
OTYŁOŚĆ – EPIDEMIA XXI WIEKU – CZY MOŻNA Z NIĄ WALCZYĆ METODAMI FISKALNYMI?

OBESITY - THE EPIDEMIC OF THE XXI-ST CENTURY – CAN YOU FIGHT IT WITH FISCAL METHODS?

Artur Jeschke

STRESZCZENIE

Artykuł przedstawia problem epidemii otyłości i sposoby walki z tą chorobą. Jednym z działań państwa w tym zakresie może być odpowiednio kształtowana polityka fiskalna dotycząca opodatkowania artykułów z dużą zawartością cukrów, soli, tłuszczów, takich jak np. chipsów i napojów słodzonych. Praktyka życia społecznego wskazuje, że polityka fiskalna odnosi pewne sukcesy w kształtowaniu postaw konsumpcyjnych społeczeństwa, lecz niesie również ryzyko skutków negatywnych w postawach konsumpcyjnych i dla rozwoju gospodarczego.

ABSTRACT

The article presents obesity epidemic problem and ways to prevent this disease. One of the actions of the state in this area may be a properly shaped fiscal policy concerning the taxation of food items with a high content of sugars, salt, fats, crisps and sweetened beverages. Everyday social life indicates that fiscal policy is successful in shaping consumer attitudes anyhow it could also affect negatively consumer attitudes and economic development.

Słowa kluczowe: otyłość, polityka fiskalna, podatki

Keywords: obesity, fiscal policy, taxes

DEFINICJA OTYŁOŚCI

Otyłość we współczesnym świecie uznawana jest za chorobą cywilizacyjną. Choroba ta przestaje być problemem pojedynczych osób, stając się zagrożeniem dla całych społeczeństw.

Już w 1997 roku WHO (World Health Organisation – Światowa Organizacja Zdrowia) uznała otyłość za epidemię światową, z uwagi

na fakt, iż w ostatnich kilkadziesiąt lat obserwuje się stały wzrost liczby osób otyłych (w szczególności w krajach wysokorozwiniętych). Warto podkreślić, iż w 2010 roku pierwszy raz w historii ludzkości więcej osób zmarło z powodu powikłań wynikających z otyłości lub chorób współtowarzyszących otyłości niż z powodu głodu i niedożywienia¹⁷. Nadwaga i otyłość są, zatem zjawiskami występującymi

¹⁷ <https://www.telegraph.co.uk/news/health/news/9742960/Obesity-killing-three-times-as-many-as-malnutrition.html> Dostęp: 28.08.2018.

coraz powszechniej, a ich zapadalność rośnie w wielu państwach na całym świecie.

Istnieje wiele definicji otyłości – większość z nich określa otyłość jako nadmiar ilości tkanki tłuszczowej w organizmie¹⁸. W jej przebiegu, na skutek zaburzeń homeostazy, przemiany energetycznej następuje rozrost tkanki tłuszczowej ponad przyjętą normę. Z powodu zwiększenia liczby i wielkości komórek tłuszczowych dochodzi do wtórnego uszkodzenia struktury i funkcji poszczególnych narządów i układów¹⁹.

Zgodnie z wytycznymi WHO parametrem powszechnie stosowanym do oceny prawidłowej masy ciała jest wskaźnik masy ciała BMI (*Body mass index*) obliczany według poniższego wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{m}{w^2}$$

gdzie:

m – masa wyrażona w kilogramach

w – wzrost w metrach

Wskaźnik masy ciała jest zatem wyliczony poprzez podzielenie wagi ciała (wyrażonej w jednostce kilograma) przez podniesiony do kwadratu wzrostu (wyrażonego w jednostce metra). Wskaźnik informuje o wartości masy ciała przypadającej na 1 m².

Wskaźniki masy ciała zostały określone na podstawie danych epidemiologicznych zwiększonej częstotliwości problemów zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości oraz w oparciu o obserwację korelacji pomiędzy BMI, a wskaźnikiem umieralności²¹. Wskaźnik masy ciała ma jednak pewne ograniczenia w definiowaniu otyłości, gdyż odnosząc się do aktualnej wagi ciała nie uwzględnia wieku, płci, czasu trwania otyłości oraz rozmieszczenia tkanki tłuszczowej.

Kolejnym przydatnym wskaźnikiem do określenia właściwej masy ciała jest współczynnik talia-biodro (WHR *Waist-Hip Ratio*). Współczynnik ten określa się poprzez obliczenie stosunku obwodu talii do obwodu bioder. W przypadku zastosowania tego współczynnika za otyłość uważa się stan, gdy WHR jest

Tabela 2. Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określają następujące wartości BMI

<i>Wskaźnik BMI (kg/m²)</i>	<i>Określenie prawidłowości masy ciała</i>
< 18,50	Niedowaga
18,50 – 24,99	Prawidłowa wartość
≥ 25	Nadwaga
25,00-29,00	Stan przed otyłością
≥ 30	Otyłość
30,00-34,99	Otyłość I stopnia
35,00-39,99	Otyłość II stopnia
≥ 40	Otyłość stopnia III (zwana także otyłością olbrzymią ²⁰)

Źródło: Opracowanie własne

¹⁸ Paśnik K. 2004. Chirurgiczne leczenie otyłości Wojskowy Instytut Medyczny. Warszawa, 4-5.

¹⁹ Przybylska D., M. Kurowska, P. Przybylski. 2012. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, *Hygeia Public Health*; 47(1), 28-29.

²⁰ Seifert M., Zdrojewicz Z. 2010. Otyłość a zachowania seksualne *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*; tom 6 nr 3 129-135.

²¹ Kozakowski J. 2012. Otyłość *Medical Tribune Polska*, Warszawa.

większy od 0,8 w przypadku kobiet lub większy niż 1,0 u mężczyzn²².

Innym pomocnym w diagnostyce otyłości wskaźnikiem jest obwód talii WC (*Waist Circumference*). W tym przypadku otyłość jest definiowana, gdy obwód talii jest większy niż 89 centymetrów u kobiet i 102 centymetrów u mężczyzn²³. Dwa powyższe wskaźniki uwzględniają podział ze względu na płeć osób badanych.

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE POWSTAWANIE OTYŁOŚCI

Przyczyny zjawiska „eksplozji” otyłości przybierającej charakter epidemii są złożone. Jednakże jej rozmiary są głównie spowodowane zmianą stylu życia związanego z postępowaniem cywilizacyjnym. Ludzie coraz więcej wolnego czasu spędzają przed telewizorem lub komputerem, wiele osób przemieszcza się korzystając z samochodu. Coraz więcej ludzi prowadzi siedzący tryb życia, ich dieta jest często wysokotłuszczowa i wysokokaloryczna. W dodatku rozwijają oni złe nawyki żywieniowe, takie jak: szybkie jedzenie, podjadanie pomiędzy posiłkami, spożywanie obfitych posiłków przed snem, zamawianie gotowych posiłków do pracy lub do domu. Dieta niestety często bywa uboga w owoce, warzywa i składniki mineralne. Wskazane czynniki powodują, że wartość energetyczna spożywanych posiłków jest dużo większa niż zapotrzebowanie energetyczne organizmu.

Można wyróżnić następujące czynniki patogenezy otyłości²⁴: „czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe (m.in. dieta i aktywność fizyczna), czynniki społeczne i kulturowe oraz stan hormonalny organizmu. Wśród warunków biologicznych predysponujących do

występowania otyłości istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Mutacje mogą dotyczyć genów regulujących pobieranie pokarmu, przemianę materii czy dojrzewanie adipocytów. Występowanie otyłości u jednego z rodziców zwiększa ryzyko występowania otyłości w wieku dorosłym 4-5-krotnie. W przypadku, kiedy otyłość dotyczy obojga rodziców, ryzyko to wzrasta aż 13-krotnie”

CHOROBY TOWARZYSZĄCE OTYŁOŚCI

Otyłość jest chorobą, która może dotyczyć różnych układów człowieka i wywiera wpływ na zwiększoną zachorowalność i śmiertelność. Wyniki badań dotyczące otyłości wykazały, że u osób otyłych, które przekroczyły o 60% standardową masę ciała współczynniki zachorowalności i śmiertelności wzrosły o 100%. Otyłość jest dobrze zbadanym czynnikiem ryzyka występowania wielu chorób i stanów patologicznych, takich jak:

- nadciśnienie tętnicze,
- hipercholesterylemia,
- cukrzyca,
- kamica pęcherzyka żółciowego,
- zaburzenia oddechowe,
- zapalenie trzustki,
- schorzenia ortopedyczne – w szczególności zmiany przeciążeniowe i zwyrodnieniowe stawów,
- upośledzenie funkcji socjalnych i psychologicznych.

Poniższa tabela przedstawia korelacje chorób współtowarzyszących otyłości w poszczególnych układach człowieka.

²² Kozakowski J. 2012. Otyłość Medical Tribune Polska, Warszawa.

²³ Kinalska I, Popławska-Kita A, Telejko B, Zonenberg A. 2006. Otyłość a zaburzenia przemiany węglowodanowej, Endokryнология Otyłość, tom 2: 94-101.

²⁴ Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska M. 2013. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza, Postępy Nauk Medycznych; XXVI, 4: 302-305.

Tabela 3. Korelacje chorób współtowarzyszących otyłości

<i>Nazwa układu</i>	<i>Nazwa choroby</i>
Układ krążenia i oddychania	<ul style="list-style-type: none"> ● Nadciśnienie tętnicze ● Niewydolność oddychania ● Choroba wieńcowa ● Obrzęki i zastój w krążeniu ● Nagła śmierć sercowa ● Choroba zakrzepowo-zatorowa ● Żylaki kończyn dolnych
Układ dokrewny	<ul style="list-style-type: none"> ● Cukrzyca ● Zaburzenia miesiączkowania ● Bezpłodność
Układ pokarmowy	<ul style="list-style-type: none"> ● Kamica żółciowa i choroby wątroby ● Zapalenie przełyku
Układ odpornościowy	<ul style="list-style-type: none"> ● Podatność na zakażenia
Układ moczowo-płciowy	<ul style="list-style-type: none"> ● Choroby nerek ● Stresowe nietrzymanie moczu
Układ kostno-stawowy	<ul style="list-style-type: none"> ● Zapalenie kości i stawów
Nowotwory	<ul style="list-style-type: none"> ● Rak piersi ● Rak prostaty ● Rak nerki ● Rak jelita grubego ● Rak pęcherzyka żółciowego
Inne	<ul style="list-style-type: none"> ● Choroby skóry ● Zaburzenia snu ● Depresja ● Zaburzenia psychosocjalne ● Zwiększone ryzyko operacyjne

Źródło: Paśnik K. „Chirurgiczne leczenie otyłości”, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa; 2004

LECZENIE OTYŁOŚCI

Ochudzenie i leczenie nadwagi jest wyjątkowo specyficznym, dość trudnym wyzwaniem, które wymaga bardzo wielu wyrzeczeń, czasu,

silnej woli i determinacji. Leczenie nadwagi i otyłości przyniesie efekty tylko wtedy, gdy optymalna dieta jest połączona z aktywnością fizyczną i modyfikacją stylu życia. Dieta musi być ustalana na podstawie założonego spadku

masy ciała. Dieta powinna zaczynać się od dobranych posiłków, by dostarczały 500-1000 kcal mniej od dziennego zapotrzebowania energetycznego organizmu. Przykładowo dla kobiet powinna być to dieta dostarczająca organizmowi 1100-1200 kcal, a dla mężczyzn 1500 kcal. Przyjmuje się, iż redukcja masy ciała nie powinna przekroczyć 1 kg tygodniowo. Do spalenia 1 kg tkanki tłuszczowej konieczny jest deficyt energetyczny około 6000-8000 kcal. Innym sposobem redukcji wagi ciała są preparaty odchudzające, które mogą być stosowane po uprzedniej konsultacji z lekarzem. Osobom, u których *Body Mass Index* przekracza 30, lekarz może przepisać odpowiednie leki, które nasilają uczucie sytości lub zmniejszają łaknienie, pobudzają aktywność termogeniczną organizmu lub ograniczają wchłanianie tłuszczu lub węglowodanów w przewodzie pokarmowym. Należy pamiętać, że leczenie farmakologiczne jest długotrwałe i wymaga pełnego nadzoru i ścisłej kontroli lekarza, gdyż niektóre środki odchudzające mogą powodować poważne skutki uboczne (np. nadciśnienie). W pewnych przypadkach, gdy zawiodą inne metody leczenia, a BMI chorego przekracza 40, niezbędnym może być leczenie chirurgiczne, powodujące znaczny spadek masy ciała w krótkim czasie. W tym przypadku warunkiem niezbędnym do zakończenia procesu leczenia sukcesem jest świadoma zgoda i współpraca osoby dotkniętej nadwagą z lekarzem. Lekarz musi poinformować pacjenta o istocie choroby, a zwłaszcza o ryzyku i zagrożeniach wynikających z możliwości wystąpienia chorób współistniejących z otyłością oraz ryzyku i powikłaniach związanych z przyjętą metodą leczenia. Konieczne jest również poinformowanie pacjenta o rokowaniach związanych z proponowanym sposobem leczenia oraz informacja o przewidywanej redukcji masy ciała z uwzględnieniem czasu trwania tego leczenia. Jednak aby spadek wagi

był stały, należy zmienić również nawyki żywieniowe, a w szczególności spożywać małe porcje posiłków co 3-4 godziny – w ten sposób można uniknąć tzw. efektu „jojo”. Metody operacyjne polegają głównie na zmniejszeniu i zmianie kształtu żołądka lub ograniczeniu trawienia i wchłaniania pokarmu w jelitach. Ograniczenie pojemności żołądka uniemożliwia przyjmowanie większych ilości jedzenia. Niebezpieczeństwem związanym ze skutkami tego rodzaju zabiegów jest możliwość pojawienia się powikłań oraz konieczność stosowania specjalnej diety. Wskazane jest także w okresie pooperacyjnym skorzystanie z porad psychologa i dietetyka.

KOSZTY SPOŁECZNE I FINANSOWE

W 2014 roku przeprowadzono ogólnoświatowe badania dotyczące problemu otyłości. Wyniki tego badania zostały przedstawione w raporcie pn. „Global status report on NCDs 2014”²⁵. W badaniu poddano obserwacji, w jakim zakresie BMI mieści się 95% dorosłej populacji badanych krajów (badanie dotyczyło obu płci). Wyniki wskazały, że jedynie w wielu krajach Afryki i Azji wskaźnik BMI dla 95% populacji jest niższy od 25 (czyli od wskaźnika powyżej którego uznaje się stan nadwagi). Wśród tych krajów nie było ani jednego kraju Europy i Ameryki Północnej, a spośród krajów wysokorozwiniętych wyżej wymienione kryteria spełniała jedynie Japonia. Dla Polski wskaźnik ten kształtował się na poziomie 25,6-27,2 – co wykazuje, że 95% populacji w Polsce ma nadwagę o charakterze stanu przed otyłością.

Co rok półtora miliona osób w Polsce trafia z powodu otyłości do szpitala. Jej leczenie oraz pośrednie i bezpośrednie powikłania pochłaniają nawet jedną piątą całego budżetu ochrony

²⁵ World Health Organisation „Global status report on noncommunicable diseases 2014” e-book http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=9B1E7F7C2F2193C1DC0EC8D1855AAFE8?sequence=1 Dostęp 28.08.2018.
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

zdrowia (który w 2015 roku wynosił 67,5 mld złotych). Co więcej, ogólne koszty opieki zdrowotnej osób z nadwagą i otyłością są aż o 44% większe niż osób o prawidłowej masie ciała²⁶. Koszty leczenia to nie wszystko. Do tego dochodzą koszty pracodawców oraz niższa efektywność pracowników. W Europie choroby związane z otyłością są powodem absencji w pracy pracowników w okresie 10-50 dni w roku. W Niemczech niższa produktywność z powodu wcześniejszego przechodzenia na emeryturę osób otyłych już dekadę temu kosztowała tamtejszą gospodarkę ok. 600 mln euro rocznie. W USA koszty nieobecności w pracy

z tego powodu szacuje się obecnie na ponad 7 mld dolarów rocznie. Całkowite koszty otyłości, jakie ponoszą Amerykanie – najgrubszy, obok Greków, naród świata – to prawie 200 mld dolarów. Jednocześnie nadwaga jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym u dzieci. Już jedna trzecia dzieci na świecie jest dotknięta tym problemem. Z raportu badań dzieci w wieku 11-18 lat przeprowadzonych w latach 2009/2010 przez Health Behavior School-aged Children²⁷ w Polsce wynika, że nadwagę i otyłość kształtuje się następująco:

Otyłość i nadwaga wśród dzieci w wieku 11-16 lat w Polsce (w %)

<i>Płeć</i>	<i>Wiek 11-12 lat</i>	<i>Wiek 13-14 lat</i>	<i>Wiek 15-16 lat</i>
Dziewczęta	21 %	13 %	7 %
Chłopcy	31 %	6 %	22 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w raporcie World Health Organisation „Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being” Health Policy For Children And Adolescents, No. 7. 2016.

Samoocena dzieci w wieku 11-16 lat dotycząca nadwagi (w %)

<i>Płeć</i>	<i>Wiek 11-12 lat</i>	<i>Wiek 13-14 lat</i>	<i>Wiek 15-16 lat</i>
Dziewczęta	41 %	55 %	61 %
Chłopcy	31 %	34 %	29 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w raporcie World Health Organisation „Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being” Health Policy For Children And Adolescents, No. 7. 2016.

²⁶ Wojciech Stefa Zgliczyński „nadwaga i otyłość w Polsce” Biuro Analiz Sejmowych INFOS nr 4 (227) z 15.03.2017.

²⁷ World Health Organisation „Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being” Health Policy For Children And Adolescents, No. 7 2016.

Lekarze ostrzegają, że otyłe dzieci mogą być obciążone tą chorobą do końca swojego życia – co z perspektywy systemu ochrony zdrowia w skali ogólnokrajowej będzie generować większe koszty opieki zdrowotnej.

FISKALNE METODY WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

Pochodzenia pojęcia fiskus można upatrywać w łacińskim słowie *fiscus*, oznaczającym „kosz” lub „sakwa na pieniądze”, natomiast francuskie słowo *fiscalis* oznacza „skarbowy”, „podatkowy”. Według S. Owsiaka²⁸ „Polityka fiskalna to ogół działań państwa polegających na wykorzystaniu szeregu instrumentów fiskalnych, takich jak podatki i inne daniny publiczne. Celem polityki fiskalnej jest zapewnienie wpływów do budżetu (funkcja fiskalna) oraz wspieranie i stymulacja odpowiednich zachowań (funkcja pozafiskalna)”. Inne spojrzenie przedstawia Michael Burda²⁹, który terminem polityki fiskalnej definiuje jako „manipulowanie przez państwo wysokością zarówno państwowych wydatków, jak i podatków w celu wpłynięcia na wielkość krajowych wydatków.” Przykładem polityki fiskalnej, która ma stymulować zmianę zachowań konsumenckich jest na przykład akcyza na alkohol i tytoń. W związku z tym, że otyłość i nadwaga stają się coraz bardziej powszechnym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym pojawiają się propozycje podatkowe dotyczące wzrostu obciążeń podatkowych na artykuły z dużą zawartością cukrów, soli, tłuszczów, chipsów i napojów słodzonych. W publikacji „Opodatkowanie niezdrowej żywności – dyskusyjny instrument finansowania ochrony zdrowia i walki z otyłością” Małgorzata

Twarowska przytacza wyniki badań zespołu: E. Finkelstein, C. Zhen, J. Nonnemaker i J. Todd. Zdaniem wspomnianych autorów opodatkowanie napojów słodzonych stawką 40% spowodowałoby obniżenie średniego dziennego spożycia o 12,4 kalorii i utraty wagi o 1,3 funta (prawie 1,4 kg) na osobę w ciągu roku. „Autorzy zauważyli, że wysokie opodatkowanie napojów słodzonych ma wpływ na obniżenie otyłości przede wszystkim w przypadku gospodarstw domowych o średnich dochodach” – a zatem zastosowanie instrumentów fiskalnych może spowodować spadek konsumpcji groźnych dla zdrowia produktów, a jednocześnie zapewnić dodatkowe wpływy do systemu budżetowego i na finansowanie zdrowia publicznego. Pojawiło się już nawet nowe określenie dla danin o takim charakterze: „sin taxes”, czyli podatki od grzechu.

W wielu krajach wprowadzono podatki, które w założeniu miały kształtować odpowiednie postawy społeczne i konsumpcyjne, takie jak:

- Podatek od napojów o dużej zawartości cukrów. Przykładem jest podatek wprowadzony na Węgrzech, który obejmuje napoje słodzone, energetyczne, ciastka i herbatniki (stawka podatku wynosi od 5 do 200 forintów)³⁰.
- Podatek od marihuany – np. w USA stan Kolorado zalegalizował sprzedaż marihuany od 1 stycznia 2014 roku. Zgodnie z tą regulacją każdy, kto ukończył 21 lat może zakupić ten narkotyk tak samo, jak alkohol. Jednakże marihuany nie można spożywać w miejscach publicznych, lecz wyłącznie w domu lub na prywatnych posesjach. Sprzedaż tego narkotyku jest obłożona dwoma podatkami: 15% z przeznaczeniem na rozwój edukacji i 10% zasilający specjalny

²⁸ Owsiak S. 1997. *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 291-292.

²⁹ Burda M., Wyplosz Ch. 2013. *Makroekonomia. Podręcznik europejski*. Warszawa: PWE; 44.

³⁰ Cornelsen L, Carreido A Health-related Taxes on Foods and Beverages „Food research Collaboration Policy Brief” 20 May 2015, 2015 s. 8.

<http://foodresearch.org.uk/publications/health-related-taxes-on-food-and-beverages/>

fundusz, mający na celu finansowanie egzekwowania przepisów dotyczących obrotu marihuaną³¹.

- Podatek od grillowania – w Belgii w regionie Walonia wprowadzono podatek od każdej organizacji przyjęcia z grillem (podatek został określony na poziomie 20 euro od każdego przyjęcia). Celem podatku jest ochrona powietrza od zanieczyszczeń³².
- Podatek od osób samotnych i bezdzietnych. W Niemczech osoby po ukończeniu 23. roku życia płacą wyższą składkę rentową, a w przypadku, gdy nie pozostają w związku małżeńskim – ich zarobki objęte są wyższą klasą podatkową. W Polsce w okresie po 1945 roku obowiązywało „bykowe” – potocznie nazywano w ten sposób podatek (a właściwie podwyższoną kwotę podatku dochodowego), płacony przez osoby bezdzietne, nieżonate i niezamężne powyżej 21 roku życia (od 1 stycznia 1946 do 29 listopada 1956), a później powyżej 25 roku życia (do 1 stycznia 1973)³³.
- Podatek od dziecka – celem nałożenia tego podatku w Chinach było ograniczenie przyrostu naturalnego. Zgodnie z promowanym przez nią modelem, każda para w Chinach powinna mieć tylko jedno dziecko. Posiadanie większej liczby potomstwa nie było zakazane, ale obarczone wieloma „dolegliwościami” prawnymi, przede wszystkim dodatkowymi opłatami, które warunkowały dopuszczalność posiadania dodatkowych dzieci. W ramach realizacji programu w 1980 roku uchwalono nowe prawo ustanawiające wiek, po którego ukończeniu można było zawrzeć związek małżeński – dla kobiety było to 20 lat, a dla mężczyzny 22 lata. Poza tym program ten wymagał od rodziców jeszcze

przed narodzinami dziecka uzyskania formalnej zgody (akceptacji) na jego posiadanie. Rodziny, które nie przestrzegały polityki kontroli urodzeń i posiadały więcej niż jedno dziecko, obciążane były wysoką karą pieniężną. Warto dodać, że kobiety łamiące owe prawo kilkakrotnie poddawane były przymusowej aborcji lub sterylizacji³⁴.

- Podatek od braku ślubu powstał celem ochrony tradycji Chińczyków. Żyjące w ten sposób pary zapłacą odpowiednik 120 euro rocznie. Po wprowadzeniu tego podatku w 1996 roku liczba ślubów gwałtownie w Chinach wzrosła³⁵.

Podatki, które miały kształtować postawy społeczne to nie tylko wymysł współczesności – występowały również w przeszłości. W 1705 roku podatek od posiadania brody został wprowadzony w Rosji przez cara Piotr I Wielkiego, który był zafascynowany zachodnią modą noszenia peruk i ogolonej twarzy. Chciał on poprzez wprowadzenie takiego podatku spowodować odejście od tradycji posiadania obfitego zarostu swoich podwładnych. Natomiast w Wielkiej Brytanii przez blisko 300 lat obowiązywał podatek od tchórzostwa, który był uiszczany przez tych, którzy nie chcieli iść na wojnę.

Postawy konsumenckie ustawodawcy nie kształtują wyłącznie przez działanie fiskalne, ale również przez regulowanie zasad funkcjonowania rynku – ustanawianie aktów prawnych zakazujących, ograniczających lub normalizujących obrót towarowy artykułami spożywczymi. W Polsce przykładem może być działanie ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, która określa wymagania i procedury niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa żywności i żywienia zgodnie z przepisami rozporządzenia

³¹<https://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1370092,Zwrot-podatku-Kolorado-zarobilo-miliony-dolarow-na-marihuanie>

³² <http://forsal.pl/galerie/834543,duze-zdjecie,1,oto-najbardziej-absurdalne-podatki-na-swiecie-galeria.html>

³³ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Bykowe>; Dostęp 13.07.2018.

³⁴ Więckowski H. „Polityka jednego dziecka jej wpływ na strukturę demograficzną Chińskiej Republiki Ludowej” *Zarządzanie Publiczne* 1 (225)/2014 s 51-62.

³⁵ <https://www.pitax.pl/wiedza/podatki-w-innych-krajach/nietypowe-podatki-na-swiecie/>; Dostęp: 28.08.2018.

(WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r., ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd do Spraw Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w sprawie bezpieczeństwa żywności (Dz. Urz. WE L 31 z 01.02.2002, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 6, str. 463). Nowelizacja tej ustawy i wydanie przepisów delegowanych przez tą ustawę dotyczących określenia wymagań stawianych środkom spożywczym, które mogą być dopuszczone do sprzedaży i spożycia w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty spowodowała rewolucję w działaniu handlu w placówkach oświatowych. Rozporządzenie³⁶ to wprowadzało bardzo rygorystyczne przepisy dotyczące towarów mogących być przedmiotem obrotu towarowego w sklepikach szkolnych oraz dopuszczalnych artykułów spożywczych w stołówkach szkolnych. Z półek zniknęły nie tylko chipsy i cola, ale również drożdżówki, czekolada czy napoje słodzone. Dopuszczono do sprzedaży tylko niektóre produkty zawierające bardzo niewielką ilość cukru. Ustawodawca dopuścił do sprzedaży w sklepikach szkolnych kanapki z ciemnego pieczywa, sałatki, owoce, wodę mineralną. Napoje, które są przygotowywane na miejscu, takie jak herbata, nie mogły być słodzone cukrem. Do gotowania szkolnych obiadów można było używać soli wyłącznie w niewielkich ilościach. Skutkiem wdrożenia tej ustawy było wycofywanie się podmiotów gospodarczych z handlu w szkołach oraz bardzo duże wzburzenie społeczne zarówno wśród rodziców, jak i uczniów, którzy negatywnie reagowali na brak możliwości zakupu ulubionych produktów. Już po 11 miesiącach od wydania

wyżej wymienionego rozporządzenia Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie³⁷ umożliwiające wprowadzenie do sklepików szkolnych artykułów:

- O zawartości cukru w produktach gotowych do spożycia – nie może przekroczyć 15 g cukru w 100 g/ml, a w przypadku produktów mlecznych - 13,5 g na 100 g/ml,
- O dopuszczalnej zawartości tłuszczu – 10 g na 100 g/ml produktu,
- O dopuszczalnej zawartości soli – 1 g na 100 g/ml lub – dla pieczywa cukierniczego i półcukierniczego – nie więcej niż 1,2 g soli na 100 g/ml.

W wielu krajach Unii Europejskiej wprowadzone już zostały rozwiązania fiskalne mające umożliwić walkę z otyłością. W Danii w 2011 roku wprowadzono podatek od produktów o zawartości tłuszczów nasyconych powyżej 2,3%, takich jak mięso, nabiał, tłuszcze i oleje zwierzęce. Jednak już w 2013 roku rząd Danii zlikwidował ten podatek. Okazało się, że wpływy podatkowo wzrosły i były przeszło 6-krotnie wyższe niż koszty jego poboru, jednak wzrost cen masła, margaryny i tłuszczów spożywczych był znaczny (w granicach 12-17%), a to z kolei skutkowało spadkiem popytu na te produkty (o około 8%). Jednocześnie wzrósł udział w rynku produktów o gorszej jakości (tańszych). Okazało się też, że skutki tej regulacji były o wiele dotkliwsze dla najuboższych gospodarstw domowych, a sam podatek miał wysoko regresywny charakter. Ze względu na negatywny wpływ na przemysł spożywczy oraz rolnictwo, jak również małe poparcie polityczne, podatek został zniesiony na początku 2013 roku³⁸. Kolejnym krajem, który wprowadził podatek na cukier jest Portugalia. Wprowadzony od początku 2017 roku, nakładany

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach.

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach.

³⁸ Twarowska M. 2016. Opodatkowanie niezdrowej żywności – dyskusyjny instrument finansowania ochrony zdrowia i walki z otyłością, *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*; 197-211.

jest na napoje bezalkoholowe. Tego typu produkty, zawierające ponad 80 g cukru na litr, zostały objęte podatkiem w wysokości 16,46 euro na 100 litrów. Podatek od napojów zawierających mniej niż 80 g cukru wynosi 8,22 euro na 100 litrów. W efekcie standardowa cena puszdki popularnego słodzonego napoju wzrosła o 5,5 centa. Już od 2011 roku Węgry wprowadziły i nadal rozszerzają asortyment produktów objętych podatkiem od niezdrowych produktów. Podatek ten obejmował najpierw produkty niebędące podstawowymi, takie jak napoje energetyczne, słone przekąski, syropy, słodzone cukrem kakao w proszku, a od 2015 r. również napoje alkoholowe, których spożycie wiąże się z udowodnionym ryzykiem dla zdrowia. Łączna kwota wpływów z tytułu podatku, od momentu wprowadzenia tego podatku, wyniosła 122 mld forintów, co stanowi równowartość 393 mln EUR. Od 2012 r. kwoty pozyskane z wpływów z tego podatku zostały przypisane do funduszu ubezpieczenia zdrowotnego, z przeznaczeniem na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia. Efektem wprowadzeniem tego podatku było:

- wzrost ceny wyrobów cukierniczych o blisko 10%;
- wolniejsze tempo wzrostu popytu na czekoladę niż przed datą wprowadzenia podatku;
- nieznaczne zmniejszenie zatrudnienia w przemyśle spożywczym;
- sprzedaż słonych przekąsek spadała w kolejnych latach w szybszym tempie niż rosły ceny tych wyrobów, a skutkiem tych działań był wzrost udziału w rynku produktów tańszych marek.

W Finlandii w 2011 roku wprowadzono opodatkowanie artykułów zawierających cukier, takich jak słodycze, lody i napoje słodzone. W ciągu trzech lat skutkiem wprowadzenia tego podatku było:

- wzrost cen słodyczy w latach 2011-2013 o 25,34%;

- wzrost ceny lodów w latach 2011-2013 o 24,89%;
- wzrost cen napojów słodzonych w latach 2011-2013 o 4,95%;
- spadek sprzedaży słodyczy w latach 2011-2013 o 4,06%;
- spadek sprzedaży lodów w latach 2011-2013 o 3,85%;
- spadek sprzedaży napojów słodzonych w latach 2011-2013 o 4,64%.

Podwyżka cen słodyczy i lodów była dwukrotnie wyższa niż wynikało to z wliczenia podatku w cenę produktów. Spowodowało to wzrost konsumpcji artykułów o podobnym charakterze, jak na przykład mrożonych jogurtów, o blisko 10%. Na rynku napojów słodzonych nie zarejestrowano zmian w strukturze sprzedaży – wprowadzenie podatku nie zmieniło preferencji konsumenckich, spowodowało jednak nieznaczny spadek popytu.

W 2013 roku w Francji wprowadzono podatek od napojów słodzonych typu Cola – efektem był wzrost cen napojów słodzonych w latach 2012-2013 o 8,26%, przy spadku sprzedaży o 4,17%.

PODSUMOWANIE

Aktywność państwa w kształtowaniu postaw konsumpcyjnych preferujących zdrowy tryb życia i przeciwdziałanie nadwadze i otyłości mają różny charakter. Mogą to być działania legislacyjne, mające na celu regulowanie rynku, wprowadzenie ograniczeń obrotu i wymagań jakościowych spożywczych produktów żywnościowych, a także kształtowanie polityki fiskalnej. Instrumentami stosowanymi do zniechęcania do zakupu lub spożywania niektórych artykułów spożywczych może być:

- stawka podatku akcyzowego na wybrane produkty,
- zróżnicowanie stawek podatku VAT,
- specjalne podatki od niektórych artykułów spożywczych zawierających dużą zawar-

tość tłuszczu, cukru, soli, napojów słodzonych, chipsów, hamburgerów,

- ograniczenia obrotu artykułami spożywczymi, określenie norm zawartości substancji w produkcie.

Stosowane rozwiązania nie uwzględniają najbardziej skutecznego w opinii autora niniejszego opracowania, rozwiązania fiskalnego, jakim jest podatek progresywny, w który wysokość należnego podatku rośnie szybciej niż proporcjonalnie w stosunku do wielkości podstawy opodatkowania według skali podatkowej. Zastosowanie progresywnej stawki podatkowej dla osób przekraczających określoną wartość BMI poprzez wprowadzenie takiej osoby do wyższej stawki podatkowej lub wprowadzenie dodatkowej stawki opodatkowania byłoby najprawdopodobniej najbardziej motywującą i skuteczną metodą zwalczania otyłości. Miałaby ona charakter indywidualny i silnie motywujący do utrzymywania i dążenia do optymalnej wagi mierzonej odpowiednim wskaźnikiem *Body Mass Index*.

Rozwiązaniem, w pewnym sensie, progresywnego podatku dochodowego od osób fizycznych jest projekt ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych opracowany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zakładający utworzenie Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Fundusz ma być zasilany z części składki na Fundusz Pracy oraz z „daniny solidarnościowej”³⁹. Zgodnie z projektem, źródłem przychodów funduszu będzie przede wszystkim obowiązkowa składka solidarnościowa od dochodów osób fizycznych – w wysokości 4% od nadwyżki dochodów powyżej 1 mln za rok podatkowy. Danina ta odprowadzana do urzędu skarbowego przekazy-

wana będzie na rachunek Funduszu. Zgromadzone środki mają być przeznaczone na potrzeby dodatkowego wsparcia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych, ich rodzin oraz opiekunów, w szczególności, w zakresie usług: opiekuńczych (w tym specjalistycznych usług opiekuńczych), wytechnieniowych, wspomagających, pobytowych i asystenckich, a także wsparcia na współfinansowanie programów ze środków Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych, programów rządowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, a także zadań związanych z promowaniem i wspieraniem systemu pomocy dla osób niepełnosprawnych, czy też zadań z zakresu innowacyjnych rozwiązań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej⁴⁰.

Wprowadzenie podatku progresywnego od „otyłości” mogłoby mieć jednak analogiczne skutki jak działanie ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r. poz. 1399 ze zm.). Na mocy przepisów właściciele nieruchomości zamieszkałych i nieruchomości niezamieszkałych, na których powstają odpady komunalne, ponoszą opłatę za gospodarowanie odpadami komunalnymi. W przypadku nieruchomości zamieszkałych obowiązek uiszczania opłaty powstaje za każdy miesiąc, w którym na danej nieruchomości zamieszkuje mieszkaniec. W Warszawie liczba mieszkańców na dzień 31 grudnia 2017 r. wynosiła 1 764 615 osób⁴¹. Zakłada się, że w Warszawie przebywa od 200 do 500 tysięcy osób, które nie są w niej zameldowane (studenci, mieszkańcy innych miast pracujący i mieszkający czasowo w Warszawie, cudzoziemcy). Natomiast z deklaracji o wysokości opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi wynika, że w Warszawie mieszka około 1,35 mln

³⁹ Projekt ustawy opublikowany 13 lipca 2018 roku przez Rządowe centrum Legislacyjne

Źródło: <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r97538454555,Projekt-ustawy-o-Solidarnosciowym-Funduszu-Wsparcia-Osob-Niepelnosprawnych.html> Dostęp: 18.7.2018.

⁴⁰ Art. 10 projektu ustawy opublikowanego 13 lipca 2018 roku przez Rządowe centrum Legislacyjne, Źródło: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12313810/12521612/12521613/dokument349613.pdf>, Dostęp 18.07.2018.

⁴¹ Źródło <http://warszawa.stat.gov.pl/>, Dostęp 18.07.2018.

osób. Próby unikania opodatkowania proponowanym podatkiem od „otyłości” mogłyby dać analogiczne efekty. Statystycznie problem radykalnie by zmaleł, natomiast wpływy z takiego podatku mogłyby daleko odbiegać od przyjętych założeń.

Reasumując, w poniższej tabeli zostały zaprezentowane pozytywne i negatywne skutki wprowadzonych w różnych krajach Unii Europejskiej rozwiązań fiskalnych, których celem była zmiana poziom konsumpcji niektórych artykułów spożywczych stanowiących determinanty otyłości.

Tabela 4. Zestawienie skutków rozwiązań fiskalnych w walce z konsumpcją artykułów spożywczych sprzyjających otyłości

<i>Pozytywne skutki rozwiązań fiskalnych</i>	<i>Negatywne skutki rozwiązań fiskalnych</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dodatkowe wpływy podatkowe do budżetu państwa lub funduszy finansujące zdrowie publiczne 2. Spadek konsumpcji towarów objętych dodatkowym opodatkowaniem. 3. Obniżenie zawartości składników niebezpiecznych dla zdrowia w produktach dostępnych na rynku w celu uniknięcia opodatkowania 4. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. 5. Zwiększenie zatrudnienia związanego z koniecznością monitorowania i kontroli ściągalności podatków oraz przestrzegania przepisów w obrocie towarowym. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost cen produktów objętych dodatkowym opodatkowaniem. Równoczesny wzrost cen produktów o obniżonej zawartości składników objętych dodatkowym opodatkowaniem. 2. Możliwość przeniesienia obrotu towarowego do „szarej strefy” wraz z ryzykiem pogorszenia jakości oferowanych produktów i ich większej szkodliwości dla zdrowia. 3. Pogorszenie sytuacji finansowej rolnictwa i spożywczego przemysłu przetwórczego. 4. Zwiększenie kosztów monitorowania i kontroli ściągalności podatków oraz przestrzegania przepisów w obrocie towarowym.

Źródło: Opracowanie własne

BIBLIOGRAFIA**PUBLIKACJE**

1. Burda M., Wyplosz Ch. 2013., Makroekonomia. Podręcznik europejski. , Warszawa: PWE., Warszawa 2013
2. Kinalska I, Popławska-Kita A, Telejko B, Zonenberg A. 2006., Otyłość a zaburzenia przemiany węglowodanowej, Endokrynol Otyłość; 2006 tom 2: , str. 94-101.
3. Kozakowski J. 2012., Otyłość Medical Tribune Polska, Warszawa. 2012
4. Owsiak S. 1997. , Finanse publiczne. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe Warszawa: PWN, Warszawa 1997, str.; 291-292.
5. Paśnik K. 2004. Chirurgiczne leczenie otyłości Wojskowy Instytut Medyczny. Warszawa, 4-5.
6. Piketty T. 2015. , Kapitał w XXI wieku. Warszawa: , Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
7. Przybylska D., M. Kurowska, P. Przybylski. 2012. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej, Hygeia Public Health; 47(1), 28-29.
8. Twarowska M. 2016., Opodatkowanie niezdrowej żywności – dyskusyjny instrument finansowania ochrony zdrowia i walki z otyłością, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, str.; 197-211.
9. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E. 2013., Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVI, nr 4: 4, 2013, str. 302-305.
10. World Health Organisation „Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being” Health Policy For Children And Adolescents, No. 7. 2016.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

1. Główny Urząd statystyczny, Stan ludności <http://warszawa.stat.gov.pl/>; Dostęp: 18.07.2018.
2. <http://www.pomorska.pl/edukacja/edukacja-nformacje/a/drozdowka-wraca-dosklepiku-co-jeszcze-kupia-uczniowie-lista,10478228/#>
3. <http://www.czytelniamedyczna.pl/4394,otylosc-definicja-epidemiologia-patogeneza.html>; Dostęp: 18.07.2018.
4. <http://www.goap.org.pl/obowiazek-wnoszenia-oplat-za-gospodarowanie-odpadami-komunalnymi/>; Dostęp: 18.07.2018.
5. <http://www.odchudzanie.fit.pl/jak-sie-odchudzic/otylosc-i-nadwaga-8211;-jak-znia-walczyc,115,1,0.html>; Dostęp: 18.07.2018.
6. <https://www.pitax.pl/wiedza/podatki-w-innych-krajach/nietykowe-podatki-naswiecie/>; Dostęp: 18.07.2018.
7. <http://www.sukcesjestkobieta.pl/podatek-w-walce-z-otyloscia/>; Dostęp: 18.07.2018.
8. Rządowe Centrum Legislacyjne. Projekty ustaw <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12313810/12521612/12521613/dokument349613.pdf>; Dostęp: 18.07.2018.
9. Rządowe Centrum Legislacyjne. Projekty ustaw. <https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rmi/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r97538454555,Projekt-ustawy-o-Solidarnosciowym-Funduszu-Wsparcia-Osob-Niepelnosprawnych.html>; Dostęp: 18.07.2018. <https://www.telegraph.co.uk/news/health/news/9742960/Obesity-killing-three-times-as-many-as-malnutrition.html> DOSTĘP 28/08/2018); Dostęp: 18.07.2018.
10. https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#Interpreted; Dostęp: 18.07.2018.
11. <https://www.pitax.pl/wiedza/podatki-w-innych-krajach/nietykowe-podatki-naswiecie/>; Dostęp: 18.07.2018.

AKTY PRAWNE

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach
3. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. 2006 nr 171 poz. 1225).