występowały zdecydowanie częściej wśród polskich chłopców niż dziewcząt (odpowiednio 19,2% oraz 10,4%). Odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością istotnie maleje wraz z wiekiem badanych. Wśród 11-latków wynosi 31% dla chłopców i 21% dla dziewcząt (średnia dla krajów objętych badaniem HBSC odpowiednio 27% i 17%), wśród 13-latków wynosi odpowiednio 26% i 13% (HBSC 24% i 15%), a wśród 15-latków odpowiednio 22% i 7% (HBSC 22% i 13%)[7].

Istotnym czynnikiem wpływającym na występowanie nadmiaru masy ciała u dzieci jest struktura rodziny. Badania wskazały, że młodzież wychowywana przez samotnego rodzica wyraźnie częściej ma nadwagę i jest otyła (18,3%) niż kiedy jest wychowywana przez oboje rodziców biologicznych (14,9%) i w rodzinie zrekonstruowanej (6,9%). Tłumaczy się to niższym statusem socjoekonomicznym rodzin niepełnych.

PRZYCZYNY

Przyczyną nadwagi i otyłości jest zachwianie bilansu energetycznego spowodowane przyjmowaniem w formie pokarmów i napojów większej ilości kalorii, niż zużywane jest przez organizm. Sprzyja temu nieaktywny tryb życia, popularność produktów spożywczych o dużej zawartości cukru, przemiany technologiczne redukujące wysiłek fizyczny, środowisko, w którym funkcjonujemy (brak lub utrudniony dostęp do infrastruktury umożliwiającej aktywność fizyczną, siedząca praca i praca w godzinach nocnych, niedostateczna regulacja reklamy produktów spożywczych, ograniczony dostęp do zdrowego jedzenia), czynniki genetyczne oraz wpływ rodziny (dzieci otyłych rodziców częściej są otyłe). Prawdopodobieństwo wystąpienia nadmiernej masy ciała zwiększa się wraz z gorszym stanem zdrowia, w tym zwłaszcza gdy występują choroby endokrynologiczne, takie jak niedoczynność tarczycy czy zespół policystycznych jajników. Jako inne przyczyny wskazuje się również: przyjmowanie leków, w tym zwłaszcza niektórych kortykosteroidów, leków przeciwdepresyjnych i leków przeciwdrgawkowych, oraz czynniki psychologiczne, w tym m.in. związane ze sposobem reagowania na stres. Na wystąpienie nadwagi i otyłości może mieć wpływ również rzucenie palenia, wiek, ciąża i brak snu[8].

SKUTKI ZDROWOTNE

Otyłość jest traktowana jako odrębna jednostka chorobowa. Stanowi też trzeci, po nadciśnieniu tętniczym i paleniu tytoniu, czynnik ryzyka innych chorób[9]. Szacuje się, że otyłość może odpowiadać za od 5% do ponad 20% zgonów w ciągu roku w USA[10]

[4] U. Stępniak i in., *Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005)*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej" 2016, nr 126(9), s. 662–671.

[5] B. Loring, A. Robertson, *Otyłość i nierówności. Praktyczne aspekty przeciwdziałania nierównościom związanym z nadwagą i otyłością*, WHO, 2014.

[6] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, wyniki badania HBSC*, J. Mazur (red.), 2014.

[7] J. Inchley i in., *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, *Health policy for children and adolescents 7*, WHO, 2016.

[8] *Narodowe instytuty zdrowia*, https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes [dostęp: 9 lutego 2016 r.].

[9] M.H. Forouzanfar i in., *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, „Lancet" 2015, t. 386, nr 10010, s. 2287–2323.

[10] R.K. Masters i in., *The impact of obesity on US mortality levels: the importance of age and cohort factors in population estimates*, „American Journal of Public Health" 2013, nr 103(10), s. 1895–1901.

oraz od 10% do 13% w Europie[11]. Jak wskazują badania, epidemia otyłości może w niedługim czasie doprowadzić do obniżenia się przeciętnej długości życia[12].

Wśród konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości wskazuje się: powikłania sercowo-naczyniowe (m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia lipidowe), oddechowe (m.in. bezdech senny i astma), neurologiczne (m.in. udar mózgu i demencja), żołądkowo-jelitowe i wątrobowe (m.in. cukrzyca typu II i stan przedcukrzycowy), endokrynologiczne (m.in. zaburzenia płodności i przedwczesne dojrzewanie), kostno-szkieletowe (m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów, bóle pleców), nerkowe, a także konsekwencje psycho-społeczne (m.in.: niska samoocena, lęk, depresja, zaburzenia odżywiania, obniżone wyniki w nauce) oraz liczne nowotwory[13]. Do potencjalnie negatywnych konsekwencji zdrowotnych mogą prowadzić też próby zmniejszania masy ciała przez niewłaściwie dobrane środki wspomagające odchudzanie i radykalne głodówki.

SKUTKI EKONOMICZNE

Występowanie nadwagi i otyłości przynosi realne skutki ekonomiczne, szacowane nawet na 2,8% PKB. Składają się na nie koszty bezpośrednie związane z leczeniem otyłości i jej powikłań oraz koszty pośrednie, takie jak np. ograniczenie lub utrata zdolności do pracy, wypłata świadczeń socjalnych i przedwczesne zgony.

Leczenie otyłości i chorób z nią związanych w istotnym stopniu obciąża budżety systemów ochrony zdrowia. Według szacunków koszty opieki zdrowotnej nad osobami z otyłością są nawet o 44% wyższe niż nad osobami z masą ciała w normie[14]. Szacuje się, że koszty związane z otyłością stanowią od 2% do 7% wydatków na ochronę zdrowia w Europie, a wydatki łącznie z leczeniem powikłań otyłości są szacowane nawet na 20%[15]. Podaje się, że w Polsce choroby związane przyczynowo z nadwagą i otyłością mogą być odpowiedzialne za 25% hospitalizacji[16]. Szacunki wskazują, że koszty leczenia otyłości i powiązanych z nią ośmiu głównych powikłań wynosiły ok. 5% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, a do tego należy też doliczyć wydatki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych[17]. Skala występowania nadwagi i otyłości stanowi też wyzwanie organizacyjne dla

Działania wykorzystywane w celu zmniejszenia rozpowszechnienia nadwagi i otyłości według McKinsey Global Institute

1. **Aktywny transport** – rezygnacja z form transportu nie wymagających wysiłku fizycznego – rezygnacja z samochodu na korzyść chodzenia i korzystania z rowerów. Interwencje władz publicznych dotyczą takiego planowania miast, aby tworzyć ułatwienia i zachęty dla ruchu pieszych i rowerzystów. Wskazywane jest też ograniczanie ruchu samochodów m.in. poprzez poprawę transportu publicznego, wprowadzanie opłat za parkowanie, zmiany wysokości opłat za parkowanie.
2. **Świadczenia zdrowotne** – tworzenie systemu zachęt i wsparcia dla zdrowego stylu życia. Mogą to być zachęty finansowe, jak np. obniżenie składki zdrowotnej (nie utożsamiać z podwyższeniem składki dla osób, które nie prowadzą zdrowego stylu życia), lub niefinansowe, np. karnet na siłownię. Mogą to być również programy interwencji zdrowotnych adresowane do pacjentów lub do rodziców.
3. **Zdrowe posiłki** – poprawa jakości posiłków w punktach zbiorowego żywienia w miejscach pracy i nauki. Władze publiczne mogą dotować lub w całości finansować posiłki dla wszystkich dzieci w szkołach. Pracodawcy mogą oferować w stołówkach pracowniczych zdrowe posiłki, za darmo lub odpłatnie.
4. **Dostępność wysokokalorycznych napojów i pokarmów** – ograniczenie dostępności jedzenia wysokokalorycznego, tak aby ułatwić kontrolę nad impulsywną konsumpcją, w tym np. usuwanie automatów z wysokokaloryczną żywnością ze szkół i miejsc pracy, okolic kas sklepowych oraz restauracji typu fast-food w pobliżu szkół.
5. **Etykietowanie produktów** – informowanie o kaloriach i wartościach odżywczych produktów w sposób zrozumiały dla klientów. Oprócz tekstu mogą być stosowane też inne metody ułatwiające uzyskanie wiedzy o produkcie, jak np. znakowanie kolorami, tzw. światła uliczne.
6. **Regulacja mediów** – ograniczenia możliwości reklamowania produktów wysokokalorycznych.
7. **Edukowanie rodziców** – wsparcie merytoryczne dorosłych w działaniach służących promowaniu zdrowego stylu życia dzieci.
8. **Leki** – interwencje farmakologiczne w sytuacjach, kiedy ze względów medycznych potrzebny jest szybki spadek masy ciała.
9. **Kontrola wielkości porcji pokarmów** – prowadzenie działań służących zmniejszeniu wielkości porcji w opakowaniu oraz projektowaniu opakowań w taki sposób, aby ułatwić konsumentom lepszą kontrolę wielkości spożywanych porcji.
10. **Promocje cenowe** – ograniczenie możliwości stosowania promocji cenowych na produkty wysokokaloryczne w rodzaju „kup jeden produkt, a drugi otrzymasz gratis".
11. **Kampanie społeczne** – prowadzenie przy wykorzystaniu różnych rodzajów mediów kampanii promujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną.
12. **Zmiana składu potraw** – stopniowe zmniejszanie ilości kalorii w produktach żywnościowych w sposób nieodczuwalny dla konsumenta.
13. **Programy szkolne** – wprowadzenie większej ilości zajęć sportowych oraz zajęć nt. zdrowia i właściwego odżywiania.
14. **Subsydia, podatki, ceny** – zmiana polityki rolnej lub polityki regulacyjnej tak, aby wpływać na ceny produktów spożywczych i dostawy określonej kategorii żywności i/lub napojów.
15. **Interwencje chirurgiczne** – zwiększenie dostępności procedur chirurgii bariatrycznej w celu zmniejszenia pojemności żołądka i wprowadzenia natychmiastowych zmian w konsumpcji.
16. **Środowisko miejskie** – zmiany w aktywności fizycznej i dostępie do żywności, w taki sposób, aby ułatwić i zachęcić do wyrobienia zdrowych nawyków, jak np. rozwiązania przyjazne dla pieszych w miastach, zwiększenie dostępności do terenów zielonych, a także poprawę dostępu do sklepów ze zdrową żywnością.
17. **Programy dbania o masę ciała** – edukowanie i wspieranie jednostek w zmianie zachowań, które mają duży wpływ na masę ciała poprzez doradztwo, programy aktywności fizycznej i edukacyjne.
18. **Programy pracownicze** – oferowanie programów zdrowotnych i angażowanie pracowników w promowanie zdrowego stylu życia poprzez zachęty finansowe i niefinansowe, konkursy zespołowe, a także szkolenia w zakresie pracy nad sobą.

Źródło: R. Dobbs i in., *Overcoming obesity: An initial economic analysis*, McKinsey Global Institute, 2014.

---

[11] WHO, http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity [dostęp: 9 lutego 2017 r.].

[12] J.S. Olshansky i in., *A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century*, „New England Journal of Medicine" 2005, nr 352, s. 1138–1145.

[13] *Zachowaj równowagę. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Projekt KIK/34 w Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy*, oprac. M. Jarosz, M. Siuba-Strzelińska, Warszawa 2016.

[14] R. Sturm, J.S. Ringel, T. Andreyeva, *Increasing Obesity Rates And Disability Trends*, „Health Affairs" 2004, nr 23(2), s. 199–205.

[15] R. Dobbs i in., *Overcoming obesity: An initial economic analysis*, McKinsey Global Institute, 2014.

[16] M. Jarosz, E. Rychlik, *Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym*, „Postępy Nauk Medycznych" 2011, nr 9, s. 712–717.

[17] *Społeczne koszty otyłości i jej powikłań w Polsce*, prezentacja Fundacja MY Pacjenci, 9 kwietnia 2015 r., http://mypacjenci.org/images/info-prasowe/koszty_otylosciEB.pdf [dostęp: 9 lutego 2016 r.].

systemu opieki zdrowotnej. Rosnąca liczba pacjentów z nadwagą i otyłością może wpływać na zwiększenie zapotrzebowania na opiekę lekarzy wybranych specjalności, a także psychologów, fizjoterapeutów i dietetyków, oraz konieczność dostosowania transportu i infrastruktury do pacjentów o nadmiernej masie ciała.

Epidemia otyłości ma również negatywny wpływ na rynek pracy. Otyłość wiąże się bowiem z mniejszą produktywnością, wynikającą z gorszego stanu zdrowia, częstszej absencji chorobowej, oraz zwiększonym ryzykiem przedwczesnych zgonów. Tym samym otyłość i jej powikłania mają znaczny wpływ na system zabezpieczenia społecznego.

SPOSOBY PRZECIWDZIAŁANIA

Świadomość problemu nadwagi i otyłości istnieje od dłuższego czasu. Od lat podejmowane są różne działania, które miałyby odwrócić tendencję narastania tego zjawiska. Mimo to w żadnym kraju nie udało się go ograniczyć.

Instytucje międzynarodowe, w tym WHO i UE, wypracowały zalecenia dla władz publicznych[18]. Analiza McKinsey Global Institute[19] pozwoliła zidentyfikować 74 działania służące zmniejszeniu rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. Pogrupowano je w 18 kategorii (ramka na s. 3). Wiele spośród wskazywanych w niej działań podejmowanych jest obecnie również w Polsce. Przez długi czas skupiano się głównie na edukacji zdrowotnej. Dopiero w ostatnich latach podjęto kroki mające cechy działań systemowych, obejmujące oprócz edukacji także stymulowanie aktywności fizycznej, regulacje reklamy, poprawę dostępności oraz składu produktów spożywczych i napojów. Wymienione działania adresowane są jednak przede wszystkim do dzieci i młodzieży. Wśród nich można wymienić m.in. ścisłe określenie godzin zajęć wychowania fizycznego i akcje mające zachęcać młodzież do aktywności fizycznej, a także budowę infrastruktury sportowej, np. realizacja programu „Moje boisko – Orlik 2012" (2604 obiekty). Działania w zakresie edukacji obejmują m.in. zagwarantowanie w programach kształcenia obecności zagadnień związanych z przygotowywaniem posiłków, higieną i odżywianiem. Władze publiczne podjęły też działania legislacyjne w zakresie reklamy produktów, zakładające, że audycjom dla dzieci nie powinny towarzyszyć przekazy handlowe dotyczące artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana, a także regulujące reklamę i promocję środków spożywczych w jednostkach systemu oświaty. Na szczególną uwagę zasługuje wprowadzenie regulacji dotyczących produktów i napojów, które mogą być dostępne w szkołach. Dość restrykcyjne regulacje, wprowadzone w szybkim trybie i bez przygotowania wszystkich interesariuszy, spotkały się jednak z silnym oporem społecznym i brakiem zrozumienia części środowisk. Wymusiło to złagodzenie przepisów, ale też, co istotne, spowodowało rozpoczęcie programów szkoleń dla personelu kuchennego w placówkach oświatowych.

W dalszym ciągu brakuje działań skierowanych do dorosłych, które stanowiłyby rozwiązanie systemowe. Wydaje się, że państwo jest w dalszym ciągu zbyt mało aktywne w tym obszarze.

Niezależnie od działań władz publicznych można zauważyć pewne kroki podejmowane przez podmioty komercyjne, jak np. ograniczanie przez niektóre sieci handlowe ilość cukru i soli w sprzedawanych produktach oraz ograniczenie przez nadawców liczby reklam określonych produktów spożywczych i napojów dla dzieci.

Duże nadzieje budzi nowe podejście władz publicznych zaproponowane wraz z przyjęciem „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020". W dokumencie tym jednym z celów jest poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. Zmiana w tych obszarach jest kluczowa dla zapewnienia prawidłowej masy ciała Polek i Polaków.

PODSUMOWANIE

Nadwaga i otyłość, które dotyczą obecnie ponad połowy populacji w Polsce, to jedno z największych wyzwań stojących przed władzami publicznymi. Doświadczenia i analizy działań służących przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości wskazują na wiele istotnych kwestii, które muszą być brane pod uwagę przy konstruowaniu polityki przeciwdziałania nadmiernej masie ciała. Wskazuje się m.in., że:

- żadna pojedyncza interwencja nie wystarczy do odwrócenia skutków otyłości, jedynie kompleksowy program łączący różne interwencje może być skuteczny,
- zdecydowana większość interwencji jest opłacalna, biorąc pod uwagę kalkulację poniesionych kosztów i uzyskane efekty,
- edukowanie i wzmacnianie osobistej odpowiedzialności są konieczne, ale nie są wystarczające – konieczna jest zmiana całego otoczenia jednostek, które kształtowałoby ich aktywność fizyczną i wybory żywieniowe,
- zmiana stanu rzeczy wymaga wspólnego zaangażowania od władz publicznych, pracodawców, nauczycieli, sprzedawców detalicznych, restauratorów, po producentów napojów i żywności oraz połączenia działań odgórnych władz i korporacji z działaniami oddolnymi w społecznościach lokalnych,
- przy projektowaniu działań należy brać pod uwagę występujące różnice społeczno-demograficzne; grupy społeczne szczególnie narażone na ryzyko otyłości powinny otrzymywać inny rodzaj edukacji zdrowotnej i wsparcia.

[18] J. Osiecka-Chojnacka, *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, „INFOS. Zagadnienia Społeczno-gospodarcze" 2012, nr 3(117).

[19] R. Dobbs i in., *Overcoming obesity*, *op. cit.*

Dr Wojciech Stefan Zgliczyński – specjalista ds. społecznych w BAS, adiunkt w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

BAS
BIURO ANALIZ SEJMOWYCH

Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu służy eksperckim wsparciem posłom i organom Sejmu.
„INFOS" w zwięzłej formie podejmuje aktualne zagadnienia istotne dla polskiego społeczeństwa i gospodarki.

Poglądy autora wyrażone w artykule nie mogą być utożsamiane ze stanowiskiem Biura Analiz Sejmowych.

Wydawca: Wydawnictwo Sejmowe dla Biura Analiz Sejmowych
ul. Zagórna 3, 00-441 Warszawa, tel. 22 694 17 27, faks 22 694 10 05, www.bas.sejm.gov.pl

Projekt graficzny: Bogdan Żukowski

Redakcja: Jolanta Adamiec, Jakub Borawski (redaktor naczelny), Ewelina Gierach, Mirosław Gwiazdowicz, Justyna Osiecka-Chojnacka, Łukasz Żołądek (sekretarz redakcji)

Kontakt: tel. 22 694 18 17, 22 694 17 53, e-mail: lukasz.zoladek@sejm.gov.pl