



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

Poprawa
stanu zdrowia ludności w Polsce
poprzez podnoszenie
jakości zdrowotnej żywności
i racjonalizację sposobu żywienia

*Materiały z konferencji
zorganizowanej przez przewodniczącego
senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu
oraz Instytut Żywności i Żywienia*

17 maja 2000 r.

Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu
Warszawa, 2000

Opracowanie:
MAŁGORZATA LIPIŃSKA

Redakcja techniczna:
JACEK PIETRZAK

Dział Wydawniczy Kancelarii Senatu
Warszawa 2000 r.
Nakład 200 egz.

Spis treści

senator Maciej Świątkowski	
<i>Wstęp</i>	5
<i>Otwarcie konferencji</i>	7
REFERATY I WYSTĄPIENIA	
prof. dr hab. Witold Zatoński	
<i>Poprawa stanu zdrowia Polaków przesłanką podjęcia</i> <i>wieloletniego programu rządowego</i>	11
min. Michał Wojtczak	15
min. Maciej Piróg	16
prof. dr hab. Wiktor B. Szostak	
<i>Choroby i odchylenia w stanie zdrowia na tle wadliwego żywienia</i> <i>i żywności nieodpowiedniej jakości wyzwaniami dla zdrowia publicznego</i> . . .	19
prof. dr hab. Zbigniew Szybiński	23
prof. dr hab. Bogdan Chazan	26
dr n. ekonom. Włodzimierz Sekuła	
<i>Kierunki i uwarunkowania dostosowań polskiej gospodarki</i> <i>żywnościowej oraz konsumpcji żywności do prozdrowotnego modelu</i> <i>żywienia ludności</i>	29
senator Jan Chodkowski	43
doc. dr hab. Witold Płocharski	44
prof. dr hab. Witold Ciechomski	44
dr n. med. Lucjan Szponar	45
senator Dorota Czudowska	46
dr n. med. Lucjan Szponar	
<i>Kierunki przetwórstwa żywności na potrzeby żywieniowej</i> <i>prewencji chorób dietozależnych</i>	47

prof. dr hab. Henryk Kostyra	54
prof. hab. Stanisław Berger	54
dr n. med. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska <i>Edukacja żywieniowa integralną częścią poprawy stanu zdrowia publicznego</i>	55
prof. dr hab. Stanisław Berger	58
ks. prałat dr Eugeniusz Marciniak	62
senator Janusz Bielawski	63
senator Jan Chodkowski	63
Bożenna Stankiewicz-Choroszuca	64
prof. dr hab. Jan Dzieniszewski <i>Podsumowanie konferencji</i>	65
senator Maciej Świątkowski <i>Zamknięcie konferencji</i>	66
MATERIAŁY POMOCNICZE	
Wieloletni program rządowy „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację żywienia” (Omówienie za: „Żywność, Żywienie a Zdrowie”, nr 4, Warszawa 1999 r.)	69

Wstęp

Wartość zdrowia trudno przecenić. I to nie tylko w osobistym, jednostkowym wymiarze, ale również w ogólnym – społecznym i ekonomicznym. I choć to stwierdzenie można by uznać za truizm, rzeczywistość pokazuje, że warto i trzeba nieustannie tę prawdę uświadamiać, bowiem cena utraty zdrowia, indywidualne i ogólne koszty ponoszone z tego tytułu są ogromne. Cena liczona w złotych, ale również ta niewymierna, mierzona ludzkimi dramataми i cierpieniem, obniżeniem jakości życia, jest bardzo wysoka.

Nie da się odwrócić nieodwracalnego. Ale przecież życie każdego z nas w każdym okresie jego trwania może być lepsze. Może być dłuższe i przeżywane w zdrowiu. Nie można przecenić w tym roli medycyny, poziomu świadczeń służby zdrowia, ale wiele zależy również od nas samych, zaś profilaktyka ma w tym kapitalne znaczenie.

Zbyt dużo osób umiera przedwcześnie. Również w Polsce. A przecież dużo z nich mogłoby dożyć późnej starości zmieniając choćby styl życia na bardziej prozdrowotny, którego istotną składową jest poprawa jakości zdrowotnej żywności i racjonalizacja żywienia. Niestety, niezadowalająca sytuacja zdrowotna w naszym kraju w dużej mierze jest właśnie konsekwencją wadliwego żywienia, na co składa się dużo przyczyn, choćby tradycja diety, ale i wiele innych czynników. To, że zmiany w tym względzie są konieczne, nie budzi kontrowersji. W przekonaniu o takiej potrzebie oraz zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, która problemom osiągnięcia wysokiej jakości życia z punktu widzenia zdrowotnego poświęca wiele uwagi, również w Polsce zainicjowane zostały odpowiednie działania. Powstał m.in. program służący właściwie pojmowanej prozdrowotnej polityce państwa, której ważnym elementem powinny być programy żywności i żywienia.

Z inspiracji Instytutu Żywności i Żywienia grono ekspertów opracowało projekt wieloletniego programu rządowego pt. „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację żywienia”. Projekt znalazł uznanie wielu ośrodków naukowych w kraju, ale również m.in. parlamentarzystów, co jest nie bez znaczenia ze względu na

niezbędne decyzje, jakie muszą zapaść, aby program mógł wejść w życie i być skutecznie wykonywany. Ze względu na wagę problematyki objętej programem z inicjatywy przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu oraz Instytutu Żywności i Żywienia w maju br. odbyła się w Senacie konferencja poświęcona tematyce ww. programu. Z udziałem świata nauki, parlamentarzystów oraz przedstawicieli różnych resortów, które przy wdrażaniu programu muszą ze sobą współdziałać, dyskutowano o stanie zdrowia Polaków i działaniach, jakie w ramach programu trzeba podjąć, by odwrócić niekorzystną sytuację, jeśli chodzi o choroby dietozależne i ich szkodliwe następstwa zdrowotne, społeczne i ekonomiczne.

Droga do osiągnięcia zakładanej poprawy sytuacji jest trudna i wymaga wielosektorowej współpracy na różnych płaszczyznach działania. Wymaga również nakładów państwa i właściwej edukacji. Wymaga zmian świadomościowych. Jednak cel, jakim jest podniesienie jakości życia, zdrowie społeczeństwa, jest niewątpliwie wart podjęcia wyzwania. W jednostkowym, ale i ogólnym wymiarze zyskają na tym wszyscy. Dlatego najwyższa pora, by deklarowane w różnych gremiach zrozumienie dla potrzeby powstania i uruchomienia programu zostało wreszcie przełożone na praktykę życia. Należy mieć nadzieję, że konferencja w Senacie, której temat wzbudził również duże zainteresowanie mediów, mogących wszak spełnić pozytywną rolę w propagowaniu założeń rządowego programu poprawy zdrowia Polaków, przybliży ten moment.

Maciej Świątkowski
przewodniczący
Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej
i Sportu

senator Maciej Świątkowski
przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu

Witam Państwa bardzo serdecznie w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej.

Prawidłowy rozwój, sprawność fizyczna i umysłowa oraz ogólny stan zdrowia człowieka w dużej mierze zależą od jakości zdrowotnej żywności i sposobu żywienia. Na złą sytuację zdrowotną ludności w Polsce ma wpływ wiele czynników, związanych głównie ze stylem życia. Do najważniejszych spośród nich należy nieprawidłowe żywienie i nieodpowiednia jakość zdrowotna żywności. Przyczyniają się one do rozwoju około osiemdziesięciu jednostek chorobowych, dotyczą 20% ogółu ludności, stanowią częstą przyczynę hospitalizacji oraz zgonów. Żyjąc w przyjaznym środowisku czystego powietrza, nie paląc papierosów, pijąc czystą wodę oraz spożywając żywność o podniesionej jakości zdrowotnej oraz odżywiając się w sposób racjonalny, możemy zmniejszyć zapadalność na nowotwory złośliwe i umieralność na nie aż o 80%.

Znając olbrzymie koszty medycyny naprawczej w porównaniu z działaniami profilaktycznymi oraz oczekując korzystnych efektów nie tylko zdrowotnych, ale i społecznych, gospodarczych, politycznych, a także w zakresie nauki, Komisja Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu Senatu przyjęła patronat nad przedmiotowym wieloletnim programem rządowym. Mam zaszczyt otworzyć konferencję naukową na temat: „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia”. Wraz ze mną konferencji będzie przewodniczył Pan Profesor Jan Dzieniszewski z Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. Aleksandra Szczygła w Warszawie.

Witam Pana Ministra Michała Wojtczaka, sekretarza stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Witam Pana Macieja Piroga, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz Pana Pawła Policzkiewicza, Głównego Inspektora Sanitarnego Kraju. Witam również Panią Urszulę Grelkę i Panią Wandę Smolińską z Ministerstwa Edukacji Narodowej. Witam Pana Mariusza Wranicza z Ministerstwa Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej oraz Pana Krzysztofa Mikulskiego z Ministerstwa

Pracy i Polityki Społecznej. Witam Panie i Panów Senatorów i Posłów. Szczególnie serdecznie witam wybitnych przedstawicieli nauki polskiej, w tym przewodniczącego rady programowej wieloletniego programu rządowego, Pana Profesora Witolda Zatońskiego oraz liderów przedsięwzięcia, Panów Profesorów Światosława Ziemiańskiego i Wiktora Szostaka oraz doktorów Lucjana Szponara i Włodzimierza Sekułę. Witam również pozostałych uczestników konferencji. Jest nam miło gościć na konferencji dziennikarzy i pracowników telewizji, radia i prasy.

Proszę obecnie Pana Profesora Witolda Zatońskiego o wygłoszenie referatu wprowadzającego pod tytułem: „Poprawa stanu zdrowia Polaków przesłanką podjęcia wieloletniego programu rządowego”.

Referaty i wystąpienia

prof. dr hab. Witold Zatoński
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów

Poprawa stanu zdrowia Polaków przesłanką podjęcia wieloletniego programu rządowego

Z przykrością trzeba powiedzieć, że w ostatnich dziesięciu latach przygotowaliśmy wiele takich programów; ten został przygotowany przed czterema laty i jest niewątpliwie wart, żeby tak szybko, jak to możliwe, wprowadzić go w życie. Niestety, minęły już cztery lata, a ciągle jesteśmy na początku drogi. Wierzę, że może dzisiejsze spotkanie pozwoli na utworzenie, bo chyba tylko tak to można zrobić, lobby, które doprowadzi do tego, że ten być może w tej chwili najważniejszy, kluczowy program dla poprawy zdrowia Polaków będzie mógł być w końcu wprowadzony w życie. To jest jednak dopiero początek drogi. Program naukowy może dać impuls działaniom, które doprowadzą do tego, że Polska przestanie być krajem najwyższej przedwczesnej umieralności, szczególnie mężczyzn w średnim wieku.

Mówimy w tej chwili o żywności, ale my, lekarze, myślimy o zdrowiu. Problem zdrowia jest bardzo ważny dla funkcjonowania naszego społeczeństwa, funkcjonowania ekonomii, dla osobistego i rodzinnego szczęścia. Przedwczesna umieralność w średnim wieku mężczyzn i kobiet nie jest też dobrą podstawą do tego, byśmy byli produktywni i zadowoleni. Dlatego bardzo serdecznie Państwu dziękuję, szczególnie Panu Przewodniczącemu, że zechciał ten niezwykle ważny problem podjąć. Mam nadzieję, że po wielu dyskusjach uda nam się dzisiaj ostatecznie Państwu przekonać i po prostu wprowadzić ten program w życie. Wydaje się, że niewiele już spraw zostało do przedyskutowania. Sądzę, że dziesięć lat po odzyskaniu niepodległości, po uzyskaniu możliwości i przy funkcjonowaniu wszystkich instrumentów demokratycznych naprawdę już czas, byśmy spróbowali po prostu ten program wdrożyć w życie.

Jako epidemiolog chciałbym Państwu przedstawić kilka refleksji związanych raczej właśnie ze zdrowiem i żywnością niż wchodzić w szczegóły programu. Koledzy, którzy odpowiadają za różne bloki tematyczne, będą o nich dokładnie mówić. Ja chciałem tylko jeszcze raz przypomnieć, że głównym celem tego programu jest przede wszystkim zdrowie i tylko tak można mierzyć

jego skuteczność. Ale żeby ten cel osiągnąć, żeby zmienić strukturę diety Polaków, musimy program wdrożyć. W tym względzie mamy ogromne zaniedbania. Wystarczy porównać naszą sytuację z którymkolwiek dokumentem Unii Europejskiej. Tam cel: zdrowie, żywność jest stawiany bardzo wysoko. Ale nie chodzi tylko o porównania z Unią Europejską. To jest przecież najżywotniejsza sprawa dla nas samych.

Zdrowie jest za poważną sprawą, żeby zostawić je tylko w rękach lekarzy. Również politycy powinni sobie uświadomić, jak wielka to odpowiedzialność. (...). Mark Lallonde, minister zdrowia Kanady, gdzie też występowały pewne zagrożenia zdrowia, sformułował w 1972 r. „pola zdrowia” i pokazał, które z nich i co może dziać. Jeszcze raz zwracam uwagę ministra zdrowia i ministra rolnictwa, że my przeceniamy medycynę kuratywną, a nie doceniamy innych czynników. My jako naród. Dla każdego indywidualnie jest ważne, żeby mieć dobry dostęp do dobrej jakości służby zdrowia. To jest rzeczywiście bardzo ważne. Ale nie możemy nie doceniać innych czynników, które są decydujące. A właśnie żywienie w 40% – 60% mieści się w tym, co nazywamy stylem życia, mającym wpływ na nasze zdrowie.

Powiem nieco o historii zdrowia w Polsce. Otóż także w tej chwili zachodzą u nas dwa zjawiska. Po wojnie bardzo dobrze udało się nam opanować choroby zakaźne, umieralność niemowląt (w tej chwili na poziomie europejskim), umieralność okołoporodową kobiet. Natomiast w tym samym czasie rosła liczba chorób, które nazywamy *man-made diseases*, czyli bezpośrednio lub pośrednio wyprodukowanych przez człowieka. Jednym z elementów wiążącym się z tymi chorobami jest żywienie, choć akurat tutaj odgrywa ono rolę nie czynnika ryzyka, tylko czynnika ochronnego. Jeżeli nie uda się nam zmienić naszej struktury żywności, to na przykład nie będzie dalszego postępu w zmniejszaniu się przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet przed sześćdziesiątym piątym, siedemdziesiątym rokiem życia. Jest to w tej chwili celem medycyny. Nie możemy ludziom zapewnić nieśmiertelności, ale możemy doprowadzić do takiej sytuacji jak w Szwecji, gdzie tylko 10% kobiet umiera przed siedemdziesiątym rokiem życia. Tymczasem w Polsce dotyczy to aż 50% mężczyzn. To jest wyzwanie, przed którym stoimy.

Po 1990 roku doszło do bardzo dziwnego zjawiska. Wszyscy bardzo się baliśmy, że dojdzie do kryzysu zdrowotnego, do wzrostu zachorowań i umieralności. Baliśmy się, że będzie gorszy dostęp do służby zdrowia, że będzie bezrobocie i stresy, co zdrowiu nie sprzyja. I nagle wystąpiło przedziwne zjawisko. Każdego roku w Polsce od 1991 roku umiera mniej Polaków. Podkreślę to jeszcze raz, bo chciałbym, żeby szczególnie politycy przyjęli do wiadomości: od dziesięciu lat w Polsce zmniejsza się umieralność. Obecnie jest prawie o 10% niższa, niż to było w 1991 roku. A zatem można powiedzieć, że doszło do jakiegoś zdrowotnego cudu. Szybko poprawia się także oczekiwana długość życia. W ciągu sześciu lat wzrosła ona prawie o trzy lata zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Powodem tego zjawiska są właśnie zmiany w naszej diecie, które zostały wymuszone nie jakimiś zamierzonymi działaniami, choć

może trochę też, ale przede wszystkim wprowadzeniem otwartego rynku, gospodarki rynkowej. Nastąpiła zmiana struktury diety (...). Również struktura cen została doprowadzona do normalności, bo przecież nie subwencjonuje się choćby kiełbasy, przyczyny kryzysów w poprzedniej epoce.

Jeżeli chodzi o spadek zachorowań na choroby układu krążenia, jest on niewątpliwie związany ze zmianą struktury diety i jest bardzo znaczący. Zachorowania na choroby układu krążenia spadły o około 15% w ciągu krótkiego okresu, bo sześciu lat. To zjawisko dotyczy obu płci i wszystkich grup wiekowych, także osób po sześćdziesiątym piątym roku życia. Dotyczy to wszystkich grup socjalno-społecznych – mieszkańców małych i dużych miast.

Wydaje się, choć w tej chwili z naukowego punktu widzenia jest tu mała wątpliwość, że głównym czynnikiem sprawczym była zmiana struktury diety. Otóż gospodarka rynkowa doprowadziła w Polsce do niezwykłego eksperymentu na liczącej czterdzieści milionów populacji Polaków: gwałtownie wzrosło spożycie tłuszczów pochodzenia roślinnego, które my nazywamy dobrymi tłuszczami, i istotnie obniżyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych, co wywołuje oczywiście różne emocje, ale nie można nie przyjąć tego faktu do wiadomości. Bardzo dobrym wskaźnikiem, który pokazuje to, co stało się w Polsce, jest stosunek dziennego spożycia kwasów tłuszczowych nienasyconych do nasyconych, który zmienił się z 0,3 (pod koniec lat osiemdziesiątych) do 0,55 (w połowie lat dziewięćdziesiątych). W ciągu krótkiego okresu zmieniła się również struktura spożycia tłuszczu w Polsce.

Niestety, są pierwsze objawy, że ta tendencja zaczyna się w ostatnich latach zmieniać. Już nie obserwujemy takiego postępu. Nie idziemy ku diecie śródziemnomorskiej, tylko zaczynamy wracać do tłuszczu zwierzęcego. Tak więc spadek zachorowań na choroby układu krążenia może za jakiś czas zostać zahamowany.

Przedstawiony wykres dobrze pokazuje, w jakim kierunku zmierzają wszystkie kraje europejskie. Pokazana jest m.in. Wielka Brytania, gdzie dzięki mądrej polityce państwa dotyczącej rolnictwa, edukacji zdrowotnej występuje to samo zjawisko. Gdzie reguluje to nie tylko gospodarka rynkowa, ale także edukacyjno-interwencyjne działania państwa. Musimy doprowadzić do tego, byśmy prowadzili taką samą politykę, jeżeli chodzi o zmianę struktury diety, o spożycie tłuszczu, o zwiększone spożycie warzyw i owoców. W grę wchodzi jeszcze wiele innych elementów, będących częścią programów, które dziś przedstawiamy.

Ta obserwacja populacyjna znajduje potwierdzenie w badaniach – na podstawie polskich danych i na podstawie jednego z największych badań kohorty pielęgniarek amerykańskich. Okazało się, że to samo zjawisko, które wystąpiło w Polsce w skali populacyjnej, ma także miejsce w tej grupie. Jeżeli zmienia się strukturę diety, zmienia się strukturę spożycia tłuszczu z tłuszczów zwierzęcych na roślinne, wówczas obniża się ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia. Podobnie stało się w okresie wspomnianego naturalnego ekspery-

mentu w Polsce. Dotyczy to również w Polsce spożycia warzyw i owoców, które stały się bardziej dostępne na rynku niezależnie od sezonu.

Ale jesteśmy ciągle na początku drogi. Istnieje oczywiście mnóstwo różnych zagrożeń. Przykładem może tu być program walki z rakiem, gdzie pierwszym punktem jest potrzeba zwiększenia spożycia antyoksydantów, czyli warzyw i owoców, które są bardzo ważnym elementem diety. Warto przypomnieć, że w społecznościach jedzących dużo warzyw i owoców zachorowania na raka są prawie dwukrotnie niższe. (...).

Jeżeli chodzi o zdrowie Polaków, w ostatnich latach niestety pojawiają się pewne zagrożenia. Mówiłem już, że ciągle przeceniamy możliwości i rolę medycyny kuratywnej, a nie doceniamy całego kompleksu innych czynników. Niestety, przez dziesięć lat, jakie minęły od 1990 roku, ciągle nie mamy zbudowanego narodowego programu „Żywność a zdrowie”. Jeżeli taki program nie zostanie w Polsce zarysowany, to dalszego postępu, czyli spadku przedwczesnej umieralności, nie powinniśmy się spodziewać. Jest on niezbędny dla kształtowania zdrowia. Zdrowia, a nie choroby, co jeszcze raz chcę podkreślić.

Czy to znaczy, że lobby programu „Zdrowie a żywność” jest słabe? Dałem tu znak zapytania, ale być może warto to lobby umocnić. Senat byłby na to znakomitym miejscem (...). Udało się nam to z tytoniem. Państwo właśnie mogliby przyczynić się do tego, by szybko doprowadzić do wdrożenia wielokierunkowego programu, którego program naukowy jest tylko jedną z części, a który, mam nadzieję, nareszcie w tym roku będzie przyjęty.

Nasze przesłania edukacyjne są bardzo skomplikowane. Przeciętny człowiek nie jest w stanie zrozumieć, co znaczy dobry, zły cholesterol i inne nasze fachowe określenia. Ludzie nie wiedzą, o co chodzi. Co trzeba jeść. To muszą być bardzo proste przesłania, z którymi trzeba do nich dotrzeć w sposób profesjonalny. To także jest obowiązek Państwa.

Zaczynam się obawiać, że wzrost zamożności doprowadzi w Polsce do coraz większego zainteresowania mniej zdrowymi potrawami. Będzie wzrastało spożycie tłuszczów zwierzęcych, spożycie piwa, które reklamuje się na każdym rogu. Z przerażeniem się dowiedziałem, że książka doktora K. jest w Polsce bestsellerem. A teorie dotyczące żywienia stają się tym, czym Polacy zaczynają się teraz coraz częściej interesować.

Klasa polityczna ma swoje obowiązki. Ale to jest także Państwa sprawa. To jest również moja sprawa, ja także za to odpowiadam. Każdy czyta, co chce. Oczywiście, nie chodzi tu o cenzurę, ale jeżeli tego typu książki są bestsellerami, to dzieje się coś złego. Opowiada się ludziom: nie jedz w południe tego, a jedz po południu tamto. A jeśli masz grupę krwi taką, to... I to zaczyna być w Polsce ogromnie popularne. Coś zatem złego się dzieje w tym zakresie. I dlatego bez takich programów jak ten, gdzie wszystko jest naukowo ugruntowane, będzie nam trudno dotrzeć z przesłaniami naukowymi do społeczeństwa. A jest to konieczne.

Jeszcze raz powtórzę, że ten program naukowy jest tylko startem do programu „Zdrowie a żywność”. Jest tu ogromna sprawa rolnictwa. Na przykład

w Danii wymyślono nazwę „oliwka północy”, w taki sposób określa się rzepak. W Finlandii jest ogromny problem aktywizowania rolnictwa, jeśli chodzi o wszystkiego rodzaju jagody. Polska jest krajem, który ma chyba z najlepszych jagód na świecie. (...) My też musimy w jakiś sposób podpowiadać, co jest dobre, a co złe w żywieniu. (...) Co warto produkować, by ludzie chcieli zmienić strukturę diety.

Dlatego jest to program kompleksowy, nie dotyczący tylko jednego, bardzo ważnego programu naukowego, ale całego zespołu postępowań. Dlatego też mam nadzieję, że dzisiejsze spotkanie da podstawę do niezbędnych działań, a może nawet już dzisiaj powstanie grupa inicjatywna, która w Senacie i w Sejmie zajmie się stroną prawną zagadnienia, ponieważ jest tu mnóstwo ustawodawczych uchybień. Nasza żywność nie ma oznaczeń. Nie wiadomo, co zawiera, ile produkt ma kalorii itd. Jak więc ludzie mają racjonalnie postępować czy się odżywiać? To jest możliwe tylko przez stworzenie właściwego ustawodawstwa. Potrzebny jest do tego cały pakiet ustaw.

Mam nadzieję, że dzisiejsze ważne spotkanie okaże się dobrym początkiem. Dziękuję za pozwolenie mi podzielenia się z Państwem refleksjami na temat konieczności powołania takiego programu dla Polski.

Michał Wojtczak

sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Organizatorom konferencji, twórcom programu rządowego przekazuję serdeczne pozdrowienia od Pana Premiera Jerzego Buzka, który ze względu na inne obowiązki nie może być dzisiaj tu obecny, ale zapewnia o swojej życzliwości i przychylności dla działań mających na celu uruchomienie tego programu. Rzeczywiście, wydaje się, tak jak Pan Profesor powiedział, że wśród różnych działań, obowiązków państwa niewiele jest spraw tak istotnych dla jego obywateli jak właśnie sprawa ochrony zdrowia. Właściwie wszystkie inne sfery naszej działalności implikowane są tym, w jakiej kondycji osobistej, indywidualnej, zdrowotnej będziemy. Od tego zależy nasza skuteczność na wszystkich innych polach naszego działania.

W dziedzinie ochrony zdrowia nie zawsze wszystko zależy od nas, ale to, jak się odżywiamy, w jaki sposób żyjemy, zależy od nas samych. W związku z tym apel o stworzenie lobby na rzecz ochrony zdrowia i zdrowego odżywiania powinien być adresowany nie tylko do Senatu, do obecnych tutaj Państwa – uczestników konferencji, ale do wszystkich nas – Polaków. Właściwie każdy z nas powinien stać się członkiem olbrzymiego lobby na rzecz ochrony zdrowia i zdrowego odżywiania się. Jak się jednak okazuje, nie jest to takie proste, bo rzeczywiście nie wszyscy rozumiemy, co to jest „oliwka północy”, co to są zdrowe i złe cholesterol, dobre i złe tłuszcze. Zmiana tego stanu rzeczy

wymaga olbrzymiego wysiłku edukacyjnego, będącego częścią programu, który będzie dzisiaj omawiany.

Wdrożenie i realizacja przygotowanego przez Państwa programu ma przede wszystkim olbrzymie znaczenie dla nas – Polaków, dla naszej zdrowotności, dla długości życia, wreszcie dla jakości tego życia jako konsekwencji stanu naszego zdrowia. Ale ma to oczywiście także swoje znaczenie ogólniejsze. Nie można pominąć naszych wysiłków zmierzających do integracji z Unią Europejską, gdzie wdrażanie pewnych norm, przepisów prawa, pewnych obyczajów wreszcie jest czymś istotnym. I może dobrze, że Polska narzuciła sobie dość duże tempo procesu integracji z Unią Europejską, bo to poniekąd wymusza na nas wdrażanie zmian legislacyjnych i pewnych zmian w naszych wewnętrznych instytucjach. Wymagają tego od nas także nasze zobowiązania międzynarodowe – podpisane deklaracje, przyjęte ustalenia różnych organizacji międzynarodowych, które powinniśmy jak najszybciej wdrożyć także w naszym kraju.

Sądzę więc, że omówienie tego programu, następnie jego wdrożenie powinno stać się nie tylko pilnym zadaniem dla osób bezpośrednio zaangażowanych w sprawy zdrowia, odżywiania, produkcji żywności, ale też stać się czymś w rodzaju narodowego wyzwania dla nas wszystkich. Dlatego też mam nadzieję, w ślad za Panem Profesorem, że pomimo upływu dość długiego czasu od powstania idei programu, jesteśmy jednak na dobrej drodze, żeby ten program wreszcie zakończyć w sferze koncepcyjnej i zacząć jego praktyczną realizację.

Chciałbym w związku z tym bardzo serdecznie życzyć Państwu interesującej dyskusji, ale przede wszystkim sukcesów we wdrażaniu tego programu, który jest ważny nie tylko dla jego twórców, ale dla każdego z nas, dla kolejnych pokoleń Polaków.

senator Maciej Świątkowski

Ponieważ głównym wnioskodawcą wieloletniego programu rządowego jest minister zdrowia, przed referatami programowymi zabierze głos Pan Minister Maciej Piróg.

Maciej Piróg

sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Myślę, że dla idei tego spotkania i dla celu, który chcemy wspólnie wszyscy osiągnąć, bardzo istotna jest także próba szerokiego pozytywnego lobbingu na rzecz sprawy, o której dzisiaj rozmawiamy. Jest to potrzebne po to, aby jedynym efektem przestało być przesuwanie daty rozpoczęcia urzeczywistnienia programu. Chodzi o to, ażeby w programie, który w swojej zawartości jest

doskonalony – i z tej roli Instytut Żywności i Żywienia oraz współpracujący z nim naukowcy wywiązują się w sposób modelowy – daty nie były jedynym elementem ruchomym, ale żeby rok 2001 rzeczywiście był ostatnim, w którym chcemy program zacząć.

Myślę, że jeżeli chodzi o główny cel strategiczny: poprawę stanu zdrowotności społeczeństwa polskiego, któremu to celowi program służy, nie ma tutaj i nie może być osób kwestionujących ten cel. Natomiast trudną sprawą okazuje się to wszystko, „co po drodze”. Nawet kiedy wszyscy zgadzamy się co do zasadności celu strategicznego programu, właśnie to, co związane jest z jego wprowadzaniem w życie, powoduje problemy. Uważam jednak, że mimo dużych kosztów wdrożenia programu, ostateczny efekt będzie opłacalny. Jest to natomiast program trudny. Program, który obejmuje wiele resortów, wiele działań mogących być nie po myśli tych, którzy muszą je wykonać. On nie tylko burzy powszechną w społeczeństwie nieświadomość, on także burzy pewną tradycję sposobów żywienia, co jest już dużo trudniejsze do osiągnięcia. W związku z tym dziękuję Panu Przewodniczącemu za tę konferencję, ponieważ pomaga ona ministrowi zdrowia w budowaniu pozytywnego lobbingu, który zaowocuje, oby już w tym roku, przyjęciem przez Radę Ministrów omawianego programu. Minister zdrowia deklaruje, że w części, która należy do niego, a nie jest to, niestety, wykonaniem całości programu, program w roku 2001 zostanie wdrożony.

Co realizacji tego programu jako wieloletniemu programowi rządowemu może pomóc? Myślę, że będzie to ustawa o realizacji narodowego programu zdrowia (...), ponieważ w swoich zapisach mówi o sposobach wykonywania narodowych programów zdrowia, a przecież to, o czym tu mówimy, całkowicie wpisuje się w osiągnięcie celu drugiego narodowego programu zdrowia. Pomoże wdrażać tego typu programy, gdzie nie jeden gospodarz, ale wielu gospodarzy musi wyasygnować środki na ich realizację oraz znaleźć wykonawców tego programu.

W swoich przygotowanych na konferencję materiałach zaprezentowałem efekty, jakie można osiągnąć dzięki temu programowi. Wyselekcjonowałem ich tylko dziewięć, jako dodatkowe przykłady, co dzięki programowi można osiągnąć i jak istotne rzeczy są możliwe przy minimum zgody co do realizacji programu i wyasygnowaniu na to stu milionów złotych w ciągu pięciu lat. Trudno powiedzieć, czy to jest dużo, czy mało, ale jest to wystarczająca kwota na wdrożenie programu i osiągnięcie zakładanych efektów.

Jeszcze raz bardzo dziękuję i proszę w imieniu ministra, ażeby działania wspierające program i możliwość jego przyjęcia były przez Państwa podejmowane.

prof. dr hab. Wiktor B. Szostak
Instytut Żywności i Żywienia
Zakład Żywienia Klinicznego

Choroby i odchylenia w stanie zdrowia na tle wadliwego żywienia i żywności nieodpowiedniej jakości wyzwaniem dla zdrowia publicznego

Najważniejszymi chorobami na tle wadliwego żywienia są choroby układu krążenia powodowane miażdżycą, nowotwory złośliwe, cukrzyca i osteoporoza. Oczywiście tych chorób jest znacznie więcej. Gdybyśmy do tego dołożyli różne zaburzenia stanu zdrowia powstające na podłożu nieprawidłowego żywienia, ta lista byłaby bardzo długa.

Nie mogąc przedstawić całości tak obszernej problematyki, przede wszystkim skoncentruję się na chorobach układu krążenia, które są na pierwszym miejscu, a inne problemy omówię skrótowo. Korzystam z okazji, że na sali jest Pan Profesor Zatoński, który zajmuje się nowotworami i żywieniem, jest Profesor Szybiński, który walczy z cukrzycą od wielu już lat, w ostatnich latach prowadząc Narodowy Program Walki z Cukrzycą. Jest w końcu ekspert od osteoporozy z naszego instytutu. Tak więc w dyskusji będziemy mogli temat uzupełnić.

Ja skoncentruję się na tym, co najważniejsze, a są to choroby układu krążenia. Na prezentowanym przezroczu pokazano przekrój umieralności w Polsce w roku 1995. Choroby układu krążenia dały 50% wszystkich zgonów. Nowotwory, a były to głównie nowotwory złośliwe, dały 20% wszystkich zgonów, cukrzyca – bardzo niewiele: 1,3%. Warto jednak z całą mocą podkreślić, że chorzy na cukrzycę umierają na choroby układu krążenia i tu są rejestrowani. Dlatego gdybyśmy się skoncentrowali na tych trzech chorobach, dają one 70% wszystkich zgonów. A nie muszą dodawać, że 70% wszystkich zgonów to także główna przyczyna chorobowości, wydatków na ochronę zdrowia itd.

Gwoli ścisłości musimy powiedzieć, że nastąpiła pewna poprawa między rokiem 1991 i 1995. W roku 1991 53% wszystkich zgonów przypadało na choroby układu krążenia, w roku 1995 – 50%, w roku 1996 jeszcze trochę mniej. Nie nastąpiła jednak poprawa, jeśli chodzi o nowotwory. Wprost przeciwnie – zgonów mamy więcej. Proszę zwrócić uwagę, że ta wielka liczba zgonów nastąpiła od roku 1960, a więc rosła w ciągu trzydziestu lat. Nie stało się

to samo, powstało w wyniku takich, a nie innych uwarunkowań ochrony zdrowia w Polsce.

W związku z tym w roku 1991, który był najgorszym rokiem pod względem statystyki dotyczącej zdrowia w Polsce, Polska pod względem umieralności na choroby układu krążenia mężczyzn plasowała się na trzecim miejscu w światowej skali krajów rozwiniętych i na czwartym miejscu pod względem umieralności kobiet. Jest to więc zjawisko bardzo niepokojące i na międzynarodowych spotkaniach, gdzie się te statystyki omawia, Polska jest wytykana jako kraj pod tym względem zaniedbany.

Z czym to się wiąże? Kumulacja czynników ryzyka, co zostało oszacowane w roku 1993 w programie „Pol - MONICA” w Warszawie przez profesora Stefana Rywika, pokazuje, że niskie ryzyko choroby niedokrwiennej serca czy, jak kto woli, chorób układu krążenia, odnosiło się tylko do około 1/3 populacji warszawskiej. Małeńki odsetek, bo nieprzekraczający 10%, to było łagodne ryzyko, czyli występował jeden główny czynnik ryzyka: albo palenie, albo nadciśnienie, albo wysoki poziom cholesterolu. Natomiast u czterdziestu kilku procent występowało zarówno wysokie stężenie cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, jak i palenie papierosów. Tłumaczy to wielką umieralność na choroby układu krążenia. Jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę, że wszystkie te trzy czynniki ryzyka są odwracalne, a inne kraje dowiodły, że można je skutecznie zwalczać, to znaczy, że główna przyczyna zgonów jest odwracalna i może być zmniejszona.

Co sprzyja chorobom układu krążenia? Na prezentowanej tablicy są tylko cztery punkty, gdyż uwzględnione zostało tylko to, co uważamy dzisiaj za zjawiska pewne. Tak więc: wysokie spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu, niskie spożycie naturalnych antyoksydantów (do tych zaliczamy niektóre witaminy, jak C, E i betakaroten, a także flawonoidy roślinne), wysokie spożycie energii, czyli to, co prowadzi do otyłości, oraz wysokie spożycie sodu, co kojarzy się z podatnością na nadciśnienie tętnicze.

Profilaktyka chorób układu krążenia wymaga przystosowań w zakresie powyższych cech żywienia. Wydawałoby się, że sprawa jest bardzo prosta: trzeba pójść do ludzi i powiedzieć im o tym. Tak staraliśmy się dotychczas to robić. Proszę zwrócić uwagę, że od roku 1950 rosło przez cały czas spożycie tłuszczu. I to wszystkich kwasów tłuszczowych. Spożycie to załamało się w okresie racjonowania żywności, potem, po poprawie sytuacji, rosło ponownie i dopiero pod koniec lat osiemdziesiątych nastąpiło zjawisko nowe w latach powojennych. Mianowicie, zaczęło rosnać spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w związku ze wzrostem spożycia tłuszczów roślinnych, a zaczęło maleć spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych. Takie zjawisko powinno korzystnie wpłynąć na spadek umieralności na choroby układu krążenia.

Proszę zwrócić uwagę, jak ta umieralność zawahała się w okresie racjonowania żywności, potem ponownie wzrosła i po roku 1991 mamy jej definitywny spadek, co zostało potwierdzone nie tylko w naszym instytucie; byliśmy tu

pierwsi, ale zostało to potwierdzone lepszymi metodami przez Profesora Zatońskiego, potem przez Profesora Rywika. To jest zjawisko pewne.

My, i nie tylko my – Profesor Zatoński publikował to w *British Medical Journal* – wiążemy to ze zmniejszonym spożyciem tłuszczów zwierzęcych, a w szczególności masła, i znacznym wzrostem spożycia tłuszczów roślinnych. Stało się to przyczyną poprawy sytuacji. Ale to wszystko zostało zrobione jakby po partyzancku, to znaczy każdy z nas robił, co powinien robić, na zasadzie gaszenia pożaru. Nie był to skoordynowany wieloletni proces, który należałoby ująć w jakiś program. Taka partyzantka nie może się powieść w dłuższym okresie. I jak mówił Profesor Zatoński, podobno w ostatnim roku zaczęło się coś psuć. Poczekamy na ocenę tego zjawiska, ale nie będę zaskoczony, gdyby umieralność ponownie wzrosła, dlatego że partyzanckimi metodami nie da się sprawy załatwić.

Dla porządku podkreślam, że w całym okresie powojennym rosło także spożycie warzyw i owoców, co jest zjawiskiem korzystnym, ponieważ te produkty obfitują w antyoksydanty, o których mówiłem. Ale byśmy nie popadali w błogie samouspokojenie, które może wynikać właśnie ze spadku umieralności ogółem od 1991 roku, co spowodowane jest przede wszystkim spadkiem umieralności na choroby układu krążenia, pragnę zwrócić uwagę, że w porównaniu z innymi krajami nadal jesteśmy w kiepskiej sytuacji.

Pierwszym krajem, który odniósł sukces w walce z chorobami układu krążenia, są Stany Zjednoczone; odchylenie na prezentowanym wykresie w lewo od zera oznacza spadek umieralności na choroby układu krążenia między rokiem siedemdziesiątym i osiemdziesiątym piątym. Proszę zwrócić uwagę, że Polska znalazła się wśród tych krajów, gdzie w tym samym czasie umieralność rosła, co jednoznacznie wiążemy z zaniedbaniem rozwoju kardiologii zapobiegawczej. Oczywiście kardiologia zapobiegawcza to nie tylko służba zdrowia, ale właściwie wszystkie resorty, których polityka rzutuje na sposób życia ludzi, a w szczególności na sposób żywienia.

Byśmy nie uspokajali się tym, że spożycie warzyw i owoców w Polsce rośnie, proszę zwrócić uwagę na lata 1987, 1989. Wśród licznych krajów Polska miała wówczas najniższe spożycie owoców. Widać, jak bardzo różniła się od krajów wzorcowych, takich jak Grecja, Hiszpania, Włochy czy Szwajcaria, a więc krajów, które leżą bardziej na południu. Z warzywami jest nieco lepiej; wiadomo, że „badylarze” zawsze byli w Polsce trochę lepiej traktowani. Polska sytuuje się blisko Francji, a więc nie najgorzej, ale nadal jest to dość daleko od krajów, które uważamy za wzorcowe. Mamy więc pod tym względem bardzo dużo do zrobienia, szczególnie teraz, w okresie obfitości produktów na rynku.

Chodzi o wypracowanie nowego modelu żywienia całej populacji. I nie jest to zupełnie oderwane od rzeczywistości. W 1996 r. specjalna grupa ekspertów powołana w Brukseli opracowała wskazania dla krajów Unii Europejskiej. Według tych rekomendacji w krajach Unii Europejskiej należy jeść mniej tłuszczu nasyconego, tłuszczu ogółem i mniej soli, natomiast więcej warzyw

i owoców, mimo że tam ich spożycie jest znacznie wyższe niż u nas, ponadto więcej produktów zbożowych, ziemniaków i ryb. To jest jakby przykazanie polityczne dla tamtych krajów, wśród których i my chcielibyśmy się od roku 2003 znaleźć.

Zauważyłem na wstępie, że problem cukrzycy potraktuję bardzo ogólnie, niemniej chciałbym podkreślić, że chorzy na cukrzycę, którzy spożywają mało nasyconych kwasów tłuszczowych i mają niskie stężenie złego cholesterolu, czyli cholesterolu LDL, cechują się względnie małą umieralnością na choroby układu krążenia. Jest to więc nie tylko sprawa chorób układu krążenia, ale sprawa całego metabolizmu, który się poddaje modyfikacjom żywieniowym. Nie będę rozwijał tego wątku, gdyż mamy lepszego eksperta na sali, który zapewne o tym powie szerzej.

Jeżeli chodzi o zależność między rakiem a naturalnymi składnikami żywności, działanie ochronne, hamujące rozwój nowotworów złośliwych ma błonnik. Są to witaminy antyoksydacyjne C, betakaroten, E i inne antyoksydanty, a więc flawonoidy, fitoestrogeny, na przykład występujące obficie w soi, i jony wapnia. Wszystkie te związki występują głównie w produktach roślinnych. Rozwojowi nowotworów sprzyja natomiast wysokie spożycie tłuszczu, co ma miejsce w Polsce. Nic dziwnego, że nowotwory się tak intensywnie rozwijają. Stąd akcja podjęta przez Centrum Onkologii: „Warzywa i owoce pięć razy dziennie”. To jest dobre hasło, ale chyba trzeba je będzie lepiej wmontować w nasz program.

Powszechnie dzisiaj wiadomo, że tam, gdzie jest małe spożycie tłuszczów zwierzęcych, a duże warzyw i owoców, jak dzieje się na przykład w krajach śródziemnomorskich, tam jest mała umieralność na chorobę niedokrwienną serca, na nowotwory złośliwe i jest mniej otyłości. To jest już dzisiaj aksjomat, tego nie trzeba udowadniać. Dlatego też została podjęta na skalę europejską inicjatywa, ażeby modelem docelowym dla krajów Unii Europejskiej była dieta śródziemnomorska.

Osteoporoza jest trochę odrębnym zjawiskiem. Mianowicie sprzyja jej niskie spożycie wapnia, i to przede wszystkim w młodości, a więc jest to problem bez wątpienia żywieniowy. Również wysoki stosunek potasu do wapnia w racjach pokarmowych ma swoje znaczenie. Jest to sprawa do specjalnego omówienia, dlatego że nasz model żywienia cechuje się niskim spożyciem wapnia, w każdym razie poniżej norm, a wysokim spożyciem fosforu, czyli powyżej norm. I być może – wysokie spożycie białka, szczególnie białka zwierzęcego, które zwiększa wydalanie wapnia z moczem, i to przez całe życie. A więc ten wpływ jest niewielki, ale za to permanentny.

Jestem głęboko przekonany, a zajmuję się tym właściwie całe życie zawodowe, że epidemii chorób cywilizacyjnych nie da się opanować bez racjonalizacji żywienia całych populacji. Racjonalizację żywienia należy traktować jako bardzo ważną część poprawy stylu życia, a więc nie może być traktowana w oderwaniu od niego. Temu celowi ma służyć promocja zdrowia, która ostatnio święci duże triumfy. Choroby cywilizacyjne są bez wątpienia największym

zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Racjonalne żywienie jest nieodzowną metodą profilaktyki, czyli wdrażanie takiego żywienia w skali populacji powinno być uwzględnione w nowoczesnych systemach ochrony zdrowia.

Rozumiem, że nasza inicjatywa, tak mocno poparta przez ministra zdrowia, jest odpowiedzią na tę potrzebę, która jest doceniana dzisiaj we wszystkich krajach rozwiniętych ekonomicznie.

Niech mi będzie wolno zakończyć trochę prowokującym stwierdzeniem, że ulega się wrażeniu, iż rośnie w społeczeństwie zrozumienie dla roli racjonalnego żywienia w ochronie zdrowia. Tego samego należałoby oczekiwać od instytucji odpowiedzialnych za reformę systemu ochrony zdrowia. W minionej epoce nasz instytut walczył o to bardzo aktywnie, ale nigdy sukcesu nie osiągnęliśmy. Wygląda na to, że w tej chwili od tego sukcesu jesteśmy tylko o krok.

prof. dr hab. Zbigniew Szybiński

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
Katedra i Klinika Endokrynologii

Pan Profesor Szostak prosił mnie o opinię na temat problemu niedoboru jodu i cukrzycy.

Rozpocznę uwagę natury ogólnej, że siłą merytoryczną strategicznego programu rządowego jest to, iż jest on bardzo silnie osadzony w istniejących już innych programach dotyczących żywienia. Krótko mówiąc, jest to szansa zintegrowania w sposób zarówno merytoryczny, jak finansowo i ekonomicznie uzasadniony wielu działań, które były finansowane przez Komitet Badań Naukowych, przez Ministerstwo Zdrowia oraz inne resorty. Jest to unikalna szansa, ażeby w jakiś rozsądny sposób zintegrować nasze działania. Dotyczy to problemu niedoboru jodu i cukrzycy.

Zacznę od jodu, gdyż jesteśmy tu najbardziej zaawansowani. Niedobór jodu jest zagrożeniem dla populacji, bo grozi nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu w postaci kretynizmu, zaburzeniami rozrodczości, zwiększoną śmiertelnością dzieci. Mamy to za sobą, bo rozwiązaliśmy ten problem w kraju trzydzieści lat temu. Polska nie jest obszarem ciężkiego niedoboru jodu. Ale jeszcze w 1947 roku w rejonie Myślenic na próbkę populacyjną stu badanych osób trzy osoby miały nieodwracalne uszkodzenie mózgu, czyli były osobnikami dotkniętymi kretynizmem endemicznym. Jednakże w 1980 roku w sposób całkowicie nieodpowiedzialny została zatrzymana profilaktyka jodowa w Polsce. Program się załamał i przez osiem następujących lat nie było tej profilaktyki.

Jakie były tego konsekwencje? Badania, które podjęliśmy w Polskiej Komisji ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu wspólnie Komitetem Badań Naukowych i Ministerstwem Zdrowia, doprowadziły w latach 1992 – 1994 do rozeznania sytuacji epidemiologicznej. Okazało się, że zgodnie z kryteriami

Międzynarodowej Komisji ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu cały kraj jest obszarem niedoboru jodu, a częstość wola waha się od kilku do czterdziestu procent. Musimy uznać, że w dalszym ciągu około 10 milionów ludzi w kraju ma powiększoną tarczycę.

Drugą konsekwencją zawieszenia profilaktyki jodowej była bardzo niepokojąca sytuacja kobiet w ciąży. To jest kwestia dobrego stanu ciąży wyższych funkcji mózgu: zdolności kojarzenia i zdolności uczenia się. Wiemy, że dzieci z obszaru pełnej suplementacji jodem mają wyższy iloraz inteligencji niż dzieci pochodzące z innych okolic z niedoborami jodu. Jest to walka o jakość mózgu nowego pokolenia.

30% kobiet rozpoczyna ciążę już z powiększoną tarczycą, a po okresie ciąży, bez suplementacji, ta liczba się podwaja. Prawie 60% kobiet bez suplementacji ma powiększoną tarczycę, która tylko częściowo cofa się po ciąży, a częściowo przechodzi w utrwalony stan powiększenia gruczołu tarczowego. Następną konsekwencją zatrzymania profilaktyki jodowej był wzrost wychwytu jodu przez tarczycę. Jest to test stosowany w medycynie, który mierzy ilość jodu w jednostce czasu, czyli pojemność jodową tarczycy. Miara podaży jodu jest wartość tego wskaźnika wyrażonego jako procent dwudziestoczętrogodzinnego wychwytu. W Szwecji wynosi to w granicach 10%–20%, w Stanach Zjednoczonych – 10%. W Polsce po zaprzestaniu profilaktyki jodowej wynosił – 50%.

Oznacza to, że dawka zgromadzonego J 131 w tarczycy po awarii w Czarnobylu była dwukrotnie większa, niż byłaby, gdybyśmy mieli normalną profilaktykę jodową. Tak więc profilaktyka jodowa jest jednocześnie parasolem ochronnym na wypadek następnej awarii nuklearnej, której nie można wykluczyć, bo na Ukrainie nadal pracuje kilka reaktorów starego typu, a na Litwie w dalszym ciągu jest jedyna elektrownia atomowa, która kilka lat temu miała wyciek i niedużo brakowało, a mielibyśmy powtórzone trochę na mniejszą skalę Czarnobyl. Cztery reaktory pracują w Słowacji i w Czechach. Następną konsekwencją zawieszenia profilaktyki jodowej był znamieny wzrost raków tarczycy w Polsce. Mówią o tym dane z naszego rejestru w Krakowie oraz dane Profesora Zatońskiego z Centralnego Rejestru Onkologicznego w Warszawie. Jesteśmy świadkami stale rosnącej liczby przypadków raka tarczycy. W tej chwili ta tendencja nieco się zatrzymała. Stało się tak dlatego, że w roku 1996 w wyniku naszych rekomendacji minister zdrowia wprowadził obligatoryjny model profilaktyki jodowej, który w tym momencie w Europie ma już swoją etykietę „polskiego modelu profilaktycznego”. Polega on na tym, że cała sól stołowa jest jodowana. Wzbudziło to dużo kontrowersji, ale mogę w tej chwili powiedzieć, że model jest bezpieczny i efektywny. Początkowo jodowano 4 tysiące ton soli kuchennej, po wprowadzeniu profilaktyki jodowej prawie 80 tysięcy ton, czyli praktycznie cała sól jest już jodowana. Poza spadkiem wartości wychwytu J 131 przez tarczycę, o którym już mówiłem, mamy bardzo dobre wyniki badań przeprowadzonych wśród dzieci szkolnych w latach 1994 i 1999, z których wynika, że po sześciu latach profilaktyki jo-

dowej w grupie wieku od sześciu do dziewięciu lat nie mamy już w Polsce wola. Pozostałe, wyższe roczniki są dalej tym dotknięte, ale to tylko kwestia czasu. Dorosłe pokolenie nie zlikwiduje wola poprzez profilaktykę, gdyż wymaga to już leczenia, ale jest szansa, że możemy się wywiązać ze zobowiązania podpisanego przez prezydenta Lecha Wałęsę w 1990 roku w Nowym Jorku, na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia – że Polska do roku 2000 rozwiąże problem niedoboru jodu.

Wobec tego powstaje pytanie, w jakim zakresie chcemy wejść do programu strategicznego? Trzeba powiedzieć, że profilaktyka jodowa to nie jest akcja, ale proces, który nie może ani na moment zostać przerwany. Wystarczyło pięć lat przerwy, byśmy znowu stanęli na krawędzi kretynizmu endemicznego. Ale wystarczyło również pięć lat, by odwrócić złe skutki tej przerwy u najmłodszej części populacji. Są to bardzo szybkie, dynamiczne zmiany na poziomie populacyjnym. Ta sprawa wymaga ciągłego monitoringu. Ogólny cel Narodowego Programu Eliminacji Niedoboru Jodu, który został zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 roku i jest realizowany do roku 2003, polega na wyeliminowaniu skutków niedoboru jodu na poziomie populacyjnym w grupach ryzyka, czyli u kobiet w ciąży i w najmłodszej grupie wieku. Następnie zlikwidowanie niedoboru jodu u zwierząt hodowlanych i stworzenie trwałego systemu kontroli jakości technologii jodowania soli kuchennej i pasz zwierzęcych. Monitoring będzie się odbywał w ramach realizacji Narodowego Programu Eliminacji Niedoboru Jodu, natomiast kilka zagadnień powinno zostać rozwiązanych w ramach programu strategicznego. Myślę o stworzeniu centralnej, referencyjnej pracowni oznaczania jodu, która by nawiązywała do standardów europejskich. Po drugie, jest to standaryzacja jodowania żywności dla niemowląt, w przypadku, gdy matka nie może karmić dziecka. Mamy już na ten temat uzgodnienia z Instytutem Żywności i Żywienia. Następnie monitoring tak zwanej przejściowej niedoczynności tarczycy u niemowląt. To jest też zagadnienie, które może i powinno zostać rozwiązane w zakresie strategicznego programu rządowego, we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie

Ostatni problem to analiza poziomu spożycia soli kuchennej jako nośnika jodu, którą chcemy przeprowadzić w ramach strategicznego programu rządowego. Z jednej strony mówimy o profilaktyce jodowej opartej na soli, ale z drugiej, o czym mówił Pan Profesor Szostak, propagujemy ograniczanie spożycia soli ze względu na wiadome konsekwencje w nadciśnieniu i chorobach nowotworowych. Wyjściem z tej sytuacji jest eliminacja niedoboru jodu u zwierząt hodowlanych, poprzez naturalny kierunek tej profilaktyki, a więc jodowanie paszy zwierząt, a nie produktów zwierzęcych. Mamy w przyszłym roku prosić grupę ekspertów o opracowanie technologii jodowania pasz kur, a następnie pasz zwierząt hodowlanych, głównie krów mlecznych i owiec. W ten sposób chcemy uzyskać poprawę wszystkich parametrów biologicznych, o które się upominają zootechnicy, ale również Światowa Organizacja Zdrowia, a po drugie, uzyskać nowy nośnik jodu w postaci mleka, mięsa i jaj. Trzeba powie-

dzieć, że pojawiają się nieodpowiedzialne i łamiące prawo próby jodowania żywności na rynku. Prywatni producenci chleba, mleka i jaj wprowadzają w sposób niekontrolowany, nieodpowiedzialny i łamiący prawo jod, wykorzystując to na rynku jako pewien element handlowy. Robią to oczywiście z chęci zysku, a nie ze względu na profilaktykę. Powinien się tym zająć Główny Inspektorat Sanitarny Kraju z tego względu, że podawanie jodu w sposób niekontrolowany grozi w konsekwencji jego przedawkowaniem.

Jeżeli chodzi o cukrzycę, sytuacja jest podobna. Działa już program prewencji cukrzycy finansowany przez Komitet Badań Naukowych. Obecnie należałoby go kontynuować w zakresie epidemiologii i ekonomiki cukrzycy i tworzenia dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej modeli pierwotnej prewencji w zakresie walki z otyłością. To jest następny obszar działań, które powinny się znaleźć w obrębie strategicznego programu rządowego.

Instrumentem działania jest tu zawód edukatora cukrzycy, o co będziemy się zwracać i zwracaliśmy się już wielokrotnie do Ministerstwa Zdrowia. Bez tego instrumentu lekarz pierwszego kontaktu nie będzie w stanie podjąć na odpowiednim poziomie ani prewencji cukrzycy, ani prewencji miażdżycy.

Wprowadzenie omówionych wyżej zadań do strategicznego programu rządowego będzie cennym uzupełnieniem toczących się programów w zakresie niedoboru jodu i cukrzycy.

prof. dr hab. Bogdan Chazan

Instytut Matki i Dziecka

Klinika Położnictwa i Ginekologii

Chciałbym krótko przedstawić Państwu tezę, że odżywianie się przyszłych rodziców, przed ciążą, oraz kobiety podczas ciąży wywiera ogromny wpływ na zdrowie dzieci, a więc stan zdrowia przyszłych pokoleń wręcz programuje w dużym stopniu zdrowie tych osób. Wpływa również na zdrowie matki, a także jej następnych dzieci. Jest to problem w naukach położniczych odkrywany obecnie jakby na nowo. Okazuje się na przykład, że środowisko, w którym rozwija się zarodek i płód, zależy w dużym stopniu od sposobu żywienia się matki. Wrażliwy na wszelkie niedobory, na szkodliwe czynniki z zewnątrz płód reaguje na nieprawidłowe żywienie zaburzeniami wzrostu, a także powstaniem wad. Niedożywione w macicy matki, przedwcześnie urodzone dziecko nie tylko gorzej się rozwija, ale w przyszłości częściej choruje.

Deficyt białka u potencjalnych rodziców, deficyt witamin, zakażenia, niedokrwistość, następnie u kobiety ciężarnej – czynniki ryzyka niedokrwienia kobiet w okresie prokreacji, a także mężczyzn przed ciążą, to wszystko powoduje szereg różnego rodzaju powikłań, z których zwracam szczególnie uwagę na przedwczesny poród, ponieważ jest to przyczyna 80% problemów rodzinnych, zgonów dzieci, a także wydatków państwa. Jeżeli w czasie ciąży kobieta odżywia się nieprawidłowo, wówczas u płodu i noworodka powstają wady roz-

wojowe, dystrofia, w dalszej kolejności u dziecka – niedokrwistość, opóźniony wzrost, opóźnione pokwitanie. W ten sposób w następnych pokoleniach jakby na nowo programuje się coś, co ma miejsce głównie w okresie ciąży. Okazuje się, że jeżeli dziecko jest niedożywione w macicy matki, rośnie zbyt wolno i ma zbyt małą masę ciała, w okresie dojrzałym człowiek ten częściej choruje, ma częściej nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, chorobę wieńcową.

Tak więc wydaje się, że realizacja programu, którego celem jest między innymi ocena sytuacji, a więc ocena stanu odżywiania i sposobu żywienia kobiet i mężczyzn w okresie przedkoncepcyjnym, a także w okresie ciąży w odniesieniu do kobiet, zdobycie wiedzy na ten temat będzie uzasadnieniem do rozwinięcia programów interwencyjnych. Programów, które już są realizowane i będą w przyszłości w ramach programu, o którym mówimy. Mówię tutaj zwłaszcza o programie powszechnego wdrożenia opieki przedkoncepcyjnej, poprawie opieki perinatalnej, promocji karmienia piersią – bo właściwe żywienie noworodka ma również olbrzymi wpływ na jakość jego życia – a także o programie prewencji wad rozwojowych.

dr n.ekonom. Włodzimierz Sekuła
Instytut Żywności i Żywienia
Zakład Ekonomiki Wyżywienia

Kierunki i uwarunkowania dostosowań polskiej gospodarki żywnościowej oraz konsumpcji żywności do prozdrowotnego modelu żywienia ludności*

Przez model żywienia rozumie się ilości i rodzaje artykułów żywnościowych spożywane przez pojedynczą osobę, rodzinę, grupę osób bądź liczniejszą populację oraz ilość energii i składników odżywczych dostarczaną przez te artykuły. Prozdrowotny model żywienia to taki, który zapewnia pokrycie zalecanych norm na energię i składniki odżywcze.

Modele żywienia identyfikuje się dzięki różnym źródłom informacji. Najłatwiej dostępnym źródłem są dane przedstawiające spożycie niektórych artykułów żywnościowych przez 1 mieszkańca kraju. W połączeniu z wynikami obliczeń, dotyczących ilości energii i składników odżywczych, dane te obrazują przeciętny model żywienia całej populacji. Jest to informacja, bez której wprawdzie trudno się obejść, ale mająca swe ograniczenia, „maskująca” bowiem fakt, że w istocie występuje wiele różnych modeli żywienia. Wiemy o tym dzięki wynikom badań budżetów gospodarstw domowych. Przeprowadzane w Polsce corocznie na próbie losowej, liczącej przeszło 30 tys. gospodarstw, dostarczają one m.in. informacji o wielkości przeciętnego miesięcznego spożycia artykułów żywnościowych na 1 osobę w zależności od grupy społeczno-ekonomicznej, charakteru miejsca zamieszkania, wielkości i rodzaju rodziny, wysokości uzyskiwanych dochodów i szeregu innych jeszcze czynników.

Jesteśmy świadomi istnienia różnych modeli żywienia także dzięki wynikom badań sposobu żywienia. Są one najbardziej cenione w środowisku żywieniowców ze względu na to, że w przeciwieństwie do dwóch poprzednich źródeł dostarczają one, zamiast przeciętnych dla ogółu ludności bądź przeciętnych dla subpopulacji, informacji o rzeczywistym spożyciu przez pojedyncze osoby. Niestety jak dotąd badania tego rodzaju w Polsce dotyczyły je-

* Współautorami referatu są: prof. W. Ciechomski – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, prof. W. Józwiak – Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, prof. J. Zegar – Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej.

dynie stosunkowo niewielkich, wybranych grup ludności. Ich wyniki, choć wartościowe, nie dają zatem pełnego obrazu sytuacji. Pełna świadomość tego była przyczyną zaplanowania szeroko zakrojonych badań indywidualnego spożycia w obrębie projektu wieloletniego programu rządowego.

Mimo wszystko, sporo już wiemy na temat tego, jak się żywią Polacy. Choć istnieje zróżnicowanie modeli żywienia, to jednak wiele cech jest wspólnych. Generalnie, Polacy żywią się nieprawidłowo. Jakie więc zmiany są niezbędne?

Wskazówki w tym zakresie zostały ujęte w opracowaniu Instytutu Żywności i Żywienia nt. „Strategia i polityka w zakresie wyżywienia ludności Polski w aspekcie zdrowia” (przedłożonym w kwietniu 1997 r. sejmowej Komisji Zdrowia). Zgodnie z nim zmiana obecnego modelu żywienia w Polsce na prozdrowotny wymaga:

1. Obniżenia do 25-30% udziału tłuszczu w pokrywaniu dobowego zapotrzebowania energetycznego przy jednoczesnym:

- zdecydowanym obniżeniu spożycia tłuszczów zwierzęcych jako głównego źródła nasyconych kwasów tłuszczowych,
- ograniczeniu do minimum stosowania w diecie nienasyconych kwasów tłuszczowych typu „trans” (utwardzone margaryny),
- wzroście spożycia tłuszczów roślinnych, głównie pod postacią olejów i miękkich margaryn oraz oliwy.

2. Zmiany struktury spożycia mięsa i jego przetworów, wyrażającej się:

- stopniowym zmniejszaniem spożycia mięsa „czerwonego”, szczególnie jego tłustych rodzajów i przetworów z tego mięsa,
- wzrostem spożycia mięsa drobiu.

3. Znacznego zwiększenia spożycia ryb, zwłaszcza morskich i ich przetworów.

4. Wzrostu spożycia węglowodanów złożonych, a więc produktów zbożowych (pieczywo razowe, kasze, płatki, makarony) i ziemniaków.

5. Obniżenia spożycia cukru i słodczy i szerszego wprowadzenia do diety intensywnych środków słodzących.

6. Wzrostu spożycia warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych oraz orzechów. Warzywa i owoce powinny być spożywane w każdym codziennym posiłku.

7. Zachowania spożycia mleka, przy jednoczesnym wzroście konsumpcji jego przetworów, w tym głównie chudych serów twarogowych oraz jogurtów z żywymi kulturami bakteryjnymi.

8. Zmniejszenia spożycia jaj.

9. Znacznego obniżenia spożycia alkoholu, z jednoczesną zmianą profilu konsumpcji na korzyść napojów niskoprocentowych, a zwłaszcza czerwonego wina.

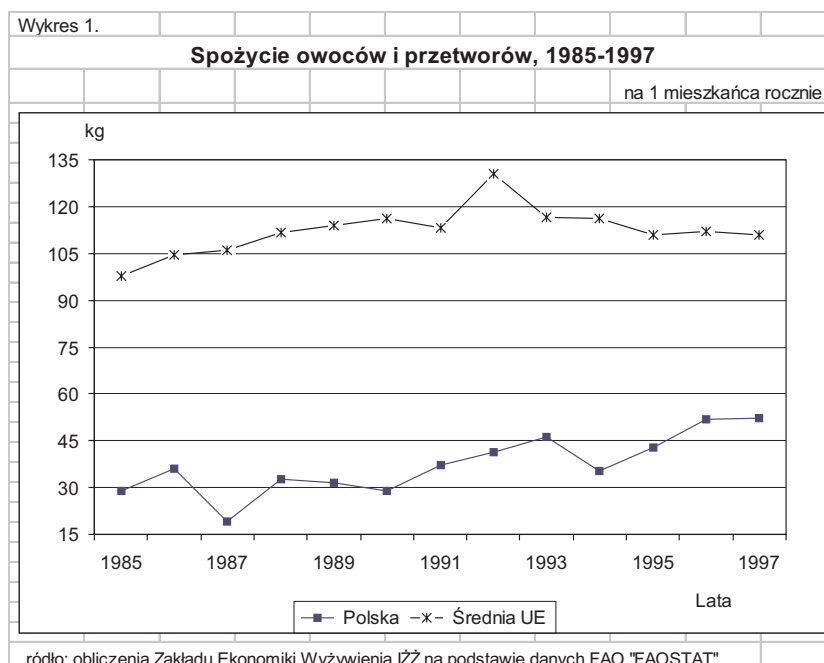
10. Znacznego wzrostu spożycia soków warzywnych i owocowych oraz wód mineralnych.

W bardziej zwartej formie wskazania, jak powinien się zmieniać model żywienia, znalazły się w „Średniookresowej strategii rozwoju rolnictwa i obsza-

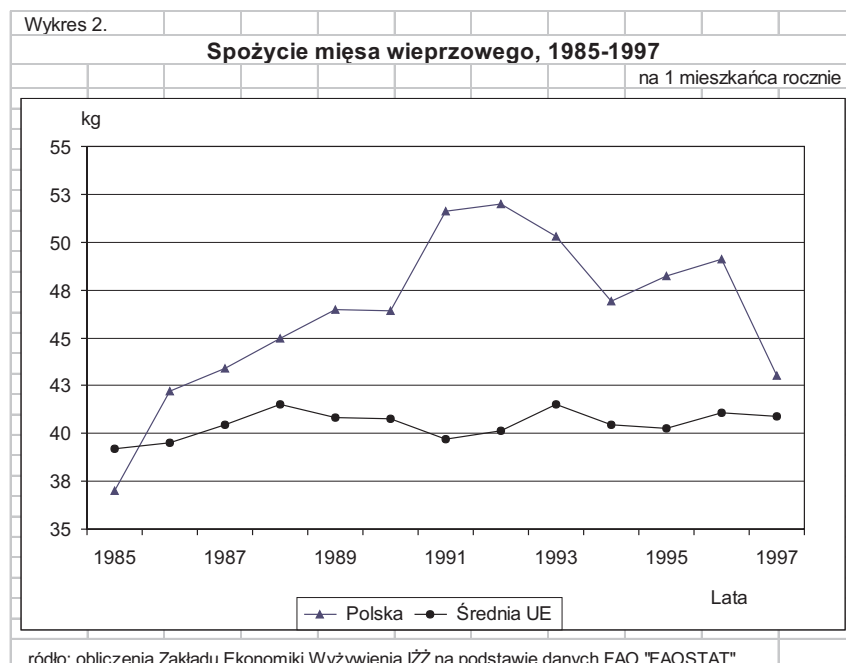
rów wiejskich”, tj. dokumencie Ministerstwa Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, przyjętym przez Radę Ministrów 21 kwietnia 1998 r. Zgodnie z tym dokumentem modyfikacja polskiego modelu żywienia powinna postępować zatem w niemal powszechnie akceptowanym już kierunku:

- obniżenia spożycia tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych,
- zwiększania spożycia drobiu i ryb,
- wzrostu spożycia produktów zbożowych i ziemniaczanych,
- obniżenia spożycia cukru i słodczy,
- wzrostu spożycia warzyw i owoców,
- wzrostu spożycia przetworów mlecznych,
- obniżenia i zmiany struktury spożycia alkoholu,
- znaczącego wzrostu spożycia soków z owoców i warzyw oraz wód mineralnych.

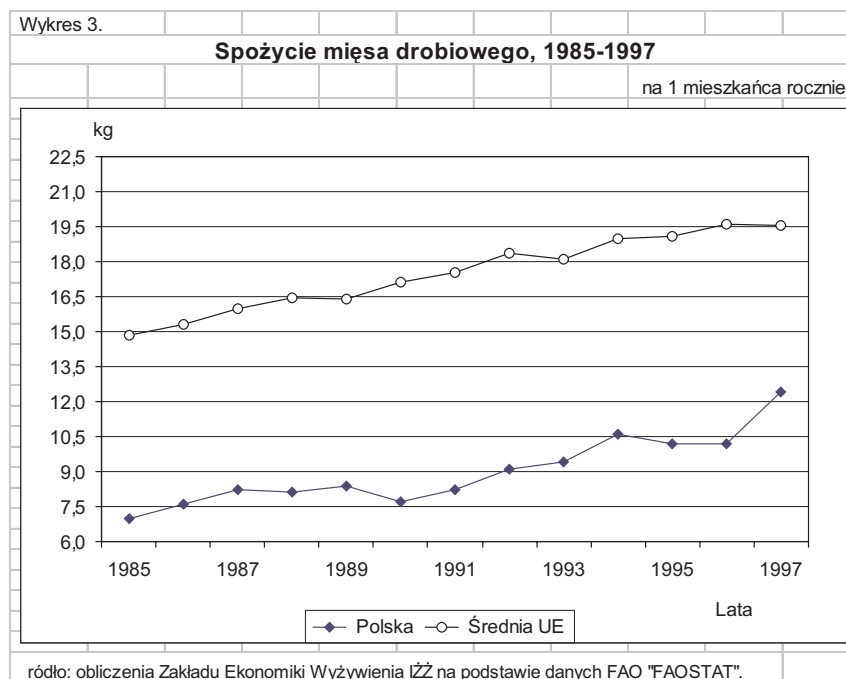
W tym kontekście przydatna jest orientacja, jak przedstawia się obecnie polski model żywienia na tle analogicznych modeli w innych krajach. Aby to zobrazować, posłużono się danymi z bazy informacyjnej FAO, dotyczącej spożycia artykułów żywnościowych na 1 mieszkańca w naszym kraju oraz w krajach członkowskich Unii Europejskiej. W przypadku tych ostatnich obliczono średnie ważone spożycie w całej Unii. Wagami była liczba ludności w poszczególnych krajach. Wzięto pod uwagę lata 1985 – 1997.



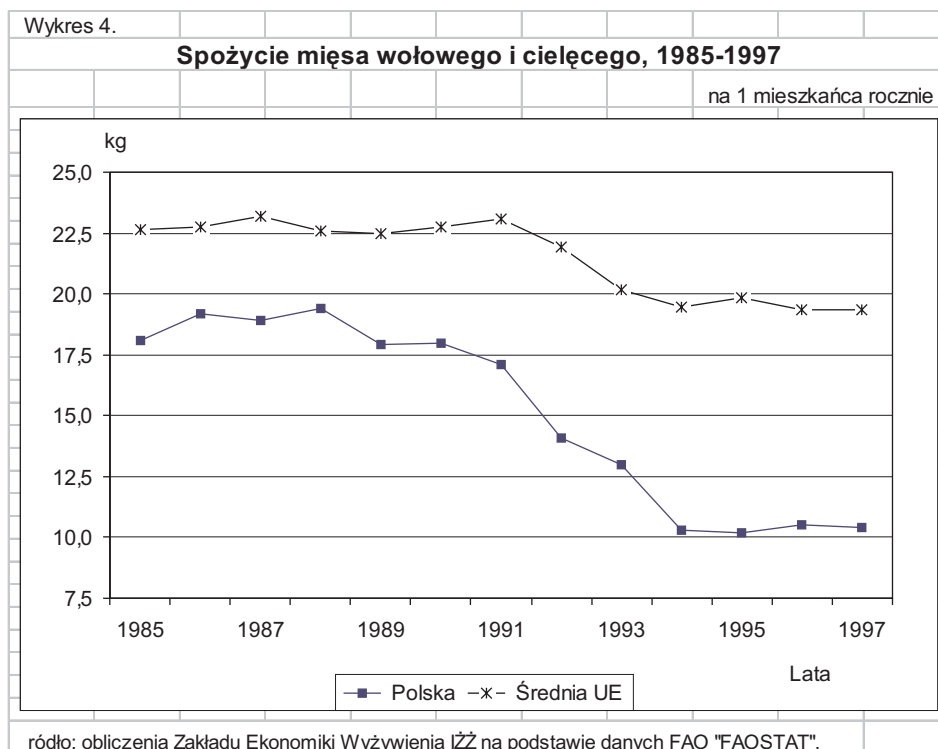
Zacznijmy od spożycia owoców. Wykres 1 uświadamia utrzymywanie się bardzo dużego dystansu, dzielącego Polskę od krajów należących do Unii, mimo wyraźnej poprawy w konsumpcji owoców w naszym kraju w okresie transformacji.



Następny wykres wskazuje, że Polska wyprzedza Unię Europejską w konsumpcji mięsa wieprzowego. Przy wyższym poziomie spożycia w porównaniu ze średnią dla Unii polska wieprzowina zawiera też więcej tłuszczu niż wieprzowina w krajach wymienionego ugrupowania.



Jednocześnie w Polsce (wykres 3) spożywa się znacznie mniej mięsa drobiowego w porównaniu z krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Choć dystans w stosunku do Unii zmniejsza się w ostatnich latach, pozostaje on bardzo znaczny.



W krajach członkowskich Unii Europejskiej dużo większe znaczenie niż w Polsce odgrywa też wołowina, mimo że jej spożycie maleje. Uświadamia to wykres 4.

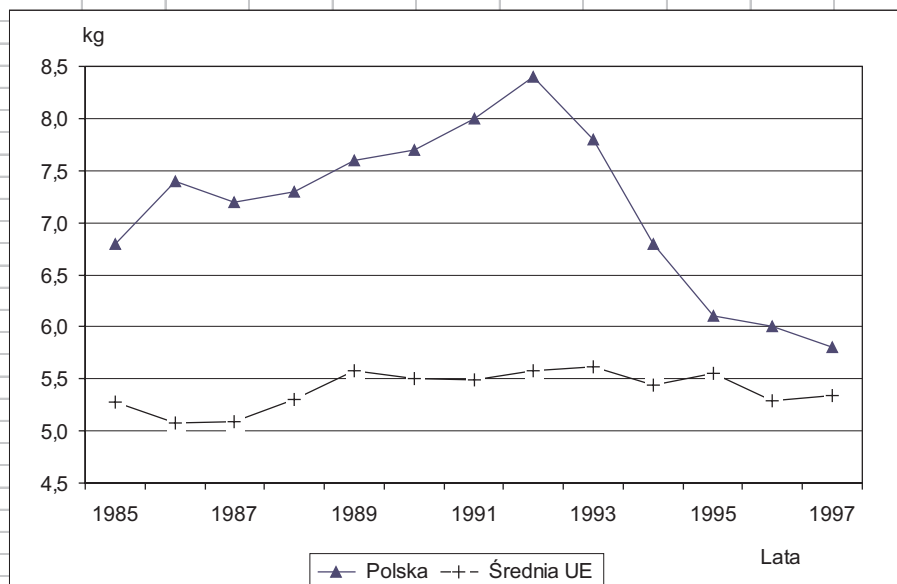
Niekorzystną cechą polskiego modelu żywienia jest wysokie spożycie tłuszczów zwierzęcych. Przedstawia je wykres 5. Nie obejmuje ono masła, dotyczy natomiast takich tłuszczów, jak słonina, boczek, sadło, smalec, itp. Z drugiej strony, kraje członkowskie Unii Europejskiej wyprzedzają Polskę pod względem wysokości spożycia tłuszczów roślinnych utwardzonych i olejów, co ilustruje wykres 6.

Wykres 7 uświadamia, że w przeciwieństwie do gwałtownego spadku spożycia mleka i przetworów w Polsce, które miało miejsce w okresie transformacji, ich średnia konsumpcja w krajach członkowskich Unii pozostawała względnie ustabilizowana. W rezultacie, choć jeszcze w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych spożycie mleka i przetworów w Polsce było nawet wyższe w porównaniu z Unią, to już w drugiej połowie wymienionej dekady sytuacja zmieniła się na niekorzyść Polski, ulegając dalszemu pogorszeniu w następujących latach.

Wykres 5.

Spożycie pozostałych tłuszczów zwierzęcych^{*/}, 1985-1997

na 1 mieszkańca rocznie



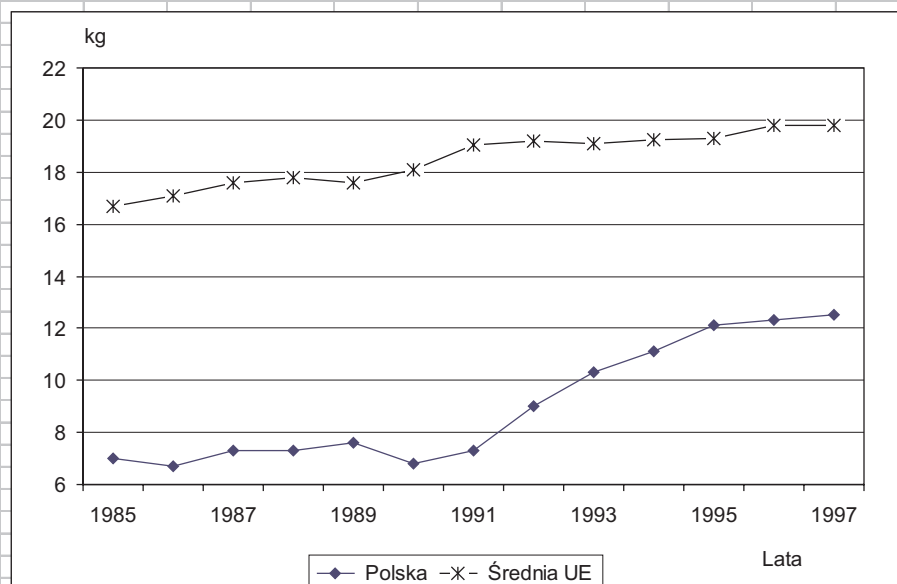
*/ - bez masła, tłuszczów rybich i śmietany

ródło: obliczenia Zakładu Ekonomiki Wyżywienia IŻŻ na podstawie danych FAO "FAOSTAT".

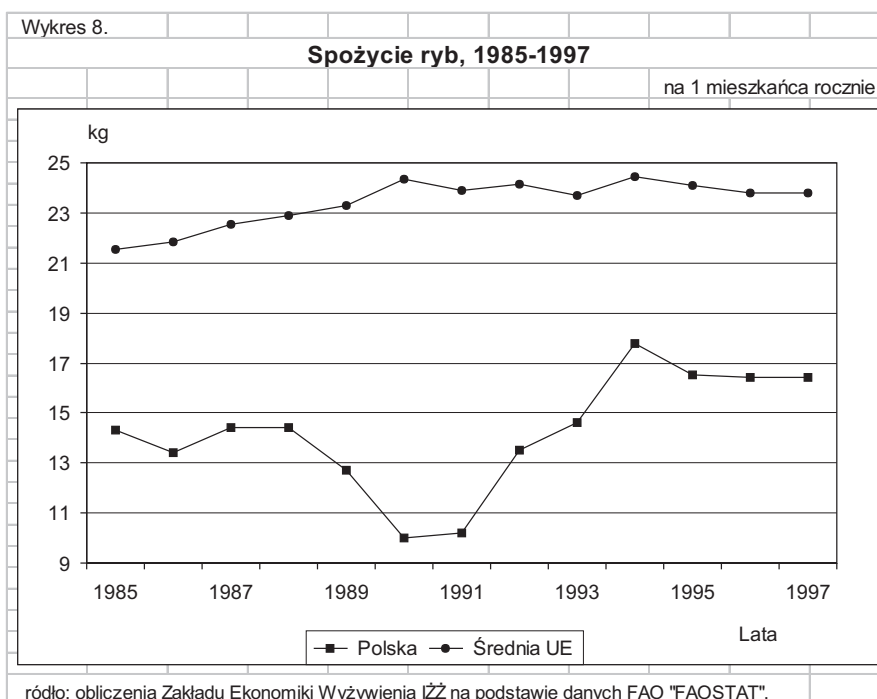
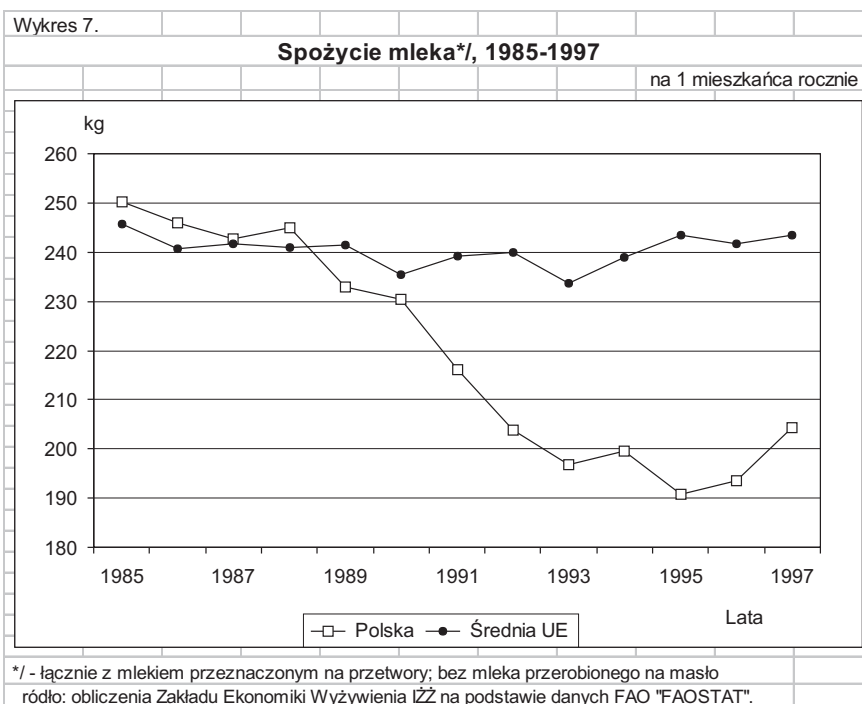
Wykres 6.

Spożycie tłuszczów i olejów roślinnych, 1985-1997

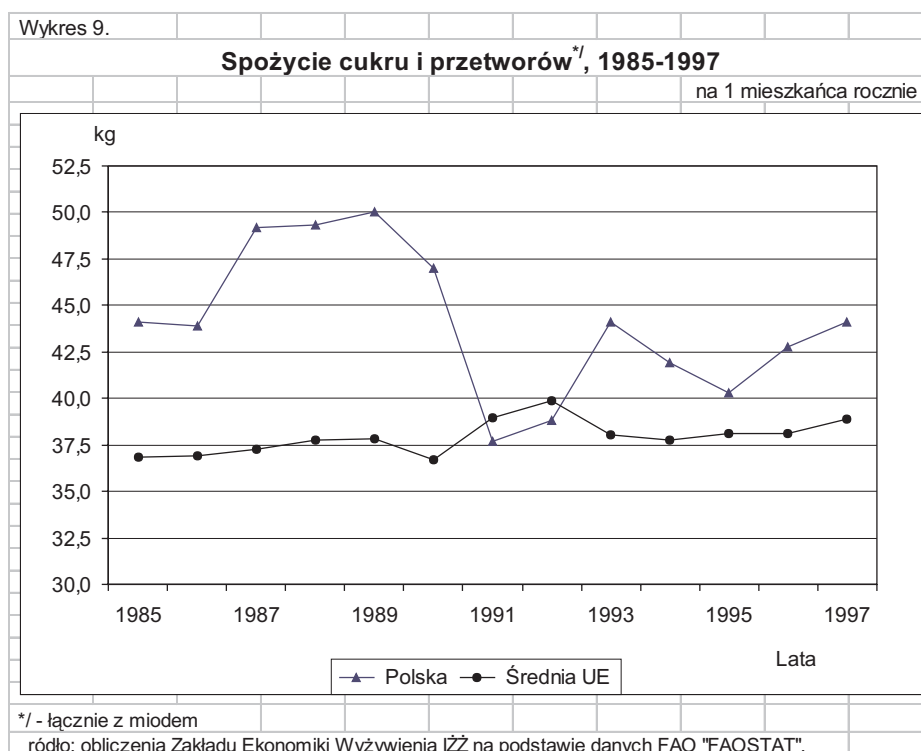
na 1 mieszkańca rocznie



ródło: obliczenia Zakładu Ekonomiki Wyżywienia IŻŻ na podstawie danych FAO "FAOSTAT".



Polski model żywienia zawiera mniej ryb w porównaniu z modelem typowym dla Unii Europejskiej. Obrazuje to wykres 8.



Z drugiej strony, co jest niewątpliwie jego dalszą niekorzystną cechą, obejmuje on więcej cukru i słodczy (wykres 9).

Przypomnę, że zalecana modyfikacja polskiego modelu żywienia to przede wszystkim wzrost spożycia owoców i warzyw, tłuszczów i olejów roślinnych, mięsa drobiowego, przetworów mlecznych i ryb przy jednoczesnym ograniczaniu konsumpcji mięsa „czerwonego”, jaj oraz cukru i słodczy. Uwzględniając, że mimo wzrostu importu żywności rolnictwo krajowe i krajowy przemysł spożywczy mają decydujące znaczenie jako źródła zaopatrzenia Polaków w żywność, co należy zrobić, aby tę znaczącą rolę utrzymać nadal? Wymagałoby to przesunięć w strukturze produkcji rolnej i przetwórstwa. Chodzi o wzrost produkcji surowych i przetworzonych owoców i warzyw, olejów i tłuszczów roślinnych, mięsa drobiowego, mleka i przetworów oraz ryb, przy ograniczaniu produkcji mięsa „czerwonego” i jego przetworów oraz cukru i przetworów. Czy jest to możliwe i jakie sposoby muszą być użyte, aby te zmiany nastąpiły? Dokładnej odpowiedzi na to udzielią badania projektowane w obrębie wieloletniego programu rządowego, ale już obecnie można pokusić się o wstępną ocenę.

I tak, wydaje się możliwe dalsze zwiększenie produkcji warzyw, choć już obecnie nie jest ona niska. Konieczne jest przy tym urozmaicenie struktury produkcji, w której dominują obecnie buraki, cebula, marchew i kapusta. Działalność w tym zakresie mogłaby zwiększyć konkurencyjność polskich warzyw w stosunku do importowanych. Zbiory warzyw ulegają wahaniom.

Wysokie są straty spowodowane niewystarczającą powierzchnią przechowalniczą. Sytuacja ta wyznacza kierunki działania.

Owoce. Warunki naturalne, zasoby ziemi i siły roboczej sprzyjają produkcji niektórych rodzajów owoców. Istnieją też możliwości dalszego, istotnego jej zwiększania. Konieczne jest, podobnie jak w przypadku warzyw, urozmaicenie struktury produkcji, a zwłaszcza wprowadzenie takich odmian, które będą dostępne przez dłuższy okres w roku. Dotyczy to szczególnie owoców jagodowych.

Niewystarczająca baza przechowalnicza przyczynia się do wysokich strat. Okoliczności te wyznaczają kierunki dalszego działania.

Tłuszcze i oleje roślinne. W Polsce ze względów klimatycznych można produkować głównie rzepak. Produkcja ta jest jednak bardzo wrażliwa na warunki klimatyczne i mało w związku z tym stabilna. Potrzebne są zatem dalsze prace nad doskonaleniem genetycznym rzepaku.

Mleko. Tendencja spadkowa spożycia mleka płynnego i jego przetworów powinna być zastąpiona tendencją wzrostową. Jest to pożądane szczególnie ze względu na spadek zawartości wapnia w modelu żywienia Polaków, który nastąpił w rezultacie zmniejszonej konsumpcji tej grupy artykułów.

Wzrost podaży jest możliwy do osiągnięcia przede wszystkim przez zwiększenie wydajności mlecznej krów.

Mięso drobiowe. Istnieją możliwości dalszego zwiększenia produkcji mięsa drobiowego, choć wymaga to poprawy efektywności chowu drobiu.

Wieprzowina. Spożycie wieprzowiny w Polsce jest istotnie wyższe niż średnio w krajach Unii Europejskiej, a ponadto polskie mięso wieprzowe charakteryzuje się wyższą zawartością tłuszczu; sięga ona do około 33%, podczas gdy na przykład tusze świń w Holandii, Niemczech i Wielkiej Brytanii zawierają 21–22% tłuszczu, a w Danii jedynie 17%.

Wynika z tego oczywista konieczność zmniejszania zawartości tłuszczu w mięsie wieprzowym. Jednocześnie, prawdopodobne są dalsze przesunięcia w popycie na mięso na korzyść mięsa drobiowego.

Modyfikacja polskiego modelu żywienia wymaga wzrostu spożycia **ryb**. Tymczasem w ostatnich latach nastąpił głęboki spadek połowów ryb morskich, powodujący wzrost uzależnienia od importu. Prawdopodobna jest teza, że wzrost popytu na ryby będzie pociągał za sobą dalszy wzrost importu.

Obiecujące są perspektywy rozwoju stawowej produkcji ryb ze względu na to, że efektywność wykorzystania pasz jest większa niż przy produkcji innych rodzajów mięsa.

Perspektywy rolnictwa ekologicznego

Są one znaczne ze względu na to, że duża część obszarów wiejskich charakteryzuje się wysokim stopniem czystości środowiska. Według badań Instytutu Upraw, Nawożenia i Gleboznawstwa, tylko na ok. 3 proc. użytków rol-

nych w Polsce nie jest wskazana uprawa roślin spożywczych ze względu na ich zanieczyszczenie metalami ciężkimi. Polskie rolnictwo w znacznej części produkuje metodami ekstensywnymi, o czym świadczy średnio 2–3 razy mniejsze zużycie nawozów mineralnych i 7 razy mniejsze zużycie pestycydów niż średnio w krajach OECD.

Z wyników badań nad rolnictwem ekologicznym w Europie wynika, że rolnictwo takie może objąć w najbliższych 10–20 latach nawet do 5% gospodarstw rolnych.

W Polsce jest obecnie zaledwie około 600 gospodarstw ekologicznych posiadających atest EKOLANDU.

Ze względu na to, że stosowanie ekologicznych metod produkcji rolniczej jest zwykle mniej opłacalne ekonomicznie niż metody konwencjonalne, konieczne będzie wprowadzenie płatności rekompensujących rolnikom różnice w dochodach.

Prozdrowotny model żywienia a obecne modele w gospodarstwach domowych znajdujących się w sferze ubóstwa

Do krótkiej charakterystyki sytuacji w tym zakresie wykorzystano rezultaty analizy Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące zasięgu ubóstwa w Polsce w 1998 r. oraz wyniki własnych obliczeń. Ustalaniu zasięgu ubóstwa służy kilka kryteriów, zwanych granicami ubóstwa. Przyjmuje się, że w sferze ubóstwa znajdują się takie gospodarstwa domowe (a tym samym wszystkie osoby wchodzące w ich skład), których wydatki (lub dochody) są niższe od określonej granicy.

Rok 1998 nie przyniósł istotnych zmian w stosunku do poprzedniego, jeśli chodzi o zasięg ubóstwa. Nadal połowa społeczeństwa żyła w rodzinach, w których wydatki były niższe od minimum socjalnego, stanowiącego granicę ostrzegającą przed ubóstwem. Co szósta osoba żyła w sferze ubóstwa relatywnego (obejmuje osoby, których wydatki są niższe od połowy średnich wydatków ogółu gospodarstw domowych), natomiast co osiemnasta pochodziła z rodzin, w których wydatki były niższe od minimum egzystencji. Minimum to obejmuje wartość wyłącznie niezbędnych potrzeb i jest przyjmowane jako granica skrajnego ubóstwa.

Na poziomie podobnym jak przed rokiem kształtowała się głębokość ubóstwa mierzona wskaźnikiem luki wydatkowej, tj. różnicy pomiędzy średnimi wydatkami w gospodarstwach znajdujących się poniżej uwzględnionych granic ubóstwa a wysokością (wartością) tych granic. W 1998 r. wskaźnik średniej luki wydatkowej dla gospodarstw domowych żyjących poniżej minimum socjalnego przekroczył 30%. Średni poziom wydatków rodzin w sferze skrajnego ubóstwa był około 16% niższy od minimum egzystencji. W gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej granicy ubóstwa relatywnego luka wydatkowa sięgała około 20% (tabl. 1).

Tabl. 1

Zasięg ubóstwa w Polsce w 1998 r.

Granice ubóstwa	Stopa ubóstwa (odsetek osób poniżej granicy ubóstwa)	Głębokość ubóstwa (wskaźnik luki wydatkowej w %)
Minimum socjalne	49,8	ok. 31
50% średnich wydatków gospodarstw domowych	15,8	ok. 20
Minimum egzystencji	5,6	ok. 16

ródło: A.Szukietojć-Bieñkuñska: Zasięg ubóstwa w Polsce w 1998 r.
(w świetle badań budżetów gospodarstw domowych) W: Warunki życia ludności w 1998.
Główny Urząd Statystyczny, Departament Warunków Życia, Warszawa 1999.

W 1998 r. zwiększył się zasięg ubóstwa w gospodarstwach powiązanych z rolnictwem. Na przykład zasięg ubóstwa relatywnego w gospodarstwach domowych rolników zwiększył się z ponad 21% w 1997 r. do 27% w 1998 r., a zasięg ubóstwa skrajnego z około 7% do ponad 10%. Nie zmieniły się natomiast wskaźniki ubóstwa w pozostałych grupach społeczno-ekonomicznych gospodarstw domowych.

Ubóstwo najbardziej dotyka gospodarstwa utrzymujące się z niezarobkowych źródeł innych niż emerytury i renty. ródła te stanowią zasiłki dla bezrobotnych, alimenty, darowizny, zasiłki z pomocy społecznej itp. W 1998 r. ponad jedna czwarta ogółu osób znajdujących się w tych gospodarstwach znajdowała się w sferze ubóstwa skrajnego.

Na jaki model żywienia stać rodziny znajdujące się w sferze ubóstwa?

Odpowiedź na to pytanie przynoszą dane w tabeli 1, przedstawiające różnice procentowe między przeciętnym miesięcznym spożyciem ważniejszych artykułów żywnościowych w rodzinach znajdujących się w sferze ubóstwa a średnim spożyciem ogółu polskich rodzin. Spożycie to zostało przedstawione w przeliczeniu na tzw. jednostkę ekwiwalentną według skali OECD, dzięki czemu zapewniona jest porównywalność między gospodarstwami domowymi o różnej wielkości i o różnym składzie demograficznym.

Rodziny znajdujące się w sferze ubóstwa żywią się przede wszystkim artykułami podstawowymi, tańszymi, do których w pierwszym rzędzie należy pieczywo. Wielkość spożycia pieczywa w tych rodzinach niewiele różni się zatem od spożycia wśród ogółu rodzin. Jest to jednak, pomijając tłuszcze zwierzęce tkankowe, jedyna grupa artykułów, do której odnosi się to spostrzeżenie. Spożycie wszystkich pozostałych artykułów jest tym niższe, im niższa jest granica ubóstwa, przy czym dystans w stosunku do średniej dla ogółu gospodarstw jest uzależniony od grupy artykułów. Największy dotyczy spożycia owoców i przetworów, ryb i przetworów, masła, serów, warzyw i przetworów, mięsa, podrobów i przetworów.

Tabl. 2.

Przeciętne miesięczne spożycie artykułów żywnościowych w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej wybranych granic ubóstwa w 1998 roku w porównaniu ze średnią dla ogółu gospodarstw domowych.

na jednostkę ekwiwalentną wg skali OECD w %

Wyszczególnienie	Minimum socjalne	50% średnich wydatków	Minimum egzystencji
Pieczywo	101,5	103,5	100,8
Mąka	98,8	97,0	92,2
Kasze i płatki, ryż	86,4	78,8	74,2
Makaron	90,2	78,0	73,2
Ziemniaki	95,4	93,3	88,2
Strączkowe	92,3	100,0	84,6
Warzywa i przetwory	84,2	74,2	64,5
Owoce i przetwory	70,2	53,0	43,1
Mięso, podroby, przetwory	82,1	70,2	64,9
w tym: mięso	86,1	72,4	60,3
w tym: wieprzowe	89,5	75,7	61,2
wołowe i cielęce	65,3	42,9	34,7
drób	89,5	78,4	66,7
przetwory mięsne	88,9	77,5	66,1
w tym: wędliny wysokogatunkowe	61,8	36,4	23,6
Ryby i przetwory	61,2	46,9	46,9
Tłuszcze: ogółem	93,5	86,6	81,6
zwierzęce tkankowe	103,0	106,1	109,1
roślinne	96,4	92,1	87,1
masło	77,8	55,6	44,4
Mleko płynne	95,8	93,7	85,3
Sery	78,8	63,7	53,1
Śmietana i śmietanka	95,2	87,1	80,6
Jaja	91,3	82,1	74,5
Cukier	93,5	87,0	77,7
Wyroby cukiernicze	69,2	53,8	41,0

ródło: obliczenia własne Zakładu Ekonomiki Wyżywienia IŻŻ w oparciu o dane Departamentu Warunków Życia GUS

W związku z niższym spożyciem niemal wszystkich grup artykułów w rodzinach znajdujących się w sferze ubóstwa w porównaniu ze średnią dla ogółu rodzin, w tych pierwszych przypada mniej energii i składników odżywczych w przeliczeniu na jednostkę ekwiwalentną. Dystans w stosunku do średniej jest tym większy, im niższa jest granica ubóstwa. Obrazuje to tabela 2.

Rodziny znajdujące się poniżej minimum egzystencji stać tylko na taki model żywienia, który dostarcza o około jedną piątą mniej energii niż wynosi średnia dla ogółu rodzin. Ilość białka ogółem, którą zapewnia ten model, jest

o jedną czwartą niższa w stosunku do średniej, a w tym ilość białka zwierzęcego jest o 35% niższa.

Tylko niewiele lepsza sytuacja pod tym względem występuje w rodzinach znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa.

Sytuacja w rodzinach znajdujących się w sferze ubóstwa powinna być przedmiotem uważnej obserwacji, a jej wyniki powinny posłużyć do opracowania i wdrożenia programów adresowanej pomocy żywnościowej. Będzie to przedmiotem wieloletniego programu rządowego.

Modyfikacja polskiego modelu żywienia, której kierunki wskazano szkicowo wyżej, nie będzie skuteczna i efektywna, jeśli nie będzie następstwem spójnego, skoordynowanego i zorganizowanego zespołu działań, podporządkowanych jasnej koncepcji, wykonywanych na mocy dokumentu rządowego. Tak dzieje się w niektórych krajach, do których Polska niestety nie należy.

Tabl. 3.

**Wartość energetyczna i odżywcza spożycia artykułów żywnościowych
w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej
wybranych granic ubóstwa w 1998 roku w porównaniu
ze średnią dla ogółu gospodarstw.**

na jednostkę ekwiwalentną wg skali OECD w %

Wyszczególnienie	Minimum socjalne	50% średnich wydatków	Minimum egzystencji
Wartość energetyczna	93,0	87,5	80,8
Energia poch. zwierzęcego	89,4	79,4	70,0
Energia poch. roślinnego	94,6	91,1	85,5
Składniki odżywcze:			
białko: ogółem	90,6	83,1	74,9
zwierzęce	86,8	75,5	65,0
roślinne	96,0	94,2	89,3
tłuszcz: ogółem	90,7	82,1	74,2
zwierzęcy	89,9	79,7	70,7
roślinny	92,0	85,9	79,6
węglowodany przyswajalne	95,1	92,0	86,4

różło: obliczenia własne Zakładu Ekonomiki Wyżywienia IŻŻ w oparciu o dane Departamentu Warunków Życia GUS

Dość powszechna i stosunkowo trwała świadomość tych uwarunkowań legła u podstaw jednego z zasadniczych postanowień Światowej Deklaracji i Planu Działania na Rzecz Żywności (*World Declaration and Plan of Action for Nutrition*), zobowiązującego wszystkie kraje do przyjęcia poprawy żywienia za cel krótko- i długookresowej polityki rozwoju społeczno-gospodarczego.

Przyjęcie Światowej Deklaracji i Planu Działania na Rzecz Żywności, co nastąpiło na Międzynarodowej Konferencji Żywieniowej (Rzym, grudzień 1992 r.), spowodowało w efekcie wzrost liczby krajów, które poprawę żywienia uczyniły celem polityki, planów bądź programów, którego osiągnięcie wymaga skoordynowanych działań w różnych sektorach, w tym przede wszystkim bezpośrednio związanych z żywnością i żywieniem, jak rolnictwo, przetwórstwo i obrót żywnością.

W Polsce obiecującym świadectwem akceptacji takiego sposobu podejścia stała się cytowana już „Średniookresowa strategia rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich”. W tekście tego dokumentu stwierdzono, że *sektor rolno-spożywczy ma niepowtarzalną szansę aktywnego zaangażowania się w realizację prozdrowotnej polityki żywnościowej. Wykreowanie w Polsce takiej polityki może stać się jedną z najskuteczniejszych i najtańszych form poprawy zdrowia ludności kraju.*

Stworzyło to podstawę do zaplanowania tematów badawczych i zadań aplikacyjnych, ujętych w projekcie wieloletniego programu rządowego, zmierzających w ostatecznym efekcie do określenia założeń i podjęcia wdrażania polityki prowadzącej do dostosowania produkcji i przetwórstwa żywności w Polsce, a także jej obrotu (rozpatrywanego ze szczególnym uwzględnieniem sektora żywienia zbiorowego) do wymagań prozdrowotnego modelu żywienia. Kreacja takiego modelu wymaga przygotowania i prowadzenia spójnej polityki edukacyjnej w celu podniesienia poziomu wiedzy o żywieniu tak konsumentów, jak producentów, przetwórców i uczestników obrotu.

Główne zadania tej części projektu wieloletniego programu rządowego, którą zatytułowano „Polityka produkcji surowców rolniczych, przetwórstwa żywności oraz edukacji uwzględniająca prozdrowotny model żywienia jako istotny element procesów integracyjnych z Unią Europejską” obejmują:

- wskazanie kierunków, metod i instrumentów dostosowań polskiej produkcji rolnej, krajowego przetwórstwa żywności oraz obrotu do prozdrowotnego modelu żywienia, z uwzględnieniem uwarunkowań wynikających z integracji z Unią Europejską,

- przeprowadzenie oceny spożycia żywności w rodzinach w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego, dochodu, wielkości i struktury rodziny oraz innych czynników w celu uzupełnienia diagnozy indywidualnego sposobu żywienia i stanu odżywienia oraz w celu identyfikacji grup zagrożonych, wymagających adresowanej pomocy żywnościowej,

- przeprowadzenie analizy i oceny roli sektora zbiorowego we wdrażaniu prozdrowotnego modelu żywienia. Określenie szans i możliwości sektora ży-

wienia zbiorowego w zmniejszeniu ryzyka powstawania chorób i odchyień w stanie zdrowia, wynikających z wadliwego żywienia,

- badanie wiedzy konsumentów i producentów żywności w zakresie zasad prawidłowego żywienia jako punkt wyjścia do opracowania podstaw polityki edukacyjnej i żywieniowej promocji zdrowia,

- przygotowanie i realizacja programów edukacyjnych w zakresie żywienia,

- badanie i ocena skutków społeczno-ekonomicznych chorób na tle wadliwego żywienia oraz korzyści wdrażania prozdrowotnego modelu.

senator Jan Chodkowski

Ponieważ uważam, że występują dość znaczące rozbieżności w działaniach środowisk naukowych, chciałbym zasygnalizować pewien problem. Usłyszeliśmy, że musimy dążyć do poprawy mięsności świń i do tego, żeby nie jeść tłuszczu wieprzowego oraz zwiększać ilość mleka od krowy i tak dalej.

Jestem rolnikiem praktykiem, producentem żywności, mającym jednocześnie świadomość potrzeby racjonalnego żywienia. Z całą odpowiedzialnością muszę powiedzieć, że dążenie do wyhodowania choćby beztłuszczowej, typowo mięsnej rasy świń w tej chwili zabrnęło w pewien zaułek i klóci się z racjonalnym i zdrowym żywieniem, bo typowo mięsne rasy to mieszańce różnych gatunków, które wybrano tylko i wyłącznie ze względu na mięsność. Zapomniano natomiast o odporności organizmu. I jeśli sztuka typowo mięsna, matka prosięcia i ono samo nie dostanie serii antybiotyków, szczepionek ochronnych, stymulatorów wzrostu, różnego rodzaju dodatków, to po prostu nie urośnie. Kiedyś w rasach tradycyjnych prosię chowało się dwa, trzy miesiące dłużej, aż osiągnęło właściwą wagę. Teraz zwierzę padnie, bo nie ma odporności. Dążąc do wysokiej mięsności, zapomniano bowiem o odporności.

Obserwując w praktyce żywienie właśnie tych typowo mięsnych ras, bardzo często zastanawiam się, z którego świnia mięso będzie zdrowsze? Czy z naszpikowanego różnego rodzaju preparatami odpornościowymi, pozwalającymi temu zwierzęciu żyć, czy choćby z rasy złotnickiej polskiej, której mięso będzie trochę bardziej tłuste, ale na pewno wyprodukowane w zgodzie z naturą.

Zastanawiam się również, czy mleko od krowy bardzo wysoko wydajnej jest dla człowieka pożyteczne? Bo ta bardzo wysoko wydajna krowa, a przede wszystkim jej mechanizm produkcji mleka jest narażony na masę różnych niebezpieczeństw. Ona musi dostawać w okresie laktacji masę różnego rodzaju medykamentów, żeby mogła tę wielką ilość mleka wyprodukować. Jeśli się tego nie robi, występuje zapalenie wymienia i tak dalej. Praktycznie rzecz biorąc to mleko, choć jest go bardzo dużo, jest mało przydatne z punktu widzenia zdrowia człowieka.

Podobna sytuacja jest z żywnością ekologiczną, choćby z warzywami i z owocami. Są gatunki jabłek, truskawek, różnych warzyw, które bez chemii nie dadzą się utrzymać. Nie ma mowy o tym, żeby wyprodukować truskawki odmian intensywnie owocujących, które teraz są powszechnie uprawiane w gospodarstwach sadowniczych. Trzeba je opryskać od szarej pleśni, od kwiecica i wykonać jeszcze całą masę innych oprysków. Nie ma mowy o tym, żeby uzyskać ładne jabłko z odmian, które dzisiaj są hodowane. Zrezygnowano z takich odmian jabłek jak antonówka czy oliwka, które miały dużą odporność. Jako praktyk, producent żywności, a jednocześnie mając świadomość potrzeby racjonalnego żywienia, chciałbym jednak prosić środowiska naukowe, żeby nie iść jednokierunkowo w wybieraniu cech genetycznych, choćby mięsności, zapominając o odporności i tym wszystkim, co powoduje, że zwierzę czy owoc będą mogły być wyhodowane, wyprodukowane zgodnie z naturą.

doc. dr hab. Witold Płocharski

Instytut Sadownictwa i Kwiaciarnictwa w Skierniewicach

Jeśli polityka promocji zdrowia w Polsce ma zakończyć się sukcesem, należy prowadzić określoną politykę fiskalną. Ta polityka dotychczas wręcz ograniczała konsumpcję zdrowych produktów. Mam na myśli np. soki. Krajowa Unia Producentów Soków wywalczyła obniżenie podatku z kilkunastu czy bodajże dwudziestu kilku procent wcześniej do 7%. W przypadku obniżki cła na zagęszczone soki fiskalizm zadziałał jednak kategorycznie. Zapowiedziano, że żadnej obniżki nie będzie. To jest polityka niewłaściwa, bo należy liczyć zarówno koszty związane ze stratą z tytułu nieściągalności cła, ale również w kontekście kosztów ponoszonych na leczenie.

W ostatnich kilku latach konsumpcja soków dynamicznie rosła – od 1,5 litra na osobę do 16 litrów obecnie. Ostatnio ta tendencja uległa załamaniu. Już nie ma takiej dynamiki. Kiedy w Niemczech konsumpcja soków wynosi 40 litrów, u nas zatrzymała się na poziomie 16 litrów. Oczekujemy od Senatu wsparcia działań organizacji gospodarczych, które widzą potrzebę zmiany tej polityki.

prof. dr hab. Witold Ciechomski

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego
Międzynarodowy Instytut Zarządzania i Marketingu
w Gospodarce Żywnościowej

Nie zaczynamy od podatków, gdyż wówczas pierwszym przeciwnikiem wprowadzenia programu na rzecz poprawy zdrowia będzie Ministerstwo Finansów. Tym bardziej, że ten podatek naprawdę nie jest wielkim obciążeniem dla rolnictwa. To krótka uwaga do wcześniejszej wypowiedzi.

Naturalnie my, pracujący w gospodarce żywnościowej doskonale wiemy, że to, co Państwo powiedzieli, a co mówicie już od kilku lat, trzeba przełożyć na sferę gospodarki, na sferę produkcji surowcowej, przetwórczej i dystrybucyjnej.

Mówiono tu, że owoce, warzywa, zboża i ziemniaki oraz ryby mają przyszłość. Tak więc od razu stajemy generalnie przeciwko lobby mięsnemu, które będzie temu przeciwnie i będzie robiło wszystko, żeby niczego nie zmieniać w strukturze produkcji. Podobnie w przypadku lobby cukrowniczego. Musimy sobie z tego zdawać sprawę i zastanowić się, jaką taktykę zastosować, żeby tamtym ludziom nie odebrać warsztatu pracy.

Jeśli mówimy, że jest małe spożycie owoców i warzyw, to rzeczywiście trzeba przyznać, że można ich produkcję praktycznie podwoić. Obecna struktura agrarna temu sprzyja, zwłaszcza że siły roboczej jest w nadmiarze. A są to przecież uprawy pracochłonne.

Zastanawiałem się przysłuchując wypowiedziom, czy wobec tak szczytnego celu jak poprawa zdrowia narodu rzeczywiście trzeba dziesięć lat o tym mówić? Odpowiedź znalazłem w referacie Pana Profesora Szostaka, który porównał śmiertelność w Polsce i krajach Unii Europejskiej. U nas wygląda to przerażająco.

dr n. med. Lucjan Szponar

Instytut Żywności i Żywienia

Zakład Higieny Żywności i Żywienia

Pan Profesor Szostak mówił o zjawisku w skali populacji. Natomiast w skali jednostkowej model żywienia można z dobrymi skutkami zmienić znacznie szybciej, co w praktyce medycznej na co dzień jest stosowane.

Druga odpowiedź kierowana jest do Pana Senatora. W moim głębokim przekonaniu po to jest potrzebna polityka i strategia rozwoju prozdrowotnego modelu produkcji żywności, żeby wyważyć, czy lepiej produkować na przykład właśnie świniaki, które będą miały niską zawartość tłuszczu, czy lepiej produkować na przykład drób, który ze swej natury ma więcej mięsa chudego. Tego typu rozwiązań musi być znacznie więcej. Ale do tego wszystkiego jest potrzebna, o czym będziemy mówić i w programie jest to odnotowane, analiza czynników ryzyka zagrożenia zdrowia. Czyli co z punktu widzenia zdrowia publicznego lepiej się opłaca. Czy lansować właśnie taki model produkcji i przetwórstwa żywności, czy może zupełnie odmienny? Bo cele zdrowotne można osiągać na różne sposoby. Uważam, że Pana przykład jest bardzo dobry, że tego typu rozwiązania być może nie zdadzą egzaminu. Natomiast co jest większym zagrożeniem dla zdrowia: więcej tłuszczu w codziennej racji żywności, czy więcej antybiotyków lub hormonów? Jeżeli są one rzeczywiście niezbędne, to wydaje się, że można stosować też taki model

produkcji, w którym nie będzie problemu z nadmiarem antybiotyków i hormonów (...). Chciałem Panu podziękować, Panie Senatorze, za podniesienie tej kwestii.

senator Dorota Czudowska

Myślę, że planując narodowy program zdrowia w dziedzinie żywienia, musimy również uwzględnić w naszej dyskusji, jak informacje na ten temat i język, jakim tu dyskutujemy, przełożyć na taki, by był zrozumiały dla najmniej wykształconego Polaka. To jest problem. Dlatego, że od samych ludzi, od tego, co nałożą na swój talerz, zależy, czy wszystkie zamysły, o których dzisiaj dyskutujemy, będziemy mogli zrealizować. Najprostsze, najtańsze i pierwsze powinno być zatem opracowanie łatwej do przyswojenia informacji o żywieniu.

Kogo do tej pomocy zaprosić? Jakich artystów plastyków, jakich dziennikarzy, którzy nasz trudny język, trudne problemy przełożą na podstawowe wiadomości o kaloriach, o wartościach produktu. O tym, co jest człowiekowi potrzebne. Mówiono tu o relatywności biedy, o relatywności poczucia ubóstwa. Ktoś, kogo nie stać na pomarańcze, czuje się bardzo pokrzywdzony, i słusznie. Ale przecież pomarańcze można zastąpić naszymi rodzimymi jarzynami i owocami. Tysiące ton jabłek zostaje na zimę w polskich sadach. Warto się zastanowić, jak te jabłka, które się dziś marnują, dać polskim dzieciom, choćby w szkołach.

Może to są oczywiste sprawy, ale my mamy wizje i może też ten wirtualny obraz bogatego świata pokazywanego w telewizji i w innych środkach masowego przekazu. Niestety, rzeczywistość jest inna. Musimy więc bardzo prostymi środkami, wykorzystując, niestety, jeszcze ziemniaki, jabłka, marchewkę, pietruszkę, śliwki i wiśnie, trafić do Polaków i w ten sposób komponować ich dietę, żeby tanio zapewnić im wszystkie składniki pokarmowe potrzebne do wzrostu i trwania.

dr n. med. Lucjan Szponar
Instytut Żywności i Żywienia
Zakład Higieny Żywności i Żywienia

Kierunki przetwórstwa żywności na potrzeby żywieniowej prewencji chorób dietozależnych

„Kierunki przetwórstwa żywności na potrzeby prewencji chorób dietozależnych” są bardzo ściśle powiązane z referatem Pana Profesora Szostaka, który pokazuje diagnozę sytuacji epidemiologicznej kraju. Wynika z niej, że 10 milionów ludności naszego kraju wymaga zmiany modelu żywienia i produkcji żywności bezpiecznej dla zdrowia.

Czymże jest więc żywność? Żywność stanowią przetworzone i nieprzetworzone substancje przeznaczone do żywienia ludzi, służące do pokrycia zapotrzebowania na składniki odżywcze i energię, niezbędne do utrzymania funkcji życiowych, wzrostu oraz aktywności fizycznej i psychicznej.

Jeżeli mówimy o jakości żywności, bo to jest bardzo ważne zagadnienie z punktu widzenia prozdrowotnego modelu żywienia, to mówimy o jakości, o wartości odżywczej żywności, mówimy o jej cechach sensorycznych, wreszcie mówimy o bezpieczeństwie żywności w stosowaniu substancji dodatkowych oraz zastosowanych technologii. To wszystko decyduje o jakości żywności. Ocena jakości żywności jest procesem złożonym. Przy jej dokonywaniu rozpatruje się szereg cech, z których do najważniejszych należy zaliczyć: właściwości fizykochemiczne, wartość żywieniową, cechy organoleptyczne, czy są zakażenia mikrobiologiczne, poziom ryzyka zakażenia, skażenia chemiczne oraz ich poziom, zawartość substancji dodatkowych.

O jakości zdrowotnej decyduje także szereg czynników związanych z produkcją żywności, jej przetwórstwem, obrotem i warunkami konsumpcji. I właśnie dlatego ten program jest programem wielosektorowym, bo taki musi być, żeby żywność, którą otrzymuje konsument, była bezpieczna dla zdrowia. Bo mówiąc o jakości zdrowotnej żywności, należy pamiętać o właściwie prowadzonym procesie produkcji, zapewniającym zachowanie maksymalnie dużej ilości cennych składników i eliminowaniu substancji szkodliwych oraz zabezpieczeniu produktów przed wtórnym zanieczyszczeniem.

Coraz większego znaczenia nabiera wprowadzanie w zakładach produkcyjnych systemu zapewnienia jakości według norm ISO czy systemu HACCP

– analizy krytycznych punktów kontroli. Taki sposób oceny zagrożenia żywności od pola do stołu jest systemem, który powinien być w Polsce lepiej wykorzystywany, niż to się działo dotychczas.

Pokazuje to wartość, która mówi o liczbie chorób na tle wadliwego żywienia, wskazująca, że ogółem 10 milionów ludności naszego kraju cierpi bądź niedomaga z powodu chorób układu krążenia, części chorób nowotworowych. Nawiązuję do długiej wypowiedzi Pana Profesora Szostaka dotyczącej zapobiegania osteoporozie, niedokrwistości, nadciśnieniu, niedoborom wysokości i masy ciała, otyłości, wreszcie zatruciom i zakażeniom pokarmowym. Produkcja żywności bezpiecznej dla zdrowia, o korzystnych cechach jakościowych potrzebna jest więc po to, żeby zmniejszać ryzyko właśnie tych chorób.

Jedną z grup żywności, która powinna być w Polsce produkowana w większym stopniu, jest żywność dietetyczna. Jest to taki środek spożywczy, który ze względu na specjalny cel i sposób przygotowania różni się od środków spożywczych powszechnego spożycia i przeznaczony jest do zaspokojenia deklarowanych na opakowaniu szczególnych potrzeb żywieniowych. Żywność dietetyczna jest oczywiście skierowana do określonych grup populacyjnych.

Jeżeli byśmy mieli wyszczególnić, jakie grupy żywności dietetycznej powinny być w naszym kraju w większym stopniu produkowane i udostępniane, byłoby to mleko początkowe i następne dla niemowląt, ale tylko w sytuacji, gdy kobieta z ważnych powodów nie może karmić piersią. Karmienie piersią jest bowiem najlepszym sposobem prewencji chorób dietozależnych. Należy o tym pamiętać. Następnie – żywność uzupełniająca dla niemowląt i dzieci, środki spożywcze wspomagające odchudzanie, żywność dietetyczna specjalnego medycznego przeznaczenia, środki spożywcze przeznaczone dla sportowców i osób obciążonych wzmożonym wysiłkiem, środki spożywcze przeznaczone dla chorych na cukrzycę, wreszcie środki o obniżonej zawartości sodu, w tym sole dietetyczne. I wreszcie środki spożywcze bezglutenowe. Są to te grupy żywności, których rozwój, dostępność, ceny powinny być takie, żeby sprzyjały prozdrowotnemu modelowi żywienia.

Drugą bardzo ważną grupą, bo cały obszar żywności dietetycznej jest bardzo duży, jest żywność funkcjonalna. Jest to żywność pochodząca z naturalnych surowców, która może i powinna być spożywana jako część codziennej diety. Działanie jej polega na wspomaganiu i regulowaniu różnych procesów zachodzących w organizmie człowieka, podwyższa biologiczną odporność organizmu, zapobiega specyficznym chorobom, wspomaga rekonwalescencję w przypadku specyficznych chorób. I wreszcie reguluje wydolność fizyczną i umysłową oraz opóźnia efekty starzenia.

Żywność może być uznawana za funkcjonalną, jeżeli udowodniono jej korzystny wpływ na jedną lub więcej funkcji organizmu ponad efekt odżywczy. Wpływ ten polega na poprawie stanu zdrowia i samopoczucia lub zmniejszeniu ryzyka chorób. Żywność ta musi pozostawać żywnością i wykazywać korzystne działanie w ilościach normalnie spożywanych w diecie, przy czym nie jest wytwarzana w postaci tabletek, kapsułek albo tradycyjnych składników.

Następną grupą żywności, która powinna być w Polsce przedmiotem rozważań, jest żywność modyfikowana genetycznie. Czym są organizmy modyfikowane genetycznie i co to oznacza? Są to organizmy, których materiał genetyczny został zmieniony przy użyciu procesów niezachodzących w sposób naturalny czy rozmnażaniu lub rekomendacji. Za organizmy zmodyfikowane genetycznie nie uważa się organizmów uzyskanych w drodze zapłodnienia *in vitro*, koniugacji, transformacji. Definicja, która jest w naszym rozporządzeniu, jest definicją zbliżoną do tutaj przedstawionej.

Jakie są podstawowe zastosowania żywności modyfikowanej genetycznie? Są to produkty wytwarzane przez GMO stosowane bezpośrednio w żywieniu ludzi, na przykład olej sojowy o korzystnym działaniu, ziemniak o cechach odporności na stonkę, soja odporna na niektóre herbicydy, produkty wytwarzane przez GMO jako substancje dodatkowe do żywności, wreszcie produkty wytwarzane przez GMO stosowane w przemyśle spożywczym.

Warto się przyjrzeć, jakie korzyści mogą wynikać z upraw genetycznie modyfikowanych odmian roślin. Będą to: poprawa odporności na choroby i szkodniki, zwiększenie tolerancji odmian na stresy, zmniejszenie zużycia środków ochrony roślin, poprawa zdolności przechowalniczych, poprawiona wartość żywnościowa, zwiększenie efektywności gospodarowania. Jeżeli mówimy o poprawionej efektywności żywieniowej, pamiętajmy, że dzisiaj poprzez procesy technologiczne wzbogacamy żywność. Można to samo robić drogą modyfikacji genetycznej. Jest to zagadnienie wyboru drogi, którą by się chciało uzyskać żywność o wyższej jakości zdrowotnej. A więc mówimy tutaj o potencjalnych korzyściach, jakie wynikają z zastosowania metod inżynierii genetycznej w produkcji środków spożywczych: w odniesieniu do pomidorów, orzeszków ziemnych, czosnku, który na przykład będzie wytwarzał więcej alicyn obniżających zawartość cholesterolu, w truskawkach z podwyższoną zawartością między innymi witaminy C, z obniżeniem zawartości tłuszczu we frytkach, olejów roślinnych z mniejszą zawartością kwasów nasyconych tłuszczowych oraz ryżu o większej zawartości białka i lizyny (...).

Należy jednak pamiętać, że istnieją potencjalne zagrożenia wynikające ze stosowania organizmów modyfikowanych genetycznie w żywieniu ludzi. Ocena ryzyka związana z zastosowaniem GMO lub produktów pochodzących od GMO w żywieniu ludzi wymaga zidentyfikowania potencjalnych zagrożeń wynikających z ingerencji w materiał genetyczny organizmu. Istnieją bowiem dwa typy ingerencji w materiał genetyczny: wprowadzenie genu kodującego pożądaną cechę i unieczynnienie genu kodującego niepożądaną cechę.

Obawy przeciwników GMO koncentrują się na stwierdzeniu, że mimo stałego postępu inżynierii genetycznej nie można całkowicie wykluczyć możliwości, że wraz z wprowadzeniem nowej, ściśle zdefiniowanej cechy wprowadzona zostanie także inna cecha zakodowana w materiale genetycznym dawcy materiału genetycznego.

Kolejne zastrzeżenia wynikają z niepewności, czy samo wprowadzenie nowej cechy DNA może spowodować ekspresję innych genów obecnych w mate-

riale genetycznym gospodarza, które dotychczas pozostawały uśpione. Podobne obawy dotyczą usunięcia niepożądanego cechy.

Tak więc w tym zakresie przed podjęciem dalszej decyzji potrzeba mniej niepokoju, za to więcej racjonalnego podejścia. Jeżeli myślimy o niepokojach, proszę zwrócić uwagę na to stwierdzenie: *Ziemia jest naszą matką. Wszystko, co przydarza się Ziemi, przydarza się jej synom. Wszystko jest ze sobą powiązane. Człowiek nie przedzie pajęczyny życia, lecz jest jedynie jej pasemkiem. Cokolwiek czyni tej pajęczynie, czyni samemu sobie.* To wyjątek z listu indiańskiego wodza z Seattle do prezydenta USA w 1855 roku. Proszę zauważyć, jak aktualne jest to przesłanie również obecnie.

Tak więc *Ażeby w tym niepokoju nie pozostawić mnie samego, odjąłeś grozę wieczoru, dałeś wieczności smak chleba.* Myślę, że warto to zacytować w przeddzień osiemdziesiątej rocznicy urodzin Jana Pawła II.

Jaka jest nasza żywność? Otóż jeśli chodzi o mleko spożywcze płynne – odsetek prób zdyskwalifikowanych się zmniejszył. Niestety odsetek zdyskwalifikowanych prób masła zdecydowanie się zwiększył, ale na szczęście jest to jeden z nielicznych przypadków. W przypadku mięsa i jego przetworów odsetek prób zdyskwalifikowanych zdecydowanie się zmniejsza. Podobnie jest w przypadku ryb i przetworów rybnych oraz tłuszczów roślinnych. Niekorzystna sytuacja jest w odniesieniu do wyrobów garmażeryjnych. Poprawia się sytuacja owoców, warzyw i ich przetworów oraz pieczywa. Podobnie jest w przypadku napojów bezalkoholowych.

Tak więc strategiczny program rządowy musi zawierać nie tylko określone ukierunkowania produkcji żywności, ale także poprawiać mechanizmy, w jakich ta żywność jest produkowana, a więc zmniejszać ryzyko.

Jakie występują zagrożenia mikrobiologiczne naszej żywności? Będą to przede wszystkim zanieczyszczenia bakteriami. Takich zanieczyszczeń w krajowej żywności jest 12%, a w środkach spożywczych z importu 8%. Ogółem średnio daje to prawie 11%. Jeżeli mówimy o zagrożeniach chemicznych żywności, to mamy ich ogółem około 0,4%, w pozostałych częściach – 1,6% i 3,1%.

Widać zatem, że zagrożenia mikrobiologiczne żywności są największym problemem z punktu widzenia prewencji. Zwróćmy uwagę, w jakich warunkach higieniczno-sanitarnych żywność jest produkowana. Jak wynika z danych inspekcji sanitarnej, 17,7% obiektów jest w złym stanie sanitarnym. W części technicznej – 3,5%, część techniczna i czystość jednocześnie. Tylko w części technicznej – 8%, tylko w części czystości i porządku – 6%.

Nasza żywność ma szansę, żeby być zdecydowanie lepsza. Wieloletni program rządowy, który uwzględni stosowne działania poprzez doskonalenie służb urzędowej kontroli żywności, może przyczynić się do poprawy sytuacji w kraju.

Otrzymali Państwo przetłumaczoną „Białą księgę bezpieczeństwa żywności”, która została opublikowana w Unii Europejskiej 12 stycznia 2000 r. Publikujemy ją w tłumaczeniu cztery miesiące potem. Dlaczego jest to takie

ważne? Ponieważ nasz proces integracji z Unią Europejską, poprawa bezpieczeństwa naszej żywności są integralnie związane z tym, co się dzieje w Unii. „Biała księga” mówi o powołaniu i ustaleniach Europejskiego Urzędu ds. Żywności co do zapewnienia spójności przepisów prawnych dotyczących bezpieczeństwa żywności, zapewnienia wdrożenia i realizacji polityki zgodności kontroli, polityki informacyjnej, współpracy międzynarodowej, zapewnienia bazy naukowej, doradztwa i zaplecza naukowego, wreszcie laboratoriów badawczych.

Powinniśmy zatem dążyć do tego, aby wszystkie zalecenia, które wynikają z „Białej księgi”, były uwzględniane w Polsce, byśmy byli partnerem w dochodzeniu do integracji z Unią Europejską. Ten sektor ma niezmiernie ważne znaczenie dla procesów integracyjnych naszego kraju, choć nie wiem, czy dostatecznie jest to doceniane.

Proszę zwrócić uwagę, czym jest sektor rolno-żywnościowy w Unii Europejskiej. Ma on dla gospodarki europejskiej jako całości podstawowe znaczenie. Przemysł spożywczy i napojów stanowi czołowy sektor przemysłowy w Unii Europejskiej, z roczną produkcją wartości prawie sześciuset bilionów euro, co daje około 15% produkcji przemysłowej ogółem. Porównania międzynarodowe wskazują, że Unia Europejska jest największym światowym wytwórcą produktów spożywczych i napojów. I do takiej Unii zmierzamy. Przemysł spożywczy i napojów jest trzecim z największych pracodawców przemysłowych w Unii, zatrudniającym 2,6 miliona pracowników, z których 30% jest zatrudnionych w małych i średnich przedsiębiorstwach.

Z drugiej strony sektor rolniczy ma roczną produkcję około 220 bilionów euro i daje ekwiwalent 7,5 miliona pełnoetatowych stanowisk pracy. Wartość rocznego eksportu produktów rolnych, spożywczych i napojów wynosi około 50 bilionów euro. *Gospodarcze znaczenie oraz wszechstronność żywności w naszym życiu – tak piszą w „Białej księdze” autorzy – sugeruje, że sprawa bezpieczeństwa żywności musi być na pierwszym miejscu w społeczeństwie jako całości oraz w szczególności we władzach publicznych i u producentów.*

Właśnie dlatego integrując się z Unią musimy doceniać naszego partnera i zdawać sobie doskonale sprawę, że proces integracji Polski z Unią Europejską i nasze dostosowanie się i wejście do Unii ma niezmiernie istotne znaczenie również dla poprawy stanu zdrowia publicznego w Polsce. Oczywiście „Biała księga” adresowana jest także do krajów ubiegających się o członkostwo w Unii Europejskiej. Kandydujące kraje powinny wdrażać podstawowe zasady Traktatu Europejskiego, przepisy prawne dotyczące bezpieczeństwa żywności i wreszcie systemy urzędowej kontroli żywności.

System urzędowej kontroli żywności musi być w Polsce zmieniony. Powinniśmy się tu posłużyć modelem Europejskiego Urzędu ds. Żywności czy modelami, które są w Wielkiej Brytanii. Proszę zwrócić uwagę, jak wiele służb zajmuje się dzisiaj kontrolą żywności. Kraje Unii Europejskiej rozwiązują to w ten sposób, że nikomu nie odbierając jego kompetencji tworzą urząd centralny.

Europejski Urząd ds. Żywności i Zdrowia Publicznego jest tym urzędem, który będzie w Europie integrował działania wszystkich służb rządowej kontroli żywności, będzie miał pieniądze i będzie decydował, by restrukturyzacja służb rządowej kontroli żywności się dokonywała i by ta kontrola była jak najbardziej efektywna. W Polsce musi nastąpić ten sam proces. W Wielkiej Brytanii tego rodzaju urząd jest urzędem niezależnym, ale podlega ministrowi zdrowia w kwestii finansowania. W moim przekonaniu tak samo powinno być u nas. Być może mógłby podlegać premierowi. Byłoby to zdecydowanie lepszym rozwiązaniem aniżeli to, co jest obecnie.

W odniesieniu do bezpieczeństwa żywności potrzebna jest polityka wielosektorowa. Według Światowej Organizacji Zdrowia w modelu rządowej kontroli żywności i troski o jej bezpieczeństwo mieści się: bezpieczeństwo żywności, podział odpowiedzialności, legislacja, powszechna edukacja, dobra praktyka producentów i dystrybutorów, porady dla przemysłu i handlu, wnikliwi i selektywni konsumenci, zapewnienie jakości i kontrola produkcji, edukacja konsumentów, bezpieczeństwo żywności, odpowiednie metody techniczne, badanie i gromadzenie informacji, uczestnictwo społeczeństwa, wyszkolona kadra, zabezpieczenie zdrowotne, stowarzyszenia konsumencie, znakowanie żywności. Udział w urzeczywistnianiu tego modelu powinny mieć rząd, konsument, handel i przemysł.

Na żywność można spojrzeć różnie. Oto, jak patrzy poeta:

*Nastala noc majowa, gwiazdziście wesola.
Siedli ramię z ramieniem na stopniach kościoła
Ona mu podawała z wyrazem skupienia
To usta do pieszczoty, to chleb do gryzienia...
I tak śniąc przegryzali pod majowym niebem
Na przemian: chleb pieszczotą, a pieszczotę chlebem.
I dwa głody sycili pod opieką wiosny:
Jeden głód – ten żebraczy, a drugi – miłosny.*

Teraz przechodzimy do wniosków. Żywność produkowana w Polsce z przeznaczeniem dla ogółu ludności, dostosowana do prozdrowotnego modelu żywienia, winna być wytwarzana z płodów rolnych z gleb wolnych od skażeń i zanieczyszczeń. Mamy na szczęście taką dobrą sytuację w Polsce, że możemy tego przestrzegać i realizować, z zastosowaniem dobrej praktyki rolniczej, która musi być powszechna, z uwzględnieniem wymogów analizy krytycznych punktów kontroli również w odniesieniu do produkcji rolnej.

Następnie, znacznie intensywniej niż dotychczas należy rozwijać produkcję i dostępność żywności zmniejszającej ryzyko powstawania i rozwoju chorób dietozależnych. Dotyczy to efektywniejszego rozwijania produkcji i przetwórstwa żywności dietetycznej i funkcjonalnej. Trzeba pamiętać, że taka żywność będzie bardziej konkurencyjna na rynkach również Unii Europejskiej. Tak więc sami sobie możemy poprawić sytuację, jeżeli się dostosujemy do tego modelu, gdy wieloletni program rządowy zechcemy wdrożyć.

Rolnictwo ekologiczne na potrzeby produkcji żywności organicznej powinno być rozwijane znacznie intensywniej niż dotychczas, z głównym przeznaczeniem tej żywności dla grup szczególnego ryzyka, jak kobiety w ciąży i karmiące oraz dzieci. Winna jednak temu towarzyszyć świadomość, iż żywność ta z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb populacji będzie pokrywać je jedynie częściowo; to z wielu powodów jest dla wszystkich Państwa zapewne oczywiste.

Wykorzystanie organizmów modyfikowanych genetycznie do produkcji żywności w Polsce, z myślą o prozdrowotnym modelu żywienia, winno być przedmiotem dalszych badań podstawowych i aplikacyjnych oraz strategicznych decyzji gremiów naukowych, gospodarczych i politycznych. To jest niezmiernie ważna sprawa dla przyszłości naszego kraju i naszej obecności w Unii Europejskiej.

Dotychczasowe wyniki badań naukowych wskazują, iż znaczna część ludności świata spożywa żywność modyfikowaną genetycznie bez widocznych ujemnych skutków dla zdrowia. To ostatnie stwierdzenie pochodzi z konferencji w Edynburgu, która się odbyła dwa miesiące temu. Zostało ono zawarte w jednym z punktów consensusu tej konferencji.

Pełna harmonizacja polskiego ustawodawstwa żywnościowego z wymaganiami Unii Europejskiej, Kodeksu żywnościowego i Światowej Organizacji Handlu znacznie zwiększy poziom bezpieczeństwa żywności w Polsce i jej konkurencyjność w obrocie krajowym i międzynarodowym. Podniesienie poziomu bezpieczeństwa żywności w Polsce w zakresie potrzeb ochrony zdrowia konsumenta wymaga pilnego ustanowienia na szczeblu władz centralnych Krajowego Urzędu ds. Żywności, podobnie jak ma to miejsce w Wielkiej Brytanii, Irlandii czy innych krajach. Decyzja ta przyczyni się w istotny sposób do merytorycznego zintegrowania służb urzędowej kontroli żywności. Wieloletni program rządowy również uwzględni ten wątek.

Ustanowienie wieloletniego programu rządowego, o którym dzisiaj mówimy, stanie się istotnym narzędziem realizacji prozdrowotnego modelu żywienia w Polsce, zmniejszenia ryzyka powstawania i rozwoju chorób dietozależnych, poprawy stanu bezpieczeństwa żywności w Polsce, harmonizacji w stosownym zakresie ustawodawstwa krajowego z wymogami Unii Europejskiej oraz podniesienia konkurencyjności żywności produkowanej w Polsce w obrocie międzynarodowym.

Zbiory projektów badawczych i zadań aplikacyjnych proponowanych do realizacji w wieloletnim programie rządowym są zgodne z założeniami Narodowego Programu Zdrowia, projektem – założeniem do programu WHO „Pierwszy program żywienia dla Europy 2000 – 2005 r.”, który znajdują Państwo w jednym z numerów „Żywności, Żywienia a Zdrowia”, oraz z programem „Średniookresowa strategia rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich”.

prof. dr hab. Henryk Kostyra

Polska Akademia Nauk

Instytut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności

Trzeba podkreślić, że program, o którym mówimy, nie jest jedynie programem lokalnym, krajowym, przeznaczonym dla naszego społeczeństwa. To już jest program europejski. Nasz instytut przystąpił do konkursu Unii Europejskiej w ramach utworzenia w tym obszarze tak zwanych centrów doskonałości – *centre of excellence*. Mogę dziś powiedzieć, że zajęliśmy na tyle dobrą pozycję, że takie centrum już jest. Jednym z argumentów było właśnie to, że uczestniczymy w takim programie. Co to *de facto* oznacza? Wiemy, czego wymaga od nas Unia. Jest to świetna lekcja wyjątkowej konkretyzacji. Ale Unia również dociera do nas z pewnymi środkami pomocowymi, żeby to, co chcemy naprawić, powoli się stawało. Będzie to w rzeczywistości jeden z argumentów politycznych, bo nikt nie chce przyjmować nas jako społeczeństwa chorego, nieperspektywicznego, które będzie wymagało dużych inwestycji. Dlatego jednym z poważnych argumentów jest właśnie to, że takie programy zostają przez rząd podjęte i stanowią istotną składową polityki wyżywienia narodu.

prof. dr hab. Stanisław Berger

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego

Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji

Katedra Ekonomiki Konsumpcji i Gospodarstwa Domowego

Chciałbym dodać, że cieszę się, iż już dzisiaj może skończymy okres oczekiwania na uruchomienie polityki wyżywienia kraju. Złożyłem kilka memoriałów w tej sprawie po przeglądzie polityki wyżywienia w krajach europejskich, zresztą w ramach programu, który realizowaliśmy, Panie Doktorze Szponar, parę lat temu. Zrobiłem przegląd wszystkich krajów. Polska jest ciągle w grupie, gdzie brak polityki do spraw wyżywienia. Myślę, że to, co powiedział Pan Doktor Szponar, powinno stać się podstawą stworzenia polityki, która byłaby skierowana na prozdrowotne aspekty gospodarki żywnościowej w ogóle, a w szczególności poprzez prawidłowe odżywianie się. W przeciwnym razie nie będziemy postrzegani jako kraj odnotowujący postęp w tym zakresie.

Dlatego też musimy tutaj podjąć decyzję, że polityka wyżywienia kraju w zakresie polityki żywności i żywienia musi być realizowana na wzór innych państw. W Stanach Zjednoczonych np. szefem takiej misji polityki jest sam prezydent, a minister zdrowia oraz minister rolnictwa są jego prawą i lewą ręką. Istnieje też komisja, która tym się zajmuje. Mogę Państwu dostarczyć dokumenty przedstawiające, jak to zostało zorganizowane. Powinniśmy wykorzystać doświadczenia innych krajów w tym zakresie. Proponuję, byśmy włączyli do naszych uchwał konieczność jak najszybszego wdrożenia programu polityki wyżywienia kraju.

dr n. med. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska
Instytut Żywności i Żywienia
Zakład Upowszechniania Wiedzy o Żywności i Żywieniu

Edukacja żywieniowa integralną częścią poprawy stanu zdrowia publicznego

Niestety, z przykrością należy stwierdzić, że choć edukacja społeczna jest podstawą rozwoju każdego państwa, w naszym kraju nie znajduje ona poczesnego miejsca, pomimo iż składane są od lat takie deklaracje.

Kraje Unii Europejskiej za cel promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na XXI wiek przyjęły uchwałę określającą zadania dla wszystkich, które pozwolą na to, aby każde dziecko, które przyjdzie na świat w nowym mileniu, do 65 roku życia nie zachorowało na chorobę niedokrwienną serca. Ta deklaracja jest wyzwaniem dla wszystkich, którzy pracują na rzecz promocji i edukacji zdrowotnej oraz zdrowia publicznego. Należy przy tym pamiętać, że choroba niedokrwienna serca jest najczęstszym schorzeniem w krajach rozwiniętych, które w ogromnej mierze zależy od stylu życia człowieka. Ponieważ nasz europejski kraj aspiruje w najbliższych latach do Unii Europejskiej, wydaje się zasadne, aby ten cel stał się i naszym celem w zadaniach ochrony zdrowia publicznego w nadchodzącym mileniu.

Edukacja jest niewątpliwie najtańszą formą promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Jednakże bez właściwych nakładów finansowych niemożliwe jest jej prowadzenie w jakiegokolwiek formie. Każda moneta wydana na ochronę zdrowia ma jednak dwie strony medalu. Jedną jest promocja, edukacja, prewencja, profilaktyka, jakkolwiek byśmy to nazywali, a drugą jej stroną – opieka medyczna, rozumiana jako naprawa utraconego zdrowia. Profesor Zatoński w dzisiejszym wystąpieniu zaprezentował czynniki stylu życia, środowiskowe, genetyczne, które wpływają na kształtowanie zdrowia populacji i każdego człowieka. Wynika z tego, że stworzenie właściwych warunków życia dla ludzi, ich wykształcenie, a przede wszystkim możliwość zrealizowania owych zaleceń prozdrowotnych spoczywa na tych, którzy odpowiadają nie tylko za ochronę zdrowia, ale za całe państwo.

Co to oznacza? Musimy prowadzić działalność wielodyscyplinarną, tak aby stworzyć człowiekowi szansę na utrzymanie zdrowia. Ciągłe mówimy o chorobach, o tym, że chcemy zmniejszyć zachorowalność. Oczywiście,

zmniejszanie zachorowalności, zmniejszanie śmiertelności, zmniejszanie umieralności – bo są to różne pojęcia – jest niezwykle istotną sprawą. Chcemy być zdrowi; również my odpowiadający za zdrowie innych. Jako lekarze przygotowywani byliśmy i jesteśmy nadal do leczenia ludzi chorych. Obecnie jednak musimy w naszej pracy uwzględniać podejmowanie działań profilaktycznych, tak jak dzieje się to w Unii Europejskiej, poprzez prowadzenie edukacji zdrowotnej, w tym żywieniowej. Promocja zdrowia w rodzinie musi stać się integralną częścią pracy lekarza, podobnie jak i każdego pracownika służby zdrowia.

Musimy podejmować działania właśnie na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki. A promocja zdrowia to właśnie między innymi ten wieloletni program, który jest przez nas dzisiaj omawiany. Dlaczego? Bo jest on wielodyscyplinarny. Nie możemy się ograniczyć li tylko do pracy naukowców z instytutów naukowych. Należy przede wszystkim zainteresować pracą na rzecz promocji zdrowia, w tym wypadku zdrowego żywienia, wszystkich pracujących na tym polu, a to właśnie odzwierciedla omawiany wieloletni program rządowy proponowany przez Instytut Żywności i Żywienia.

Są wśród nas osoby reprezentujące różne agendy rządowe, ustawodawców, resort zdrowia, resort rolnictwa, resort finansów, resort edukacji. Jest to niezwykle korzystne, albowiem tylko współdziałanie na tak różnych szczeblach, w tym i szczeblu lokalnym, pozwala wierzyć, że zdrowie naszego społeczeństwa w przyszłym milenium ma szansę dorównać poziomowi w krajach, które nas pod tym względem dziś znacznie wyprzedziły.

Istotną sprawą w naszych działaniach musi być podniesienie poziomu edukacji społeczeństwa. Doskonale zdajemy sobie sprawę, że poziom wykształcenia koreluje z poziomem zdrowia i zachowaniami prozdrowotnymi. Wiąże się to nie tylko z całym systemem działań na rzecz rozwoju szkolnictwa i poziomu wykształcenia, ale jest to również kwestia przekazywanych społeczeństwu informacji. Stąd obowiązek, jak już mówiła Pani Senator Czudowska, przełożenia tego wszystkiego, o czym tutaj mówimy i osiągamy w naszych instytutach naukowych, ośrodkach badawczych czy klinikach, na język zrozumiały dla każdego człowieka, który chce dbać lub jeszcze nie wie, że powinien dbać o własne zdrowie. Te informacje powinny stanowić nie tylko źródło wiedzy o zdrowiu, ale winny być tak przekazywane, aby mogły zachęcać do podejmowania działań.

Wydaje mi się, że nie ma takiej sytuacji, by nie można było każdego człowieka do czegoś przekonać. To tylko kwestia tego, jakimi nowoczesnymi metodami będziemy to robili. Żywienie jest przecież tematem, który jest każdemu bardzo bliski. (...)

Bardzo słusznie mówiono tu o żywieniu w okresie przed ciążą, w okresie ciąży, w okresie karmienia i tak dalej. To wszystko prawda, my kobiety o tym doskonale wiemy, że odpowiadamy za zdrowie naszych dzieci, tylko czy umiemy to robić? Trzeba nas tego stale uczyć. Kobiety powinny mieć możliwość uzyskania informacji na ten temat, choć to oczywiście nie wystarczy, gdyż

muszą mieć warunki, aby móc je spełnić. Zdrowa rodzina to gwarancja zdrowego społeczeństwa. Należy dążyć do wdrażania programów, które będą pomocne w realizacji założeń promocji zdrowia w rodzinie, gdyż jest to szansa na poprawę wskaźników demograficznych społeczeństwa.

Była tu mowa o „Białej księdze” WHO, obejmującej zalecenia działań na rzecz promocji zdrowia, które powinny być wdrażane przez nas w ciągu najbliższych pięciu, dziesięciu lat przyszłego milenium, jako państwa będącego członkiem Światowej Organizacji Zdrowia oraz państwa aspirującego do Unii Europejskiej.

Na międzynarodowym spotkaniu International Union Health Promotion and Health Education, z którego dopiero co wróciłam, przez kilka dni omawiane były możliwości działań na szczeblu rządów, parlamentów i innych organizacji na rzecz stwarzania warunków do realizacji promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, tak aby to nowe milenium było zdrowsze w Europie. Proszono nas o wyniki naszych narodowych czy reprezentatywnych badań. Przykro powiedzieć, ale my nie mamy takich badań, gdyż nie mamy możliwości przeprowadzenia ich na skalę krajową, bo jako naukowcy jesteśmy za biedni. Nauka jest biedna. Omawiany dzisiaj wieloletni program stwarza nam pewne możliwości osiągnięcia własnych baz danych. Założona wieloosrodkowa współpraca na terenie całego kraju stwarza szansę na powstanie bazy danych, która będzie odzwierciedlać sytuację zdrowotną całego kraju. Nie można być dobrym edukatorem, jeżeli się nie ma wiedzy naukowej. Edukator nie może być człowiekiem, który propaguje cokolwiek, co sobie wymyśli czy sam uważa za dobre. Obecnie w naszym kraju istnieje szum informacyjny dotyczący zagadnień związanych ze zdrowiem, szczególnie żywieniem; od lat brak jest jednolitej polityki informacyjnej. Twórcy projektu liczą, że jest on właśnie szansą na zintegrowanie naszego środowiska, dzięki czemu będzie miało ono bardziej znaczący głos w oddziaływaniu na zachowania żywieniowe społeczeństwa. Nasze społeczeństwo w obecnie istniejącym szumie informacyjnym jest bezradne. A oto przykład z ostatnich godzin. Obecny tu Pan Profesor Berger uczestniczył wczoraj w konferencji poświęconej mleku. W popularnym programie radia słyszę przytoczoną wypowiedź pewnej pani profesor, która mówi, że mleko jest zabójcze dla człowieka i że tylko głupi je pije. Cytuje to dziennikarz, a natychmiast po tym słyszę właściwą wypowiedź profesora, że człowiek musi pić mleko. Oczywiście Profesor jest doskonałym fachowcem i potrafi to wspaniale wyjaśnić, ale dla dziennikarza nowinka, sensacja jest najważniejsza. W efekcie nie można się dziwić, że książka „Mleko to twój skryty zabójca” ukazuje się w 45 tysiącach pierwszego wydania. Chciałabym, żeby nasze zalecenia o prawidłowym żywieniu uzyskały chociażby połowę tego nakładu.

Mając okazję po raz pierwszy wypowiadać się w gmachu Senatu RP pozwolę sobie powołać się na najnowszą ustawę zasadniczą. Nie zapominajmy, że Konstytucja RP nakłada na nas i na rządzących obowiązki, dając nam równocześnie prawa. Mamy prawo do bycia zdrowym. Wszyscy ci, którzy są

odpowiedzialni za nasze życie jako decydenci, jako ludzie przez nas wybrani, mają obowiązek stworzyć nam po temu warunki. To jest niezwykle ważna sprawa. My mamy jako obywatele obowiązek o zdrowie dbać, ale wszyscy ci, którzy tworzą warunki życia w państwie, muszą pamiętać, że są zobowiązani do tego, aby dołożyć wszelkich starań w celu umożliwienia nam wszystkim realizację tych zadań. Myślę, że uchwalenie i wdrożenie programu, o którym dzisiaj mówimy, jest szansą również dla elit rządzących, decydujących, aby zapisy Konstytucji dotyczące zdrowia mogły być lepiej wypełniane.

senator Maciej Świątkowski

Dziękuję bardzo Pani Doktor za przekonujący wykład. Przypomnienie w Senacie zapisu Konstytucji szczególnie zobowiązuje nas, parlamentarzystów, do działania, aby ten program stał się rzeczywistością.

prof. dr hab. Stanisław Berger

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego
Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji
Katedra Ekonomiki Konsumpcji i Gospodarstwa Domowego

Do wystąpienia Pani dr Małgorzaty Kozłowskiej-Wojciechowskiej dodam jeszcze kilka istotnych uzupełnień.

Zacznę od hasła, które głoszę na wykładach od wielu lat. Georges Wells w swoim „Zarysie historii” powiedział: *Historia ludzkości staje się w coraz większym stopniu wyścigiem między oświatą a katastrofą*. Ten znany pisarz angielski był realistą. Uważał, że nauka i postęp techniczny mogą uratować ludzkość przed katastrofą. Rozwijanie oświaty, edukacji i upowszechniania wiedzy jest po prostu koniecznością.

Kiedy blisko czterdzieści lat temu zaczynałem współpracę z ONZ, a w szczególności z FAO/WHO, mieliśmy z profesorem Aleksandrem Szczygłem wystąpienie dotyczące: *Training, education and extention*. Przyjęte tam uchwały, które my też podpisaliśmy, przyczyniły się niewątpliwie do powstania Instytutu Żywności i Żywienia oraz mojej Katedry Żywienia Człowieka, potem Instytutu, a obecnie Wydziału Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW. Dzięki tym instytucjom wdrożyliśmy całkowicie to wszystko, co było we wspomnianym wystąpieniu zalecane.

Właściwe wyżywienie to nie tylko sprawa polskiej Konstytucji, również inne światowe organizacje mówią, że właściwe wyżywienie jest prawem człowieka. Powinniśmy o tym pamiętać i do tego się zastosować, jesteśmy przecież członkiem ONZ, FAO/WHO oraz szeregu innych agend. Właśnie we wszystkich tych organizacjach, w których pracach uczestniczymy, jest zapis o prawie człowieka

do żywienia. Stąd też podkreślam to, co moja przedmówczyni mówiła o naszej Konstytucji, jest również w uchwałach oenztetowskich.

Miałem niedawno wykład na temat nowoczesnej gospodarki żywnościowej w XXI wieku, która powinna być przyjazna dla żywienia i zdrowia człowieka. Na pierwszym miejscu jest tu postawiona kwestia starannej nauki, oświaty i upowszechniania wiedzy. Bez tego nie uruchomimy nowoczesnej gospodarki żywnościowej przyjaznej żywności i zdrowiu oraz – dodałbym jeszcze – zadowoleniu człowieka.

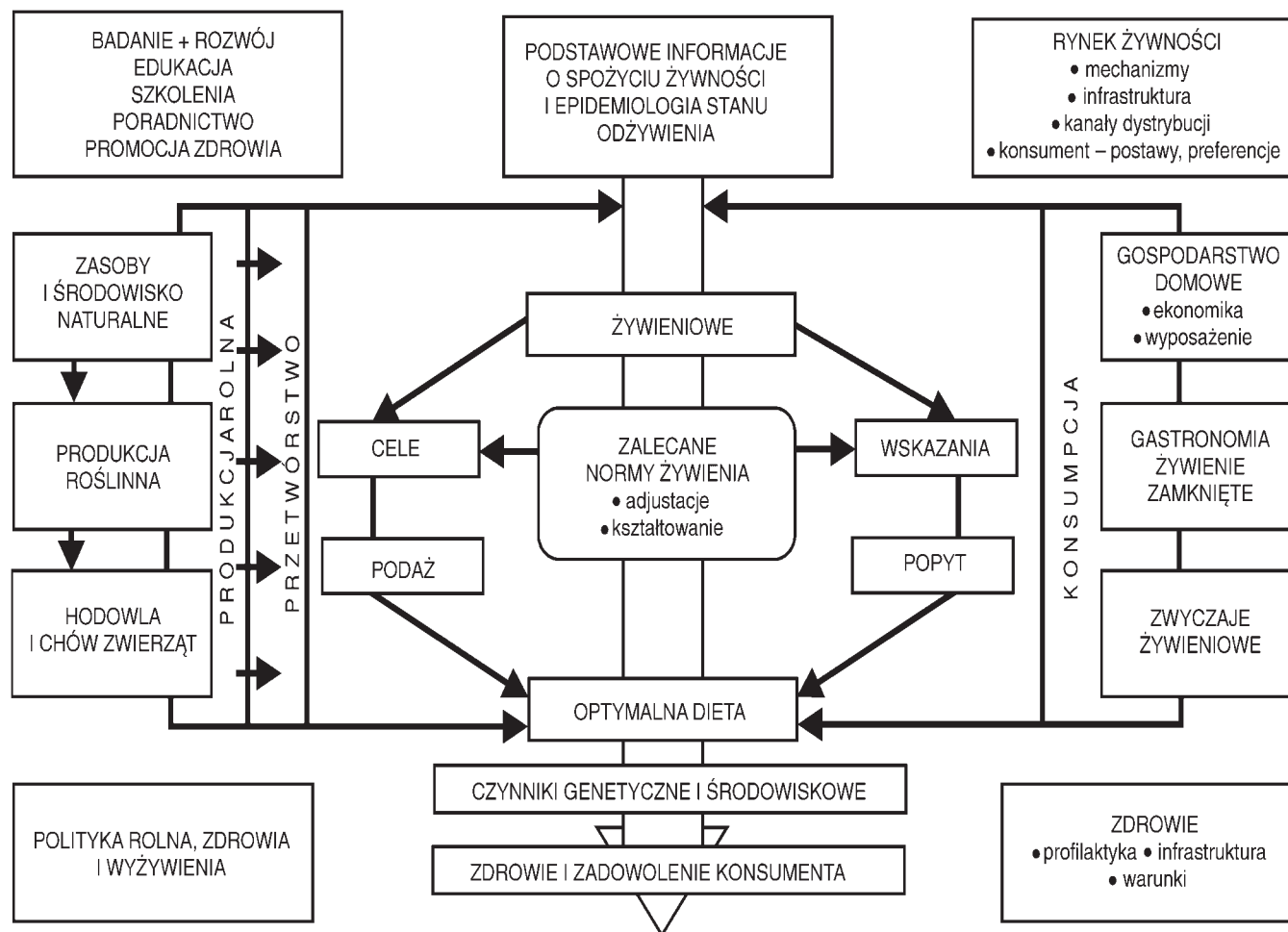
Ponadto, do tego, co mówiła moja przedmówczyni, dodam, że mówiąc o oświacie, należy wspomnieć o specjalistach, których trzeba szkolić. Po pierwsze, trzeba szkolić edukatorów, profesjonalistów, którzy będą w stanie realizować założone cele edukacji społeczeństwa. To nie może być przypadkowy pan X czy Y, który coś wie o żywności, ale nie jest profesjonalistą i w sumie wprowadza w błąd. Rozległa dziedzina, jaką jest gospodarka żywnościowa, w tym żywienie człowieka, naprawdę wymaga głębokiej wiedzy.

Żywność człowieka jest jednym z najbardziej skomplikowanych zagadnień, zarówno naukowych, jak i praktycznych. Spożywamy dziennie około trzech kilogramów żywności i napojów. Jeżeli bierzemy receptę na lek, to sprawdzamy, ile i jak często należy go przyjmować. Natomiast owe trzy kilogramy dziennie pożywienia i napojów, czyli tonę rocznie, a przeciętnie 70 ton przez całe życie, spożywamy tak, jak nam każe tradycja lub, co jest tutaj bardzo istotne, jak nam doradził ktoś inny.

Przy okazji chciałbym powiedzieć, że w kształtowaniu się sposobu odżywiania człowieka odgrywały i nadal odgrywają rolę bardzo różne czynniki. Dawniej do najważniejszych z nich należały religie, które były pierwszym doradcą człowieka w zakresie prawidłowego żywienia, a i dzisiaj również są. W Piśmie Świętym, Koranie czy Talmudzie są odpowiednie zalecenia. Np. słowo „koszer” oznacza: „zdrowa żywność”, już 4 tysiące lat temu ludzie o tym wiedzieli. W starożytnym Egipcie, by leczyć choroby oczu (np. tzw. kurzą ślepotę), zalecano spożywać żywność bogatą w witaminę A, np. wątrobę.

Żeby edukacja żywieniowa w Polsce się udała, trzeba szkolić co najmniej dwie grupy specjalistów. Specjalistów dużej klasy i o głębokiej wiedzy. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w pierwszym z powstających w latach pięćdziesiątych ośrodku studiów żywieniowych, Cornell University, Ithaca, N.Y., istniały trzy kategorie profesorów: zajmujący się badaniami, uczeniem i upowszechnianiem wiedzy o żywności. Właśnie ci ostatni musieli być najlepsi i najwszechstronniej przygotowani.

U nas bywało odwrotnie. Przeważnie tak, że jeśli ktoś nie umiał badać, nie umiał uczyć, to zajmował się upowszechnianiem. To był błąd. W USA profesorem zajmującym się upowszechnianiem mieli najwyższe pensje. Musieli to być specjaliści nie tylko od żywienia, ale również psychologii, socjologii i różnych innych dziedzin, tak żeby potrafili edukować przeciętnego konsumenta lub producenta żywności. A zatem moją propozycją, ogłoszoną już wiele lat temu, jest to, że aby osiągnąć zdrowie i zadowolenie konsumenta, musimy



Współzależność celów, wskazań i norm żywienia oraz warunków podaży i popytu żywności dla zapewnienia zdrowia konsumenta

rozpocząć nasze działanie od podstawowej informacji o spożyciu, o żywności i chorobach dietozależnych, czyli epidemiologii żywieniowej (patrz rycina).

Po jednej stronie łańcucha gospodarki żywnościowej mamy producenta. Pan Senator Chodkowski słusznie powiedział, że producent musi wiedzieć, jak produkować, co ma być produkowane, dlaczego tak, a nie inaczej. Ale po drugiej stronie mamy konsumenta. Te dwie grupy, zwłaszcza w gospodarce rynkowej, powinny mieć zgodne cele i wskazania żywieniowe. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej opracowano wytyczne dla producentów oraz zalecenia przeznaczone dla konsumentów, a oparte na zalecanych normach żywieniowych, które będą lub powinny kształtować pożądaną popyt i podaż. Według mnie właśnie tą drogą otrzymamy optymalną dietę. Optymalną, bo racjonalną, jest bardzo trudno uzyskać w danych warunkach społeczno-ekonomicznych, przy czym nauka i oświata powinny być skierowane w dużym stopniu do konsumenta, który powinien wymagać od rynku takich, a nie innych produktów służących jego zdrowiu. Musi również istnieć polityka dotycząca wyżywienia. Wszystko to razem tworzy pewną współzależność zagadnień i czynników. Pan dr Szponar dziś cytował list Indianina do prezydenta Stanów Zjednoczonych. Wydaje mi się, że to jest właśnie sedno sprawy.

Nie ma jakiegoś jednego czynnika, za pomocą którego możemy zmienić sposób odżywiania się człowieka. Czynniki tych jest bardzo wiele, a wszystkie razem tworzą układ zamknięty, który nazywam „współzależnością czynników niezbędnych do osiągnięcia zdrowia i zadowolenia konsumenta”. Już wiele lat temu głosiłem ten model zależności. Za granicą jest nawet często cytowany, w Polsce, niestety, rzadziej.

W każdym razie, by osiągnąć cel, o którym mówiła moja przedmówczyni, musimy kształcić specjalistów do spraw oświaty. To nie jest łatwe zadanie. Łatwiej jest badać np. witaminę A, jak to robiłem przez trzydzieści lat, ale upowszechnić wiedzę z tych badań wynikającą jest niezmiernie trudno. O miejsca pracy dla specjalistów w upowszechnianiu wiedzy o żywieniu jest również trudno. W Holandii jest stu sześćdziesięciu opłacanych pracowników do upowszechniania wiedzy o prawidłowym żywieniu i zajmują się tylko tym. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej także ten system jest bardzo dobrze rozwinięty. Osoby zajmujące się upowszechnianiem wiedzy na temat żywienia muszą mieć głęboką wiedzę, na poziomie porównywalnym do wiedzy specjalistów zajmujących się tworzeniem tej wiedzy. Do budowy samochodu nie weźmie się ktoś, kto tylko umie nim jeździć. Tak samo jest z gospodarką żywnościową. Edukator musi być specjalistą dużej klasy, znającym wszystkie implikacje tej gospodarki.

Rezultaty jednej z naszych prac doktorskich wskazują na zależność pomiędzy żywieniem a wynikami w nauce dzieci w wieku szkolnym i potwierdzają wspomnianą konieczność, o czym mówiła Pani Doktor, tj. prowadzenia edukacji żywieniowej zarówno wśród rodziców, jak i ich dzieci. Tym bardziej, że jest to grupa populacyjna, dla której nieprawidłowości w żywieniu mogą

mieć ogromne konsekwencje zdrowotne w późniejszym okresie. Nie możemy zatem zostawić edukacji żywieniowej samej sobie. Trzeba wypracować system, z pomocą którego będziemy kształtować odpowiednią produkcję żywności, tak żeby zarówno cele, jak i zalecenia żywieniowe w miarę możliwości były zgodne. Dopiero w harmonii celów i zaleceń żywieniowych możemy osiągnąć optymalne i zdrowe żywienie w naszym kraju. Dlatego uważam, że bez programu dotyczącego poprawy zdrowia poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia, o który od wielu już lat prosimy, naprawdę będzie trudno osiągnąć założone cele. Nie możemy pozostawić tego samemu sobie, dlatego że zdrowie człowieka jest niezmiernie ważne, ale i kosztowne. Zdaje się, że nie ma przedstawiciela Ministerstwa Finansów na tej sali, a trzeba podkreślić, że bez odpowiednich funduszy nie uruchomimy omawianego programu. Musi być wsparcie finansowe, bo program za darmo nie powstanie, a dietozależne choroby będą nas jeszcze bardziej dotykać i kosztować więcej niż przygotowywany program.

Mam nadzieję, że dzisiejsza konferencja da nam szansę uruchomienia w przyspieszonym tempie programu strategicznego dla prozdrowotnej produkcji i optymalnego spożycia żywności w Polsce.

Dziękując senackiej Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu za zaproszenie do udziału w tej konferencji, pragnę zauważyć, że nasz wydział chętnie włączy się do realizacji tego programu.

ksiądz prałat dr Eugeniusz Marciniak

Sekretariat Episkopatu – Duszpasterstwo Rolników
Przemysłu Rolno-Spożywczego

Ludzkie zdrowie, jego jakość, ludzkie życie i jego jakość to jedno z najwyższych dóbr poza oczywiście dobrami duchowymi. Wyrazem tego są choćby życzenia, jakie najczęściej składamy, życząc sobie zdrowia, szczęścia. Chrystus utracone zdrowie przywracał swoją Boską mocą i przykładał do tej strony swojej działalności duże znaczenie. Wystarczy przeczytać Ewangelię.

Bardzo więc dziękuję organizatorom i pomysłodawcom dzisiejszej konferencji za jej zorganizowanie i przybliżenie wielu tak ważkich zagadnień, których celem ma być przecież poprawa zdrowia społeczeństwa. U podłoża leży bowiem, dla mnie bardzo czytelna, troska o drugiego człowieka. Jakże bliskie to Ewangelii, która między innymi mówi, że miarą miłości do Boga jest miłość do drugiego człowieka. Jakże bliskie przesłaniu Jana Pawła II, występującego około rok temu w tym gmachu.

Od siebie mogę tylko powiedzieć: Niech Pan wynagrodzi, zgodnie z tym, co powiedział: *Cokolwiek czyniliście jednemu z tych braci najmniejszych, mnieście czynili*. Niech świadomość tego będzie siłą napędową do dalszych działań, tak tutaj dla mnie oczywistych i podyktowanych tak czystymi inten-

cjami. Ze swej strony zgłaszam gotowość do intensywniejszej niż dotąd edukacji poprzez podległe mi służby i środki przekazu.

senator Janusz Bielawski

Wysłuchanie znakomitych wykładów dotyczących „naszego chleba powszedniego”, tego, co spożywamy na co dzień, z całą pewnością poszerzyło horyzonty i sprzyja innemu oglądowi tego problemu. Myślę, że została tutaj stworzona atmosfera do tego, aby program i jego wdrożenie poprzeć ponad podziałami politycznymi. Dotyczy bowiem nas wszystkich, poczynając od dziecka, które się ma narodzić, a skończywszy na starcu, który spogląda już na drugą stronę. Im wcześniej program zostanie wdrożony, tym będą lepsze i szybsze jego wyniki.(...)

senator Jan Chodkowski

Podzielałam pogląd, że strona finansowa zagadnień, o których mówiliśmy, jest bardzo ważna. Ale chciałbym jednocześnie powiedzieć, że jeśli chodzi o finanse, to w budżecie państwa w ubiegłym roku na sprawy produkcji żywności ekologicznej czy badanie gruntów, na których ta żywność jest uprawiana itd., przeznaczono 500 tysięcy złotych. W tym roku jest to około 7 milionów złotych. Widać więc, że resort rolnictwa zadbał, żeby na dynamizowanie procesu produkcji żywności ekologicznej były środki. I one są.

Jest jeszcze jedna dość ważna sprawa, która też już znalazła swój początek. W tej chwili w Polsce nie ma żadnego aktu prawnego, który reguluje sprawę produkcji, dystrybucji, przetwórstwa żywności ekologicznej. Tymczasem w końcu kwietnia wpłynął do Sejmu rządowy projekt ustawy właśnie o żywności ekologicznej. Nawiązując do wezwania Pani Doktor do wspólnego działania, chciałbym prosić, żeby zarówno Komisja Zdrowia, która zawsze w tym kierunku pozytywnie działa, jak i Państwo – uczestnicy konferencji – starali się, by stworzyć pewnego rodzaju lobbing, żeby ta ustawa została uchwalona jak najszybciej. Jej wejście w życie otworzy drogę we właściwym kierunku.

Sądzę, że jeśli się myśli i mówi o zdrowiu człowieka, o zdrowym, racjonalnym żywieniu, trzeba bezwzględnie zacząć od rolnika. Od producenta żywności. Trzeba bowiem około dwóch lat, by ta zdrowa żywność została wyprodukowana. Będzie zatem czas na jej popularyzację wśród konsumentów, ludzi chorych i tak dalej. Jednocześnie serdecznie Państwa zapraszam, żeby działać właśnie na polu popularyzacji zdrowych, naturalnych metod produkcji żywności. Bo nawiązując do słów Pana Doktora Szponara, który powiedział, że można wieprzowinę zastąpić drobiem, trzeba zauważyć, że nie jest to rozwiązanie, jeśli drób będzie chowany w fermach z zastosowaniem antybio-

tyków, stymulatorów wzrostu itp. To musi być drób grzebiący, chodzący, chowany w sposób naturalny.

Wspólne działanie wszystkich Państwa może się przyczynić do zrozumienia wśród rolników potrzeby produkcji zdrowej żywności. Również i u konsumentów, by także wspomagali ten ruch.

Bożenna Stankiewicz-Choroszuca

Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Minister zdrowia jest koordynatorem diskutowanego programu, upoważniając i dając przewodnictwo naukowe Instytutowi Żywności i Żywienia. Cieszę się niezwykle, że obie izby parlamentu jednoznacznie popierają naszą propozycję. To znacznie ułatwi, uprości i skróci również ścieżkę legislacyjną, która nas czeka. W bardzo krótkim czasie projekt programu zostanie bowiem przedstawiony pod obrady Rady Ministrów.

Chcę jednocześnie przypomnieć po ostatnich wypowiedziach, i może optymistycznie zakończyć nasze spotkanie, że minister zdrowia poprzez nadzorowanie Głównego Inspektora Sanitarnego dysponuje dużą siłą intelektualną i liczebną. Myślę mianowicie o wyszkolonych profesjonalnie i interdyscyplinarnie wykształconych służbach w inspekcji sanitarnej, w oddziałach oświaty zdrowotnej. Istnieje w Polsce kilkaset stacji, czyli regularna sieć, która jest w stanie w każdej chwili przyjąć informację, jak odpowiedzieć nam potem przez ewaluację programów wdrażanych. Jest to kilkaset przygotowanych osób, również ze świetnym zapleczem, mających właściwe oprzyrządowanie, materiały edukacyjne itd. Przy pomocy pracowników służby zdrowia, pracowników oświaty docierają jak najdalej do społeczeństwa. Działają w społecznościach lokalnych. To, że może pomału, ale jednak obserwujemy zmianę nawyków żywieniowych, jest również zasługą tych służb.

Inspekcja sanitarna nie tylko sprawdza, nie tylko pełni funkcję inspekcyjną, ale też, korzystając z uzyskiwanych wyników, wpływa właśnie na kierunki, wykorzystywane potem w promocji zdrowia.

Myśląc optymistycznie, mogłabym więc powiedzieć, że to się dzieje. Ludzie ci zostali przeszkoleni nie tylko przez naszych naukowców, którzy znajdują się w tej sali, ale również przez profesorów z zagranicznych instytutów zdrowia publicznego, w tym z Holandii i Wielkiej Brytanii. Patrzmy zatem na ten problem jednak optymistycznie.

senator Maciej Świątkowski

Proszę teraz Pana Profesora Jana Dzieniszewskiego o podsumowanie części merytorycznej dzisiejszej konferencji.

prof. dr hab. Jan Dzieniszewski
Instytut Żywności i Żywienia
Klinika Chorób Metabolicznych i Gastroenterologii

Podsumowanie konferencji

Niełatwo jest podsumować taką konferencję, ale to, co, nasuwa się jako pierwsze, to fakt, że nie ma przeciwników programu. I to jest najważniejsze. Skoro nie ma przeciwników na tej sali, miejmy nadzieję, że i w innych gremiach też ich nie będzie. Ale nad tym trzeba będzie pewnie jeszcze popracować.

Na pewno zarysowaliśmy sytuację epidemiologiczną. Z niej logicznie wynika potrzeba działań. Ta potrzeba została zarysowana tak w sferze działań naukowych nad pogłębieniem naszej znajomości epidemiologicznej, w sferze działań naukowych dotyczących relacji między żywnością, sposobem żywienia a stanem zdrowia i mechanizmami patofizjologicznymi. Zarysowana też została sytuacja i potrzeba działań w zakresie produkcji żywności oraz jej przetwórstwa jako integralnej części całego programu.

To, co wydaje się jednym z ważnych, może nawet najważniejszych, elementów, to potrzeba przełożenia wiedzy teoretycznej na temat żywienia na proste formy docierania z edukacją do społeczeństwa, ale nie wyłącznie, bo również do osób zajmujących się propagowaniem tych spraw. Tak, by niezbędna wiedza mogła dotrzeć do najbardziej podstawowych ogniw społecznych, a więc do gospodarstw domowych, od których przecież zależy najwięcej, jeśli chodzi o model żywienia.

Wydaje się, że zarysowana została bardzo ważna kwestia, a mianowicie sprawa działań integracyjnych na wielu płaszczyznach. Nie tylko epidemiologicznej, medycznej, ale również w sferze produkcji i przetwórstwa żywności, a więc i rolnictwa. Została też zarysowana pilna potrzeba edukacji, a więc i konieczność współdziałania z resortem edukacji w tym zakresie.

Przedstawiliśmy zarys bardzo dobrego i zintegrowanego wielosektorowego programu. Warto również zwrócić uwagę, że jest tu wyraźne przeniesienie problemów związanych ze sferą nauki do sfery czystej praktyki. Tak więc program ten integruje na wszystkich możliwych płaszczyznach. Co więcej, integruje również środowisko naukowe w tym zakresie. Nie ma właściwie ośrodka

w Polsce, który zajmowałby się problematyką żywnościową, problemami przetwórstwa, produkcji, a który nie byłby do tego programu przyjęty. Ponad 50 ośrodków akademickich i instytutów badawczo-naukowych jest w to zaangażowanych.

Mówiąc o programie trudno pominąć kwestię pieniędzy. Wyczytałem niedawno, że w Polsce produkt krajowy wynosi około sześciuset miliardów złotych. Oceniamy, że w okresie pięciu lat program ten kosztowałby 100 milionów, czyli 20 milionów rocznie, a zatem w granicach 0,003% produktu krajowego brutto.

senator Maciej Świątkowski

Z wypowiedzi przedstawicieli rządu wynika, że jest przyzwolenie na ostateczne starania, aby wieloletni program rządowy „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia” po uzgodnieniach międzyresortowych stanął na posiedzeniu rządu i został przyjęty do realizacji w roku 2001.

Komisje merytoryczne Senatu związane z ochroną zdrowia oraz rolnictwem i polityką żywnościową, wsparte autorytetami naukowymi, będą czynić wszelkie starania i tworzyć pozytywny lobbing na rzecz tego ważnego dla pojedynczego człowieka i całej społeczności polskiej programu, będącego istotnym elementem polityki zdrowotnej państwa.

Znając jednak realia państwa polskiego, znając poziom rozwoju społeczno-gospodarczego, dochodu narodowego, pewnych wskaźników mówiących o przyszłości państwa, staje się jasne, że nie stać nas na zaniechanie działalności profilaktycznej dotyczącej poprawy jakości zdrowotnej żywności oraz racjonalizacji sposobu żywienia. Dlatego jako przedstawiciele parlamentu będziemy czynić starania, aby przekonać pozostałych kolegów parlamentarzystów i rząd, żeby już ani roku nie czekać z realizacją tego programu. Może będzie to z mojej strony pewną nieskromnością, ale sądzę, że dzisiejsza konferencja jest już ostateczną publiczną debatą poświęconą etapowi wprowadzenia tego programu.

Chciałbym serdecznie podziękować przede wszystkim instytucjom nauki polskiej, bo bez nich program by w ogóle nie powstał, nie byłby realizowany, a słyszymy, że już w jakimś stopniu jest wykonywany. Jego wdrażanie będzie intensywniejsze, gdy zostaną przeznaczone na ten cel środki finansowe.

Chciałbym podziękować i pogratulować Panu Dyrektorowi Szponarowi za niezwykle operatywność i dostarczenie nam przetłumaczonej na język polski „Białej księgi bezpieczeństwa żywności”.

Bardzo dziękuję Panu Profesorowi Janowi Dzieniszewskiemu za przewodniczenie dzisiejszej konferencji.

Dziękuję kolegom senatorom za udział w konferencji. Dziękuję również przedstawicielom rządu, a także przyjaznym nam mediom.

Materialy pomocnicze

W całej Europie zbyt dużo osób umiera przedwcześnie. Wielu tym zgonom można by zapobiec poprzez zmiany w stylu życia, wśród których poprawa jakości zdrowotnej żywności i racjonalizacja sposobu żywienia zajmują czołowe miejsce. W maju 1998 członkowie Światowej Organizacji Zdrowia podpisali deklarację, w której podkreślono, iż dostęp do środków, które dają możliwość osiągnięcia optymalnego zdrowia i w związku z tym wysokiej jakości życia, jest podstawowym prawem każdej istoty ludzkiej. Wyrazem realizacji tej deklaracji jest opracowanie przez WHO programu HEALTH21 („**Zdrowie dla wszystkich w wieku 21**”). Założeniem tego programu jest stworzenie możliwości osiągnięcia wysokiej jakości życia, ze zdrowotnego punktu widzenia, w każdym okresie jego trwania – od momentu poczęcia do śmierci. W dokumencie tym podkreśla się potrzebę podejmowania działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia ludności na poziomie narodowym i międzynarodowym. Działan, których wynikiem byłoby zmniejszenie dysproporcji, w aspekcie sytuacji zdrowotnej, między krajami najbiedniejszymi a najbogatszymi, a także zniesienie różnic w jakości życia wewnątrz danego kraju.

Sytuację zdrowotną ludności Polski należy uznać za niekorzystną, szczególnie na tle krajów Unii Europejskiej. Przeciętne dalsze trwania życia przewidywane przez ekspertów WHO w 1997 r. dla przeciętnej osoby niezależnie od płci wynosiło 71 lat, podczas gdy dla krajów Unii Europejskiej mieściło się w przedziale 76–79 lat. Standaryzowany współczynnik umieralności w 1997 r. był również w Polsce wyższy (702/100 000) niż w jakimkolwiek kraju UE (od 414 do 523/100 000). Zgony poniżej 50 r.ż. stanowią w Polsce ok. 14% wszystkich zgonów, a w krajach UE odsetek ten waha się między 5–10.

Ta niezadowolająca sytuacja zdrowotna w Polsce jest konsekwencją w dużej mierze wielu nieprawidłowości w stylu życia, wśród których do najważniejszych należy zaliczyć wadliwe żywienie. Istnieje wiele udowodnionych związków między nieodpowiednią jakością zdrowotną żywności, wadliwym żywieniem a niekorzystnym stanem zdrowia ludności całego kraju. Działania

na rzecz podnoszenia jakości zdrowotnej żywności i racjonalizacji sposobu żywienia dają szansę poprawy stanu zdrowia ludności we wszystkich grupach populacyjnych.

Przedstawione w niniejszym numerze dwa opracowania zawierają przykłady podejmowanych działań w Europie i w Polsce. „Pierwszy Program Żywności i Żywienia dla Europy na lata 2000–2005” przygotowany w wersji roboczej przez WHO zawiera wskazówki, sugestie, jakie działania w skali europejskiej i w skali kraju winny być podejmowane. Podkreśla się w nim, iż wszystkie sektory ponoszą odpowiedzialność za osiągnięcie poprawy zdrowia społeczeństwa. Według tego dokumentu ważnym elementem prozdrowotnej polityki jest powstanie narodowych programów żywności i żywienia.

Projekt Wieloletniego Programu Rządowego (WPR) „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia” przygotowany z inicjatywy Instytutu Żywności i Żywienia, którego streszczenie w dalszej części jest prezentowane, jest zgodny z zaleceniami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, których celem działania jest zdrowie dla wszystkich w 21 wieku.

Wiodącymi wykonawcami WPR będą: Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Rozrodu Zwierząt i Badania Żywności PAN, Państwowy Instytut Weterynaryjny oraz Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego. Swoją rolę w realizacji programu potwierdziło 35 ośrodków naukowych. Projekt WPR spotkał się z zainteresowaniem, uznaniem i poparciem komisji senackich – Komisji Zdrowia, Kultury Fizycznej i Sportu oraz Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi, sejmowej Komisji Zdrowia, Polskiej Akademii Nauk, Komitetu Badań Naukowych, a także ekspertów FAO.

Założeniem badań naukowych w ramach Wieloletniego Programu Rządowego jest pogłębienie wiedzy na temat związków między żywnością i żywieniem a powstawaniem chorób na tle wadliwego żywienia oraz opracowanie zbioru działań prewencyjnych. Będzie to miało znaczenie nie tylko dla zapobiegania i leczenia tych chorób, ale także oddziaływać będzie na model produkcji, przetwórstwa i spożycia żywności o właściwej jakości zdrowotnej. Od tego z kolei w dużej mierze zależą sukcesy realizacji polityki i strategii ochrony zdrowia w Polsce. Należy podkreślić też, że realizacja WPR byłaby istotnym czy wręcz niezbędnym elementem integracji Polski z Unią Europejską.

*Lucjan Szponar
Wioleta Respondek*

Projekt – streszczenie

**Lucjan Szponar, Światosław Ziemiański, Halina Kozłowska,
Wiktor B. Szostak, Włodzimierz Sekuła**

WIELOLETNI PROGRAM RZĄDOWY

POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI W POLSCE
POPRAZ PODNOSZENIE
JAKOŚCI ZDROWOTNEJ ŻYWNOŚCI
I RACJONALIZACJĘ SPOSOBU ŻYWIENIA

OKRES REALIZACJI 2000–2004

W n i o s k o d a w c a

Minister
Zdrowia i Opieki Społecznej

z udziałem:

Ministra Rolnictwa
i Gospodarki Żywnościowej

Ministra
Edukacji Narodowej

Przewodniczącego
Komitetu Badań Naukowych

Warszawa 1999

Autorzy dziękują Panu doktorowi Sławomirowi Radiukiewiczowi za pomoc w przygotowaniu materiału

**Wniosek o ustanowienie
Wieloletniego Programu Rządowego**

**POPRAWA STANU ZDROWIA LUDNOŚCI W POLSCE
POPRAZ PODNOSZENIE JAKOŚCI ZDROWOTNEJ
ŻYWNOŚCI
I RACJONALIZACJĘ SPOSOBU ŻYWIENIA**

OKRES REALIZACJI 2000–2004

W n i o s k o d a w c a

MINISTER ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z udziałem:

MINISTRA ROLNICTWA I GOSPODARKI ŻYWNOŚCIOWEJ
MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ
PRZEWODNICZĄCEGO KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH

Pełnomocnik wnioskodawców

.....

Wykonawcy części badawczej programu

WIODĄCY:

INSTYTUT ŻYWNOŚCI I ŻYWIENIA im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła
ODDZIAŁ NAUKI O ŻYWNOŚCI INSTYTUTU ROZRODU ZWIERZĄT
I BADAŃ ŻYWNOŚCI PAN
PAŃSTWOWY INSTYTUT WETERYNARYJNY
WYDZIAŁ ŻYWIENIA CZŁOWIEKA ORAZ GOSPODARSTWA
DOMOWEGO SZKOŁY GŁÓWNEJ GOSPODARSTWA WIEJSKIEGO

Wykonawcy części wdrożeniowo-inwestycyjnej
i organizacyjnej programu

MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ
MINISTERSTWO ROLNICTWA I GOSPODARKI ŻYWNOŚCIOWEJ
MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ
MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SOCJALNEJ
MINISTERSTWO GOSPODARKI
PEŁNOMOCNIK RZĄDU DS. RODZINY
KOMITET INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY

**Wieloletni Program Rządowy
„Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce
poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności
i racjonalizację sposobu żywienia”
2000–2004**

Założenia, cele, realizacja i efekty

Wyniki współczesnych badań naukowych w pełni potwierdzają, że prawidłowy rozwój, sprawność fizyczna i umysłowa oraz ogólny stan zdrowia człowieka w dużej mierze jest zależny od jakości zdrowotnej żywności i sposobu żywienia. Żywność o nieodpowiedniej jakości zdrowotnej i wadliwe żywienie mają swój udział w etiologii i patomechanizmie powstawania i rozwoju wielu zaburzeń i chorób wpływających na długość ludzkiego życia, jego jakość, potencjał biologiczny, twórczy i poziom ekonomiczny, nie tylko jednostki, ale i rodzin, i całego społeczeństwa. Badania epidemiologiczne stanu zdrowia ludności, przeprowadzane w Polsce, wskazują wyraźnie, że choroby te występują powszechnie w naszym kraju, a jednocześnie dotychczasowe wyniki badań nad sposobem żywienia się dowodzą, że w wielu przypadkach odbiega on znacznie od zaleceń wynikających ze współczesnych badań naukowych, jak i zaleceń międzynarodowych organizacji zajmujących się tą problematyką, w tym przede wszystkim FAO i WHO.

Stąd wyraźnie rysuje się potrzeba określenia przez państwo polityki wyżywienia i podjęcia działań, które w polskich warunkach mogłyby mieć znaczący, pozytywny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa.

Celowość podejmowania takich działań potwierdzają doświadczenia wielu krajów, a między innymi Wielkiej Brytanii, Finlandii, Norwegii, Szwecji, Holandii, USA, Kanady i Australii. Kraje te podjęły przed wieloma laty z powodzeniem działania na rzecz zmiany sposobu żywienia na bardziej prozdrowotny, efektem czego stały się wyraźne korzystne zmiany w kierunku zmniejszenia zachorowalności i chorobowości w chorobach na tle wadliwego żywienia. Należy się spodziewać, że podobne efekty da zmiana sposobu żywienia ludności w Polsce i to zarówno tych grup, u których dominuje nadkonsumpcja energii i części składników odżywczych, jak i u tych, u których występują znaczne niedobory. Decyzje w sprawie podjęcia aktywnego kreowania pro-

zdrowotnej polityki żywienia narodu są pilne, ich odłożenie bądź zaniechanie mogłoby odbić się ujemnie na i tak już niekorzystnym stanie zdrowia naszego społeczeństwa, a jako przyszłego członka Unii Europejskiej postawi w tej wspólnocie Polskę jako państwo, w niekorzystnej sytuacji. Każę to problem prozdrowotnej polityki produkcji żywności i żywienia uznać za jeden z podstawowych celów strategicznych państwa. Jej złożoność i wielosektorowość wymaga kompleksowego działania. Optymalną w związku z tym drogą osiągnięcia powyższego celu w polskich warunkach jest ustanowienie wieloletniego programu rządowego.

Polskie środowisko naukowe, reprezentujące nauki medyczne, rolnicze, z zakresu żywności i żywienia, ekonomiczne, a także ochrony środowiska podjęło inicjatywę takich działań. Wyrazem tego stał się I Krajowy Kongres „Żywność, żywienie a zdrowie” (Warszawa 1994), którego jednym z wniosków było stwierdzenie potrzeby opracowania podstaw naukowych prozdrowotnej polityki żywienia w naszym kraju. Koordynacji realizacji tego wniosku podjął się Instytut Żywności i Żywienia przy poparciu i współpracy z 35 ośrodkami naukowymi z terenu całego kraju i aprobachie zainteresowanych ministerstw: Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwa Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej oraz Komitetu Badań Naukowych. W wyniku tych działań, po ponaddwuletnich pracach przygotowawczych stworzony został projekt Wieloletniego Programu Rządowego pt.: „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia” z okresem realizacji w latach 2000–2004.

Inicjatywa polskich naukowców zbiegła się w czasie z podobnymi działaniami, podejmowanymi w skali światowej bądź europejskiej głównie przez międzynarodowe organizacje afiliowane przy Organizacji Narodów Zjednoczonych czy też komisje lub inne ciała działające w strukturach Unii Europejskiej. Inicjatywy te łączą intencje wspólnoty celów, jak i w większości przypadków drogi i metody ich uzyskiwania. Do najważniejszych z nich należą:

- ustalenia **Międzynarodowej Konferencji Żywnościowej – Rzym 1992**, a zwłaszcza „Światowa deklaracja w sprawie żywienia” oraz „Plan działania na rzecz żywienia” (*World Declaration and Plan of Action for Nutrition*). Określała ona główne problemy dotyczące żywności i żywienia oraz wypracowała strategię ich rozwiązań w skali globalnej z jednoczesnym zaleceniem dla rządów krajów uczestniczących – w tym Polski – opracowania krajowych programów poprawy żywienia,
- **Traktat Amsterdamski Unii Europejskiej** – stwierdzający, że aspekt zdrowia, zwłaszcza publicznego, powinien być uwzględniany przy formułowaniu dokumentów dotyczących polityki Unii. Obejmuje to również produkcję, dystrybucję i kontrolę żywności. Dotyczy to także każdego kraju – członka UE z osobna,
- **Program WHO – Zdrowie21** (*Health21 – Health for All for the Twenty-first Century*) – eksponujący potrzebę tworzenia międzysektorowej strategii kreowania zdrowych społeczeństw, z uwzględnieniem między innymi roli

czynnika żywnościowego i żywienia. Propozycje w tym zakresie określa cel 11. tego programu, zawierający zbiór działań na rzecz bezpiecznej i dobrej jakości zdrowotnej żywności jak i prozdrowotnego żywienia,

- **„Pierwszy Program, Żywność i żywienie dla Europy na lata 2000–2005”** – projekt roboczy (maj 1999) Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia, proponujący kierunki i określający kompleksową wielosektorową strategię wdrożenia tych kierunków i metod poprawy stanu zdrowia mieszkańców Europy poprzez udostępnienie bezpiecznej żywności i racjonalizację żywienia.

Wieloletni Program Rządowy uwzględnia funkcjonujące już, bądź będące w stadium wdrożenia, krajowe programy. Są to:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005, uchwalony przez Radę Ministrów w roku 1996. Proponowany WPR jest szczegółowym rozwinięciem tego programu, zwłaszcza celu operacyjnego nr 2. Pozwoli on na bardziej skuteczną realizację tego celu jak i całego NPZ,
- **Program „Średniookresowa strategia rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich”**, przyjęty przez rząd w kwietniu 1998 roku. Dokument ten eksponuje potrzebę włączenia sektora rolno-spożywczego w realizację prozdrowotnej polityki żywienia,
- **Wieloletni Program Środowisko a Zdrowie** na lata 2000–2002, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa, mający na celu stworzenie skutecznego systemu przeciwdziałania środowiskowym zagrożeniom zdrowia poprzez zintegrowanie działań zmierzających do ograniczenia zanieczyszczeń środowiska i eliminacji negatywnych skutków zdrowotnych u mieszkańców Polski. Program ten i proponowany WPR uzupełniają się wzajemnie, zwłaszcza w obszarze przeciwdziałania środowiskowym zagrożeniom zdrowia, których nośnikami może być zanieczyszczona żywność.

Za cel główny Wieloletniego Programu Rządowego pt.: „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia” uznano poprawę stanu zdrowia mieszkańców Polski, obniżenie wskaźników zapadalności i chorobowości, a także niepełnosprawności, inwalidztwa i umieralności z powodu chorób, dla których wysokim ryzykiem powstania i rozwoju jest wadliwe żywienie bądź niezadowalająca jakość zdrowotna żywności.

Cele szczegółowe natomiast to:

1. Zdiagnozowanie na podstawie jednolitej metodologii sposobu żywienia i stanu odżywienia ludności Polski, z uwzględnieniem podstawowych grup

- populacyjnych i regionów kraju, oraz określenie grup ludności, w których występują żywieniowe czynniki ryzyka chorób i odchyień w stanie zdrowia na tle wadliwego żywienia. Niezbędne jest m.in. zaktualizowanie w tym celu tabel składu i wartości odżywczej żywności oraz norm żywienia.
2. Syntetyczna ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie częstości występowania w Polsce chorób, w których etiologii istotną rolę odgrywa niezadawalająca jakość zdrowotna żywności bądź wadliwe żywienie, celem ustalenia zbioru działań interwencyjnych poprzez:
 - wprowadzenie prozdrowotnego modelu produkcji i przetwórstwa żywności opartego głównie na produkcji krajowej,
 - rozwój systemu prewencji pierwotnej i wczesnej wtórnej chorób na tle wadliwego żywienia,
 - rozwój systemu poradnictwa żywieniowego w zdrowiu i stanach chorobowych,
 - rozwój systemu edukacji żywieniowej,
 - rozwój systemu kształcenia podyplomowego z omawianego obszaru.Zbiory działań interwencyjnych zostaną opracowane na potrzeby jednostek administracji rządowej i samorządowej stosownych szczebli, zgodnie z kompetencjami i uprawnieniami oraz dla kas chorych.
 3. Modernizacja modelu żywienia i aktualizacja zaleceń żywieniowych dla ludności Polski, z uwzględnieniem grup populacyjnych.
 4. Opracowanie podstaw naukowych:
 - systemu okresowego monitoringu jakości zdrowotnej żywności, sposobu żywienia i stanu odżywienia,
 - systemu wczesnego wykrywania żywieniowych czynników ryzyka zagrożeń zdrowia oraz metod wczesnego ostrzegania przed nimi,
 - systemu kontroli jakości zdrowotnej żywności, porównywalnego z krajami Unii Europejskiej,
 - metod zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób na tle wadliwego żywienia, z wyeksponowaniem poradnictwa żywieniowego.
 5. Ustalenie zasad i podstaw organizacyjnych prozdrowotnej polityki wyżywienia ludności w Polsce, uwzględniającej aktualną i przewidywaną sytuację demograficzną, uwarunkowania społeczne i ekonomiczne rozwoju kraju oraz zadania zreformowanego systemu administracji rządowej i samorządowej.
 6. Określenie kierunków przekształceń istniejącego modelu produkcji i przetwórstwa żywności na bardziej prozdrowotny, sprzyjający dążeniom integracyjnym Polski z Unią Europejską.
 7. Stworzenie nowoczesnego systemu edukacji żywieniowej społeczeństwa, promującego prozdrowotny model żywienia.
 8. Opracowanie podstaw naukowych harmonizacji polskiego ustawodawstwa żywnościowego w zakresie jakości zdrowotnej żywności i żywienia z wymogami Unii Europejskiej.

Cele programu zamierza się osiągnąć poprzez realizację następujących przedsięwzięć:

1. Diagnozę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktualizację norm żywienia i wyżywienia jako podstawy strategii populacyjnej w zakresie żywieniowej promocji zdrowia.
2. Podnoszenie jakości zdrowotnej żywności w celu zmniejszenia ryzyka powstawania chorób i odchyłeń w stanie zdrowia na tle wadliwego żywienia.
3. Prewencję pierwotną i wczesną wtórną chorób i odchyłeń w stanie zdrowia na tle wadliwego żywienia.
4. Politykę produkcji surowców rolniczych, przetwórstwa i obrotu żywnością oraz edukację, uwzględniającą prozdrowotny model żywienia jako istotny element procesów integracyjnych z Unią Europejską.

Realizacja programu przyniesie następujące efekty:**zdrowotne**

- zmniejszenie częstości występowania żywieniowo-żywnościowych czynników ryzyka zagrożenia stanu zdrowia ludności, unowocześnienie systemów bezpieczeństwa i kontroli jakości zdrowotnej żywności,
- poprawę stanu zdrowia ludności przejawiającą się m.in. zmniejszeniem wysokości wskaźników zapadalności, chorobowości i umieralności z powodu chorób na tle wadliwego żywienia i nieodpowiedniej jakości zdrowotnej żywności,
- wprowadzenie do praktyki opieki zdrowotnej nowoczesnego, efektywnego systemu profilaktyki zdrowotnej, uwzględniającej bezpieczną żywność i czynnik żywieniowy,
- wzrost poziomu wiedzy społeczeństwa z zakresu edukacji żywieniowej i świadomości potrzeby realizacji założeń prozdrowotnego modelu żywienia w codziennej praktyce żywienia,

w zakresie nauki

- pogłębienie wiedzy w zakresie etiopatogenezy i patomechanizmu chorób na tle wadliwego żywienia,
- pełniejsze skoordynowanie badań naukowych w obszarze żywności, żywienia i zdrowia w skali kraju,
- stworzenie pełniejszych dla wielu ośrodków naukowych szans nawiązania komplementarnej i zharmonizowanej współpracy naukowej i działań aplikacyjnych z Unią Europejską w ramach V Ramowego Programu Badań i Rozwoju Unii Europejskiej. (*The Fifth EUR & D Framework Programme*),

społeczne

- zracjonalizowanie żywienia na rzecz wyrównywania nierówności w żywności, występujących aktualnie w różnych środowiskach i grupach ludności, ze szczególnym uwzględnieniem grup znajdujących się w trudnej sytuacji bytowej,

- zmniejszenie częstości występowania niepełnosprawności i inwalidztwa z powodu chorób dietozależnych,
- bardziej skuteczną ochronę praw konsumentów do dostępności do bezpiecznej i o wysokiej jakości zdrowotnej żywności,

gospodarcze

- zmniejszenie strat materialnych powodowanych przez choroby na tle wadliwego żywienia,
- poprawa jakości zdrowotnej żywności, a tym samym wzrost konkurencyjności polskich produktów na rynku krajowym i rynkach zagranicznych,
- rozwój dziedzin rolnictwa, hodowli i przemysłu spożywczego związanych ze zwiększonym zapotrzebowaniem na produkty spożywcze zalecane przez prozdrowotny model wyżywienia,

polityczne

- zwiększenie potencjału biologicznego ludności kraju, dla pełniejszego sprostania nowym wyzwaniom wynikającym z procesu integracji Polski z Unią Europejską,
- harmonizacja polskiego ustawodawstwa żywnościowego z istniejącym w Unii Europejskiej,
- ukierunkowanie i skoordynowanie kreowania wielosektorowej polityki zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej i naukowej w zakresie wyżywienia,
- ułatwienie władzom samorządowym różnych szczebli prowadzenia efektywnej, realizowanej wielosektorowo prozdrowotnej polityki wyżywienia i ochrony zdrowia ludności.

Twórcy projektu zakładają, że proces przeobrażeń w modelu żywienia, którego pierwszym etapem jest opracowany Wieloletni Program Rządowy, jest procesem długotrwałym (15–20 lat), determinowanym wieloma czynnikami gospodarczymi, ekonomicznymi i kulturowymi. Dopiero po tym okresie należy spodziewać się ewidentnej poprawy stanu zdrowia ludności Polski, chociaż symptomy korzystnych zmian będą widoczne przypuszczalnie już wcześniej. Potwierdza to realizacja podobnych programów w innych krajach.

Zakładane wczesne i późne efekty programu potwierdzają słuszność przyjętych założeń, celów i metod realizacji WPR i wskazują na zasadność ustanowienia Wieloletniego Programu Rządowego pt.: „Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia” jako jednego z ważnych kompleksowych i wielosektorowych sposobów poprawy stanu zdrowia ludności w Polsce.

Gwarantem realizacji WPR jest potencjał naukowy 35 ośrodków naukowych, dorobek naukowo-badawczy i doświadczenie wiodących wykonawców WPR, tj. Instytutu Żywności i Żywienia, Instytutu Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk, Państwowego Instytutu Weterynaryjnego oraz Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, a także poparcie kół parlamentarnych, organizacji pozarządowych oraz liczących się w kraju przedsiębiorstw zajmujących się produkcją i przetwórstwem żywności.

Koszty WPR, obejmujące zadania badawcze i przedsięwzięcia wdrożeniowe, oceniane są na około 100 milionów złotych. Zakłada się, że ich podstawowym źródłem ma być budżet państwa, zaś dysponentami środków budżetowych wnioskodawcy WPR – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwo Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Komitet Badań Naukowych. Przewiduje się, że po ustanowieniu przez Radę Ministrów Wieloletniego Programu Rządowego rozważona zostanie możliwość wsparcia realizacji przedsięwzięć wdrożeniowych przez zaangażowanie środków finansowych województw i samorządów lokalnych, a także producentów żywności. Podjęte zostaną też działania na rzecz włączenia do realizacji zadań z zakresu prewencji i leczenia chorób na tle wadliwego żywienia środków regionalnych kas chorych. Zbieżność celów WPR z programami Unii Europejskiej, FAO, WHO i innych organizacji afiliowanych przy ONZ stwarza też podstawy do ubiegania się o dofinansowanie programu przez te organizacje.

CZŁONKOWIE RADY PROGRAMOWEJ ds. PRZYGOTOWANIA WPR

„Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia”

- | | |
|--|--|
| 1. prof. dr hab. Stanisław Berger | – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego |
| 2. prof. dr hab. Piotr J. Bykowski | – Morski Instytut Rybacki |
| 3. prof. dr hab. Bogdan Chazan | – Instytut Matki i Dziecka |
| 4. prof. dr hab. Roman Cichoń | – Akademia Rolniczo-Techniczna
w Olsztynie |
| 5. prof. dr hab. Wojciech Ciechomski | – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego |
| 6. dr n. med. Janusz Ciok | – Instytut Żywności i Żywienia |
| 7. prof. dr hab. Jan Dzieniszewski | – Instytut Żywności i Żywienia |
| 8. prof. dr hab. Jan Gawęcki | – Akademia Rolnicza w Poznaniu |
| 9. prof. dr hab. Anna Gronowska-Senger | – Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego |
| 10. prof. dr hab. Piotr Heczko | – Uniwersytet Jagielloński,
Collegium Medicum |
| 11. prof. dr hab. Waleria Hryniewicz | – Centralne Laboratorium Surowic
i Szczepionek |
| 12. prof. dr hab. Wojciech Józwiak | – Instytut Ekonomiki Rolnictwa
i Gospodarki Żywnościowej |
| 13. dr Andrzej Koronkiewicz | – Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony
Zdrowia |
| 14. prof. dr hab. Halina Kozłowska | – PAN, Instytut Rozrodu Zwierząt
i Badań Żywności |
| 15. prof. dr hab. Hanna Kunachowicz | – Instytut Żywności i Żywienia |
| 16. ks.dr Eugeniusz Marciniak | – przew. Komisji Duszpasterstwa Rolników
i Przemysłu Rolno-Spożywczego
Episkopatu Polski |
| 17. red. Barbara Markowska | – Telewizja Polska, Program I |

18. doc. dr hab. Małgorzata Niepokulczycka	- Federacja Konsumentów
19. prof. dr hab. Stefan Rywik	- Instytut Kardiologii
20. dr n. ekonom. Włodzimierz Sekuła	- Instytut Żywności i Żywienia, lider Przedsięwzięcia IV
21. prof. dr hab. Jerzy Socha	- Instytut "Pomnik Zdrowia Dziecka"
22. prof. dr hab. Wiktor B. Szostak	- Instytut Żywności i Żywienia, lider Przedsięwzięcia III,
23. dr n. med. Lucjan Szponar	- Instytut Żywności i Żywienia, lider Przedsięwzięcia II
24. prof. dr hab. Zbigniew Szybiński	- Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
25. prof. dr hab. Maciej Świątkowski	- Akademia Medyczna w Bydgoszczy
26. doc. dr hab. Bolesław Wojtoń	- Państwowy Instytut Weterynaryjny
27. prof. dr hab. Witold Zatoński	- Centrum Onkologii, przewodniczący Rady Programowej
28. prof. dr hab. Światosław Ziemiański	- Instytut Żywności i Żywienia, lider Przedsięwzięcia I

WYKONAWCY CZĘŚCI BADAWCZEJ

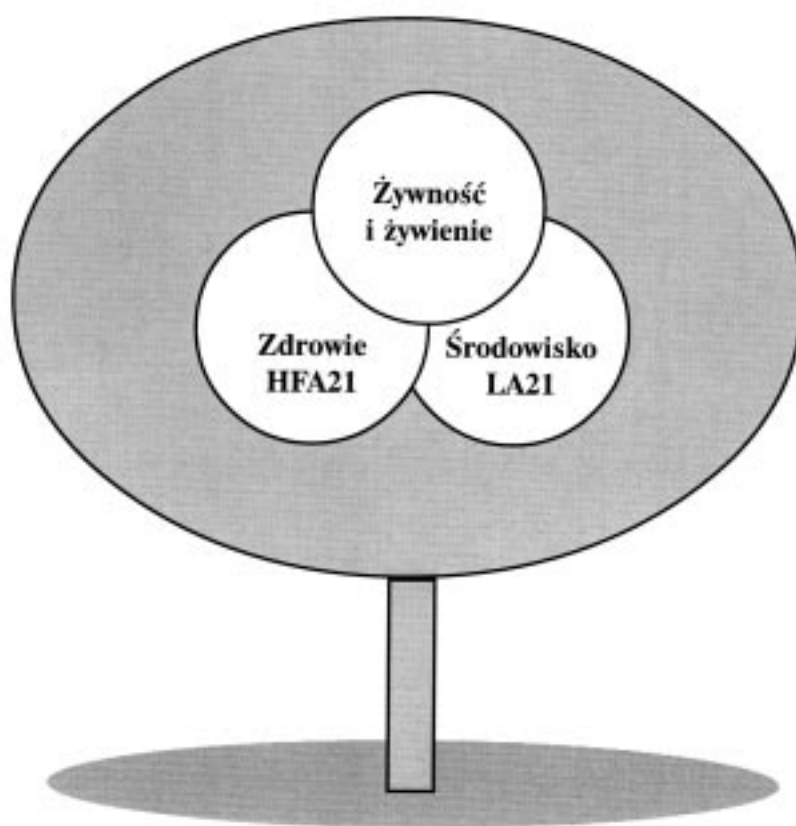
Wieloletniego Programu Rządowego pt. "Poprawa stanu zdrowia ludności w Polsce poprzez podnoszenia jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia"

1. Akademia Medyczna	- Białystok
2. Akademia Medyczna	- Bydgoszcz
3. Akademia Medyczna	- Lublin
4. Akademia Medyczna	- Łódź
5. Akademia Medyczna	- Poznań
6. Akademia Medyczna	- Szczecin
7. Akademia Medyczna	- Warszawa
8. Akademia Medyczna	- Wrocław
9. Akademia Rolnicza	- Poznań
10. Akademia Rolnicza	- Wrocław
11. Akademia Rolniczo-Techniczna	- Olsztyn
12. Akademia Wychowania Fizycznego	- Warszawa
13. Centralne Laboratorium Przemysłu Koncentratów Spożywczych	- Poznań
14. Centralne Laboratorium Surowic i Szczepionek	- Warszawa
15. Centralny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy Opakowań	- Warszawa
16. Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	- Warszawa
17. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia	- Warszawa
18. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	- Warszawa
19. Instytut Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego	- Warszawa
20. Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej	- Warszawa
21. Instytut Kardiologii	- Warszawa
22. Instytut Matki i Dziecka	- Warszawa
23. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	- Warszawa
24. Instytut Przemysłu Mięsnego i Tłuszczowego	- Warszawa
25. Instytut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności PAN	- Olsztyn
26. Instytut Włókien Naturalnych	- Poznań
27. Instytut Zootechniki	- Zakrzewo k. Poznania
28. Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr. Aleksandra Szczygła	- Warszawa
29. Morski Instytut Rybacki	- Gdynia
30. Państwowy Instytut Weterynaryjny	- Puławy

-
- | | |
|---|------------|
| 31. Politechnika Łódzka | – Łódź |
| 32. Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego | – Warszawa |
| 33. Uniwersytet Jagielloński | – Kraków |
| 34. Uniwersytet Warszawski | – Warszawa |
| 35. Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii | – Warszawa |
| 36. Wyższa Szkoła Morska | – Gdynia |

PROJEKT ROBOCZY
maj 1999
Proszę nie cytować

**PIERWSZY
PROGRAM ŻYWNOŚĆ I ŻYWIENIE
DLA EUROPY NA LATA 2000-2005**



Produkując, kupując i jedząc odpowiednie rodzaje żywności można zmniejszyć ryzyko większości chorób i jednocześnie chronić środowisko



**ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA
EUROPEJSKIE BIURO REGIONALNE**

CEL 1 i 2. Zrównoważenie wewnętrzne i pomiędzy krajami
CEL 3. Zdrowie od narodzin
CEL 6. Poprawa zdrowia psychicznego
CEL 8. Zmniejszenie chorób zakaźnych
CEL 10. Zdrowe i bezpieczne środowisko
CEL 11. Zdrowe warunki i styl życia
CEL 14. Wielosektorowa odpowiedzialność
CEL 18. Rozwijanie zasobów ludzkich na rzecz zdrowia
CEL 19. Badania i wiedza o zdrowiu
CEL 20. Mobilizowanie partnerów na rzecz zdrowia
CEL 21. Polityka i strategię

WYCIĄG

Słowa kluczowe: polityka żywienia
karmienie niemowląt
bezpieczeństwo żywności
dostępność żywności
regionalne projekty zdrowotne
ewaluacja programu
Europa

© World Health Organization

Tłumaczenie: Instytut Żywności i Żywienia. Warszawa 1999
Tytuł oryginału: FIRST FOOD AND NUTRITION ACTION PLAN
FOR EUROPE 2000-2005

The translator of this document is responsible for the accuracy of the translation

STRESZCZENIE

Ograniczenie lub brak dostępu do żywności bezpiecznej dla zdrowia może być przyczyną ponad 1 miliona zgonów rocznie w regionie europejskim WHO. Dostęp do żywności bezpiecznej dla zdrowia jest prawem człowieka, podkreślanym przez program Zdrowie21 (*Health21*). Żywność jest także towarem, który ma swój udział w gospodarce narodowej kraju, przez co ogromne znaczenie gospodarcze wiąże się z produkcją żywności, jej przetwórstwem, handlem i dystrybucją. Globalne ekonomiczne znaczenie żywności drastycznie wzrosło po zawarciu Światowego Porozumienia w Sprawie Handlu w 1994 roku, do którego to porozumienia po raz pierwszy włączono żywność.

Zadaniem sektora zdrowia jest pomoc wszystkim udziałowcom, których głównym priorytetem niekoniecznie musi być zdrowie, w uznaniu, jak ważną rolę odgrywa żywność w sprawach dotyczących zdrowia. Sektor zdrowia może tego dokonać jedynie poprzez rozwijanie udokumentowanych strategii działań zapewniających, że zdrowie jest elementem centralnym każdej polityki dotyczącej żywności. Program WHO Żywność i Żywnienie określa możliwą strategię działań stanowiącą pomoc dla krajów członkowskich. Określa on strategię pozwalającą na ochronę najbardziej wrażliwych grup populacji, tj. niemowlęta, dzieci, kobiety w ciąży i w okresie laktacji, grupy o niskich dochodach oraz ludzie w podeszłym wieku. Do czasu, gdy plany dotyczące żywności i żywienia nie będą wdrożone, jakość zdrowotna żywności i nieprawidłowe żywienie będą przyczyną wzrostu gospodarczych obciążeń i zaburzeń z powodu, związanej z żywnością, zachorowalności i przedwczesnej umieralności.

Choroby serca są przyczyną, w samej tylko Europie, ok. 1,4 mln zgonów rocznie, a ponad 30 milionów ludzi cierpi z ich powodu, co w ogromnym stopniu obciąża służby zdrowia. WHO szacuje, że odwrócenie tendencji spadkowej dotyczącej ilości matek karmiących piersią mogłoby każdego roku ocalić życie 1,5 mln niemowląt na świecie. W 1995 roku oszacowano, iż rocznie około 130 milionów Europejczyków dotkniętych jest jakąś chorobą dietozą-

leżną. Nie jest jednakże możliwe podanie oszacowania rzeczywistych wielkości. Niektóre choroby dietozależne ujawniają się dopiero po długim czasie ekspozycji na działanie czynników szkodliwych i w związku z tym wiele schorzeń nie występuje w statystykach narodowych.

W celu poprawienia dostępności żywności bezpiecznej dla zdrowia, bogatej w składniki odżywcze oraz zwiększenia jej spożycia w każdym państwie winny być opracowane i wdrożone odpowiednie programy strategiczne. Efektem działań rolnictwa i przemysłu przetwórczego winna być taka żywność, której spożywanie zmniejszy zarówno ryzyko zatruc pokarmowych, jak i chorób niezakaźnych, a także wystąpienia niedoborów mikroskładników. Należy zaznaczyć, że działania zmierzające do uzyskania bezpiecznej dla zdrowia żywności mogą przynieść korzyści dla środowiska.

Zastosowanie odpowiednich metod w rolnictwie daje możliwości zmniejszenia zużycia paliwa, zanieczyszczenia środowiska, kosztów transportu i pakowania. Daje także szansę zachowania bioróżnorodności upraw. Często w danym regionie może stworzyć nowe miejsca pracy.

Proponuje się, aby każdy z krajów członkowskich ustanowił lub wzmocnił międzysektorowe rady ds. żywności i żywienia lub też utworzył mechanizmy zapewnienia lepszej współpracy pomiędzy różnymi ministerstwami, tak aby było widoczne, że zdrowie publiczne jest należycie brane pod uwagę. Rady te są odpowiedzialne za opiniowanie programów dotyczących żywności i żywienia. Jednym z głównych zadań jest zmniejszenie nierówności w obszarze żywności i żywienia. Odpowiedzialność za sprawy związane z żywnością jest podzielona pomiędzy różnych ministrów, dlatego też brak koordynacji działań niesie za sobą ryzyko ich dublowania lub nawet, co bardziej możliwe, przeoczenia problemów zdrowia publicznego.

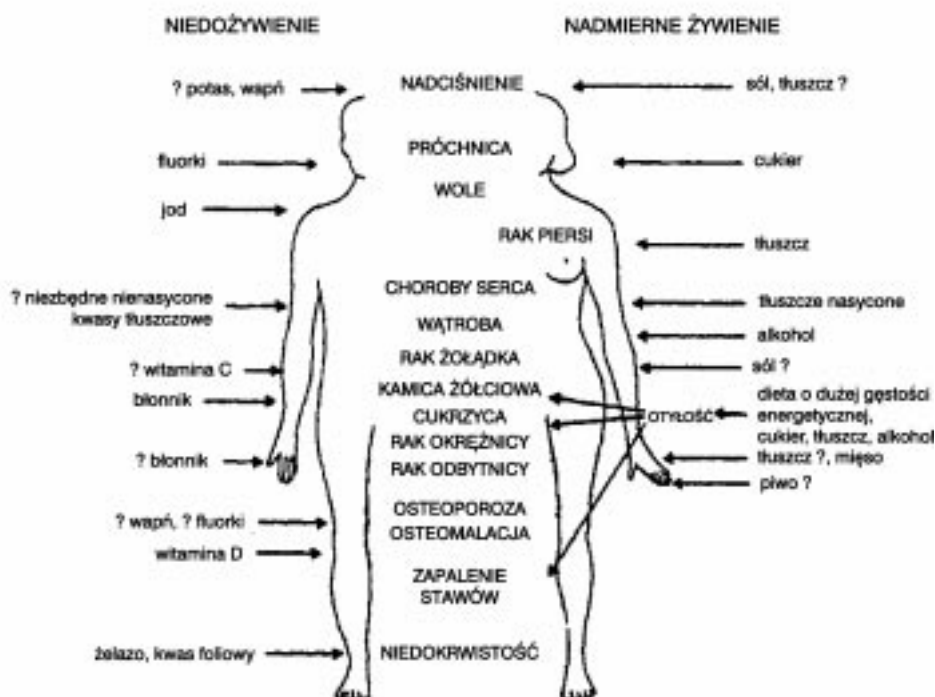
Dla efektywnego działania w regionie europejskim WHO proponuje się utworzenie Komitetu ds. Żywności i Żywienia dla Europy, celem wspierania opracowywania i wdrażania narodowych programów dotyczących żywności i żywienia oraz doradzania w zakresie międzynarodowych aspektów kontroli żywności i polityki żywienia i wyżywienia. Biuro Regionalne (WHO) oferuje prowadzenie sekretariatu Komitetu ds. Żywności i Żywienia dla Europy. Dostęp do bezpiecznej dla zdrowia żywności jest jednym z najważniejszych działań w zakresie zdrowia publicznego, jakie kraj może podjąć dla poprawy zdrowia oraz wzrostu osiągnięć gospodarczych.

POTRZEBA PROWADZENIA AKCJI W EUROPIE

1. Nierówność społeczna przyczyną niedostatecznego spożycia bezpiecznej dla zdrowia żywności oraz niedożywienia

Bieda i nierówności w Europie pogłębiają się. Takie czynniki jak niskie płace, bezrobocie i zbyt mała pomoc socjalna składają się na to, że takie podatne grupy społeczne, jak bezdomni, duże rodziny, rodziny niepełne oraz ludzie w podeszłym wieku nie mogą sobie pozwolić na urozmaiconą, bezpieczną dla zdrowia żywność. Bezpieczna dla zdrowia żywność może nie być dostępna dla tych, którzy jej najbardziej potrzebują, a dostęp do niej jest podstawowym prawem człowieka i potrzebna jest polityka, która te sprawy uwzględni.

Rysunek 1 przedstawia zestawienie czynników związanych z dietą, wpływających na stan zdrowia. Przy opracowywaniu narodowych programów żywności i żywienia każdy z tych czynników winien być wzięty pod uwagę oraz powinna zostać ustalona odpowiednia polityka dostosowana do priorytetów zdrowotnych danego kraju. Takie podatne na zachorowania grupy społeczne, jak ludzie w podeszłym wieku, grupy o niskich dochodach, dzieci i kobiety ciężarne powinny być uznane za grupy wymagające specjalnych programów z punktu widzenia zmniejszenia nierówności społecznych oraz wdrażania programu Zdrowie21 (*Health21*).



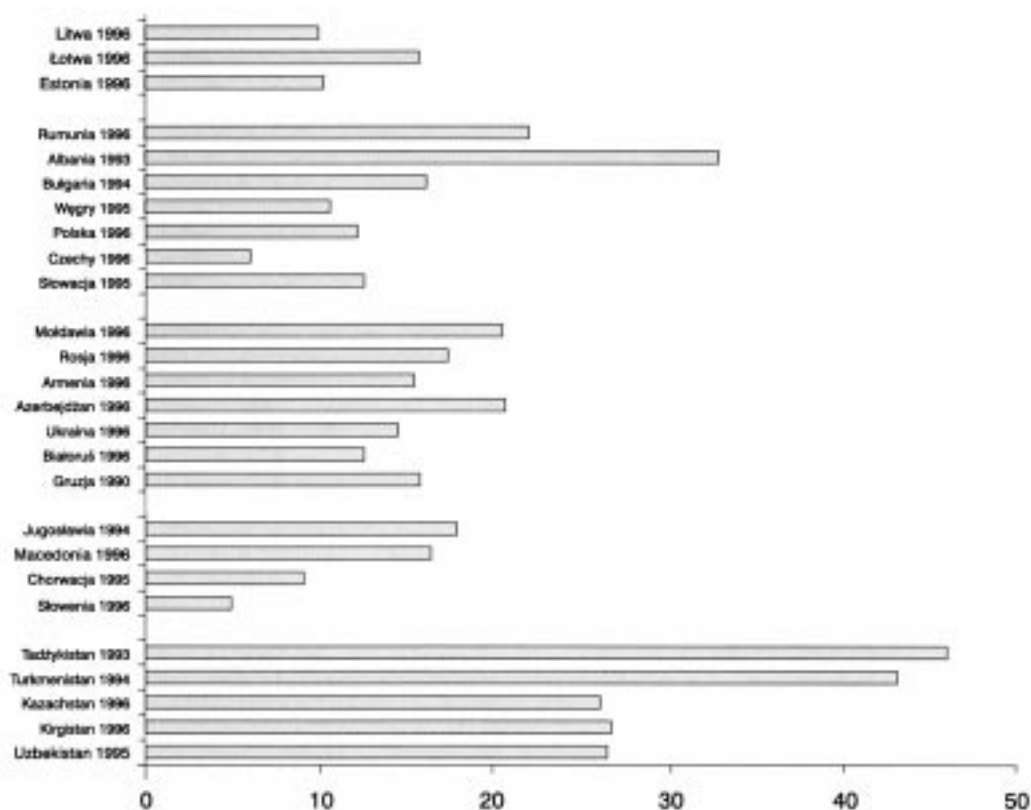
Rys. 1. Niektóre choroby i zaburzenia w stanie zdrowia związane z żywnością w Europie

Niedobory mikroelementów w pożywieniu

W regionie europejskim występują dwa podstawowe problemy wynikające z niedoborów żywieniowych. Są to zaburzenia z niedoboru jodu (IDD) oraz niedokrwistość z niedoboru żelaza. IDD dotyka około 16% populacji Europy i jest główną przyczyną, możliwego do uniknięcia, opóźnienia rozwoju umysłowego. Niedokrwistość z niedoboru żelaza niekorzystnie wpływa na rozwój dziecka oraz zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia kobiet w wieku rozrodczym.

2. Zdrowie od początku życia – w okresie macierzyństwa, niemowlęctwa i dzieciństwa

Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w niektórych krajach wzrasta (szczególnie w krajach skandynawskich), jednak w niektórych obniża się. Istnieją kraje, gdzie mniej niż 1% kobiet karmi swoje niemowlęta przez pierwszy miesiąc wyłącznie piersią. Przeprowadzone w niektórych krajach



Rys. 2. Umieralność niemowląt

członkowskich analizy ekonomiczne wykazują, w jak znacznym stopniu wyłączenie karmienia piersią może obniżyć koszty opieki zdrowotnej.

Wskaźniki umieralności niemowląt w niektórych krajach są dużo wyższe niż zakładają to cele określone przez WHO. Ta wysoka umieralność (rys. 2) wynika ze zwiększonego ryzyka infekcji, połączonego ze zmniejszoną odpornością organizmu.

Rozpowszechnienie wyłącznego karmienia piersią, wprowadzanie we właściwym czasie odpowiedniego pożywienia uzupełniającego oraz zmiany w opiece przed i ponatalnej mogą w znacznym stopniu poprawić zdrowie i dobrostan niemowląt oraz ich matek.

W niektórych częściach regionu europejskiego pożywienie niemowląt, przygotowane w niehigienicznych warunkach, jest często bardzo zanieczyszczone patogenami, przez co staje się główną przyczyną biegunek, związanego z tym niedożywienia oraz dużego rozpowszechnienia niedokrwistości i zahamowania (wzrostu) rozwoju. Z tego też względu wszelkie poradniki dotyczące karmienia niemowląt i małych dzieci powinny zawierać określone wskazówki informacyjne dla matek, dotyczące zasad bezpieczeństwa żywności, uwzględniające również czynniki socjalne i kulturowe.

Nie można przecenić znaczenia żywienia przed i podczas ciąży. Zaniechanie zadbania o bezpieczną, zdrową i urozmaiconą żywność dla matek ma swoje społeczne i ekonomiczne konsekwencje dla rodzin i społeczeństw. Dla umożliwienia następnemu pokoleniu jak najlepszego startu w życiu, co jest celem programu Zdrowie21 (*Health21*), trzeba inwestować w działania zapewniające dostęp do bezpiecznej, zdrowej i urozmaiconej żywności dla matek i ich dzieci.

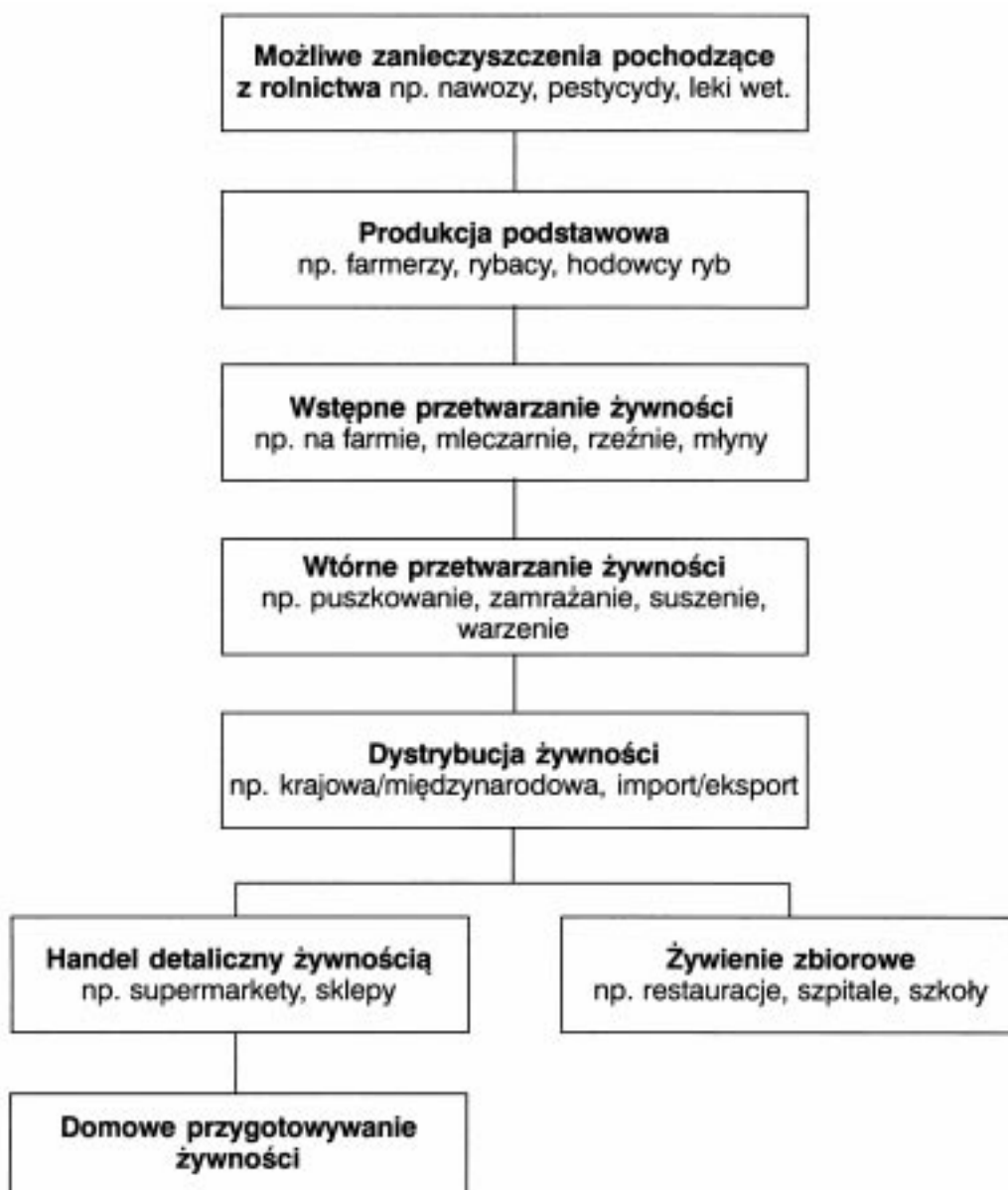
3. Bezpieczeństwo żywności

Żywność dostępna na rynku nie może zagrażać zdrowiu konsumenta z powodu zanieczyszczeń biologicznych, chemicznych i innych oraz musi być oferowana w sposób uczciwy. Kontrola bezpieczeństwa i jakości żywności zapewnia, że pożądane cechy żywności są zachowywane poprzez kolejne etapy produkcji, przetwarzania, pakowania, dystrybucji i przygotowywania posiłków. Umożliwia to dostarczenie konsumentowi żywności bezpiecznej dla zdrowia, zmniejsza straty i ułatwia handel. Konsumentom mają prawo do dostępu do żywności bezpiecznej, o wysokiej jakości zdrowotnej, i ciągle potrzebne są działania rządu i przemysłu spożywczego, aby to zapewnić.

Niezbędne są tu zarówno efektywne systemy kontroli jakości i bezpieczeństwa żywności, jak i program zapobiegania chorobom dietozależnym. Doświadczenie wykazuje, że uwaga winna skupić się na takich obszarach jak:

- a) mikrobiologiczne bezpieczeństwo żywności, szczególnie w aspekcie zakażenia *Campylobacter*, *Salmonella*, *E. coli*, *Listeria*. Współczesny łańcuch

- żywnościowy oznacza, że infekcja w jednej farmie może się szeroko rozprzestrzenić (patrz schemat nr 1);
- b) bezpieczeństwo chemiczne żywności związane z zanieczyszczeniami pestycydami i metalami ciężkimi;
 - c) organizmy modyfikowane genetycznie, nowa żywność i nowe procesy technologiczne.



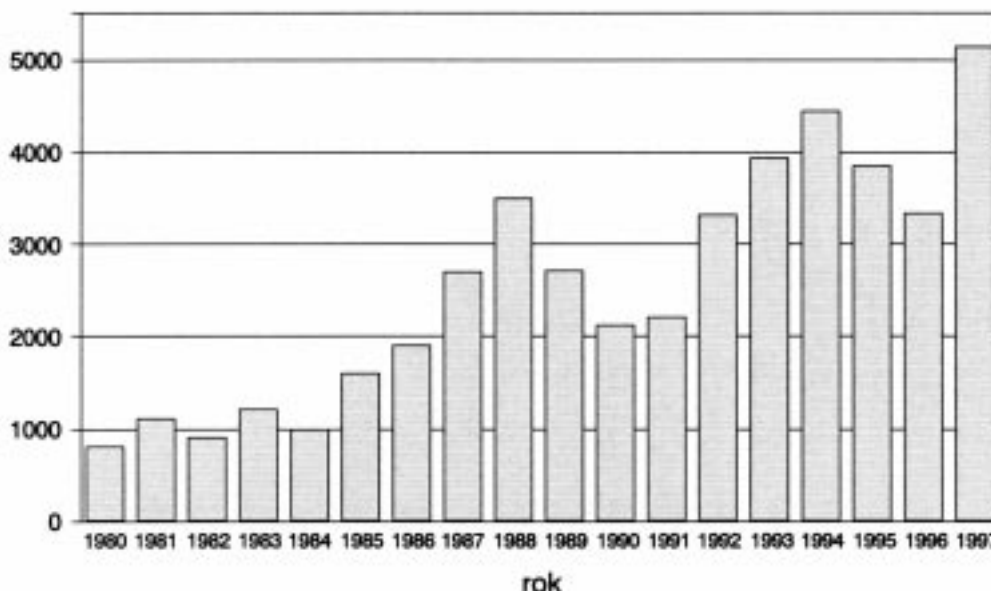
Schemat 1. Główne elementy łańcucha dostawy żywności

Ponadto stałego nadzoru wymagają leki weterynaryjne i chemikalia rolnicze, tak aby zapobiec takim zjawiskom jak oporność na antybiotyki.

Źródła zanieczyszczeń żywności, zarówno biologiczne, jak i chemiczne, obejmują swoim zasięgiem zarówno praktyki rolnicze, jak i działalność przemysłową oraz działalność człowieka, składowanie żywności i jej obróbkę, pakowanie i ostateczne przygotowanie. Na schemacie nr 1 przedstawiono wiele powiązań i etapów produkcji żywności w systemie żywnościowym.

Kontrola żywności jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Na poziomie legislacyjnym sprawami bezpieczeństwa żywności zajmuje się wiele rządowych departamentów lub agencji. Poczynając od zdrowia i rolnictwa, lista ta wydłuża się obejmując handel, pracę, turystykę, edukację, finanse, ochronę środowiska i wiele innych. W niektórych krajach resort zdrowia odgrywa rolę wiodącą, w innych tylko marginalną. Jako że resorty, poza resortem zdrowia, są głównie zainteresowane wspieraniem działalności gospodarczej, może to odbywać się ze szkodą dla bezpieczeństwa żywności, zdrowia i ochrony konsumenta.

Ponadto, światowy handel żywnością spowoduje, iż choroby dietozależne będą rozprzestrzeniać się poza granice danego kraju, tak więc potrzebne są efektywne strategie na rzecz zdrowia publicznego. Zarówno w bogatych, jak i biednych krajach choroby dietozależne są przyczyną istotnych zaburzeń w stanie zdrowia populacji, szczególnie dotkliwych dla krajów biednych. Zakażenia salmonellą są jedną z głównych przyczyn chorób, a w niektórych krajach zakres tych zakażeń wzrasta (rys. 3).



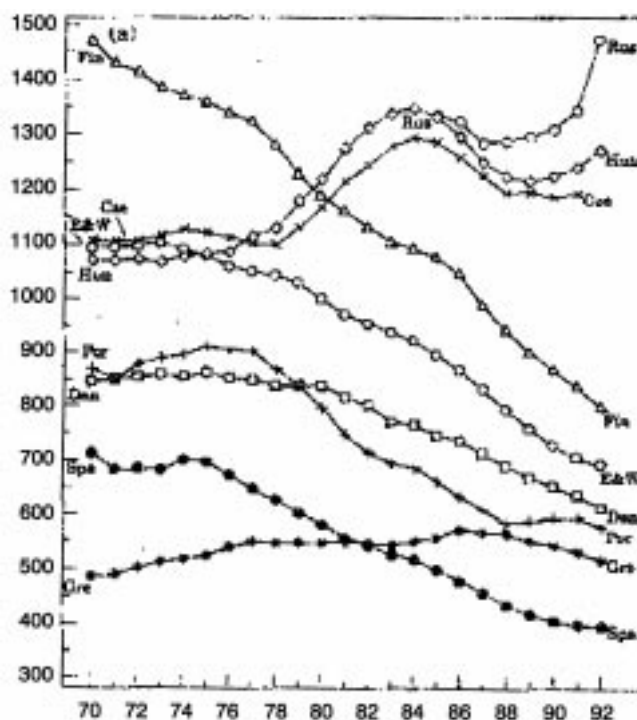
Rys. 3. Liczba rejestrowanych przypadków zakażenia salmonellą w Danii, lata 1980-1997

Rządy, przemysł i społeczeństwo, wszyscy są głównymi udziałowcami mającymi wpływ na system żywnościowy, przez co wymagane jest ściśle wzajemne oddziaływanie tych sektorów.

4. Choroby niezakaźne (NCD) i czynniki ryzyka

W niektórych krajach w ciągu ostatnich 10 lat zmniejszyło się procentowo spożycie tłuszczów nasyconych i zwiększyło spożycie warzyw. Są jednak kraje, w których nie obserwuje się korzystnych trendów w sposobie żywienia. Ponadto w całej Europie w okresie pomiędzy 1961–1991 rokiem nastąpił 25% spadek w dostępności produktów zbożowych, ziemniaków i innych warzyw korzeniowych.

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w krajach Europy Środkowej i Wschodniej i krajach byłego ZSRR jest w ponad 50% przyczyną istniejącej dysproporcji pomiędzy Wschodem a Zachodem w długości przeciętnego trwania życia. Ofiarami są zwykle kraje najbiedniejsze i najbiedniejsi ludzie żyjący w danym kraju. Szacuje się, że gdyby we wszystkich krajach członkowskich Unii wskaźniki umieralności utrzymywały się na poziomie najniższego wskaźnika dla chorób układu krążenia (we Francji) i dla nowotworów (w krajach śródziemnomorskich), wówczas rocznie w Unii Europejskiej



Rys. 4. Trendy w umieralności z powodu chorób układu krążenia w wybranych krajach w latach 1970–1992. Mężczyźni w wieku 45–74 lat

skiej można by ocalić około 150 tysięcy lat życia. Umieralność w krajach zachodnich, szczególnie w Finlandii, w okresie 20 lat zmniejszyła się radykalnie (rys. 4).

Inne choroby niezakaźne, których ważnym czynnikiem ryzyka jest wadliwe żywienie, obejmują cukrzycę insulinozależną, podwyższone ciśnienie krwi, choroby naczyń mózgowych, otyłość i nowotwory. Nowe szacunki wskazują, że 30–40% określonych nowotworów można zapobiec na drodze żywieniowej. Osoby palące, które stosują dietę mało urozmaiconą, wykazują większe ryzyko zachorowania na raka niż palący spożywający dużo warzyw i owoców. Dieta bogata w nasycone kwasy tłuszczowe, o dużej gęstości energetycznej, uboga w warzywa i owoce, jest główną przyczyną tej ogólnoeuropejskiej epidemii chorób niezakaźnych (NCDs).

Oszacowano, że w niektórych krajach europejskich otyłość pochłania około 8% ogólnych kosztów ochrony zdrowia, co stanowi tyle, ile wynosi koszt programów dotyczących nowotworów i AIDS, a rozpowszechnienie otyłości szybko wzrasta w większości krajów członkowskich.

5. Zrównoważona produkcja i dystrybucja żywności

Nowy „łańcuch żywnościowy” (schemat nr 1) odzwierciedla zmiany: w systemie dostaw żywności (uprawy intensywne i hodowla zwierząt, produkcja masowa i dystrybucja); w nowej sytuacji zdrowotnej i demograficznej (zwiększenie populacji, w większości zurbanizowanej i bardziej podatnej na choroby) oraz w sytuacji socjalnej, zwyczajach i stylu życia (wzrost podróży, żywność regionalna i wzrost handlu żywnością).

Doświadczenia ostatnich lat potwierdzają pogląd, iż walka o żywność bezpieczną dla zdrowia sprzyja ochronie środowiska. Prowadzenie upraw przy zastosowaniu zrównoważonych metod rolniczych pomoże zredukować zanieczyszczenie środowiska, stworzy więcej miejsc pracy w obszarach wiejskich oraz spowolni proces szybkiej urbanizacji. Pomoże to stymulować gospodarkę wiejską, promować spójność społeczeństwa oraz poprawiać samopoczucie w społecznościach wiejskich, szczególnie wśród mężczyzn.

Dodatkową korzyścią jest fakt, że działania na rzecz poprawy dostępu do bezpiecznej dla zdrowia żywności mogą sprzyjać środowisku. Uprawa żywności pożądanej dla zdrowia może ułatwić zmniejszenie zużycia paliwa, wpłynąć na zmniejszenie zanieczyszczenia środowiska, kosztów transportu i pakowania oraz promować różnicowanie biologiczne, w szczególności gdy uprawy żywności prowadzone są tak blisko jak to jest tylko możliwe miejsc konsumpcji żywności. Może to pomóc w kreowaniu lokalnych miejsc pracy oraz poprawić bezpieczeństwo żywności, a ponadto oddziaływać korzystnie na ochronę środowiska. Program Żywność i Żywienie przedstawia określone sposoby wprowadzania w życie zaleceń opracowanych w obu programach,

Zdrowie21 (*Health21*) oraz *Local Agenda21*, mających na celu promowanie zrównoważonego rozwoju.

DOTYCHCZASOWE DZIAŁANIA W EUROPIE

Działania krajowe

Na ogół kraje skandynawskie i niektóre kraje Europy Zachodniej opracowały szeroko rozumianą politykę dotyczącą żywności i żywienia. Niektóre kraje środkowej i wschodniej Europy oraz kraje (które niedawno uzyskały niepodległość) byłego ZSRR są również aktywne w ochronie zdrowia publicznego poprzez prowadzenie polityki żywności i żywienia (patrz – Analiza porównawcza polityki żywności i żywienia).

Traktat Amsterdamski

Traktat Amsterdamski Unii Europejskiej stwierdza, że zdrowie będzie uwzględniane we wszystkich dokumentach dotyczących polityki Unii Europejskiej oraz że zdrowie publiczne powinno być zapewnione. Traktat Amsterdamski, po jego ratyfikacji, każdemu z krajów członkowskich Unii Europejskiej da możliwość wywierania nacisku na uwzględnianie spraw zdrowia w polityce Unii Europejskiej, dotyczącej produkcji, dystrybucji i kontroli żywności.

Zdrowie21 (Health21)

Co najmniej dwanaście z 21 celów programu Zdrowie21 dotyczy apelu do krajów członkowskich o zwiększenie międzyresortowej działalności prowadzonej przez sektor zdrowia. Opracowanie i wdrożenie programów żywności i żywienia stanowi konkretny przykład, jak może być wdrożony program Zdrowie21 i uwidacznia znaczenie polityki międzysektorowej.

Międzynarodowa Konferencja Żywieniowa

W 1992 roku Międzynarodowa Konferencja Żywieniowa (ICN) przyjęła „Światową deklarację i plan działania w zakresie żywienia”. Od tego czasu działanie w zakresie żywienia zostało poparte przez ponad 30 rezolucji Światowego Forum Zdrowia (*World Health Assembly*). W jednej z tych rezolucji (1993), zatytułowanej *The ICN: Follow-up Action** kraje członkowskie wyraziły życzenie,

* Międzynarodowa Konferencja Żywieniowa: Wykorzystanie wyników

aby DG* ... przygotowała do 1995 roku raport o postępach dotyczących wprowadzenia w życie „Światowej deklaracji i planu działania w zakresie żywienia”. W 1996 roku w regionie europejskim odbyły się konsultacje nt. wykorzystania wyników, których celem było dokonanie przeglądu poczynionych postępów w tym zakresie.

Kontrola żywności

W większości krajów europejskich jest ustanowione podstawowe prawo żywnościowe oraz istnieją regulacje wspierające, zawierające szczegółowe ustalenia. Jeszcze nie we wszystkich krajach zostały wprowadzone efektywne prawne, administracyjne i techniczne środki kontroli i nadzoru zanieczyszczenia żywności na każdym etapie uprawy, hodowli, uboju, zbioru, przetwarzania żywności, dystrybucji, składowania i sprzedaży.

Różne modele systemu kontroli żywności, przystosowane do norm żywności i zapewnienia bezpieczeństwa żywności, różnią się znacznie w zakresie odstępstw, w zakresie obowiązywania, funkcji, statusu prawnego, zarządzania i odpowiedzialności. Z tego też względu, szczególnie w odpowiedzi na wzrastającą potrzebę uwzględnienia spraw zdrowia publicznego, potrzebne jest wielosektorowe podejście, tak aby opracować systemy najbardziej uwzględniające sprawy zdrowia i najbardziej ekonomiczne.

Niedociągnięcia tradycyjnych systemów, ograniczonych do kontroli i badań produktów końcowych, oraz brak środków podkreślają potrzebę wprowadzania nowych ekonomicznych systemów kontroli żywności. W 1993 roku Wspólna Komisja Kodeksu Żywnościowego FAO/WHO** zaaprobowала System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP) jako efektywny pod względem kosztów środek zapobiegawczy w tym zakresie.

TRUDNOŚCI PROWADZENIA POLITYKI W ZAKRESIE ŻYWNOCI I ŻYWIENIA

Musimy dążyć do tego, aby zapewnić, że wzgląd na zdrowie znajdzie swoje miejsce w każdej polityce związanej z żywnością. Brak informacji o sposobach żywienia i stanie odżywienia populacji stanowi tu główną trudność. Na szczęście wiele krajów włączyło informacje o chorobach dietozależnych i żywieniu w systemy informacyjne dotyczące zdrowia.

W wielu krajach zmniejszyła się rola służb zdrowia publicznego w zakresie bezpieczeństwa żywności i trend ten musi zostać odwrócony. Legislacja dotycząca kontroli żywności musi wycofać się z wymogów dotyczących bada-

* Dyrekcja Generalna Unii Europejskiej

** Joint FAO/WHO Codex Alimentarius Commission

nia produktu końcowego, w kierunku podejścia opartego na systemie Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP). Kraje we wschodniej części regionu europejskiego wymagają znacznych inwestycji w sektorach wytwarzania żywności, w celu podniesienia ich poziomu do standardów międzynarodowych. Stanowi to zarazem szansę jak i wyzwania dla zdrowia publicznego.

Z chwilą kiedy kraje odchodzą od tradycyjnej inspekcji higieny żywności w kierunku bardziej skutecznego podejścia do kontroli higieny żywności, opartego na systemie HACCP, strategie działań w zakresie tych wdrożeń powinny zostać zharmonizowane. Rola rządu, stowarzyszeń i sektora prywatnego musi być zrozumiała i jasno określona.

Swoboda wymiany handlowej i gospodarka rynkowa wymaga określonego typu ustawodawstwa żywnościowego dotyczącego składu żywności, oznakowania itp. Brak działań promujących zdrowie, edukacji zdrowotnej oraz brak zrozumienia, jak działa gospodarka rynkowa, problem ten powiększa. Sektor zdrowia uczy jedynie, jak opracować dobrą współpracę z sektorem prywatnym w zakresie wsparcia zdrowia publicznego. Jeden z tych mechanizmów to oddziaływanie poprzez Komisję Kodeksu Żywnościowego (*Codex Alimentarius Commission*).

Żywnością zajmuje się wiele sektorów, tak więc trudno jest osiągnąć konsensus wszystkim udziałowcom, którzy produkują, prowadzą dystrybucję, przetwarzają, prowadzą sprzedaż detaliczną i spożywają żywność. Z tego też względu nie jest łatwo opracować programy dotyczące żywności i żywienia, które ukierunkowane są na zdrowie. Jedną z przeszkód jest brak europejskiej polityki żywnościowej, która podkreślałaby znaczenie zdrowia.

ROLA KRAJÓW CZŁONKOWSKICH

Zintegrowane działania międzysektorowe

Zdrowie21 (*Health21*) i inne programy dotyczące zdrowia publicznego uznają, że wszystkie sektory muszą ponosić odpowiedzialność za osiągnięcie poprawy zdrowia. Jest to szczególnie trafne w przypadku, kiedy poprawa zdrowia ma zostać osiągnięta poprzez bezpieczną dla zdrowia żywność i prawidłowy sposób żywienia. Jednakże może to być osiągnięte jedynie w przypadku, kiedy w każdym kraju ustalony zostanie system pozwalający na uwzględnienie spraw związanych z żywnością i zdrowiem. Istnieje potrzeba opracowania narodowej infrastruktury oraz strategii określającej, jak aspekty związane z żywnością i zdrowiem muszą być uwzględnione przez poszczególne sektory. Rysunek 5 przedstawia zarys działań jednego z czołowych sektorów. Ilustruje on również, jak można zintegrować podejście do opracowywania i wdrażania programu żywności i żywienia.



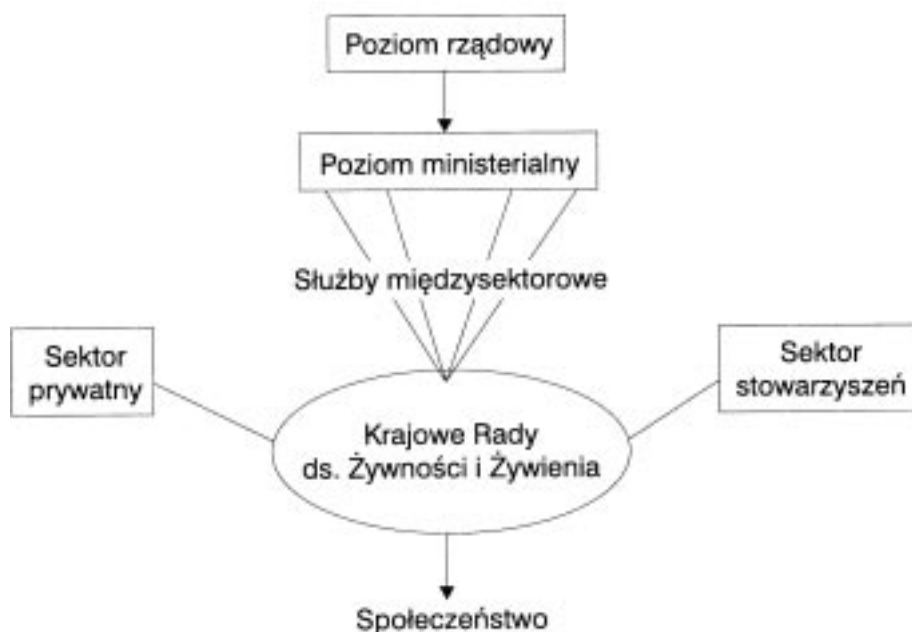
Rys. 5. Zintegrowane podejście do spraw żywności, żywienia i zdrowia

Byłoby naiwnością zakładać, że współpraca międzysektorowa jest łatwa. Mogą istnieć zarówno ustrojowe, jak i wiele innych przyczyn, które powodują trudności w opracowaniach międzysektorowych. Jednakże rozwiązanie spraw kontrowersyjnych pozwoli na osiągnięcie trwałego postępu. Jednym ze sposobów przyczynienia się do tego jest ustanowienie forum, jak krajowe rady ds. żywności i żywienia, gdzie mogłyby być prowadzone dyskusje.

Krajowe rady do spraw żywności i żywienia

W każdym kraju istnieje potrzeba zapewnienia efektywnej międzysektorowej współpracy na każdym poziomie. Utworzenie krajowej rady ds. żywności i żywienia może pomóc rządowi i partiom politycznym na przyjęcie efektywnych programów mających oparcie w społeczeństwie. Proponuje się, aby każdy z krajów członkowskich ustanowił lub wzmocnił międzyresortowe rady ds. żywności i żywienia lub też utworzył mechanizmy lepszej współpracy pomiędzy różnymi ministerstwami, co zapewniłoby prowadzenie odpowiedniej polityki w zakresie zdrowia publicznego. Rady te powinny opracować krajowe programy na podstawie programu Zdrowie21. W ten sposób będą one musiały oszacować efektywność publicznych i prywatnych inicjatyw oraz wesprzeć działalność społeczną. Utworzenie krajowej rady ds. żywności i żywienia pomoże również wesprzeć międzydepartamentową współpracę w ramach rządu (rys. 6).

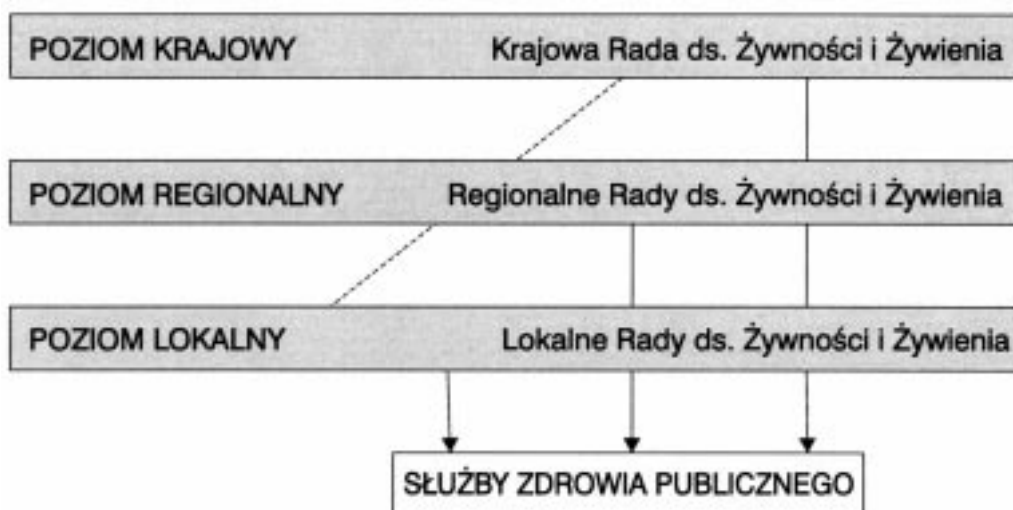
W krajach o ustroju federalnym pożyteczne byłoby utworzenie rad ds. żywności i żywienia na poziomie regionalnym i lokalnym (rys. 7). Taki insty-



Rys. 6. Międzysektorowość krajowych rad do spraw żywności i żywienia

tuczonalny mechanizm pomoże w promocji zdrowego żywienia i poprawi dostęp do bezpiecznej żywności.

Głównym zadaniem rad na poziomie lokalnym będzie przetworzenie ogólnych celów i programów poziomu krajowego na określone cele i programy dostosowane do lokalnych warunków. Rady takie mogą pomóc w przeniesieniu poziomych rozwiązań na istniejące liczne sektory pionowe.



Rys. 7. Zdecentralizowana rola krajowych rad ds. żywności i żywienia

Do roku 2005 we wszystkich krajach członkowskich powinny działać odpowiednio finansowane rady ds. żywności i żywienia. Mają one pomóc w zmniejszeniu zapadalności na choroby wynikające ze złej jakości zdrowotnej żywności i wadliwego żywienia

Narodowe programy żywności i żywienia

Programy żywności i żywienia powinny mieć szeroki zasięg i powinny opierać się na polityce o udowodnionej efektywności. Konieczne są przejrzyste harmonogramy ich wdrożenia, a wszechstronne działania dotyczące żywności i żywienia winny być odpowiednio finansowane.

Do roku 2003 powinny powstać we wszystkich krajach członkowskich odpowiednio finansowane krajowe programy żywności i żywienia, uwzględniające potrzeby realizacji określonych celów dotyczących grup zwiększonego ryzyka

EUROPEJSKA STRATEGIA DZIAŁAŃ W ZAKRESIE ŻYWNOCI I ŻYWIENIA

Systemy informacji dotyczącej zdrowia

Pomyślne wdrożenie programów żywności i żywienia wymaga stosowania efektywnego monitoringu i ewaluacji. Dane o sposobie żywienia, stanie odżywienia oraz epidemiologii chorób powstających na tle wadliwego żywienia muszą stanowić część krajowego systemu informacyjnego dotyczącego zdrowia, aby wesprzeć rozwój właściwej polityki w zakresie żywności i żywienia. Monitoring i ewaluacja powinny obejmować działania na poziomach międzynarodowym, krajowym oraz regionalnym/lokalnym, powinny być to działania międzysektorowe i dotyczyć zarówno działań rządowych, jak i pozarządowych. Badania efektywności polityki i wdrożeń winny być wspierane przez szeroko rozpowszechniane wyniki uzyskane z niezależnych źródeł.

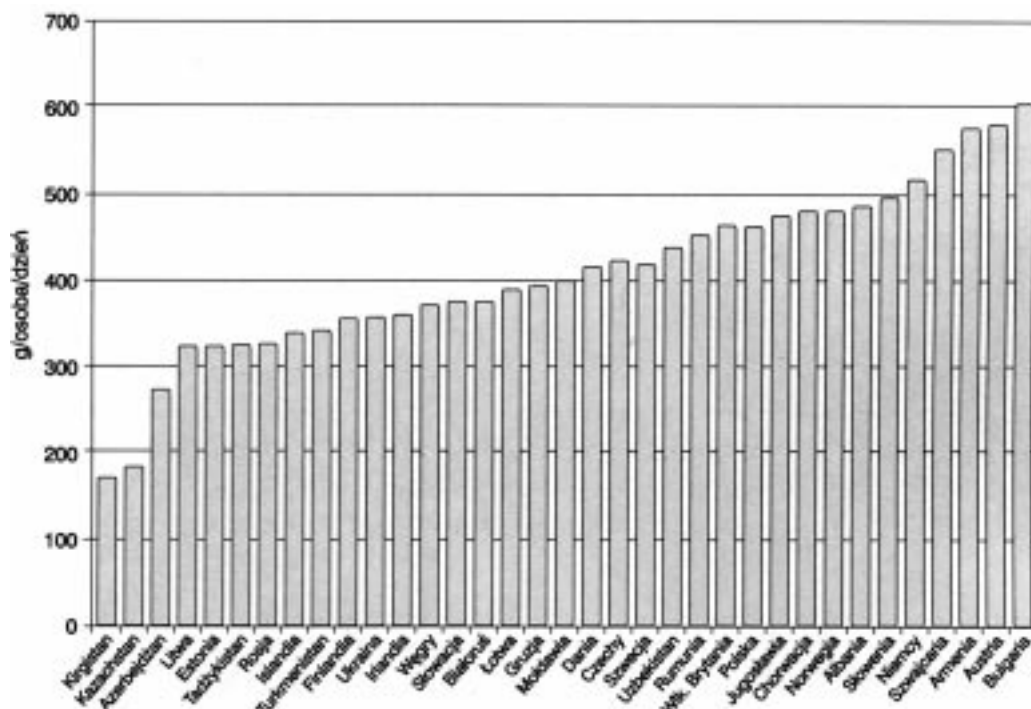
W okresie pomiędzy 2001–2005 rokiem każdy kraj w regionie europejskim powinien przygotować wyczerpujący raport dotyczący sposobu żywienia i chorób na tle wadliwego żywienia, stanu odżywienia oraz problemów zdrowia publicznego związanych z dietą

1. Nierówność społeczna przyczyną niedostatecznego spożycia bezpiecznej dla zdrowia żywności oraz niedożywienia

Ceny. Należy czynić starania, aby niezbędne produkty żywnościowe, szczególnie warzywa i owoce, stały się szeroko dostępne, a odpowiednio prowadzona polityka finansowa winna promować ich zakupy i konsumpcję. Popularyzacja celów zdrowia publicznego winna zachęcać do współpracy jednostki zajmujące się detalicznym handlem żywnością oraz zbiorowym żywniem.

Podaż. WHO zaleca spożycie ponad 400 g warzyw (poza ziemniakami) i owoców na osobę dziennie. W 1995 roku ponad 600 g warzyw i owoców na osobę dziennie było dostępne jedynie w jednej piątej krajów (rys. 8).

Poziom krajowej produkcji powinien być przygotowany na co najmniej 600 gramów na osobę dziennie, tak aby uwzględnić straty i zapewnić wystarczającą podaż. Należy udzielić poparcia w rozwoju lokalnych spółdzielni wytwarzających żywność, rynków farmerskich oraz zwiększeniu dostępności warzyw i owoców dla instytucji zajmujących się żywieniem zbiorowym oraz dla szkół. Zwyczaje żywieniowe kształtowane są w dzieciństwie i należy skierować wysiłki na zachęcenie dzieci w wieku szkolnym do jedzenia większej ilości warzyw i owoców.



Rys. 8. Dostępność warzyw i owoców w 1995 roku w wybranych krajach

Do roku 2005 wszystkie kraje powinny mieć wdrożoną politykę zwiększania dostępu do warzyw i owoców, szczególnie w odniesieniu do grup ludności o niskich dochodach, ludzi w podeszłym wieku i ludzi najsłabszych (najbardziej narażonych na choroby)

Reklama. Nie można pominąć wpływu, jaki mają dzieci na zakupy, których dokonuje rodzina. Niestety wiele działań marketingowych skierowanych do młodych ludzi nakłania do jedzenia produktów wysoko tłuszczowych i o dużej gęstości energetycznej, a bardzo niewiele pieniędzy wydawanych jest na promowanie spożycia warzyw i owoców. Należy opracować przepisy prawne, które nie dopuszczałyby stosowania reklam w telewizji skierowanych do dzieci poniżej 12 roku życia oraz zakazywałyby reklam podczas programów dla dzieci.

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny wprowadzić legislację pozwalającą na kontrolę reklamowania dzieciom żywności o dużej zawartości tłuszczu i dużej gęstości energetycznej

Niedożywienie. Podczas kiedy niedobory wielu składników odżywczych mogą być zlikwidowane poprzez spożywanie większej ilości warzyw i owoców, jeden z głównych niedoborów występujących w Europie – niedobór jodu – nie może być w ten sposób wyeliminowany. Istnieją sprawdzone sposoby działań w zakresie zdrowia publicznego pozwalające na eliminację niedoboru jodu i powinny być one zastosowane. Niedokrwistość z niedoboru żelaza stanowi również problem w regionie europejskim. W tym przypadku także istnieją zalecenia pozwalające na zmniejszenie skali problemów wynikających z niedoboru żelaza w diecie. Wszystkie niedobory żywieniowe wymagają międzysektorowego podejścia, celem zapewnienia każdemu optymalnego żywienia jako prawa człowieka (rys. 6).

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny mieć wprowadzone przepisy prawne, celem eliminacji zaburzeń wynikających z niedoboru jodu, poprzez powszechne jodowanie soli

2. Zdrowie od początku życia – w okresie macierzyństwa, niemowlęstwa i dzieciństwa

Działania zmierzające do zapewnienia zdrowia kobiet w ciąży mogą doprowadzić do znacznej poprawy zdrowia dzieci w okresie prenatalnym oraz niemowląt. Powinna być zwiększona liczba przyjaznych dziecku udogodnień oraz wprowadzona „Deklaracja Innocenti”*. W 1991 roku 44. WHA (44. Światowe Forum Zdrowia) przyjęło „Deklarację Innocenti” jako podstawę międzynarodowej polityki zdrowotnej (rezolucja WHA 44.33). Na 45. WHA kraje członkowskie zaleciły nadanie pełnego wyrazu celom operacyjnym zawartym w „Deklaracji Innocenti”. Niektóre firmy nadal handlują mieszankami dla niemowląt w sposób, który podważa karmienie piersią. Ustanowione zostały międzynarodowe zasady marketingu substytutów mleka kobiecego (aneks 2) oraz wydane następnie rezolucje WHA, mające na celu przeciwdziałanie szkodliwym wpływom komercyjnych inicjatyw, poprzez ograniczenie praktyk marketingowych.

Trudno o przesadę w ocenie znaczenia wpływu złego żywienia na zdrowie w okresie macierzyństwa. Zaniedbanie w dostarczeniu odpowiedniej pod względem odżywczym diety ma zarówno społeczne, jak i gospodarcze konsekwencje dotyczące rodzin i społeczeństwa. Badania natomiast wykazują, że większość krajów mogłaby więcej zainwestować celem zapewnienia następnej generacji jak najlepszego startu w życie.

Do roku 2005 wszystkie kraje powinny wzmocnić realizację czterech celów operacyjnych określonych w „Deklaracji Innocenti” (aneks 3) oraz zwiększyć liczbę szpitali przyjaznych dziecku

3. Bezpieczeństwo żywności

Kontrola żywności. Większość krajów regionu europejskiego WHO jest już członkiem lub oczekuje na członkostwo czy to WTO (Światowa Organizacja Handlu), czy też Unii Europejskiej lub też obu tych organizacji. Z tego też względu ich krajowe regulacje prawne dotyczące żywności muszą być zharmonizowane z międzynarodowymi normami Kodeksu Żywnościowego (*Codex Alimentarius*) oraz dyrektywami Unii Europejskiej. Ponadto muszą działać skuteczne systemy kontroli żywności (wraz z ich administracyjnymi, kontrolnymi i laboratoryjnymi składnikami), aby regulacje prawne były odpowiednio stosowane. Podstawową sprawą jest to, aby profesjonaliści służby zdrowia, szczególnie ci, którzy pracują w obszarze zdrowia publicznego, mieli lepszy

* Innocenti Declaration

dostęp do informacji o międzynarodowych porozumieniach dotyczących żywności. Ministrowie zdrowia powinni starać się o to, aby profesjonalni pracownicy służby zdrowia byli reprezentowani w delegacjach biorących udział w pracach Komisji Kodeksu Żywnościowego* ds. Sanitarnych i Fitosanitarnych – komitet SPS (*Codex Alimentarius Commission on Sanitary and Phytosanitary Measures*).

Wiele przypadków chorób na tle wadliwego żywienia pozostaje poza oddziaływaniem przyjętych obecnie działań w zakresie bezpieczeństwa żywności. Być może z tego powodu, że te obecne działania dotyczą jedynie żywności, która przechodzi przez handlowe kanały i przez to nie obejmują one żywności pozyskiwanej sposobem gospodarczym. Duże ilości żywności spożywanej na obszarach wiejskich oraz sprzedawanej na ulicach i bazarach może wymykać się spod kontroli. Potrzebna jest edukacja zdrowotna, która podniosłaby poziom wiedzy na temat czynników powodujących rozprzestrzenianie się chorób na tle wadliwego żywienia. Jednym z najlepszych sposobów tej edukacji jest oddziaływanie poprzez system podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzenie działalności szkoleniowej opierając się zarówno na naukowych podstawach, jak i lokalnych nawykach żywieniowych i zwyczajach.

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny zapewnić regularne uczestnictwo specjalistów od spraw zdrowia publicznego w spotkaniach organizowanych w ramach Unii Europejskiej i Kodeksu. Dla odpowiedniego wzmocnienia ustawodawstwa opartego na standardach międzynarodowych musi być wprowadzony stosowny system skutecznej kontroli żywności

4. Choroby niezakaźne (NCD) i czynniki ryzyka

Zalecenia żywieniowe. Zalecenia żywieniowe stanowią kamień węgielny programów żywności i żywienia i powinny jednocześnie wspierać zrównoważony rozwój środowiska.

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny mieć opracowane krajowe zalecenia żywieniowe dla dzieci i dorosłych, nakierowane na grupy zwiększonego ryzyka

* WHO, Food safety and globalization of trade in food: a challenge to the public health sector, WHO Geneva, 1997 (WHO/FSF/FOS/97.8)

Wspieranie zmian sposobu żywienia oraz zwiększenie aktywności fizycznej. Badania wykazały, że większość społeczeństwa uznaje, że dieta jest ważna dla zdrowia. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej mogą stanowić dobre miejsce, gdzie pacjenci będą zachęceni do zmian w sposobie żywienia i do zwiększenia aktywności fizycznej, szczególnie w odniesieniu do osób z grup zwiększonego ryzyka. Zwiększenie aktywności fizycznej poprawia zarówno ogólną sprawność fizyczną, jak i dobre samopoczucie, pomaga w prewencji chorób niezakaźnych (NCD), w tym szczególnie otyłości, której rozpowszechnienie osiągnęło rozmiary epidemii ogólnoeuropejskiej.

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny wprowadzić szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczące zmian sposobu żywienia oraz sposobów zwiększenia aktywności fizycznej, wraz z mechanizmami monitorowania skutków działań

Edukacja zdrowotna i działanie społeczne. Intensywne kampanie są efektywne (ze zdrowotnego punktu widzenia), jeśli promuje się zwiększoną konsumpcję żywności bezpiecznej dla zdrowia wraz ze zwiększeniem aktywności fizycznej. Wiadomości nabyte w szkole (szczególnie poprzez nauczanie praktyczne) mają pozytywny wpływ na kształtowanie zachowań i z tego też względu powinno to znaleźć większe odbicie w programie szkolnym. Ważne jest, aby zaktualizować działalność społeczną, wspartą przez media w kierunku popularyzowania informacji zdrowotnych i tworzenie klimatu bardziej sprzyjającego osiągnięciu oczekiwanych zmian. Środki masowego przekazu są skuteczne w tworzeniu opinii publicznej i pobudzaniu publicznej dyskusji.

Należy dążyć do zaangażowania całego społeczeństwa. Wszechstronne programy społeczne pomagają w poprawie zdrowia poprzez zachęcanie do stosowania żywności bezpiecznej dla zdrowia wraz ze zwiększeniem aktywności fizycznej (więcej informacji na temat współdziałania społeczeństwa zawartych jest w publikacji WHO *Urban Food and Nutrition Action Plan*).

Do roku 2005 powinny być ustalone skoordynowane i zrównoważone akcje mające na celu promowanie społecznego wsparcia dla żywności bezpiecznej dla zdrowia oraz wzrostu aktywności fizycznej. Do wszystkich szkół regionu europejskiego powinno być wprowadzone odpowiednie skuteczne nauczanie

5. Zrównoważona produkcja i dystrybucja żywności

Zrównoważone środowisko. Stosowana w Europie polityka produkcji żywności zachęca do intensyfikacji upraw, prowadzącej do niekorzystnego oddziaływania na środowisko, takiego jak: zanieczyszczanie wód, erozja gleby oraz zmniejszanie zróżnicowania biologicznego. Oszacowanie wpływu tych zmian na zdrowie wykazuje, że współczesne intensywne rolnictwo spowodowało zarówno ekologiczne, jak i społeczne problemy, włączając w to zwiększoną urbanizację. Niezawodne zaopatrzenie w bezpieczną dla zdrowia żywność może być osiągnięte jedynie poprzez zrównoważone systemy produkcji żywności, w czym Unia Europejska ma do odegrania kluczową rolę.

Do roku 2005 wszystkie kraje regionu europejskiego powinny wprowadzić w swej polityce takie działania, które będą popierać zrównoważoną produkcję żywności, zachęcać rolników do powszechnego stosowania technologii umożliwiających uzyskanie żywności o wysokiej jakości zdrowotnej

Konwencja UN/ECE z 1998 roku, dotycząca dostępu do informacji, powszechnego udziału w procesach podejmowania decyzji oraz dostępu do sądów w sprawach środowiska (*the Århus Convention*) ustala ramy prawne dla zapewnienia powszechnego udziału w procesach podejmowania decyzji dotyczących środowiska. Na III Konferencji Ministrów w Sprawie Środowiska i Zdrowia (Londyn, 1999 rok) ministrowie zdrowia i ministrowie ochrony środowiska regionu europejskiego WHO wspólnie zobowiązali się do dawania powszechnego, skutecznego dostępu do informacji, usprawniania sposobów komunikowania się, zapewnienia wpływu społeczeństwa na procesy decyzyjne oraz uwzględniania oceny społecznej w sprawach dotyczących środowiska i zdrowia.

Do roku 2005 wszystkie kraje powinny szeroko rozpowszechnić informacje o powszechnym prawie człowieka do skutecznego udziału w procesach podejmowania decyzji dotyczących zrównoważonej produkcji żywności oraz dostępu do bezpiecznej dla zdrowia, urozmaiconej żywności. Powszechność prawa człowieka i uprawnienia powinny odpowiadać zasadom określonym w Konwencji z Århus

EUROPEJSKI KOMITET DS. STRATEGII ŻYWNOŚCI I ŻYWIENIA

Proponuje się utworzenie Europejskiego Komitetu ds. Strategii Żywności i Żywienia (FNSE), celem wsparcia opracowania i wdrożenia programów narodowych. Komitet FNSE powinien rozpocząć swoją działalność od, korzystając z oferty WHO prowadzenia sekretariatu.

Komitet FNSE powinien składać się z przedstawicieli desygnowanych przez Europejski Regionalny Komitet WHO i – zgodnie z porozumieniem odpowiednich instytucji będących członkami FNSE – przedstawicieli ministra ochrony środowiska, ewentualnie w uzgodnieniu z Europejskim Komitetem ds. Środowiska i Zdrowia (EECH); przedstawicieli ministerstwa rolnictwa, ewentualnie w uzgodnieniu z FAO i/lub DGVI Komisji Europejskiej; członków innych dyrekcji generalnych Komisji Europejskiej (XXIV, III, V itp.); ministrów edukacji, Rady Europy, UNICEF oraz innych organizacji międzyrządowych i pozarządowych, włączając przedstawicieli sektora prywatnego.

Komitet FNSE powinien być także odpowiedzialny za regularne składanie raportów z wdrażania zarówno programów krajowych, jak i międzyrządowych działań w zakresie żywności i żywienia. Komitet FNSE mógłby składać raporty zarówno do Regionalnego Komitetu WHO i Komitetu UN/ECE ds. Polityki Ochrony Środowiska przez EECH oraz do Komitetów Rolniczych FAO lub DGVI. Warunki składania raportów byłyby ustalone wspólnie i zawierałyby pierwszy przegląd osiągnięć i możliwości na przyszłość, po pięciu latach.

Powołany komitet może pomóc w osiągnięciu europejskiego konsensusu, którego obecnie nie ma, w sprawie wskaźników najbardziej odpowiednich dla oszacowania stanu zdrowia, w odniesieniu do spraw związanych z żywnością i żywieniem. W swoim działaniu Komitet NFSE powinien wykorzystać zwiększające się możliwości umieszczenia spraw żywności i żywienia w centrum zrównoważonego rozwoju. Podejmowanie decyzji oraz działań promujących uprawę, kupowanie i spożywanie odpowiednich rodzajów żywności spowoduje zmniejszenie ryzyka głównych chorób i jednocześnie będzie oddziaływało korzystnie na ochronę środowiska.

MIĘDZYNARODOWI PARTNERZY PROGRAMU

Organizacje międzynarodowe i międzyrządowe (IGOs)

WHO będzie kontynuować pracę wraz ze swoimi siostrzanymi agencjami Unii Europejskiej, UNICEF i FAO, wspólną działalność zmierzającą do poprawy zdrowia poprzez wspólne strategie żywności i żywienia. Traktat Amsterdamski będzie tworzyć okazje do tego, aby postrzegać, w ramach Unii Europejskiej, żywność raczej przez pryzmat zdrowia niż jedynie jako element

gospodarki. Program WHO Żywność i Żywnienie może być wzmocniony poprzez działania na poziomie UE, np. poprzez ustawodawstwo żywnościowe, kontrolę reklamy wpływającej na zdrowie dzieci, oraz ocenianie wpływu europejskiej polityki rolnej na zdrowie. Wszystkie działania związane z regulacjami prawnymi dotyczącymi znakowania, informacją żywieniową umieszczaną na produktach spożywczych mogą być wzmocnione na poziomie UE.

Organizacje pozarządowe (NGOs)

W całym regionie europejskim działa szeroka gama pozarządowych organizacji i sieci mających doświadczenie i kompetencje popierania polityki żywności i żywienia. Te organizacje i sieci obejmują: organizacje działające na rzecz przemysłu produkującego żywność dla dzieci; organizacje związane z chorobami serca i nowotworami; pozarządowe organizacje ochrony środowiska (szczególnie te związane ze zrównoważoną produkcją żywności); stowarzyszenia działające na rzecz zdrowia publicznego i żywności oraz organizacje konsumenckie. Organizacje pozarządowe odgrywają określoną rolę w mobilizowaniu społeczeństwa oraz mają mandat do oceny polityki rządowej i działania na rzecz zmiany tej polityki oraz wdrożeń.

Organizacje i instytucje opieki zdrowotnej

Poprzez swoje doświadczenie w zakresie zdrowia publicznego organizacje i instytucje opieki zdrowotnej mają szczególną odpowiedzialność za mobilizację swoich członków oraz wywieranie nacisku na skuteczne działanie w zakresie bezpiecznej żywności i zdrowego odżywiania. Na poziomie regionalnym (regionu Europy) istnieją europejskie gremia, narodowe stowarzyszenia zdrowia publicznego, medyczne, pielęgniarstwa, dentystryczne i farmaceutyczne współpracujące z WHO. Członkowie tych stowarzyszeń stanowią znaczną siłę, powinni dawać przykład, popierać słuszne zalecenia dietetyczne i promować zarówno bezpieczeństwo żywności na poziomie rodziny, jak i zwiększenie aktywności fizycznej. Profesjonaliści służby zdrowia mają wiele do zrobienia w zakresie wspierania programów żywności i żywienia na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.

ROLA EUROPEJSKIEGO BIURA REGIONALNEGO WHO (WHO EURO)

Wsparcie dla programów narodowych oraz sieci krajowych

WHO EURO będzie w dalszym ciągu wspierać utworzenie i wdrożenie krajowych programów żywności i żywienia w regionie Europy. Jednym z mechanizmów osiągnięcia tego jest działanie poprzez krajowych przedstawicieli, działających we wszystkich krajach i nominowanych przez ministrów zdrowia. Są oni specjalistami służby zdrowia odpowiadającymi za bezpieczeństwo żywności i/lub żywienie dorosłych, niemowląt i małych dzieci.

EURO będzie wspierać krajowe programy poprzez swoje sieci obejmujące:

- ogólnokrajowy zintegrowany program leczenia chorób niezakaźnych (CINDI);
- program WHO kontroli zakażeń i zatruc pokarmowych w Europie;
- Europejski Program GEMS/FOOD;
- sieć Regiony dla Zdrowia;
- projekt Zdrowe Miasta
- projekt Szkoły Promujące Zdrowie; oraz
- stowarzyszenia pracowników służby zdrowia, szczególnie zajmujących się sprawami higieny żywności i żywieniem.

Inny mechanizm wspierania programów krajowych stanowią łącznicy WHO, mianowani przez WHO w krajach Europy Środkowej i Wschodniej oraz krajach byłego ZSRR, w celu pośredniczenia między ministerstwami zdrowia i WHO.

Poszczególne kraje mogą mieć trudności z podjęciem decyzji, jakie wskaźniki wybrać celem monitorowania sytuacji w obszarze żywności i żywienia i które z nich są najbardziej efektywne z punktu widzenia kosztów. WHO doradzi, które ze wskaźników są najodpowiedniejsze do oszacowania sposobu żywienia, chorób dietozależnych oraz stanu odżywienia. WHO EURO doradzi również, w jaki sposób oszacować efektywność programów krajowych, uwzględniając krajowy punkt widzenia.

Europejski Komitet ds. Strategii Żywności i Żywienia (FNSE) oraz współpraca z partnerami

EURO zaofiaruje prowadzenie sekretariatu FNSE, jak również podjąć się wdrożenia Programu Żywność i Żywienie, zgodnie z ustaleniami. Działania te będą wsparte przez kraje członkowskie, ośrodki współpracy, doradców ds. programów oraz międzynarodowych partnerów, włączając w to UNICEF i FAO oraz wiele innych.

EURO będzie kontynuować aktualizowanie swoich baz informacyjnych dotyczących chorób dietozależnych, chemicznego zanieczyszczenia żywno-

ści, spożycia, stanu odżywienia oraz skutków polityki krajów członkowskich, poprzez ich bazy danych i badania kwestionariuszowe prowadzone w krajach członkowskich oraz będzie składać regularne raporty do FNSE.

EURO będzie kontynuować rozwój doświadczalnej i naukowej bazy do prowadzenia skutecznej polityki poprzez spotkania i publikacje. Będzie aktywnie rozpowszechniać informacje, w formie drukowanej i elektronicznej, poprzez swoje sieci, osób tworzących politykę oraz tych, którzy są odpowiedzialni za działalność wdrożeniową na poziomie międzynarodowym, krajowym i lokalnym.

Wykorzystanie mediów

Poprzez swoje media i wymianę informacji EURO zapewni, że społeczeństwo otrzyma informacje dotyczące spraw żywności i żywienia. Inicjatywy działań zostaną wsparte poprzez propagandę w mediach oraz wspólną pracę z Europejską Siecią Informacyjną Zdrowia i organizacjami pozarządowymi działającymi w Europie.

PODSUMOWANIE

Dostęp do urozmaiconej, bezpiecznej dla zdrowia żywności jest podstawowym prawem człowieka oraz jest jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego, jakie stanęły przed krajami członkowskimi europejskiego regionu WHO. Niektóre rozwiązania są dobrze znane, inne mniej. To, co jest potrzebne, to opracowanie lub wzmocnienie istniejących programów w każdym z krajów członkowskich oraz mobilizacja społeczeństwa. Ministrowie i resorty rządowe powinny wprowadzić poprawne mechanizmy dla polepszenia osiągalności, dostępu i spożycia bezpiecznej dla zdrowia żywności, co stanowi prawo człowieka.

Program WHO Żywność i Żywienie dla Europy zamierza stworzyć europejski mechanizm promocji bezpiecznej i zdrowej, urozmaiconej pod względem odżywczym żywności, dla wszystkich grup wiekowych. Poza zmniejszeniem rozpowszechnienia chorób, ochroną i korzystnym oddziaływaniem na zdrowie ma to też korzystny wpływ na ochronę środowiska oraz stymulowanie socjoekonomicznego i zrównoważonego rozwoju.

Do opracowania narodowych międzysektorowych programów żywności i żywienia potrzebne jest wspólne działanie wszystkich sektorów. Nowy dynamiczny globalny system żywnościowy będzie stwarzać wiele okazji, jak również stanowić będzie wyzwania dla ministrów zdrowia. Wzrastać będzie potrzeba współdziałania z innymi sektorami w celu przyjęcia najlepszej strategii.

Ta inicjatywa Biura Regionalnego WHO dla Europy jest opracowana wspólnie przez dwa departamenty – Promocji Zdrowia i Zapobiegania Chorobom oraz Ochrony Środowiska (*Environmental Health*). Wkład w opracowanie tej inicjatywy mają cztery programy: CINDI, Zdrowie i Rozwój Dziecka, Bezpieczeństwo Żywności i Program Polityki Żywienia, Karmienie Niemowląt i Bezpieczeństwo Żywności. Opracowanie Programu WHO Żywność i Żywienia jest następnym krokiem w kierunku bardziej skoordynowanego międzysektorowego działania. Program Zdrowie21 (*Health21*) dostarcza idealną podstawę do rozwinięcia tej inicjatywy, która łączy w sobie zarówno zdrowie publiczne, jak i zrównoważony rozwój.

Tłumaczenie: *Mieczysław Molski*
Konsultacja naukowa: *Wioleta Respondek*