

ממצאי מעקב

מניעת השמנה

תקציר

בעשורים האחרונים התפתחו באוכלוסיית העולם, ובכלל זה בישראל, תופעות של עודף משקל והשמנת יתר¹, הנובעות, בין היתר, מהגדלת שפע המזון, ירידה באיכותו (מזון מהיר ומוכן) וירידה ברמת הפעילות הגופנית של האוכלוסייה. השמנה מוגדרת בעולם ובישראל כמחלה כרונית הפוגעת במערכות רבות בגוף, מקצרת את תוחלת החיים, פוגעת קשות באיכות החיים, מגבירה את הסיכון לחלות במחלות לב, סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות של דרכי הנשימה וסרטן. מנתוני משרד הבריאות עולה כי ההשמנה גורמת למדינה ולאזרחיה נזק כספי ישיר ועקיף המוערך בכ-10 מיליארד ש"ח בשנה, כאשר ההוצאה הלאומית על בריאות ב-2009 הסתכמה בכ-60 מיליארד ש"ח. על פי נתונים של ארגון הבריאות העולמי מהשנים 2007-2008, ישראל נמנית עם עשר המדינות המובילות בעליית שיעורי ההשמנה בעולם, ומספר הסובלים מעודף משקל והשמנת יתר בה עלה פי שלושה ב-30 השנים האחרונות. על פי נתוני משרד הבריאות 44.1% מבני 18-64 ו-69.2% מבני 65 ומעלה סובלים מעודף משקל והשמנת יתר (BMI גדול מ-25). 11.8% מבני 18-64 ו-25.3% מבני 65 ומעלה סובלים מהשמנת יתר (BMI גדול מ-30)². מנתוני האגודה למען שירותי בריאות הציבור לשנים 2007-2009 עולה ש-22.5% מהתלמידים בכיתות א'-ט' סובלים מעודף משקל והשמנת יתר ו-8% מתוכם סובלים מהשמנת יתר.

פעולות הביקורת

בשנת 2008 פרסם משרד מבקר המדינה דוח בנושא מניעת השמנה (להלן - דוח הביקורת הקודם)³. בחודשים מרס-דצמבר 2010 עשה משרד מבקר המדינה ביקורת מעקב ובה בדק את הפעולות שעשו משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וגופים נוספים בתחום זה מאז פורסם דוח הביקורת הקודם. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, בארבע קופות החולים, במשרד החינוך, במשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה (להלן - משרד התמ"ת), במרכז השלטון המקומי, בצה"ל ובמשטרת ישראל. בדיקות השלמה נעשו במשרד ראש הממשלה, במשרד האוצר, ברשות המסים בישראל (להלן - רשות המסים), ברשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו ובעיריות תל אביב, ירושלים, חיפה ואשקלון.

1 Body Mass Index - BMI - מחושב על ידי חלוקת משקל הגוף (בקילוגרמים) בריבוע הגובה (במטרים). BMI 20 עד 24.9 מוגדר "משקל תקין"; BMI 25 עד 29.9 מוגדר "משקל עודף"; BMI 30 עד 39.9 מוגדר "השמנת יתר" (Obesity); BMI גדול מ-40 מוגדר "השמנה חולנית" (Morbid Obesity).

2 נתוני משרד הבריאות לשנת 2008, הנסמכים על דיווחם של הנשאלים.

3 מבקר המדינה, דוח שנתי 58 (2008), עמ' 519.

עיקרי הממצאים

תכניות התערבות לטיפול בהשמנה

מניעת השמנה מחייבת טיפול מערכתי ושיתוף פעולה של משרדי ממשלה וגופים רבים שיש להם נגיעה לנושא. לשם כך יש להכין תכנית פעולה בין-משרדית - מעין תכנית לאומית להתערבות כוללת. משרד הבריאות אמנם יזם תכנית לאומית לתזונה, פעילות גופנית ומניעת השמנה ומחלות כרוניות, המציבה יעדים לצמצום ההשמנה ומציעה דרכים למדידת השפעתה (להלן - התכנית הלאומית), אולם הוא הציג תכנית זו למשרד ראש הממשלה רק בנובמבר 2010, לקראת סיום הביקורת ולאחר קבלת טיוטת דוח המעקב של משרד מבקר המדינה. עוד נמצא כי הממשלה טרם אישרה את התכנית הלאומית, טרם הקצתה לה משאבים, וממילא משרדי הממשלה והגופים האחרים הנוגעים בדבר טרם החלו לפעול על פיה. במועד הביקורת, הפעילות שנעשתה בשטח הייתה מבוזרת ומועטה לעומת הצרכים ולא תואמה בידי גורם אחד. לפיכך לא היה בה כדי לחולל שינוי במצב ההשמנה בישראל, כמפורט להלן.

מניעת השמנה בקרב ילדים ובני נוער

חשוב במיוחד לטפל בהשמנה אצל ילדים ולמנוע אותה, כיוון שלילדים קל להוריד את שיעור השומן בגוף בלי לרדת במשקל כאשר קומתם גדלה, וכן משום שככל שמידת ההשמנה גדולה יותר, קשה יותר להגיע למשקל הרצוי בעזרת דיאטה.

חינוך לתזונה נכונה ופעולות למניעת השמנה במערכת החינוך: המעקב העלה כי אמנם חלה התקדמות בפעולות של משרד החינוך בתחום החינוך למניעת השמנה, ובחלק ממוסדות החינוך הופעלו תכניות למאבק בתופעת ההשמנה. ואולם פעולות משרד החינוך צריכות להיגזר מהתכנית הלאומית שהוכנה בשיתוף משרד הבריאות, וכאמור, תכנית זו טרם אושרה. כיוון שכך מרכיבים חשובים בה לא יושמו בתכניות משרד החינוך, ובכלל זה מעקב ובקרה בעניין הישגי תכניות הלימודים בתחום זה שכבר הופעלו.

הגבלות ואיסורים על מכירת מוצרי מזון לא בריא במוסדות חינוך: אף על פי שוועדות שונות המליצו להגביל באמצעות חקיקה מכירה של מזון ומשקאות עתירי קלוריות במוסדות החינוך, לרבות החלטת הוועדה לזכויות הילד בכנסת בנובמבר 2009, משרדי הבריאות והחינוך טרם יזמו חקיקה בנושא. הוסדר רק בחוזר מנכ"ל משרד החינוך שיצא בשנת 2006, הקובע כללים בדבר מכירת מזון במוסדות חינוכיים במכונות אוטומטיות, במזנונים, בקפטריות ובקיוסקים; אולם החוזר לא נאכף, ונמצא כי בתיכונים ובחטיבות ביניים עדיין נמכרים מזונות עתירי שומנים, פחמימות וסוכרים.

נמצא כי הרשויות שנבדקו ושבתיחומן פועלים קיוסקים בתוך בתי ספר, לא התנו את השכרת הקיוסקים בעמידה בדרישות החוזר; משרד החינוך לא עשה סקר בנושא עמידת הקיוסקים בתנאי החוזר ולא קיבל החלטות בנושא זה. משרדי החינוך והבריאות לא קידמו חקיקה שתאסור מכירת מזון לא בריא במוסדות החינוך. אף לא נמצא תיעוד המעיד על תיאום ושיתוף פעולה בין הרשויות, משרד החינוך ומשרד הבריאות בנושא זה, והוא אינו מטופל כראוי.

הזנת תלמידים: הועלה כי ערכן התזונתי של הארוחות המוגשות לתלמידים על פי חוק ארוחה יומית לא נבדק, ולכן לא ניתן לדעת אם הרכבן התזונתי מאוזן ועומד בהנחיות משרד הבריאות. חלק מהתלמידים הלומדים יום חינוך ארוך במסגרת תכנית "אופק חדש" של משרד החינוך, לעתים עד 14:30 או עד 15:30, אינם מקבלים ארוחה יומית בבית הספר. יש חשש כי תזונתם אינה בריאה ומאוזנת, בייחוד אם הם קונים מזון לא בריא במזנונים ובקיוסקים שבבתי הספר. יצוין כי בתי ספר רבים כבר הצטרפו לתכנית "אופק חדש", והיא כבר מיושמת בכ-1,700 בתי ספר שבהם כ-700,000 תלמידים. על משרד החינוך להחליט על הדרך שבה יוזנו תלמידים אלה, בין במסגרת תכנית ההזנה ובין בדרך אחרת.

הגבלות על פרסום ושיווק של מוצרי מזון המיועדים לילדים: בביקורת המעקב נמצא כי לאחר שנים של דיונים במשרד התמ"ת, שבמהלכן התנגדו יצרני המזון לחקיקה שמטרתה להגביל את הפרסום של מוצרי מזון משמינים וטענו כי היא פוגעת בחופש הביטוי ובשוק החופשי, עצר משרד התמ"ת את הליכי החקיקה בתחום זה ובמקומם החל בעבודת מטה ל"הסדרה עצמית" של היצרנים - באמצעות הכנת קוד אתי לפרסום מוצרי מזון באמצעי התקשורת. מכאן שאף שחלפו שנים מאז החל משרד התמ"ת לעסוק בנושא, הצרכנים, ובמיוחד הילדים, המושפעים ביתר קלות מפרסומות, עדיין אינם מוגנים בחוק מפני פרסום של מוצרי מזון משמינים, שלא כמקובל במדינות רבות בעולם.

מסירת מידע לאוכלוסייה בדבר הרכב המזון וערכו התזונתי

1. הוועדה לסימון תזונתי: המעקב העלה כי אף על פי שהוועדה לסימון תזונתי החלה לפעול כבר בשנת 2002, פעולותיה היו מועטות. תדירות מפגשיה הייתה נמוכה, ונוכחות חבריה במפגשים הייתה מעטה. הוועדה לא קבעה סדר עדיפויות לנושאים שבכוונתה להסדיר ותכנית עבודה, והיא קידמה מעט מאוד נושאים ולא השיגה את מטרתיה. בדיוני הוועדה עלתה האפשרות להחליף חלק מחבריה, ולבסוף סוכם כי יוגדרו החסרים בסימון התזונתי והנושאים שעל הוועדה לקדם. ואולם מאז אוקטובר 2008 ועד מועד סיום הביקורת בדצמבר 2010 לא התכנסה הוועדה כלל ולא קידמה הנושאים הללו.

2. היעדר מעורבות משרד התמ"ת בהסדרת הסימון התזונתי: משרד התמ"ת ממונה על ביצוע חוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981 (להלן - חוק הגנת הצרכן), העוסק בין היתר באיסור הטעיית הצרכנים בעניין רכישת מוצרי מזון, מרכיביהם והסיכונים הכרוכים בצריכתם. בביקורת נמצא כי למרות סמכותו זו, לא טיפל משרד התמ"ת בנושא הסימון התזונתי ולא היה שותף לדיונים של הוועדה לסימון תזונתי.

3. חקיקה העוסקת בסימון תזונתי במזון: בדוח הביקורת הקודם הוער על תיקונים שונים שיש לעשות בסימון התזונתי כדי לספק לצרכנים מידע אמין וברור בעניין הרכב המזון. בכל הנוגע לשומנים, משרד הבריאות עדכן את ההנחיות בעניין הסימון התזונתי, ובפברואר 2010 אישרה הכנסת תיקון לתקנות בריאות הציבור ולפיו יש לפרט את סוגי השומן (שומן טרנס, שומן רווי וכולסטרול) על מוצרים המכילים 2% שומן ומעלה במקום 4.5% שומן ומעלה. במועד סיום הביקורת התקנות בנוסחן המתוקן לא פורסמו ברשומות. אשר לסוכרים, עד שנת 2010 לא הייתה חובה לציין את כמות הסוכרים בסימון התזונתי שעל המזון. חוק חדש שהתקבל ביולי 2010

מחייב לפרט בסעיף הפחמימות את כמות הסוכרים, הפחמימות המורכבות והסיבים התזונתיים במזון ארוז מראש, אולם טרם הותקנו תקנות בנושא.

4. הפחתת נתרן (מלח) במזון: צריכה עודפת של מלח עלולה לגרום לעלייה בלחץ הדם ולפגוע בכליות. לפני כמה שנים הוקמה תת-וועדה של הוועדה לסימון תזונתי, והיא הייתה אמורה לפעול להפחתת המלח במזון. ואולם היא טרם הגישה המלצות ולפיכך הנושא לא קודם. משרד הבריאות הכין תכנית לאומית להפחתת צריכת המלח באוכלוסייה והגישה למנכ"ל המשרד בנובמבר 2010, אולם שר הבריאות טרם אישר אותה וטרם הוחל בביצועה.

מתן ייעוץ תזונתי לאוכלוסייה

במסגרת סל שירותי הבריאות זכאים לייעוץ תזונתי רק הסובלים מבעיות במערכת העיכול וחולים כרוניים, כגון חולים המטופלים בדיאליזה, חולי כליות וחולי סוכרת, ואילו הסובלים מהשמנה או מעודף משקל אינם זכאים לו. חלק מקופות החולים הרחיבו ביזמתן את הזכאות לייעוץ תזונתי, וחלקן גם נותנות ייעוץ תזונתי במסגרת שירותי בריאות נוספים (להלן - שב"ן). כ-30% ממבוטחי הקופות בארץ אינם מבוטחים בשב"ן, ודווקא באוכלוסייה זו, שרובה משתייכת לשכבות חברתיות-כלכליות חלשות, בעיית השמנה נפוצה יותר.

עידוד האוכלוסייה לעשות פעילות גופנית

עידוד פעילות גופנית של מבוגרים: המעקב העלה כי פעולות הגופים המבוקרים לעידוד פעילות גופנית הן נקודתיות ומקומיות ואינן מרוכזות בידי גוף אחד. על כן לא נקבעו להן סדרי עדיפות ולא הוסקו מסקנות בעניין יעילותן. ביוני 2010 המליצו תת-וועדה 2020⁴ והמועצה הלאומית לבריאות האישה לכלול בסל שירותי הבריאות ייעוץ והכוונה לפעילות גופנית מקדמת בריאות על ידי אנשי מקצוע, לשם מניעת מחלות ולטיפול בהן, כדי שכל תושב יהיה זכאי לקבל את השירות בקופות החולים. עוד המליצו לקבוע כי שיעור מקבלי הייעוץ לפעילות גופנית ישמש מדד לאומי קבוע ויהיה חלק מתכנית המדדים הלאומית⁵. במעקב נמצא כי ניסיון משרד הבריאות לגבש מדדי איכות בתחום הייעוץ לפעילות גופנית נתקל בהתנגדות חלק מהקופות ונחל כישלון.

פעילות גופנית בבתי הספר: תלמידי ישראל נמצאים בתחתית רשימת מדינות אירופה מבחינת מספר שעות החינוך הגופני בשבוע. בתי ספר בארץ מקדישים שני שיעורים בלבד בשבוע לחינוך גופני, ובסך הכול - 90 דקות. בחינוך החרדי מוקדשות רק 40 דקות בשבוע לחינוך הגופני. יתרה מכך, במחקר שנעשה בקרב תלמידי תיכון נמצא כי בפועל עושים התלמידים פעילות גופנית בינונית או מאומצת במשך ארבע עד עשר דקות בלבד מתוך שיעור של 45 דקות. ועדות שהקימו משרדי ממשלה המליצו להגדיל את מספר שיעורי הפעילות הגופנית לשלושה בשבוע; לקיים

4 "תת ועדה למניעה ולטיפול בהשמנה 2020" שהקים משרד הבריאות.

5 תכנית המרכזת מארבע קופות החולים נתונים על מדדי איכות מוסכמים הנוגעים לכלל אוכלוסיית המבוטחים ולקבוצות אוכלוסייה שונות, כגון קבוצות גיל ומצב חברתי-כלכלי, ומתגמלת את הקופות שהשיגו יעדים מוסכמים.

"הפסקות פעילות" בבתי ספר; לערב את המשפחה והקהילה בתכנית הבית-ספרית ולהקנות לתלמידים כישורים ומסוגלות בתחום הפעילות הגופנית. ואולם המעקב העלה כי משרד החינוך לא הוסיף שעות חינוך גופני למערכת השעות ולא נעשו צעדים של ממש לניצול ראוי של שני השיעורים המוקצים בשבוע.

תמריצים בתחום מניעת ההשמנה

תמריצים לקופות על השגת יעדים בתחום מניעת ההשמנה: בשנים 2008-2010 הקציבה הממשלה כ-60 מיליון ש"ח שהיו אמורים להתחלק בין הקופות בין היתר על פי מידת השגתם של יעדים בתחום הפעולות למניעת ההשמנה (להלן - התקציב הקודם). ואולם המעקב העלה כי מאחר שמשרד הבריאות לא הגיע להסכמה עם הקופות בדבר מדדי האיכות, התקציב הקודם לא חולק לפי מטרותיו, אלא רובו חולק לפי מפתח הקצאה קפיטציוני⁶ שאין בו כדי לתמרץ את הקופות לקדם את בריאות מבוטחיהן, בין היתר בתחום מניעת ההשמנה. לקראת סיום ביקורת המעקב החליטו משרדי האוצר והבריאות כי יתרת סכום התמריצים שיועדו לשנים 2008-2010 לא תחולק בשנה זו, אלא תתווסף לסך התמריצים שיחולקו בשלוש השנים שאחריה - 2011-2013. ואולם עד מועד סיום הביקורת לא קבעו משרדי הבריאות והאוצר אמות מידה לחלוקת הכספים.

העדר תמריצים מטעם הקופות למבוטחיהן להורדת המשקל ושמירתו: כוח המשימה⁷ וכן תת-הוועדה 2020 המליצו להעניק בנוסחים, הנחות ותמריצים בביטוחי בריאות פרטיים וכן במסגרת תכניות השב"ץ של הקופות למבוטחים העושים פעילות גופנית או יורדים במשקל או שומרים על משקלם, ובין היתר לעודד מטופלים להצטרף לסדנאות להורדת משקל או לשמירה של המשקל ולסדנאות פעילות גופנית, באמצעים כגון החזר כספי עבור ההשתתפות בסדנאות אלה. משרד הבריאות היה צריך לבדוק אם כדאי להפעיל תמריצים כאלה ואם יש לשנות את החקיקה בנושא, ואולם הוא לא דן בכך עם הקופות ולא הכין תכנית למתן תמריצים למבוטחים.

ניתוחים בריאטריים⁸

הגידול במספר הסובלים מהשמנה הביא גם לידי עלייה חדה בשיעור הניתוחים הבריאטריים בעולם. ואולם מהמעקב עלה כי משרד הבריאות לא קבע לקופות ולבתי החולים תהליך מעקב ובקרה בעניין המנותחים, ועל כן אין בידיו מידע מרוכז בעניין מידת החלמתם ומצבם הרפואי, לרבות השמירה על המשקל והמצב התזונתי. לא נמצא כי משרד הבריאות והקופות בדקו כיצד אפשר להבטיח כי המנותחים יהיו במעקב רפואי. משרד הבריאות גם טרם קבע את התנאים לביצוע ניתוח בריאטרי למבוגרים (בני 18 ומעלה), ולא קבע כי לפני הניתוח חובה לעשות הערכה גופנית

6 ולפיו מתחלקים כספי סל הבריאות בין ארבע קופות החולים בעיקר על פי מספר המבוטחים וגילם.

7 "כוח המשימה למניעת עודף משקל והשמנת יתר ולטיפול בהם" - ועדה שהקים משרד הבריאות.

8 ניתוחים לטיפול בהשמנה, ואלה סוגיהם: 1. השתלת טבעת קיבתית; 2. ניתוח מעקף קיבה; 3. כריתה של כ-90% מהקיבה ויצירת צינור קיבה בצורת שרוול.

ופסיכולוגית שתבחן את התאמתו של המועמד לניתוח מבחינת נכונותו לשנות את אורח חייו ותזונתו ונכונותו להתחייב להיות במעקב רפואי קבוע לאחר הניתוח.

הגברת הנגישות של מזון בריא והעלאת מחירים של מוצרים שאינם בריאים

הממשלה יכולה להשפיע על צריכת המזון של הציבור על ידי הגברת הנגישות של מזון המוגדר כבריא באמצעות הוזלתו, ומנגד העלאת מחירים של מוצרי מזון המסווגים כמזיקים לבריאות. על פי עמדת רשות המסים, מס הקנייה הוא המס המתאים ביותר להשפיע על צריכת המזון של הציבור. לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות בשיתוף רשות המסים לבחון את ההשפעות השליליות של השמנת יתר ולתמחר את התועלת שבהטלת מס קנייה על מוצרי מזון לא בריאים.

ביקורת המעקב העלתה כי בכל הנוגע לחם מקמח מלא, משרד התמ"ת אמנם קידם בשיתוף כמה מאפיות יזמה לייצור לחם מקמח מלא במחיר שווה לכל נפש, אולם במועד סיום הביקורת הייתה התכנית מצויה בשלבי תמחור בלבד. בנוגע להעשרה בוויטמינים של לחם לבן, לחם אחיד וחלה, הועלה כי לאור המלצותיהם של כוח המשימה ותת-הוועדה 2020, החל משרד הבריאות לפעול להתקנת תקנות המחייבות להעשיר בוויטמינים קמח המיועד לאפיית לחם לבן, לחם אחיד וחלה, ואולם התקנת התקנות לא הסתיימה.

פעולות הרשויות המקומיות ומרכז השלטון המקומי למניעת השמנה

רשת ערים בריאות: בשנת 1990 יזמו משרד הבריאות ומרכז השלטון המקומי את הקמתה של "רשת ערים בריאות" (להלן - הרשת), שאחת ממטרותיה היא לקדם את בריאות האוכלוסייה. אולם המעקב העלה שהשתתפות הרשויות המקומיות ברשת דלה: רק 49 רשויות חברות בה, מהן רק 29 הן חברות פעילות ו-20 הן חברות באורח רשמי בלבד ואינן פעילות, ושמונה רשויות שהיו חברות ברשת הפסיקו את חברותן בה. בכל הנוגע למניעת השמנה, הרשת קבעה שלבים לפעולתה ובהם איסוף מידע על האוכלוסייה בכל רשות, זיהוי פערים בבריאות האוכלוסייה, גיבוש תכנית אסטרטגית שתקבע מטרות ויעדים בתחום מניעת השמנה ופעולות לניטור מידת השגת המטרות והיעדים. במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, טרם הופעלה תכנית מלאה ומקיפה למניעת השמנה בשום רשות מקומית.

נמצא שיש רשויות שביצעו פרויקטים נקודתיים למניעת השמנה שלא במסגרת הרשת ובלי שהכינו תכנית כוללת בתחום זה. אף על פי שכל פעילות למניעת השמנה מבורכת, חשוב שהפעולות ישתלבו במתכונת שקבעה הרשת, וכך ייגזרו מתכנית מקיפה ומלאה של היישוב ויבוקרו במערכת לבקרה ולניטור של ההישגים. ממידע שסיפקו למשרד מבקר המדינה 23 רשויות מקומיות החברות ברשת עולה כי אמנם גברה מודעותן לצורך להשפיע על הרגלי התושבים, והן אף החלו לפעול בתחום זה, ואולם היקף הפעולות עדיין קטן, וגם אין תכניות כוללות בתחום אורח החיים הבריא. כך למשל, רק שתי רשויות מקיימות הרצאות בנושא תזונה ותכניות לשיפור התזונה עבור תושביהן, ורק 11 רשויות מסבסדות חוגי ספורט למבוגרים.

צה"ל

תכנון כולל בתחום מניעת ההשמנה: המעקב העלה כי מאז פורסם דוח הביקורת הקודם, חלה התקדמות בפעילות צה"ל בתחום מניעת ההשמנה. עם זאת, צה"ל עדיין לא עשה עבודת מטה המשותפת לכלל הגורמים בצבא כדי להכין תכנית כוללת שתהיה מקובלת עליהם. הוא לא הציב יעדים לכלל הצבא ולא קבע לוחות זמנים לעמידה בהם. אין בצה"ל גורם אחד המרכז את הטיפול במניעת ההשמנה, ועל כן כל גורם פועל באופן עצמאי.

איתור חיילים הסובלים מהשמנה

1. איסוף מדגמי של נתוני BMI של 5% מהחיילים המתגייסים לצה"ל ומשתחררים ממנו מלמד כי במהלך השירות הצבאי חלה עלייה במשקל הממוצע של החיילים.

2. מידע אמין ועדכני בעניין מדד BMI של כלל החיילים חיוני כדי שיהיה אפשר להעריך את היקף הבעיה בצה"ל ולאפיין קבוצות אוכלוסייה הדורשות טיפול, וכדי שיהיה אפשר להכין תכנית פעולה למאבק בהשמנה. אולם נמצא כי בתיקים הרפואיים של 82% מחיילי שירות החובה ו-68% מהחיילים שהתגייסו בשנה שקדמה למועד ביצוע הביקורת אין נתוני BMI, וכך גם בתיקים של 72% מחיילי הקבע. נתוני גובה ומשקל אמנם נאספים במרכז לבדיקות תקופתיות לגבי אנשי הקבע שכבר מלאו להם 30, אולם הנתונים אינם מועברים לתיקים הרפואיים אלא נשמרים במאגר נפרד, והדבר מקשה על צה"ל לגבש תכנית אישית לחיילים הסובלים מהשמנה. חיילים שטרם מלאו להם 30 עושים בדיקת BMI רק בעת ביקור אקראי אצל רופאי היחידה; מכאן שצה"ל אינו עושה די הצורך לאיתור חיילים הסובלים מהשמנת יתר.

3. בעקבות דוח הביקורת הקודם צה"ל החל בנובמבר 2008 ב-70 יחידות פרויקט ניסיוני ששמו "בסיס בריא". בתכנית נעשו שינויים במזון, ניתן טיפול אישי וקבוצתי בתחום התזונה הנכונה, והוכנה תכנית לפעילות גופנית. הפרויקט מלווה במחקר הבוחן את מידת הצלחתו, ואולם לא הוכן דוח התקדמות אף לא לאחת מהיחידות שבפרויקט, וממילא לא הופקו לקחים ומסקנות.

מערך ההזנה בצה"ל ופרויקט "קשת טעמים": נמצא כי צה"ל הכין הנחיות לבישול בריא ביחידותיו, אך טרם אישר אותן וטרם החל ביישומן. אמנם הוחל בביצוע שינויים הנוגעים לרכישת חומרי גלם בריאים יותר, אולם טרם נעשה שינוי מהותי בתזונת החיילים, לרבות הדרכה לשימוש נכון בחומרי הגלם - כגון הגבלת תדירות הטיגון, הסרת עודפי שומן מתבשילים - ופיקוח ובקרה בעניין זה.

הפיקוח על המזון הנמכר בבסיסי צה"ל: הביקורת העלתה כי צה"ל אינו מבקר את החנויות (השק"מיות) והמכונות האוטומטיות, שחלקן מופעלות בידי זכיינים ונמכרים בהן מוצרי מזון ושתיה משמינים. צרכני השק"מיות והמכונות הם לעתים "אוכלוסייה שבויה" - חיילים בבסיסים סגורים של צה"ל שאין עומדות לרשותם חלופות לפיתויים שמעמידה השק"מית בבסיס. לא נמצא כי צה"ל עשה עבודת מטה בתחום זה וכי פעל להוצאת מזון לא בריא מבסיסיו ולהחלפתו במזון בריא. הדבר פוגע במאבק בהשמנה ובניסיון להנהיג אורח חיים בריא בקרב חיילי צה"ל. לדעת משרד מבקר המדינה, בתום תקופת החוזים עם הזכיינים, על צה"ל לקבוע סייגים ומגבלות שיחייבו את הזכיינים בנוגע למכירת מזון משמין.

מ ש ט ר ת י ש ר א ל

אף על פי שחלה התקדמות רבה בפעולות המשטרה בתחום מניעת ההשמנה, במעקב נמצא כי במטבחים מסוימים במשטרה עדיין מוגשים מוצרי מאפה שאינם בריאים והמכילים שומן טרנס בכמות רבה. עוד נמצא כי המשטרה לא חקרה את יעילות פעולותיה למניעת ההשמנה.

ניטור רציף ומקיף של מצב ההשמנה באוכלוסייה

כדי ליזום ולתכנן תכניות התערבות לטיפול בהשמנה ולמניעתה, יש לרכז מידע על אודות מצב ההשמנה, מצב הבריאות, אורח החיים, התזונה והפעילות הגופנית של האוכלוסייה. אמנם מאז פורסם דוח הביקורת הקודם ניכר גידול בהיקף מדידות ה-BMI של מבוטחי הקופות, אולם עדיין יש מחסור בנתונים על ההשמנה. משום כך אין בידי הקופות ומשרד הבריאות מידע ניהולי מספיק לתכנון פעולותיהם ולהקצאת משאבים על פי היקף הבעיה ועל פי סוגי האוכלוסייה הסובלים ממנה.

1. ניטור נתוני ה-BMI של כלל האוכלוסייה: אף על פי שמדד ה-BMI אינו מיטבי להערכת ההשמנה, ניטור רציף שלו בכל האוכלוסייה מסייע לעמוד על שיעורי הסובלים מהשמנה ולגבש תכניות פעולה לטיפול בהם. אולם בביקורת נמצא כי לכל הגורמים העוסקים בנושא אין מידע מלא ומקיף דיו על אודות נתוני ה-BMI ומצב ההשמנה של האוכלוסייה, והדבר אינו מאפשר להם לקבל החלטות מיטביות בעניין. כך, למשרד יש נתונים מדגמיים בלבד, המתקבלים בסקרים הנעשים אחת לכמה שנים ולא דרך קבע; גם לקופות יש מידע חלקי בלבד על אודות ה-BMI של מבוטחיהן; לצה"ל אין מידע מלא ומרוכז במאגר אחד, ולמשטרה אין מידע מקיף על אודות ה-BMI של השוטרים.

2. ניטור מצב ההשמנה בקרב תלמידי ישראל: ראוי היה שמשרד הבריאות ישתמש בנתונים על מצב ההשמנה של תלמידי ישראל כבסיס להכנת תכניות התערבות נקודתיות ליישובים או לבתי ספר על פי ממדי ההשמנה שנמצאו בהם, אולם הדבר לא נעשה.

3. כפילות במדידת נתוני התלמידים: זאת ועוד, נמצא כי אוכלוסיית התלמידים בבתי הספר נמדדת פעמיים: פעם במוסדות החינוך על ידי החברה הפרטית ופעם נוספת בידי קופות החולים. הנתונים הנאספים בבתי הספר והנתונים הנאספים בקופות נשמרים במאגרים נפרדים. על המשרד וקופות החולים לתת דעתם למדידות הכפולות ולהקצאה המיותרת של משאבי זמן של רופא ואחות.

4. מדדי איכות לרפואת הקהילה: דוח ממדי האיכות לרפואת הקהילה שמוציא המשרד, כולל בין היתר נתונים על היקפי מדידות ה-BMI שעשו הקופות. ואולם הדוח אינו כולל נתונים על ממדי ההשמנה והיקפה באוכלוסייה, כלומר על שיעור המבוטחים הסובלים מעודף משקל ומהשמנת יתר בכל קופה.

5. הוספת המדד היקף המותניים: מקובל בעולם המערבי למדוד את היקף המותניים כמדד נוסף להשמנה מלבד מדד ה-BMI. לא נמצא כי משרד הבריאות הנחה את כלל הגופים העושים מדידות ה-BMI להרחיב את שיטת המדידה ולכלול בה גם מדידת היקף מותניים.

סיכום והמלצות

על משרד הבריאות לפעול לאישור התכנית הלאומית למניעת השמנה על ידי הממשלה. בשל העיכוב באישור התכנית ובתקצובה, המלצות רבות של הוועדות שבחנו את הנושא אינן מיושמות, הפעילות בשטח מועטה לעומת הצרכים ואינה מתואמת בידי גורם אחד.

על משרד החינוך להרחיב את תכניות ההתערבות לכל מוסדות החינוך בארץ, לפעול לתגבור הפעילות הגופנית במוסדות ולהחליט על הדרך שבה יוזנו תלמידים הלומדים יום חינוך ארוך גם במסגרת "אופק חדש", בין בשילובם בתכנית ההזנה ובין בדרך אחרת. על משרדי החינוך והבריאות בשיתוף הרשויות המקומיות להסדיר את ההגבלות על מכירת מזון ומשקאות משמינים במוסדות חינוך ולאכוף את חוזר מנכ"ל משרד החינוך בעניין זה.

על משרד הבריאות לקדם יותר נושאים באמצעות הוועדה לסימון תזונתי; עליו לקדם את הפעילות הגופנית בציבור ולפעול להכנסת ייעוץ תזונתי לסל שירותי הבריאות לסוגי אוכלוסייה נוספים הנתונים בסיכון. על המשרד והקופות לבחון אם כדאי לתת למבוטחים תמריצים כלכליים המיועדים למניעת השמנה; על משרד הבריאות לסכם את נושא מדדי האיכות שלפיהם יחולק התקציב שנקבע לתמרוץ קידום הבריאות ומניעת ההשמנה כדי שהתקציב יביא להשגת היעדים בתחום זה.

על משרד הבריאות והקופות לפעול למדידת הנתונים הגופניים של מרבית האוכלוסייה כדי לעקוב אחר ההשמנה; ראוי כי נתוני BMI של תלמידי בתי הספר ישמשו את משרד הבריאות להכנת תכניות התערבות; על הקופות להציב יעדים לירידה בהיקפי ההשמנה ולעמוד בהם ולבחון את יעילותן וכדאיותן של התכניות שהופעלו; על משרד הבריאות והקופות לעקוב אחר המנותחים בניתוחים בריאטריים ולבדוק כיצד אפשר לשכנעם להתחייב למעקב.

על משרד התמ"ת בשיתוף משרד הבריאות לפעול להסדרתם והגבלתם של הפרסום והשיווק של מזון משמין המכונים לילדים, בעיקר בשידורי הטלוויזיה; על משרד הבריאות, רשות המסים ומשרד התמ"ת לבחון אמצעים לעודד את האוכלוסייה לצרוך מזונות בריאים ולהימנע ממזונות הגורמים להשמנה.

על צה"ל למנות גורם שירכז את הטיפול במניעת ההשמנה, להציב לו יעדים ולקבוע לוחות זמנים להשגתם. עוד עליו ליצור מאגר נתוני BMI של כלל החיילים כדי לאבחן חיילים הסובלים מהשמנה ולטפל בהם; ליישם את ההנחיות לבישול בריא ביחידות; לקבוע בתום תקופת החוזה עם הזכיינים מגבלות מחייבות בנוגע למכירת מזון משמין בשק"מיות ובמכונות האוטומטיות שבבסיסיו; לפעול להגדלת שיעור החיילים העושים פעילות גופנית ושיעור החיילים המשתתפים בתכנית "אורח חיים בריא".

על המשטרה לבדוק את תוצאות התכניות שהפעילה בתחום אורח החיים הבריא, שעיקרן עידוד הפעילות הגופנית ושינויים בתפריטי המזון, ולהסיק מהן מסקנות. כמו כן עליה להוציא ממטבחיה מוצרי מאפה לא בריאים המכילים שומן טרנס.

לסיכום - מרבית משרדי הממשלה והגופים הנוספים הקשורים למניעת ההשמנה החלו לפעול בעניין. על כל הגורמים המטפלים בנושא לפעול כל אחד בתחום אחריותו כדי לצמצם ככל האפשר את תופעת ההשמנה. משרד מבקר המדינה מעיר כי יש לרכז

את עיקר המאמץ בטיפול בילדים, בבני נוער ובצעירים, שכן סיכוייהם לחולל תפנית בהרגלי החיים, להפחית ממשקלם ולשנות את עתידם הבריאותי - גבוהים יותר.



מבוא

בעשורים האחרונים התאפיין העולם המערבי, בין היתר, בהגדלת שפע המזון, בירידת איכותו (מזון מהיר ומוכן) והגברת זמינותו, וברב בירידה ברמת הפעילות הגופנית של האוכלוסייה; כל אלה הביאו לידי התפתחות תופעות של עודף משקל והשמנת יתר. בישראל התפתחו תופעות אלה באופן מואץ בשני העשורים האחרונים. השמנה היא מחלה כרונית המוגדרת בעולם ובישראל כמגפה הפוגעת במערכות רבות בגוף, מקצרת את תוחלת החיים ופוגעת קשות באיכות החיים. ההשמנה מגבירה את הסיכון לחלות במחלות לב וכלי דם, סוכרת, לחץ דם גבוה, טרשת העורקים, הפרעות בנשימה ודום נשימה בשינה, סרטן מסוגים שונים, שיגרון, דלקת עצמות ומפרקים, פגיעה בפירון נשים, אבנים בכיס המרה, החזר קיבתי-ושטי ובעיות פסיכולוגיות.

לבעיית ההשמנה יש גם היבט כלכלי. ההשמנה גורמת למשק נזק כספי ניכר עקב ההוצאות הרפואיות על טיפול במחלות ועל ניתוחים שהיא גוררת. מלבד הנזק הכספי הישיר ההשמנה גורמת גם נזק כספי עקיף, הנובע מאבדן תפוקה בשוק העבודה בשל היעדרויות עובדים והוצאות על דיאטות למיניהן ועל טיפול בבעיות נפשיות הנגרמות מהשמנה. על פי הערכת משרד הבריאות, הנזק הכספי הישיר והעקיף שההשמנה גורמת למדינה ולאזרחיה מסתכם בכ-10 מיליארד ש"ח, שהם כשישית מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות לשנת 2009, בסך 60 מיליארד ש"ח. משרד הבריאות הוא הגורם העיקרי האחראי לטיפול בהשמנה ולמניעתה, ובכוחו להוביל שינוי בנושאים מהותיים, באמצעות שיתוף פעולה עם משרדי הממשלה, קופות החולים וגופים נוספים.

השיטה המקובלת להערכת מידת ההשמנה היא מדד מסת הגוף (BMI - Body Mass Index), המחושב באמצעות חלוקת משקל הגוף (בקילוגרמים) בריבוע הגובה (במטרים). BMI 20 עד 24.9 מוגדר "משקל תקין"; BMI 25 עד 29.9 מוגדר "משקל עודף"; BMI 30 עד 39.9 מוגדר "השמנת יתר" (Obesity); BMI גדול מ-40 מוגדר "השמנה חולנית" (Morbid Obesity) (כל סוגי ההשמנה יכוננו להלן "השמנה"). אצל ילדים עודף משקל מוגדר על פי בדיקת האחוזונים של היחס בין מסת הגוף לגיל. ילדים הנמצאים באחוזון ה-85-94 מוגדרים כבעלי עודף משקל, ובאחוזון ה-95 ומעלה - לוקים בהשמנת יתר.

אף על פי ששכיחות ההשמנה שונה באוכלוסיות שונות, יש מגמה עולמית של עלייה בשכיחותה⁹. על פי נתוני ארגון OECD¹⁰ שנאספו בשנים האחרונות ממדינות החברות בארגון וממדינות שאינן חברות בו, בראש הרשימה עומדת ארצות הברית, שבה 68% מהאוכלוסייה הבוגרת סובלים מעודף משקל, ו-33.8% מהם סובלים מהשמנת יתר¹¹; בישראל (ב-2008) 61.1% מהאוכלוסייה סובלים מעודף משקל¹², ו-13.6% מהם סובלים מהשמנת יתר. לשם השוואה, באנגליה 61.4% סובלים

9 יוסף מאירוביץ, "השמנה - Obesity", אתר משרד הבריאות www.health.gov.il, עודכן ב-8.06.08.
10 Organization for Economic Co-operation and Development - הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי.
11 על פי נתוני OECD על פי קצב העלייה של ממדי ההשמנה, אפשר להעריך כי ב-2019 74% מהאוכלוסייה הבוגרת בארצות הברית יסבלו מעודף משקל ומהשמנת יתר.
12 מדובר בנתון הנוגע לכלל האוכלוסייה הבוגרת, לעומת נתוני משרד הבריאות שיובאו בהמשך, הנוגעים לקבוצות גילאים שונות.

מעודף משקל ו-24.5% מהם מהשמנת יתר, ובקנדה 60%-ו-24.2%, בהתאמה. בתחתית הרשימה עומדות יפן עם 24.2% הסובלים מעודף משקל ו-3.4% מהם מהשמנת יתר, וקוריאה עם 31%-ו-3.8%, בהתאמה.

"המהפכה התזונתית", המתאפיינת בתזונה לקויה ובאורח חיים שרמת הפעילות הגופנית בו היא נמוכה, מתפשטת במהירות במדינות רבות בעולם, ובהן ישראל¹³. תושבי ישראל צורכים כיום יותר מזון עתיר קלוריות, סוכרים, שומן רווי ומלח. כמות האנרגיה בכמות האוכל הנצרכת לנפש עלתה מאז קום המדינה ב-1,000 קלוריות ליום. ככל הנראה, לרוב נובעת ההשמנה משילוב של גורמים גנטיים וסביבתיים הגורמים למאזן אנרגיה חיובי (צריכת האנרגיה גדולה מהוצאת האנרגיה) ומשום כך לאגירת שומן ולעודף משקל.

על פי נתונים של ארגון הבריאות העולמי מהשנים 2007-2008, ישראל נמנית עם עשר המדינות המובילות בעליית שיעורי ההשמנה בעולם, ומספר הסובלים מעודף משקל והשמנת יתר בה עלה פי שלושה ב-30 השנים האחרונות¹⁴. על פי דוח של ארגון הבריאות העולמי משנת 2007, ישראל מדורגת במקום ה-50 מתוך 194 מדינות שנבדקו מבחינת שכיחות ההשמנה. על פי נתוני משרד הבריאות 44.1% מבני 18-64 ו-69.2% מבני 65 ומעלה סובלים מעודף משקל והשמנת יתר (BMI גדול מ-25). 11.8% מבני 18-64 ו-25.3% מבני 65 ומעלה סובלים מהשמנת יתר (BMI גדול מ-30)¹⁵. מנתוני האגודה למען שירותי בריאות הציבור לשנים 2007-2009 עולה ש-22.5% מהתלמידים בכיתות א'-ט' סובלים מעודף משקל ו-8% מתוכם סובלים מהשמנת יתר.

אורח חיים בריא, המונע בין היתר השמנה, נשען על שני תחומים עיקריים: תזונה נכונה, המבוססת על צריכת מזון בריא ומאוזן, ופעילות גופנית סדירה, התורמת להפחתת משקל ובכוחה לשפר את הכושר הגופני, לחזק את השרירים ולשפר את איכות החיים.

בשנת 2008 פרסם מבקר המדינה דוח על מניעת השמנה (להלן - דוח הביקורת הקודם)¹⁶. בחודשים מרס-דצמבר 2010 עשה משרד מבקר המדינה ביקורת מעקב, ובה בדק את הפעולות שעשו משרדי הממשלה והרשויות המקומיות בתחום זה מאז פורסם הדוח הקודם. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, בארבע קופות החולים (להלן - הקופות) - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית), במשרד החינוך, במשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה (להלן - משרד התמ"ת), במרכז השלטון המקומי, בצה"ל ובמשטרת ישראל. בדיקות השלמה נעשו במשרד ראש הממשלה, במשרד האוצר, ברשות המסים בישראל (להלן - רשות המסים), ברשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו ובעריות תל אביב, ירושלים, חיפה ואשקלון.

תכניות התערבות לטיפול בהשמנה

מניעת ההשמנה אינה משימה של מערכת הבריאות בלבד, אלא סוגיה המחייבת טיפול מערכתי שישפיע על אורח החיים של כלל האוכלוסייה. לכן חשוב במיוחד שיתוף הפעולה של כל הגורמים הממלכתיים הקשורים לנושא. לשם כך יש להכין תכנית התערבות כוללת המבוססת על כל המידע המחקרי שבידי החוקרים ועל נתונים עדכניים ומקיפים. תכנית ההתערבות צריכה להציב יעדים

13 דוח כוח המשימה למניעה וטיפול בעודף משקל והשמנה (2006), עמ' 15.
 14 מנתוני ארגון הבריאות העולמי - מתוך התכנית הלאומית לתזונה, פעילות גופנית ומניעת ההשמנה ומחלות כרוניות, יולי 2010.
 15 נתוני משרד הבריאות לשנת 2008, הנסמכים על דיווחם של הנשאלים.
 16 מבקר המדינה, דוח שנתי 58 (2008), עמ' 519.

ולקבוע את האמצעים הדרושים להשגתם וכן לקבוע דרכים למדידת היעילות של הפעולות המתוכננות הננקטות על פיה. תכנית לאומית מאפשרת ראייה מערכתית והקצאת משאבים, וממנה יש לגזור תכניות נקודתיות למאבק בהשמנה. בדוח הביקורת הקודם צוין כי טרם הוכנה תכנית לאומית יישומית למאבק בהשמנה, וכי משרד הבריאות לא יזם הקמת גוף לאומי בעל סמכות שירכז ויתאם את הפעולות של הגורמים הפועלים בנושא. עוד צוין כי משרד הבריאות לא העלה את נושא מניעת ההשמנה לדיון במשרד ראש הממשלה.

בביקורת הנוכחית עלה כי משרד הבריאות החל להוביל את הכנתה של תכנית לאומית לתזונה, פעילות גופנית ומניעת השמנה ומחלות כרוניות (להלן - התכנית הלאומית). בתכנית זו נקבעו, בין היתר, מסגרת תקציב ונוהלי איגום משאבים בתחומים האמורים, וכן סדרים לתיאום ושיתוף פעולה בין-משרדיים בתחומי הבריאות, החינוך, התמ"ת, הספורט, הרווחה, הגנת הסביבה, הבינוי, התחבורה, הרשויות המקומיות וקופות החולים; הוחלט לקיים פעולות לשיפור הרגלי התזונה והרגלי הפעילות הגופנית בכל האוכלוסייה ולצמצם פערים בקרב אוכלוסיות חלשות (חרדים, ערבים, אתיופים, בדואים); הוחלט להקים גוף לאומי לתיאום בין משרד הבריאות למשרדים האחרים ולקיים מסע הסברה ארצי באמצעי התקשורת בנוגע לתזונה נכונה ופעילות גופנית; לקדם הצעות חוק התומכות בשיפור התזונה ובפעילות גופנית, וכמו כן לקדם מיסוי וסובסידיות לשיפור הנגישות של מזון בריא, סימון תזונתי ורישום מסרים בריאותיים על גבי אריזות מזון; להגביל מכירה של מזון עתיר שומן וקלוריות בבתי הספר; לקבוע יעדים להטמעת פעילות גופנית והרגלי תזונה נכונים ברשויות המקומיות, בקהילה, במערכת החינוך, במערכת הביטחון ובכלל האוכלוסייה; להקפיד על ניטור של מצב הבריאות, התזונה והפעילות הגופנית של כלל האוכלוסייה מדי חמש שנים; לפתח מערך תמרוץ להשתתפות בתכניות לתזונה נכונה ופעילות גופנית.

בדוח הביקורת הקודם הוער כי אף שהמלצות כוח המשימה פורסמו כבר בשנת 2006 ומונתה תת-הוועדה למניעת ההשמנה ולטיפול בה (תת-הוועדה 2020) לקביעת דרכים ליישום המלצות שיפורטו בהמשך הדוח, בסוף שנת 2007 עדיין לא נקבעה תכנית לאומית למניעת השמנה, ואופן הטיפול בבעיה לא הובא לדיון בממשלה. במעקב נמצא כי משרד הבריאות הציג את התכנית הלאומית למשרד ראש הממשלה רק בנובמבר 2010, לאחר קבלת טיוטת דוח המעקב של משרד מבקר המדינה, והמליץ לאמצה כתכנית אב לאומית. בדצמבר 2010 אישר משרד ראש הממשלה להביא את התכנית לאישור הממשלה. יוצא אפוא שבמועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, טרם אישרה הממשלה את התכנית, טרם הוקצו משאבים לביצועה, וממילא משרדי הממשלה והגופים האחרים הנוגעים בדבר טרם החלו לפעול על פיה. לתכנית הלאומית קדמו המלצות של שתי ועדות, כמפורט להלן:

כוח המשימה למניעה ולטיפול בעודף משקל והשמנת יתר: ביוני 2005 הקים משרד הבריאות ועדה¹⁷ כדי שתציע צעדים רב-תחומיים למניעת ההשמנה (להלן - כוח המשימה). בוועדה פעלו נציגים ממשרד הבריאות, מהקופות, ממשרד החינוך, מצה"ל, מהרשויות המקומיות, מהחברה למתנ"סים, מאיגוד תעשיות המזון¹⁸ ומהעיתונות. כוח המשימה הגיש למשרד הבריאות את המלצותיו (להלן - דוח כוח המשימה) בשנת 2006¹⁹.

תת-הוועדה למניעת השמנה ולטיפול בה: כדי לטפל בממצאים שעלו בדוח כוח המשימה, מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז בספטמבר 2006 תת-וועדה למניעת השמנה

17 בראשות פרופ' אליוט בארי - מומחה לרפואה פנימית, דיאטה והפרעות אכילה, בית החולים האוניברסיטאי הדסה עין כרם, וד"ר דורית ניצן קלוסקי - מנהלת שירות המזון לשעבר.

18 איגוד תעשיות המזון בהתאחדות התעשיינים הוא גוף מקצועי ובו חברים כ-150 מפעלים המייצגים את עיקר התפוקה של תעשיות המזון. האיגוד פועל בנושאים שונים לקידום ולפיתוח של תעשיית המזון בישראל.

19 ראו פירוט בדוח הקודם בעמ' 519, 530.

ולטיפול בה (להלן - תת-הוועדה 2020)²⁰ שהיא חלק מיוזמת "לעתיד בריא 2020", שגיבש המשרד בשנים האחרונות ושמטרתה לקבוע יעדים לאומיים ותכניות פעולה להשגתם²¹. בטיטות הדוח של תת-הוועדה 2020 מאפריל 2009 נקבעו יעדים להפחתת ההשמנה עד שנת 2020: צמצום שיעור הסובלים מהשמנת יתר בקרב האוכלוסייה היהודית ב-33% ובקרב האוכלוסייה הערבית ב-45%; העלאת שיעור בני ה-21 ומעלה שמשקל גופם תקין ב-10%; הפחתת שיעור הילדים והמתבגרים הנתונים בסיכון ללקות במשקל יתר ב-20%. נוסף על כך הומלץ לנקוט שיטות והתערבויות למניעת השמנה ולטיפול בה, שעל פי הממצאים שיעור הצלחתן גבוה.

הוועדות המליצו, בין היתר, לעודד פעילות במשרדי הממשלה, בקופות וברשויות המקומיות. עם זאת, המעקב העלה שאת הפעילות שנעשתה בשטח לא תיאם שום גורם, והיא הייתה מועטה לעומת הצרכים, מבוזרת ומצומצמת מכדי לחולל שינוי כפי שנקבע בתכנית הלאומית.

מניעת השמנה בקרב ילדים ובני נוער

השמנת יתר ועודף משקל בקרב ילדים ובני נוער נחשבים היום למגפה כלל-עולמית המתפשטת במהירות. על פי נתונים שפרסם ארגון OECD ב-2010, בשנת 2007 סבלו 26% מהילדים בני חמש עד שבע בישראל מעודף משקל ומהשמנת יתר. לשם השוואה, בראש הרשימה עמדו ארצות הברית וסקוטלנד עם 35% ואיטליה וספרד עם 33%. מנגד ביפן ובשווייץ היה שיעורם 15%, בלוקסמבורג 12% ובטורקיה 10%.

מנתוני האגודה למען שירותי בריאות הציבור²² לשנים 2007-2009 עולה כי 14.5% מהתלמידים בכיתות א'-ט' סובלים מעודף משקל, ו-8% נוספים סובלים מהשמנת יתר²³. כ-10%-20% מהפעוטות השמנים ייוותרו ילדים שמנים, כ-40% מהילדים השמנים ייעשו מתבגרים שמנים, וכ-75%-80% מהנערים השמנים יהיו מבוגרים שמנים. אם תימשך ההאצה של השמנת הילדים, כפי שקרה בעשר השנים האחרונות, שיעור הילדים הסובלים מהשמנה הצפוי בשנת 2020 הוא 50%. יש הסוברים כי הילדים בדור הנוכחי יהיו הראשונים זה מאה שנים שתוחלת החיים שלהם תרד²⁴.

כד בכד עם העלייה בשכיחות ההשמנה בקרב ילדים ובני נוער, חלה בקרבם גם עלייה בשיעור ובחומרה של המחלות הקשורות להשמנה שבעבר היו נפוצות רק בקרב מבוגרים בגיל העמידה, כמו סוכרת מסוג 2 (שאינה סוכרת נעורים); לחץ דם גבוה; מחלות לב; רמות שומנים גבוהות בדם; כבד שומני ועמידות לאינסולין; תסמונת דום נשימה בשינה; תחלואה פסיכולוגית; לחץ גולגולתי מוגבר ובעיות אורתופדיות, בעיקר בצוואר הירך ובברכיים.

הסיבות להתפשטות מגפת ההשמנה קשורות בעיקר בשינויים בהרגלי התזונה של ילדים, כגון ויתור על ארוחות מסודרות לטובת מזון מהיר ומזון מוכן, הרוויים בשומנים, סוכרים, מלח, חומרים משמרים ועוד. נוסף על כך, כיום הילדים פעילים פחות מבעבר ומבלים שעות רבות בצפייה

20 שבראשה עמדו ד"ר רונית אנדוולט - מנהלת התזונה במכבי - ופרופ' אליוט בארי.
 21 במסגרת תכנית אב לקידום הבריאות בישראל עד שנת 2020.
 22 עמותת הנותנת שירותים בתחום הבריאות ועד שנת 2010 סיפקה שירותי בריאות במוסדות החינוך לרבות מדידת גובה ומשקל של התלמידים. משנת 2010 פעילות זו נעשתה על ידי חברה פרטית.
 23 אתי וייסבלאי, "הגבלות בפרסום מזון והנחיות לתזונה בריאה בבתי ספר כאמצעי להתמודדות עם השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער - סקירה משווה", מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 3.11.09, עמ' 5-6.
 24 מתוך הרצאה מאת ד"ר רונית אדלר במסגרת ועידת ישראל לרפואה 2010.

בטלוויזיה ובשימוש במחשב, וכמו כן עוסקים פחות בפעילות גופנית. הטיפול היעיל ביותר בהשמנת יתר אצל ילדים, כמו אצל מבוגרים, מתבסס על הגבלת כמות הקלוריות הנצרכת, על תזונה נכונה על פי פירמידת המזון²⁵, הגברת הפעילות הגופנית וטיפול התנהגותי להשגת שינויים אלה. כיום אין טיפול תרופתי יעיל ובטוח המאפשר לשימוש בילדים בנושא זה.

בשל גילם הצעיר, לילדים יש היסטוריה קצרה יותר של הרגלי חיים התורמים להשמנה, ולכן קל יותר להביאם לידי שינוי ההרגלים הלקויים. לילדים קל להוריד את שיעור השומן בגוף בלי לרדת במשקל, שכן קומתם גדלה, ולכן די בכך שיקפידו על עלייה אטית יחסית במשקל הגוף כאשר קומתם גדלה²⁶. ככל שמידת ההשמנה גדולה יותר, קשה יותר להגיע למשקל הרצוי בעזרת דיאטה ויש מעין נקודת אל-חזור שמעבר לה היכולת להתמודד עם עודפי השומן שנצברו פוחתת ונעשית כמעט בלתי אפשרית²⁷. משני טעמים אלה חשוב במיוחד לטפל בהשמנה אצל ילדים ולמנוע אותה. לנוכח השיעורים ההולכים וגדלים של ילדים הסובלים מהשמנה, למשרד החינוך תפקיד מוביל בשינוי ההרגלים ובהקניית הידע בנושאי תזונה, פעילות גופנית ואורח חיים בריא.

חינוך לתזונה נכונה ופעולות למניעת השמנה במערכת החינוך

בדוח הביקורת הקודם צוין כי משרד החינוך לא פעל לברר מה דרוש כדי לחנך את התלמידים לשמור על אורח חיים בריא; לא רוכזו נתונים על התכניות הקיימות בנושא ועל מספר התלמידים שהשתתפו בהן; לא נעשו מעקב אחר מימוש התכניות בבתי הספר ובגנים, אומדן של השפעתן והפקת לקחים.

על פי המלצות כוח המשימה מ-2006, היה על משרד החינוך להפוך את בתי הספר לסביבה מקדמת בריאות. לשם כך היה עליו ליזום חקיקה שתחייב את בתי הספר להוציא אל הפועל תכניות "בית ספר ירוק" הכוללות שיעורי חקלאות, גידול גידולים חקלאיים, חינוך תזונתי וצרכני; חינוך לאורח חיים בריא באמצעות תכניות הלימודים במהלך כל שנות הלימוד הכולל חינוך להכנת מזון בריא; הכשרת מורים לשמש שגרירים של אורח חיים בריא ותזונה נכונה תוך כדי מתן דוגמה אישית.

המעקב העלה כי מאז הביקורת הקודמת חלה התקדמות בפעולות של משרד החינוך בתחום מניעת ההשמנה, והוא הפעיל כמה תכניות למניעת השמנה ולקידום אורח חיים בריא: "תפור עלי"²⁸; תכנית בינה לאורח חיים בריא לילדים בישראל²⁹; בתי ספר מקדמי בריאות³⁰. מאחר שהתכנית הלאומית טרם אושרה, מרכיבים חשובים בה לא יושמו בתכניות משרד החינוך, ובכלל זה גם מעקב ובקרה בעניין הישגי התכניות.

- 25 המלצה בדבר כמויות המזון שמומלץ לצרוך מקבוצות המזון השונות, בהם דגנים, ירקות ופירות ומזונות עשירים בחלבון.
- 26 יוסף מאירוביץ, "השמנה - Obesity", אתר משרד הבריאות www.health.gov.il; עודכן ב-8.06.11.
- 27 דוד גרייטין, "משקל תקין - בריאות לאורך זמן", אתר www.doctors.co.il, 11.4.10.
- 28 תכנית המופעלת בבתי הספר ובגני הילדים ומטרתה לחנך לתזונה נכונה ולפעילות גופנית. בספטמבר 2010 מסר משרד החינוך כי התכנית פועלת בכ-2,000 מוסדות חינוך, בתי ספר וגני ילדים. כיום אין חובה ליישם את התכנית, ולא כל מוסדות החינוך בארץ שותפים לה. מתוך אתר האינטרנט www.tafuralay.co.il. משרד החינוך מסר כי מטרתו היא להטמיע את התכנית בהדרגה במוסדות החינוך.
- 29 בשנת הלימודים התש"ע (ספטמבר 2009 - אוגוסט 2010) הופעלה באורח ניסיוני תכנית זו, המיועדת למניעת השמנה, בעשרה בתי ספר ובשלושה גני ילדים. התכנית מכשירה מורים לחינוך לבריאות ומלמדת אותם כיצד להכין אירועים בנושא וכיצד להוסיף 90 דקות פעילות בשבוע בנושא זה במסגרת יום הלימודים. הוחלט להרחיב את התכנית בשנת הלימודים התשע"א (ספטמבר 2010 - אוגוסט 2011) ולהנהיגה בכ-200 בתי ספר נוספים וב-50 גני ילדים בכמה רשויות מקומיות. התכנית מלווה במחקר להערכת השפעתה.
- 30 בתי ספר שיישמו את תכנית ההתערבות להקניית אורח חיים בריא יוכרו על ידי משרד החינוך והבריאות כמקדמי בריאות.

על משרד החינוך להרחיב את תכניות ההתערבות לכל מוסדות החינוך בארץ. עליו לפעול לשינוי הרגלים ולהקניית ידע בנושא תזונה, פעילות גופנית ואורח חיים בריא באמצעות תכניות הלימודים במהלך כל שנות הלימוד. פעולות המשרד צריכות להיגזר מהתכנית הלאומית שהוכנה בשיתוף משרד הבריאות לאחר שתאושר.

פיקוח על מכירת מוצרי מזון ומשקאות במוסדות חינוך

1. חלק ניכר מצריכת הקלוריות היומית של ילדים מגיעה ממשקאות ממותקים, מממתקים וממזון לא בריא, ומחקרים מעלים שמאכלים אלה הם אחד הגורמים המרכזיים להשמנה. חשיפתם של ילדים השוהים במוסדות החינוך למזון זה במזוננים, בקפטריות ובמכונות אוטומטיות פוגעת במאבק בהשמנה וסותרת הקניית ערכים של אורח חיים בריא.

להלן כמה דוגמאות לפעולות שנקטו מדינות במערב להגבלת החשיפה של ילדים למזון משמין: לפי מחקר של ארגון הבריאות העולמי, 21 מדינות במערב מגבילות פרסום, שיווק ומכירה של מזון בבתי הספר. 17 מהן עושות זאת באמצעות חקיקה ראשית הקובעת את מסגרת התזונה בבתי הספר ומאפשרת לגופים הממשלתיים לפרסם כללים מפורטים בתחום. בארבע מהן הדבר נעשה באמצעות הסדרה עצמית; בצרפת נחקק חוק האוסר להציב בבתי הספר מכונות למכירת משקאות ממותקים; חמש מדינות באוסטרליה סיוגו מוצרי מזון לפי ערכם התזונתי לשלוש קטגוריות - "ירוק", "צהוב" ו"אדום". על המזון בבתי הספר, בטיולים ובאירועים להכיל לפחות 60% מרכיבים השייכים לקטגוריה הירוקה ועד 40% מרכיבים השייכים לקטגוריה הצהובה, ולא להכיל מוצרים השייכים לקטגוריה האדומה³¹.

ואכן, משרד החינוך עמד על הצורך בהסדרת הנושא, וב-2006 פרסם חוזר מנכ"ל³² (להלן - חוזר משרד החינוך), ובו הוראות בדבר מכירת מזון במוסדות חינוכיים במכונות אוטומטיות, במזוננים ובקיוסקים. בחוזר מפורט המזון שמותר למכור במכונות אוטומטיות³³ במזון, קפטריה או קיוסק³⁴ ומזון שאסור למכור בהם³⁵.

כבר בדוח הביקורת הקודם העיר משרד מבקר המדינה כי משרד החינוך אינו מפקח על ביצוע החוזר ואין מידע ברור יישום הנחיות החוזר. משרד החינוך השיב למשרד מבקר המדינה בעניין ממצאי דוח הביקורת הקודם כי בדיקת יישום החוזר בעייתית בשל היעדר כוח אדם.

31 אתי וייסבלאי, "הגבלות בפרסום מזון והנחיות לתזונה בריאה בבתי ספר כאמצעי להתמודדות עם השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער - סקירה משווה", מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 3.11.09, עמ' 11.

32 חוזר מנכ"ל תשס"ז / 3 (א) 2-61.

33 פירות, ירקות וכריכים שבהם ממרחים וירקות, יוגורט או מעדני חלב דל שומן, דגני בוקר דלי סוכר ושומן.

34 המזון שמותר למכור במכונות אוטומטיות, וכן תפוח אדמה מבושל או אפוי במילוי, חזה עוף או הודו בלתי מטוגן עשוי בגריל; משקאות שמותר למכור: מים, מיץ טבעי ללא סוכר במנות של עד 200 מ"ל, חלב, חלב בטעמים או שוקו.

35 במכונות האוטומטיות אסור למכור ממתקים וחיטופים עתירי שומן, מלח וסוכר, וכמו כן משקאות ממותקים. במזון, קפטריה וקיוסק אסור למכור מזונות מטוגנים ועשירים בשומן (כגון צ'יפס וחיטופים), מיני מאפה עשירים בשומן (כגון בורקס, מלוח, ג'חנון), מזון מעובד (נקניקיות, שניצלם מעובדים ומטוגנים), מזונות עשירים בסוכר (עוגות, עוגיות, ופלים, וממתקים). אין למכור שתייה ממותקת.

המעקב העלה כי אין פיקוח על היישום של חוזר משרד החינוך, ובכתי ספר תיכוניים ובחטיבות הביניים פועלים, מזוננים, קפטריות או קיוסקים המוכרים לתלמידים מזון מזיק עתיר שומנים, פחמימות וסוכרים ומשקאות ממותקים.

2. בסקר שעשתה המועצה לצרכנות ב-2008 נמצא כי 80% מהמזונות הנמכרים בתיכונים ובחטיבות הביניים הם מזונות עתירי שומנים, פחמימות וסוכרים, שחוזר משרד החינוך אוסר למכור³⁶. המזוננים חושפים את התלמידים למזון לא בריא, ולרוב אינם מספקים להם תחליפי מזון בריא. מכאן שיש פער גדול בין הוראות החוזר לממצאים בשטח.

נושא מניעת ההשמנה נדון בוועדת החינוך, התרבות והספורט של הכנסת במרס 2008. בדיון נקבע שעד יוני 2008 ידווחו לוועדה משרדי החינוך והבריאות ומרכז השלטון המקומי על ממצאי הבדיקה שעשו בנושא מכירת מזון במזונני בית הספר. משרד החינוך הסכים שכל בית ספר ישלח לו ולמשרד הבריאות רשימה של סוגי המוצרים הנמכרים בתחומו כדי לאסוף מידע על בתי הספר שאינם עומדים בהוראות חוזר משרד החינוך. הוועדה הודיעה באותו דיון כי תבדוק אם אפשר לקדם חקיקה בנושא פיקוח על המזון הנמכר במזונני בית הספר על פי אמות המידה הנדרשות.

המעקב העלה כי משרד החינוך לא עשה סקר בנושא מכירת מזון לא בריא בתחום מוסדות החינוך; לא הורה למוסדות החינוך לבדוק את המזון הנמכר בתחומם ולדווח לו על כך כפי שסוכם בוועדת הכנסת; לא יזם דיונים או הצעות חוק בנושא, לא קיבל החלטות ולא פנה בנושא באופן רשמי למשרד הבריאות ולרשויות המקומיות.

בספטמבר 2010, לאחר קבלת טיוטת דוח המעקב של משרד מבקר המדינה, דיווח משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי בחודשים ספטמבר-אוקטובר 2010 בכוונתו לקיים סקר שתוביל אוניברסיטת בר-אילן בנושא מכירת המזון והמשקאות במזוננים ובקיוסקים במוסדות החינוך שעלו במדגם של סקר HBSC³⁷.

3. הקיוסקים שבמוסדות החינוך מושכרים למפעיליהם על ידי הרשויות המקומיות, והרשויות מוסמכות להתנות את ההתקשרות עמם בעמידה בהוראות של חוזר משרד החינוך ולקבוע סנקציות על הפרת ההסכמים. כדי לאכוף את חוזר משרד החינוך, נדרש שהרשויות המקומיות ישתפו פעולה עם משרד החינוך בעניין זה.

בביקורת המעקב נבדקו כמה עיריות - תל אביב, ירושלים, חיפה ואשקלון - והועלה שהן לא התנו את השכרת הקיוסקים הממוקמים במוסדות החינוך שבתחום שיפוטן בעמידה בדרישות חוזר משרד החינוך.

במעקב לא נמצאו מסמכים שהעידו על תיאום ושיתוף פעולה בין העיריות האמורות ובין משרד החינוך לשם פיקוח על יישום החוזר בקיוסקים הפועלים במוסדות החינוך.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוגוסט 2010 מסר משרד החינוך כי רצוי להוציא ממוסדות החינוך קיוסקים ומכונות שתייה בשל הקושי לפקח עליהם כראוי, ומפני שהם אינם תורמים לתזונת

36 הודעת המועצה הישראלית לצרכנות מ-11.3.08 ומ-25.3.08; דברי עו"ד אהוד פלג בוועדה לזכויות הילד בכנסת ב-3.11.09.

37 HBSC - Health Behaviour in School-aged Children; מחקר בין-לאומי בנושא התנהגויות בריאותיות בקרב בני נוער הנעשה בכל ארבע שנים במדינות שונות בעולם במדגם מייצג בכיתות ו', י"ב.

התלמידים. עוד מסר כי הוא אינו מפקח על מכירת מזון ומשקאות בתחום מוסדות החינוך ואינו שולט בהצבת המכונות האוטומטיות בתחומם, ברישוי המזנונים ובמגוון המוצרים הנמכרים בהם.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד החינוך כי עמדה זו מנוגדת לנאמר בחוזר משרד החינוך, שעל פיו הנהלת המוסד החינוכי תגיע להחלטה משותפת עם ההורים, התלמידים והרשות המקומית או בעלי המוסד בעניין מכירת מזון ומשקאות בתחומו, לרבות בעניין הרכב המזון.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מיולי 2010 מסר משרד החינוך כי בשנת הלימודים התש"ע (2009-2010)³⁸ הוכנה בשיתוף עיריית הוד השרון תכנית ראשונה לשינוי היצע המזון בקיוסקים, במזנונים ובמכונות האוטומטיות בבתי הספר העל-יסודיים בעיר. לאור הצלחתה תורחב התכנית בשנת הלימודים התשע"א (2010-2011) לארבע ערים נוספות.

לאחר קבלת טיוטת דוח הביקורת פרסם מרכז השלטון המקומי חוזר³⁹ המנחה את הרשויות לפעול על פי חוזר משרד החינוך בנושא המזון הנמכר בקיוסקים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד החינוך ולרשויות המקומיות כי עליהם ליישם את ההוראות של חוזר משרד החינוך יישום נרחב ומקיף בכל מוסדות החינוך בארץ ולשתף פעולה בעניין מהר ככל האפשר.

עיריית תל אביב השיבה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2010 כי היא אינה אוכפת את הוראות חוזר משרד החינוך מכיוון שלאגף רישוי העסקים בעירייה אין סמכות להגביל עסקים אלה כל עוד לא הותקנו תקנות מפורשות. הוראות משרד החינוך אינן חלות על עסקים החייבים ברישוי, והעירייה אינה יכולה לפעול על פיהן.

עיריית חיפה אישרה בתשובתה שהסכם ההתקשרות עם מפעיל מזון מתיר למכור במזנון משקאות קלים, כריכים, חטיפים, טוסטים, עוגות, ממתקים ושלגונים, בניגוד לחוזר משרד החינוך.

עיריית ירושלים השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי על פי הבנתה משרד הבריאות הוא הבודק אם המזנונים עמדו בחוזר משרד החינוך ומתנה את חידוש רישיון בית הספר בכך. מנכ"ל העירייה התחייב למנות ועדה לבדיקת המזנונים והמזון הנמכר בהם.

עמדת עיריית תל אביב לא הובאה לפני משרד החינוך, ולא התקיים דיון בפתרונות אפשריים כגון התניית הסכמי השכירות בעמידה בחוזר משרד החינוך. אשר לתשובת עיריית ירושלים, המעקב העלה כי משרד הבריאות אינו בודק עניין זה במוסדות חינוך. הוא נותן לקיוסקים רישיון אולם בוחן רק את ההיבט התברואתי של ניהולם ולא את ההיבט התזונתי של המוצרים הנמכרים בהם. שתי התשובות ממחישות את היעדר התיאום בין משרד הבריאות לרשויות המקומיות ובינן ובין משרד החינוך ואת הנזקים הנגרמים מכך.

4. כוח המשימה המליץ עוד ב-2006 לזום חקיקה שתקבע אילו מזונות ומשקאות מותר להגיש לתלמידים במסגרת מפעל ההזנה⁴⁰ או בדרך אחרת, ותאסור למכור במכונות האוטומטיות

38 שנת הלימודים מתחילה בספטמבר ומסתיימת באוגוסט.

39 חוזר מנכ"ל מס' 488 מספטמבר-אוקטובר 2010.

40 הזנת תלמידים במוסדות החינוך במסגרת יום חינוך ארוך, כמפורט בהמשך הדוח.

ובקפ"ריות מזון שאינו מאושר מהבחינה התזונתית. תת-הוועדה 2020 הגישה המלצות בנוסח דומה. ביצוע שינויי החקיקה האמורים נכלל ביעדי התכנית הלאומית.

המעקב העלה כי במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, עדיין לא הסדירו משרדי החינוך והבריאות בחקיקה את האיסור למכור מזון ומשקאות עתירי קלוריות במכוונות האוטומטיות, במזנונים ובקפ"ריות שבמוסדות החינוך.

הזנת תלמידים

על מנת לסייע למי שסובל מהיעדר נגישות סדירה למזון לנוכח הגידול בהיקף העוני, ובמטרה לאפשר קיום יום חינוך ארוך, מופעלת תכנית הזנה לתלמידים בבתי ספר על פי חוק ארוחה יומית לתלמיד, התשס"ה-2005 (להלן - חוק ארוחה יומית). על פי חוק זה יקבלו התלמידים הזכאים לכך ארוחה חמה אחת ביום על פי תפריט מאוזן ומגוון שיקבע שר הבריאות ושיפורסם באתר האינטרנט של משרד החינוך. שר החינוך בהסכמת שר האוצר יקבע בכל שנת לימודים את אוכלוסיית התלמידים הזכאים לארוחה יומית לפי חוק ארוחה יומית, והחוק יוחל בהדרגה ביישובים ובשכונות שבהם חל יום חינוך ארוך לפי חוק יום חינוך ארוך ולימודי העשרה, התשנ"ז-1997. חוק ארוחה יומית מיושם משנת הלימודים התשס"ז (2006-2007), אך עקב תקציב מוגבל לא כל התלמידים הזכאים לכך מקבלים ארוחה יומית. בשנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) קיבלו 154,215 תלמידים ארוחה יומית. משרד מבקר המדינה פרסם דוח בנושא זה בשנת 2009⁴¹. כמו כן, ובמקביל, מוסדות חינוך רבים עוברים ליום חינוך ארוך במסגרת תכנית "אופק חדש".

חוק ארוחה יומית לתלמיד: כדי שהתלמידים הניזונים במוסדות החינוך יקבלו ארוחה בעלת הרכב תזונתי מאוזן, הוציא משרד הבריאות, כנדרש בחוק ארוחה יומית, מדריך המגדיר את הרכבה התזונתי של הארוחה שיקבלו התלמידים⁴² וכלל בו הנחיות לגבי כמויות האנרגיה, השומן, השומן הרווי, הפחמימות והמלח בארוחה. את הארוחות לתלמידים מספקים זכיינים על פי תפריטים שאושרו על ידי תזונאיות מהמינהלה ליישום תכנית ההזנה, המבצעת את תכנית ההזנה לתלמידים מטעם משרד החינוך. משרד החינוך מקיים בקרה על עמידת הספקים בהנחיותיו הן באמצעות המינהלה ליישום תכנית ההזנה והן באמצעות חברה חיצונית שנסכרה לשם כך. בפעולות הבקרה נבדקו כמה נושאים, בהם הספקת הארוחות במועד, משקל המנות המוגשות, אחסון המזון, שינועו והגשתו בטמפרטורה נכונה, תנאי האכילה ואיסוף הפסולת. כן נעשו בקרות תברואתיות באמצעות בדיקות מעבדה לאיתור קוליפורמים, עובש ושמרים במזון.

ואולם הועלה כי שני הגופים האמורים לא בדקו את ההרכב התזונתי של הארוחות ובכלל זה אם הן עומדות בהנחיות משרד הבריאות מבחינת ערכן התזונתי ומבחינת כמויות האנרגיה, השומן, השומן הרווי, הפחמימות והמלח. לפיכך לא ניתן לדעת אם ההרכב התזונתי של הארוחות המוגשות לתלמידים על פי חוק ארוחה יומית הוא תקין.

בדוח הביקורת של מבקר המדינה בנושא יישום חוק ארוחה יומית צוין כי נשמעו טענות, בין היתר, בדבר מזון לא מגוון, מנות חסרות, גודל המנות, מיעוטן או היעדרן של תוספות ואי-אספקה בכל יום

41 מבקר המדינה, דוח על הביקורת בשלטון המקומי לשנת 2008, בפרק "יישום חוק ארוחה יומית", עמ' 137.

42 מדריך להזנת תלמידים במסגרות חינוכיות, שירותי המזון והתזונה, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, מהדורת יולי 2006.

של כל מרכיבי הארוחה. קרן סאקט"א-רש"י⁴³ מסרה אז בתשובתה למשרד מבקר המדינה באוגוסט 2008 כי דוחות הבקרה נבדקו וטופלו, וכי היא דרשה מהספקים להקפיד לקיים את כל הדרישות התזונתיות.

הזנת תלמידים במסגרת תכנית "אופק חדש": "אופק חדש"⁴⁴, תכנית הרפורמה המקדמת, בין השאר, יום לימודים ארוך, כבר מיושמת בכ-1,700 בתי ספר שבהם כ-700,000 תלמידים⁴⁵.

עולה כי חלק מהתלמידים הלומדים יום לימודים ארוך במסגרת "אופק חדש", לעתים עד 14:30 או עד 15:30, אינם מקבלים ארוחה יומית בבית הספר. יש חשש כי תזונתם של תלמידים אלה אינה בריאה ומאוזנת, ובמיוחד אם הם רוכשים מזון לא בריא במזנונים ובקיוסקים שבבתי הספר. יצוין כי בתי ספר רבים כבר הצטרפו לתכנית "אופק חדש" ורבים עתידים להצטרף בשנים הקרובות. לפיכך על משרד החינוך להחליט על הדרך שבה יזונו תלמידים אלו, בין בשילובם בתכנית ההזנה ובין בדרך אחרת.

הגבלות על פרסום ושיווק של מוצרי מזון המיועדים לילדים

ילדים נחשפים לפרסומות של מוצרי מזון בערוצים שונים ובעיקר בטלוויזיה. במחקר שבחן את השפעתן של הפרסומות בטלוויזיה על צריכת חטיפים⁴⁶ נמצא כי ככל שהצפייה בטלוויזיה ממושכת יותר, גדלה הדרישה לחטיפים ולשוקולד. ברוב הפרסומות המכוונות לילדים מתפרסם מזון הכולל שיעור גדול של שומן וסוכר לרבות ממתקים ושתייה ממותקת, ונמצאה הקבלה בין תחילת השידור של פרסומות באמצעי התקשורת לבין התגברות השמנת היתר של ילדים⁴⁷. גם במחקרים שנעשו בארצות הברית נמצא כי לאמצעי התקשורת ולפרסומות לילדים השפעה רבה על מגפת ההשמנה. בבריטניה נקבע ב-2007 כי ייאסר פרסום של מוצרי מזון ומשקה שיש בהם שיעור גדול של שומן, מלח וסוכר. באירלנד חוק השידור מאפשר לאסור פרסום של סוגים מסוימים של מזון או משקה שנמצא כי הם מסכנים את בריאותם של ילדים⁴⁸.

הממונה על הגנת הצרכן במשרד התמ"ת מפקח על היישום של חוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981 (להלן - חוק הגנת הצרכן), ומופקד על הכללים בדבר פרסומות המכוונות לקטינים, איסור הטעיה, חובת גילוי מידע לצרכנים והאיסור לנצל את מצוקתם. תקנות הגנת הצרכן (פרסומות ודרכי שיווק המכוונות לקטינים), התשנ"א-1991 (להלן - תקנות הגנת הצרכן, פרסומות לקטינים), קובעות

43 קודם לחקיקת חוק ארוחה יומית החליטה הממשלה באוגוסט 2004 להפעיל את מפעל ההזנה במימון משותף של הממשלה, קרן סאקט"א-רש"י, הרשויות המקומיות וההורים.
 44 אופק חדש - רפורמה הנעשית במערכת החינוך בישראל ובה, בין היתר, נוספות שעות לימוד כדי לקדם את הישגי מערכת החינוך ולצמצם פערים.
 45 משרד החינוך מסר למשרד מבקר המדינה בתשובתו מנובמבר 2010 כי 273 מבתי הספר שבהם מיושמת התכנית, ובהם כ-27,373 תלמידים (שנכללים ב-154,215 התלמידים האמורים), משתתפים בתכנית ההזנה על פי חוק ארוחה יומית.
 46 את המחקר עשה מכון גיאוקרטוגרפיה עבור המועצה לצרכנות במרס 2008: "השפעת הפרסום בטלוויזיה על צריכת חטיפים בקרב ילדים ובני נוער".
 47 מתוך דברי ההסבר להצעת חוק הגנת הצרכן (תיקון - פרסומת למזון המכוונת לקטינים), התש"ע-2010.
 48 אתי וייסבלאי, "הגבלות בפרסום מזון והנחיות לתזונה בריאה בבתי ספר כאמצעי להתמודדות עם השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער - סקירה משווה", מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 3.11.09, עמ' 13.

עקרונות וכללים לפרסומות ולדרכי שיווק המכוונים לקטינים. כבר בעקבות הביקורת הקודמת הסביר מנהל איגוד תעשיות המזון למשרד מבקר המדינה כי הוא שוקד על הכנת קוד שיקבע כללים לפרסום על ידי הסדרה עצמית⁴⁹, ולעומתו הממונה על הגנת הצרכן במשרד התמ"ת דאז מסר כי לא די בהסדרה וולונטרית ויש מקום לחקיקה מחייבת ראשית או משנית בעניין, המתחשבת בשלום הציבור יותר מאשר בעמדה של תעשיית המזון והפרסומאים. בדוח הביקורת הקודם צוין כי משרד הבריאות, משרד התמ"ת וחברות המזון צריכים לבחון את הנושא יחד ולהגיע להסכמות בדבר הדרכים להגביל פרסומות לילדים.

בדוח הביקורת הקודם צוינה גם המלצתו של כוח המשימה לאסור או להגביל באמצעות חקיקה פעולות פרסום ומתן חסויות למזון ומשקאות בתוך בתי הספר, וכמו כן להגביל את הפרסום לשעות שבהן ילדים אינם צופים בטלוויזיה או באינטרנט. בדומה לכך, תת-הוועדה 2020 המליצה להגביל את הפרסום של מזון בעל ערך תזונתי נמוך בשעות צפיית השיא של ילדים. גם ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) רואה בפרסומות למזון לא בריא את המכשול המרכזי לחינוך שמערכות הבריאות והחינוך מנסות להוביל⁵⁰. הרשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו טענה אף היא כי נדרשת חקיקת משנה ולא רק הסדרה עצמית בנושא פרסום מזון לקטינים, וציינה כי היא מפקחת על הסדרת פרסומות בערוצים 2 ו-10 בתחומים אחרים (לדוגמה אלכוהול ותכנים מפחידים) ולכן ביכולתה לפקח על הפרסומות גם בתחום זה⁵¹.

אולם המעקב העלה כי משרד הבריאות ומשרד התמ"ת לא קידמו הצעות חוק בעניין זה. לאחר שנים של דיונים במשרד התמ"ת, שבמהלכן התנגדו יצרני המזון לחקיקה בנושא וטענו כי היא פוגעת בחופש הביטוי ובשוק החופשי, עצר משרד התמ"ת את הליכי החקיקה, ובישיבה שקיים עם משרד הבריאות ב-16.6.10 החליט להתחיל בעבודת מטה ל"הסדרה עצמית" של היצרנים - באמצעות הכנת קוד אתי לפרסום מוצרי מזון באמצעי התקשורת. עוד נמצא שכמה חברי כנסת הגישו כמה הצעות חוק פרטיות בנושא זה בשנים 2005-2006, אך אלה לא הבשילו לכדי חוק. השפעת פרסום זה על השמנת ילדים מחדדת את הצורך בחוקים שיסדירו אותו, ועל כן ראוי שמשרדי הממשלה ייוזמו הצעות חוק משלהם.

משרד התמ"ת השיב בנובמבר 2010 כי מאחר שהוא ממונה על המימוש של חוק הגנת הצרכן, הוא יסייע ככל שיירשם בקידום חקיקה בעניין מהיבטי הגנת הצרכן, מניעת הטעיה ואי-גילוי נאות.

לאחר מועד סיום הביקורת המציא משרד הבריאות בפברואר 2011 טיוטת סיכום ישיבה מ-15.1.2011 של נציגי משרד התמ"ת, הרשות השנייה לרדיו ולטלוויזיה ונציגי משרד הבריאות שבה צוין בין היתר כי "כדי שהצעדים המתוכננים בתחום הפרסום יועילו ויתרמו לפיתוח התודעה הציבורית בעניין זה, קיימת חשיבות גדולה לקיומו של קמפיין ציבורי מטעם משרד הבריאות המתייחס לנושא התזונה הנכונה. מסע פרסומי כזה יוכל לקבוע את השפה הציבורית, וזו תוכל לתמוך בהסדרת נושא פרסום המזון המזיק בחקיקת משנה במסגרת כללי הרשות השנייה".

49 בהסדרה עצמית מגבשים המפרסמים או תעשיית הפרסום, באמצעות גופים שהם מקימים, כללים מנחים בעניין האמצעים והתכנים בפרסום ומפקחים על יישומם. הסדרה עצמית נובעת מאינטרסים של התעשיות ונועדה להגן עליהן מפני התערבות חיצונית ולהגביר את אמון הציבור בפרסום..

50 דברי ד"ר צחי גרוסמן, מזכ"ל האיגוד הישראלי לרפואת ילדים של ההסתדרות הרפואית בישראל, בדיון שהתקיים בוועדה לזכויות הילד בכנסת ב-3.11.09.

51 דברי איילת מצגר, נציגת הרשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו, בדיון שהתקיים בוועדה לזכויות הילד בכנסת ב-3.11.09. הרשות השנייה היא גוף המסדיר את השידורים בערוצים המסחריים והציבוריים ובערוצי הרדיו האזורי.

במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, לא היו הילדים מוגנים בחוק⁵² מפני פרסום מוצרי מזון העלולים לגרום להשמנה, ו"ההסדרה העצמית" על ידי קוד אתי לא יצאה אל הפועל. לנוכח השפעתן של פרסומות למזון משמין המשודרות בשעות הצפייה של ילדים ונוער על תזונתם, ולנוכח חלקו הגדול של המזון המשמין במגפת ההשמנה של ילדים והנוק שהיא גורם לבריאותם, על משרדי הבריאות והתמ"ת לוודא כי כללי ההסדרה העצמית אכן יגובשו בהקדם, ובגיבושם יינתן לבריאותם של הילדים משקל רב יותר מאשר לאינטרס הכלכלי של יצרני המזון. בה בעת, מן הראוי לדעת משרד מבקר המדינה, לפעול על פי סיכום הישיבה בין משרד הבריאות ומשרד התמ"ת והרשות השנייה ולהסדיר את נושא פרסום המזון המזיק בחקיקת משנה במסגרת כללי הרשות השנייה. אם אלו לא ישיגו את התוצאה הנדרשת, על משרד הבריאות ליזום חקיקה בנושא.

מסירת מידע לאוכלוסייה בדבר הרכב המזון וערכו התזונתי

מחקרים שזם משרד הבריאות⁵³ הראו כי לתוויות שעל מוצרי המזון יש חשיבות בעת רכישת המוצרים. פירוט מדויק וברור של רכיבי המזון על אריזתו יסייע לאוכלוסייה לזהות מזון בריא ולהימנע מקניית מזון שאינו בריא, והדבר יכול לסייע בהתמודדות עם מגפת ההשמנה. לשם כך יש לציין על אריזות המזון באופן ברור ופשוט את רכיבי המזון ואת ערכו התזונתי.

תקנות בריאות הציבור (מזון) (סימון תזונתי), התשנ"ג-1993 (להלן - תקנות הסימון התזונתי), מחייבות לסמן בסימון תזונתי מזון ארוז מראש. הדרישות לסימון תזונתי נקבעו בתקן הישראלי 1145 של מכון התקנים הישראלי (להלן - תקן 1145). התקן קובע בין היתר מה הם הרכיבים התזונתיים שיש לציין את תכולתם ב-100 גרם או 100 מ"ל של מוצר, כגון הערך הקלורי, כמות הפחמימות, השומנים, הסיבים התזונתיים, הכולסטרול והחלבונים. תקן 1145 קובע גם אלו מסרים תזונתיים מותר להוסיף על האריזה, לדוגמה מה הערך הקלורי המרבי או התכולה המרבית של מרכיב במוצר שמתר לתארו כ"דל", "מופחת", "ללא", "נטול" ו"דיאטטי". רשימת הרכיבים התזונתיים על אריזת המזון צריכה להתאים למסרים התזונתיים שעל אריזת המוצר (כגון "דל קלוריות", "דל שומן", "דל נתרן", "מופחת מלח", "ללא תוספת סוכר") ולמסרים הבריאותיים שעל האריזה (כגון "מסייע בהפחתת לחץ דם", "מחזק את ההגנה החיסונית" ו"משפר את תהליך העיכול").

בשנת 2002, החל משרד הבריאות להפעיל ועדה המשותפת לו ולאגודת תעשיות המזון (להלן - הוועדה לסימון תזונתי), כדי לקדם קביעת תקנות לסימון מסרים בריאותיים על אריזות מוצרי מזון, וכך לעודד צריכת מזונות שאינם משמנים ולהביא לפני הציבור מידע מלא ואמין על ההרכב התזונתי של מוצרי המזון ועל ההשפעות הבריאותיות הנובעות מכך. כמו כן הוקמו תת-ועדות לטיפול בנושאים ספציפיים. ברוח הביקורת הקודם הוער על תיקונים שיש לעשות בסימון התזונתי בכמה תחומים כדי לספק לצרכנים מידע אמין וברור בעניין הרכב המזון.

52 תקנות הגנת הצרכן (פרסומות ודרכי שיווק המכוונים לקטינים), התשנ"א-1991; כללי הרשות השנייה לטלוויזיה ורדיו (אתיקה בפרסומת בטלוויזיה), התשנ"ד-1994; כללי התקשורת (בזק ושידורים [תשדירי פרסומת, תשדירי שירות והודעות חסות בשידורי ערוץ ייעודי]), התשס"ד-2004.

53 סקר מב"ת - מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון 1999-2001 - חלק א' - ממצאים כלליים, שירותי מזון ותזונה והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, תשרי התשס"ד, אוקטובר 2003. ראו פירוט בדוח הקודם בעמ' 519, 542.

1. נמצא כי הוועדה לסימון תזונתי לא פעלה די. מעיון בפרוטוקולים של ישיבות הוועדה מיולי 2007 ועד אוקטובר 2008 עלה שתדירות מפגשיה הייתה נמוכה ונוכחות חבריה במפגשים הייתה מעטה. משרד הבריאות לא הנחה את הוועדה לקבוע סדר עדיפויות לנושאים שבכוונתה להסדיר ותכנית עבודה לטיפול בהם. הוועדה קידמה מעט מאוד נושאים, ולמעשה לא השיגה את מטרתה. זאת ועוד, אף על פי שהוועדה פועלת כבר משנת 2002, ברוב הדיונים המעטים שקיימה מאז פורסם דוח הביקורת הקודם היא עסקה בהגדרת עניינים בסיסיים, כגון תפקידיה וסמכויותיה ומידת המעורבות של נציגי תעשיית המזון בהחלטות שיתקבלו, ואף עניינים אלה לא סוכמו. הוועדה החליטה כי ההרכב שלה יוגדר מחדש, כי יוגדרו החסרים בסימון התזונתי, הנושאים שעליה לקדם וסדר העדיפויות של פעולותיה, וכי תוכן לה תכנית עבודה. בביקורת עלה כי משרד הבריאות לא דאג לקדם את עבודת הוועדה בנושאים הללו ומאז אוקטובר 2008 ועד מועד סיום הביקורת בדצמבר 2010 לא התכנסה הוועדה כלל.

משרד הבריאות השיב כי עקב מגבלות כוח האדם, הטיפול בנושא התזונתי במסגרת הוועדה לסימון תזונתי עוכב לטובת טיפול בחקיקה ועדכון של התקנות בנושא סימון שומנים וסוכרים.

2. בביקורת נמצא כי למרות הסמכות שהוקנתה למשרד התמ"ת בחוק הגנת הצרכן, העוסק בין היתר באיסור הטעיית הצרכנים בעניין רכישת מוצרי מזון והסיכונים הכרוכים בצריכתם, משרד התמ"ת לא עוסק בנושא הסימון התזונתי. מן הראוי כי משרד התמ"ת יהיה שותף לדיונים המתקיימים בוועדה לסימון תזונתי כדי לקדם יוזמות חקיקה שימנעו את הטעיית הצרכנים בתחומים שבהם עוסקת הוועדה.

פעולות הוועדה לסימון תזונתי מאז הדוח הקודם

מסרים בריאותיים: בדוח הביקורת הקודם צוין כי הכיתוב על חלק ממוצרי המזון עלול להטעות את הצרכנים. למשל, הכיתוב "ללא תוספת סוכר" על האריזה אינו מגלה כי המוצר עצמו מכיל סוכר, ומוצר שעליו הכיתוב "נטול סוכר" או "מופחת שומן" עלול להצטייר כמוצר דיאטטי ובריא אף על פי שהוא מכיל שומן רב וערכו הקלורי גדול, או שהוא מכיל רכיב אחר שצריכתו עלולה להזיק כגון כמות גדולה של מלח. לפיכך העיר מבקר המדינה למשרד הבריאות כי ראוי שייזום תיקון לתקנות הסימון התזונתי, שיחייב את יצרני המזון לספק לצרכנים מידע המסביר את המסרים התזונתיים שעל אריזות מוצרי המזון. כמו כן ראוי שמשרד הבריאות יודיע לציבור באילו מוצרי מזון יש כמיות מופחתות של שומן, מלח וסוכר, כדי לעודד את צריכתם.

יצרני המזון משתמשים במסרים בריאותיים הקושרים בין המזון ומרכיביו ובין ריפוי או מניעה של מחלה או של מצב בריאותי. בנוסח הקיים של תקנות בריאות הציבור (מזון) (איסור ייחוס סגולת ריפוי למצרך מזון), התשל"ח-1978 וגם בתקן 1145 לא נאמר אילו מסרים בריאותיים מותר לציין על אריזות מזון. בדוח הביקורת הקודם צוין כי טרם נקבעו תנאים לרישום מסרים בריאותיים בתקנות.

מעיון בסיכומי הדיונים של הוועדה לסימון תזונתי עלה כי במהלך הדיונים שינתה הוועדה את גישתה לנוכח החלטתה לאמץ את השיטה הנהוגה באירופה. אולם משרד הבריאות ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי מאחר שהאיחוד האירופאי טרם סיים לגבש את המלצותיו לציין מסרים בריאותיים על גבי המזון, גם הוועדה בישראל טרם הסדירה כללים לציין מסרים בריאותיים על אריזות מזון. משרד הבריאות הוסיף כי עם פרסום ההמלצות הן ייבדקו ויותאמו לישראל. עוד עלה כי אף שיש עדכונים רבים בעולם בנושא סימון המזון על האריזות (כמו ציון

התרומה של רכיב המזון לתזונה היומית באופן המאפשר לבחור את המזון בחירה מושכלת), שלבי העדכון של תקן 1145 טרם הסתיימו במועד סיום הביקורת.

סימון תזונתי של השומנים במזון: המעקב העלה שמשרד הבריאות פעל בתחום זה ועדכן את הסימון התזונתי. בפברואר 2010 אישרה הכנסת תיקון לתקנות בריאות הציבור, ולפיו על יצרני המזון לפרט את סוגי השומן (שומן טרנס, שומן רווי וכולסטרול) על מוצרים המכילים 2% שומן ומעלה במקום 4.5% שומן ומעלה, כפי שהיה נהוג עד אז. אולם עד דצמבר 2010, מועד סיום הביקורת, התקנות טרם פורסמו ברשומות⁵⁴.

סימון תזונתי של סוכרים במזון: עד כה לא הייתה חובה לסמן סוכרים ולפרט את סוגי הפחמימות בסימון התזונתי שעל מזון ארוז מראש. ביולי 2010 נכנס לתוקף תיקון ולפיו יתווסף לפקודת בריאות הציבור (מזון) [נוסח חדש], התשמ"ג-1983, סעיף הקובע ששר הבריאות יקבע הוראות בדבר חובת סימון תזונתי של הסוכרים במזון ארוז מראש. על פי התיקון תהיה חובה לפרט, נוסף על סך כל הפחמימות, את כמות הסוכרים, הפחמימות המורכבות והסיבים התזונתיים. במועד סיום הביקורת עדיין לא הותקנו התקנות בנושא.

הפחתת צריכת הנתרן (המלח) במזון ועדכון הסימון התזונתי

1. צריכה עודפת של מלח עלולה לגרום לחץ דם גבוה, וזה עלול לפגוע בין השאר גם בכליות. באוכלוסייה בישראל יש צריכה עודפת של מלח, ומשרד הבריאות ממליץ לצרוך עד 2.4 גרמים של נתרן ליום, שהם שישה גרמים של מלח⁵⁵. במדינות שונות באירופה הוחלט להפחית עד 10% מכמות המלח במזונות תעשייתיים בתוך חמש שנים. ארגון הבריאות העולמי הגדיר יעד חדש להורדה מדורגת של צריכת הנתרן בכל מדינות העולם - עד חמישה גרמים נתרן ליום (כמות גדולה מזו שנקבעה בהמלצות בישראל). משרד הבריאות הצטרף לרשת האירופית להפחתת המלח במזונות, הפועלת בחסות ארגון הבריאות העולמי. לדעת משרד הבריאות יש להפחית בהדרגה את צריכת המלח בשיתוף התעשייה, הרבנות הראשית לישראל, ארגוני הבריאות וארגונים אחרים בלי לשנות את הסימון התזונתי הנהוג לגבי מלח. לפיכך חשוב להכין תכנית לאומית שבה ייקבעו יעדים להפחתת צריכת המלח של האוכלוסייה.

ביקורת המעקב העלתה כי רק בנובמבר 2010, לאחר קבלת טיוטת דוח המעקב של משרד מבקר המדינה, סיים משרד הבריאות עבודת מטה לקביעת תכנית לאומית להפחתת צריכת המלח והגיש אותה למנכ"ל משרד הבריאות. יצוין כי במועד סיום הביקורת שר הבריאות טרם אישר את התכנית וממילא טרם הוחל בביצועה.

2. הפחתת צריכת המלח בקרב האוכלוסייה תלויה, בין היתר, בהעלאת המודעות לכמות המלח שיש במוצרי המזון ולסיכון הכרוך בצריכת כמות מופרזת של מלח. לכן חשוב לקבוע כללים לסימון כמות המלח במוצרי המזון ולציון הסיכון האמור.

סימון כמות הסיבים התזונתיים במזון: הסיבים התזונתיים הם רכיב חשוב במזונות, והם יכולים לסייע בשמירה על הבריאות ולמנוע מחלות. כיום חובה לסמן חלק מסוגי הסיבים, ואחרים מוגדרים תוספי מזון ואינם מחייבים סימון. ועדה בין-לאומית שדנה בנושא בנובמבר 2009 קבעה שיטות בדיקה אחידות של כמויות הסיבים התזונתיים.

54 התקנות צפויות להיכנס לתוקף 18 חודשים לאחר פרסומן ברשומות.
55 נתרן הוא הרכיב המדיד במלח. ב-2.5 גרמים של מלח יש גרם אחד של נתרן.

המעקב העלה כי משרד הבריאות ציין במסמכיו כי לאחר שהמלצות הוועדה הבין-לאומית יובאו לידיעתו, הוא ישקול אם יש מקום שהוועדה לסימון תזונתי תרון בצורך ברישום כל סוגי הסיבים התזונתיים על אריזות המזון.

המעקב העלה כי חלה התקדמות בנוגע לחקיקה העוסקת בסימון התזונתי של שומנים. עם זאת, טרם הותקנו התקנות על פי הצעת חוק הקובעת סימון תזונתי של סוכרים במזון ארוז מראש; וטרם ניתנו המלצות להפחתת מלח במזון.

מתן ייעוץ תזונתי לכלל האוכלוסייה ופעולות לטיפול בהשמנה ומניעתה

1. סל שירותי הבריאות⁵⁶ שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), אינו כולל שירותים שמטרתם למנוע השמנה של כלל הציבור, כגון הדרכה לתזונה נכונה ועידוד לאורח חיים בריא או הדרכת הורים וילדים בגיל הרך ובגיל ההתבגרות בנושאי תזונה. על פי החוק, ייעוץ תזונתי ניתן רק לסובלים מבעיות במערכת העיכול ולחולים כרוניים, כגון חולים המטופלים בדיאליזה, חולי כליות וחולי סוכרת, ואינו ניתן לסובלים מהשמנת יתר או מעודף משקל.

מחקר שעשה מכון ברוקדייל⁵⁷ במאי 2010 בחן את היחס בין העלות והתועלת של ייעוץ תזונתי ומצא שהוא חסכוני⁵⁸ או חסכוני מאוד⁵⁹. כוח המשימה המליץ להכניס לסל שירותי הבריאות ייעוץ בידי דיאטנית קלינית מוסמכת למניעת עודף משקל לכלל האוכלוסייה ולא רק לסובלים ממחלות כרוניות; המועצה הלאומית לבריאות האישה⁶⁰ המליצה ביוני 2010 להגביר את השימוש ביעוץ תזונתי במרכזים להתפתחות הילד, במרפאות הראשוניות, במרכזים לבריאות האישה ובמרפאות נשים בגיל המעבר, הן בידי תזונאים והן באמצעות הכשרת אחיות ורופאים למתן ייעוץ תזונתי במרכזים אלה.

הכללת הייעוץ התזונתי בסל שירותי הבריאות תלויה בהחלטות ועדת הסל. עם זאת, לקופות יש אינטרס לתת ייעוץ תזונתי לכלל האוכלוסייה, אף אם הוא אינו כלול בסל שירותי הבריאות, שכן הוא יכול למנוע השמנה וכך למנוע את הסיבוכים הרפואיים הנובעים ממנה. ואכן, חלק מהקופות הרחיבו את סל השירותים והוסיפו לו ייעוץ תזונתי מעבר למגיע על פי החוק. הקופות נבדלות זו מזו בקביעת הזכאות ומספר הייעוצים הניתנים. חלק מהקופות נותנות ייעוץ תזונתי במסגרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן). ואולם כ-30% מאוכלוסיית מבוטחי הקופות בארץ לא רכשה שב"ן, ודווקא באוכלוסייה זו, שרובה משתייכת לשכבות חברתיות-כלכליות חלשות, בעיית ההשמנה נפוצה יותר.

-
- 56 סל שירותי הבריאות - שירותי הבריאות הניתנים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 57 ניתוח עלות-תועלת של תכניות התערבות למניעה ולטיפול בהשמנת יתר בישראל, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאי 2010.
- 58 התערבויות חסכוניות הן התערבויות המצמצמות את העלות הכוללת של הטיפול משום שעלויות הטיפול שנחסכו עקב הירידה בתחלואה גבוהות מעלות ההתערבות.
- 59 התערבויות חסכוניות מאוד הן התערבויות המאריכות את שנות החיים המתוקנות לאיכות (QALY - Quality Adjusted Life Years) - מדד של נטל המחלה המגלם בתוכו את איכות החיים ומשכם. מדד זה מבוסס על מספר שנות החיים שיתווספו בשל התערבות מסוימת. ערכי ה-QALY נעים בין 0 ל-1; 1 מסמל בריאות ו-0 מסמל מוות.
- 60 המועצה הלאומית לבריאות האישה דנה בין היתר בסוגיות הקשורות למניעת השמנה ומייעצת למקבלי ההחלטות במשרד. המשרד מתרגם המלצות אלה למדיניות, אם הדבר אפשרי.

ראוי שהקופות ישקלו מתן ייעוץ תזונתי בעיקר לסובלים מהשמנה, לנשים הרות, לצמחונים ולטבעונים, לילדים שטרם מלאו להם 18 ולהורים לילדים המטופלים במכונים להתפתחות הילד, מאחר שיעוץ בתחום זה יכול לסייע למבוטחים למנוע השמנה ובכך לחסוך גם לקופות הוצאות רבות על טיפולים ואשפוזים.

משרד הבריאות ציין בתשובתו כי בשנת 2010 נעשה ניסיון לגבש מדדי איכות לקופות⁶¹ בעניין שיעורי המבוטחים שקיבלו ייעוץ תזונתי, לרבות ייעוץ בסיסי במהלך מפגש עם רופא, זאת בתוספת תקציב ייעודי לקופות שיתן משרד האוצר. ואולם בשל אי-הסכמה בין משרד הבריאות לקופות, לא נקבע שיעוץ התזונתי ישמש מדד איכות.

2. הקופות מסרו למשרד מבקר המדינה מידע על פעולות שעשו לטיפול בהשמנה ולמניעתה, לרבות הפעלת מרפאות להרזיה, סדנאות לירידה במשקל ולאורח חיים בריא, תכניות התערבות בבתי ספר, קורסים, הכשרות וימי עיון לרופאים, ימי בריאות והרצאות.

מכבי השיבה כי במחקר שנעשה בשיתוף אוניברסיטת תל אביב נמצא כי קבוצות לשינוי הרגלי אכילה יעילות מאוד. עם זאת, אין תקציב ייעודי לנושא, והמבוטחים משלמים עבור ההשתתפות בקבוצות אלה. על כן, על משרד הבריאות לשקול לקבוע תקציב ייעודי לקבוצות לשינוי הרגלי אכילה ולמרפאות לטיפול בהשמנת ילדים, שיאפשר לטפל במבוטחים ללא תשלום או בתשלום סמלי.

כדי להכין תכניות לטיפול בהשמנה ולמניעתה ולהקצות משאבים לכך, יש לאסוף בכל קופה מידע בנושא ולמפות את צורכי המבוטחים על פי אזורים, קבוצות אוכלוסייה, גילים ועוד. על כל קופה להציב יעדים ולבדוק אם עמדה בהם, וכמו כן לבדוק את יעילותן וכדאיותן של תכניות שכבר יצאו אל הפועל, דבר שלא נעשה למעט במכבי. יעוץ כי כבר בדוח הביקורת הקודם העיר משרד מבקר המדינה כי כדי למדוד את מידת יעילותן של הפעולות הנעשות למניעת השמנה ולצמצומה ולתכנן פעולות נוספות יש לרכז מידע על היקף ההשתתפות בפעולות האמורות ולעקוב אחר תוצאותיהן.

עידוד האוכלוסייה לעשות פעילות גופנית

בעידן המודרני, השגשוג הטכנולוגי הביא לירידה חדה בפעילות הגופנית, ואורח החיים נעשה פסיבי עד כדי כך שהוא עלול לפגוע בבריאות. היעדר פעילות גופנית גורם לתחלואה, לתמותה, לשימוש יתר בשירותי הבריאות, לעלויות גבוהות של הטיפול הרפואי ולירידה בתפוקות העבודה. פעילות גופנית סדירה מפחיתה את שיעורי התחלואה והתמותה ממחלות כרוניות - היא תורמת למניעת מחלות לב וכלי דם, סוכרת, לשיפור פרופיל השומנים בדם, להורדת לחץ הדם ולהפחתת קרישות הדם, אירועים מוחיים, סרטן, דמנציה ואלצהיימר. כמו כן פעילות גופנית מצמצמת מתח ודיכאון ותורמת להעלאת מצב הרוח, לשיפור התפקוד הקוגניטיבי ולהפחתת תופעות גיל המעבר של נשים, כגון אוסטיאופורוזיס ושברים, מגדילה את פריון העבודה ומאטה את תהליך ההזדקנות. מחקרים מראים שפעילות גופנית סדירה מפחיתה את הסיכון לתמותה ממחלות ב-30% בממוצע⁶².

61 במסגרת תכנית מדדי האיכות לרפואת הקהילה המרכזת נתונים מארבע הקופות של 30 מדדי איכות מוסכמים עבור כלל אוכלוסיית המבוטחים.

62 מתוך נתוני המועצה הלאומית לבריאות האישה מ-29.6.10.

על פי המלצת משרד הבריאות, המתבססת על מחקרים בין-לאומיים, כל אדם צריך לעסוק בפעילות גופנית בעצימות בינונית עד גבוהה לפחות חצי שעה בכל יום או במרבית ימות השבוע⁶³. כמו במדינות מערביות אחרות, גם בישראל פחות משליש מהאוכלוסייה הבוגרת עוסקת בפעילות גופנית על פי המלצות של משרד הבריאות - באוכלוסייה היהודית 30.3%, ובאוכלוסייה הערבית 14.7%.

פעילות גופנית נמצאת על קו התפר שבין רפואה מונעת לרפואה טיפולית, והיא נעשית טיפולית בקרב אנשים חולים או אנשים הנמצאים בקבוצות סיכון. ייעוץ לפעילות גופנית אינו כלול בסל שירותי הבריאות של החוק. העלאה של שיעור העוסקים בפעילות גופנית באחוזים מעטים בלבד יכולה למנוע מאות מקרי מוות בשנה ולחסוך מאות מיליוני ש"ח בשנה בשל הפחתת התחלואה והאשפוזים. על כן עידוד האזרחים לעשות פעילות גופנית הוא השקעה כדאית מבחינת כלכלת הבריאות.

בדוח הביקורת הקודם צוין כי משרד הבריאות הוציא במאי 2005 חוזר שכותרתו "פעילות גופנית - מרשם לבריאות", הכולל הנחיות לצוותים מטפלים ולמוסדות מערכת הבריאות לקידום הפעילות הגופנית באוכלוסייה. משרד מבקר המדינה העיר באתו דוח כי עידוד פעילות סדירה בקרב האוכלוסייה בארץ צריך להיות משולב בתכנית לאומית כוללת לטיפול בהשמנה, וכי יש להתחיל בצעדים אופרטיביים לקידום תכנית לפעילות גופנית.

המעקב העלה כי התכנית הלאומית כוללת פעילויות שיבוצעו להטמעת פעילות גופנית, אולם כאמור משרד הבריאות הציג את התכנית למשרד ראש הממשלה רק בנובמבר 2010, ובמועד סיום הביקורת הממשלה טרם אישרה אותה, טרם הוקצו משאבים לביצועה וגם בתחום הפעילות הגופנית טרם החלו משרדי הממשלה והגופים האחרים הנוגעים בדבר לפעול על פיה.

כוח המשימה המליץ להגדיל את מגוון ההזדמנויות של האזרחים לעשות פעילות גופנית בקהילה ובמקומות העבודה, לרבות באמצעות בניית מתקני ספורט ושכילי הליכה ואופניים ותכנון בניינים ציבוריים בדרך המעודדת פעילות גופנית; תת-הוועדה 2020 המליצה למערכת הבריאות להדריך את אנשיה כיצד לתת ייעוץ אישי לפעילות גופנית על ידי מגוון אנשי מקצוע ולקבוע כי שיעור הייעוץ לפעילות גופנית ישמש מדד לאומי קבוע. עוד המליצה כי יינתנו ייעוץ והכוונה לפעילות גופנית מקדמת בריאות על פי החוק כאמצעי למניעת מחלות כרוניות ולטיפול בהן; המועצה הלאומית לבריאות האישה המליצה ביוני 2010 להקים מרפאות מיוחדות לפעילות גופנית וכמו כן להקים גוף שימפה את הפעילויות השונות הנעשות בהן ויתעד אותן במחקר מתוקצב כדי להסיק מסקנות בעניין כדאיותן.

במעקב נמצא כי יש יוזמות נקודתיות ומקומיות לעידוד פעילות גופנית, כגון העצמת נשים בעניין אורח חיים בריא לשם קידום בריאות המשפחה באמצעות תחנות טיפת חלב; מכבי נותנת ייעוץ אישי לפעילות גופנית ומממנת חלק מעלות חדר הכושר למבוטחים שמלאו להם 35 שנים; במאי 2009 החלו משרד הבריאות ונציבות שירות המדינה לבדוק את האפשרות לשנות את תקנון שירות המדינה (להלן - התקשי"ר) ולהגדיל את משך הפעילות הגופנית שעובדי המדינה רשאים לעשות על חשבון שעות העבודה לשעה וחצי בשבוע, ואולם בסיום הביקורת עדיין לא התקבלו החלטות בנושא. משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה כי הוא ניסה לגבש מדדי איכות בנושא ייעוץ לפעילות גופנית, אך קיימת התנגדות לכך בקרב מקבלי החלטות בחלק מהקופות.

63 חוזר משרד הבריאות מס' 20/05 משנת 2005 - "פעילות גופנית - מרשם לבריאות".

המעקב העלה כי משרד הבריאות לא יישם את המלצות הוועדות להגברת העיסוק בפעילות גופנית באוכלוסייה. הפעולות לעידוד פעילות גופנית הן נקודתיות ומקומיות ואין גוף אחד המרכז אותן, ועל כן לא נקבעו סדרי עדיפות בעניינן ולא הוסקו מסקנות בנוגע לייעילותן.

פעילות גופנית במוסדות החינוך

על פי המלצת משרד הבריאות, כל ילד צריך לעשות בכל יום פעילות גופנית מתונה עד נמרצת במשך שעה או יותר⁶⁴. מאחר שכיום הילדים ממעטים לעשות פעילות גופנית בשעות הפנאי, לפעילות הגופנית הנעשית במוסדות החינוך תפקיד חשוב בחינוך לפעילות גופנית ובהשגת רמת הפעילות המומלצת. במוסדות החינוך בישראל מקדישים לחינוך גופני בכל שבוע שני שיעורים של 45 דקות כל אחד. בחינוך החרדי מוקדשות לחינוך גופני רק 40 דקות בשבוע. יצוין כי באירופה מוסדות החינוך מקדישים יותר זמן לחינוך הגופני⁶⁵.

רשויות הבריאות בארצות הברית המליצו לעשות פעילות גופנית בעצימות בינונית עד גבוהה לפחות במחצית מזמן שיעור החינוך הגופני. נמצא כי שיעורי הפעילות הגופנית בארץ מנוצלים באופן חלקי: במחקר שנעשה בקרב תלמידי תיכון⁶⁶ נמצא כי התלמידות עושות פעילות גופנית בינונית או מאומצת במשך 4.5 דקות בממוצע בלבד, והכנים במשך שבע עד עשר דקות בממוצע בלבד (בשיעור של 45 דקות).

על פי המלצות של כוח המשימה והמלצות המועצה הלאומית לבריאות האישה בדיון שהתקיים בכנסת ביוני 2006, משרד החינוך היה צריך להגדיל את מספר שיעורי הפעילות הגופנית לשלושה בשבוע; תת-הוועדה 2020⁶⁷ המליצה להגביר את המודעות לפעילות גופנית מקדמת בריאות וליישם בבתי הספר "הפסקות פעילות"⁶⁸. עוד המליצה לערב את המשפחה ואת הקהילה בתכנית הבית-ספרית בחטיבה ובתיכון ולהקנות לתלמידים כישורים ומסוגלות בתחום הפעילות הגופנית; לשמור על רמת מיומנות גבוהה של המורים לחינוך גופני; לעודד את התלמידים ללכת ולרכוב על אופניים; להגדיל את מספר הגנים ובתי הספר המפעילים תכניות המחנכות לאורח חיים בריא לפי תכנית משרדי החינוך והבריאות; לשפר את תשתיות הפעילות גופנית של התלמידים, הסטודנטים, הסגל והעובדים במוסדות.

המעקב העלה כי משרד החינוך לא פעל בהתאם להמלצות האמורות ובכלל זה לא הוסיף שעות חינוך גופני למערכת החינוך. משרד הבריאות מסר בתשובתו כי ההצעה להוסיף שעה של חינוך גופני לשבוע נדונה במסגרת תכנון התכנית הלאומית, אך היא נדחתה בגלל עלויותיה הגבוהות ובמקום זאת הומלץ לקיים הפסקות פעילות.

64 מתוך המלצות משרד הבריאות האמריקני בנושא פעילות גופנית, נספח לחזור משרד הבריאות מס' 20/05 - "פעילות גופנית - מרשם לבריאות".

65 הפרלמנט האירופי החליט לחייב את בתי הספר לתת לתלמידים 150 דקות של חינוך גופני בשבוע לכל הפחות. בצרפת מקבל תלמיד 240 דקות של חינוך גופני בשבוע, בהונגריה 230, באוסטריה 200, בפולין ובספרד 180, בבלגיה, בסלובניה ובמלטה 150, ביוון ובצ'כיה 140, בבריטניה ובאסטוניה 130 ובאיטליה 115 דקות.

66 דן נמט, מיכל פנטנוביץ, אלון אליקים, "חינוך גופני בילדים בגיל חטיבת הביניים - עת לנוע!", הרפואה, כרך 146, אפריל 2007, עמ' 265-268.

67 תכנית לעתיד בריא 2020, תכנית אב לקידום הבריאות בישראל, אפריל 2009, פרק ג': עידוד פעילות גופנית מקדמת בריאות, עמ' 120, 122.

68 הפסקה מוארכת של 30-40 דקות שבה עושים התלמידים פעילות גופנית בתחנות שונות.

בשנת 2006 קבע משרד החינוך כי יש לתת תוספת של 10% לציון בחינוך הגופני לתלמידים המשתתפים בפעילות גופנית נוסף על השעתיים הקבועות ביום הלימודים⁶⁹; נוספה שעה שלישית של פעילות גופנית לכ-35,000 תלמידים בכיתות ה' ו' (מתוך כ-1.4 מיליון תלמידים במערכת החינוך); "הפסקות פעילות" מתקיימות ברוב בתי הספר היסודיים ובחלק מחטיבות הביניים.

ממחקר שנעשה בכנסת ב-2010 בנושא המחסור באולמות התעמלות בבתי ספר⁷⁰ עולה כי רק ל-1,271 (30%) מ-4,250 בתי ספר במערכת החינוך יש גישה לאולם התעמלות או ספורט⁷¹.

מתן תמריצים להשגת יעדים במניעת השמנה

מתן תמריצים לקופות החולים להשגת יעדים במניעת השמנה

למגפת ההשמנה היבט כלכלי נרחב. כאמור, על פי הערכת משרד הבריאות, הנזק הכספי הנגרם למשק בישראל בשל עלות הטיפול בהשמנה ובמחלות הנלוות לה מוערך ב-10 מיליארד ש"ח בשנה. השקעה של דולר אחד בעידוד פעילות גופנית מניבה רווח של יותר משלושה דולרים בחיסכון בטיפול רפואי⁷².

ואכן, בהסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר הוקצו 60 מיליון ש"ח - 20 מיליון ש"ח לכל שנה - לתמיכה בקופות בשנים 2008-2010 (להלן - התקציב הקודם) שיעמדו במבחני תמיכה שיפרסם שר הבריאות. התקציב אמור להתחלק בין הקופות שיעמדו ביעדים על פי מדדי איכות הבוחנים את הישגיהן בקידום הבריאות, בין היתר בתחום מניעת ההשמנה.

במעקב נמצא כי משרד הבריאות לא חילק את התקציב הקודם על פי הישגי הקופות, בשל חילוקי דעות שהתגלעו בינו ובין הקופות בנוגע לגיבוש מבחני התמיכה ולאופן החלוקה של התמריצים; בפועל בשנת 2010 חילק משרד הבריאות 45 מיליון ש"ח מהתקציב הקודם לפי מפתח הקצאה קפיטציוני⁷³ שאין בו כדי לתמרץ את הקופות לקדם את בריאות מבוטחיהן, בין היתר על ידי מניעת השמנה.

לקראת סיום המעקב החליטו משרדי האוצר והבריאות לחלק את יתרת סכום התמריצים מהתקציב הקודם רק במהלך השנים 2011-2013, וסכום זה יתווסף לסך התמריצים שהוקצו לאותן שנים. ואולם במועד סיום הביקורת עדיין לא קבעו משרדי הבריאות והאוצר אמות מידה לחלוקת כלל הכספים.

69 חוזר מנכ"ל ס"ז/3 (א) מ-1.11.06.

70 המחקר נעשה במרכז המחקר והמידע של הכנסת והוגש לוועדת החינוך, התרבות והספורט ב-17.10.10.

71 אולם התעמלות הוא מבנה השוכן בבית הספר ומותאם לפעילות התעמלות שהיא חלק מתכנית הלימודים בחינוך גופני; אולם ספורט שטחו גדול יותר ומיועד לשימושים קהילתיים נוספים מלבד חינוך גופני.

72 סבטלנה צ'אצ'אשווילי-בולוטין, סבינה ליסיצה, יאיר גלילי, "מדברים או עושים? הבדלי מגדר בעיסוק בפעילות גופנית בפתח המאה העשרים ואחת", הרפואה, כרך 149, חוברת 6, יוני 2010, עמ' 349.

73 שיטת הקפיטציה פירושה חלוקת מקורות סל הבריאות בין ארבע קופות החולים, בעיקר על פי גילי המבוטחים.

היעדר תמריצים מטעם הקופות למבוטחיהן להורדת המשקל ושמירתו

אחת מהמלצות כוח המשימה הייתה לתת בונוסים, הנחות ותמריצים למבוטחים העושים פעילות גופנית או מפחיתים משקל או שומרים על משקלם לאחר שהפחיתו משקל, וזאת במסגרת ביטוחי בריאות פרטיים ובמסגרת שירותי הבריאות הנוספים. גם בתת-הוועדה 2020 הומלץ לתמרץ שינויי התנהגות בעזרת סבסוד שיינתן באמצעות סל השירותים: עידוד מטופלים להצטרף לקבוצות לשמירת המשקל, כגון סדנאות לשינוי הרגלי אכילה ולעידוד הפעילות הגופנית; החזר כספי עבור השתתפות במסגרות ייעוץ להורדת משקל או עבור ירידה במשקל בפועל.

אגף התקציבים שבמשרד האוצר מסר למשרד מבקר המדינה כי הוא תומך בשימוש בתמריצים כלכליים לקידום הבריאות כדי להגדיל את האחריות האישית של המבוטח למצב בריאותו, למשל באמצעות הפחתת ההשתתפות העצמית בשירותים הרפואיים של מבוטח שיעשה פעילות גופנית והגדלת ההשתתפות העצמית של מבוטח שלא יעשה פעילות כזאת. כך תוכל מערכת הבריאות לקדם את הבריאות בעלות אפסית.

הכללית השיבה כי הנושא שנוי במחלוקת עקב הסיכון שתמריצים אלו ירחיבו את הפערים והאי-שוויון בחברה, מאחר ויפגעו במבוטחים הסובלים מהשמנה ומפני שהשמנה נפוצה יותר בקרב שכבות חברתיות-כלכליות חלשות.

נוכח כל אלה, היה על משרד הבריאות והקופות לעשות עבודת מטה בנושא כדי לבדוק אם כדאי להפעיל תמריצים כאלה, אם יש צורך בשינוי החקיקה ומה יהיו התנאים לכך. המעקב העלה כי משרד הבריאות כלל לא דן בנושא עם הקופות, וממילא לא הכין תכנית למתן תמריצים בתחום זה.

ניתוחים בריאטריים

הגידול במספר הסובלים מהשמנה הביא גם לידי עלייה חדה בשיעור הניתוחים הבריאטריים⁷⁴ (ניתוחים לטיפול בהשמנה) בעולם. במחקר שפרסם מכון ברוקדייל⁷⁵ במאי 2010, נבחנו בין היתר יחסי העלות והתועלת של ניתוחים בריאטריים כדי לסייע לקובעי המדיניות בישראל לקבוע סדר עדיפויות בעניין, ונמצא כי ניתוחים כאלה הם חסכוניים⁷⁶ או חסכוניים מאוד⁷⁷, על פי הטכניקה שנקטה בהם.

הניתוחים הבריאטריים כלולים בסל שירותי הבריאות על פי החוק, והפניית מבוטח לניתוח כזה מותנית במידת השמנתו: הוא מיועד לבעלי BMI 40 ומעלה שכשלו כל ניסיונותיהם לרדת במשקל ולבעלי BMI 35 ומעלה הסובלים מתחלואה נלווית להשמנה⁷⁸.

74 ניתוחים לטיפול בהשמנה, ואלה סוגיהם: 1. השתלת טבעת קיבתית מתכווננת היוצרת כיס קיבתי קטן; 2. ניתוח מעקף קיבה - יצירת קיבה תפקודית קטנה ומעקף של רוב הקיבה; 3. כריתה של כ-90% מהקיבה ויצירת צינור קיבה בצורת שרוול.
75 גארי גינסברג, ניתוח עלות-תועלת של תכניות התערבות למניעת השמנת יתר בישראל וטיפול בה, מאיר-ג'וניט-מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאי 2010.
76 ראו הערה 58.
77 ראו הערה 59.
78 כגון יתר לחץ דם, מחלת לב איסכמית או הפסקת נשימה.

1. חוזר משרד הבריאות: המעקב העלה כי משרד הבריאות הוציא חוזר הקובע קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים בני 13-18⁷⁹, ובכלל זה קבע כי לפני הניתוח חובה לעשות הערכה פסיכולוגית שתבחן את מידת התאמתו של המועמד לניתוח מבחינת נכונותו לשנות את אורח חייו ותזונתו ונכונותו להתחייב למעקב רפואי קבוע לאחר הניתוח כדי למנוע סיבוכים רפואיים.

ואולם הביקורת העלתה כי משרד הבריאות לא קבע בחוזר הנחיות בדבר הפעולות שיש לעשות לקראת ביצוע ניתוחים בריאטריים למבוגרים שכבר מלאו להם 18.

2. היעדר מעקב אחר תוצאות הניתוחים: במחקרים רפואיים נמצא כי ניתוח בריאטרי מסייע בירידה במשקל לאורך זמן, מונע התפתחות של סוכרת ומצמצם מאוד את התמותה מסיבוכי סוכרת. נמצא גם כי בקרב 73% מהמנותחים השתפר מהלכה של מחלת הסוכרת מאוד ולעתים היא אף נעלמה, וצריכת התרופות הצטמצמה עד לריפוי מלא; הוכח כי הניתוח מונע התקפי לב; עוד הוכח כי שיעור החולות בסרטן היה נמוך מאוד בקרב נשים שעברו ניתוח בריאטרי; כן נמצא כי חל שיפור באינטראקציה החברתית ובתפקוד הפסיכולוגי ורמת הדיכאון ירדה.

חולים שעברו ניתוחים בריאטריים נדרשים להיות במעקב כל חייהם, כפעמיים-שלוש בשנה, כדי לעשות מעקב דיאטטי ולמנוע חסרים תזונתיים, דימום, פקקת ורידים וקרישי דם העלולים לגרום לתסחיף ריאתי ולמוות. היעדר מעקב רפואי אחר חולים אלה מסכן את בריאותם ואת חייהם. במעקב נמצא כי מיעוט של המנותחים ממשיכים במעקב, ובמשרד אין מידע בעניין מספרם.

מאחר שרק חלק מהמנותחים מגיעים למעקב לאחר ניתוחים בריאטריים, אין מידע מרוכז בעניין מידת החלמתם ומצבם הרפואי, לרבות השמירה על המשקל, מצבם התזונתי ורמת ספיגת המזון בגופם. לכן אין משרד הבריאות יכול לעקוב אחר יעילות הניתוחים ואחר השיפור הצפוי במחלות רקע ולהסיק מסקנות בעניין כדאיות הניתוחים. כמו כן, משרד הבריאות לא בדק כיצד אפשר להבטיח שהמנותחים יהיו במעקב רפואי לנוכח הסיכונים לבריאותם.

משרד הבריאות מסר בנובמבר 2010 למשרד מבקר המדינה כי הוא החל להכין חוזר אשר יסדיר את נושא הניתוחים הבריאטריים במבוגרים.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה כי פרסמה הנחיות קליניות בנושא הניתוחים הבריאטריים, והיא מקיימת ימי עיון לצוותים המקצועיים. עוד השיבה כי היא מנסחת קווים מנחים לטיפול בהשמנה ומתכננת לפתוח בשנת 2011 שתי מרפאות להכנת חולים לניתוחים בריאטריים, טיפול ותמיכה בהם ומעקב אחריהם; מכבי השיבה בנובמבר 2010 כי הכינה מודל למעקב אחר מנותחים בריאטריים, וכי היא רוכשת שירותי מעקב אחר מנותחים בריאטריים מבתי החולים. לדברי מכבי, בשנים 2011-2012 היא תעקוב אחר כל המנותחים לצורכי מחקר.

79 חוזר מנהל רפואה מס' 32/2009 מ-12.10.09, המסדיר ניתוחים של מתבגרים מבני 13 ומעלה.

עידוד הנגישות למזון בריא וצמצום הנגישות למזון שאינו בריא

משרדי ממשלה יכולים להשפיע בדרכים שונות על צריכת המזון של הציבור ולווסת את הנגישות למזון התורם לאורח חיים בריא. בין היתר, אפשר להעלות את מחירם של מוצרי מזון המסווגים כמזיקים לבריאות ולהוריד את מחירם של מוצרי מזון המוגדרים בריאים. ואכן, מדינות שונות בעולם החלו להטיל מסים על מזונות המוגדרים "לא בריאים", כגון מאכלים עתירי שומן, סוכרים ומלחים. למשל, בספטמבר 2009 החלה אוסטרליה במימוש אסטרטגיה למניעת השמנה ועודף משקל בקרב ילדים ובני נוער⁸⁰, ובין השאר נעשו שינויים במערכת המיסוי כדי להגביר את הנגישות של מוצרי מזון בריאים ולתת תמריצים שליליים לצריכת מוצרים שאינם בריאים; באוסטרליה אושר חוק להטלת מס על מוצרי מזון משמינים; דנמרק מטילה מס על משקאות מוגזים; בריטניה פוטרת ממע"מ מזונות בסיסיים שאינם משמינים, ועל היתר חל שיעור המע"מ הרגיל - 17.5%⁸¹.

המלמ"ב⁸² פרסם בנובמבר 2009 מחקר שבו בחן את הקשר בין מחירי המזון להשמנה, ומצא כי נשים המייחסות חשיבות למחיר המזון נוטות לאכול אוכל בריא פחות מנשים שאינן מייחסות חשיבות למחיר. מכאן שמחירי המזון יכולים להשפיע על השמנת האוכלוסייה.

מיסוי מוצרי מזון לא בריאים: תת-הוועדה 2020 המליצה לשקול למסות מזונות משמינים ולא בריאים. גם המועצה הלאומית לבריאות האישה המליצה ביוני 2010 להטיל מסים על מזון שאינו בריא כדי לצמצם את צריכתו, ולהשתמש בכספי המסים לביצוע תכניות הדרכה והתערבות בתזונה.

רשות המסים ציינה בתשובתה למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2010 כי מס הקנייה⁸³ נועד לקבוע את המחיר לא רק על פי עלותו הישירה של המוצר אלא גם על פי עלותו העקיפה, ונועד להקטין את היקף צריכתו ולצמצם את הנוזקים הנגרמים מהשימוש בו. ולכן, לדברי סמנכ"ל בכיר ברשות המסים, מס הקנייה הוא המס המתאים ביותר להשפיע על הציבור ולסייע לו להבין את נוקי הצריכה של מזון שאינו בריא. הרשות הוסיפה כי יש מקום לבחון את ההשפעות השליליות של השמנת יתר במסגרת ועדה מקצועית ולבחון את התועלת שבהטלת מס קנייה ואת השפעתו על התנהגות הצרכנים, אולם על פי המדיניות הנהוגה במועד סיום הביקורת אין מטילים מס קנייה על מוצרים הגורמים להשמנת יתר.

לדעת משרד מבקר המדינה על משרד הבריאות בשיתוף רשות המסים לבחון את סוגיית המיסוי ולהחליט כיצד להשתמש במסים לעידוד הצריכה של מוצרי מזון בריאות ולמניעת השמנת היתר.

הגברת הנגישות למזון בריא: כוח המשימה המליץ לנקוט צעדים שונים בנושא: להורות למשרד התמ"ת לפקח על המחירים של קמח מלא ומועשר, תוצרת חלב דלת שומן וירקות ופירות - מוצרים בריאים בעלי ערך קלורי נמוך - ולשפר את זמינותו של תפריט בריא כדי לאפשר

80 אתי וייסבלאי, "הגבלות בפרסום מזון והנחיות לתזונה בריאה בבתי ספר כאמצעי להתמודדות עם השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער - סקירה משווה", מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 3.11.09.

81 המידע נמסר בקונגרס ה-11 של ASFAA (Asiana Sport For All Association), שקיים בישראל איגוד הספורט העממי (איגוד ארצי הפועל במסגרת מוסדות הספורט הציבוריים ומייצג את ענייני הספורט העממי בישראל).

82 המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות - עמותה הפועלת על פי סעיף 52 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועל פי החלטת מועצת הבריאות.

83 מס המוטל על מוצרים מקומיים ומיובאים, בעיקר על מוצרים שצריכתם מזיקה למשק, כמו סיגריות, דלק, כלי רכב ואלכוהול.

תזונה נאותה לכל אזרחי המדינה; כן המליץ כי משרד ראש הממשלה ייצור מסגרת תקציבית נאותה לפעולות שעליהן הומלץ. על פי התכנית הלאומית, יש לבדוק אילו שינויים המתאימים לישראל יש לעשות בסובסידיות כדי להגביר את הנגישות למוצרי מזון מעודדי בריאות בקרב קבוצות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך. גם תת-הוועדה 2020 המליצה להוזיל מוצרי מזון מקדמי בריאות ולמנוע או לצמצם הנחות הניתנות ליצרני מזון ומשקאות עתירי קלוריות או שומנים או מלח. גם המועצה הלאומית לבריאות האישה המליצה ביוני 2010 להוזיל מוצרי מזון בריא על ידי יצירת סל מזון שהוא ליבת התזונה הבריאה⁸⁴.

משרד התמ"ת השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי אי-אפשר ליישם את המלצות כוח המשימה ולפקח על מחיריהם של מוצרי מזון בריאים. מדיניותה של הממשלה בעניין הורדת מחירים ב-20 השנים האחרונות הייתה פתיחת השוק לתחרות, הגברת יבוא והורדת חסמים המונעים תחרות. פיקוח על מוצרים המיוצרים בשוק תחרותי לא יביא לידי הורדת מחירים אלא לקיפאון בפיתוח מוצרים נוספים; על פי עמדת משרד התמ"ת המלצה זו אינה ישימה גם מהבחינה המשפטית, בשל תנאי הפיקוח על פי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק הפיקוח), החלים על שוק לא תחרותי ועל מוצר או שירות המקבל סובסידיה ממשלתית. מזון בריא אינו עומד בתנאי חוק הפיקוח.

בעניין משטר המס הנהוג במועד סיום הביקורת בענף המזון ציינה רשות המסים לפני משרד מבקר המדינה בדצמבר 2010 כי רק חלק מהפטור ממע"מ על פירות וירקות מיטיב בפועל עם הצרכן, וספק אם הפטור הזה מסייע לו להבין כמה חשוב לצרוך מזון בריא. גם הניסיון באירופה מלמד כי השפעת פטור כזה על הרגלי צריכת המוצרים היא זמנית וזניחה. אשר לסבסוד ישיר של מזון - הוא סותר את הסכם הסחר שחתמה מדינת ישראל עם ארגון הסחר העולמי, האוסר לסבסוד מוצרים מכל סוג שהוא. מכל מקום, מדיניות רשות המסים היא להפחיתו במהלך השנים, ולכן הוא אינו מתאים ליישום על מוצרים משמינים; החוק לעידוד השקעות הון בחקלאות, התשמ"א-1980, מעניק הטבות למגדלי כל התוצרת החקלאית מהצומח והחי, ואינו מבחין בין מזון בריא למשמן, ולכן אינו נוגע לעידוד הצריכה של מזון בריא.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות בשיתוף רשות המסים והתמ"ת לשקול את המלצות כוח המשימה ותת-הוועדה 2020 שניתנו בנושא פיקוח על המחירים וסובסידיות ולבחון האם ניתן לעשות בהם שימוש להגברת הנגישות למוצרים בריאים.

הגברת הנגישות לחם מקמח מלא והעשרה בוויטמינים של לחם לבן לחם אחיד וחלה

1. הוזלת לחם מקמח מלא : דגנים מלאים ומוצריהם (לרבות לחם מקמח מלא) הם בסיס פירמידת המזון שמשרד הבריאות ממליץ לצרוך. משרד התמ"ת אמנם קידם בשיתוף כמה מאפיות יוזמה לייצר לחם מקמח מלא במחיר שווה לכל נפש, אולם במועד סיום ביקורת המעקב בדצמבר 2010 התכנית הייתה מצויה בשלבי תמחור בלבד.

2. העשרה בוויטמינים של לחם לבן, לחם אחיד וחלה : משרד הבריאות מסר בנובמבר 2010 כי על פי המלצת תת-הוועדה 2020, הוא החל בהליך של התקנת תקנות המחייבות להעשיר בוויטמינים קמח המיועד לאפיית לחם לבן, לחם אחיד וחלה. במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, טרם הסתיימה התקנת התקנות.

84 סל זה כולל פירות, ירקות, מוצרי חלב דלי שומן, דגים, שמן קנולה, שמן זית, אגוזים, דגנים מלאים, קטניות ולחם בסיסי מחיטה מלאה.

המעקב העלה כי טרם מיושמת התכנית של ייצור לחם מקמח מלא במחיר שווה לכל נפש וטרם הותקנו תקנות המחייבות להעשיר בוויטמינים קמח המיועד לאפיית לחם לבן, לחם אחיד וחלה. משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות להתקין את התקנות בהקדם.

פעולות הרשויות המקומיות ומרכז השלטון המקומי למניעת ההשמנה

מרכז השלטון המקומי הוא עמותה רשומה המאגדת את העיריות ואת המועצות המקומיות בישראל. במרכז חברות 77 עיריות ו-127 מועצות מקומיות, ובסך הכול 204 מ-256 הרשויות בארץ. 52 המועצות האזוריות אינן מאוגדות במרכז⁸⁵, אולם בנושאים מסוימים הן משתפות עמו פעולה. מרכז השלטון המקומי משמש, על פי התקנון שלו, מדריך ומכוון של הרשויות המקומיות החברות בו. תפקידו לייצג רשויות אלה כלפי הכנסת, הממשלה ומוסדות וארגונים אחרים הנוגעים לשלטון מקומי. מרכז השלטון המקומי הוא גם ארגון מעסיקים המייצג את הרשויות המקומיות בכל הנוגע לחתימה על הסכמי עבודה קיבוציים וליישומם.

רשת ערים בריאות

בשנות השמונים של המאה העשרים פיתח ארגון הבריאות העולמי את רעיון "העיר הבריאה" מתוך הכרה בחשיבות תפקידה של הרשות המקומית בשמירה על אורח חיים בריא של הציבור. בשנת 1990 החלה לפעול בישראל "רשת ערים בריאות" (להלן - הרשת), ומשנת 1997 היא הופעלה כיחידת סמך של מרכז השלטון המקומי, ואחת ממטרותיה היא לקדם את בריאות האוכלוסייה. במועד סיום הביקורת היו חברים ברשת משרדי ממשלה (לרבות משרדי הבריאות והחינוך), 49 רשויות מקומיות (34 עיריות, עשר מועצות מקומיות וחמש מועצות אזוריות) ומוסדות שונים (הכללית, מכבי, מאוחדת, בית ספר לבריאות הציבור של הדסה והאוניברסיטה העברית ועוד).

בדוח הביקורת הקודם צוין כי רק 41 מ-252 הרשויות שהיו באותה עת הצטרפו לרשת, ורק 22 מהן מקיימות פעילויות לקידום הבריאות, וגם פעילויות אלה כמעט ואינן עוסקות במניעת ההשמנה. בכמה רשויות הוכשרו מסלולי הליכה, אך הרשויות המקומיות כמעט ואינן עוסקות בחינוך לתזונה.

הרשת מלווה ביצוע פרופיל בריאות עירוני⁸⁶ (להלן - פרופיל עירוני) הנעשה על פי קווים מנחים של ארגון הבריאות העולמי. מטרתו לאפיין את מצב הבריאות של האוכלוסייה ואת המאפיינים החברתיים-כלכליים והסביבתיים בעיר, לזהות פערים בבריאות האוכלוסייה ולהכיר את השירותים בעיר ואת מידת השימוש בהם. בפרופיל העירוני נאסף מידע על האוכלוסייה בעזרת סקר הנעשה בשיתוף הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הרשת מעסיקה רכות האחראית לביצוע הסקר בשטח ופעילותה ממומנת בידי הרשויות המכילות את הפרופיל העירוני ובידי קרן מחקר מטעם המלמ"ב.

לאחר הכנת הפרופיל העירוני יש לגבש לעיר תכנית שתקבע אלו מטרות יש להשיג בתחום הבריאות, ובכלל זה בתחום מניעת ההשמנה וקידום אורח חיים בריא, אילו פעולות יש לעשות לשם כך וכיצד אפשר להעריך את הישגי התכנית. יש להכין את התכנית בראייה רב-תחומית הכוללת בין היתר תכנון שבילי הליכה ואופניים, תכנון השימושים שייעשו בקרקע ובמבני ציבור נגישים

85 המועצות האזוריות מאוגדות בארגון נפרד המכונה "מרכז המועצות האזוריות".

86 חוברת הנחיה להכנת פרופיל עירוני כבסיס לתכנון אסטרטגי לפיתוח הבריאות והקיימות - 2010.

לאוכלוסייה לשם עידוד הליכה, מתן אפשרות לכלל התושבים לעשות פעילות גופנית והדרכות בנוגע לתזונה נכונה.

חשיבותה העיקרית של הרשת נובעת מכך שהתכניות שהיא מפעילה מתוכננות, מבוקרות ומנוטרות באופן המאפשר לבדוק את ההישגים ולתקן את התכנית על פיהם. משום כך חשוב שהרשויות יעמדו בהנחיות היסוד של הרשת, ובין היתר שכל אחת מהן תהיה מחויבת לאמץ את העקרונות לפיתוח הבריאות ולפעול לשיפור הגורמים הסביבתיים, החינוכיים, החברתיים והאחרים המשפיעים על בריאות התושבים.⁸⁷

המעקב העלה כי במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, הסתיים השלב הראשון (הכנת הפרופיל העירוני) בחמש ערים בלבד, ורק בשתיים מהן החל דיון בממצאים. בשתי ערים נוספות התחילה הכנת הפרופיל העירוני. מכאן שבפועל על אף ההתקדמות בתחום זה, טרם הופעלה תכנית מלאה ומקיפה למניעת השמנה באף רשות מקומית.

המעקב העלה שהשתתפות הרשויות המקומיות ברשת דלה: רק 49 רשויות מקומיות חברות ברשת, מהן רק 29 הן חברות פעילות⁸⁸, 20 הן חברות באורח רשמי בלבד ואינן פעילות⁸⁹ ושמונה רשויות נוספות הפסיקו את חברותן ברשת⁹⁰.

יצוין כי יש רשויות המבצעות פרויקטים נקודתיים הכוללים פעולות למניעת ההשמנה בלי להכין תכנית כוללת ושלא במסגרת הרשת. הרשת מממנת את הפרויקטים אם הרשות עומדת בתנאים שנקבעו. בשנת 2010 מימנה הרשת פרויקטים לשבע מ-29 הרשויות הפעילות לאחר שעמדו בתנאים שנקבעו. אף על פי שכל פעילות למניעת השמנה מבורכת, חשוב שהפעולות ישתלבו במתכונת שקבעה הרשת, וכך ייגזרו הפעולות מתכנית מקיפה ומלאה של היישוב ויבוקרו במערכת לבקרה ולניטור של ההישגים.

הצטרפות רשויות לרשת תלוי בהסכמתן, בסדרי העדיפויות שלהן, ביכולתן ובמוכנותן להשקיע בכך משאבים. גם ברשויות הפועלות בנושא עיר בריאה קצב העבודה תלוי בסדרי העדיפויות של הרשות, והעבודה בנושא מתעכבת בכל מערכת בחירות כשבעלי התפקידים מתחלפים.

לדעת משרד מבקר המדינה, בנסיבות האלה ייתכן שברשויות שמצבן הכלכלי גרוע לא תופעל התכנית, אף שדווקא בהן הצורך בפעולות למניעת השמנה חיוני יותר. לפיכך, על המרכז לשלטון מקומי לבחון דרכים לעודד רשויות להצטרף לפעילות ברשת.

87 המדריך לעיר פעילה, תקציר, אוקטובר 2010, באתר רשת ערים בריאות בישראל www.healthycities.co.il.

88 ואלה הרשויות הפעילות ברשת: אוס אל-פרח, אריאל, אשדוד, באר שבע, בית שמש, דימונה, הרצלייה, חולון, חיפה, ירוחם, ירושלים, כפר סבא, המועצה האזורית גולן, המועצה האזורית גליל עליון, המועצה האזורית לב השרון, המועצה האזורית עמק הירדן, מודיעין-מכבים-רעות, מודיעין עילית, מעלה אדומים, מעלות-תרשיחא, נס ציונה, פתח תקווה, קריית ביאליק, קריית גת, ראשון לציון, רהט, רמלה, שהם, תל אביב-יפו.

89 ואלה הרשויות החברות ברשת אך אינן פעילות: אילת, אשקלון, טירת כרמל, יפיע, כאוכב אבו אל היג'א, כפר ברא, כרמיאל, להבים, לוד, המועצה האזורית גזר, נצרת, נתניה, סחי'נין, עיר הכרמל, קציר חריש, קריית אתא, קריית יערים, קריית מוצקין, קריית שמונה, רמת השרון.

90 ואלה הרשויות שהפסיקו את חברותן ברשת: גבעת שמואל, גן יבנה, ג'סר-אל-זוקא, כפר נחף, כפר קמא, נצרת עילית, קריית טבעון, קרני שומרון.

פעילות הרשויות המקומיות למניעת השמנה

הרשויות המקומיות מופקדות על שמירת בריאות התושבים בתחומים שונים של בריאות הציבור (כגון זיהום אוויר ומפגעים ציבוריים). אולם בתחומים הנוגעים לשמירה על אורח חיים בריא, כגון מניעת השמנה ועיסוק בפעילות גופנית, אין חוק המחייב את הרשויות לפעול. עם זאת, הרצון לשפר את המודעות לנוקי ההשמנה כבר הביא רשויות מקומיות בעולם ובארץ להתחיל לפעול בתחום זה.

בדוח כוח המשימה, בדוח תת-הוועדה 2020 ובתכנית הלאומית ניתנו המלצות להתערבות ברשויות המקומיות ובמקומות עבודה בכמה דרכים: להכין תכניות להגדלת שיעור השטח הציבורי, הקהילתי והאזורי שאפשר לעשות בו פעילות גופנית בשעות הפנאי; להגדיל את כמות מתקני הספורט, שבילי ההליכה ושבילי האופניים שאפשר לעשות בהם פעילות גופנית; לחוקק חוק המחייב להכין מסלולים בטוחים להליכה ולרכיבה על אופניים; לתכנן את הבנייה והסביבה הציבורית באופן שיעודד פעילות גופנית; לחייב את העוסקים בפיתוח פרויקטים חדשים למגורים לכלול בהם מתקנים להפעלה גופנית בשעות הפנאי, ובהם מגרשי ספורט, גני שעשועים וחלקות ציבוריות לגינות; להגביר את הנגישות למקומות שבהם אפשר לעשות פעילות גופנית במסגרות כגון מקומות עבודה, אוניברסיטאות, משרדי ממשלה וקהילות שרמת הכנסתן נמוכה; להציב שלטים לצד מדרגות כדי לעודד עלייה בהן במקום במעלית; ליישם את הסעיף בחוק הספורט, התשמ"ח-1988, המחייב רשות מקומית לאפשר פעילות גופנית במתקני ספורט הנמצאים בתחומה בשעות שבהן הם אינם בשימוש.

משרד מבקר המדינה פנה למרכז השלטון המקומי וביקש לקבל מידע על פעולות שעושות הרשויות לשם הגברת המודעות למניעת השמנה ולשיפור התזונה, הקמת תשתיות לפעילות גופנית בתחומן וסבסוד חוגי ספורט. 23 מהרשויות החברות ברשת, שהן פחות מ-10% מהרשויות במדינה, השיבו למשרד מבקר המדינה.

מהמידע שסיפקו 23 הרשויות המקומיות עולה כי מאז הביקורת הקודמת עלתה מודעותן ליכולתן להשפיע על הרגלי התושבים וכן מודעותן לחשיבות הנושא, והן אף החלו לפעול בתחומים האמורים, אולם היקף הפעולות שלהן עדיין קטן. למשל, רק שתי רשויות מקיימות הרצאות בנושא תזונה ותכניות לשיפור התזונה עבור תושביהן, ורק 11 רשויות מסבסדות חוגי ספורט למבוגרים. משרד מבקר המדינה מציין כי הרשויות טרם הכינו והפעילו תכניות כוללות בתחום אורח חיים בריא, ומאחר שהן טרם ביצעו פרופיל עירוני, אי-אפשר לדעת מהו היקף הצרכים בתחומים המקדמים אורח חיים בריא ומונעים השמנה.



אמנם מרכז השלטון המקומי פעל בתחום מניעת ההשמנה באמצעות הרשת, אך רק 49 מ-256 הרשויות בארץ הצטרפו לרשת ורק ב-23 מהן מתקיימת פעילות בנושא מניעת השמנה. זאת ועוד, אף שקיימת תכנית להפיכת הרשויות לערים בריאות, מספר הרשויות שהחלו להשתתף בתהליך זה מועט - חמש רשויות בלבד סיימו הכנת פרופיל עירוני, ומהן שתיים החלו לדון בממצאים ושתיים נוספות החלו בהכנת הפרופיל העירוני. על הרשויות המקומיות להציב לעצמן כמטרה לקדם את מניעת ההשמנה ולפעול לשיפור בריאות תושביהן בסיוע הכלים שמעמיד לשם כך מרכז השלטון המקומי.

פעולות צה"ל לקידום אורח חיים בריא

שמירה על אורח חיים בריא ומניעת השמנה חשובות במיוחד בצה"ל מפני שלחלק ניכר ממשימות החיילים נחוץ כושר גופני. לצה"ל אחריות למניעת השמנה של חייליו הן בקבע והן בסדיר, והדבר חשוב לא רק לבריאותם אלא גם לשיפור תפקודם.

תכנון כולל בתחום מניעת ההשמנה

בצה"ל יש כמה גורמים העוסקים בתחומים הנוגעים למניעת השמנה: ענף בריאות הצבא במפקדת קצין רפואה ראשי (להלן - מקרפ"ר), הממונה בין היתר על רפואה מונעת, לרבות מניעת השמנה; מחלקת ציוד לוגיסטי באגף טכנולוגיה ולוגיסטיקה (להלן - אט"ל), ובתוכה ענף מזון הקובע מדיניות בתחום המזון וקובע את "לוחות המזון" - הרכבן התזונתי של הארוחות ופריטי המזון שיירכשו; קצין לוגיסטיקה ראשי (להלן - קל"ר), המפקח על המזון המוגש לחיילים ועל פעולות ההדרכה של הטבחים; מרכז כושר קרבי, הממונה על הכושר הגופני של החיילים ועל פרויקט "בסיס בריא" (ראו להלן).

לאור ריבוי הגורמים העוסקים בהשמנה חשוב שגורמים אלה יעשו עבודת מטה משותפת, שבה יכינו תכנית מקיפה למניעת ההשמנה, לרבות מעקב אחר מידת המימוש של התכנית ואחר הישגיה. חשוב גם שתכנית כזאת תרוכז בידי גוף אחד או מינהלה המשותפת לכל הגורמים.

המעקב אמנם העלה כי חלה התקדמות בפעילות צה"ל בתחום זה מאז הביקורת הקודמת, בעיקר בהפעלת הפרויקט הניסיוני "בסיס בריא" כפי שיפורט בהמשך. עם זאת, צה"ל עדיין לא עשה עבודת מטה המשותפת לכלל הגורמים בצבא כדי להכין תכנית כוללת שתהיה מקובלת עליהם (דוגמת התכנית הלאומית של משרד הבריאות המשותפת לכמה משרדים). צה"ל גם לא הציב יעדים לכלל הצבא, ולמותר לציין כי לא קבע לוחות זמנים לעמידה בהם. אין בצה"ל גורם אחד המרכז את הטיפול במניעת ההשמנה, ועל כן כל אחד מהגורמים פועל בנושא באופן עצמאי.

איתור חיילים הסובלים מהשמנה

מידע אמין ועדכני בעניין מדד BMI של החיילים חיוני כדי שיהיה אפשר להעריך את היקף הבעיה בצה"ל ולאפיין קבוצות אוכלוסייה הדורשות טיפול וכדי להכין תכנית פעולה למאבק בהשמנת החיילים. בביקורת הקודמת עלה כי בצה"ל עדיין אין תשתית של מידע בריאותי על החיילים, לרבות הגובה והמשקל של כלל המשרתים בו. מטבע הדברים, היעדר מידע כזה מונע תכנון כלל-צה"לי וגם מונע איתור חיילים הזקוקים לטיפול.

מדגם שעושה צה"ל בדבר נתוני ה-BMI של 5% מהחיילים המתגייסים לצה"ל ומשתחררים ממנו מלמד כי במהלך השירות הצבאי חלה עלייה במשקל הממוצע של החיילים. לדוגמה, בשנים 2008-2009 14.34% מהחיילים הבנים שהתגייסו סבלו מעודף משקל לעומת 21.68% מהחיילים שהשתחררו, ו-8.81% מהחיילות שהתגייסו סבלו מעודף משקל לעומת 11.84% מהחיילות שהשתחררו; 3.86% מהחיילים שהתגייסו סבלו מהשמנת יתר (BMI גבוה מ-30) לעומת 5.15% מהחיילים שהשתחררו, ו-1.84% מהבנות שהתגייסו סבלו מהשמנת יתר לעומת 2.46% מהחיילות שהשתחררו. צה"ל מסר כי אחוז הסובלים מעודף משקל או השמנה בעת השחרור לעומת אחוז הסובלים מכך בעת הגיוס עלה באופן מתון יותר מאשר בעבר.

1. ממצאי המדגם ממחישים את הצורך לאסוף נתונים על כלל החיילים כדי שיהיה אפשר לאתר חיילים הסובלים מהשמנה ולגבש תכנית פעולה לעצירת מגמה זו, אולם כמפורט בהמשך, הדבר נעשה באופן חלקי בלבד.

2. ערך ה-BMI הוא מדד בסיסי לאיתור הסובלים מהשמנה. אולם מדד זה אינו נותן אבחון מהימן של השמנה מפני שאינו מבדיל בין עודף משקל שמקורו ברקמת השומן לעודף משקל שמקורו ברקמת השריר⁹¹ ואינו מבדיל בין שומן באברים שונים של הגוף ובין השמנה פטנית (השמנה באזור המותניים), הנחשבת מסוכנת יותר. צה"ל מסר כי במסגרת מעקב במרפאה אחר הירידה במשקלם של חיילים המצויים בטיפול נעשית גם מדידת היקף המותניים, המסייעת לחזות מחלות הנובעות מהשמנת יתר.

3. אשר להיקף המידע שבידי צה"ל - במועד הביקורת בספטמבר 2010, ב-82% מהתיקים הממוחשבים של כלל חיילי החובה לא היו נתוני BMI; ל-68% מהחיילים שהתגייסו בשנה האחרונה לא היו נתוני BMI בתיק הרפואי הממוחשב. נוסף על כך, כדי לעקוב אחר מגמת ההשמנה יש למדוד את ה-BMI בשיטות לעתים קרובות, ואין די בנתונים חד-פעמיים, אולם צה"ל לא פעל כך בעניין כלל החיילים בשירות חובה.

4. בכל הנוגע לחיילי הקבע נמצא שבתיקים הממוחשבים של 72% מהם ערך ה-BMI אינו מתועד; נתוני גובה ומשקל אמנם נאספים במרכז לבדיקות תקופתיות של חיילי קבע (להלן - המלכ"ת), שאליו שולח צה"ל את אנשי הקבע שמלאו להם 30, אולם הנתונים אינם מועברים לתיקים הרפואיים אלא נשמרים במאגר נפרד, והדבר מקשה על צה"ל לגבש תכנית אישית ביחידה לחיילי הקבע הסובלים מהשמנה.

5. לעומת חיילים שמלאו להם 30, הנשלחים למלכ"ת לשם מדידת ערך ה-BMI, חיילים שטרם מלאו להם 30 עושים בדיקת BMI רק בעת ביקור מקרי אצל רופאי היחידה, וצה"ל קבע חובה למדוד ערך זה רק פעם אחת עד גיל 30. מדידה זו אקראית, שכן היא נעשית רק אם החייל ביקר אצל רופא היחידה מסיבה אחרת והיא אינה תדירה⁹². נמצא כי צה"ל מנסה לאתר חיילים הסובלים מהשמנה גם במהלך ימי ספורט ובריאות על ידי בדיקת BMI בדוכני הסברה, אך גם פעולה זו היא אקראית ואינה שיטתית. מכאן שצה"ל אינו עושה די הצורך לאתר חיילים שטרם מלאו להם 30 הסובלים מהשמנה.

צה"ל השיב בנובמבר 2010 כי מדידה זו מספקת לחיילים עד גיל 30, ואם נדרשים מעקב וטיפול אישיים ופרטניים, נעשות מדידות בתדירות הנדרשת.

לדעת משרד מבקר המדינה, אין די במדידות אקראיות אצל רופא היחידה, ועל צה"ל לעשות מדידה תקופתית גם לחיילים בקבוצת הגיל הצעירה עד גיל 30.

בדוח הביקורת הקודם צוין כי צה"ל לא יזם פעולות לאיתור חיילים הנתונים בסיכון בריאותי עקב השמנה כדי להכין להם תכנית טיפול וכדי לעקוב אחר מצבם.

91 לדוגמה, אצל העוסקים בפעילות גופנית מסת השריר גדולה יותר ממסת השומן, ולכאורה משקלם אינו יורד ולעתים אף עולה.

92 החל מינואר 2011 חלק ניכר מהחיילים מקבלים טיפול בקופות החולים ולא ביחידות. משרד מבקר המדינה לא בדק אם והיכן נמדד ה-BMI של חיילים אלו.

במעקב נמצא כאמור כי בידי צה"ל מאגרי נתונים שונים הכוללים נתוני BMI של חלק מהחיילים בלבד. משום כך לא ניתח צה"ל את נתוני ה-BMI ולא אבחן קבוצות שונות של חיילים הסובלים מהשמנה; בהיעדר פעולות אלה, קשה מאוד לאתר חיילים הסובלים מהשמנה, להסיק מסקנות מערכתיות, לגבש תכניות פעולה לטיפול בקבוצות חיילים אלה ולהקצות משאבים על פי היקף הבעיה בכל בסיס.

בנובמבר 2010, במהלך הביקורת, דיווח צה"ל כי הטמיע מערכת להעברת המידע שנאסף בלשכות הגיוס אל התיק הרפואי, ושיעור החיילים שנתוני ה-BMI שלהם מעודכנים בתיק הרפואי נמצא במגמת עלייה.

פרויקט "בסיס בריא"

בדוח הקודם נמצא כי צה"ל לא העריך את השפעתן ויעילותן של תכניות שהכינו גורמי רפואה וכושר קרבי לשיפור בריאותם של משרתי הקבע. בעקבות זאת החל צה"ל בנובמבר 2008 להפעיל תכנית ניסיונית ששמה "בסיס בריא" ב-70 יחידות. לפי תכנית הפרויקט, האוכלוסייה תחולק על פי אמות מידה שונות, כגון אנשים הזקוקים להרוזיה וגמילה מעישון. לכל בסיס תוצמד דיאטנית שתכניס שינויים בתפריטי המזון, תטפל טיפול אישי וקבוצתי בתזונה נכונה במשרתי קבע בעלי BMI גבוה מ-27, תכין תכנית לפעילות גופנית אישית וקבוצתית הקובעת יעדים בתחום הכושר הגופני על פי אופי היחידה, ותבדוק אם היחידה עמדה ביעדים על ידי בדיקת הכושר הגופני במהלך השנה. בד בבד עם ביצוע הפרויקט ייעשה מחקר שיבחן את מידת הצלחתו, את השפעתם של תכניות פעילות גופנית ושינוי תזונתי על מדדים בריאותיים ופיזיולוגיים ואת שינוי דפוסי ההתנהגות של הנחקרים.

המעקב העלה כי אף על פי שהמחקר החל בד בבד עם הפרויקט, צה"ל עדיין מגדיר את הפעילות כשלב ראשוני של איסוף נתונים, לא הוכן דוח התקדמות כלשהו, ולו ביחידה אחת מבין 70 היחידות, ולמותר לציין כי טרם הופקו לקחים ומסקנות כלשהם.

צה"ל השיב בנובמבר 2010 כי המחקר אכן נתון בשלבי עיבוד, מפני שהאוכלוסייה מתחלפת בכל כמה חודשים, והדבר מקשה את המעקב השנתי.

משרד מבקר המדינה מעיר כי תחלופת החיילים הייתה ידועה בעת הכנת התכנית, ולכן היה על צה"ל להביא את הדבר בחשבון מראש.

מערך ההזנה בצה"ל

ענף המזון בצה"ל הוא הגוף הממונה על הכנת לוחות המזון המגדירים את צורכי התזונה של החיילים במונחי רכיבי המזון (חומרי גלם). לוחות המזון מותאמים לצרכים התזונתיים של קבוצות האוכלוסייה בצה"ל על פי מאפייני הפעילות של היחידה וצורכי התזונה הייחודיים שלה. יחידות צה"ל צריכות לעמוד בתפריט החובה הצה"לי, וקל"ר הוא הממונה ומפקח עליו ועושה ביקורת מטבחים. צה"ל עמד על כך שחלק מהמזון המוגש לחיילים אינו מתאים לאורח חיים בריא, ולכן גיבש קל"ר הנחיות בדבר "בישול בריא ביחידות צה"ל". ב-2010 החל צה"ל לרכוש מוצרים בריאים שיאפשרו בישול בריא יותר, כגון בצק ללא שומן טרנס, שמן קנולה, קמח מלא, קוסקוס מלא, מיונו מופחת שומן וטחינה מלאה. בשנת 2011 מתוכנן גידול ברכש זה מבחינת מגוון המזון והיקפו.

במועד סיום המעקב, בדצמבר 2010, טרם אישר קל"ר את ההנחיות שגיבש והן אינן מיושמות. לפיכך צה"ל עדיין אינו מבשל את המזון לחייליו בשיטות בישול בריאות. אמנם צה"ל החל כאמור לרכוש חומרי גלם בריאים, אולם אין די בכך כל עוד ההנחיות בדבר בישול בריא אינן מיושמות עבור כלל האוכלוסיות המשרתות בכל היחידות, ובכלל זה ההנחיות המחייבות הדרכה בדבר שימוש בחומרי גלם על ידי שיטות בישול בריאות, הגבלת תדירות הטיגון בשמן, הסרת שומן עודף מתבשילים וכו'.

צה"ל השיב בנובמבר 2010 כי הוראות קל"ר ייכנסו לתוקף באמצע 2011, וכי ב-2010 החל חיל לוגיסטיקה להדריך טבחים בתחום הבישול הבריא, והוא עושה ביקורות תזונה ומטפל בליקויים.

פרויקט "קשת טעמים"

בדוח הביקורת הקודם צוין כי צה"ל לא הקים מערכת מרכזית לפיקוח על המזון המסופק לחיילים ולבקרתי, כי בארוחות הניתנות בצה"ל עדיין יש מוצרים רבים שאינם בריאים, וכי האחראים לתזונה בבסיסים אינם ערים דיים לחשיבותה של תזונה נכונה.

נמצא כי ב-25 יחידות עורפיות ובסיסי הדרכה באזור המרכז (שבהם כ-28,000 חיילים) נעשתה תכנית ניסיונית - פרויקט מיקור חוץ של מערך ההזנה שבמסגרתו מספקת חברה חיצונית את הארוחות לחיילים (להלן - פרויקט קשת טעמים). חלק מ-25 היחידות משתתפות גם בפרויקט "בסיס בריא", ולכן יש חפיפה חלקית בין הפרויקטים. את הדרישות התזונתיות בפרויקט קשת טעמים הגדיר צה"ל⁹³, והן הותאמו לצורכי הצבא בארץ ולרמת הפעילות של החיילים (אוכלוסיות העושות מאמץ נמוך ובינוני לעומת אוכלוסיות העושות מאמץ גבוה וגבוה מאוד), לרבות הגדרת כמות הקלוריות, הסידן והשומן. את הניתוח התזונתי עשתה תזונאית עבור החברה החיצונית. מדור קשת טעמים שבמרכז המזון הוא המוודא כי הבסיסים עומדים בתפריט היומי של הפרויקט.

מכאן ששינוי מהותי בתזונת החיילים נעשה רק במסגרת פרויקט קשת טעמים ורק בחלק מיחידות צה"ל (25 יחידות בלבד, שבהן כ-28,000 חיילים). המעקב העלה כי צה"ל אינו מתכוון להפעיל את הפרויקט בשאר בסיסי צה"ל.

בנובמבר 2011 מסר צה"ל כי בשלב זה הוא אינו מתכוון להרחיב את פרויקט קשת טעמים. יחידות צה"ל שאינן נכללות בפרויקט ניוזנות על פי לוחות המזון הנותנים מענה מהבחינה התזונתית ומותאמים לאופי פעילות היחידה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על צה"ל להסיק מסקנות בעניין התועלת שבפרויקט - אם יימצא שהוא מקדם אורח חיים בריא, יש להשתמש בו ככלי לעידוד אורח חיים בריא ולמניעת השמנה, ואם לאו - יש להפעיל בבסיסים אלה חלופה שתשיג מטרה זו.

93 צה"ל הגדיר על פי ה-MRDA-Military Recommended Daily Allowance - לוחות המזון שנקבעו לצבא ארצות הברית ובהתאמה להנחיות לתזונה נכונה של משרד הבריאות; Dietary Guidelines for Americans - ה-NCEP - National Cholesterol Education Program- (1995).

הפיקוח על המזון הנמכר בבסיסי צה"ל

חלק חשוב בתכניות למניעת השמנה ולשמירה על אורח חיים בריא הוא סילוק מזון ושתייה שאינם בריאים, הזמינים לחיילים בין זמני הארוחות והספקת תחליפי מזון מקדם בריאות (בדומה לאמור בהמלצות שהובאו בחזור משרד החינוך בעניין בתי הספר - ראו לעיל). המזון הלא בריא נמכר בעיקר במכונות אוטומטיות ובחנויות ("שק"מיות") הפועלות בתחומי הבסיסים ומוכרות, בין היתר, ממתקים, שתייה מתוקה ומוצרי מאפה כמו בורקס ועוגות. צרכני השק"מיות והמכונות הם לעתים "אוכלוסייה שבויה" - חיילים בבסיסים סגורים של צה"ל שאין עומדות לרשותם חלופות לפיתויים שמעמידה שק"מית בבסיס.

בבסיסי צה"ל נמכרים מוצרי מזון ושתייה התורמים להשמנה. הביקורת העלתה כי צה"ל אינו עושה ביקורות בדבר איכות המזון בשק"מיות והערך התזונתי של המוצרים הנמכרים במכונות האוטומטיות. לא נמצאו מסמכים המעידים כי צה"ל עשה עבודת מטה בתחום זה וכי פעל להוצאת מזון לא בריא מבסיסיו ולהחלפתו במזון בריא. הדבר פוגע במאבק בהשמנה ובניסיון להקנות אורח חיים בריא לחיילי צה"ל. לדעת משרד מבקר המדינה, בתום תקופת החוזים עם הזכיינים, על צה"ל לקבוע סייגים ומגבלות שיחייבו את הזכיינים בנוגע למכירת מזון משמין.

כושר גופני בצה"ל

כאמור, אחד משני התחומים העיקריים שעליהם נשען אורח חיים בריא הוא פעילות גופנית, וזו חשובה במיוחד בצה"ל, שכן חלק ניכר ממשיותו מחייבת כושר גופני. על כן חשוב שצה"ל יפעל להעלאת הכושר הגופני של משרתי החובה והקבע, בין שהם עוסקים בפעילות קרבית ובין שהם משרתים בבסיסים עורפיים. לשם תכנון וביצוע של פעילות בתחום זה יש לבחון את שיעור הפעילות הגופנית בקרב החיילים. בסקר שביצע מרכז כושר קרבי בצה"ל בחיילי קבע ב-2003 נמצא כי 60% מהחיילים עוסקים בפעילות גופנית באופן קבוע, ובסקר מ-2009 נרשמה עלייה בעוסקים בפעילות גופנית מ-60% ל-66%.

המעקב העלה כי במועד הביקורת עשה צה"ל סקרים בנושא הרגלי הפעילות הגופנית של משרתי הקבע בלבד ולא של חיילי החובה. מהסקרים עולה שצה"ל אכן פעל להגברת הפעילות הגופנית של משרתי הקבע, ולכאורה פעילותו נשאה פרי.

צה"ל מסר למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי חיילי החובה במערך הלוחם עושים שלושה עד חמישה אימונים גופניים בשבוע, ובמערך תומך הלחימה נעשים שלושה אימונים גופניים בשבוע לחיילים המשובצים בקורסים מקצועיים יותר משלושה שבועות. חיילי המטה והמפקדה מקדישים שעה בשבוע לכושר קרבי ולאומון גופני. עוד נמסר כי מרכז כושר קרבי מתכנן לעשות סקר לבדיקת הרגלי הפעילות הגופנית של חיילי החובה בסוף שנת 2011.

עוד מסר צה"ל כי מחלקת כושר קרבי פועלת להגדיל את מספר התקנים של קצינים ומדריכים לאימון גופני; במועד הביקורת היו בכל צה"ל 414 מדריכי אימון גופני מוסמכים. חלק מהמדריכים הוכשרו לכך נוסף על תפקידם ביחידות הלוחמות; עד שנת 2010 היו בצה"ל 115 חדרי כושר לשימוש החיילים. ב-2010 נבנו 20 חדרי כושר חדשים והותקנו 186 מתקני מתח בשטח. חדרי הכושר ביחידות פתוחים לפעילות גופנית עצמאית של החיילים.

במחלקת כושר קרבי גובשה תכנית חדשה ששמה "אורח חיים בריא", העוסקת בשיפור אורח החיים ב-64 מיחידות צה"ל. בכל יחידה משתתפים 40 חיילים, ובסך הכול משתתפים בתכנית יותר מ-2,500 חיילים. התכנית כוללת פעילות גופנית הנעשית פעמיים בשבוע בעזרת מאמנים ופעם נוספת בסוף השבוע באופן עצמאי. כן כוללת התכנית ייעוץ אישי וסדנת רוזיה לחיילים שמדרגה-BMI שלהם גבוהה מ-28.

סמוך למועד סיום הביקורת, באוקטובר 2010, התקיים בצה"ל דיון בנושא התניית קידום החיילים בעמידה בבוחן כושר גופני. צה"ל מסר למשרד מבקר המדינה כי התעוררו קשיים משפטיים בשל החשש מטענות אפליה שאוכלוסיות מסוימות המתקשות לעבור את הבוחן עלולות להעלות ובשל החשש שמשרתי הקבע לא יקודמו מסיבות שאינן קשורות ליכולתם למלא את תפקידם ושמקצועיות הצבא תיפגע. הומלץ שלא לקבוע תנאי גורף בתחום זה ולהעמיד תנאי זה רק אם יש זיקה בין התפקיד לכושר הגופני הנדרש. הנושא יועלה לפני סגן הרמטכ"ל לקבלת החלטתו.



המעקב העלה כי חלה עלייה במודעות צה"ל לשיפור הכושר הגופני - בעיקר בקרב אנשי הקבע שלו. על צה"ל לפעול להגדלת שיעור החיילים העוסקים בפעילות גופנית בקביעות; על צה"ל לשקול להגדיל את מספר תקני המדריכים לאימון גופני; להגביר את זמינותם של חדרי כושר ומתקני פעילות גופנית; לאתר את החיילים הסובלים מהשמנה ולהגדיל את שיעור השתתפותם בתכנית "אורח חיים בריא" וכן להאריך את משך הזמן שחיילי המטה מקדישים לפעילות גופנית ליותר משעה בשבוע. כמו כן על צה"ל להוריד את אחוז חיילי החובה העולים במשקל במהלך השירות הצבאי.

משטרת ישראל

בדוח הביקורת הקודם צויין כי ב-2004 עשתה המשטרה סקר בעניין בעיות ההשמנה בקרב שוטרים, ובסוף 2004 החלה בפעילויות לקידום בריאות, כגון ימי בריאות וסדנאות להקניית הרגלי תזונה נכונים והרגלי פעילות גופנית, שבהם השתתפו עד אפריל 2007 כ-15,000 מכ-29,000 השוטרים המשרתים במשטרה. כ-80 טבחים הוכשרו, ונחתם חוזה עם יועץ מזון חיצוני כדי לשנות את הרגלי האכילה בחדרי האוכל של המשטרה, את שיטות הבישול ואת התפריטים הנהוגים בהם.

במעקב לא נמצא כי המשטרה בדקה את מגמת ההשמנה לאורך שנים מאז החלה לבצע תכניות לקידום בריאות או ביצעה תכנית להערכת הישגיהן, ועל כן אינה יכולה לקבוע את מידת האפקטיביות שלהן.

נוסף על מדד ה-BMI בודקת המשטרה את מדד שיעור השומן בהרכב הגוף ואת היקף המותניים, המלמד על תכולת השומן הבטנית, שידוע כי היא גורמת לתחלואה גבוהה ובמיוחד לתחלואת לב וכלי דם. המשטרה מסרה בנובמבר 2010 כי על פי מדד ה-BMI, 70.3% מהשוטרים הם בעלי עודף משקל או סובלים מהשמנה, אך על פי מדד אחוזי השומן רק 58.2% מהשוטרים הם בעלי עודף משקל או סובלים מהשמנה. ההבדל (של 12.1%) בין המדדים נובע מכך שמדד אחוזי השומן אינו

רואה במסת שריר גבוהה עודף משקל. אצל נשים כמעט אין הבדל בין המדרים: על פי מדד ה-BMI 44.2% מהשוטרות סובלות מעודף משקל או מהשמנה, ועל פי מדד אחוזי השומן - 45.5% מהשוטרות סובלות מכך. ההבדלים בין נשים לגברים נובעים מכך שנשים עוסקות יותר בפעילות אירובית וגברים בפעילות הבונה שריר.

ביוני 2010 מסרה המשטרה למשרד מבקר המדינה שמשנת 2009 פועלים במערך הרפואה חמישה מרכזים לבריאות השוטר. בין היתר, המרכזים אוספים מידע רפואי על השוטרים ומתעדים את הרגלי חייהם. בסיום הבדיקות מקבלים השוטרים יעוץ אישי, ולשוטרים שממצאי בדיקתם מצריכים זאת מכינים המרכזים תכנית התערבות. בסוף 2009 החלה הקמתו של מערך תזונאות שיתמוך בשוטרים הנתונים בסיכון בריאותי.

לאחר הבדיקות, השוטרים מגיעים למערך הכשירות המבצעית, ומדריכי כושר מתרגמים את המלצות הרופא לתכנית אימון אישית. המשטרה מתירה לשוטרים לעשות פעילות גופנית על חשבון זמן העבודה כשעתיים בשבוע, ומצפה שישלימו שעתיים נוספות בזמנם הפרטי. שוטרים שעיסוקם כרוך בפעילות גופנית אינם רשאים לעשות מבחן כשירות המהווה תנאי לקידום אם לא עשו פעילות גופנית הן במשטרה והן בזמנם הפרטי.

המשטרה מסרה למשרד מבקר המדינה ביולי 2010 כי כבר ב-2001 נכתבו מפרטי מזון, בידי תזונאים, המשלבים פריטי מזון בעלי ערכים תזונתיים עשירים בסיבים תזונתיים ובירקות ודלי שומן⁹⁴ על פי רמת הפעילות של השוטרים. יש בסיסי משטרה שבהם מוגש מזון בידי חברה חיצונית. גורמים במשטרה מבקרים את המזון המוגש מהבחינה התברואתית והתזונתית; מנהלי מטבחים וטבחים נשלחים לכנסים, השתלמויות וקורסים שבהם הם לומדים כיצד לבשל מזון מופחת שומן בעל ערך תזונתי טוב יותר. עם זאת מהמשטרה נמסר כי במטבחים מסוימים עדיין מוגשים מוצרי מאפה שאינם בריאים כגון מלוח וג'חנון, המכילים שומן טרנס בכמות רבה.

המשטרה מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2010 כי תכניות ההתערבות אינן מתמקדות בהורדת המשקל אלא בשינוי הרגלי התזונה והפעילות הגופנית של השוטרים. בעניין תכניות ההתערבות שהחלו ב-2009 בעקבות הקמת המרכזים לבריאות השוטר ומערך התזונאות, יש לבחון שינויים התנהגותיים כשנתיים-שלוש לאחר שהפעולות נעשו; נמצא כי בקרב 100 שוטרים שהשתתפו בסדנאות לשינוי תזונה חלה ירידה במשקל, במדד אחוזי השומן ובהיקף המותניים; עם סיום שנת 2010 יוכל מערך הרפואה לבצע מחקר השוואתי בין הנתונים במרכזים לבריאות השוטר משנת 2010 לאלו משנת 2009. נוסף על כך מערך הרפואה ומחלקת מדעי ההתנהגות במשטרה מתכננים לעשות ב-2011 סקר המתבסס על שאלון דיווח עצמי לבדיקת השינויים באורח חייהם של השוטרים.

ואולם במעקב לא נמצא כי המשטרה בחנה את יעילות השינויים שנעשו מאז 2001 בתפריטי המזון ובמטבחים והסיקה מסקנות בעניינם. לא נמצא כי נעשה מחקר בעניין התוצאות של השינויים שנעשו ולא נבחנה השפעתן של תכניות ההתערבות שבוצעו מסוף 2004. המשטרה לא בחנה את השפעת השינויים על השוטרים, לרבות משקלם, היקף המותניים ואחוזי השומן בגוף, מידת השמירה על המשקל לאורך זמן והתמדתם בפעילות גופנית.

94 ואלה השינויים בתפריטים: הפחתה של בשר מעובד (נקניקיות, המבורגר, קבב); העשרת בר הירקות; הכנסת לחם מחיטה מלאה או משיפון נוסף על הלחם הלבן, אם כי בשל אילוצי תקציב הדבר נעשה באורח חלקי בלבד; שתייה מתוקה ומרגרינה אינן מוגשות עוד; הוגדלה כמות החלבון והוקטנה כמות הפחמימות; הוכנסו לתפריט קינואה, בורגול, קמח מחיטה מלאה, אורז מלא.

ניטור רציף ומקיף של מצב ההשמנה באוכלוסייה

השמנת יתר נחשבת בעולם המערבי לאחד המדדים החשובים לבחינת בריאות האוכלוסייה ולגורם עיקרי במצבי חולי רבים. על פי המלצות כוח המשימה, כדי לתכנן תכניות התערבות שונות לטיפול בהשמנה ולמניעתה, יש לאסוף מידע על מצב הבריאות, אורח החיים, הצריכה התזונתית והפעילות הגופנית של האוכלוסייה. ניטור רציף של מדד ה-BMI של כלל האוכלוסייה חיוני לניתוח סוגי האוכלוסייה הסובלים או העתידים לסבול מהשמנת יתר ולגיבוש תכניות פעולה פרטניות וכלליות למניעת השמנה ולטיפול בסובלים ממנה, לשינוי אורח חייהם, ולהטמעת תזונה נבונה ופעילות גופנית.

עם זאת, ולמרות היותו של מדד ה-BMI מקובל בממסד הרפואי, לדעת מומחים הוא אינו מדד מדויק להשמנה. ערך זה אינו מראה הבדלים בין עודף משקל שמקורו ברקמת השומן לעודף משקל שמקורו ברקמת השריר, כגון בקרב אנשים שריריים. נוסף על כך, כאמור, מדד זה אינו מבדיל בין שומן באיברים שונים של הגוף ובין השמנה בטנית, שידוע כי היא גורמת לתחלואה גבוהה יותר, ובמיוחד לתחלואת לב וכלי דם. ואכן, בעולם המערבי מקובל למדוד גם את היקף המותניים. משרד הבריאות השיב בסיום הביקורת כי הוא ממליץ לכלול בהערכת ההשמנה גם מדידת היקף מותניים.

למשרד יש נתונים מדגמיים בלבד, המתקבלים בסקרים שונים הנעשים אחת לכמה שנים ולא דרך קבע. אחת ההמלצות של כוח המשימה הייתה לחוקק חוק סקרי מצב בריאות, תזונה ופעילות גופנית; כמו כן המליץ הכוח ליחד תקציב ייעודי לסקרי מצב בריאות ותזונה לאומיים (מב"ת) למרכז הלאומי לבקרת מחלות (להלן - מלב"ם)⁹⁵ ולמשרד ולחייבם לעשות ניטור רציף ומקיף של הבריאות והתזונה של האוכלוסייה בכל חמש שנים כדי שיהיה אפשר לתכנן פעולות התערבות אצל הלוקים בעודף משקל⁹⁶.

המעקב העלה שאף על פי שמשרד הבריאות מודע לכך כי יש לשלב בהערכת המשקל גם מדידת היקף מותניים, וכך המליצה לעשות גם תת-הוועדה 2020, לא נמצא כי המשרד הנחה את כלל הגופים העושים מדידות BMI להרחיב את שיטת המדידה ולכלול בה גם מדידת היקף מותניים.

מדידת מצב ההשמנה על ידי קופות החולים

היקף מדידת BMI במבוטחי קופות החולים

המידע שברשות משרד הבריאות על אודות נתוני BMI של האוכלוסייה מקורו בקופות. בדוח הביקורת הקודם צוין כי בדיקת BMI נעשית בקופות בדרך שגרה בעיקר לחולים במחלות כרוניות ולא לכלל המבוטחים.

95 המלב"ם הוקם במשרד הבריאות כדי להציג לקובעי המדיניות במערכת הבריאות מידע מעודכן בתחומי הבריאות השונים שימשם אותם בקבלת החלטות.

96 המלב"ם עשה סקר בריאות לאומי - INHIS - Israel National Health Survey בשנים 2007-2008, וגם סקר "ידע עמדות והתנהגות בריאותית בישראל" KAP-Knowledge Attitude Practice בשנת 2008.

המעקב העלה כי בכללית אין ריכוז של נתוני BMI, והדבר מקשה עליה להסיק מסקנות ולגבש תכניות פעולה לטיפול במבוטחים הסובלים מהשמנה; במכבי יש נתוני BMI של כ-65% מהאוכלוסייה הבוגרת ושל כמחצית מהילדים ובני הנוער; במאוחדת יש נתוני BMI של כמחצית מהמבוטחים; בלאומית יש נתוני BMI רק של כרבע מהאוכלוסייה המבוגרת וכשליש מבני הנוער.

אמנם ניכר שיפור במדידות ה-BMI שעושות הקופות למבוטחיהן, אולם עדיין יש מחסור בנתונים. לפיכך אין בידי הקופות מידע מספיק לתכנון פעולותיהן למניעת השמנה, ובכלל זה הקצאת משאבים על פי היקף הבעיה בסוגי האוכלוסייה ובמחוזות השונים, ופיתוח תכניות אישיות למבוטחים הסובלים מהשמנה.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות ולקופות כי עליהם לפעול למדידת כל המבוטחים כדי לקבל תמונת מצב מלאה של היקפי ההשמנה בארץ, וכך להבטיח מסד נתונים עדכני, מקיף ואיכותי שיאפשר להם לעקוב אחר מצב ההשמנה, מגמותיה והשינויים המתחוללים בה, ויוכל לשמש בסיס לקבלת החלטות. איתור כלל הסובלים מעודף משקל והשמנה יסייע בידי משרד הבריאות והקופות לקדם מניעת מחלות שבהן עתידה לחלות אוכלוסייה זו.

דוח מדדי איכות לרפואת הקהילה

דוח מדדי איכות לרפואת הקהילה (להלן - דוח מדדי האיכות) מופק אחת לשנה על ידי משרד הבריאות⁹⁷ בהשתתפות ארבע הקופות, כדי לעקוב אחר מגמות לאומיות ברמת הטיפול הרפואי ולהעמיד במרכז הדיון הלאומי סוגיות רפואיות בתחום זה. הדוח נוגע לכמה סוגיות, ובנושא ההשמנה הוא עוסק רק במספר המבוטחים שמדד ה-BMI שלהם נמדד, ולא במספר הסובלים מהשמנה מבין אלה שנמדדו נתוניהם.

משרד הבריאות מתגמל את הקופות באמצעות תקציב המחולק להן בהתאם להישגיהן בתחומים שלגביהם נקבעו מדדי איכות לבריאות. התמריץ נועד בין היתר לעודד את הקופות לעשות פעולות בקרב מבוטחיהן לעידוד מניעת ההשמנה ולטיפול בה.

אולם למרות חשיבות הנושא, לא קבע משרד הבריאות אמות מידה להישגיהן של הקופות בתחום זה, והתגמול מחולק רק על פי מספר מדידות ה-BMI ולא על פי הישגים של מניעת השמנה וטיפול בה. מן הראוי להרחיב את המדדים כדי שיכללו גם את הישגי הקופות בהורדת שיעור המבוטחים הסובלים מהשמנה.

משרד הבריאות השיב כי ב-2011 הוא מתכנן לדרוש מהקופות נתונים על מדדי משקל וגובה כדי לקבל תמונה לאומית על מצב ההשמנה, אף שהמידע בקופות אינו מלא ועלול שלא להיות מייצג.

97 תכנית המרכזת מארבע הקופות נתונים של 30 מדדי איכות מוסכמים עבור כלל אוכלוסיית המבוטחים ועבור קבוצות אוכלוסייה שונות, כגון קבוצות גיל ומצב חברתי-כלכלי ומתגמלת את קופות החולים בהתאם ליעדים מוסכמים. הצגת המדד על פי קבוצות אלה נועדה להדגיש, בין היתר, הבדלים באיכות הטיפול בין הקבוצות.

מדידת BMI במוסדות החינוך

אבחון מדויק של ילדים בעלי עודף משקל מחייב מדידות תקופתיות של מדד ה-BMI על פי בדיקת האחוזונים של היחס בין מסת הגוף לגיל⁹⁸. מידע זה חשוב גם מפני שהוא משמש בסיס להכנת תכניות התערבות ליישובים ולבתי ספר ולקביעת סדר עדיפויות ליישומן על פי חומרת התופעה. האגודה למען שירותי בריאות הציבור סיפקה שירותי בריאות בבתי הספר עד 2010, ובהנחיית משרד הבריאות⁹⁹ מדדה את קומתם ומשקלם של תלמידי כיתות א', ג', ה', ז' ו-ט'. נקבע שתוצאה חריגה תימסר להורים כדי שיפנו לרופא המטפל. משרד הבריאות מסר כי נתוני הגובה והמשקל של התלמידים בכ-50% מבתי הספר נותחו על ידי האגודה ודווח עליהם למשרד. נוסף על כך דרש משרד הבריאות כי החברה תחשב את ערך ה-BMI של התלמידים באופן ידני, ועל פי הצורך תמליץ להורים לפנות לרופא, והדבר נעשה לגבי כ-50% מהתלמידים.

הספק החדש שזכה במכרז להספקת שירותי בריאות לתלמיד התחייב לשפר את הזרמת הנתונים למשרד באמצעות שימוש במערכת מחשב שתעביר את נתוני המשקל והגובה של התלמידים באופן ממוחשב ואוטומטי למשרד, תסכם את התוצאות על פי חלוקה לכיתות ותעביר אותן להנהלת בית הספר כדי שזו תוכל להכין תכנית התערבות ומניעה על פי הצורך.

המעקב העלה כי משרד הבריאות הטיל ספק במהימנות הנתונים לשנים 2008-2010 שהעבירה לו האגודה למען שירותי בריאות הציבור על שיעור הילדים הסובלים מהשמנת יתר (BMI גדול מהאחוזון ה-95). אף שעל פי עמדת משרד הבריאות אי-בהירות בנתון זה או אחר אינה מבטלת את הצורך בהכנת תכניות התערבות, לא נמצא כי משרד הבריאות השתמש בנתונים שקיבל להכנת תכניות התערבות נקודתיות למוסדות חינוך על פי ממדי ההשמנה שנמצאו בהם.

יצוין כי אוכלוסיית התלמידים בבתי הספר נמדדת גם בקופות החולים, אולם שלא כבתי הספר, לקופות אין נתונים על כלל התלמידים. הנתונים הנאספים בבתי הספר והנתונים הנאספים בקופות נשמרים במאגרים נפרדים. על משרד הבריאות והקופות לבחון את האפשרות לחלוק את המידע שבמאגרי הנתונים כדי שיוכלו להשתמש בהם ולהסיק מסקנות בעניין מוקדי סיכון, לקבוע תכניות פעולה ולבקש את יעילותן לאורך זמן. כמו כן על משרד הבריאות והקופות לתת דעתם למדידות הכפולות ולהקצאה המיותרת של משאבי זמן של רופא ואחות.

משרד הבריאות השיב בנובמבר 2010 כי הוא צופה להפעיל בשנת הלימודים התשע"א (ספטמבר 2010 - אוגוסט 2011) מערך ממוחשב לרישום התוצאות של מדידת התלמידים שיוכל לשמש לצורכי מעקב.



98 מחקרים הראו כי רק 20% מהילדים שיש להם עודף משקל ורק כ-50% מהילדים המוגדרים כלוקים בהשמנת יתר אכן אובחנו. ראו גל דובנוב-רוז, אליוט בארי ונעמה קונסטנטיני "השמנת ילדים - הגדרה, מניעה וטיפול", הרפואה, כרך 148, חוברת 12, דצמבר 2009, עמ' 831 הערות שוליים 14-16.

99 ראו גם במחקר של מרכז המחקר והמידע של הכנסת מ-18.6.09, "השמנת יתר ועודף משקל", שבו מובא דוח שירותי בריאות התלמיד - סיכום הפעילות בשנת הלימודים התשס"ח ובשנתון הסטטיסטי "ילדים בישראל" לשנת 2008.

קיים שיפור במדידת ה-BMI במסגרת הקופות ומוסדות החינוך מאז הביקורת הקודמת ואולם בניגוד להמלצות של ועדות שעסקו בנושא, עדיין אין בידי משרד הבריאות מאגר נתונים אמין ומידע ניהולי המאפשרים להציג הערכת מצב מדויקת בנוגע להשמנת האוכלוסייה הבוגרת וזאת במטרה שתוכן תכנית התערבות יעילה וממוקדת לטיפול בהשמנת האוכלוסייה.

סיכום

משרד הבריאות הכין תכנית לאומית שעניינה אורח חיים בריא ומניעת השמנה. אף על פי שחלפו כמה מועדים שקבע משרד הבריאות לסיום הטיפול בתכנית, רק בנובמבר 2010 הוצגה התכנית למשרד ראש הממשלה, ובמועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, היא טרם אושרה בממשלה וטרם הוקצו משאבים לביצועה. בשל העיכוב, המלצות רבות של הוועדות שעסקו בנושא מניעת ההשמנה אינן מיושמות, לרבות המלצות לביצוע פעולות הנהוגות במדינות רבות בעולם. הפעילות הנעשית בשטח מועטה בהתחשב בצרכים ומבזורת, ואינה מתואמת בידי גורם אחד.

על משרד החינוך, בשיתוף הרשויות המקומיות ומשרד הבריאות להסדיר בחקיקה את האיסור למכור מזון ומשקאות עתירי קלוריות במוסדות חינוך. במועד הביקורת הנושא הוסדר רק בחוזר משרד החינוך, אך זה אינו נאכף, ובמוסדות החינוך נמכרים מוצרי מזון ומשקאות ממותקים, מזיקים ומשמינים. עד שתושלם החקיקה בעניין זה, על הרשויות המקומיות ומשרד החינוך לשתף פעולה לשם פיקוח על הקיוסקים, המכונות האוטומטיות, המזנונים והקפטריות שבמוסדות החינוך ועל יישום החוזר. על הרשויות המקומיות שבתחומן הם פועלים להתנות את המשך השכרתם בעמידה בדרישות החוזר.

על משרד החינוך להרחיב את הפעלת התכניות למאבק בתופעת ההשמנה לכל מוסדות החינוך בארץ; עוד עליו לפעול לשינוי הרגלים והקניית ידע בנושא תזונה, ולהטמעת פעילות גופנית ואורח חיים בריא באמצעות תכניות הלימודים במהלך כל שנות הלימוד; נמצא כי חלק מהתלמידים הלומדים יום לימודים ארוך במסגרת "אופק חדש" אינם מקבלים ארוחה יומית בבית הספר. לפיכך על משרד החינוך להחליט על הדרך שבה יוזנו תלמידים אלו, בין בשילובם בתכנית ההזנה ובין בדרך אחרת. על משרדי החינוך והבריאות להבטיח את קיומה של בקרה תזונתית על הארוחות המוגשות לתלמידים במוסדות החינוך; על משרד החינוך להוסיף שעות חינוך גופני למערכת ולעשות צעדים מהותיים לקידום נושא הפעילות הגופנית במוסדות החינוך, ובכלל זאת לנצל כראוי את הזמן המוקצה לה כיום.

על משרדי הבריאות והתמ"ת לפעול להסדרת הפרסום והשיווק של מזון הגורם לנזק בריאותי המכונים לילדים. במועד סיום הביקורת, דצמבר 2010, ההסדרה העצמית על ידי קוד אתי לא יצאה אל הפועל והילדים אינם מוגנים מפני פרסום מוצרי מזון העלולים לגרום להשמנה. על המשרדים לוודא כי כללי ההסדרה העצמית יגובשו בהקדם וינתן בהם משקל רב לבריאותם של הילדים יותר מאשר לאינטרס הכלכלי של יצרני המזון. אם לא יגובשו כללי הסדרה עצמית או שאלו לא ישיגו את התוצאה הנדרשת, על המשרדים ליזום חקיקה בנושא.

על משרד הבריאות לפעול כדי שהוועדה לסימון תזונתי תוכל לקדם יותר נושאים, להגדיר את החסרים בסימון התזונתי ואת הנושאים שעליה לקדם, לקבוע סדר עדיפויות ולהכין תכנית עבודה. על משרד הבריאות לשקול יישום ההמלצות בעניין הוספת הרישום של הסיבים התזונתיים על אריזות המזון; לקדם את התכנית הלאומית להפחתת צריכת המלח; לפעול להתקנת תקנות המחייבות להעשיר בוויטמינים קמח המיועד לאפיית לחם לבן, לחם אחיד וחלה; ולהתקין תקנות לסימון סוכרים במזון ארוז מראש על פי הצעת חוק בנושא.

על משרד הבריאות לקדם הכנסת ייעוץ לפעילות גופנית לסל שירותי הבריאות ומתן ייעוץ תזונתי לאוכלוסיות בסיכון; על הקופות לשקול לתת ייעוצים אלו גם אם אינם כלולים בסל.

על משרד הבריאות, בשיתוף הקופות, לקבוע מבחנים על פיהם יחלקו את התקציב שנקבע לשנים 2011-2013 בין הקופות על פי מדדי איכות שנקבעו במטרה לקדם בריאות ולמנוע השמנה; עליהם לבחון גם מתן תמריצים שיעודדו את המבוטחים להפחית ממשקלם, לשמור עליו ולעשות פעילות גופנית; כמו כן על משרד הבריאות ורשות המסים לבחון באמצעות ועדה מקצועית אם הטלת מסים על מזונות משמינים יכולה לשנות את הרגלי צריכת המזון של האוכלוסייה.

אין בידי משרד הבריאות והקופות מסד נתונים מלא המאפשר להם לתכנן תכניות לטיפול בהשמנת האוכלוסייה או להציג הערכת מצב מדויקת בנוגע להשמנת האוכלוסייה. על משרד הבריאות והקופות להוסיף לפעול למדידת מרבית האוכלוסייה ולאסוף נתונים שיאפשרו להם לעקוב אחר מצב ההשמנה, מגמותיה והשינויים המתחוללים בה. כדי להכין תכניות ולהקצות משאבים לטיפול בהשמנה ולמניעתה בקרב מבוטחי הקופות, על כל קופה לאסוף מידע בנושא ולמפות את צורכי המבוטחים, להכין תכנית כוללת, להציב יעדים ולבדוק אם עמדה בהם, ולבחון את יעילותן וכדאיותן של תכניות שכבר יצאו אל הפועל. ראוי כי נתוני ה-BMI של תלמידי בתי הספר ישמשו את משרד הבריאות להכנת תכניות התערבות לטיפול בילדים הסובלים מהשמנה.

משרד מבקר המדינה ציין כי מאחר שרק חלק קטן מהמנותחים ניתוחים בריאטריים מגיעים למעקב לאחר הניתוח, אין בידי משרד הבריאות מידע בעניין מידת החלמתם ומצבם הרפואי, לרבות השמירה על המשקל, מצבם התזונתי ורמת ספיגת המזון בגופם. על משרד הבריאות לעקוב אחר המנותחים בקביעות ולבדוק כיצד אפשר להבטיח שהמנותחים יהיו במעקב רפואי כדי לבחון את יעילות הניתוחים ולהסיק מסקנות בעניין כדאיותם.

השתתפות הרשויות המקומיות ב"רשת ערים בריאות" שאחת ממטרותיה לקדם את בריאות האוכלוסייה דלה, ורק 29 מ-256 רשויות הן חברות פעילות ברשת; אף אחת מהרשויות המקומיות לא הפעילה תכנית מלאה ומקיפה למניעת השמנה.

על צה"ל לעשות עבודת מטה המשותפת לכלל הגורמים העוסקים בהשמנה בצבא כדי להכין תכנית כוללת למניעת השמנה. עליו לרכז את הטיפול במניעת ההשמנה בידי גורם אחד; להציב יעדים ולקבוע לוחות זמנים לעמידה בהם.

בידי צה"ל מאגרי נתונים שונים הכוללים נתוני BMI של חלק מהחיילים. על צה"ל ליצור מאגר נתונים מקיף ומרוכז הכולל נתוני BMI של כלל החיילים כדי שיוכל לנתחם ולאבחן קבוצות חיילים הסובלים מהשמנה, להסיק מסקנות מערכתיות, לגבש תכניות פעולה לטיפול בחיילים אלה ולהקצות משאבים על פי היקף הבעיה בכל בסיס.

על צה"ל לאשר בהקדם את ההנחיות לבישול בריא ביחידותיו ולהפעילן הלכה למעשה. בתום תקופת החזים עם הזכיינים המפעילים את השק"מיות ואת המכונות האוטומטיות שבבסיסו, על צה"ל לקבוע סייגים ומגבלות בנוגע למכירת מזון משמין שיחייבו את הזכיינים כתנאי לחידוש החוזים עמם.

על צה"ל לפעול להגדלת שיעור החיילים המתאמנים בקביעות ולהאריך את משך הפעילות; עליו לבחון את האפשרות להגדיל את מספר התקנים של מדריכי אימון גופני; להרחיב את זמינותם של חדרי כושר ומתקני פעילות גופנית; להגדיל את שיעור ההשתתפות של חיילים הסובלים מהשמנה בתכנית "אורח חיים בריא".

על המשטרה לפעול להערכת יעילותן של תכניות ההתערבות שלה והשפעתן על משקל השוטרים ועל אורח חייהם ולפעול להוצאת מזון משמין ממטבחיה.

לסיכום, מרבית המשרדים והגופים הנוספים החלו לפעול למניעת השמנה, אולם המלאכה עדיין מרובה, ועל כל הגורמים המטפלים בעניין לפעול כל אחד בתחומו ובשיתוף פעולה עם יתר הגורמים, כדי לצמצם את ממדי מגפת ההשמנה. זאת עד להקמתו של גורם שיתאם את פעולת הגופים השונים במאבק בהשמנה על פי התכנית הלאומית. משרד מבקר המדינה מעיר כי יש לטפל במרץ בעיקר בילדים, בכני נוער ובצעירים, שכן סיכוייהם לחולל תפנית בהרגלי החיים, להפחית ממשקלם ולשנות את עתידם הבריאותי גבוהים יותר משאר האוכלוסייה.