

Ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia epidemia otyłości jest problemem nie tylko zdrowotnym, ale również społecznym i ekonomicznym. Organizacje międzynarodowe zachęcają rządy do przeciwdziałania jej. Taka interwencja może budzić kontrowersje, dotyczy bowiem delikatnej materii stylu życia i upodobań obywateli oraz narusza interesy przemysłu spożywczego, farmaceutycznego i reklamowego.

Justyna Osiecka-Chojnacka

Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych

WPROWADZENIE

Ponad połowa dorosłej ludności Unii Europejskiej ma nadwagę¹, przy czym 15,5% Europejczyków to ludzie cierpiący na otyłość. Otyłość jest definiowana jako ogólnoustrojowa, przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzenia równowagi między poborem a wydatkowaniem energii, objawiająca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie. W miarę upływu czasu pojawiają się patologie i dysfunkcje dotyczące wszystkich układów i narządów².

W skali kontynentu sytuacja jest zróżnicowana (por. tab. 1). Otyłych jest blisko jedna czwarta dorosłych obywateli Wielkiej Brytanii i mniej niż jedna dziesiąta obywateli Włoch czy Rumunii. Jednak we wszystkich państwach w ciągu ostatnich 20 lat udział osób otyłych w społeczeństwie zwiększył się. Komisja Europejska przewiduje, że przy braku interwencji do 2020 r. otyłych będzie jedna piąta obywateli Unii. Złym prognostykiem jest gwałtowny

wzrost otyłości wśród dzieci i młodzieży. Nawet w krajach o relatywnie dobrej sytuacji w grupie dorosłych problem szybko narasta w młodszym pokoleniu.

Skutki zdrowotne epidemii otyłości to wzrost zachorowań na przewlekłe choroby układu krążenia, nadciśnienie, cukrzycę, udar, niektóre nowotwory czy zaburzenia mięśniowo-szkieletowe. Psychologiczne konsekwencje otyłości mogą obejmować zaniżoną samoocenę, stany lękowe lub depresję kliniczną. Negatywne nastawienie społeczeństwa wobec osób otyłych może być źródłem uprzedzeń w różnych dziedzinach życia, w tym pracy zawodowej, a nawet opiece medycznej. Otyłość pogarsza jakość życia ludzi i drastycznie zwiększa wydatki na służbę zdrowia. W Europie prawie 6% wydatków na zdrowie przeznaczone jest na leczenie chorób spowodowanych otyłością. Szacuje się, że bezpośrednio i pośrednio koszty nadmiernej wagi to ok. 81 mld euro rocznie³.

PRZYCZYNY I UWARUNKOWANIA EPIDEMII OTYŁOŚCI

Przyczyną epidemii otyłości są zmiany stylu życia. Sposób odżywiania i aktywność fizyczna, warunkująca zapotrzebowanie na energię, bardzo zmieniły się w ostatnich dziesięcioleciach.

¹ Prawidłową masę ciała oraz stopień jej niedoboru lub nadmiaru określa się stosując wskaźnik BMI (Body Mass Index). Jest to liczbowa zależność między wzrostem a masą ciała – wyrażona wzorem: BMI = masa ciała (kg)/[wzrost(m)]². Jego wartość większa niż 25 oznacza nadwagę, a większa niż 30 otyłość.

² *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*, red. A. Oblacińska, I. Tabak, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.

³ Dokument roboczy służb Komisji dołączony do *Białej Księgi. Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością – Podsumowanie oceny wpływu*, SEC(2007)707.

Zwiększyło się spożycie przetworzonej, wysokoenergetycznej żywności o małej wartości odżywczej, zawierającej dużo tłuszczu, cukru i soli oraz różnego typu polepszaczy smaku. Zmienia się także sposób jedzenia – rytm posiłków zastępuje lub uzupełnia „podjadanie” w trakcie różnych czynności, także na ulicy, w kinie, przed telewizorem. Dotyczy to głównie słodczy, przekąsek i tzw. śmieciowego jedzenia spożywanych „po drodze”. Jednocześnie zmniejszył się zakres niezbędnej aktywności i pracy fizycznej, a upowszechniły się wzorce biernego wypoczynku, np. oglądanie telewizji, gry komputerowe. Szacuje się na przykład, że w Europie w połowie przypadków uruchamia się samochód, by pokonać trasę nieprzekraczającą 5 km.

Na rodzaj stosowanej diety oraz aktywności fizycznej wpływają dochód i wykształcenie. Grupy o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często mają mniejszą wiedzę o wpływie żywienia na zdrowie, inne przyzwyczajenia, nawyki i upodobania oraz napotykać więcej barier, także finansowych, w dokonywaniu korzystnych dla zdrowia wyborów konsumenckich. Otyłość rozpowszechniona wśród gorzej sytuowanych jest wyrazem nierówności społecznych i jednocześnie je pogłębia. Problem jest silniej skorelowany ze wskaźnikami nierówności dochodowych niż ze średnim dochodem narodowym państwa. Epidemia otyłości jest wyraźniejsza tam, gdzie występują duże nierówności społeczne.

Nadmierna masa ciała jest najczęściej (90% przypadków to tzw. otyłość prosta) spowodowana dodatnim bilansem energetycznym, czyli spożywaniem zbyt dużej ilości pożywienia w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Jednak tylko pozornie mechanizm nadmiernego tycia jest prosty – trwają badania nad genetycznymi, fizjologicznymi, społecznymi i psychicznymi czynnikami sprzyjającymi otyłości⁴. Z badań wynika m.in. to, że skłonność do otyłości może:

- być warunkowana już w okresie prenatalnym i wczesnym dzieciństwie. Sprzyja jej uboga w składniki odżywcze dieta matki w czasie ciąży, a potem karmienie dziecka sztucznym pokarmem. Przekarmianie w pierwszych latach życia prowadzi do nieodwracalnego nadmiernego zwiększenia ilości komórek tłuszczowych – 80% otyłych dzieci będzie całe życie zmagać się z nadmierną wagą. To każe szczególną uwagę zwracać na opiekę nad matką i dzieckiem, propagowanie karmienia piersią i prawidłowe żywienie i ruch dzieci,
- mieć podłoże genetyczne. Część osób dziedziczy tzw. oszczędne geny po przodkach, którzy przeżyli klęski głodu dzięki lepszemu niż inni przyswajaniu pokarmu i magazynowaniu go na trudne czasy,

⁴ Projekty badawcze UE to: EARNEST, NUTRIX, HELENA, DIOGENES, LIPGENE.

Tab. 1. Wskaźniki otyłości dorosłych w 2008 oraz nadwagi i otyłości piętnastolatków w latach 2002–2006 wg płci w krajach europejskich (w % do ogółu danej populacji)

	Dorośli *			Piętnastolatki**			
	2008 lub najnowsze dostępne dane			2001/02	2005/06	2001/02	2005/06
	ogółem	mężczyźni	kobiety	chłopcy		dziewczynki	
Rumunia	7,9	8,0	7,7	-	10,0	-	4,0
Szwajcaria	8,1	7,7	8,6	10,2	14,0	5,5	7,0
Włochy	9,9	9,1	10,8	17,1	23,0	6,6	10,0
Norwegia	10,0	8,0	11,0	12,6	16,0	8,4	8,0
Szwecja	10,2	10,1	10,3	12,7	15,0	6,0	9,0
Holandia	11,1	12,2	10,1	8,8	10,0	7,1	10,0
Francja	11,2	11,5	10,9	10,3	14,0	7,6	8,0
Dania	11,4	11,8	11,0	12,8	13,0	8,6	9,0
Bułgaria	11,5	11,3	11,6	-	18,0	-	6,0
Austria	12,4	12,7	12,0	10,0	19,0	7,5	9,0
Polska	12,5	12,5	12,6	7,0	12,0	4,2	6,0
Niemcy	13,6	12,8	14,4	13,7	16,0	5,5	11,0
Belgia	13,8	14,4	13,1	10,5	13,0	7,6	10,0
Hiszpania	14,9	14,7	15,1	17,7	19,0	10,0	11,0
Turcja	15,2	18,5	12,3	bd.	14,0	bd.	15,0
Portugalia	15,4	16,1	14,6	15,1	22,0	6,4	13,0
UE	15,5	15,6	15,4	12,3	15,9	7,0	9,3
Cypr	15,6	14,5	16,7	bd.	bd.	bd.	bd.
Finlandia	15,7	16,0	15,4	14,3	19,0	7,9	12,0
Słowenia	16,4	15,8	17,0	16,6	20,0	6,2	10,0
Słowacja	16,9	16,7	17,1	-	11,0	-	4,0
Łotwa	16,9	20,9	12,0	7,9	8,0	3,5	6,0
Czechy	17,1	17,1	17,1	11,5	14,0	5,0	9,0
Estonia	18,0	18,3	17,5	8,1	11,0	3,8	5,0
Grecja	18,1	18,5	17,7	20,3	25,0	7,5	11,0
Węgry	18,8	18,0	19,6	11,7	17,0	7,5	11,0
Litwa	19,7	19,2	20,6	4,4	8,0	3,0	4,0
Luksemburg	20,0	18,8	20,9	bd.	16,0	bd.	9,0
Islandia	20,1	21,3	18,9	bd.	22,0	bd.	12,0
Malta	22,3	20,6	24,3	bd.	bd.	bd.	bd.
Irlandia	23,0	24,0	22,0	9,6	15,0	10,8	10,0
Wielka Brytania	24,5	24,9	24,1	11,8	13,0	10,1	8,0

Źródła: * Health at a Glance 2010 OECD EU Edition, <http://dx.doi.org/10.1787/888932336616>.

** Health at a Glance 2009, <http://dx.doi.org/10.1787/717762448712> [dostęp: 20 stycznia 2012 r.].

- wiązać się ze zmianami hormonalnymi i metabolicznymi w kolejnych okresach życia (dojrzewanie, ciąża, menopauza i andropauza). Tempo metabolizmu (spalania kalorii przez organizm) jest do pewnego stopnia cechą osobniczą, a po 20. roku życia systematycznie spada. Zachowanie przyzwyczajień żywieniowych w takim wypadku oznacza tycie,
- wiązać się ze stanem psychicznym jednostki. Nadmierne jedzenie może służyć poprawie samopoczucia, niwelowaniu napięcia, stresu, może towarzyszyć depresji. Troska o higienę i kondycję psychiczną jednostek oraz zapewnienie wsparcia i pomocy psychologicznej w sytuacjach trudnych mogą być więc traktowane jako element przeciwdziałania otyłości i jej leczenia,
- wynikać z prób walki z nadwagą. Restrykcyjne diety prowadzą do spowolnienia metabolizmu i tzw. efektu jo-jo. W ocenie specjalistów część komercyjnych firm oferujących usługi i produkty mające pomagać zmniejszyć wagę manipuluje konsumentami i tworzy nierealistyczne oczekiwania. Dlatego choć rynek produktów odchudzających i diet szybko rośnie (w USA jego wartość była szacowana w 2008 r. na 58,6 mld dolarów), to jednak nie ogranicza epidemii.

STRATEGIA ZWALCZANIA EPIDEMII OTYŁOŚCI

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła w 2004 r. globalną strategię dotyczącą diety, aktywności fizycznej i zdrowia, a państwa regionu europejskiego tej organizacji, w tym Polska, podpisały w 2006 r. „Europejską kartę przeciwdziałania otyłości”. W tych dokumentach – podobnie jak w białej księdze Komisji Europejskiej z 2007 r. poświęconej zagadnieniom związanym z odżywianiem, nadwagą i otyłością – postuluje się interwencję na szczeblu rządowym. Całościowa strategia władz publicznych zmierzająca do ograniczenia epidemii powinna mieć takie cechy, jak⁵:

- zaangażowanie szerokiego kręgu podmiotów będących naturalnymi partnerami władz publicznych (rządu i samorządów), czyli organizacji pozarządowych propagujących zdrowy styl życia, organizacji konsumenckich oraz sektora prywatnego, w tym przemysłu spożywczego i mediów. Zaleca się wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego,
- wykorzystanie różnych instrumentów oddziaływania, w tym regulacji prawnych związanych z ochroną konsumenta czy regulacji fiskalnych, samoregulacji przemysłu spożywczego oraz reklamowego, prowadzenie programów informacyjno-edukacyjnych, kampanii społecznych na temat związków żywienia ze stanem zdrowia, inwestycji infrastrukturalnych,
- łączenie działań zorientowanych na całą populację, nastawionych na upowszechnienie pożądanych zachowań i norm społecznych oraz działań ukierunkowanych na grupy wysokiego ryzyka, np. dzieci i młodzież ze środowisk gorzej sytuowanych.

Aby działania władz publicznych realizujących strategię przeciwdziałania otyłości były skuteczne, powinny obejmować:

- **politykę edukacyjną** – zagadnienia zdrowego odżywiania i ruchu trzeba uwzględniać w programach szkolnych oraz w praktyce opieki nad dziećmi w szkole, czyli także w organizacji żywienia, odpoczynku i odpowiednim asortymencie sklepików szkolnych. Ważna jest również edukacja medialna dotycząca m.in. krytycznego odbioru przekazów reklamowych,
- **politykę zdrowotną** – w podstawowej opiece zdrowotnej należy zwracać uwagę lekarzy pierwszego kontaktu na prewencję i leczenie otyłości. Rutynowe kontakty są okazją do zapewnienia pacjentom i ich rodzinom praktycznych porad i zaleceń dotyczących stylu życia,
- **politykę transportową i urbanistyczną** – dostęp do bezpiecznych ścieżek rowerowych oraz spacerowych, stworzyć alternatywę dla korzystania ze środków transportu oraz tworzyć infrastrukturę sportową,
- **politykę audiowizualną i medialną** – ograniczenia wymaga komercyjna promocja żywności i napojów o wysokiej wartości energetycznej, w szczególności wśród dzieci,
- **politykę fiskalną** – pozwalającą poprzez ceny zwiększyć atrakcyjność zdrowych produktów oraz ograniczyć spożycie produktów niezdrowych.
- **politykę społeczną** – w zakresie pomocy rodzinom najsłabszym należy ułatwiać dokonywanie prozdrowotnych wyborów, promować zdrową dietę i aktywny wypoczynek.

DYLEMATY STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA EPIDEMII OTYŁOŚCI

Jednym z najtrudniejszych problemów w realizacji przez władze publiczne strategii przeciwdziałania otyłości jest znalezienie właściwego modelu partnerstwa z branżą spożywczą. Biorąc

⁵ Por. F. Sassi, *Obesity and the Economics of Prevention, Fit not Fat*, OECD, 2010.

pod uwagę skalę interesów ekonomicznych, potencjał konfliktu jest olbrzymi. Najważniejsze sporne kwestie dotyczą ograniczeń w sferze marketingu i reklamy, polityki fiskalnej oraz polityki zmiany receptur produktów spożywczych.

Branża spożywcza w zakresie reklamy i marketingu promuje samoregulację, którą cechuje dobrowolność i brak sankcji za niedotrzymanie zobowiązań. Jednocześnie międzynarodowe koncerty spożywcze wprowadzają swoją „politykę zdrowotną”, modyfikują produkty, biorą też udział w różnych programach sponsorskich, np. sponsorami EURO 2012 są Coca-Cola i McDonald's, który ma 600 dzieciom dać szansę na dołączenie do oficjalnej eskorty zawodników piłkarskich. Można spotkać opinie, że ten nurt działań branży: *ma poprawić jej wizerunek, a jednocześnie zmniejsza zdolność rządu do przyjęcia twardszej linii w takich kwestiach jak ograniczenie reklam jedzenia czy opodatkowanie zawartości soli i cukru*⁶.

Mimo zaangażowania w programy prozdrowotne, branża spożywcza uznaje ideę całkowitej rezygnacji z reklamy żywności adresowanej do dzieci za niedopuszczalne ograniczenie wolności. Strategie marketingowe nakierowane na dzieci budzą największe kontrowersje, skłaniają do wprowadzania ograniczeń, co spotyka się z silnym oporem koncernów i ich odwoływaniem się do dobra i opinii konsumentów, np. gdy rada miejska San Francisco zakazała dołączania do jedzenia bezpłatnych zabawek, walcząca o zmianę decyzji sieć restauracji typu fast food dowodziła, że decyzja jest sprzeczna z oczekiwaniami rodziców i ich dzieci.

Jednym z argumentów podnoszonych przeciw interwencji władz jest to, że przybierają one paternalistyczną postawę wobec obywateli, ograniczając ich wolność wyboru. O wiele rzadziej mówi się o ograniczeniach i presji na konsumentów ze strony rynku. Indywidualne wybory i zwyczaje dotyczące posiłków, aktywności fizycznej oraz innych aspektów stylu życia są kształtowane również przez czynniki pozostające częściowo lub całkowicie poza indywidualną kontrolą. Dostępność i „atrakcyjność” żywności, usług i infrastruktury związanych z wypoczynkiem zależy od podmiotów nastawionych na zysk.

Sprzymierzeńcem władz publicznych, zarówno w propagowaniu dobrych wzorców, jak i w uodpornianiu obywateli na manipulację, mogą być instytucje społeczeństwa obywatelskiego, szczególnie organizacje konsumenckie, które zaczynają monitorować realizację zasad określonych w samoregulacjach przemysłu. Na przykład francuskie stowarzyszenia konsumenckie wskazują na problem nieodpowiednich reklam telewizyjnych skierowanych bezpośrednio do dzieci i niespektowanie przez przemysł spożywczy zobowiązań podjętych w ramach samoregulacji⁷.

„Europejska karta przeciwdziałania otyłości” uwzględni możliwość stosowania przez rządy środków fiskalnych, jednak długo ich nie wprowadzano. W 2011 r. w Danii uchwalono „podatek tłuszczowy”, którego wysokość jest uzależniona od zawartości niezdrowych tłuszczów nasyconych w produktach, a na Węgrzech „podatek chipsowy” od żywności i napojów o wysokiej zawartości cukru, soli, węglowodanów oraz kofeiny. Obciążenia podatkowe są silnie kontestowane – we Francji debata nad tym, by od stycznia 2012 r. VAT na napoje z dodatkiem cukru wzrósł

⁶ Por. A. Jack, *Fat is a financial issue*, „Financial Times” z 8 września 2010 r.; http://forsal.pl/artykuly/452404,laga_otylosci_rujuje_panstwa.html [dostęp: 5 grudnia 2011 r.].

⁷ Por. *Reklama odpowiedzialna za otyłość?*, <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/reklama-odpowiedzialna-za-otylosc-1770.html> [dostęp: 5 grudnia 2011 r.].

z 5% do 19,6%, spowodowała np. groźbę producenta napojów, że wycofa planowane inwestycje.

Styl życia warunkujący epidemię otyłości wynika ze zmian technologicznych, gospodarczych oraz rynkowych, a społeczeństwo docenia wygodę, oszczędność czasu i energii, możliwość wyboru, jakie one niosą. Działania marketingowe stymulują kulturę konsumpcyjną. Idea zmiany stylu życia prowadzi do pytań o wartości i normy społeczne oraz zmianę kulturową. Spory wokół poszczególnych instrumentów oddziaływania państwa mają więc nie tylko istotny wymiar ekonomiczny, ale też ideologiczny.

WNIOSKI DLA POLSKI

W Polsce problem również narasta – w latach 2004–2009 udział mężczyzn z nadwagą lub otyłością wzrósł aż o 9 punktów procentowych i osiągnął poziom 45% osób z nadwagą oraz 17% z otyłością. W 2009 r. 29% kobiet miało nadwagę, a 15% cierpiało na otyłość⁸. Odnotowano także przyrost średniej wagi ciała wśród dzieci – szacuje się, że 18% polskich dzieci ma nadwagę lub otyłość.

Zainspirowana m.in. przez organizacje międzynarodowe Polska przyjęła „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości 2007–2011”, który koncentruje się głównie na upowszechnianiu wiedzy o roli żywienia i aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia, szczególnie wśród grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia oraz edukacją dzieci i młodzieży. Drobek w dziedzinie upowszechniania wiedzy na temat przeciwdziałania otyłości mają m.in. Instytut Żywności i Żywienia oraz Instytut Matki i Dziecka. Dzięki unijnemu programowi „Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna w szkołach” zarządzający szkołami mają na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji dostęp do publikacji dotyczących profilaktyki otyłości dzieci i młodzieży.

W ostatnich latach zainicjowano też programy sprzyjające zwalczaniu nadwagi i otyłości. Należą do nich np. realizowany we współpracy z samorządami program rządowy „Moje boisko – Orlik 2012” czy program „Trzymaj formę!” prowadzony przez Polską Federację Producentów Żywności (PFPŻ) i Główny Inspektorat Sanitarny w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Niektóre samorządy wdrażają lokalne prozdrowotne programy (np. zapewniając bezpłatny dostęp do infrastruktury sportowej), budują ścieżki rowerowe. Media zarówno publiczne, jak i komercyjne propagują ruch i zdrowe odżywianie w specjalnych programach poświęconych stylowi życia.

⁸ Por. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, seria „Informacje i Opracowania Statystyczne GUS”, Warszawa 2011.

Jednak działania prowadzone są często na zbyt małą skalę, a wiele zaleceń nie jest realizowanych. Analizy Najwyższej Izby Kontroli⁹ pokazują, jak dalece praktyka odbiega od wskazań specjalistów. Jakość żywienia w szkołach często jest zła – placówki prowadzące dożywianie preferują przekąski zamiast gorącego posiłku, nie zawsze przywiązuje się należyta wagę do jakości, tj. wartości kalorycznej i odżywczej ciepłych posiłków: Zajęcia z wychowania fizycznego nie promują zdrowego stylu życia, są nieatrakcyjne (brak sal gimnastycznych, boisk, basenów), system oceniania ukierunkowany jest „na wyczyn”, co zniechęca mniej sprawnych uczniów. Znamienne i wymagające analizy jest to, że coraz więcej uczniów ma stałe zwolnienie lekarskie z WF.

Zdaniem organizacji konsumenckich regulacje w zakresie reklamy adresowanej do dzieci są niewystarczające¹⁰. W 2010 r. PFPŻ wprowadziła „Kodeks reklamy żywności skierowanej do dzieci” bazujący na europejskim kodeksie samoregulacyjnym o nazwie „EU Pledge” z 2007 r. Międzynarodowe koncerny potwierdziły, że w Polsce będą respektowane ich ogólnoeuropejskie zobowiązania m.in. powstrzymywania się od reklamowania żywności na terenie szkół podstawowych. Innych producentów i dystrybutorów żywności ustalenia zapisane w tym kodeksie nie dotyczą.

Obecnie powinna powstać kolejna edycja „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości”. Stwarza to okazję do dyskusji nad potrzebnymi instrumentami oddziaływania władz publicznych na szczeblu centralnym i samorządowym. Stłumienie epidemii otyłości wymaga nie tylko działań informacyjnych, ale przede wszystkim zapewnienia wysokiej jakości publicznych usług – edukacyjnych, zdrowotnych, sportowych, rekreacyjnych i transportowych. Konieczne są więc publiczne inwestycje i nakłady finansowe. Władze powinny rozważyć również takie zdecydowane działania regulacyjne, jak np. ograniczenie swobody akcji marketingowych i reklamowych czy wyższe opodatkowanie „śmieciovego” jedzenia, a dotowanie produktów koniecznych w diecie.

⁹ Por. informacje Najwyższej Izby Kontroli: *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, Warszawa, październik 2011 r.; *Pomoc państwa w zakresie dożywiania w latach 2006–2009*, Kraków, lipiec 2010 r.; *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych*, Warszawa, kwiecień 2010 r.

¹⁰ Por. *Raport z badania poświęconego marketingowi żywności adresowanemu do dzieci*, Stowarzyszenie Konsumentów Polskich, Warszawa, wrzesień 2009 r., <http://polmarkproject.net/documents/POPmarkreportPolishFINAL.pdf> [dostęp: 5 grudnia 2011 r.].

Justyna Osiecka-Chojnacka – specjalista ds. społecznych w Biurze Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu.



BIURO ANALIZ SEJMOWYCH

Wydawca:

Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu służy eksperckim wsparciem posłom i organom Sejmu.

Wydaje m.in.: „Infos”, „Studia BAS”, „Zeszyty Prawnicze BAS”, „Przed pierwszym czytaniem”.

„Infos” – w zwięzłej formie podejmuje aktualne zagadnienia istotne dla polskiego społeczeństwa i gospodarki.

Projekt graficzny:

Wydawnictwo Sejmowe dla Biura Analiz Sejmowych

ul. Zagórna 3, 00-441 Warszawa, tel. 22 694 17 27, faks 22 694 10 05, www.bas.sejm.gov.pl

Bogdan Żukowski

Redakcja:

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

Kontakt:

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