

ניתוח השוואתי של מדיניות ורגולציה בתחום ההשמנה והצעת מתווה ליישום בישראל

פרופ' גבי בן-נון | עו"ד אמי פלמור | עובד יחזקאל | יהונתן דניאל
יובל שדה | בר הורביץ-אמסלם | ד"ר נמרוד קובנר | אריאל יחזקאל

יולי 2021



השמנה הינה גורם המוות החמישי בעולם – כ-2.8 מיליון איש מתים מדי שנה כתוצאה מעודף משקל והשמנה. השמנה מחושבת כגורם המקצר את תוחלת החיים בכ-2.3 שנים. הערכות שונות מעלות כי תוך עשור, מחצית מהאוכלוסייה באירופה עתידה לסבול מהשמנה, ותוך 30 שנים תוחלת החיים הגלובלית תרד בכשלוש שנים. מלבד ההשפעה הישירה של השמנה על תמותה ותחלואה, היא גם תורמת למחלות נוספות כגון סכרת, לחץ דם גבוה, שומני דם ועוד.

דו"ח של ה-OECD מ-2019 קובע כי ב-34 מתוך 36 מדינות ה-OECD יותר ממחצית האוכלוסייה סובלת מעודף משקל. שכיחות השמנה בישראל דומה לזו שבמדינות OECD - יותר ממחצית מהישראלים סובלים מעודף משקל, ומתוכם כ-27% סובלים מהשמנה והשמנת יתר.

בעיית השמנה בישראל רווחת במעמד סוציו-אקונומי נמוך וחמורה במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית והחרדית בישראל, ובקרב ילדים וקשישים. שכיחות השמנה בקרב ילדים גבוהה משמעותית מהממוצע במדינות ה-OECD. מחקרים מראים כי ילדים הסובלים מעודף משקל או השמנה, בסבירות גבוהה עתידים לסבול מבעיה זו גם בחייהם הבוגרים, ובהתאמה לסבול ממחלות כרוניות הנלוות להשמנה. אוכלוסייה נוספת אשר סובלת מהשמנה יותר מאשר האוכלוסייה הכללית היא אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות. נתונים אלו משקפים את החשיבות הרבה במניעת התדרדרות להשמנה בקרב ילדים בגילאים צעירים ובקידום של מדיניות דיפרנציאלית אשר תתמקד במניעה ובטיפול בהשמנה בשכבות הסוציו-אקונומיות הנמוכות.

במאי 2018 קבעה לראשונה ההסתדרות הרפואית והחברה הישראלית לחקר וטיפול בהשמנה שהשמנה הינה מחלה, לקביעה זו הייתה חשיבות בעיקר ברמה ההצהרתית, אך היא יצרה גם רצף התנגדויות בקרב גופים שונים ובשיח ברשתות החברתיות. ההסתדרות הרפואית תיארה כי השמנה היא מחלה כרונית שנגרמת בשל מנגנונים פיזיולוגיים-גנטיים לקויים, ולא רק בשל כשל התנהגותי, ולכן היא מצריכה סיוע מקצועי לחולים בה. הכרזה זו הצטרפה למהלכים דומים שקודמו ע"י ארגון הבריאות העולמי, האגודה האירופאית לחקר השמנה, הפדרציה העולמית להשמנה, ה-FDA, האיחוד הקנדי להשמנה, הסוכנות הרפואית האירופאית וכן ההסתדרות הרפואית האמריקאית שאף הגדירה את השמנה כמגפה. הסיבות למחלה, ע"פ ה-OECD, נובעות מהרגלי אכילה ירודים ופעילות גופנית לא מספקת אצל מרבית האוכלוסייה.

השמנה אינה רק מחלה הפוגעת בבריאות הציבור. על פי הפרק הכלכלי במחקר, שבוצע בראשות כלכלן הבריאות, פרופ' גבי בן-נון, העלות הכלכלית של תופעת השמנה בישראל מוערכת בכ-20.2 מיליארד ש"ח בשנה, המהווים כ-1.4% מהתוצר הלאומי הגולמי. סכום זה מגלם בתוכו נזקים כלכליים ישירים למערכת הבריאות ונזקים כלכליים עקיפים הנובעים בעיקר מפגיעה בפריון.

ממחקר מוקדם יותר, שנערך ב-2018 ע"י ד"ר גרי גינצבורג מהמכון לחקר מדיניות בריאות, עולה כי העלות הכלכלית של עודף משקל עבור מערכת הבריאות מוערכת בכשבעה מיליארד שקלים בשנה, כאשר 21% מהסכום נובע מעלויות הטיפול במחלות לב וכלי דם, 21% ממחלות הסכרת ו-20% מיתר לחץ דם. נתון זה כולל גם עלויות למחלות נלוות בקרב אנשים הסובלים מהשמנה, כדוגמת שבץ מוחי, אסתמה, וכן סרטן הערמונית, שד, שלפוחית השתן, לבלב ושחלות. ההשמנה בישראל עלולה להוביל לאובדן של 2.7% מהתמ"ג ולעליה בהוצאות על בריאות לנפש.

השמנה אינה רק מחלה הפוגעת בבריאות הציבור. על פי הפרק הכלכלי במחקר, שבוצע בראשות כלכלן הבריאות, פרופ' גבי בן-נון, העלות הכלכלית של תופעת השמנה בישראל מוערכת בכ-20.2 מיליארד ש"ח בשנה, המהווים כ-1.4% מהתוצר הלאומי הגולמי. סכום זה מגלם בתוכו נזקים כלכליים ישירים למערכת הבריאות ונזקים כלכליים עקיפים הנובעים בעיקר מפגיעה בפריון.

ממחקר מוקדם יותר, שנערך ב-2018 ע"י ד"ר גרי גינצבורג מהמכון לחקר מדיניות בריאות, עולה כי העלות הכלכלית של עודף משקל עבור מערכת הבריאות מוערכת בכשבעה מיליארד שקלים בשנה, כאשר 21% מהסכום נובע מעלויות הטיפול במחלות לב וכלי דם, 21% ממחלות הסכרת ו-20% מיתר לחץ דם. נתון זה כולל גם עלויות למחלות נלוות בקרב אנשים הסובלים מהשמנה, כדוגמת שבץ מוחי, אסתמה, וכן סרטן הערמונית, שד, שלפוחית השתן, לבלב ושחלות. ההשמנה בישראל עלולה להוביל לאובדן של 2.7% מהתמ"ג ולעליה בהוצאות על בריאות לנפש.

השמנה היא גורם סיכון מרכזי למחלות כגון סכרת, לחץ דם גבוה, ושומני דם

השמנה הינה גורם המוות החמישי בעולם. 2.8 מיליון איש מתים מדי שנה כתוצאה מעודף משקל והשמנה

בעוד כ-30 שנים תוחלת החיים הגלובלית תרד בכשלוש שנים

כתוצאה מהשמנה, מוערך כי תוך עשור, מחצית מהאוכלוסייה באירופה עתידה לסבול מהשמנה

יש המגדירים השמנה כמגפה עולמית, שברקע הצהרה זו שיעורי השמנה הולכים וגדלים במדינות רבות בעולם. דו"ח של ה-OECD מ-2019 קובע כי ב-34 מתוך 36 מדינות ה-OECD יותר ממחצית האוכלוסייה סובלת מעודף משקל. גם בישראל שיעורי ההשמנה גבוהים: **יותר ממחצית מהישראלים חיים עם עודף משקל והשמנה בדרגות שונות.**

על רקע זה, מסמך מסכם זה משלב מספר מהלכי מחקר:

04 דיון משפטי-מוסרי ייחודי בשאלת ההשמנה ואי-שוויון

04

03 השוואה של מצב ההשמנה והמדיניות עם מדינות ייחוס בעולם

03

02 ניתוח העלות הכלכלית של המחלה על המשק

02

01 סקירה של תופעת ההשמנה בישראל והמדיניות בנושא

01

על בסיס ממצאי המחקר מוצע מתווה למדיניות בנושא ההשמנה שמתייחס לממד המניעתי ומשרטט מודל מקיף לטיפול בהשמנה.

לוח מס' 1: קטגוריזציה של התוצאה המספריות למדד BMI

שיעור BMI	קטגוריה
BMI קטן מ-18.5	תת משקל
$BMI \leq 25 \leq 18.5$	משקל תקין
$BMI \leq 30 \leq 25$	עודף משקל
$BMI \leq 35 \leq 30$	השמנה
BMI גדול מ-35	השמנת יתר

הנחת עבודה בסיסית של המחקר היא הגדרת השמנה, כפי שמקובל בעולם, המבוססת על מדד ה-BMI (משקל בק"ג חלקי גובה בס"מ). לוח מס' מתאר את הקטגוריות השונות של השמנה על בסיס מדד זה, קטגוריות לפיהן התבצע המחקר

בשלושים השנים האחרונות הוכפל שיעור הימצאות השמנה בעולם מ-15% למעל 30%.

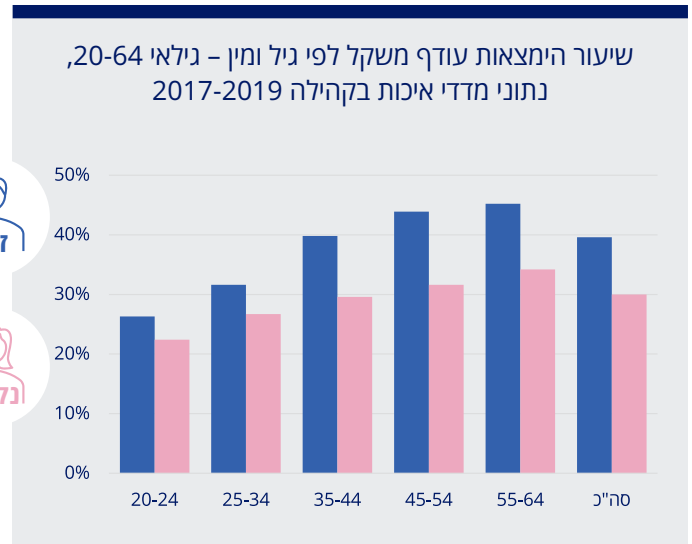
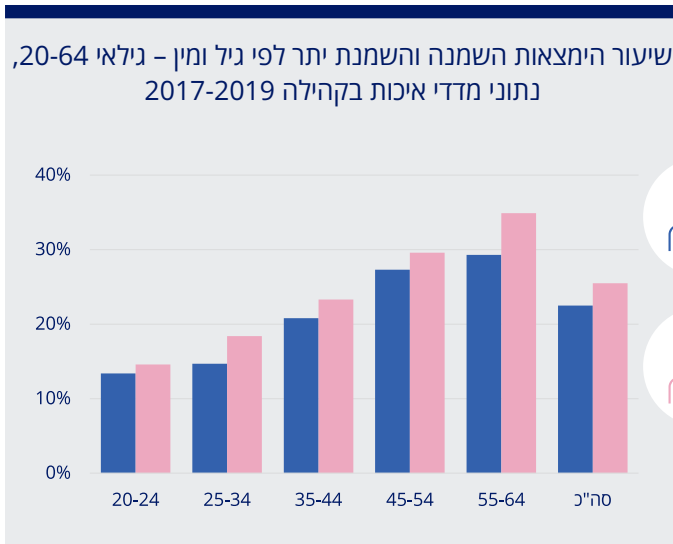
כשני מיליארד איש חיים עם עודף משקל, כ-700 מיליון איש חיים עם השמנת יתר.



ישראל מדורגת במקום ה-19 מתוך 36 מדינות ומבחינת עודף משקל ישראל מדורגת במקום ה-12 מתוך 30 מדינות.

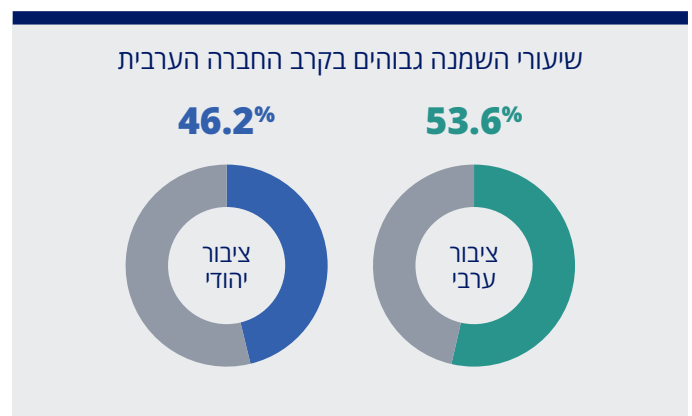
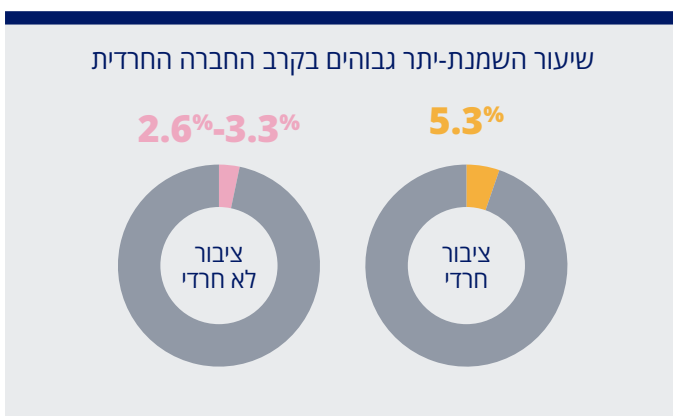


על בסיס נתוני מדדי איכות בקהילה (2017-2019), נמצא שבקרב גילאי 20-64 היקף האנשים החיים עם עודף משקל עומד על 34.5%, ושיעור הסובלים מהשמנה עומד על 24%. בקרב גילאי 65-84, שיעור ההשמנה והשמנת היתר עומד על 33%. **יותר מחצי מהאוכלוסייה, בקרב שני המינים, סובלים מעודף משקל.¹**



שכיחותה של ההשמנה בישראל אינה מתפלגת באופן שווה בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה. יש קשר עמוק בין אי-שוויון והשמנה, גם בהשתקפות של אי-שוויון מבני המאפיין כל חברה ואת החברה בישראל, וגם בקשר סיבתי מעגלי בין השמנה ואי-שוויון המזין עצמו ומייצר היזון חוזר עם השלכות שליליות ביותר.

ישנו מתאם בין מעמד סוציו-אקונומי והשמנה, כאשר ככל שהמעמד הסוציו-אקונומי נמוך יותר כך נמצאים שיעורי השמנה גבוהים יותר. אכן, במדינות הייחוס שנבחנו במחקר נמצא כי השמנה נמצאת באופן חריג יותר בקרב מעמדות נמוכים יותר ובחלק מקבוצות המיעוט. בישראל גם ניכר פער בין מגזרים שונים בחברה.



¹ במחקר של ה-OECD (2019), המבוסס על דיווח עצמי של הנשאלים, שיעור ההשמנה והשמנת היתר באוכלוסייה הבוגרת עומד על 27%.

קטגוריה	סובלים מעודף משקל או השמנה (BMI ≤ 25)	שיעור עודף משקל (BMI ≤ 30 ≤ 25)	שיעור השמנה (BMI ≤ 35 ≤ 30)	שיעור השמנת יתר (BMI ≤ 35)
אוכלוסייה יהודית	46.2%	3.4%	11.1%	31.7%
אוכלוסייה ערבית	53.6%	5.7%	13.8%	34.1%
חילונים (יהודים)	46.1%	3.2%	10.2%	32.7%
מסורתיים (יהודים)	46.6%	3.3%	12.1%	31.2%
דתיים (יהודים)	47.2%	2.6%	12.6%	32.0%
חרדים (יהודים)	43.9%	5.3%	9.8%	28.8%

ברקע הנתונים והמדיניות במניעה וטיפול בהשמנה יש לזכור כי במקביל לעיסוק של עולם הרפואה ועולם המדיניות הציבורית עם "מגפת ההשמנה", התפתחה תנועת נגד היוצאת נגד תפיסה המאדירה את הגוף הרזה בתרבות הפופולארית ו'ממשטרת' את הגוף (בעיקר בהקשר של גוף האישה, אך לא רק). ישנה בעיה חברתית-תרבותית של שמנופוביה (באנגלית sizeism): הטיה בלתי מוצדקת, ואף הדרה ואפליה של אנשים בעלי מידות גוף גדולות, ותנועת נגד זו מפנה את חיציה אל תופעה זו וממקדת בה את מאמציה, תוך טענה כי השמנה אינה בעיה בעלת ביסוס מדעי המצדיקה עיסוק ציבורי והתערבות כלשהי על מנת למגר או לצמצמה. על אף שטענת נגד זו אינן במוקד או בבסיס המחקר הן מציפה סוגייה חשובה, המתאגרת את הציפיה החברתית מאנשים חיים עם השמנה "לקחת את גורלם בידם" ולהפגין קצת כח רצון הנדרש כדי לעמוד בסטנדרט המשקל והיופי המקובל. המחקר מציע לחדד את מורכבות מאבקו של הפרט החי עם השמנה, ואת הצורך החברתי, הציבורי ואולי אף המוסרי, להקל עליו בתהליך הירידה במשקל, במידה ויבחר לעשותו.

אי שוויון בא לידי ביטוי באופן מובהק גם ביכולת לשנות את המשקל, במידה ואדם רוצה בכך, לא כל שכן כשהדבר מוצב בפניו כתנאי לקבלת זכות או הזדמנות אחרת. התעמלות, דיאטות, וצרכנות נבונה מכוונת בריאות ומשקל תקין דורשים משאבים חומריים וקוגניטיביים שמחריפים את הקשר בין אי-שוויון והשמנה, מכיוון שהם נמצאים בזמינות נמוכה יותר לאנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך יותר, מפריפריה גיאוגרפית שם שירותי הבריאות פחות נגישים ואיכותיים, שאין להם הרבה שנות השכלה, ובקרב מגזרים בהם יש חסמים תרבותיים לשינויי אורחות חיים הנוגעים לתזונה ופעילות גופית.



מדיניות

ניתן לחלק את המדיניות בנושא השמנה באופן בינארי למדיניות מניעתית ומדיניות טיפולית.

מדיניות מניעתית. כל הקשור למאמצים למנוע מאנשים להגיע למצב של השמנה או עודף משקל מלכתחילה, בערוצי ההסברה, עידוד ותמרוץ, ורגולציה בצורת מיסוי או איסור פרסום או שיווק של מוצרים מסוימים.



מדיניות טיפולית. כל הקשור להתמודדות עם אנשים אשר חיים עם מעודף משקל או השמנה, על רצף טיפולי מדיאטות ובייעוץ תזונתי, דרך טיפולים תרופתיים ועד ניתוחים בריאטריים.



אבן דרך מרכזית בפעילות הממשלתית הישראלית כנגד השמנה הייתה פרסום דו"ח משרד הבריאות 'בריאות 20/20' בשנת 2006. האמצעי המרכזי לעמידה ביעדים הדוח הוא עידוד אורח חיים פעיל ובריא בכל רצף החיים - העלאת שיעור העוסקים פעילות גופנית, העלאת שיעור התזונה הבריאה וירידה בתזונה לא בריאה בקרב האוכלוסייה על ידי הגברה של צריכת מזון בריא והפחתה של צריכת מלח באוכלוסייה.

נוצרה הבנה כי העשייה בתחום ההשמנה דורשת מעורבות רב מגזרית המערבת משרדי ממשלה, אוניברסיטאות, מרכזי מחקר, צה"ל, משטרת ישראל, בתי חולים, קופות החולים, עמותות, החברה למתנ"סים, עיריות, רשויות מקומיות ועוד.

שם	שנה	פירוט
חוק סימון מזון והתזונה	1995	חובת סימון תזונתי על גב כל חפיסה של מוצר מזון ארוז.
לעתידי בריא 2020	2006	תוכנית שהציבה את הורדת ההשמנה כיעד אסטרטגי.
תוכנית "מניעה וטיפול בהשמנה"	2011	תכנית להפחתת תופעת ההשמנה שתכלול פעילות רוחבית ורב-מגזרית בקהילה.
חוק הזנה בבתי ספר וחוק הצהרונים	2012	קביעת תנאים לגבי ההרכב התזונתי של מזונות שמותר למכור או לספק במוסדות חינוך.
וועדת האסדרה לתזונה בריאה	2016	וועדה שבה היו מעורבים משרדי ממשלה, אנשי אקדמיה והציבור במטרה לשנות את סביבת המזון לבריאה יותר.
רפורמת סימון המזון	2020	תקנות סימון אשר מטרתן להנגיש מידע על הערך התזונתי של מזון ארוז באמצעות מדבקות ירוקות ואדומות.

המדיניות הממשלתית בישראל מוכוונת מאוד לממד המניעתי, כאשר המדיניות הטיפולית הנוכחית מתמקדת בעיקר בתחום של ניתוחים בריאטריים.

דיאטניות ודיאטנים הם גורמי המקצוע אשר מעורבים עמוקות בטיפול בהשמנה עבור הפרט, הן מהבחינה הטיפולית והן מהבחינה הנפשית. כיום אדם יכול לפנות לייעוץ דיאטני בכל משקל גוף, כאשר הביקור מסובסד דרך סל התרופות. כאשר לא מושגת תוצאה רצויה בייעוץ לשינוי אורחות חיים ניתן לעבור לטיפול תרופתי או ניתוח בריאטרי



ניתוחים בריאטריים (Bariatric Surgery) – שם כולל להתערבות כירורגית במערכת העיכול שמטרתה להוביל לירידה במשקל – נפוצים ומסובסדים דרך קופות החולים. **בשנת 2019 בוצעו בישראל 7,500 ניתוחים בריאטריים למנותחים מגיל 18 ומעלה.** ניתוחים בריאטריים נמצאו מאוד יעילים לטיפול בהשמנת יתר חולנית, אולם יש מספר בעיות עם התערבות כירורגית



להפחתת משקל.

- היא נעשית עבור פלח קטן מהחיים עם השמנה
- אין מידע מבוסס מספיק על היעילות שלהן בהורדת משקל לטווח ארוך
- בדיקות שנעשו בישראל מצאו כי באחוזים גבוהים מטופלים שנותחו חוזרים למשקל המקור שלהם
- הליך כירורגי המלווה בסיכונים (בייחוד עם מבצעים ניתוחים חוזרים)
- עלות גבוהה לקופת המדינה (ההוצאה לניתוחים בריאטריים ב-2017 הסתכמה בכ-500 מל"ח)

הטיפול התרופתי כנגד השמנה בישראל אינו מונגש לציבור המתמודד עם מחלת ההשמנה. בישראל אין תרופות כנגד השמנה במסגרת סל התרופות. **אי הימצאותן של תרופות אלו בסל התרופות הינה גורם ישיר לכך שהטיפול התרופתי בהשמנה בישראל אינו שכיח כלל.**









מחקר השוואתי: השמנה ומדיניות כנגד השמנה במדינות הייחוס

המחקר בחן באופן משווה את המדיניות בנושא השמנה במדינות ה-OECD ובפרט לקח חמש מדינות ייחוס אותן בחן באופן מפורט: בריטניה, גרמניה, הולנד, ספרד ואיטליה.



- בכל מדינות ה-OECD, מלבד אחת (יוון), יש תוכנית לאומית למאבק בהשמנה.
- במרבית המדינות (30 מתוך 37) יש תוכניות ייעודיות למאבק בהשמנת ילדים ונוער.
- במרבית המדינות קיימת חובה להציג את מרכיבי התזונה במוצרים שונים, אך רק בארבע מדינות קיימת חובה להציג את מרכיבי התזונה בחלקה הקדמי של האריזה.
- במדינות רבות קיימת רגולציה על מאכלים בעלי מרכיבי תזונה מזיקים (שומן טראנס וכו') ובארבע מדינות יישמו מדיניות מיסוי אשר מוכוונת למזון מרובה קלוריות ובעיקר מאכלים ומשקאות רוויים בסוכר.
- מעט מדינות חוקקו מגבלות כלשהן על פרסום מוצרים עתירי שומן וסוכר.
- בכל מדינה שלישית ב-OECD קיימת מדיניות כלשהי שמטרתה לעודד פעילות ספורטיבית ואורח חיים בריא, אך האפקטיביות של פעולות אלו מוגבלת עקב אתגרים שונים.
- ישנן מדינות אשר מיישמות מדיניות מבוססת מדיה למלחמה בהשמנה, כמו קמפיילים תקשורתיים ושימוש באפליקציות. לוח מס' 10 מסכם את עיקרי נתוני המחקר והמדיניות במדינות הייחוס בהשוואה לישראל וממוצע מדינות ה-OECD.

לוח מס' 10: סיכום מדיניות השוואתית – נתוני OECD

	 ישראל	 איטליה	 ספרד	 הולנד	 גרמניה	 בריטניה	ממוצע OECD
תמ"ג לנפש (באלפי דולרים, מתוקן PPP, 2019 OECD):	42,912	45,691	43,470	61,242	57,557	49,912	47,341
ההפסד בתמ"ג כתוצאה מתופעת השמנה	2.4%	2.8%	2.9%	2.7%	3%	3.4%	3.3%
דירוג בשיעור השמנה העולמי של ה-OECD מתוך 36 מדינות	19	34	26	30	12	11	
מיסוי על מזון ושתיה	חלקי (חוק הזנה בבתי ספר)	-	בחוק, חלק מהמדינה	-	-	בחוק	
שינוי ערך תזונתי במוצרים	חלק בחוק, חלק וולונטרי	וולונטרי	-	וולונטרי	-	וולונטרי	
מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע (תוויות ערך תזונתי וכד')	וולונטרי	וולונטרי, טרם יושם	וולונטרי	וולונטרי	-	חלק בחוק, חלק וולונטרי	
הגבלות על פרסום ועידוד צריכה	קיימות	רגולציה עצמית	חלק בחוק, חלק רגולציה עצמית	וולונטרי	וולונטרי	עמיד להחקק	
תוכניות חינוכיות וקהילתיות		קיימות	קיימות	קיימות	קיימות	קיימות	

שילוב מדיניות מונעת עם התערבויות רפואיות הוא היעיל ביותר להפחתת השמנה. לכן, לצד המשקל הרב, המוצדק שלעצמו, במדיניות מניעה של השמנה, יש לתת משקל מתאים גם לממד הטיפולי בהשמנה, על כלל הרצף הטיפולי הנוגע לשינוי אורחות חיים (בעיקר תזנה ופעילות גופנית), טיפול תרופתי, וטיפול כירורגי – על בסיס ליווי מקצועי המתייחס לצרכים וליכולות של כל מטופל במעברים, במידה ונדרשים בין הרבדים השונים של הטיפול.

ישנה עשייה נרחבת בתחום מדיניות מניעת השמנה, בפער ניכר מתחום הטיפול הרפואי. לצד ההבדלים בתוכניות השונות והיקפן בכל מדינת ייחוס, נמצאו הבדלים בין מדינות הייחוס בהתייחסות פרדיגמטית להשמנה כמחלה לעומת תפיסתה כגורם סיכון בלבד. **ארגוני בריאות מרכזיים, בינלאומיים כמו ארגון הבריאות העולמי, או מדינתיים כמו האגודה האמריקאית והאגודה הקנדית לרפואה, כבר הכירו בהשמנה כמחלה כרונית.** להבדלי תפיסה אלו יכולים להיות גם השפעות רגולטוריות, הנובעות מהתייחסות להשמנה רק כסוגיה לפתחה של רפואת בריאות הציבור, או גם כסוגיה קלינית הזורשת התערבויות רפואיות.

קיימים במדינות הייחוס מבחני תוצאה להמשך טיפול, ובחלק תנאי סף לקבלת הטיפול. אותם תנאים לקבלת טיפול מתקיימים גם עבור ניתוחים בריאטריים. יש חשיבות רבה להתניית תחילת והמשך טיפול, אך **יש לקחת בחשבון נקודות חשובות ממצאי המחקר בנוגע לאי-שוויון והשמנה בסל השיקולים המקצועיים הנוגעים להתניית טיפול תרופתי וכירורגי.** זאת מכיוון שישנם פערים בין קבוצות באוכלוסייה להתמדה או הצלחה של טיפול הממוקד בשינוי אורחות חיים, וללא התחשבות בסוגיה זו מדיניות טיפול רק תחריף אי-שוויון במקום להיות גורם מתקן של אי-שוויון ההזדמנויות בבריאות.

המשמעויות הכלכליות של השמנה

הנטל הכלכלי-רפואי של מגפת ההשמנה למשק הבינלאומי מסתכם במאות מיליארדי דולרים. הוצאות בריאות ורווחה בשל עודף משקל מתחילים להעלות את המודעות הפוליטית הגלובלית לצורך הדחוף לבלום את העלות הגואה הכרוכה בתופעת ההשמנה. יש שני סוגים של עלויות כלכליות הכרוכות בעודף משקל והשמנת יתר:



עלויות ישירות

עלויות הנובעות מטיפול בתחלואה הנגרמת כתוצאה מתופעת ההשמנה כגון צריכת שירותי אשפוז לסוגיהם השונים, בדיקות מעבדה, טיפול תרופתי ועוד

עלויות עקיפות

משאבים שנאבדו כתוצאה ממצב בריאותי שנגרם על ידי השמנה. אלו עלויות הקשות יותר לזיהוי ומדידה מאשר עלויות ישירות

מחקרים מצאו כי **העלויות הישירות מתבטאות בעלויות טיפול רפואי גבוהות יותר.** יש שמצאו כי השמנה מגדילה את עלויות הטיפול הרפואי לכל החיים במחלות אלו ב-50% מעל הבסיס, והשמנת יתר חולנית יכולה להכפיל אותן כמעט. בנוסף, **השמנת יתר חולנית (BMI>40) מקצרת את תוחלת החיים הממוצעת בשמונה עד עשר שנים** בהשוואה לאדם בקטגוריית BMI הנמצאת בטווח המוגדר כתקין – פגיעה הדומה לזו הנגרמת מעישון.







הירידה בפריין העבודה הן המשמעותיות ביותר בקרב העלויות העקיפות. השמנה גם עלולה להוביל לעלייה בדמי נכות ובדמי הביטוח. נמצא כי נשים החיות עם משקל עודף מרוויחות באופן משמעותי פחות מנשים בקטגוריות המשקל התקין. להשמנה יש משמעות כלכלית כבדה גם בהסתכלות מאקרו-כלכלית. סקירה מקיפה בקרב מדינות ה-OECD לגבי הנטל הכלכלי של השמנה מצאה כי:

- מדינות ה-OECD הוציאו כ-8.4% מתקציב הבריאות הכולל שלהן על טיפול במחלות הקשורות להשמנת יתר (שווה ערך לכ-311 מיליארד דולר בשנה).
- ההוצאה הממוצעת העודפת לנפש לשנה של תופעת עודף המשקל מוערכת ב-209 דולר.
- הנוק הכלכלי של עודף משקל מוערך בהפסד תוצר של 3.3% מהתמ"ג.

נהוג למדוד את הנטל הכלכלי של תופעת עודף המשקל על ארבע מדדים כלכליים מרכזיים:

- 01** עלות תופעת ההשמנה כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות;
- 02** תוספת העלות לנפש של עודף משקל;
- 03** הפסד תוצר כתוצאה מעודף משקל;
- 04** עלות תופעת ההשמנה כאחוז מהתמ"ג.

לוח מס' 10: תוצאות שלושת המדדים הכלכליים של עלות עודף משקל לפי סקירת ה-OECD במספר מדינות נבחרות

המדינה	הפסד תוצר (באחוזים)	% ההוצאה מסה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות	הוצאה לנפש PPP\$
 בריטניה	3.4	8	
 גרמניה	3.0	11	411
 הולנד	2.7	13	352
 ספרד	2.9	9	210
 איטליה	2.8	9	250
 ישראל	2.4	*9.5	*294
ממוצע OECD	3.3	8.4	209

מדיניות לאומית מקיפה לטיפול בהשמנה היא השקעה נבונה ביותר, כי היא מסוגלת להביא לחיסכון רב לקופת המדינה ולמשק בשל ההשלכות הכלכליות של השמנה. על מנת לאמוד את התועלת הכלכלית ומידת היעילות הכלכלית של מדיניות המפחיתה השמנה, יש לדעת לחשב את העלות המשקית של ההשמנה בישראל. **עבור המחקר, פרופ' בן נון בנה תחשיב עבור אומדן עלות של תופעת ההשמנה בישראל** (המבוסס על נתוני הוצאה הלאומית לבריאות). התחשיב הכלכלי מבוסס על הדמוגרפיה, המשק וההוצאה הלאומית לבריאות בישראל והמודל המפורטים בלוחות הבאים.

לוח מס' 11: נתוני התוצר וההוצאה הלאומית לבריאות - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 2019

1,410	תוצר מקומי גולמי (במיליארדי ₪)
155.5 אלף ₪	תוצר לנפש (בש"ח)
43.6 אלף ppp\$	תוצר לנפש במונחי ppp\$
106	סה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות (במיליארדי ₪)
3,089 (ppp\$)	הוצאה לאומית לבריאות לנפש (ppp\$)
11,010 ₪	הוצאה לאומית לבריאות לנפש (בש"ח)

הוצאה לבריאות לאוכלוסייה עם החיה עם השמנה:

$$11,010 = 0.55X + 0.45(1.25X)$$

$$1.1125X = 11,010$$

$$X = 9,900$$

$X =$ הוצאה לבריאות לנפש לאדם בעל משקל תקין

$0.55 =$ גודל האוכלוסייה במשקל תקין

$0.45 =$ גודל האוכלוסייה החיה עם השמנה

הוצאות בריאות לנפש : $11,010$ ₪

מודל התחשיב של העלות הכלכלית של

9,900 ש"ח	עלות ישירה של בריאות לנפש - משקל רגיל
12,370 ש"ח	עלות ישירה של בריאות לנפש לבעלי עודף משקל
2,470 ש"ח	עודף הוצאה של בעלי עודף משקל או השמנת יתר
4,100	אוכלוסייה עם עודף משקל (באלפים)
10.1 מיליארד ש"ח	סה"כ הוצאות ישירות לבריאות של בעלי עודף משקל:
9.55%	ההוצאות הישירות כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות

10.1 מיליארד ₪	אומדן עלות ההוצאות העקיפות (דומה להוצאות הישירות)
20.2 מיליארד ₪	סה"כ עלות (הוצאות ישירות + עקיפות)
1.4%	אחוז מהתוצר הלאומי הגולמי

$0.55 =$ גודל האוכלוסייה במשקל תקין

$0.45 =$ גודל האוכלוסייה החיה עם השמנה



השמנה בישראל

$X =$ הוצאה לבריאות לנפש לאדם בעל משקל תקין

ניתן להוריד בין 5% ל-10% את שכיחות ההשמנה בטווח של כחמש שנים, ובכך להוביל להפחתת תחלואה ולהפחתת הוצאות מערכת הבריאות בכ-800 ל-1,600 מיליון ₪ בשנה בטווח של כחמש שנים. על פי פרסום ה-OECD, על כל דולר השקעה בסל של צעדים מניעת השמנה, התועלת הכלכלית המקסימלית מוערכת במוצק ב-5.6\$ על כל דולר שהושקע כל שנה ובמשך כ-30 שנה.

מתווה מוצע לפעולה

עקרונות פעולה

- קידום ההכרה בהשמנה כמחלה באופן רשמי במדינת ישראל תתרום לשינויים התפיסתי והרגולטורי הנדרשים.
- לאמץ הגדרה לאומית של השמנה כמחלה כחלק משינוי התודעה הציבורית והשיח בנוגע להשמנה בישראל.
- גיבוש מדיניות אשר תייצר מערך טיפול משמעותי עבור אנשים החיים עם השמנה, הכוללת מאמצי מניעה ממוקדים עבור אוכלוסיות יעד ספציפיות.
- יצירת מערך טיפול בהשמנה המתבסס על צוות רב-מקצועי אשר ידע לספק מענה לצרכים השונים בהתמודדות עם המחלה ובהתאמה אישית לצרכיהם הייחודיים של המטופלים.
- לקדם מדיניות עם מענים דינמיים ודיפרנציאליים שיאפשרו קידום שוויון הזדמנויות.
- מדיניות לאומית להפחתת ההשמנה תהיה מורכבת הן ממד מניעתי והן מממד טיפולי.

המלצות לממד המניעה:

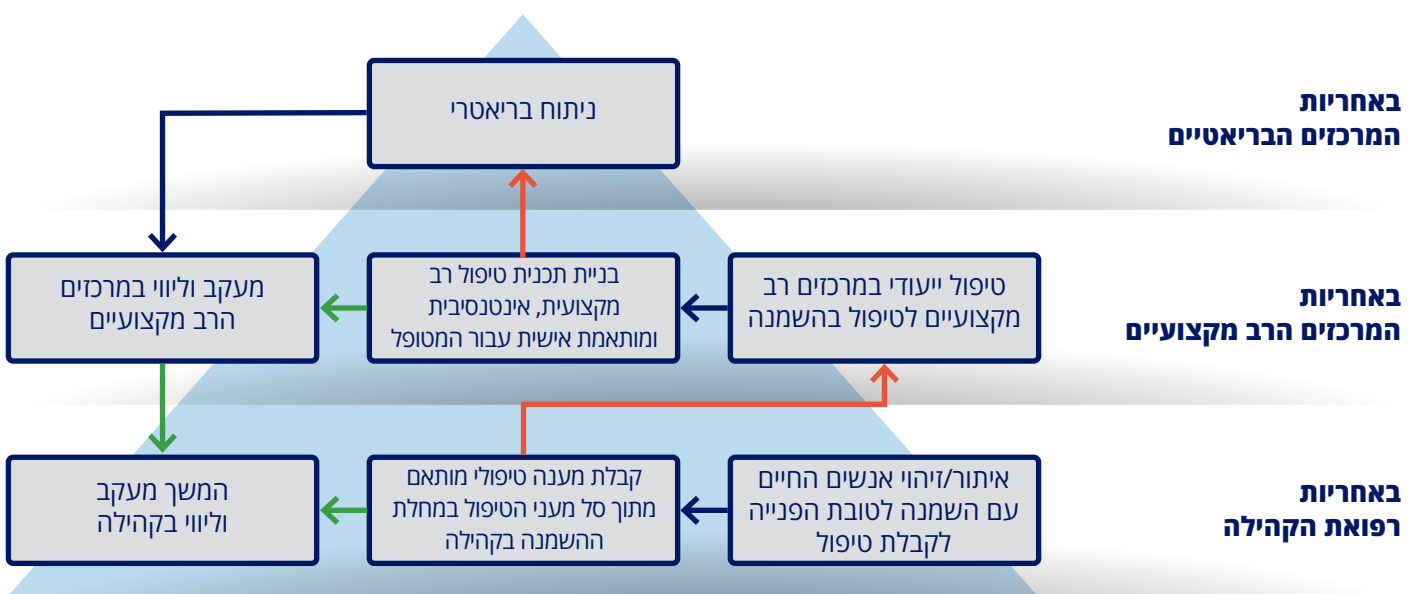
סימון מוצרי מזון בתווית המייצגת רצף מאחד וחמש למידת הבריאות של המוצר	יצירת מנגנוני עידוד לשינוי ערך תזונתי במוצרים - המשלב מיסוי וקידום הסכמים וולונטריים עם המגזר העסקי
קידום תוכניות חינוכיות וקהילתיות במעורבות של השלטון המקומי	החלת איסור פרסום של מוצרי מזון לא בריאים המיועדים לילדים

אנו מציעים למסד מערך טיפול במחלת ההשמנה הבנוי משלושה רבדים המבטאים את הרצף הטיפולי המיטבי במחלת ההשמנה:

01 טיפול בקהילה 02 מרכזים רב-מקצועיים 03 מרכזים בריאטריים.

כאשר נדרש, מטופל יופנה להמשך טיפול ברובד נוסף במערך הטיפול, כאשר כל מעבר נסמך על הטיפול ברובד שלפניו ומסתמך על המשך ליווי וטיפול. הליווי של הטיפול הקהילתי נמשך גם שנדרש מעבר לטיפול במרכזים רב-מקצועיים, והליווי של המרכזים הרב-מקצועיים נמשך אחרי המעבר למרכזים הבריאטריים.

● הצלחת טיפול ● כשלון בטיפול



2	פתיחה.....
4	תקציר.....
12	תוכן עניינים.....
13	השמנה - רקע.....
16	השמנה וקורונה.....
17	השמנה בישראל.....
17	א. השמנה בישראל.....
21	ב. אי שוויון בתחלואה בהשמנה בישראל.....
26	ג. מדיניות ממשלתית כלפי השמנה בישראל.....
32	הצהרת משרד הבריאות – בעיית ההשמנה בישראל.....
33	ההשלכות הכלכליות הישירות ועקיפות של תופעת ההשמנה.....
34	א. הוצאה רפואית ישירה.....
35	ב. עלויות עקיפות.....
36	חישוב ההשלכות הכלכליות של תופעת ההשמנה בישראל.....
37	א. מדידת הנטל הכלכלי של תופעת ההשמנה.....
38	ב. העלות הכלכלית של השמנה בישראל 2019.....
39	ג. שכיחות ההשמנה בישראל – מקורות.....
40	ד. עלות ההוצאות הישירות והעקיפות של תופעת ההשמנה בישראל.....
41	ה. החיסכון הכלכלי מתוכניות התערבות להפחתת שכיחות ההשמנה.....
43	מחקר השוואתי: השמנה ומדיניות כנגד השמנה במדינות הייחוס.....
43	א. מדינות הייחוס.....
44	ב. מדיניות ארגון ה-OECD למאבק בהשמנה.....
46	ג. מדיניות ארגון הבריאות העולמי כנגד השמנת ילדים ומתבגרים.....
47	ד. פעילות גופנית בקרב מדינות הייחוס.....
48	ו. בריטניה.....
53	וו. איטליה.....
56	ווו. ספרד.....
59	י. גרמניה.....
62	י.ו. הולנד.....
66	סיכום.....
71	הקשר בין השמנה ואי שוויון – עו"ד אמי פלמור.....
74	משקל גוף והשפעה שיש לו על שוויון הזדמנויות.....
76	סיכום.....
77	מתווה מוצע לפעולה.....

עודף משקל (Overweight) והשמנת יתר (Obesity) הם מצבים גופניים של כמות שומן עודפת בגוף, הבאים לידי ביטוי לרוב בהשמנה בטנית (השמנה באזור הבטן) ובמשקל גוף גבוה יחסית לגובהו של האדם². השמנת מבוגרים נמדדת ביחידות BMI - Body Mass Index. אדם בעל BMI של 25 או יותר מוגדר כאדם שמן, כאשר ישנן קטגוריות משנה לפי יחידות BMI וחומרת ההשמנה (ראו לוח מס' 1). ישנן גם דרכים נוספות למדוד עד כמה אדם שמן, כמו מדידת היקף מותניים (מדדים אחרים קיימים גם במדידת השמנה אצל ילדים).

מוסדות וגופים רבים עוסקים בניטור תופעת ההשמנה בעולם ובישראל וכתוצאה מכך קיימים נתונים רבים על התופעה והיקפה. מטבע הדברים, אין תיאום מושלם בין הגופים השונים, ולגופים וארגונים שונים ישנן הגדרות שונות לגבי מהי השמנה ומתודולוגיה שונה לבחינת תופעת ההשמנה בפועל.

במחקר זה בחרנו לאמץ את הממד המקובל והנפוץ ביותר להגדרת השמנה, אשר מבוסס על מדד ה-BMI (משקל בק"ג חלקי גובה בס"מ). ניתן לראות את קטגוריות המשקל השונות בלוח מס' 1. כמו כן, חשוב להדגיש כי ההבדל המתודולוגי בבחינת תופעת ההשמנה משפיע מאוד על נתונים המבקשים לשקף את היקף התופעה. המתודות המשמשות לבחינת תופעת ההשמנה היא בחינה על פי דיווח עצמי ואילו השנייה על ידי מדידה.

לוח מס' 1: קטגוריזציה של התוצאה המספריות למדד BMI

קטגוריה	שיעור BMI
תת משקל	BMI קטן מ-18.5
משקל תקין	$18.5 \leq \text{BMI} \leq 25$
עודף משקל	$25 \leq \text{BMI} \leq 30$
השמנה	$30 \leq \text{BMI} \leq 35$
השמנת יתר	BMI גדול מ-35

המקור המרכזי בו השתמשנו במחקר זה הינו נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל לשנת 2017-2019 (להלן: מדדי איכות בקהילה), המבוססים על מדידה בכלל קופות החולים בישראל. עם זאת, בהיעדר נתונים משלימים, מחקר זה ישתמש בנתונים זמינים אחרים המבוססים על דיווח עצמי, גם אם אינם זהים – וזאת מפני שאלו מאפשרים לנו לבחון ולהציג את התופעה מכיוונים שונים ומזוויות שונות, ובכך מייצרים תמונה מלאה, מורכבת ונכונה יותר.

²חלק זה במחקר מבוסס על מחקר שבוצע על ידי חברת ת.א.ר.א בשנת 2018, אשר בחן את תופעת ההשמנה ממבט על מדעי, כלכלי, חברתי וציבורי. המידע שמוצג לפניכם נבדק ועודכן לפי הצורך.
³לעיתים נעשית הפרדה בין השמנת יתר (35+) להשמנת יתר חולנית (40+)







מקור נתונים	שיעור BMI
מדדי איכות בקהילה	מדידה - כל קופות החולים בישראל.
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס)	דיווח עצמי.
מב"ת	דיווח עצמי.
OECD	מבוסס על נתוני למ"ס ואחרים, כתלות בדו"ח.
WHO (המבסס את דוח OECD 2019)	מבוסס על נתוני מב"ת - דיווח עצמי.

שכיחות תופעת ההשמנה מצויה מזה שנים במגמה כללית של עלייה ברוב מדינות העולם המערבי. לפי נתוני ארגון ה-OECD, ישנן מדינות בהם **שיעור ההשמנה הוכפל פי ארבעה** ב-15 השנה האחרונות (צ'ילה), מדינות בהן הוא הוכפל פי שניים (פינלנד) ומדינות רבות בהן הוא הוכפל פי 1.5 (הולנד, שוודיה, ארה"ב, קנדה ואסטוניה). כמו כן, בשלושים השנים האחרונות הוכפל שיעור הימצאות ההשמנה בעולם מ-15% למעל 30% וארגון הבריאות העולמי קבע ב-2015 כי שיעור האנשים בעולם בני 18 ומעלה הנמצאים תחת הקטגוריה של עודף משקל עומד על 39%, המהווים כשני מיליארד איש, ובקטגוריית השמנת יתר - 13%, כ-700 מיליון איש. מהנתונים עולה כי **58% מהמבוגרים במדינות ה-OECD חיים עם השמנה**, וכ-19.5% מתוכם מסווגים כסובלים מהשמנת יתר⁴. **בהונגריה, בניו זילנד, במקסיקו ובארצות הברית יותר מ-30% מהמבוגרים הם בעלי השמנת יתר**. שיעור ההשמנה הגבוה ביותר הוא בארה"ב ובמקסיקו והנמוך ביותר ביפן, דרום קוריאה, איטליה ושווייץ. **מבחינת השמנת יתר ישראל מדורגת במקום ה-19 מתוך 36 מדינות ומבחינת עודף משקל ישראל מדורגת במקום ה-12 מתוך 30 מדינות, בהתבסס על דיווח עצמי**.

העלייה בשכיחות ההשמנה בישראל כמו גם בעולם המערבי היא עדות ברורה לחלקו של אורח וסגנון החיים להשמנה. ההשמנה נובעת בעיקר מתזונה ל"קויה - הן מבחינת כמות והן מבחינת איכות - העדר פעילות גופנית מספקת, פעילות יושבנית, גורמים חברתיים תורמים, ומתח נפשי כתוצאה מלחצים שונים, תורמים גם הם לעליה במשקל לפגיעה בבריאות ולהופעת מחלות כרוניות שונות.

הגידול בצריכה הקלורית לצד הורדת הפעילות הגופנית מהווים את הסיבות המרכזיות להתגברות תופעת ההשמנה. ישנה גם השפעה גדולה לאורח החיים המודרני כגורם עיקרי להתפתחות תופעת ההשמנה. אורח החיים הישבני כרוך בצמצום הפעילות הגופנית בכל תחומי החיים. אורח חיים זה נובע בעיקר מהקטנת הפעילות הגופנית בעבודה, הסתמכות גוברת על רכב פרטי ותחבורה ממונעת כאמצעי תחבורה עיקרי, והקטנת הפעילות בשעות הפנאי והמרתה בישיבה מול המחשב ובצפייה בטלוויזיה. חלק מדפוסים אלה קשורים לתרבות הצריכה והצרכנות ולדפוסי אכילה ושינה. סיבה נוספת לתופעת ההשמנה עשויה להיות רקע ביולוגי של הפרט או שינויים הורמונליים שגורמים לשינויים מטבוליים. לצד גורמים אלה, ישנם גורמים חברתיים המסייעים להתפתחות ההשמנה; מחירים נמוכים וזמינות גבוהה של מוצרים המכילים כמות גבוהה של סוכר, שומן ומלח; שיווק אגרסיבי של מזון לא בריא; פגיעות גדולה יותר של אוכלוסיות עניות לשיווק מזון, מחסור באמצעים כלכליים הגורמים לצריכה של מזונות לא בריאים.

The Heavy Burden of Obesity 2019, OECD⁴

	 ישראל	 איטליה	 ספרד	 הולנד	 גרמניה	 בריטניה	מוצע OECD
שיעור השמנה והשמנת יתר במבוגרים: (נתוני OECD, דיווח עצמי)	14.7%	10.7%	16.9%	14.4%	16.3%	21%	17.1%
שיעור השמנה והשמנת יתר בקרב בני 15: (נתוני OECD, דיווח עצמי)	17%	15.5%	16.5%	12.5%	16%	14%	15.5%
גודל אוכלוסייה (במיליונים):	8.8	60.3	46.9	17.2	82.9	66.4	-
תמ"ג לנפש (באלפי דולרים, מתוקן, PPP): OECD 2019	42,912	45,691	43,470	61,242	57,557	49,912	47,341

*נתוני ישראל המופיעים בטבלה זו הנם ע"פ נתוני למ"ס, מבוססי דיווח עצמי. בפרק "השמנה בישראל" התבססנו על נתוני סקר מזון מדדי בריאות בקהילה, הנחשבים מדויקים יותר (הרחבה בפרק). שם מצוין שיעור השמנה בישראל בהיקף של 24.1% בקרב גילאי 20-64

לאורח החיים הישבני בשילוב תפריט מזון עתיר קלוריות ושומן יש השלכות בריאותיות חמורות. לפי ארגון הבריאות העולמי, מחסור בפעילות גופנית הוא אחד מגורמי הסיכון הבריאותיים המסוכנים בעולם וגורם לכ-6% מסך מקרי המוות בעולם אשר מייצגים מוות מוקדם של 3.2 מיליון בני אדם בשנה.



השמנה אינה בעיקרה עניין אסתטי, אלא גורם סיכון עבור סוגי תחלואה ותמותה רבים הניתנים למניעה. השמנה גורמת לפגיעה באיכות החיים, לפגיעה ביכולת התפקודית, לתחלואה נפשית, ולתחלואה גופנית כרונית. השמנה מובילה לשכיחות גבוהה יותר של מחלות כמו יתר לחץ דם, הפרעה בשומני הדם (dyslipidemia), והתנגדות לפעולת האינסולין (insulin resistance), וכתוצאה מכך גם לתחלואה במחלות לב כליליות, סוכרת, בעיות נשימה. בעיות נשימה אלה כוללות הפרעות נשימה חסימתיות בשינה העלולות להוביל למחלות כגון מחלת לב כלילית ושבץ מוחי, מחלת כבד וכיס המרה, דלקת פרקים, סוגים שונים של סרטן (כמו סרטן המעי הגס, השד, הרוחם והערמונית). בנוסף השמנה עשויה להביא לדיכאון, סיבוכי היריון ולידה ומוגבלות תפקודיות נוספות. תחלואה זו, הניתנת למניעה, גורמת מדי שנה לאלפי מקרי מוות מוקדמים הקשורים להשמנה. כל אלו הובילו לכך שמדינות רבות מכירות בהשמנה כמחלה כרונית לכל דבר. השמנה נתפשת כאחראית לכמחצית מנטל התחלואה הכרונית והיא קשורה למרבית הבעיות הרפואיות השכיחות כיום בעולם המערבי וביניהם סכרת סוג 2 (כ-75% משיעורי התחלואה בסוכרת נגרמים מהשמנה), יתר לחץ דם, סוגי סרטן שונים, מחלת לב כלילית ועוד.

לכל האמור יש להוסיף גם את הסכנה המשמעותית הכרוכה בהשמנה בעבור ילדים. מלבד זה שילדים חיים עם השמנה נוטים לסבול מהשמנה כל חייהם, מספר מחקרים רפואיים ישראלים עדכניים, המבוססים על ניתוח נתוני עתק, מתארים כי יש מתאם גבוה בין השמנה אצל בני נוער ובין תחלואה מוקדמת במחלות לב וכלי דם⁵, סוכרת⁶ וסרטן⁷. לכן יש להקדיש יתר תשומת לב לטיפול ומניעה במחלה אצל ילדים ונוער, מתוך הבנה שלהשמנה בגיל זה יש השפעה מטרידה לטווח ארוך.

⁵Body-Mass Index in 2.3 Million Adolescents and Cardiovascular Death in Adulthood, The New England Journal of Medicine, Twig et al.

⁶Adolescent Obesity and Early-Onset Type 2 Diabetes, Diabetes Care, Twig et al.

⁷Adolescent obesity and midlife cancer risk: a population-based cohort study of 2.3 million adolescents in Israel, The Lancet, Furer et al.

מחקרים שונים מעידים על קשר בין השמנת יתר לתחלואה פסיכולוגית^{8,9}; כגון דיכאון, הפרעות התנהגותיות, מחשבות אובדניות והערכה עצמית נמוכה. נראה כי קיימים יחסי גומלין בין שתי התופעות – מחד, השמנה מזינה את התחלואה בתחום בריאות הנפש ומאידך, הפרעות נפשיות מובילות להשמנה. חלק מן ההשלכות הפסיכולוגיות שנוצרות הן תוצאה של ההשמנה עצמה, אך חלק ניכר לא פחות, הינו תוצאה של יחס החברה לאדם החי עם השמנה. בשל אפליה על רקע משקל, בריונות ותחושת הדרה חברתית, הדימוי העצמי של אנשים הסובלים מהשמנה, מה שמוביל להפרעות במצבי רוח, כגון דיכאון, אכזבה עצמית וחרדה, ואף למחשבות אובדניות¹⁰. **מעגל זה אינו פוסק ואף מזין מחדש את המשך ההשמנה ומדכא את הרצון לטפל בה.** על כן, אף על פי שבאופן מסורתי השמנה ובעיות בריאות הנפש הוגדרו כמצבים בריאותיים גופניים ורגשיים נפרדים, עדויות מצביעות על אינטראקציות משותפות ביניהם.

השמנה וקורונה

מספר רב של מחקרים שפורסמו בשנה האחרונה מצביע על

קשר קטלני בין השמנה לבין התפתחות סיבוכים ממחלת

הקורונה. בין היתר, ארגון ה-CDC האמריקאי (המרכז למניעה

ולבקרת מחלות) תיאר כי הסובלים מהשמנה שייכים לקבוצת סיכון מוגברת. מגזין Science אשר ריכז מספר רב של מחקרים שבחנו

את הנושא, מתאר כי נתון מדאיג זה רלוונטי גם לצעירים החיים

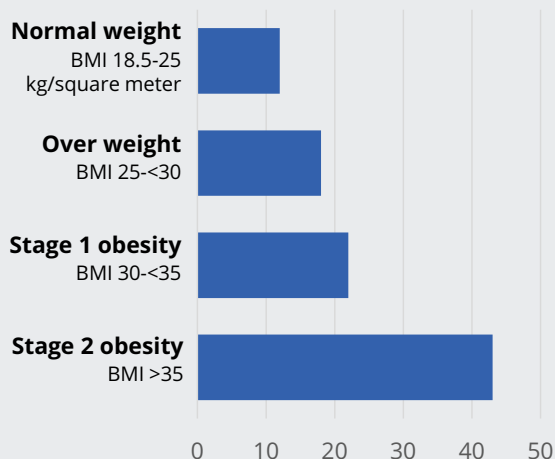
תחת השמנה. המספרים המתוארים מזעזעים – לאנשים

הסובלים מהשמנה יש 113% יותר סיכוי להתאשפז עקב

קורונה, 74% סיכוי יותר להיות מחוברים למכונת הנשמה

ו-48% יותר מהם מתים בסופו של דבר מהשילוב הקטלני

של Covid-19 והשמנה.



מחקרים נוספים שצוינו הראו כי גם אנשים אשר נמצאים בקטגוריית ההשמנה הנמוכה ביותר – עודף משקל – נמצאו כסובלים יותר מתסמיני הקורונה. דהיינו, כל אדם העובר את נק' ה-25 בממד ה-BMI הופך חשוף יותר ויותר לסכנה מתסמיני המחלה.

Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization, BMC Public Health⁸

The State of Obesity: Better policies for a healthier America 2020, Trust for America's Health⁹

The association between chronic bullying victimization with weight status and body self-image: a cross-national study in 39 countries¹⁰

במחקר זה אנו מתבססים בעיקר על נתוני ההשמנה המפורסמים על ידי המכון הלאומי לחקר שרתי הבריאות ומדיניות הבריאות מדי שנה עד לשנת 2019 בדו"ח "התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל". דו"ח זה נתמך ואומץ על ידי משרד הבריאות וארבעת קופות החולים. הדו"ח מתאר תמונת מצב חמורה ומדאיגה יותר מאשר זו שמתאר הלמ"ס, ומציג שיעורי השמנה גבוהים יותר. במחקר זה נציג מדי פעם גם את נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לצד נתוני המכון הלאומי.

א. השמנה בישראל

תופעת ההשמנה לא פסחה על מדינת ישראל, ובדומה לשאר מדינות המערב, גם בישראל הפכה התזונה לפחות בריאה, הפעילות הגופנית אינה מספקת ורוב האזרחים מנהלים אורח חיים יושבני. כתוצאה מכך, ניכרת עליה משמעותית בעשורים האחרונים בשיעור ההשמנה בקרב ילדים, נוער, ומבוגרים כאחד.

נתוני הלמ"ס מבוססים על הסקר החברתי של שנת 2018 (נתוני 2017). לפיהם, כמחצית מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל (48%) נמצאת במצב של עודף משקל או השמנה: 55% מהגברים

ו-41% מהנשים. מבחינת פילוח לפי קטגוריות משקל (מבוססות BMI), כ-32.3% מהאוכלוסייה סובלים מעודף משקל, 11.7% מהאוכלוסייה סובלים מהשמנה ו-3.9% מהאוכלוסייה סובלים מהשמנת יתר. בדוח של ה-OECD המבוסס על נתוני ה-WHO ל-2018, שיעור האוכלוסייה שחיה עם השמנה והשמנת יתר עומד יחדיו על כ-27%.

נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל לשנת 2017-2019 (להלן: מדדי איכות בקהילה) מבוססת על מדדים שנמסרו מקופות החולים. לפיהם, נמצא שבקרב גילאי 20-64 היקף האנשים החיים עם עודף משקל עומד על 34.5%, ושיעור הסובלים מהשמנה עומד על 24.1%. בקרב גילאי 65-84, שיעור ההשמנה והשמנת היתר עומד על 33.2%.

משמעות הנתונים היא **שיותר מחצי מהאוכלוסייה, בקרב שני המינים, סובלים מעודף משקל**. הנתונים משקפים כי שיעורים אלה נותרו יציבים במהלך העשור האחרון¹⁵.

¹¹ People at Increased Risk, CDC

¹² Why COVID-19 is more deadly in people with obesity—even if they're young, Science magazine

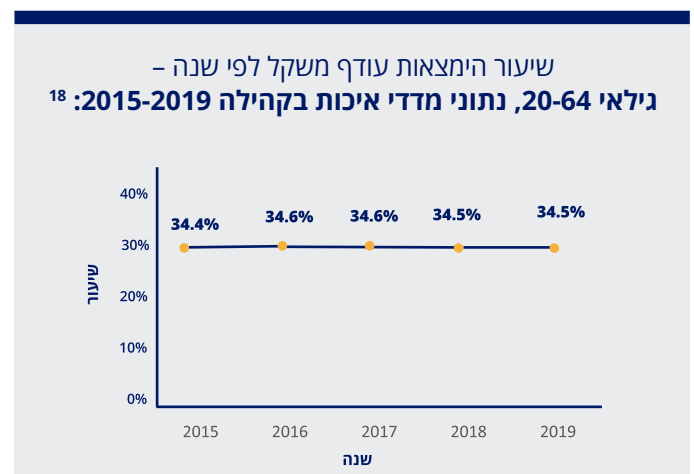
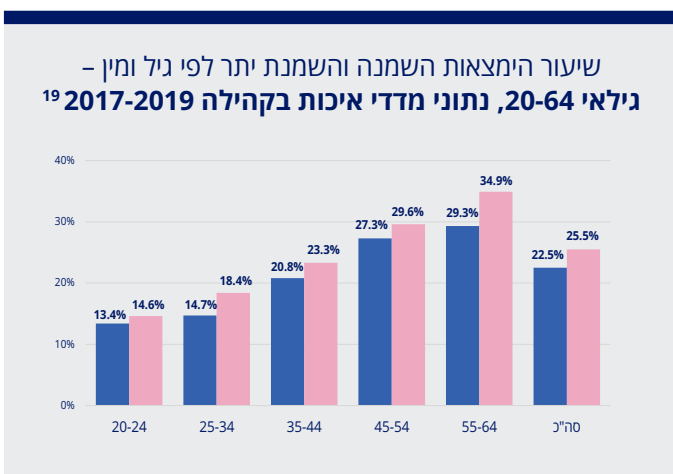
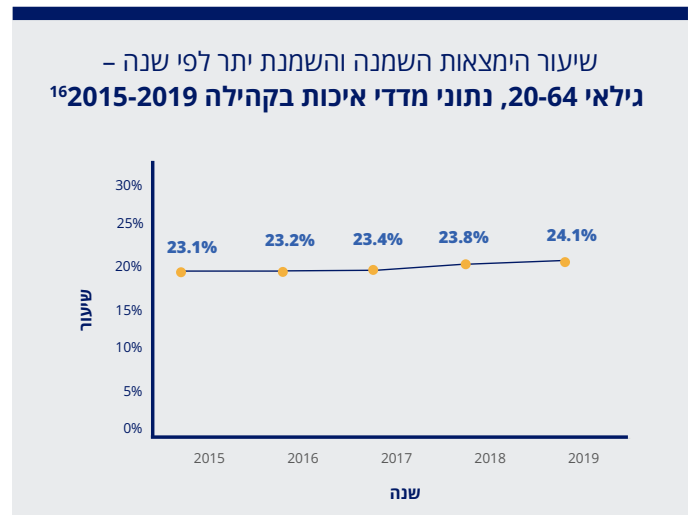
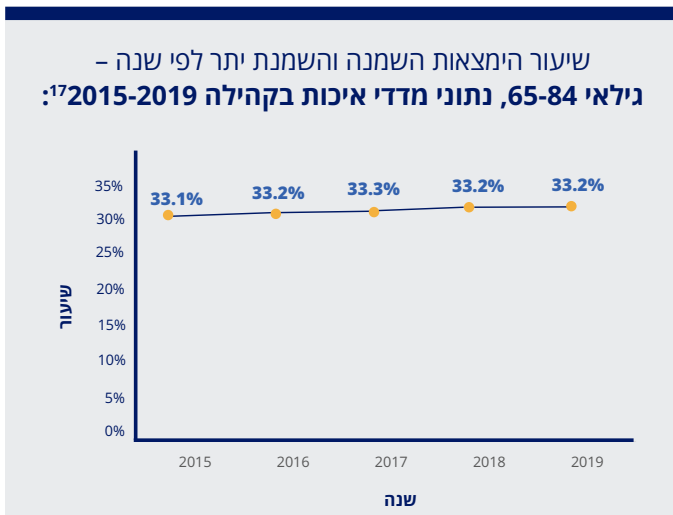
¹³ לעתים נעשית הפרדה בין השמנת יתר (35+) להשמנת יתר חולנית (40+)

¹⁴ הסקר החברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

¹⁵ ניטור השמנה בסקרי בריאות לאומיים תקופתיים, משרד הבריאות

קטגוריה	סובלים מעודף משקל או השמנה (BMI≤25)	שיעור עודף משקל (BMI≤30≤25)	שיעור השמנה (BMI≤35≤30)	שיעור השמנת יתר (BMI≤35)
מדדי איכות בקהילה, נתוני 2017-2019, גיל 7		11.0%		6.9%
מדדי איכות בקהילה, נתוני 2017-2019, גילאי 20-64		34.5%		24.1%
מדדי איכות בקהילה, נתוני 2017-2019, גילאי 65-84				33.2%
הלמ"ס, נתוני 2017, אוכלוסייה בוגרת	48%	32.3%	11.7%	3.9%

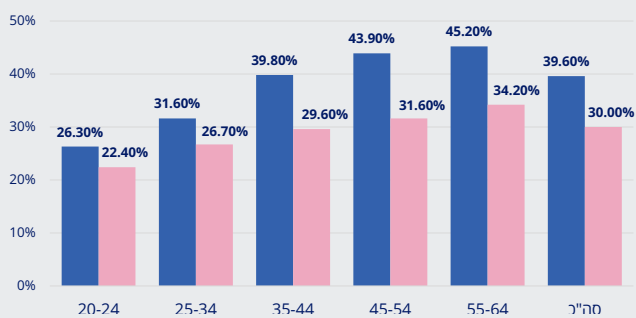
שיעור הימצאות השמנת יתר ועודף משקל נותר יחסית דומה בין השנים 2015 ל-2019. כמו כן, עולה כי ככלל, נשים סובלות מהשמנה יותר מגברים, בכל שכבות הגיל.



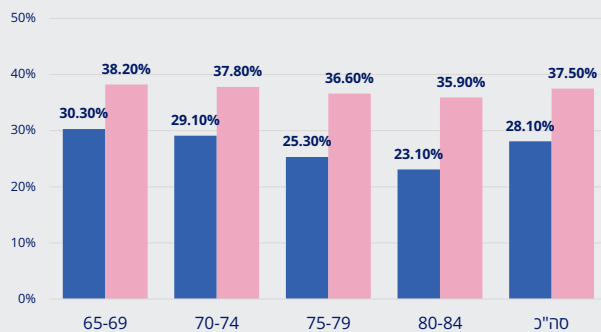
¹⁸ התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרתי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות. גם על בסיס הדוח של ה-OECD (2019) המבוסס על דיווח עצמי, ואים מגמת עלייה מתמשכת הדומה לזו כאן. ב-2014 היה עמד על 25.9%, ב-2015 הוא עמד על 26.3% וב-2016 הגיע ל-26.7%.

¹⁹ התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרתי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות

שיעור הימצאות עודף משקל לפי גיל ומין
גילאי 20-64, נתוני מדדי איכות בקהילה 2017-2019²¹:



שיעור הימצאות עודף משקל לפי גיל ומין
גילאי 65-84, נתוני מדדי איכות בקהילה 2017-2019²⁰:



נתונים אלו אף מצביעים על כך **שבעיית ההשמנה עולה עם הגיל**. ככלל, ניכרת מגמת עלייה בשיעור ההשמנה ועודף המשקל לאורך השנים, כאשר ניתן לראות כי השיעור הגבוה ביותר של השמנת יתר בקרב נשים וגברים נצפה בגילאי 65-69, עם כ-38.2% לנשים ו-30.3% לגברים. נתון זה, המשקף שבעיית ההשמנה עולה בממוצע עם הגיל, מתכתב עם מגמת הזדקנות האוכלוסייה העולמית והישראלית. השילוב הנפיץ של אוכלוסייה מבוגרת הסובלת מהשמנה ועודף משקל תיצור עומס אדיר על מערכת הבריאות ותהיה לכך עלות כלכלית ניכרת אשר יש לקחתה בחשבון. להשמנה בקרב האוכלוסייה המבוגרת ישנן גם השלכות נוספות הקשורות למאפייני הטיפול במחלה – האוכלוסייה המבוגרת הינה אוכלוסייה שקשה לשנות את הרגליה (תזונה, פעילות גופנית) וחלק ניכר ממנה אינו יכול לבצע פעילות גופנית משמעותית עקב מוגבלות פיזית הנובעת ממצבם הגופני. **דבר זה מוביל לכך שבקרב האוכלוסייה המבוגרת ישנה חשיבות רבה יותר למדיניות טיפולית-התערבותית ולא רק למדיניות הימנעותית.**

עוד עולה מדו"ח התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואה בישראל, כי ישנם הבדלים משמעותיים בשיעורי ההימצאות של השמנת יתר לפי מצב חברתי-כלכלי. בשכבה החברתית-כלכלית החלשה, שיעור הסובלים מהשמנת יתר היה גבוה כמעט פי 2 בהשוואה לשכבה החברתית-כלכלית החזקה ביותר – 30.7% לעומת 16.5%, בהתאמה. כמו כן, כאמור ניכרים פערים בין גברים לנשים, כאשר ככלל נשים סובלות מהשמנת יתר יותר מאשר גברים. על כך יורחב בהמשך מחקר זה.

בקרב ילדים התמונה המשתקפת שונה אך מדאיגה. ילדים החיים עם השמנה נוטים להישאר בקטגוריות המשקל של השמנה גם לאורך חייהם הבוגרים, ואף לוקים במחלות שונות הנלוות להשמנת יתר. אם אנו לוקחים בחשבון את הטענה כי השמנה היא מחלה כרונית, ניתן להבין כי ילד הסובל ממנה יתקשה מאוד להתגבר עליה ללא

התערבות כלשהי במרוצת חייו. על כן, קיימת חשיבות בטיפול מוקדם בתופעת השמנה בחייו של ילד.

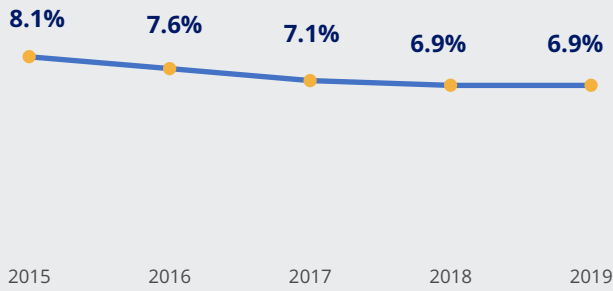
מנתוני הלמ"ס עולה כי שיעורי עודף המשקל וההשמנה עולים משמעותית בין תלמידי כיתות א' לתלמידי כיתות ז' – 18% לעומת 30%, בהתאמה. יצוין כי לפי ה-OECD, שיעור ההשמנה והשמנת היתר בגיל 15 עומד על כ-17%. עם זאת, מנתוני מדדי איכות בקהילה, נראה שהן תופעת ההשמנה והן עודף המשקל נמצאת במגמת ירידה מתונה בין השנים 2015-2019 בקרב ילדים בני 7.



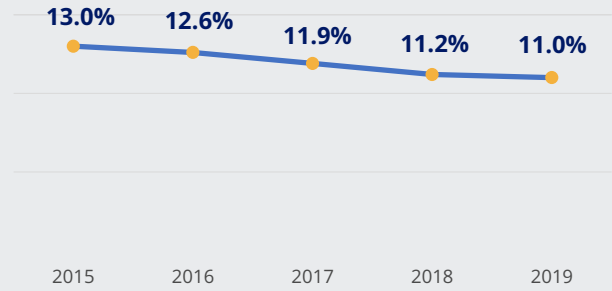
השילוב הנפיץ של אוכלוסייה מבוגרת הסובלת מהשמנה ועודף משקל תיצור עומס אדיר על מערכת הבריאות ותהיה לכך עלות כלכלית ניכרת אשר יש לקחתה בחשבון

²⁰ התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואה בקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות.
²¹ התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואה בקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות.

שיעור הימצאות השמנה והשמנת יתר בקרב ילדים בגיל 7, נתוני מדדי איכות בקהילה 2017-2019:²³



שיעור הימצאות עודף משקל בקרב ילדים בגיל 7 נתוני מדדי איכות בקהילה 2017-2019:²²



הסקר הלאומי בנושא מצב בריאות ותזונה בילדים ונוער (מב"ת), מציג נתונים נוספים, ומתאר שכ-18.1% מקרב הילדים בגילאי 2-12 ו-32.3% מקרב הנוער בגילאי 13-18 סובלים מעודף משקל או השמנה.

לוח מס' 5: שכיחות השמנה – ילדים ונוער, נתוני מב"ת 2015-2016:²⁴

	גיל 13-18	2-12
עודף משקל	19.7%	9%
השמנה והשמנת יתר	13.2%	7.5%
סה"כ	32.3%	18.1%

²² התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות
²³ התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות
²⁴ מקור: סקר לאומי בנושא מצב בריאות ותזונה בילדים ונוער, מב"ת לילד לשנים 2015-2016, משרד הבריאות, נובמבר 2019

ב. אי שוויון בתחלואה בהשמנה בישראל

שכיחותה של ההשמנה בישראל אינה מתפלגת באופן שווה בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה.

מנתוני הלמ"ס, המבוססים על דיווח עצמי עולה כי שיעורי ההשמנה בקרב האוכלוסייה הערבית, גבוהים יותר משכיחות ההשמנה באוכלוסייה היהודית. שיעור האנשים החיים עם השמנה (בכל קטגוריות ה-BMI שמעל 25) בקרב האוכלוסייה הערבית עומד על 53.6% לעומת שיעור של 46.2% באוכלוסייה היהודית. סקרי עבר, שביצעו פילוחים משולבים של גיל, מגדר ומגזר, העלו תמונה מעט יותר מורכבת: בעיית ההשמנה ועודף המשקל שכיחה במיוחד בקרב נשים ערביות, כאשר השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה נצפה בגילאים 45-65, בה מגיע השיעור לכ-79%. בגברים ערבים, השיעור הגבוה ביותר של עודף משקל והשמנה נצפה בקבוצת הגיל המבוגר (65+), בה מגיע השיעור לכ-80%. אך האוכלוסייה הערבית אינה האוכלוסייה היחידה הסובלת מעודף משקל והשמנה בשיעור חריג – שיעור השמנת היתר בקרב האוכלוסייה החרדית הינו גבוה במיוחד ועומד על 5.3% לעומת 2.6%-3.3% אצל החילונים, הדתיים והמסורתיים.

לוח מס' 6: שיעור השמנה ועודף משקל בישראל לפי פילוח מגדרי, נתוני מדדי איכות בקהילה

שיעור עודף משקל ($25 \leq BMI \leq 30$)	שיעור השמנה ($30 \leq BMI \leq 35$)	שיעור השמנת יתר ($BMI \leq 35$)
נשים בישראל 20-64	30%	25.5%
נשים בישראל 65-84		37.5%
גברים בישראל 20-64	39.6%	22.5%
גברים בישראל 65-84		28.1%

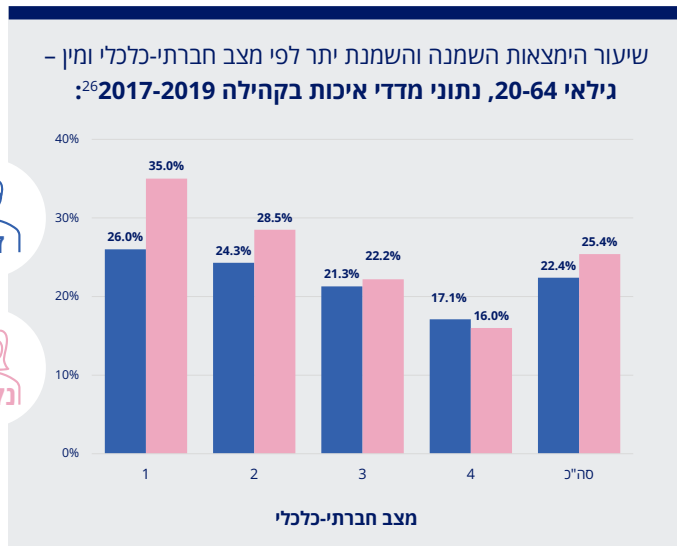
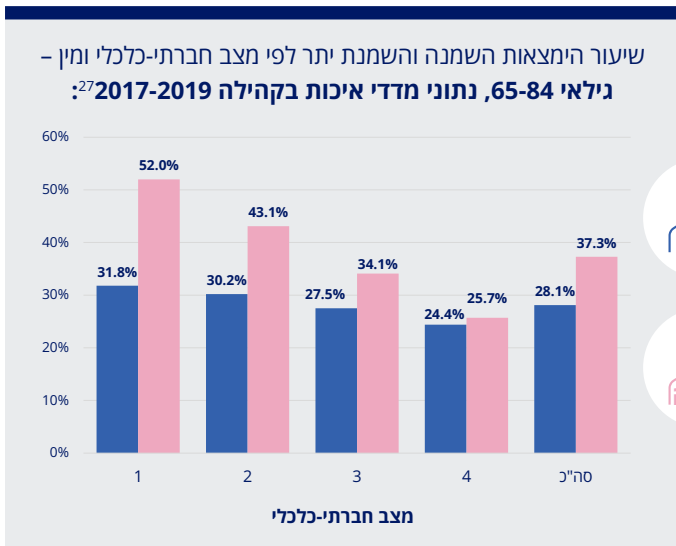
לוח מס' 7: שיעור השמנה ועודף משקל בישראל לפי פילוח מגזרי ודתי, נתוני למ"ס

קטגוריה	סובלים מעודף משקל או השמנה ($BMI \leq 25$)	שיעור עודף משקל ($25 \leq BMI \leq 30$)	שיעור השמנה ($30 \leq BMI \leq 35$)	שיעור השמנת יתר ($BMI \leq 35$)
אוכלוסייה יהודית	46.2%	31.7%	11.1%	3.4%
אוכלוסייה ערבית	53.6%	34.1%	13.8%	5.7%
חילונים (יהודים)	46.1%	32.7%	10.2%	3.2%
מסורתיים (יהודים)	46.6%	31.2%	12.1%	3.3%
דתיים (יהודים)	47.2%	32.0%	12.6%	2.6%
חרדים (יהודים)	43.9%	28.8%	9.8%	5.3%

מלבד הפער המגזרי בשיעורי ההשמנה, מנתוני הלמ"ס עולה פער סוציו-אקונומי ניכר שסביר להניח כי נמצא במתאם עימו. נמצא כי שיעורי ההשמנה גבוהים יותר, ככל שהמעמד הסוציו כלכלי נמוך יותר.

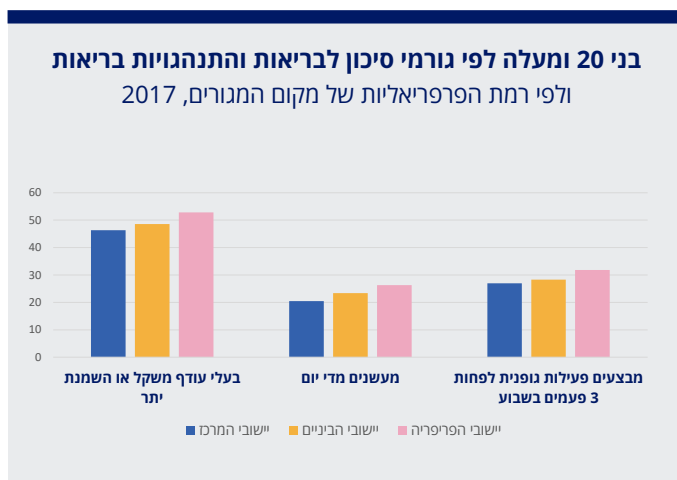
לדוגמא, במשקי בית שבהם ההכנסה הממוצעת לנפש היא עד 2,000 ש"ח ברוטו שיעור השמנת היתר הינו גבוה במיוחד ועומד על 6.2%, יותר מפי שניים מאשר במשקי בית שבהם ההכנסה הממוצעת לנפש היא מעל 4,000 ש"ח, שבהם שיעור השמנת היתר עומד על 3%.

נראה כי שיעורי ההשמנה בעולם המערבי, כמו גם בישראל, גבוהים יותר ככל שהמעמד החברתי-כלכלי נמוך יותר. כך למשל, נמצא כי שיעור ההשמנה ועודף המשקל יורדים עם העלייה ברמת ההשכלה: שיעור הסובלים מעודף משקל והשמנה בקרב אקדמאים עומד על 46.7%, לעומת שיעור של 52.8% אצל אלו שלא סיימו תיכון ואין להם תעודת בגרות. פער משמעותי קיים גם בין תושבי המרכז לבין תושבי הפריפריה בכל הקשור לשיעורי השמנה ואורח חיים בריא, כפי שניתן לראות בתרשים מס' 2 שנלקח מדוח "פני החברה בישראל, פערים בין מרכז ופריפריה 2016-2017"²⁵: **נתונים אלו משקפים שקיימת חשיבות רבה להתערבות ממשלתית דיפרנציאלית שתתמקד בטיפול ומניעת השמנה במגזרים ספציפיים ובאוכלוסיות מרקע סוציו-אקונומי נמוך.**



תרשים מס' 2: גורמי סיכון לבריאות לפי רמת הפריפריאליות של מקום המגורים, נתוני למ"ס:

הנתונים המצביעים על כך שמחלת ההשמנה שכיחה יותר בשכבות החלשות באוכלוסייה אינם אמורים להפתיע אף אחד. בישראל קיים אי-שוויון מובנה בכלל המדדים הבריאותיים, כפי שמשתקף מדוחות אי-השוויון השנתיים של האגף לתכנון ואסטרטגיה במשרד הבריאות. הנתון שממחיש את הפערים הללו באופן הבולט ביותר הוא מדד "תוחלת החיים לפי קבוצות אוכלוסייה ודת", המציג כי תוחלת החיים הממוצעת של גבר ערבי נמוכה בכ-3.7 שנים מאשר גבר יהודי (78 ו-81.7 שנים בהתאמה) ותוחלת החיים הממוצעת של אישה ערביה נמוכה בכ-2.8 שנים מאשר אישה יהודייה (82.3 ו-85.1 שנים בהתאמה). פערים אלו אף יותר קיצוניים כאשר בוחנים את פער תוחלת החיים בין משכילים ללא משכילים, כאשר



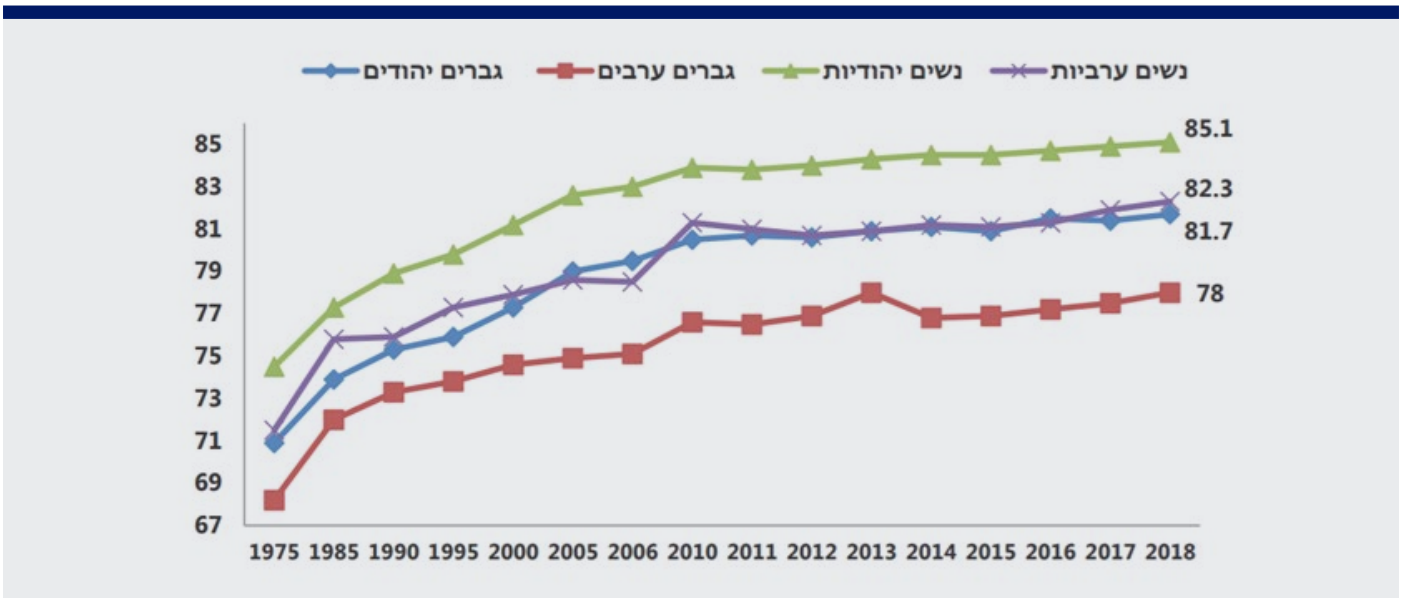
תוחלת החיים הממוצעת של גבר ללא השכלה תיכונית נמוכה בכ-7.9 שנים מאשר גבר אקדמאי (76.6 ו-84.5 שנים בהתאמה) ותוחלת החיים של אישה ללא השכלה תיכונית נמוכה בכ-6 שנים מאשר אישה אקדמאית (81.9 ו-87.9 שנים בהתאמה). פערים דומים בתוחלת החיים מתקיימים גם בין המרכז לפריפריה. השמנה פוגעת באופן מובהק בתוחלת החיים ושכיחותה הגבוהה בקרב אוכלוסיות חלשות מרמת כי ייתכן וקיים קשר בין שכיחות ההשמנה לבין תוחלת החיים הקצרה יותר באוכלוסיות אלו.

²⁵פערים בין מרכז לפריפריה, 2016-2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

²⁶התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות

²⁷התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2017-2019, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל, משרד הבריאות ומועצת הבריאות

²⁸אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2019, משרד הבריאות



מחלה נוספת אשר פוגעת באופן לא שוויוני באזרחי ישראל היא **מחלת הסכרת**, מחלה שיש לה קשר הדוק עם מחלת ההשמנה. פרופ' חוליו וינשטיין, מנהל מרפאת הסכרת בוולפסון ונשיא האגודה הישראלית לסכרת, כותב כי מחקרים רבים הוכיחו קשר בין השמנה, לבין התפתחות סכרת סוג 2. ההסבר הסיבתי טמון בהשפעה על תהליך התנגדות לאינסולין ממנה סובלים החולים בעקבות ההשמנה המרוכזת באזור הבטן. פרופ' וינשטיין מצטט מחקרים שונים שנערכו בשנים האחרונות ומעידים שרקמה שומנית אחראית לשחרור מספר חומרים, ביניהם הורמון בשם אדיפונקטין, אשר רמה נמוכה שלו קשורה במישרין להשמנה בטנית ולרגישות לאינסולין, לחלוקת השומנים בגוף ולחלבוני הדם. לתופעה הנ"ל השפעה גם על רמת הכולסטרול 'הטוב' ועליה בכולסטרול 'הרע'. ירידה ברגישות לאינסולין גורמת לתגובה מופחתת של תאים בעיקר תאי שריר, שומן וכבד לאינסולין המופרש ע"י הבלב. מכל האמור לעיל, ניתן לראות כי בשלב הראשון למחלה כמויות אינסולין מוגברות בד בבד עם עלייה ברמת הסוכר בדם, זאת למרות שתפקידו העיקרי של אינסולין הוא הפחתת רמת הסוכר בדם. עם התקדמות המחלה, יתרחש ברוב המקרים גם הרס של תאי הביטא בבלב אשר אחראים לייצר אינסולין. מחקרים נוספים הראו קורלציה מובהקת בין מדד ה-BMI של אדם להסתברות שאותו אדם יחלה בסוכרת.

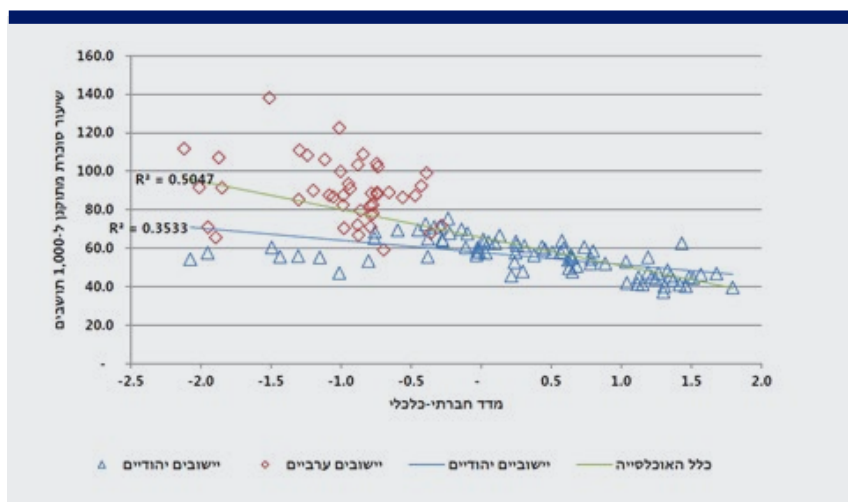
משרד הבריאות בדק מספר יישובים אשר מתגוררים בהם מעל ל-10 אלף תושבים. מתוך יישובים אלו, נמצאו שיעורים גבוהים ביותר של מקרי סוכרת **בג'סר-אזרקא** (138.1), **בקלנסווה** (122.5), **בתל שבע** (111.7) ו**באום אל-פחם** (110.9); כולם ערים ערביות בעלות דירוג אשכול חברתי-כלכלי נמוך. כמו כן, נמצא קשר ישיר בין המדד החברתי-כלכלי לבין השיעור המתוקנן של מקרי סוכרת ביישובים יהודיים, כפי שניתן לראות בתרשים מס' 4 ממחקר בנושא דומה שבוצע ע"י מכון טאוב³². בנוסף, על בסיס נתוני הלמ"ס ניתן לראות את הפער בשיעורי התחלואה בסכרת בין נשים יהודיות וערביות בתרשים מס' 5.

²⁹א-שוויין בבריאות וההתמודדות עמו 2019

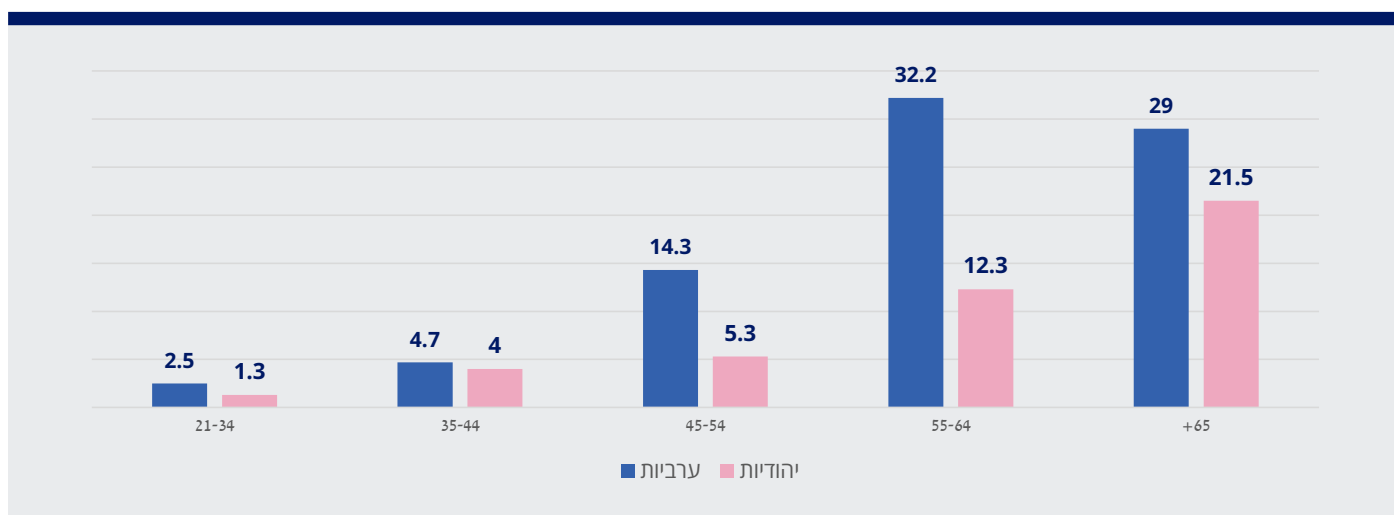
³⁰הקשר בין השמנה וסוכרת סוג 2, מרכז רפואי וולפסון

³¹מחקר ענק, מה הסיכוי ללקות בסוכרת לפי המשקל שלכם, מתוך אתר Ynet

תרשים מס' 4: הקשר בין הממד החברתי-כלכלי ושיעור הסוכרת ביישובים שמנו 10,000 תושבים ויותר ממוצע 2014-2016, נתוני מכון טאוב:



תרשים מס' 5: אחוז התחלואה בסוכרת לפי מגזר וגיל בקרב נשים 2015, נתוני למ"ס



ב'סקר החברתי 2017³³, שנערך ע"י הלמ"ס, נבדקו נתונים שונים בנושאי בריאות ואורח חיים. אחת המסקנות שעולות מנתוני סקר זה היא שישנו פער משמעותי במודעות להשמנה ובהרגלי התזונה בין המגזרים השונים בישראל, כאשר ייתכן ויש קשר בין הרגלים אלו לבין נתוני ההשמנה. אחד הממצאים המפתיעים ביותר בסקר נוגע לרצון לרדת במשקל – כאשר 54% מהיהודים ו-41% מהערבים השיבו שהם מעוניינים לרדת במשקל על אף ששיעורי ההשמנה בקרב הערבים גבוהים יותר מאשר אצל יהודים. נתונים אלו מתכתבים גם עם שיעור עושי הדיאטה שעומדים על 22% מהיהודים ו-16% מהערבים. מבחינת תזונה בפועל, ממצאי הסקר משקפים כי **האוכלוסייה הערבית אוכלת יותר מזון שעלול להוביל להשמנה** – בשר אדום ובשר מעובד ומשקאות ממותקים. לעומתם, האוכלוסייה היהודית אוכלת ירקות טריים ודגים בשיעורים גבוהים יותר. נתונים אלו משתקפים גם בדוח "**שנתון בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל מס' 1**"³⁴ שפורסם ביוני 2020 – בדוח ניתן לראות כי הרגלי התזונה במגזר הערבי בריאים פחות מאשר במגזר היהודי, ושערבים מקפידים פחות על בדיקת רכיבי תזונה והרגלים בריאים נוספים. מלבד פערי תזונה, ישנם פערים תרבותיים שעלולים להשפיע על השמנה באוכלוסיות שונות³².

³²בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל, מרכז טאוב
³³הסקר החברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

³⁴שנתון בריאות החברה הערבית בישראל מס' 1

לדוגמה, בראיון לעיתון 'כלכליסט'³⁵ הדוקטורנטית החרדית הילה ויזל אשר חוקרת את ההשמנה בעולם החרדי, מתארת אדם חרדי הסובל מבעיית השמנה ולא יבצע פעילות גופנית מפני "שלא מקובל בקהילה שלהם שגברים יעשו ספורט". נתונים אלו באים לידי ביטוי גם בדוח "שנתון החברה החרדית בישראל 2018"³⁶ של המכון הישראלי לדמוקרטיה, כאשר רק מחצית מהחרדים ענו כי עסקו בפעילות גופנית בשלושת החודשים האחרונים, ומהם 35% עסקו בפעילות גופנית של "הליכה".

אוכלוסייה מוחלשת נוספת אשר סובלת מאחוזי תחלואת השמנה גבוהים מהמוצע היא אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות. דוח 'אנשים עם מוגבלויות בקהילה' של משרד הבריאות מצא כי 24% מהאנשים עם מוגבלות בישראל הוגדרו כחיים תחת השמנה ושיעור זה אף גבוה יותר (26%) בקרב אנשים עם מוגבלות קשה. בנוסף, הדוח מצא שוני משמעותי בכמות הפעילות הגופנית שאוכלוסייה זו מבצעת לעומת האוכלוסייה הכללית. ממצאי דו"ח זה עולים בקנה אחד עם הידע המצטבר בספרות המחקרית העולמית.



מעגל הקסם הכלכלי של ההשמנה: חיים תחת השמנה פוגעים במצב הכלכלי-חברתי, ופגיעה זו מחמירה את בעיית ההשמנה, וכן הלאה

הנתונים הישראליים המראים כי מחלת ההשמנה פוגעת קודם כל באוכלוסיות החלשות אינם ייחודיים לישראל ומגמה זו קיימת בכל העולם. בשנת 2017, ארגון ה-OECD הוציא דוח מיוחד בשם 'Obesity Update 2017', הסוקר את מצב ההשמנה ואת המגמות הצפויות במדינות ה-OECD. לפי נתוני הדוח, יש קשר הפוך בין מספר שנות ההשכלה לבין שיעור ההשמנה. מגמה זו בולטת במיוחד אצל נשים, כאשר ביותר מחצי מהמדינות יש שיעור כפול או משולש של השמנה בקרב נשים לא משכילות לבין נשים משכילות. בהמשך ישיר לכך, במרבית המדינות נשים מועדות להשמנה בשיעורים גבוהים יותר מאשר גברים. יחד עם זאת, יש לשים לב כי שיעור ההשמנה בגברים צומח בקצב מהיר יותר מאשר שיעור ההשמנה בנשים.

הנתונים הישראליים המראים כי מחלת ההשמנה פוגעת קודם כל באוכלוסיות החלשות אינם ייחודיים לישראל ומגמה זו קיימת בכל העולם. בשנת 2017, ארגון ה-OECD הוציא דוח מיוחד בשם 'Obesity Update 2017', הסוקר את מצב ההשמנה ואת המגמות הצפויות במדינות ה-OECD. לפי נתוני הדוח, יש קשר הפוך בין מספר שנות השכלה לבין שיעור ההשמנה. מגמה זו בולטת במיוחד אצל נשים, כאשר ביותר מחצי מהמדינות יש שיעור כפול או משולש של השמנה בקרב נשים לא משכילות לבין נשים משכילות. בהמשך ישיר לכך, במרבית המדינות נשים מועדות להשמנה בשיעורים גבוהים יותר מאשר גברים. יחד עם זאת, יש לשים לב כי שיעור ההשמנה בגברים צומח בקצב מהיר יותר מאשר שיעור ההשמנה בנשים.

הדוח מצביע על כך שיש השפעה מובהקת למצב הסוציו-אקונומי ולרמת ההשכלה על שיעור ההשמנה. כמו כן, הדוח מצביע על השפעה כלכלית מעגלית המזכירה במידה מסוימת דינמיקה של "מלכודת עוני"; ההשמנה פוגעת בביצועים המקצועיים של הסובלים ממנה, דבר המוביל לפגיעה במצב הסוציו-כלכלי שלהם שמובילה בתורה לעוד השמנה. תופעה זו מתרחשת מפני שבאופן סטטיסטי, אנשים שסובלים מהשמנה מתקבלים פחות לעבודה מאשר אנשים בעלי משקל תקין ומתקשים להשתלב מחדש בשוק העבודה. כמו כן, נמצא שקבוצה זו משתמשת ביותר ימי מחלה ובהתאם לכך עובדת פחות שעות והדבר מוביל לפגיעה של כ-10% בהכנסות מעבודה מאשר מקביליהם בעלי ה-BMI התקין. דוח ה-OECD מצביע על כך שהתמודדות עם בעיית ההשמנה יכול לתרום לקטיעת המעגל הבריאותי-חברתי הזה.

³⁵האישה שרוצה לעשות דיאטה לציבור החרדי, כלכליסט

³⁶שנתון החברה החרדית בישראל 2018, המכון הישראלי לדמוקרטיה

³⁷הקשר בין השמנה ואיכות חיים בקרב מוגבלים שכלית, אוניברסיטת חיפה

ניתן לחלק באופן סכמטי את המדיניות הממשלתית כלפי השמנה באופן בינארי – מדיניות מניעתית ומדיניות טיפולית. מדיניות מניעתית עוסקת בכל הקשור למדיניות "רכה" שמטרתה למנוע מאנשים להגיע למצב של השמנה או עודף משקל מלכתחילה. מדיניות מניעתית כוללת בין היתר את כל תחום ההסברה, עידוד ותמרוץ של פעילות גופנית, איסור פרסום של מוצרים משמנים וכל הפעילויות אשר נופלות תחת הקטגוריה של "פטרנליזם רך". מדיניות טיפולית עוסקת בכל הקשור להתמודדות עם אנשים אשר סובלים מעודף משקל או השמנה. זו מורכבת מכלל המענים והטיפולים הניתנים לאנשים הסובלים מהשמנה ועודף משקל, בין אם מדובר בדיאטות ובייעוץ תזונתי ובין אם מדובר בטיפולים תרופתיים ואף ניתוחים בריאטרים.

המחקר שביצענו משקף כי המדיניות הממשלתית בישראל מכוונת מאוד לממד המניעתית, כאשר המדיניות הטיפולית הנוכחית מתמקדת בעיקר בתחום של ניתוחים בריאטרים.

הפעילות של מדינת ישראל בנושא צמצום ממדי ההשמנה נמשכת מזה שנים וקיבלה תאוצה בשנים האחרונות. פעילות זו מתרכזת בעידוד אימוץ דפוסי התנהגות בריאים יותר ברמת הפרט, ברמת המשפחה בקרב בתי-הספר, מקומות עבודה ועוד. בנוסף כוללת התערבות זו גם התערבות ב"סביבת המזון" הסובב אותנו: במוצרים שברשתות השיווק, במזון שבחדרי האוכל ובמסעדות, ובפרסומות בכלי התקשורת. אבן דרך מרכזית בפעילות הממשלתית הישראלית כנגד השמנה הייתה פרסום דו"ח משרד הבריאות 'בריאות 20/20' בשנת 2006. הדו"ח הציג סידרה ארוכה של מטרות לשיפור וקידום בריאות האוכלוסייה ובהם גם את היעד של צמצום ממדי ההשמנה כאמצעי להאטת שיעור העלייה במחלות כרוניות. אחד היעדים שאומצו על ידי הדוח היה הפחתת שיעור השמנת היתר בקרב בני ה-18 ומעלה בכלל האוכלוסייה בכ-11% (10% באוכלוסייה היהודית וכ-15% הפחתה באוכלוסייה הערבית). האמצעי המרכזי להגעה ליעד זה הוא **עידוד אורח חיים פעיל ובריא בכל רצף החיים** – העלאת שיעור העוסקים בפעילות גופנית, העלאת שיעור התזונה הבריאה וירידה בתזונה לא בריאה בקרב האוכלוסייה על ידי הגברה של צריכת מזון בריא והפחתה של צריכת מלח באוכלוסייה.

כדי לעמוד ביעדי הפחתת ההשמנה בישראל המליץ הדו"ח על **שילוב התערבויות מניעתיות וטיפוליות** המותאמות לקהל היעד תוך הירתמות צוותי בתי-הספר והישענות על מעורבות רבה יותר של ההורים. עוד הומלץ בדוח ליזום אסטרטגיה לאומית רב-תחומית למניעת ההשמנה בכל רמות האוכלוסייה, ובכל הגילאים, תוך מתן דגש על ילדים ותוך יצירת מערך ניטור ובקרה על המצב התזונתי והרגלי הפעילות הגופנית של האוכלוסייה על בסיס קבוע. אחת התרומות החשובות של הדו"ח הייתה ההבנה שצמצום תופעת ההשמנה מחייבת שיתוף פעולה של כל הגורמים השותפים ובהם משרדי ממשלה, אוניברסיטאות, מרכזי מחקר, צה"ל, משטרת ישראל, בתי חולים, קופות החולים, עמותות, החברה למתנ"סים, עיריות, רשויות מקומיות ועוד.

התערבות מניעתית בהשמנה

בנובמבר 2011 החליטה ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה של מדינת ישראל פה אחד על אימוץ תכנית 'אפשרי בריא' להפחתת תופעת ההשמנה שתכלול פעילות רוחבית ורב-מגרתית בקהילה. הרעיון הכללי שעמד מאחורי התוכנית הוא **שיש לשנות את הסביבה** שבה אנשים חיים לקלה יותר ליישום אורח חיים בריא – שבילי הליכה, מנרשי ספורט, רשת ערים בריאות – עידוד אורח חיים בריא בעיריות, בתי ספר ומקומות עבודה, תוך עידוד מעבר למזון בריא והפחתת צריכת מזון מהיר. התוכנית הלאומית פועלת במישורים המשלימים זה את זה, בכללם **חקיקה ורגולציה, תשתיות, פעילויות בשטח, והפצת מידע יישומי לציבור**. להלן מספר דוגמאות לפרויקטים מרכזיים שבוצעו במסגרת 'אפשרי בריא': קידום אורח חיים פעיל ובריא בקרב מבוגרים בישראל במקומות עבודה, קידום בריאות ותזונה בחדרי האוכל ו'מתנ"ס' מקדם בריאות של החברה למתנ"סים.

³⁸The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases

³⁹חלק זה במחקר מבוסס על מחקר שבוצע על ידי חברת ת.א.ר.א בשנת 2018, אשר בחן את תופעת ההשמנה ממבט על מדעי, כלכלי, חברתי וציבורי. אף על פי כן, המידע שמוצג לפניכם נבדק ועודכן לפי הצורך כדי לעמוד בסטנדרט הקפדני ביותר.

ביוני 2016 הוקמה ועדה שבה היו מעורבים משרדי ממשלה, אנשי אקדמיה והציבור כדי לשנות את סביבת המזון לבריאה יותר, ולקדם תזונה בריאה של האוכלוסייה. לעיקר תשומת הלב של הציבור לממצאי הוועדה זכתה ההמלצה ל**סימון מוצרים** עתירי מלח שומן רווי וסוכר והצבת מדבקות אדומות וירוקות על גבי אוכל מעובד. המלצה מרכזית נוספת כללה את **הגבלות פרסום** מזון מזיק לילדים ובני נוער עד גיל 16 באמצעי מדיה שונים ובהם שלטי חוצות עם תוכן שיווקי, טלוויזיה ועיתונים. להלן עקרי המלצות הוועדה אשר חלקן כבר מצויות בשלבי יישום:

01 סימון תכולת המזון – מיושם בהתאם לחוק הסימון התזונתי. בחלק האחורי של עטיפת כל מוצרי המזון התעשייתיים מוצגת בגופן גדול תכולת המזון וזאת כדי לתת מידע בפני הצרכנים שיאפשר בחירה מושכלת.

02 סימון שיפוטי – סימון שלילי למוצרים רווי סוכר, נתרן ושומן רווי וסימון חיובי למוצרים בריאים. החוק נכנס לתוקף בינואר 2020.

03 צמצום פרסומות – מניעה או צמצום פרסומות למזון מזיק ומגבלות על שיווק ופרסום מזון מזיק תוך התמקדות בילדים ובני נוער כקהל שבוי.

04 חינוך תזונתי והסברה לאומית.

05 עידוד חקיקה מקדמת בריאות – בצהרונים, קייטנות, שינוי סלי המזון בבתי חולים (הן במסעדות בתי החולים והן במכונות לממכר מזון).

06 תזונה בריאה במקומות עבודה – צבא, משטרה, בתי סוהר. עידוד הגשת מזון בריא לאוכלוסיות המוזנות על ידי המדינה במפעלים גדולים.

07 עידוד חינוך תזונתי בבתי ספר ובכל מערכת החינוך – לימוד תזונה כמקצוע ליבה.

08 הנגשה כלכלית של מזון בריא – סבסוד תזונה בריאה ומיסוי תזונה מזיקה. יצוין כי לנושא המיסוי ישנה התנגדות בעיקר בשל החשש להשפעה על יוקר המחיה.

09 עידוד ייצור מזון בריא – בעיקר בקרב יצרנים קטנים ובינוניים.

10 תמיכות מענקי מחקר לעידוד ייצור מזון בריא.

בשנים האחרונות נעשו שני מהלכים נוספים שמטרתם להיאבק בתופעת ההשמנה באמצעים אגרסיביים יותר מאלו שבוצעו בישראל. **המהלך הראשון**, שלא צלח, קודם על ידי משרד הבריאות ומטרתו הייתה הטלת מגבלות על פרסום של מוצרים לא בריאים לילדים⁴⁰. בסופו של דבר הוחלט כי החברות יבצעו רגולציה עצמית ויחתמו על אמנה וולונטרית. איגוד רפואת הילדים התנגד לביטול התקנות בתוקף.

המהלך השני, "רפורמת סימון המזון" שנכנס לתוקפו בתחילת 2020, קבע תקנות סימון אשר מטרתן להנניש מידע על הערך התזונתי של מזון ארוז ולסייע לצרכנים בבחירת מזונות ההולמים את עקרונות התזונה הנכונה, כפי שמומלצת בישראל⁴¹. במסגרת הרפורמה הונהג סימון אדום למוצרים המכילים כמות גבוהה של נתרן (מלח), סוכרים או חומצות שומן רוויות (שומנים). את הסימונים האדומים מחויבים היצרנים להוסיף למוצרים המכילים כמויות גדולות מערכי הסף שנקבעו לסוכר, שומן רווי ואו נתרן. יצרנים יכולים להוסיף באופן וולונטרי סימון ירוק למוצרים בריאים במידה והם עומדים בתנאים שקבעה ועדה מדעית, הנובעים מהמלצות התזונה של משרד הבריאות.

⁴⁰ניצחון ליצרני המזון המזיק: משרד הבריאות לא יטיל מגבלות על פרסום לילדים, The Marker
⁴¹רפורמת סימון המזון של משרד הבריאות



- **חוק סימון מזון והתזונה** – החל משנת 1995 חלה חובת סימון תזונתי על גב כל חפיסה של מוצר מזון ארוז.
- **חוק הזנה בבתי ספר** – בתאריך 22 ליולי 2012 אישרה ממשלת ישראל הצעת חוק, ולפיה שר החינוך, בהתייעצות עם שר הבריאות, יקבע תנאים לגבי ההרכב התזונתי של מזונות שמותר למכור או לספק במוסדות חינוך. החוק נועד להבטיח כי המזון הנמכר או המוגש לתלמידי ישראל בין כותלי המוסד החינוכי (במזנונים ובאמצעות מפעל ההזנה) יהיה בריא ויעמוד בהמלצות המקצועיות.
- **חוק הצהרונים** – עם הרחבת הזכאות לצהרונים לילדים מגיל 3 עד 9 הוחל גם עליהם חוק התזונה הבריאה. גם כאן נבנה מנגנון פיקוח בשיתוף פעולה בין משרד החינוך והבריאות.
- **מבחני תמיכה לקופות החולים** – מטרת התמיכה היא לקדם בריאות ורפואה מונעת באמצעות תמיכה בקופות חולים המפעילות תוכנית לקידומן של תוכניות קידום בריאות. התוכנית תפעל להכשרת רופאים על מנת לעודד רופאי משפחה להמליץ למטופלים במסגרת המעקב הרפואי על אורח חיים פעיל ועל פעילות גופנית לפני לקיחת תרופות או במקביל לה.
- **רפורמת סימון המזון** – תקנות סימון אשר מטרתן להנגיש מידע על הערך התזונתי של מזון ארוז ולסייע לצרכנים בבחירת מזונות ההולמים את עקרונות התזונה הנכונה, כפי שמומלצת בישראל

לוח מס' 8: אבני דרך מרכזיות במאבק בהשמנה בישראל

שם	שנה	פירוט
חוק סימון מזון והתזונה	1995	חובת סימון תזונתי על גב כל חפיסה של מוצר מזון ארוז.
לעתידי בריא 2020	2006	תוכנית שהציבה את הורדת ההשמנה כיעד אסטרטגי.
תוכנית "מניעה וטיפול בהשמנה"	2011	תכנית להפחתת תופעת ההשמנה שתכלול פעילות רוחבית ורב-מגזרית בקהילה.
חוק הזנה בבתי ספר וחוק הצהרונים	2012 2016	קביעת תנאים לגבי ההרכב התזונתי של מזונות שמותר למכור או לספק במוסדות חינוך.
וועדת האסדרה לתזונה בריאה	2016	וועדה שבה היו מעורבים משרדי ממשלה, אנשי אקדמיה והציבור במטרה לשנות את סביבת המזון לבריאה יותר.
רפורמת סימון המזון	2020	תקנות סימון אשר מטרתן להנגיש מידע על הערך התזונתי של מזון ארוז באמצעות מדבקות ירוקות ואדומות.

כיום, תפיסת אנף תזונה במשרד הבריאות הינה כי הפן הסביבתי והטיפול האינדיבידואלי שלובים זה בזה.

מיגור מחלת ההשמנה יניע מתוך שינוי סביבת החיים. ישנם תהליכים של קידום הנגשת נתוני ההשמנה ברשויות המקומיות לצורך ייעול הקצאת משאבים להתמודדות ברמה המקומית. כמו כן, האנף רואה במניעת צריכת מזון אולטרא-מעובד מטרה ראשונה במעלה במאבק בהשמנה. לסיכום, עיקר התערבות המדינה בצמצום תופעת ההשמנה שתואר עד כה התאפיין **בהתערבות מניעתית**. עתה נעבור לבחון את תחום **ההתערבות הטיפולית** לצמצום ממדי ההשמנה, הוא מצומצם ביחס להתערבות המניעתית ובעיקרו מתבצע במתקני בריאות לסוגיהם השונים (מרפאות קופות החולים, בתי חולים).

מדיניות טיפולית בהשמנה - הרצף הטיפולי⁴²

ההתערבות מקצועית נמצאת על רצף טיפול שמספק מעטפת כוללת למטופל. המרכיבים המרכזיים ברצף הטיפולי הינם ייעוץ תזונתי ודיאטני, טיפול תרופתי והתערבות כירורגית. חלק זה יפרט על המרכיבים השונים, אך עיקר המיקוד יהיה על התערבויות תרופתיות וכירורגיות.

דיאטניות ודיאטנים הם גורמי המקצוע אשר מעורבים עמוקות בטיפול בהשמנה עבור הפרט, הן מהבחינה הטיפולית והן מהבחינה הנפשית. לפי חוק בריאות ממלכתי, כיום אדם יכול לפנות לטיפול דיאטני בכל משקל גוף – גם אם אינו מוגדר כבעל משקל יתר או השמנה לפי מדד ה-BMI. הפניה לטיפול דיאטני יכולה להתבצע על ידי רופא/ה או אחות, וכן מטופל יכול להגיע על דעת עצמו לטיפול ולהידרש להפניה מאוחר יותר. בראש ובראשונה, הייעוץ מכוון לשינוי אורח חיים בתזונה ובפעילות גופנית. בישראל – בניגוד למדינות אחרות – לא קיים כלי המאפשר מתן מרשם או הנחה לפעילות גופנית. ישנן מספר קבוצות פיזיותרפיה המופעלות על-ידי משרד הבריאות, אך אלו אינן ממומנות. כמו כן, מתנהלות קבוצות הרזיה. העלות המרכזית של הייעוץ הדיאטני הינה שכר הדיאטנים והכשרתם, כאשר הביקור אצל דיאטן מכוסה ע"י קופות החולים.

בנוסף לייעוץ התזונתי לשינוי אורחות החיים קיימים כלי טיפול אשר נמצאים בהמשך הרצף הטיפולי – טיפול תרופתי וניתוח בריאטרי – אליהם ניתן להתקדם במידה ולא מושגת התוצאה הרצויה עם המטופל בעקבות הייעוץ בלבד.

”

העדרן של תרופות כנגד השמנה מסל התרופות גורם לכך שהתערבות תרופתית כמעט ואינה קיימת בישראל

הטיפול התרופתי כנגד השמנה בישראל אינו מפותח. בישראל אין תרופות כנגד השמנה במסגרת סל התרופות, למרות שה-FDA אישר את השימוש בתרופות אלו ואל אף שלתרופות אלו ישנם אישורי הפצה בישראל מטעם משרד הבריאות. אי הימצאותן של תרופות אלו בסל התרופות הינה גורם ישיר לכך שהטיפול התרופתי בהשמנה בישראל אינו שכיח כלל.

ע"פ אחד הדיאטנים הראשיים בקופות החולים, כיום מפותחת תוכנית אשר מטרתה בחינת האפשרויות למתן התרופה במחיר מוזל יותר, כאשר כיום אנו מדברים על תרופה שעלותה – לאחר 50% השתתפות מהשב"ן – הינה כ-600 שקלים לחודש. על מנת לתת טיפול תרופתי, המטופל צריך לרצות בכך, לקבל הפניה לדיאטן מהרופא, הדיאטן במקרה הצורך יאשר וימליצו לרופא על מתן התרופה, והאחרון יתן את המרשם בפועל.

כלי טיפולי נוסף והרבה יותר רווח הם **ניתוחים בריאטריים (Bariatric Surgery)**, שם כולל להתערבות כירורגית במערכת העיכול שמטרתה להוביל לירידה במשקל. אלו הם חמשת הסוגים של ניתוחים בריאטריים המתבצעים בישראל, מסודרים לפי שכיחות: מעקף קיבה בעל השקה אחת או "מיני מעקף" (56.2%), שרוול קיבה (27.9%), מעקף קיבה בעל שתי השקות (12.3%), טבעת מתכוונת (3.6%), והטיה ביליופנקראטית (0.1%). הניתוחים בישראל מתבצעים באחד מ-28 "מרכזים בריאטריים", הממוקמים בבתי חולים ממשלתיים, בתי חולים של כללית, ובבתי חולים ציבוריים ופרטיים.

ניתוח בריאטרי נחשב לטיפול היעיל ביותר **להשמנת יתר חולנית** – קטגוריה חמורה יותר של השמנת יתר המוגדרת על פי רוב על בסיס BMI הגדול מ-40. מחקרים מראים שההליך הכירורגי מביא לתוצאות של ירידה בעודף המשקל עבור אחוז גבוה מהחולים. הניתוח יכול גם להביא לשיפור ואף הפוגה של תחלואה נלווית כמו סכרת, עודף שומנים בדם ויתר לחץ דם. **ארגון הבריאות העולמי קבע כי ניתוחים בריאטריים הינם יעילים לטיפול בהשמנת יתר חולנית, ומורידים באופן מובהק את התמותה ואת המחלות הנלוות, כאשר אלו מתבצעים לחולים המתאימים לכך**⁴⁴. יחד עם זאת, אין די נתונים כדי להעריך את אחוז החולים בהם תאובחן ירידה בעודף המשקל למשך זמן ארוך, וישנם נתונים על כך שרבים אף חוזרים לערכים של עודף משקל לאחר הירידה. כמו כן, חסרים נתונים על היעילות היחסית בהתאם לסוג הניתוח או מאפייני החולה, ועל היקף הסיבוכים לטווח הרחוק.

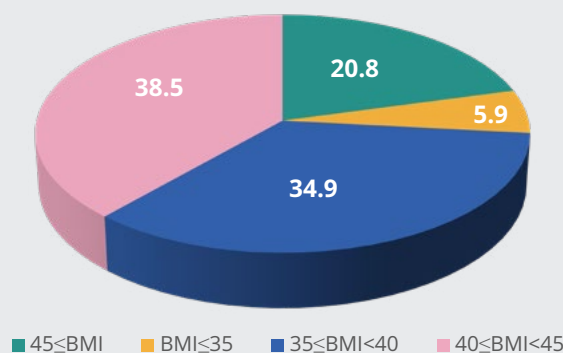
⁴²המידע בחלק זה מבוסס על שיחה עם ד"ר סיגל סופר, הדיאטנית הראשית במאוחדת

מקרב מדינות
ה-OECD,
בישראל
מתבצעים
הכמות
הגדולה ביותר
של ניתוחים
בריאתריים
לנפש

ניתוחים בריאתריים כלולים כיום בסל השירותים לה זכאית האוכלוסייה מתוקף 'חוק ביטוח בריאות ממלכתי'. לפי הנחיות מנהל הרפואה במשרד הבריאות הזכאות לניתוחים בריאתריים ניתנת לאנשים הנמצאים בקטגוריה של השמנת יתר חולנית (קרי, עם מדד BMI הגבוה מארבעים). לאנשים עם מדד BMI בין 35 ל-40 הזכאות חלה רק במידה וקיימת תחלואה נלווית במחלות מסוימות. לאנשים עם מדד BMI בין 30 ל-35 ניתן לבצע ניתוח רק אם מדובר בניתוח חוזר או במסגרת מחקר על חולי סכרת.

בשנת 2019 בוצעו בישראל 7,500 ניתוחים בריאתריים למנותחים מגיל 18 ומעלה. מדובר בכמות ניתוחים הנחשבת גבוהה ביחס לעולם – ולמעשה, ישראל מוקמה ב-2014 כמדינה המבצעת הכי הרבה ניתוחים בריאתריים ביחס לגודל האוכלוסייה לעומת מדינות ה-OECD – כאשר ניכרת מגמת ירידה מאז שנת 2015 בה נערכו 9355 ניתוחים. מחצית המנותחים הינם בגילאי 18-39, והגיל הממוצע לביצוע ניתוח בריאתרי הינו 39.8. ה-BMI הממוצע לפני ביצוע ניתוח עומד על 41.5. 81% מכלל המנותחים סובלים ממחלה הנלווית להשמנה.

התפלגות BMI של המנותחים, לפני הניתוח 2019:



אחוזי הירידה במשקל כשנה לאחר הניתוחים לסוגיהם גבוהים יחסית, ונעים בין 48.4% בממוצע ל-85% בממוצע בקרב מנותחים שזו הניתוח הראשון עבורם. עם זאת, יצוין כי עיקר הבעיה טמון ביכול לשמר את המשקל לטווח הארוך, כאשר החשש הוא חזרה למשקל העודף הקודם של המטופלים למרות ההתערבות הכירורגית⁴⁵. **מבין הניתוחים ב-2019, 1,300 היו ניתוחים חוזרים שבוצעו ברובם לאחר שהניתוח הראשון כשל.** עולה כי לאורך השנים הכמות הגבוהה של ניתוחים חוזרים הוסברה בשינוי טכניקות ניתוחיות כושלות ביעילות – המעבר מניתוח טבעת לניתוח שרזול קיבה ומיני-מעקף. עם זאת, גם לאחר המעבר, קיימים ניתוחים חוזרים רבים. כך שנראה גם טכניקת הניתוח הרווחת כיום אינה יעילה במידה מספקת, ואחוז ניכר מהניתוחים המתבצעים מדי שנה – **17.3% הם ניתוחים חוזרים**, זאת לעומת רק כ-7% ניתוחים חוזרים בממוצע בעולם. יצוין כי ניתוחים חוזרים הינם בעלי סיכון גבוה יותר בהשוואה לניתוח ראשון, וכי שיעור הירידה במשקל בעקבות ניתוח חוזר נמוך במידה ניכרת לעומת הניתוח הראשון⁴⁶.

אין הסכמה מוחלטת בנוגע להגדרה של מהו כישלון של ניתוח בריאתרי, אך מקובל להגדיר עליה של יותר מ-25% ממשקל הגוף המינימלי לאחר הניתוח ככישלון. ישנם פערי מעקב אחר תוצאות הניתוחים הבריאתריים, ובפועל המדגם אחריו עוקבים כולל רק 15-20% מהמנותחים. מתוכם, 20-30% דיווחו על כישלון של הניתוח הבריאתרי. המשמעות היא כי מתוך מדגם של כחמישית מהמנותחים מדי שנה – הניתוח הבריאתרי כשל עבור לפחות רבע מהם. ניתן לשער כי בקרב הסובלים מהשמנה חוזרת ישנה היענות נמוכה יותר למעקב, ועל כן המדגם לא רק שאינו בהכרח מייצג, אלא שנדרש להניח ששיעור הכישלונות גבוה יותר בקרב כלל המטופלים שעברו הליך בריאתרי.

⁴³ מערך הניתוחים הבריאתריים בישראל // 641, מבקר המדינה
⁴⁴ מערך הניתוחים הבריאתריים בישראל // 641, מבקר המדינה

מחקר שערכה קופת חולים מכבי מאשש חשש זה. המחקר מצא כי לאחר ארבע שנים, כ-60% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח.

בנוסף, דו"ח מבקר המדינה לשנת 2019 מציג תמונה לא פשוטה של מערך הניתוחים הבריאטריים. הודח מצביע על מספר ליקויים בהתנהלות סביב ניתוחים בריאטריים בישראל. הליקויים מתבטאים בהליכים לזיהוי הצורך בניתוח, בהליך ההכנה לניתוח וההערכה הטרומ-ניתוחית, בהתאמת סוג הניתוח למטופל הנגועה בשיקולים שאינם ענייניים, במעקב לאחר הניתוח, ובבקרה על אישור ביצוע ניתוח בריאטרי חוזר.⁵⁰

ניתוח בריאטרי מצוי כיום בסל השירותים לה זכאית האוכלוסייה מתוקף 'חוק ביטוח בריאות ממלכתי', ולכן אינו בעל עלות כלכלית עבור המטופל עצמו. ההוצאה הלאומית על ניתוחים בריאטריים הינה כבדה. על פי נתוני קופות החולים, ההוצאה לניתוחים בריאטריים ב-2017 הסתכמה בכ-500 מלש"ח. נתון זה אינו כולל את העלויות הנלוות לניתוח, כמו עלות מפגשי ההכנה עם הדיאטנית, המעקבים שמבצעים גורמי המקצוע לאחר הניתוח, אשפוזים בעקבות סיבוכים וכד'.



כמו כן, ישנה תופעה של תמחור גבוה על אף הוזלת עלויות הניתוח. כך למשל, ניתוח "מיני-מעקף", הנפוץ ביותר בישראל, לא תומחר בנפרד ונושא בעלות של ניתוחים אחרים שכן תומחרו - על אף שעלותו פחותה⁵¹. נתון זה מתכתב עם השערת הדיאטנית הראשית של מאוחדת, עמה שוחחנו, המעריכה עלות ניתוח בריאטרי בכ-60 אלף שקלים כולל הכנה מקיפה מצד הדיאטנים.

לוח מס' 9: שיעור ההימצאות של מחלות נלוות לפני ניתוח בריאטרי, ישראל 2019

מחלות נלוות	אחוז
כבד שומני	64.4
דיסליפדמיה	24.2
יל"ד	20.7
בעיות אורתופדיות משניות להשמנה	18.4
סוכרת	16.6
דום נשימה בשינה	11.5
דיכאון/חרדה	5.4
בעיות פריון בקרב נשים עד גיל 45	4.9
אסטמה	3.7
מחלת לב איסכמית	1.8
שבץ	0.7

במהלך השנים נכנסו לשוק טכניקות הרזיה נוספות שאינן ניתוח בריאטרי, כגון טיפולים תרופתיים וטכניקת "בלון". אמצעים אלו אינם מנוטרים על ידי משרד הבריאות, ועל כן יש קושי באומדן הצלחתם, וכן לאפשרות לבחון אותם כהסבר אפשרי למגמת הירידה בביצוע הניתוחים הבריאטריים.

⁴⁵המרכז הלאומי לבקרת מחלות והחברה הישראלית לכירורגיה מטבולית ובריאטריה סיכום שנת 2019, אתר משרד הבריאות
⁴⁶מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל // 641, מבקר המדינה
⁴⁷מתוך תקשורת פרטית עם הרשם הבריאטרי, 2021.
⁴⁸מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל // 641, מבקר המדינה
⁴⁹מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל // 641, מבקר המדינה
⁵⁰מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל // 641, מבקר המדינה
⁵¹מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל // 641, מבקר המדינה

הצהרת משרד הבריאות - בעיית ההשמנה בישראל (מרץ 2021)

יש להדגיש כי בחודש מרץ 2021 ניכר שינוי במדיניות משרד הבריאות, עם פרסום ההודעה לציבור על ידי שר הבריאות יולי אדלשטיין שתובא להלן. טרם ברור מהי השפעתה בפועל של הודעה זו, וכיצד הדבר יתבטא במדיניות המשרד:

"השפעותיה של מגפת הקורונה על חיינו בשנה החולפת הורגשו בכל תחומי החיים. אחד התחומים בהם ניכרות השפעות המגיפה באופן ניכר הינו השלכותיה על עלייה במשקל והשמנה. השינוי המשמעותי באורח החיים כתוצאה מהקורונה גרם אצל רבים מאיתנו לירידה בפעילות הגופנית ובתנועה, לשינויים בדפוסי האכילה ולעלייה במשקל.

סקרים מראים כי מעל למחצית מהאוכלוסייה בישראל העלתה במשקל במהלך הקורונה. במקביל, למדנו כי אנשים החיים עם עודף משקל והשמנה, נמצאים בסיכון מוגבר לפתח תחלואה קשה כתוצאה מהידבקות בקורונה. לאורך המגפה ראינו במחלקות הקורונה ברחבי הארץ כי מרבית המאושפזים והמונשמים הינם אנשים החיים עם עודף משקל והשמנה.

היום הוא יום המניעה והטיפול בהשמנה הבינלאומי וזו הזדמנות להדגשת חשיבות המניעה והטיפול בהשמנה. השמנה היא מחלה מורכבת, בעלת היבטים גופניים, תזונתיים, פסיכולוגיים, חברתיים וסביבתיים. כ-27% מהאוכלוסייה חיים עם השמנה. המשמעות היא כי כולנו מכירים מישהי או מישהו שחיים עם השמנה. אנו מבינים כי השמנה היא נושא רגיש וכזה, אנחנו מתקשים לדבר עליו במרחב הציבורי. אך דווקא לאור העלייה בשיעור הסובלים מהשמנה ולאורם של הסיכונים והסיכונים שבחיים עם השמנה שמלווה באורח חיים לא בריא, חשוב לקדם דיבור נכון, מתחשב ומבוסס ידע על השמנה והטיפול בה.

יצירת סביבה בריאה הינה חלק מהטיפול בהשמנה. הנגשת מזון בריא, סמלים בחזית האריזה לבחירת מזון מושכלת, סטנדרטים לאיכות המזון בהזנה במוסדות החינוך, שילוב חינוך תזונתי במוסדות לימוד ומהלכים להגבלות פרסום מזון מזיק לילדים ולבני נוער, כולן דוגמאות למדיניות לסביבת מזון בריאה אותם מוביל משרד הבריאות בשנים האחרונות במסגרת תכנית "אפשריבריא" ותוכניות נוספות בדגש על מערכות החינוך והרשויות המקומיות.

ברמת הפרט, השמנה כרוכה בהשפעות בריאותיות רבות הכוללות סיכון מוגבר לסוכרת, מחלות לב וכלי דם, יתר לחץ דם וסוגי סרטן מסוימים כמו סרטן השד וסרטן המעי הגס ששכיחותם גבוה מאוד בישראל. כל אלו פוגעים בבריאות באיכות החיים ומקצרים את תוחלת החיים. בנוסף, אנשים החיים עם השמנה מתמודדים עם יחס מוטה מצד מהחברה והסביבה, וכן עשויה לגרום לקושי פיזי ונפשי. האתגר בפניו ניצבים אנשים החיים עם השמנה אינו רק הירידה במשקל אלא גם השמירה על משקל בריא לאורך זמן.

ברמת המדינה, להשמנה השפעות נרחבות במספר תחומים: השמנה משפיעה על החוסן הבריאותי של אזרחי ישראל ועל העומסים שחווה מערכת הבריאות. אך לא פחות חשוב מההיבט הבריאותי, השמנה משפיעה על הנורמה החברתית ומגדילה את הפער בשוויון הזדמנויות ופערים בין פלחי אוכלוסייה שונים, וכן מתבטאת מבחינה תרבותית בערכי סובלנות, קבלת האחר ועזרה לזולת. כמו כן, להשמנה היבט כלכלי המוערך בכ-20 מיליארד ש"ח בשנה, המהווים 1.4% מהתוצר הלאומי הגולמי.

אנו מבינים היום כי השמנה היא מורכבת הפוגעת בכל חלקי החברה הישראלית, בדגש על אוכלוסיות מיעוט בעיקר המשתייכות למעמד כלכלי וחברתי נמוך יותר. ההשלכות של השמנה ברורות לנו והנתונים המצביעים על העלייה במספר האנשים החיים עם השמנה מחייבת שהטיפול בה יכנס לסדר העדיפויות הלאומי. אנו נידרש ליצירת מענה רב מקצועי להתמודדות עם השמנה במישורים התזונתי, הפיזיולוגי, הנפשי, החינוכי, הסביבתי וחברתי בהובלת תזונאים ורופאים במערכת הציבורית.

החלטתי לפעול כנגד תופעת ההשמנה ולרתום את משרד הבריאות למגר תופעה זו והתחלואה הכרוכה בה. ביקשתי ממנכ"ל משרד הבריאות לגבש תכנית לאומית להתמודדות עם השמנה בישראל אשר תחזק גם את מאמצי המניעה אותם מוביל משרד הבריאות בשנים האחרונות בתחומי החינוך והתזונה, וכן על חיזוק משמעותי של המערך הטיפולי ליצירת מענה לטיפול בהשמנה ברפואת הקהילה והרחבת פעילות מרפאות רב מקצועיות לטיפול בהשמנה ברחבי הארץ."

ההשלכות הכלכליות הישירות ועקיפות של תופעת ההשמנה⁵²

השמנה מזיקה לבריאות בדרכים רבות ושונות – מגבירה את הסיכון לפתח מחלות כגון סכרת, מחלת לב, אוסטיאוארתריטיס, סוגים שונים של סרטן, ומקטינה את תוחלת החיים באופן משמעותי. טיפול בהשמנה ובמצבים רפואיים הקשורים להשמנת יתר עולה למשק הבינלאומי מיליארדי דולרים בשנה. מחקרים מראים כי ארצות הברית הוציאה 190 מיליארד דולר על הוצאות רפואיות הקשורות להשמנה ב-2005 המהווים 1.4% מהתמ"ג האמריקאי באותה שנה – פי שניים ממה שצפו אומדנים קודמים⁵³.

הנטל הכלכלי והמחיר העצום על הוצאות בריאות ורווחה בשל עודף משקל מתחילים להעלות את המודעות הפוליטית הגלובלית שיש להגבירה כדי לבלום את העלות הגואה הכרוכה בתופעת ההשמנה⁵⁴. כאמור, ההשלכה הקשות ביותר של השמנה היא שכיחות מוגברת של סכרת מסוג 2, **כאשר ניתן ליחס 60% מתוך מקרי הסכרת בעולם ישירות לעלייה במשקל**. נכון להיום, ישנם כמיליארד בני אדם ברחבי העולם הסובלים מהשמנה. ההערכה היא כי מספר האנשים בעולם עם סכרת יגדל מ-175 מיליון בשנת 2000 ל-353 מיליון בשנת 2030, כאשר הודו וסין לבדן יהוו 24% מכלל מקרי הסכרת בשנת 2050.



הנטל הכלכלי-רפואי של מגפת ההשמנה למשק הבינלאומי מסתכם במאות מיליארדי דולרים

השמנה ועלויותיה הכלכליות נפרסות על פני מספר רמות. ברמה האישית השמנה והניסיונות להפחית במשקל מטילה עלויות רבות על הפרט ועשויות להגביל הזדמנויות אישיות במובנים רבים (חיי משפחה, תעסוקה וכדומה), שרק חלק מהם ניתן לכמת. במקום העבודה העלויות נופלות על המעסיקים עקב אובדן פרודוקטיביות, היעדרות, ביצועים נמוכים, וכן פרמיית ביטוח גבוהה – כאשר סך העלויות גדול מאוד. לבסוף, תופעת ההשמנה משפיעה על הוצאות התקציב הציבורי – רשויות מקומיות, תקציבי מדינה ותקציבי תוכניות ביטוח סוציאלי⁵⁵.

נהוג להבחין בשני סוגים של עלויות כלכליות הכרוכות בעודף משקל והשמנת יתר. סוג אחד הוא עלויות ישירות – עלויות הנובעות מטיפול בתחלואה הנגרמת כתוצאה מתופעת ההשמנה כגון צריכת שירותי אשפוז לסוגיהם השונים, בדיקות מעבדה, טיפול תרופתי ועוד. הסוג השני הוא **עלויות עקיפות**, שהוגדרו כ"משאבים שנאבדו כתוצאה ממצב בריאותי שנגרם על ידי השמנה". חשוב לציין, כי עלויות עקיפות קשות יותר לזיהוי ומדידה מאשר עלויות ישירות.

⁵²חלק זה במחקר מבוסס על מחקר שבוצע על ידי חברת ת.א.ר.א בשנת 2018, אשר בחן את תופעת ההשמנה ממבט על מדעי, כלכלי, חברתי וציבורי. המידע שמוצג לפניכם נבדק ועודכן לפי הצורך.

Harvard T.H. Chan School of Public Health. Obesity Prevention Source: Economic Costs.⁵³

Harvard T.H. Chan School of Public Health. Obesity Prevention Source: Economic Costs.⁵⁴

Medscape⁵⁵

הטיפול בתחלואה

נאחת ההשלכות הכלכליות של השמנה, היא ההוצאה הרפואית הישירה הנדרשת לטיפול בתחלואה הנלוות לתופעת ההשמנה. השמנה מביאה לסיכוי גבוה יותר ללקות במספר מחלות ובעיות רפואיות חמורות כמו לחץ דם גבוה, סכרת, היפרכולסטרולמיה, מחלת לב כלילית (CHD), שבץ, אסטמה ודלקת פרקים. תחלואה עודפת זו הנובעת מעודף משקל והשמנת יתר מביאה לעליה בצריכת שירותי הבריאות הכרוכות בזיהוי, טיפול, מניעה, שיקום וטיפול ארוך-טווח. עלויות אלו כוללות ביקורים אצל רופא משפחה ורופא מקצועי, ייעוץ תזונתי וסוציאלי, טיפולים על-ידי אחות, תרופות, אביזרים לניטור עצמי, ביקורים בחדר מיון, אשפוז בבתי חולים ועוד⁵⁶.

מספר מחקרים מציעים הערכה רטרוספקטיבית או פוטנציאלית של מידת ההיארעות של מחלות, אשר ניתן לקשר להשמנה, ולגודל העלויות הרפואיות הישירות הקשורות. קיימת הסכמה נרחבת בספרות, כי העלויות הרפואיות הקשורות להשמנה הן גבוהות ומהוות עומס כלכלי כבד על הכלכלה הלאומית של כל מדינה.

שני מחקרים שנערכו בשנים האחרונות עשו שימוש בקבוצות מעקב על מנת להעריך את העלויות היחסיות של השמנת יתר. במחקר אחד, החוקרים מיינו את הנבדקים לשלוש קטגוריות – בריא, עודף משקל, והשמנת יתר – על פי דירוג ה-BMI. הם עקבו אחר כל קבוצה על פני תקופה של תשע שנים, תוך שימוש ברשומות אלקטרוניות ובמחירים קמעונאיים מקומיים להערכת העלויות האמתיות עבור כל טיפול באשפוז, שירותי אשפוז ומרשמים. מחקר נוסף בדק את עלויות הטיפול הרפואי בקרב מדגם אקראי מקורי (n = 5,689). במחקר השוו את סך עלויות הטיפול הרפואי על פני תקופה של 18 חודשים על פי קטגוריות BMI, עם חיתוכים נוספים לפי גיל, גזע, מין, ומצב מחלה כרונית.

תוצאות המחקרים מראות את הקשר הסיבתי בין השמנה לעלויות טיפול רפואי גבוהות יותר. המחקר הראשון מצביע על כך שעלויות הטיפול הרפואי המצטברות גבוהות משמעותית עבור נבדקים בעלי השמנת יתר מאשר בקבוצת המשקל הבריא. התוצאות של המחקר השני הראו כי עלייה של יחידה אחת ב-BMI מתבטאת בנידול של 1.9% בהוצאה הרפואית החצינית במהלך תקופת המחקר.



מספר מחקרים משתמשים במודלים דינמיים כדי להעריך את עלויות הטיפול הרפואי הישיר המשפיעים על עודף משקל והשמנה על פני תקופה משמעותית, למשל שימוש במודל דינמי רב-שלבי של הקשר בין BMI לבין הסיכון לחמש מחלות הקשורות בצורה משמעותית לעודף משקל. חוקרים שיקללו את עלויות הטיפול הרפואי עבור כל שלב של המודל, ומצאו כי עודף משקל (BMI = 27.5) מגדיל את עלויות הטיפול הרפואי הצפוי עבור חמש המחלות שנחקרו בקרוב ל-20%, לעומת קבוצת משקל בריא (BMI=22.5). **השמנה מגדילה את עלויות הטיפול הרפואי לכל החיים במחלות אלו ב-50% מעל הבסיס, והשמנת יתר חולנית יכולה להכפיל אותן כמעט⁵⁷.**

תמותה מוקדמת

99

השמנת יתר חולנית פוגעת בתוחלת החיים באותה חומרה כמו עישון

להשמנה יש השפעה על תמותה מוקדמת; במידה מסוימת כבר מהקטגוריה של עודף משקל, אך במיוחד להשמנת יתר. על פי פרסום של ה-OECD, תוחלת החיים של הסובלים מהשמנת יתר חולנית (BMI > 40) היא קצרה בשמונה עד עשר שנים מתוחלת החיים של אדם במשקל תקין – פגיעה הדומה לזו הנגרמת מעישון. במחקר שהתפרסם ב-2009 בעיתון המדעי "לנצט" (LANCET), אשר כלל 900 אלף מבוגרים ממדינות שונות, הודגם הקשר בין העלייה החדה בתמותה לעלייה במדד מסת הגוף. במחקר נמצא שעם כל תוספת של חמש יחידות BMI נרשמת עלייה של 30% בתמותה, בעיקר בשל מחלות הנלוות להשמנה. דוח ארגון ה-OECD מ-2017 קובע שאנשים בעלי עודף משקל מתים חמש עד עשר שנים מוקדם יותר מאשר אנשים הנמצאים בקטגורית משקל תקין. ההערכות הן שבישראל

⁵⁶המחקרים מצביעים על כך שההוצאות הכרוכות בתהליך האשפוז מהוות כ-50% מסה"כ ההוצאות הישירות לטיפול בתחלואה של אנשים עם עודף משקל ומשקל יתר.

כ-6,400 ממקרי המוות מקורם בתופעת ההשמנה וכי ניתן להגיע להורדה של 19% (1000 מקרי מוות במצטבר) בתוך חמש שנים, ע"י הפחתת הצריכה של מזון לא בריא⁵⁸. ראוי לציין כי הרווח הכלכלי הגלום בשנות חיים ארוכות יותר או איכותיות יותר בדרך כלל אינו מתורגם למונחים כלכליים ישירים, אלא מוצגים בערכים של אובדן שנות חיים מתוקננות לאיכות (QALYs).

ב. עלויות עקיפות

בנוסף לעלויות הרפואיות הישירות של השמנת יתר, גם לעלויות העקיפות נודעת השפעה מכרעת על ההוצאה הכלכלית הכוללת של עודף משקל והשמנת יתר. העלויות העקיפות כוללות את הפגיעה בפריון לעובד, ירידה בתעסוקה, והיעדרויות מהעבודה. עוד כוללות בעלויות העקיפות הוצאות החלול על מערכות סוציאליות אחרות, כגון גמלה בגין אחוזי נכות, או עלויות של מערכות כלכליות אחרות כמו תחבורה.

- **השפעת ההשמנה על הפגיעה בפריון הכלכלי:** ניכר כי השפעות ההשמנה על הפריון ופרודוקטיביות במקום העבודה הן המשמעותיות ביותר בקרב העלויות העקיפות. עלויות הפריון של השמנה מתועדות היטב במגוון מחקרים, עם הסכמה רחבה כי עלויות אלה משמעותיות, אך עם הבדלים בהיקף הכלכלי של ההערכות השונות⁶⁰. הספרות בתחום זה כוללת ניתוחים של אובדן התפוקה המצרפי הנובע מהשמנה, וכן אומדנים למספר קטגוריות משנה שונות של עלויות. רבות מקטגוריות אלה מתייחסות להפסד פרודוקטיבי שמקורו בשוק העבודה. השמנה תורמת להפסד הפריון וירידה בפרודוקטיביות, כתוצאה ממצבים בריאותיים פיזיים ונפשיים השכיחים יותר בקרב האוכלוסייה הסובלת מהשמנה.
- **היעדרות ממקום העבודה:** מחקרים מוצאים קשר מתמיד בין השמנה לבין שיעור גבוה יותר של היעדרות ממקום העבודה. התוצאה המזוהה ביותר על פני המחקרים היא מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין שני הפרמטרים. מחקר אחד מצא כי **הפסדי התפוקה בחברת Shell בלבד בשל השפעות ההשמנה על היעדרות מעבודה היו בשווי 11.2\$ מיליון דולר בשנה**⁶¹. סכום זה כולל את עלויות הפריון הישירות של היעדרות בלבד והוא אינו מפרט על ההשפעות המשניות של היעדרות מעבודה על הכשירות, מורל או השפעות אחרות.
- **נכות:** השמנה עלולה גם להוביל לעלייה בדמי נכות ובדמי הביטוח. עלייה כזו יכולה לשקף הפסד בפריון מעבר למה שנרשם בנתוני היעדרות, אם המקבלים אינם מסוגלים להחזיק במשרה מלאה. בנוסף, עלייה בדמי נכות מייצגת עלויות פסקליות גבוהות יותר לממשלה.
- **ביטוח בריאות:** למרות שמעט מחקרים בחנו זאת, עלות כלכלית פוטנציאלית נוספת של השמנה היא ביטוח בריאות. מספר מחקרים העריכו את החלק של הוצאות הבריאות על השמנה ששולם ע"י הביטוח הציבורי. עם זאת, בנוסף לעלויות רפואיות נוספות, מחקר אחד טוען כי הביטוח הקולקטיבי עלול למעשה לגרום לתמריצים בלתי רצויים, מפני שהוא מקטין את התמריץ להפחתת משקל על ידי העברת עלויות כלכליות למאגר הביטוח הקולקטיבי הגדול. בעיה כזו עלולה לגרום לעלויות נוספות של השמנה באמצעות אובדן שירותי הרווחה. החוקרים מציינים כי גם אם אדם אינו בוחר במודע לצרוך יותר קלוריות או להוציא פחות, הביטוח הקולקטיבי מקטין את התמריץ להפחתת המשקל.
- **פגיעה בהשתכרות:** ספרות גדולה ביססה את הקשר השלילי בין השמנה ושכר נמוך בעיקר בקרב נשים. נמצא כי נשים בעלות עודף משקל מרוויחות באופן משמעותי פחות מחברותיהן הרזות. עוד נימצא כי ישנה אפליה סמויה הקשורה בקבלה ובהערכת עובד הסובל מעודף משקל. מחקרים שונים מלמדים שמספר ראינות העבודה קטן פי שלוש כשמדובר במועמדים בעלי משקל גבוה שמנים. דוח ארגון ה-OECD מ-2017 קובע שאנשים עם עודף משקל נוטים להרוויח עד 18% פחות מאנשים בעלי משקל רגיל.
- **התנהלות בכבישים:** במחקר של המרכז לבקרת מחלות בארה"ב נמצא כי הסובלים מהשמנה נוטים לקנות מכוניות גדולות יותר והם גם מעמיסים יותר על הרכב. הדבר גורם לבזבז של 3.5 מיליארד ליטר דלק המתורגמים ל-2.2 מיליארד דולר בשנה. זאת ועוד, נהגים בעלי עודף משקל מעורבים בשיעורים גבוהים יותר בתאונות דרכים, והסיכוי של נהג החי עם השמנה להיפצע או להיהרג בתאונה גבוהים יותר בכ-20% לעומת נהג עם נתונים מקבילים רק במשקל גוף תקין.
- **עלויות עקיפות נוספות:** בתחום זה של עלויות עקיפות כלולים מחירי מחייה גבוהים בגלל עלות המזון, בגדים גדולים, תנאי מגורים ועוד. הוצאות הכרוכות בדיאטות ותוספי תזונה ייחודיים, טיפולים אלטרנטיביים וחברות הרזיה שונות כלולות גם הן בהוצאות העקיפות.

⁶⁰ https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/25072017_2.aspx

⁶¹ Tsai SP, Ahmed FS, Wendt JK, Bhojani F, Donnelly RP. The impact of obesity on illness absence and productivity in an industrial population of petrochemical workers. Ann Epidemiol. 2008;18(1):8-14

חישוב ההשלכות הכלכליות של תופעת ההשמנה בישראל⁶²

סיכום ממצאי הפרסומים בנושא העלות הישירה והעקיפה של תופעת ההשמנה בעולם, מלמד כי קיימת שונות רבה באומדן זה. שונות זו נובעת ממספר רב של סיבות ובהן הגדרות לא אחידות של תופעת עודף המשקל⁶³, שכיחות שונה של תופעת ההשמנה, או סוגי תחלואה שונים המיוחסים להשמנה בכל מדינה. בנוסף ישנם הבדלים רבים בין המדינות במקורות המידע ובמתודולוגיה של מדידת הנטל הכלכלי של ההשמנה (הוצאה לשנה או הוצאות מצטברות מהוונות), הנחות לא אחידות לגבי אומדני ההוצאות (הוצאות ישירות במערכת הבריאות, או הוצאות הכוללות גם הוצאות עקיפות כגון הפסד פריון)⁶⁴, אומדני הוצאות עם או בלי העמסת הוצאות תמותה מוקדמת כתוצאה מעודף משקל) ועוד⁶⁵.

ארגון ה-OECD ערך סקירה מקיפה של מחקרים רבים במדינות האיגוד ובמדינות נוספות (סה"כ 52 מדינות) לגבי הנטל הכלכלי של תופעת עודף המשקל⁶⁶. עקרי הממצאים הכלכליים המופיעים בסקירה כללו:

- השמנת יתר ומחלות הקשורות לה מפחיתות את תוחלת החיים בין שנה ל 4.2 שנים.
- עד שנת 2050 יהיו סביב 92 מיליון מקרי מוות בטרם עת ממחלות הקשורות להשמנת יתר.
- מדינות ה-OECD הוציאו כ-8.4% מתקציב הבריאות הכולל שלהן על טיפול במחלות הקשורות להשמנת יתר (שווה ערך לכ-311 מיליארד דולר בשנה).
- ההוצאה הממוצעת העודפת לנפש לשנה של תופעת עודף המשקל מוערכת ב-209 דולר.
- הנזק הכלכלי של עודף משקל מוערך בהפסד תוצר של 3.3% מהתמ"ג.
- **השקעה בסל של אמצעי התערבות למניעת התופעה היא השקעה כדאית מאוד עבור מדינות** – צפוי כי עבור כל דולר שהושקע בסל של אמצעי טיפול ומניעת עודף משקל, ההחזר הכלכלי נע בין 1.3 ל 5.6 דולר תועלת כלכלית לשנה למשך כ-30 שנה בממוצע.

⁶²חלק זה במחקר מבוסס על מחקר שבוצע על ידי חברת ת.א.ר.א בשנת 2018, אשר בחן את תופעת ההשמנה ממבט על מדעי, כלכלי, חברתי וציבורי. המידע שמוצג לפניכם נבדק ועודכן לפי הצורך.

⁶³ H שנן מקומות בהם עודף משקל (overweight) מוגדר כ BMI גדול 25 והשמנה (Obesity) מוגדרת כ BMI גבוה מ 30 – בעוד במקומות אחרים ההגדרות תוחמות את תופעת השמנת יתר בקבוצות יתר ספציפיות של מדדי BMI.

⁶⁴ההוצאות העקיפות של עלות ההשמנה מוערכות בכחצית מהוצאות הישירות על מערכת הבריאות.

הבדלים נוספים יכולים לנבוע מ הבדלים במחיר אספקת שירותי בריאות, תמהיל שירותי בריאות בשימוש ואת חלקה של האוכלוסייה עם גישה לשירותי בריאות יעילים.

⁶⁵ The heavy Burden of Obesity, OECD Library, October 2019

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/67450d67-en.pdf?expires=1610968251&id=id&accname=guest&checksum=92448405447888103094690D343AE31F>

⁶⁷כל הערכים בפרסום מוצגים במונחי דולרים של ארה"ב, בתיקון של שווה ערך שווי הקניה: US\$ppp

א. מדידת הנטל הכלכלי של תופעת ההשמנה

נהוג למדוד את הנטל הכלכלי של תופעת עודף המשקל בארבע מדדים כלכליים מרכזיים:







01 עלות תופעת ההשמנה כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות: במדד זה נכללים רק הוצאות מערכת הבריאות על טיפול בתחלואה הנגרמת מתופעת עודף המשקל, כגון עלויות צריכת תרופות הגבוהה פי שניים מאדם שאינו סובל מהשמנה, בכ- 70% מההוצאות הטיפול בסוכרת, 23% מההוצאות הטיפול במחלות לב, וכ-7% מההוצאות הטיפול בתחלואה מסרטן. ממצאי מדד זה כפי שהם מוצגים בדוח ה-OECD נעים בין 5% בצרפת ל-14% בארה"ב, כאשר ההוצאה הממוצעת של עודף משקל כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות עומד על 8.4% במדינות הנסקרות. ראוי לציין כי מדד זה כולל רק את ההוצאות הישירות של מערכת הבריאות.

02 תוספת העלות לנפש של עודף משקל: ממצאי מדד זה בפרסום ה-OECD נעים בין 200 ל-645 דולר לשנה (ארה"ב). ממוצע ההוצאה לנפש עומד על \$209. מדד נוסף מתייחס לעלות הרפואית הממוצעת של אדם עם עודף משקל ביחס לעלות הרפואית ממוצעת לאדם עם משקל תקין – ממצאי מדד זה נעים בין 20% ל-30% עלות עודפת של אנשים עם עודף משקל⁶⁸.

03 הפסד תוצר כתוצאה מעודף משקל: חישוב זה מתבסס בעיקרו על חישוב הפסדי הפריין כתוצאה מעודף משקל. אומדן הפסד התוצר נע בין 1.6% ביפן ל-5.5% במקסיקו. ההפסד הממוצע עומד על 3.3%.

04 עלות תופעת ההשמנה כאחוז מהתמ"ג: ממצאי מדד זה כוללים גם את ההוצאות הישירות וגם את ההוצאות העקיפות והם נעים בין אחוז אחד לארבע אחוזים.

לוח מס' 10: תוצאות שלושת המדדים הכלכליים של עלות עודף משקל לפי סקירת ה-OECD במספר מדינות נבחרות

המדינה	הפסד תוצר (באחוזים)	% ההוצאה מסה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות	הוצאה לנפש PPP\$
 בריטניה	3.4	8	
 גרמניה	3.0	11	411
 הולנד	2.7	13	352
 ספרד	2.9	9	210
 איטליה	2.8	9	250
 ישראל	2.4	*9.5	*294
ממוצע OECD	3.3	8.4	209

*הערה: חישובי העלות הם שוטפים (לשנה) ואינם כוללים את תמחור הפסד שנות חיים כתוצאה מתמותה מוקדמת.
*נתוני ישראל בטבלה מבוססים על החישוב המצורף בהמשך העבודה

⁶⁸ מדד נוסף שמוצג במספר סקירות הוא מדד הוצאות הבריאות לנפש (של אנשים עם עודף משקל).

התמותה המוקדמת כתוצאה מהשמנת יתר מוערכת ב 2,554 דולר לשנה⁶⁹.

העלות הרפואית הממוצעת של אדם עם עודף משקל ביחס לעלות הרפואית הממוצעת לנפש עומדת על 25% יותר לאדם עם עודף משקל.

כל \$1 השקעה במניעת עודף משקל יכול להוביל ל-\$5.6 תועלת כלכלית בכל שנה למשך 30 שנה.

ב. העלות הכלכלית של השמנה בישראל 2019

חישוב האומדן הכלכלי של הוצאה הישירה והעקיפה הכרוכה בטיפול ומניעת תופעת ההשמנה בישראל לשנת 2019 התבסס על ארבע קבוצות של תשתיות נתונים:

1. נתוני התוצר הלאומי הגולמי ונתוני הוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2019 בישראל (בש"ח, כאחוז מהתמ"ג, וכהוצאה לנפש), כפי שהם מחושבים על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
2. שכיחות תופעת ההשמנה בקרב קבוצות גיל שונות בישראל (על בסיס נתוני מדדי איכות בקהילה, סקר מב"ת של משרד הבריאות בקרב תלמידי בתי ספר, ומספר פרסומים נוספים).
3. דו"חות ארגון המדינות המתועשות (OECD) וארגון הבריאות העולמי (WHO) שהציגו אומדנים שונים של היחס בין הוצאות הבריאות על אנשים עם עודף משקל והשמנת יתר למול הוצאה לבריאות לנפש ממוצעת במדינות השונות (ראו טבלה).
4. דו"ח ה-OECD ובו סקירה על הנטל הכלכלי של תופעת עודף המשקל הכולל את מדינות ה-OECD- ומדינות נוספות (סה"כ 52 מדינות).

בהתבסס על נתונים אלה ומספר והנחות עבודה נוספות, נערך חישוב אומדן סה"כ ההוצאות הישירות והעקיפות של תופעת ההשמנה בישראל מעודכן לשנת 2019. להלן פירוט חישוב עלות ההשמנה והנחות העבודה עליהם מתבסס חישוב זה:

לוח מס' 11: נתוני התוצר וההוצאה הלאומית לבריאות - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) - 2019

1,410	תוצר מקומי גולמי (במיליארדי ₪)
155.5 אלף ₪	תוצר לנפש (בש"ח)
43.6 אלף \$ ppp	תוצר לנפש במונחי \$ ppp
106	סה"כ ההוצאה הלאומית לבריאות (במיליארדי ₪)
3,089\$ (ppp)	הוצאה לאומית לבריאות לנפש (\$ ppp)
11,010 ₪	הוצאה לאומית לבריאות לנפש (בש"ח)

⁶⁹ חישוב זה מבוסס על סקר שבחן את הנכונות לשלם עבור מניעת תמותה מוקדמת. חישוב זה אינו כלול באומדני הנטל הכלכלי של עודף המשקל שהוצגו בעבודה

ג. שכיחות ההשמנה בישראל – מקורות

לוח מס' 12: שכיחות השמנה – ילדים ונוער (באחוזים), נתוני מב"ת 2015-2016:⁷⁰

	גיל 13-18	2-12
עודף משקל	19.7%	9%
השמנת יתר	13.2%	7.5%
סה"כ	32.3%	18.1%

לוח מס' 13: שכיחות ההשמנה לפי קבוצות גיל, נתוני מדדי איכות בקהילה 2017-2019:⁷¹

	גילאי 65-84	גילאי 20-64	גילאי 5-7
עודף משקל		34.5%	11.0%
השמנת יתר	33.2%	24.1%	
סה"כ		58.6%	

לוח מס' 14: שכיחות ההשמנה לפי קבוצות גיל בקרב בני 20 ומעלה, נתוני למ"ס:⁷²

	סה"כ	65+	45-64	20-44
עודף משקל או השמנה	48%	52%	68%	37%

הערות ללוחות 12-14:

- בפרסום על מדדי בריאות בקהילה בישראל, הממצאים מתייחסים לשני קטגוריות של השמנה: עודף משקל במדד BMI של 25-30, והשמנה במדד BMI הגבוה מ-30. בפרסומי ה-OECD שכיחות ההשמנה בקטגוריית עודף משקל כוללת גם את השמנת היתר.
 - בשכבות כלכליות חלשות שיעור ההשמנה גבוה יותר.
 - שכיחות ההשמנה משתנה לפי מגדר ולפי גיל.
 - בעשור האחרון שכיחות ההשמנה בישראל די יציבה.
 - ישנן בעיות של תת-משקל ורזון בעיקר בקרב ילדים מתחת לגיל 7 (4.3%) ובקרב קשישים.
- על בסיס הנתונים מהמקורות שהוצגו, חישבנו את אומדן שכיחות ההשמנה (עודף משקל והשמנה במדד BMI הגבוה מ-30) בישראל למול התפלגות האוכלוסייה בהתבסס בעיקר על נתוני התוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה (ובשילוב נתוני הלמ"ס וסקר מב"ת של משרד הבריאות)

לוח מס' 15: שכיחות ההשמנה לפי קבוצות גיל בקרב בני 20 ומעלה, נתוני למ"ס:⁷²

	סה"כ	65+	20-64	0-19
שכיחות ההשמנה באחוזים	45%	55%	58.6%	25%
אוכלוסייה (2019 באלפים)	9,055	1,075	4,715	3,265
שכיחות ההשמנה (באלפים)	4,104	591	2,763	816

⁷⁰סקר לאומי בנושא מצב בריאות ותזונה בילדים ונוער, מב"ת לילד לשנים 2015-2016, משרד הבריאות, נובמבר 2019.

⁷¹התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דוח לשנים 2017-2018, משרד הבריאות מועצת הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות, נובמבר

⁷²2019 הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2017 – לקט נתונים בנושא בריאות ואורח חיים (דיווח עצמי).

ד. עלות ההוצאות הישירות והעקיפות של תופעת ההשמנה בישראל

חישוב אומדן עלות של תופעת ההשמנה בישראל נעשה בשני דרכים:

בחישוב אומדן עלות של תופעת ההשמנה בישראל נעשה בשני דרכים:

1. על בסיס נתוני ההוצאה הלאומית לבריאות

בהנחה שההוצאה העודפת של השמנה גבוהה ב-25% מההוצאה הממוצעת על בריאות לאדם בריא (זאת על בסיס מספר הערכות של ארגון ה-OECD ו-WHO שלפיהם ההוצאות הממוצעות על אנשים עם עודף משקל והשמנת יתר גדולות במוצא בכ-15% עד 30% מההוצאות לבריאות על אדם בעלי משקל תקין בכל שנה), כי אז:

<p>הוצאה לבריאות לאוכלוסייה עם החיה עם השמנה:</p> $11,010 = 0.55X + 0.45(1.25X)$ $1.1125X = 11,010$ <p style="text-align: right;">X = 9,900</p>	<p>X = הוצאה לבריאות לנפש לאדם בעל משקל תקין</p> <p>0.55 = גודל האוכלוסייה במשקל תקין</p> <p>0.45 = גודל האוכלוסייה החיה עם השמנה</p> <p>הוצאות לבריאות לנפש : 11,010 ₪</p>
---	---

9,900 ש"ח	עלות ישירה של בריאות לנפש - משקל רגיל
12,370 ש"ח	עלות ישירה של בריאות לנפש לבעלי עודף משקל
2,470 ש"ח	עודף הוצאה של בעלי עודף משקל או השמנת יתר
4,100	אוכלוסייה עם עודף משקל (באלפים)
10.1 מיליארד ש"ח	סה"כ הוצאות ישירות לבריאות של בעלי עודף משקל:
9.55%	ההוצאות הישירות כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות
10.1 מיליארד ₪	אומדן עלות ההוצאות העקיפות דומה להוצאות הישירות
20.2 מיליארד ₪	סה"כ עלות (הוצאות ישירות + עקיפות)
1.4%	אחוז מהתוצר הלאומי הגולמי

2. על בסיס נתוני סקירת הספרות והתאמתם לישראל

מסקירת הספרות עולה כי העלות הישירה של תופעת ההשמנה כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות עומדת במדינות ה-OECD על כ-15%, והעלות הישירה והעקיפה של תופעת ההשמנה כאחוז מהתמ"ג עומדת על 2.3%. שני נתונים אלה גבוהים מאלו שהתקבלו בחישוב המבוסס על ההוצאה הלאומית לבריאות.

מאידך, ישראל נבדלת במספר מדדים בהשוואה למוצא מדינות ה-OECD. העקרים בהם לצורכי עבודה זו הינם:

- אוכלוסיית מדינת ישראל צעירה יותר מאוכלוסיית רוב מדינות ה-OECD.
- שכיחות תופעת ההשמנה בישראל נמוכה יחסית למוצא ה-OECD – נתוני ישראל מהווים 0.85 משכיחות ההשמנה במוצא מדינות ה-OECD (ראו לוח מס' 17).
- ההוצאה לבריאות לנפש בישראל נמוכה מההוצאה לבריאות לנפש במוצא מדינות ה-OECD (3,100\$ ppp) בישראל לעומת 4,100\$ ppp במוצא ה-OECD).

קשה להעריך עד כמה ובאיזה כיוון הבדלים אלו אמורים להשפיע על אומדן עלות תופעת ההשמנה בישראל ביחס לפרסומי OECD. להלן סכום הטווח של עלות תופעת ההשמנה בישראל ובמוצא מדינות OECD בשני מדדים מרכזיים:

על בסיס סקירת הספרות - ממוצע OECD	על בסיס ההוצאה הלאומית לבריאות	
8.4%	9.55%	ההוצאות כאחוז מההוצאה הלאומית לבריאות
94ppp\$	2209ppp\$	עלות ההשמנה לנפש למערכת הבריאות
	1.4%	אחוז מהתוצר הלאומי הגולמי
3.3%	2.4%	הפסד תוצר (חישוב OECD)

מהלוח ניתן לראות כי במדד אחוז ההוצאה של עלות ההשמנה ביחס להוצאה הלאומית לבריאות הנתונים דומים (בישראל מעט גבוה יותר), בעוד שבחישובי הפסד תוצר הנתון נמוך יותר מממוצע ה-OECD. **מכלל החישובים ניתן לראות כי העלות הרפואית הממוצעת של אדם החי עם השמנה גבוהה ב-25% מהעלות הרפואית הממוצעת לנפש**. יצוין כי מדובר על ממצא ממוצע של פרסומי OECD ו-WHO, כאשר הטווח נע בין 15% ל-30%.

ה. החיסכון הכלכלי מתוכניות התערבות להפחתת שכיחות ההשמנה

סקירת הספרות העוסקת בנושא מלמדת גם כאן על שונות רבה בממצאים, כמו גם במתודולוגיות להצגת ממצאים כמותיים: חלק מהמחקרים מציגים את הקשר שבין הורדת משקל (באחוזים) לבין החיסכון הכספי הנובע מכך. חלק אחר מציג את הקשר בין הירידה בתחלואה (באחוזים) לבין החיסכון הכספי הנובע מכך, ובחלק מהמחקרים ישנה התייחסות קונקרטית לעלות סוג ההתערבות ולחיסכון הכספי הנובע מהתערבות זו. להלן סקירה של מספר ממצאים בנושא:

מפרסומי ארגון הבריאות העולמי – תכנית לאומית למניעת ולצמצום ממדי ההשמנה, הכוללת סל של התערבויות כגון סימון תזונתי, הגבלת פרסום, מיסוי, עידוד יצור מזון בריא, והנגשה כלכלית של מזון בריא בתוספת שינוי אורחות חיים בתזונה ופעילות גופנית, והתערבויות נוספות יכולים להוריד כ-20% מתופעת ההשמנה והתחלואה הנלוות אליה וזאת בתוך 5 עד 10 שנים ובכך לא רק להאריך חיים, אלא בעיקר להאריך את "השנים הבריאות" של אלה הסובלים מעודף משקל והשמנת יתר. עלות תוספת של שנת חיים איכותית (Cost per life gained in good health – DLY) כתוצאה מהתערבויות אלה, מוערכת בפחות מ-20 אלף דולר ברוב מדינות ה-OECD – "מציאה" במונחים של כלכלת בריאות.

דו"ח מקנזי על ההשפעות הכלכליות של ההשמנה (ארה"ב) – הורדה של 20% בשיעור הסובלים מהשמנת יתר בארה"ב עשויה להביא לחסכון כלכלי מוערך של כ-25 מיליארד דולר בשנה.



מחקר גינסבורג (ישראל) – תכנית אשר תפחית תחלואה מהשמנת יתר ועודף משקל ב-3.7% תחסוך מדי שנה 237 פטירות, וחסכון שנתי של 242 מיליון ש"ח או 0.18% של תוצר לאומי מקומי. הפחתת תחלואה מהשמנת יתר ועודף משקל ב-11.2% תחסוך מדי שנה 4,947 פחות פטירות, וחסכון שנתי של 497 מיליון ש"ח או 0.36% של תוצר לאומי מקומי.

התכנית לכלכלנים חברתיים (ישראל) – במידה ותוכנית ההסדרה של משרד הבריאות תביא להפחתה של 10% בצריכת נתרן שומן וסוכר, החיסכון הכספי הישיר למערכת הבריאות מוערך בכ-950 מיליון ש"ח על פני 10 שנים, המהווה חסכון ממוצע של 250 מיליון ש"ח לשנה. הפחתה של 20% בצריכה תביא לחסכון כספי מצטבר של כ-4.5 מיליארד ש"ח (450 מיליון ש"ח לשנה). נתונים אלה אינם כוללים את השפעות הירידה בצריכה על הפיריון והצמיחה הכלכלית במדינת ישראל

חשוב להדגיש מספר נקודות:

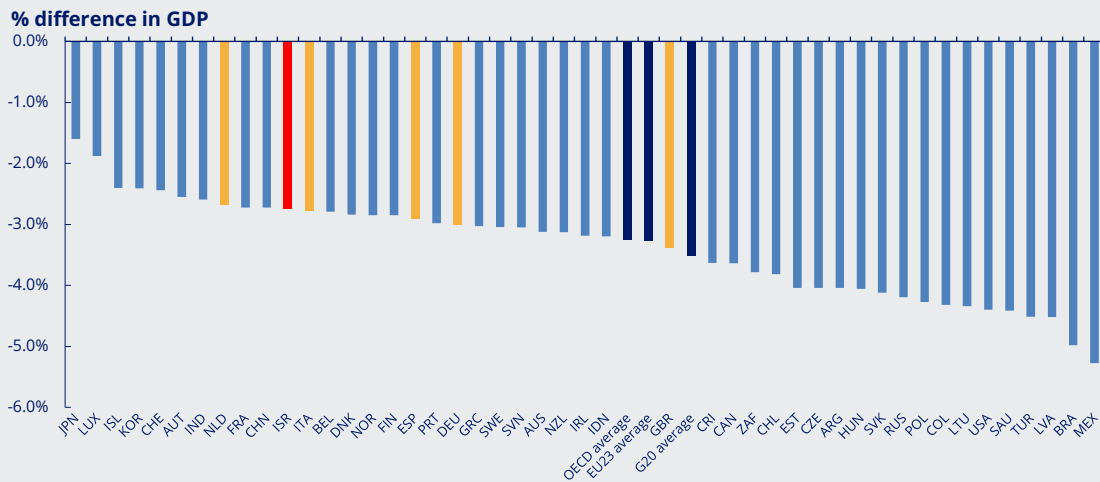
- החיסכון הכלכלי הגלום בהורדת משקל מוצג ומוערך בדרכים שונות המקשות על היכולת לייחס באופן כמותי את היקף החיסכון הכלכלי הגלום בכל אחוז של הורדה במשקל.
 - הארכת תוחלת החיים הנובעת מהפחתת שכיחות ההשמנה, מגדילה את הוצאות מערכת הבריאות בשל הגדלת כמות ההתערבויות הרפואיות להם נזקקים בתוספת השנים. בעבודה זו לא כללנו לא את העלויות הנגזרות מכך כמו גם לא את ה"רווח" בשנות חיים ארוכות יותר או איכותיות יותר הנובעות מהפחתת תמותה מוקדמת.
 - להתערבויות לצמצום ממדי ההשמנה ישנן עלויות – חלקן נופלות על מערכת הבריאות, חלקן נופלות על ארגונים ציבוריים אחרים (חינוך, רשויות מקומיות ביטוחים סוציאליים) וחלקן נופלות על משקי הבית. כך למשל אומדן העלות של חבילת התערבות רגולטורית נע בין \$12 לנפש ביפן ל-\$24 בקנדה.
 - ישנם סוגים שונים של התערבויות לצמצום תופעת ההשמנה (סגנון חיים, טיפול תרופתי, ניתוחים, או רגולציה) ולכל קבוצת התערבות יש עלויות שונות ותועלות שונות. שינוי אורחות חיים (פעילות גופנית ותזונה), מוריד בממוצע בין 3% ל 10% מהמשקל הכולל. **טיפול תרופתי עם שינוי התנהגות מעלה שיעור זה לבין 10-16%**, וניתוח בריאטרי בטבעות מביא לירידה ל 16% אך מיועד לקבוצה קטנה של אוכלוסייה בלבד.
 - התערבויות לצמצום ומניעת תופעת ההשמנה, במיוחד התערבויות המיועדות לילדים, עשויות להימשך זמן רב עד להשפעה ברת מדידה על בריאותם של האנשים.
 - רוב רובם של עלויות ההתערבות צפויות להתקזז כתוצאה מחיסכון ישיר ועקיף בהוצאות הכרוכות בהשמנה, אך ההגעה ליחס עלות תועלת חיובית אינה מיידיית.
 - לפחות ככל הנוגע להתערבויות מניעתיות, בין ארבע לחמש שנים יכולות לחלוף עד להגעה של יחסי עלות-תועלת חיובית כתוצאה מהפחתת השמנה.
- הניסיון הבינלאומי מלמד כי **ניתן להוריד בין 5% ל-10% את שכיחות ההשמנה בטווח של כחמש שנים**. הפחתת משקל בסדרי גודל אלה נראית כמעטה מדי, אבל היא משמעותית בהפחתת תחלואה ובהפחתת וההוצאות הישירות והעקיפות הכרוכות בה. בזהירות הראויה, ובהתבסס על נתוני אומדן עלות ההשמנה בישראל, אנו מעריכים כי **ירידה של 5% עד 10% בשכיחות ההשמנה יכולה להוביל להפחתת תחלואה ולהפחתת הוצאות מערכת הבריאות בכ-800 ל-1,600 מיליון ש"ח בשנה בטווח של כחמש שנים**. ראוי לציין כי על פי פרסום ה-OECD, על כל דולר השקעה בסל של צעדים מניעת השמנה, התועלת הכלכלית מוערכת בממוצע ב-\$5.6 כל שנה ובמשך כ-30 שנה.

מחקר השוואתי: השמנה ומדיניות כנגד השמנה במדינות הייחוס

א. מדינות הייחוס

הממצאים שתוארו מלמדים כי להשמנה ולעודף משקל יש עלות כלכלית משמעותית על כלכלת כל מדינה. המקרה הישראלי כמובן אינו חריג, וכפי שכבר צוין, להשמנה יש עלות כלכלית ניכרת ברובן המוחלט של המדינות המערביות המפותחות. בחלק זה נסקור את העלויות הכלכליות הישירות והעקיפות של השמנה ועודף משקל בחמשת מדינות הייחוס: **בריטניה, גרמניה, הולנד, ספרד ואיטליה**, ונתאר את הפעולות השונות שמדינות אלו נוקטות בכדי להתמודד עם תופעת ההשמנה.

לוח מס' 6: הפסד תמ"ג מעודף משקל במדינות ה-OECD: ישראל באדום, מדינות הייחוס בצהוב⁷³.



המדיניות כנגד השמנה אינה פועלת בוואקום, והמדינות השונות מבססות את פעולותיהן על בסיס פעילותם של גופים בינלאומיים רבים. במחקר זה בחרנו בשני ארגונים מובילים – ארגון ה-OECD וארגון הבריאות העולמי (WHO) – בתור מתווי מדיניות מרכזיים. אף על פי כן, ראוי לציין שישנם עוד גורמים רבים העוסקים בתחום ההשמנה, ביניהם גופים כמו האו"ם וארגונים רפואיים בינלאומיים שונים. כאמור, במסגרת המחקר המשווה בחרנו להתמקד במספר מדינות אשר בעלות מאפיינים דומים לישראל. המדינות הנבחרות; בריטניה, איטליה, ספרד, גרמניה והולנד, כולן מדינות אירופאיות החברות באיחוד האירופאי⁷⁴ – בשונה מישראל, וחברות במועדון ה-OECD – בדומה לישראל. מדינות אלו נבחרו כרלוונטיות להשוואה מסיבות שונות. חלקן דומות לישראל בהיקף ממדי ההשמנה (ספרד, גרמניה), חלקן דומות לישראל בסוג מערכת הבריאות (הולנד, גרמניה), חלקן מזכירות את ישראל מבחינה סוציו-אקונומית ואקלימית (ספרד, איטליה), ובריטניה נבחרה כמקרה קיצון וכמדינה שיש בה מידע רב ונגיש על הנושא.

לפני שנציג את נתוני ההשמנה, ועלותה הכלכלית בין כל אחד ממדינות הייחוס, ראוי להתעכב על השוני במערכות הבריאות הציבורית בכל אחת מהמדינות הללו. באופן מסורתי נהוג להתייחס לשני מודלים שונים לארגון שירותי בריאות במדינות האירופאיות. המודל הראשון הוא מודל בוורידג', הקרוי על שם שר הבריאות הבריטי וויליאם בוורידג', שעל בסיס משנתו הכלכלית הונהגה מדיניות הרווחה והבריאות הבריטית בתקופה שלאחר מלחמת העולם השנייה. ספרד, איטליה ומדינות סקנדינביה הן דוגמה למדינות אירופאיות המפעילות מערכת בריאות המבוססת על מודל בוורידג'. במדינות הפועלות לפי מודל זה, מרבית שירותי הבריאות מסופקים באופן שוויוני ואוניברסלי על בסיס איזורי, ללא תיווך של קופות חולים או תשלום מס ייעודי לבריאות. המודל השני הוא מודל ביסמארקי, הקרוי על שם הקנצלר הגרמני אוטו פון

⁷³ The Heavy Burden of Obesity, OECD

ביסמארק שהיה ממייסדי התפיסה של מדינת הרווחה המודרנית. המודל הביסמארקי הוא מודל המסדיר את ביטוח הבריאות באמצעות קופות חולים ציבוריות והוא נהוג בגרמניה, בהולנד וגם בישראל. במדינות הפועלות לפי המודל הביסמארקי, האזרחים מבטחים בביטוח בריאות באמצעות קופת חולים אשר ממומנת על ידי תשלומי דמי ביטוח בריאות המחולקים בין העובד למעסיק. ההכנסות מדמי הביטוח מחולקות כיום ברוב קופות החולים באמצעות מנגנוני קפיטציה שונים⁷⁵. בישראל, בהולנד ובגרמניה נהוג ביטוח בריאות חובה ולכן כל אזרחי המדינה מבטחים בקופת חולים כלשהי. ישנן מספר דרכים להתמודדות עם בעיית ההשמנה במדינות השונות בעולם, הן באמצעות תוכניות לאומיות ברמה החינוכית והתודעתית, והן באמצעות החלת רגולציה או צעדים וולונטריים להעלאת איכות המזון. תפיסת כל מדינה את ההשמנה מבחינה רפואית – **אם כמחלה בפני עצמה, גורם למחלות או כבעיה שאינה רפואית** – תפיסה זו משפיעה רבות על הצעדים שתנקוט כל מדינה הן בפן המניעתי והן בפן הטיפולי. כמו כן, קיים שוני רב בכל הקשור לרמת הפטרנליזם הנהוגה במדינות השונות, כאשר מדינות מסוימות מבקשות להימנע ככל שניתן מחדירה לאוטונומיית הפרט ומדינות אחרות מתערבות באופן ישיר בהתנהלות היום יומית של הפרט. **רמת הפטרנליזם** משפיעה באופן ישיר על המדיניות, כאשר בראשונות לא ינקטו באכיפה ורגולציה מחייבת, למול האחרונות בהן ישנה רגולציה המגדירה איסורים שונים על דפוסי הצריכה וההתנהגויות בריאות מזיקות אחרות. בפרק זה, המבצע מחקר משווה, ננתח את המדיניות של מדינות הייחוס לאור קריטריונים אלה תוך התייחסות למאפיינים של כל מדינה ומדינה.

ב. מדיניות ארגון ה-OECD למאבק בהשמנה

ארגון ה-OECD וארגון הבריאות העולמי (WHO) מובילים את המאבק במגפת ההשמנה במערב בשנים האחרונות ומחקריהם וסקירותיהם בנושא זה מהווים אורים ותומים בתחום. בשנת 2019, פרסם ארגון ה-OECD דוח באורך 256 עמודים בשם **"The Heavy Burden of Obesity"**⁷⁶, אשר סוקר בין היתר את ממדי ההשמנה במדינות ה-OECD, את ההשפעה הכלכלית של מגיפה זו, את המדיניות אשר המדינות השונות מנהיגות ואת האימפקט של צעדי המדיניות השונים. בחלק זה נביא תקציר של עיקרי הדברים אשר נידונו בדוח זה, עם דגש על המדיניות הקיימת במדינות ה-OECD, השפעתה של מדיניות זו, והמלצות המדיניות העיקריות המופיעות בדוח. בכל הקשור לרגולציה וחקיקה בנושא מאבק בהשמנה, הנתונים הם כדלהלן:

- בכל מדינות ה-OECD, מלבד אחת (יוון), יש תוכנית לאומית למאבק בהשמנה.
- במרבית המדינות (30 מתוך 37) יש תוכניות ייעודיות למאבק בהשמנת ילדים ונוער.
- במרבית המדינות קיימת חובה להציג את מרכיבי התזונה במוצרים שונים, אך רק בארבע מדינות קיימת חובה להציג את מרכיבי התזונה בחלקה הקדמי של האריזה.
- במדינות רבות קיימת רגולציה על מאכלים בעלי מרכיבי תזונה מזיקים (שומן טראנס וכו') ובארבע מדינות יישמו מדיניות מיסוי אשר מכוונת למזון מרובה קלוריות ובעיקר מאכלים ומשקאות רוויים בסוכר.
- מעט מדינות חוקקו מגבלות כלשהן על פרסום מוצרים עתירי שומן וסוכר.
- בכל מדינה שלישית ב-OECD קיימת מדיניות כלשהי שמטרתה לעודד פעילות ספורטיבית ואורח חיים בריא, אך האפקטיביות של פעולות אלו מוגבלת עקב אתגרים שונים.
- ישנן מדינות אשר מיישמות מדיניות מבוססת מדיה למלחמה בהשמנה, כמו קמפיינים תקשורתיים ושימוש באפליקציות.

המדיניות המומלצת למאבק בהשמנה של ארגון ה-OECD מורכבת מארבעה צירים מרכזיים. **הציר הראשון מבקש להשפיע על בחירת הפרט.** דוגמאות למדיניות כזו כוללות סימון מוצרים וקמפיינים תקשורתיים שנועדו לתת מידע ולסייע לצרכן לקבל החלטה מושכלת. **הציר השני מבקש להגדיל את תפריט הבחירה של הפרטים** ולאפשר להם לבחור אפשרויות שהיו סגורות להם לפני כן. דוגמאות למדיניות זו כוללות סלילה של דרכי אופניים ומתן אופציה של אוכל בריא במוסדות ציבוריים כמו בתי ספר. **הציר השלישי עוסק בהתערבות באמצעות קביעת מחירים,** ומתאר מדיניות כמו מיסוי של מוצרים משמינים וסבסוד של מוצרים בריאים. **הציר הרביעי והאחרון עוסק במגבלות שונות** אשר אמורות לקדם אורח חיים בריא. דוגמאות לציר זה כוללות מניעת פרסום של מוצרים מסוימים בשעות מסוימות, הוצאה מהחוק של מוצרים וכו'.

⁷⁴למעט בריטניה שיצאה מהאיחוד ב-2020.

⁷⁵מנגנון הקפיטציה הישראלי וההקצאה הציבורית לשירותי רפואה בישראל, מרכז טאוב

⁷⁶The Heavy Burden of Obesity, OECD



מלבד המלצות כלליות על כלי המדיניות השונים, דוח ה-OECD ביקש גם למדוד את **האימפקט של כלי מדיניות אלו**. בדוח זה נבחנו 10 כלי מדיניות שונים, אך במחקרים אחרים של ה-OECD נבדקה גם העלות הכלכלית של השמנה למדינות שונות. כמו כן, ישנן גם המלצות כלליות יותר שלא ניתן לאמוד את השפעתם הכלכלית, אך הארגון רואה בהם מרכיבים קריטיים להצלחה. המלצות אלו כוללות בין היתר **תמיכה בשיתוף פעולה בין סקטורים שונים בתוך הממשלה** (בריאות, חינוך, צרכנות, תקשורת ותשתיות), **ובין סקטורים שונים בתעשייה** (שיתופי פעולה בין המגזר הממשלתי לפרטי ולשלישי) ורתימת הסקטור הפרטי לעידוד אורח חיים בריא במקומות העבודה (לפי הדוח, המודעות לכך עדיין לא מספיק חזקה, ויש צורך במחקרים נוספים אשר מוכיחים כי מדובר בהתנהלות אשר מיטיבה עם המעסיקים ולא רק עם העובדים). מפאת קוצר היריעה, וזמינותו החופשית של המחקר המקורי, נכתב כאן את עיקרי הדברים.

- מדיניות שמטרתה להשפיע על בחירת הפרט, כמו קמפינים פרסומיים וסימון מוצרים, היא היעילה ביותר מבחינה בריאותית, כאשר כלי המדיניות הקריטי ביותר הוא סימון תפריטים. לפי הדו"ח, מדיניות נאדג' תוביל לחיסכון של 50,000-115,000 שנות חיים ב-36 המדינות השונות של ה-OECD מדי שנה.
- מדיניות של סימון תפריטים תוביל להפחתה המשמעותית ביותר במקרי סרטן, סכרת ומחלות לב.
- ההשפעה המכרעת של כלי המדיניות השונים לא תהיה דווקא הצלת חיים, אלא מניעה משמעותית של מקרי נכות ממושכים באוכלוסייה. מסקנה זו משמעותית במיוחד בכל הקשור לילדים ונוער.
- כלי המדיניות השונים צפויים לחסוך למדינות השונות מיליארדי דולרים.
- מדיניות ממשלתית של כלל מדינות ה-OECD צפויה להגדיל את כוח האדם בשוק התעסוקה במדינות השונות. לדוגמא, קמפינים תקשורתיים צפויים להוביל לכניסה של 28,000 עובדים חדשים לשוק התעסוקה, וסימון תפריטים צפוי להכניס 21,000 עובדים נוספים. ההערכה היא כי התרומה הנוספת של המדיניות לשוק העבודה צפויה להיות גדולה יותר מהחיסכון בתקציב הבריאות, וששילוב של שניהם צפוי להיות גבוה יותר מהעלויות של תוכניות התערבות אחרות.
- השקעה בתוכניות מניעה (בניגוד לטיפולים) צפויה להיות בעלת התועלת הגבוהה ביותר למדינות, כאשר כל השקעה של דולר צפויה להכניס בין ארבעה לחמישה דולרים.
- אולם, השקעה מקבילה בתוכניות מניעה ותוכניות התערבות תוביל לתוצאות טובות יותר מאשר השקעה באפיק אחד.
- קיים שוני משמעותי לאפקטיביות של התוכניות השונות במדינות השונות, בהתאם למאפיינים כלכליים-תרבותיים, רמות תיעוש, מבנה מערכת הבריאות, הוצאה ממשלתית וכד'.
- השקעה במדיניות תקשורתית תוביל להפחתה שנתית של 3,360 מקרי סרטן, 40,000 מקרים של מחלות לב, 5,100 מקרי דמנציה, 27,000 מקרי סכרת ו-11,000 מקרים של מחלות נפש שונות (דכאון, חרדה וכו'). השקעה במדיניות "חדשנית" צפויה להוביל לתוצאות דומות.
- מדיניות לעידוד ספורט ופעילות גופנית תוביל להשפעה משמעותית גם היא, אם כי לחיסכון כספי נמוך יותר – אך עדיין גבוה מעלות ההשקעה.

ג. מדיניות ארגון הבריאות העולמי כנגד השמנת ילדים ומתבגרים

ארגון הבריאות העולמי (WHO) הכריז מלחמה כנגד בעיית השמנה בקרב ילדים ומתבגרים ושרטט מפת דרכים להתמודדות עם בעיה זו. כמו כן שדרכי הפעולה המוצעות להתמודדות עם בעיה זו בקרב צעירים, לרובנטיות במידה רבה גם להתמודדות עם בעיה זו גם בקרב מבוגרים. בפועל, ניתן לראות כי רבות מהתוכניות והרגולציה המתקיימות במדינות השונות תואמות חלק מההמלצות לפעולה של הארגון⁷⁷:

FIGURE 1. SIX KEY AREAS OF ACTION



01 קידום צריכת מזון בריא:

- א. תיוג ערך תזונתי במדבקות על גבי מוצרים.
- ב. מיסוי סוכרים וממתקים.
- ג. הגבלות על פרסום מזון שאינו בריא ומשקאות ממתקים בקרב ילדים.
- ד. יצירת אווירה של צריכת מזון בריא בבתי ספר ומרכזי ספורט.
- ה. הגברת הזמינות של מזון בריא בקרב אוכלוסיות מוחלשות.

02 קידום פעילות גופנית:

- א. פרסום הנחיות לפעילות גופנית.
- ב. זמינות מתקני כושר בבתי ספר ובשטחים ציבוריים.

03 שלב קליטת העובר והיריון

- א. ניטור עליית משקל, גלוקוז ולחץ דם במהלך ההיריון.
- ב. הדרכה לאורח חיים בריא לפני ובמהלך ההיריון.

04 שלב הילדות המוקדמת:

- א. קידום תזונה נכונה ופעילות גופנית באמצעות הקפדה על הנקה, הגבלת משקאות ממותקים ומתן אוכל בריא בבית ובמעונות היום.
- ב. הקפדה על זמן שינה, זמן בישיבה או מול מסכים למול פעילות גופנית ומשחק.
- ג. הדרכות בקהילה לקידום אורח חיים בריא.

05 ילדי בתי ספר:

- א. קידום בריאות, תזונה ופעילות גופנית באמצעות הנחת אווירה של אורח חיים בריא.
- ב. צמצום צריכת משקאות ממותקים ומזונות בעלי ערך תזונתי נמוך.
- ג. חינוך לתזונה ובריאות בשיעורים ייעודיים ופעילות גופנית איכותית.

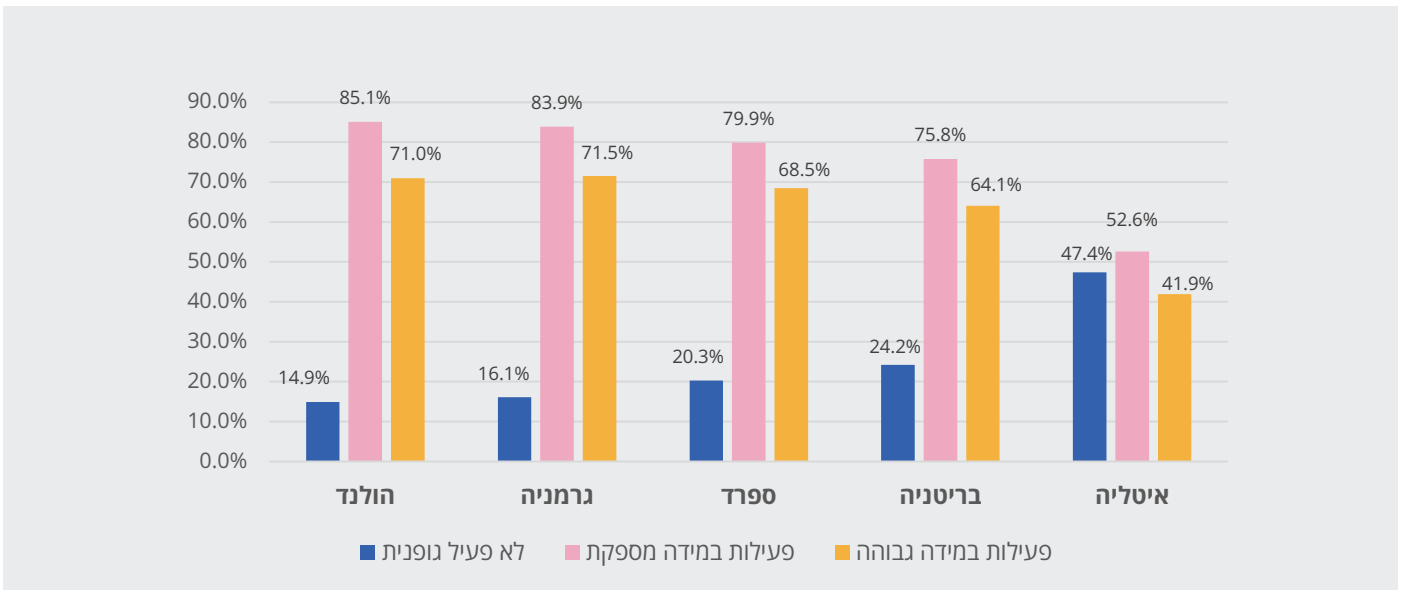
06 ניהול משקל:

- א. פיתוח ותמיכה בשירותי ניהול משקל עבור ילדים ומתבגרים אשר סובלים מעודף משקל או השמנה באופן גנטי המועברים על ידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות.
- ב. להביא לכיסוי שירותים אלה במסגרת ביטוח הבריאות האוניברסלי.

Report Of The Commission On Ending Childhoods Obesity, Who ⁷⁷

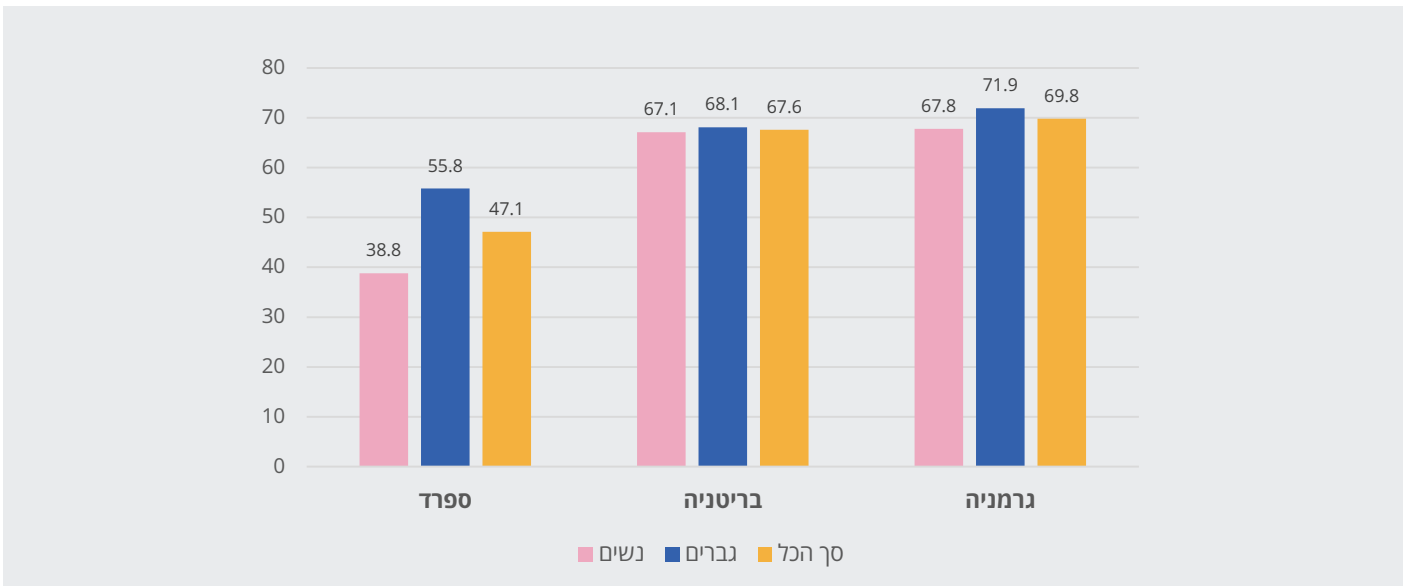
ד. פעילות גופנית בקרב מדינות הייחוס⁷⁸

תרשים מס' 11: התפלגות רמת פעילות גופנית בקרב אוכלוסייה בגילאי 18-63



ניתן לראות כי לא קיים קשר מחייב בין רמת הפעילות הגופנית במדינה לבין שיעור הסובלים מהשמנה. כך למשל, איטליה ממוקמת במקום ה-34 במדרג אחוזי ההשמנה של ה-OECD, זאת על אף שקבוצה גדולה של אוכלוסייה בגירה אינה עוסקת במידה מספקת בפעילות גופנית, זאת לעומת בריטניה וגרמניה בהן ישנו שיעור השמנה גבוה (מקומות 11 ו-12 בהתאמה), על אף שמרבית האוכלוסייה עוסקת בפעילות גופנית ברמה מספקת ואף במידה גבוהה.

תרשים מס' 12: פעילות גופנית מתונה⁷⁹ בהתפלגות לפי מגדר



בהמשך פרק זה, יתואר מצב ההשמנה ודרכי התמודדות עם בעיה זו במדינות הייחוס השונות.

⁷⁹ OECD, health At A Glance: Europe 2016; הנתונים מייצגים פעילות גופנית מתונה מעל ל-150 דקות בשבוע.



תרופות להתמודדות עם השמנה

כלולות בסל התרופות המדינת

3.4

ההפסד בתוצר כתוצאה מעודף משקל

2.8

רופאים לאלף איש

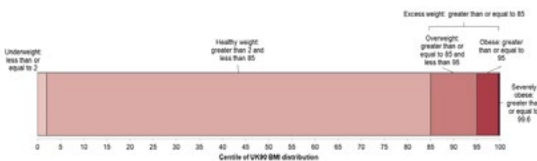
מקום 11

בדירוג שיעור ההשמנה בקרב מדינות החברות OECD-ב

רקע ונתונים כלכליים

ביולי 2020 פרסם משרד הבריאות הבריטי דוח בשם "Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives"⁸⁰. דוח זה פירט את האסטרטגיה הממשלתית להתמודדות עם עלייה בשיעורי ההשמנה בבריטניה וכלל בתוכו שלל נתונים המתארים את מצב ההשמנה בבריטניה ומגמות בנושא, יחד עם תיאור העלות הכלכלית של ההשמנה למשק הבריטי. הדוח הציג תמונה הידועה זה מכבר למשרד הבריאות הבריטי – **בריטניה היא מהמדינות השמנות ביותר בעולם**. הדוח מציג שכ-63% מתושבי בריטניה הבגירים חיים עם עודף משקל וכ-26.2% מהאוכלוסייה הבגירה סובלת מהשמנת יתר (BMI>35) – מה שהופך את בריטניה למדינה עם **שיעור השמנת היתר הגבוה ביותר מתוך מדינות הייחוס שאנו בוחנים**. נציין כי בריטניה היא גם אחת המדינות בהן כמות הרופאים פר אדם היא הנמוכה ביותר, ועומדת על רק כ-2.8 רופאים לאלף איש⁸¹.

הגדרת ההשמנה בקרב ילדים בבריטניה הינה באמצעות מדד ה-BMI בשילוב עם ה-UK90'1.



סקר הבריאות של בריטניה, שנערך בשנת 2018 ובוצע ע"י ה-Public Health England (להלן: PHE), מתאר כי 66.9% מהגברים ו-59.7% מהנשים מוגדרים בעודף משקל או השמנת יתר, מתוכם 29% סובלים מהשמנה ו-3.2% מהשמנה חולנית⁸² (BMI>40). השמנה נפוצה יותר בקרב אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה ובקרב הנמצאים במזדדים הגבוהים ביותר בממדד הקיפוח (Deprivation) במדינה⁸³.

ההשמנה בבריטניה נפוצה באופן חריג בקרב נשים כהות עור – כ-53.6% מכלל הסובלות מהשמנה. מגמת העלייה בנתח הסובלים מעודף משקל והשמנה באוכלוסייה עלתה בעשרים וחמש השנים האחרונות בכ-15%. לרוב נלווים לסובלים מהשמנה בבריטניה גורמי סיכון נוספים – עישון, צריכת אלכוהול מוגברת, צריכה מופחתת של ירקות ופירות, או מחסור בפעילות גופנית מספקת⁸⁴. בקרב ילדים עולה כי 22.6% מהאוכלוסייה סובלת מעודף משקל והשמנת יתר. הבעיה חריפה יותר באזור הגילאים 10-11, עם 20.2% השמנת יתר בגיל זה לעומת 9.7% בגילאים ארבע עד חמש⁸⁵.

מחקרים רבים, גם מטעם האקדמיה וגם מטעם הממשלה הבריטית, בחנו את ההשפעות הכלכליות של השמנה ועודף משקל על המשק בבריטניה. מחקר מתעדכן של חוקרים בריטים מובילים, שפורסם בשנת 2011 במגזין "Journal of Public Health Advance Access" תיאר כי העלות הכלכלית של השמנה ועודף משקל בבריטניה **שוות ערך ל-5.1 מיליארד ליש"ט בשנה** (0.02% מהתמ"ג הבריטי)⁸⁶. בנוסף, המחקר תיאר כי העלות הכלכלית של מחלות הנובעות מתזונה לקויה היא **5.8 מיליארד ליש"ט בשנה** (0.03% מהתמ"ג הבריטי), ואילו העלות הכלכלית של מחסור בפעילות גופנית שוות ערך לאובדן תוצר שנתי של 0.9 מיליארד ליש"ט נוספים.

Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives, Department of Health and Social Care⁸⁰
The World Bank ; UK's number of doctors per capita is one of lowest in Europe, The Guardian⁸¹
Estimated number of adults who are morbidly obese in England ; Obesity statistics - full report⁸²
⁸³מדד הכולל 37 אינדיקטורים הנוגעים להכנסות, תעסוקה, בריאות ומוגבלויות, חינוך, יכולת והכשרה, פגיעה ועוד.
⁸⁴PHE Obesity Adult SlideSet England 2020, Health Survey for England (HSE)⁸⁴

מחקר עדכני יותר, שפורסם על ידי משרד הבריאות הבריטי⁸⁷, מתאר כי NHS הבריטי הוציא באופן ישיר כ-6.1 מיליארד ליש"ט על מחלות הקשורות להשמנה ועודף משקל, ושהעלות העקיפה של ההשמנה בבריטניה מגיעה לסכום אסטרונומי של 27 מיליארד ליש"ט בשנה המהווים 1.3% מהתמ"ג הבריטי באותה שנה – יותר מהתקציב המשולב של כל מערכת המשפט, המשטרה ומערך הכבאות ביחד.

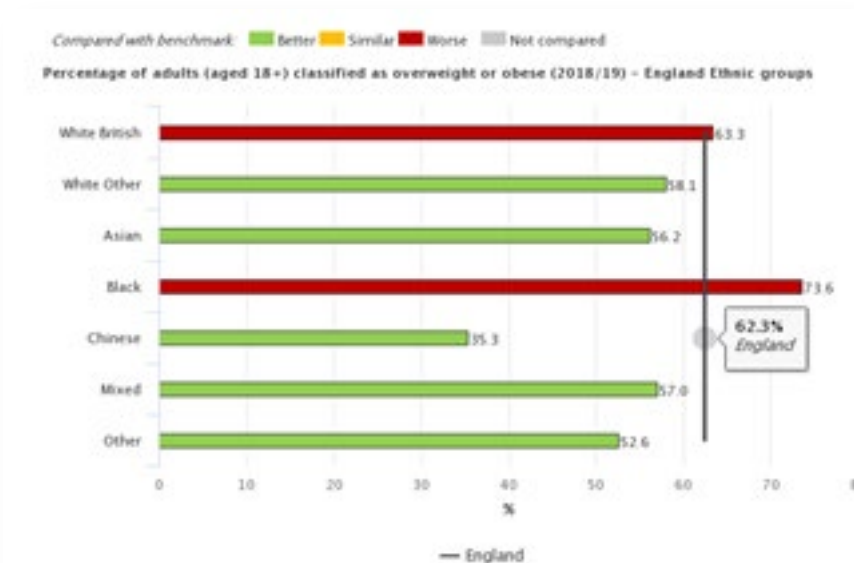
ההערכות של משרד הבריאות מתארות שאם המגמה לא תשתנה, סכומים אלו כמעט ויוכפלו בשנת 2050.

אמנם בריטניה לא הכירה בהשמנה כמחלה באופן רשמי, אך ניכר כי המדינה מכירה בהשמנה כבעיה רפואית משמעותית אשר יש לטפל בה, ואינה רק התנהגותית. הדבר בא לידי ביטוי הן בהכנסת תרופות להתמודדות עם השמנה לסל התרופות המדינתי, והן בתוכניות השונות, רגולטוריות וולונטריות, שהופעלו בשנים האחרונות ויפורטו בהמשך פרק זה. במידה רבה, על אף שבריטניה לא הכריזה על השמנה כמחלה, היא פועלת יותר במישורים רבים ממדינות אשר כן הכריזו על השמנה כמחלה.

הבחנה בין מהגרים למקומיים

מחקרים מעלים כי למהגרים בבריטניה הרגלי אכילה בריאים יותר מאשר לאוכלוסייה המקומית הלבנה⁸⁸. הדבר מתבטא בצריכת פירות וירקות גבוהה יותר וצריכת שומן נמוכה יותר, וכן שיעורי הנקה גבוהים יותר בקרב מיעוטים אתניים. מנגד, צריכת המלח גבוהה יותר⁸⁹. מהשוואה שנערכה ע"י ה-Public Health England ניתן לראות כי שיעור המוגדרים כסובלים מעודף משקל והשמנה גבוה יותר בקרב בריטים לבנים לעומת כמעט כל מוצא אתני אחר⁹⁰. נדגיש כי ההשוואה בבריטניה אינן נערכות בין מהגרים למי שאינם, אלא לפי קבוצה אתנית, מדד פריפריאליות, ורמה סוציו-אקונומית⁹¹.

תרשים מס' 8: היקף ההשמנה בקרב בגירים בבריטניה בחלוקה למוצא אתני



National Child Measurement Programme (NCMP)⁸⁵

The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006–07 NHS costs⁸⁶

Health matters: obesity and the food environment, Public Health England⁸⁷

The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries (2014)⁸⁸

Diets of minority ethnic groups in the UK: influence on chronic disease risk and implications for prevention (2011)⁸⁹

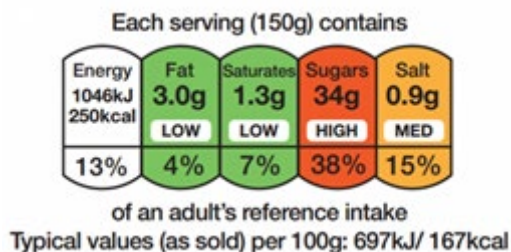
Public Health Profiles, Public Health England 2018/19⁹⁰

PHE Obesity Adult SlideSet England 2020⁹¹

בריטניה מפעילה מספר כלים רגולטוריים העוסקים בסוגיית ההשמנה.

מיסוי:

באפריל 2018 נכנס לתוקף המיסוי על משקאות ממותקים - Soft Drinks Industry Levy (להלן: SDIL). המיסוי חל על משקאות הכוללים תוספת של חמישה גרם סוכר לכל מאה מ"ל משקה, ואינו תקף לתחליפי סוכר או לסוכר שמקורו בפרי, חלב טבעי, או משקאות אלכוהוליים. המס כולל תשלום של 18 פני על כל ליטר משקה



הכולל יותר מחמישה אך פחות משמונה גרם סוכר לכל מאה מ"ל, ותשלום של 24 פני לכל משקה הכולל יותר משמונה גרם סוכר למאה מ"ל⁹². על אף הסקפטיות ביחס להצלחת התוכנית שהובעה בתחילה בקרב אקדמיה וחוקרים⁹³, התוכנית נחלה הצלחה כאשר לפי דו"ח של ה-PHE שפורסם באוקטובר 2020 **נרשמה ירידה של 44% בכמות הסוכר הממוצעת בין השנים 2015-2020**⁹⁴. ההכנסות מהמס הועברו לתוכניות בית-ספריות להעלאת המודעות לאורח חיים בריא בקרב ילדים ברחבי בריטניה.

מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע על ידי סימון מוצרים:

בבריטניה חובה להצהיר בפני הלקוח על גבי המוצר קיום של סוכר או ממתיקים בציון המילים 'with sugar(s) and sweetener(s)', בדומה למרכיבים אחרים כמו קפאין וכד'. בנוסף, נעשה שימוש בתווית ה"רמזור" בחזית המוצר. סימון זה הינו וולונטרי, אך בפועל יצרנים רבים בוחרים להשתמש בו⁹⁵. המודל שלו ייבחן מחדש במסגרת תוכנית Tackling Obesity, כמו גם בחינת הוספת נתוני קלוריות על מוצרי אלכוהול⁹⁶. כלי נוסף שנבחן הוא חוק המחייב עסקי מזון שאינו ביתי אשר מעסיקים למעלה מ-250 עובדים יוסיפו נתונים אודות הקלוריות במזון שהם מוכרים - כחלק מתוכנית Tackling Obesity, אך הוא עוד טרם נחקק⁹⁷.

Tackling Obesity

היקף בעיית ההשמנה בבריטניה יחד עם פרוץ מגפת הקורונה, כאשר סובלים מהשמנה מועדים לסיבוכים מהמחלה באופן רחב יותר, הביאה ליצירת מדיניות רגולטורית חדשה בנוגע לתופעת ההשמנה. ב-27 ליוני 2020 פורסם נייר מדיניות מטעם המחלקה לבריאות ורווחה סוציאלית העוסק בהתמודדות עם השמנת יתר⁹⁸. ההגבלות החדשות זכו לביקורת בבריטניה, הן מצד תעשיית המזון והן מצד מומחים בתחום התזונה הטוענים כי ההגבלות לבדן לא יעילו למתמודדים עם השמנה ויהוו נטל כלכלי⁹⁹.

הערכות של ה-OECD מעלות כי אי חשיפה לפרסומות בקרב ילדים בבריטניה יכולה להוביל לצמצום של 0.31 ק"ג בממוצע ה-BMI בקרב קבוצת אוכלוסייה זו¹⁰⁰.

הגבלות עידוד צריכה ופרסום: הגבלת המבצעים להגברת נפח הקנייה¹⁰¹ של מוצרים עתירים בשומן, סוכר או מלח (להלן: HFSS). בנוסף, הגבלת הצבת מוצרים אלה בנקודות מרכזיות המעודדות רכישה, הן בחנויות אונליין והן בחנויות פיזיות בבריטניה, כל זאת כחלק מתוכנית Tackling Obesity - וטרם נחקק¹⁰². עוד במסגרת אותה תוכנית, ישנו איסור פרסום מוצרי HFSS בטלוויזיה וברשת לפני השעה תשע בערב, ובחינת אפשרות הגבלת פרסום מוצרים אלו ברחבי הרשת בכלל. גם הצעה זו טרם נחקקה.

Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives⁹⁷

Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives⁹⁸

'A missed opportunity': UK food industry hits back as government anti-obesity plan unveiled; UK policy targeting obesity during a pandemic — the right approach?⁹⁹

Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Italy Key Facts, OECD¹⁰⁰

¹⁰¹ כגון - קנה אחד וקבל אחד חינם.

Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives¹⁰²

ב-2015 הושקה התוכנית לצמצום כמויות הסוכר במוצרי מזון. מטרת התוכנית הינה להביא לצמצום של 20% בכמות הסוכר במוצרים בקטגוריות מזון נבחרות עד שנת 2020. מאוחר יותר, ב-2018, יצאה תוכנית שמטרתה לצמצם את כמות הקלוריות במוצרים עד 2024¹⁰³.

חברות המזון הנוגעות לדבר יוכלו לעשות זאת באמצעות הפחתת כמות הסוכר במוצר עצמו, הקטנת גודל המוצר או עידוד צרכנים לצרוך מוצרים ללא תוספת סוכר או עם כמות סוכר נמוכה¹⁰⁴. נדגיש כי חברות המזון משתתפות בתוכנית באופן וולונטרי, והן אינן מחויבות מכוח חוק לפעול לטובת הצמצום. בדו"ח האחרון עלו נתונים בנוגע למידת ההצלחה של התוכנית בצמצום סוכר בקטגוריות של יצרני וקמעונאי מזון, ושל סקטור האכילה מחוץ לבית, להלן¹⁰⁵:

- בתחום הקמעונאות וייצור מזון נרשם צמצום של 3% בממוצע בכמות הסוכר למאה גרם במוצרים בין השנים 2015-2019. צמצום רחב יותר בקטגוריות דגני הבוקר והיוגורטים של כ-13%. כפי שצוין, כמות הסוכר בשתייה מתוקה צומצמה בהיקפים נרחבים מאז 2018 – עד 44% צמצום, זאת בעקבות החלת המס על שתיה מתוקה (SDIL).
- בנושא אכילה מחוץ לבית נרשם צמצום זניח בלבד בשלוש השנים האחרונות.

תוכניות לאומיות והשפעתן

Change4Life - C4L¹⁰⁶: קמפיין חברתי שיווקי שהחל ב-2009 ונמשך עד היום במטרה להתמודד עם בעיית ההשמנה. קמפיין זה שם דגש על מניעה באמצעות אכילת מזון בריא ופעילות גופנית. הקמפיין יועד הן למבוגרים והן לצעירים, ופעל דרך התקשורת, פרסום ברדיו ואתר אינטרנט ייעודי¹⁰⁷.

התוכנית התבססה על שמונה שינויים התנהגותיים, כגון צמצום בצריכת שומן וסוכר, הקטנת כמות המזון הנצרכת, אכילת ירקות ופירות, פעילות גופנית ועוד. הצעדים הוגדרו ע"י מומחים בתחום התזונה, הרפואה והפסיכולוגיה, במעורבות הממשלה באופן נסתר. על מנת לשדר מסר חיובי ופרואקטיבי לקהל היעד לא הוזכרה מפורשות המילה "השמנה" בקמפיין. בתוכנית סופקו מוצרי עזר, אפליקציות המקדמות פעילות גופנית, ניטור דיאטה וכדומה.

הקמפיין הגיע לקהל יעד נרחב כמתוכנן – כ-87% מהאימהות לילדים מתחת לגיל 11. נעשה שימוש נרחב בתכני הקמפיין בקרב בתי ספר, בתי חולים, עיריות, ספריות ועוד. באזורים מסוימים של היוזמה הקמפיין נחל הצלחה, כך למשל 58% מהמשתתפים עברו לצרוך מוצרי חלב דלי שומן כשלושה שבועות לאחר תחילת הפרויקט, ו-32% עברו לצריכת משקאות מופחתי סוכר (לעומת 26 ו-19 אחוזים בקבוצות השוואה, בהתאמה). משפחות הפגינו שיפור בהרגלי האכילה שלהם, לפחות בטווח הקצר. **עם זאת, ההשפעה ארוכת הטווח ובפרט אצל משפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך לא הייתה משמעותית.** העלאת המודעות הייתה גבוהה, אך שיעור שינוי ההתנהגות בפועל היה נמוך.

All our Health - AOH: סדרת מקורות מידע לאורח חיים בריא שנכתב ע"י מומחים בתחום. מטרת התוכנית היא מניעת חולי, הגנה על הבריאות וקידום הרווחה. התכנים עוסקים בבעיות שונות, כמו צריכת אלכוהול, עישון ותת-פעילות גופנית. התכנים מיועדים למטפלים ומקצוענים בתחום הבריאות והרווחה, מחנכים, מנהלים וחוקרים¹⁰⁸. התכנים מונגשים בצורת לומדה אינטראקטיבית בתצורת E-learning¹⁰⁹ הלומדה פתוחה לציבור הפתוח.

A call to action: קמפיין שהושק בעקבות מגפת הקורונה במטרה לעודד אורח חיים בריא בצל המגפה באמצעות אפליקציות וכלים שונים במטרה להגיע למיליוני אזרחים. הקמפיין הושק כחלק מהמדיניות להתמודדות עם השמנה ביולי 2020, Tackling Obesity המפורטת לעיל.

Box 7.2. Calorie reformulation initiative in the United Kingdom, OECD¹⁰³

Sugar reduction: report on progress¹⁰⁴

Sugar reduction: report on progress between 2015 and 2019¹⁰⁵

Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Italy Key Facts, OECD¹⁰⁶

Change4Life Website¹⁰⁷

The EU school fruit, vegetables, and milk scheme: בריטניה החלה בתוכנית ה-2017, ותהיה שותפה בה עד סוף 2020, זאת בשל יציאתה מהאיחוד האירופאי המממן את תוכנית זו. נכון ל-2019, בבריטניה השתתפו בתוכנית כמיליון וחצי תלמידי יסודי ותיכון מתוך 9.3 מיליון תלמידים בקבוצת היעד. בבריטניה, אסטרטגיית התוכנית כללה עידוד של צריכת חלב ועל כן סיפקה מוצרי חלב בלבד, ברמה יומיומית לאורך שנת הלימודים, ללא אספקת פירות וירקות. גם תוכנית הלימודים התמקדה בנושא החלב.



The EU school fruit, vegetables, and milk scheme

לאור חשיבות הצריכה של ירקות, פירות וחלב טריים ולאור העובדה שהצריכה כיום אינה פוגשת את ההמלצות התזונתיות, ומנגד העלייה בצריכת המזון המעובד, האיחוד האירופאי החל בתוכנית זו ב-2017 המאחדת שתי תוכניות נפרדות בתחום הירקות והפירות ובתחום החלב. התוכנית מעודד מזון מקומי, בשרשרת אספקה קצרה, מזון אורגני ובאיכות גבוהה, ללא תוספות סוכר, מלח, שומנים או חומרי טעם וריח. כמו כן, במסגרת התוכנית נעשה שימוש גם באמצעים חינוכיים,

כגון שיעורים, ביקורים בחוות, טיפוח גינת ירק בבית הספר ועוד. מורים והורים מעורבים בתוכנית כמודל לחיקוי עבור הילדים, בנוסף לאמצעים להעלאת המודעות. האיחוד האירופאי משקיע כ-250 מיליון יורו לבית ספר לשנה עבור רכישת המוצרים.

תוכניות התערבות רפואית תרופתית וכירורגית

נכון לינואר 2019, השמנה אינה מוגדרת כמחלה בבריטניה¹¹¹. המכון הלאומי למצוינות בתחום הבריאות והטיפול בבריטניה, NICE, הוא האמון על תחום הטיפול הרפואי בבעיית ההשמנה בבריטניה. על המשך הרצף הטיפולי אחרי ייעוץ תזונתי, נמצאים גם הטיפול התרופתי והכירורגי. נכון לשנת ל-2014 בבריטניה מוצעים שני טיפולים תרופתיים אפשריים – metformin (off-label) ו-Orlistat עבור מטופלים עם BMI הגבוה מ-30 או 28 עם מחלות נלוות, וממשיך מעבר לשלושה חודשים בתנאי שהמטופל מאבד לפחות 5% ממשקל גופו מתחילת הטיפול. כמו כן, ב-2020 הכניס ה-NICE את התרופה Liraglutide לסל התרופות הבריטי. לצעד זה משמעויות רבות מבחינה הצהרתית ופרקטית, וטרם התבצע במדינות רבות אחרות¹¹². בתחום ההתערבות הכירורגית, ניתוח בריאטרי אפשרי עבור בגירים במדד BMI של 40, או מעל 35 עם מצב רפואי אשר ייתרם משמעותית מירידה במשקל, ובהנחה שכל האמצעים שאינם ניתוחיים נוסו אך לא צלחו בהשגת או שמירת המשקל הנכון מבחינה קלינית לתקופה של שישה חודשים לפחות.

All Our Health: about the framework¹⁰⁸

All Our Health: Adult Obesity¹⁰⁹

Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives¹¹⁰

Should obesity be recognised as a disease?, The BMJ¹¹¹

Liraglutide for managing overweight and obesity, NICE¹¹²

Obesity Perception and policy - Multi-country review and survey of policymakers 2014, EASO¹¹³

**החל מ-2019**

השמנה מוכרת כמחלה

2.8%ההפסד בתוצר כתוצאה
מעודף משקל**3.97**

רופאים לאלף איש

מקום 34בדירוג שיעור ההשמנה
בקרב מדינות החברות
ב-OECD**רקע ונתונים כלכליים**

שיעור ההשמנה האיטלקי בקרב בניגרים נמוך יחסית לממוצע ה-OECD ועומד על כ-9.8% מהאוכלוסייה – **זהו הנתון הנמוך ביותר בכל מדינות הייחוס שאנו בוחנים**. רק אחד מכל עשרה אנשים סובל מהשמנה, לעומת אחד משישה בממוצע ה-OECD. למרות זאת, שיעור ההשמנה בקרב המתבגרים האיטלקים זהה לממוצע ה-OECD, ולפי ארגון הבריאות העולמי **שיעור ההשמנה בקרב ילדים במדינה גבוה בצורה חריגה ועומד על 34%-36%**¹¹⁴. הערכה היא כי תוך עשר שנים אחוז ההשמנה באוכלוסייה יעלה ב-5%.

העלייה בשיעורי ההשמנה באיטליה בולטת במיוחד בדרום המדינה וזאת עקב הבדלים בדפוסי צריכת מזון מהיר הנשענים על מצב סוציו-אקונומי נמוך ומאפיינים תרבותיים. למצב הסוציו-אקונומי באיטליה נראה שיש השפעה מכרעת על קיום של בעיית השמנה – **נשים בעלות השכלה נמוכה מועדות להשמנה פי שלוש מנשים משכילות**. הפער קיים גם אצל גברים, אם כי בממדים פחותים¹¹⁵. נציין גם כי אכילה מחוץ לבית נהוגה יותר באיטליה ביחס למדינות אחרות¹¹⁶. לפי דוח ה-OECD על השמנה באיטליה¹¹⁷, האיטלקים חיים כ-2.7 שנים פחות בממוצע עקב השמנה ועודף משקל. בדומה לבריטניה, גם באיטליה דווח כי ילדי מהגרים, במקרה האיטלקי – מהגרים אפריקאים, סובלים פחות מהשמנה מאשר ילדים מקומיים. השוני מוסבר בהבדלים גנטיים ותרבותיים.

באיטליה ישנו יחס של 3.977 רופאים לאלף איש. מערכת הבריאות נחשבת לטובה מבחינת הנתונים שלה, אך ישנם פערים משמעותיים ביותר בין איכותה במחוזות הדרומיים של איטליה מאשר בצפוניים¹²⁰.

איטליה נמצאת במחצית העליונה של המדינות המשקיעות בתוכניות למניעת השמנה בכל ה-OECD, ולפי הדוח כ-9% מהוצאות הבריאות הממשלתיות באיטליה מושקעות באופן ישיר בצמצום עודף משקל והשמנת יתר. **ראוי לציין שאיטליה נחשבת למדינה פרוגרסיבית ומתקדמת בהגדרת ההשמנה כמחלה, וייתכן והתקציב הגבוה שמושקע בה נובע מכך**. בנוסף, לפי הדוח, המשק באיטליה מאבד תוצר השקול לאובדן של כ-571 אלף עובדים עקב השמנת יתר ועודף משקל, לחילופין ניתן לומר שאיטליה מאבדת כ-2.8% מהתמ"ג שלה מדי שנה בעקבות מחלת ההשמנה ושכל אזרח איטלקי משלם "מס השמנה" בגובה 289 אירו מדי שנה.

Obesity in Italy, EASO¹¹⁴Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Italy Key Facts, OECD¹¹⁵Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Italy Key Facts, OECD¹¹⁶The Heavy Burden of Obesity The Economics of Prevention, Italy, OECD¹¹⁷Obesity and physical activity in children of immigrants¹¹⁸The World Bank Website¹¹⁹Caring For Quality in Health, OECD¹²⁰

מחקר שהתפרסם ב-2017 ניתח מידע הקיים במערכת FoodEx2, אשר הוקמה ע"י ה-EFSA¹²¹ במטרה לייצר סטנדרטיזציה לסיווג המזון על מנת לאפשר ניתוח דאטא בתחום¹²². להלן הממצאים העיקריים:

- סוג המזון:** גברים באיטליה צורכים כמות משמעותית יותר של דגנים, מוצרי בשר, שומן מהחי ומהצומח ומשקאות אלכוהוליים ביחס לנשים, זאת לעומת כמות נמוכה של חלב ומוצריו, מים ותוספי מזון. בגירים צורכים מזון מגוון יותר מאשר קשישים. כמו כן, נראה שוני בצריכת מזון בין דרום לצפון איטליה, כאשר הן גברים והן נשים בדרום איטליה צורכים יותר דגנים ובשר ומוצריו, ואילו בצפון איטליה ישנה צריכה רבה יותר של קפה ותה – הדבר ככל הנראה מעוגן בפערים סוציו-אקונומיים ותרבות קולינרית. עוד ניתן להבחין בשוני לפי רמת השכלה. משתתפים ברמת השכלה גבוהה צורכים יותר שומן מהחי ומהצומח, פירות וירקות, קפה ותה, וכן מזון לדיאטות ותוספי מזון על פני משתתפים ברמת השכלה נמוכה. ישנה השפעה רבה למצב הסוציו-אקונומי, ובייחוד לרמת ההכנסה על בריאות המזון הנצרך. המזונות הנצרכים ביותר ברמה יומיומית הינם ירקות ופירות טריים, פסטה וחלב.
- מיקום וזמני צריכת המזון:** זמני הארוחה אצל מרבית האיטלקים הם בין השעות 7:00-7:30 לארוחת בוקר, לפני השעה 13:00 לארוחת צהרים, ובין השעות 8:00-8:30 לארוחת ערב. זמני "נשנוש" משתנים בין המשתתפים. גברים ונשים אינם אוכלים פירות, ירקות, אגוזים ושקדים כחטיף או בארוחת בוקר, אלא בעיקר במסגרת ארוחת הצהריים או הערב. לעובדה זו השפעה רבה על נטייה להשמנה. להלן גרפים המייצגים את הרגלי התזונה האיטלקיים הלוקוחים מתוך המחקר:
- תרשים מס' 8:** היקף ההשמנה בקרב בגירים בבריטניה בחלוקה למוצא אתני

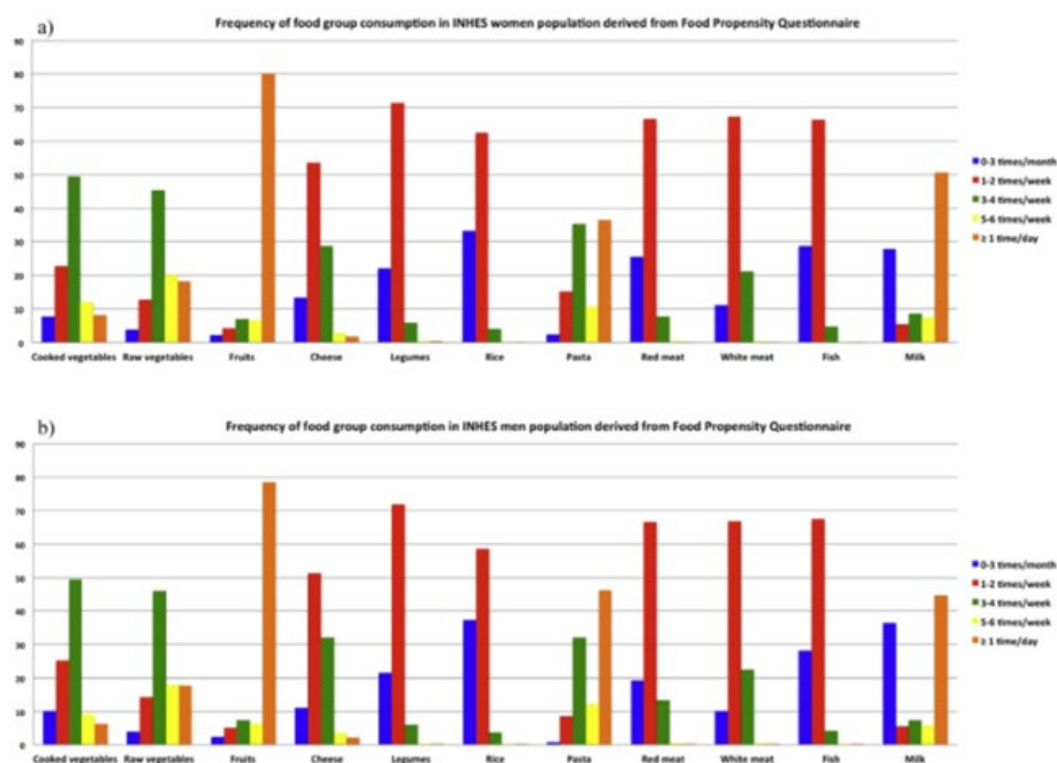


Figure 2 a: The frequency of food group consumption using data from the food propensity questionnaire in the women population. b: The frequency of food group consumption using data from the food propensity questionnaire in the men population.

European Food Safety Authority¹²¹

Food group consumption in an Italian population using the updated food classification system FoodEx2: Results from the Italian Nutrition & Health Survey (INHES) study¹²²



איטליה מפעילה מספר כלים רגולטוריים העוסקים בסוגיית ההשמנה.

- **מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע:** תוויות ערך תזונתי - ב-2020 איטליה הודיעה על כוונתה לעודד השמה וולונטרית של תוויות מידע ערך תזונתי על גבי חזית המוצר בסימון בטרייה המעידה על כמות האנרגיה והערכים התזונתיים במוצר למול הצריכה היומית המומלצת. נכון למאי 2020 הרעיון טרם יושם¹²³.

- **הגבלות פרסום ועידוד צריכה:** רגולציה עצמית לחברות מזון נקבעה

ב-2015 ע"י משרד הבריאות האיטלקי כחלק מתוכנית ה-GiH אשר תפורט בהמשך. במסגרת הרגולציה נקבעו הגבלות על פרסומות למוצרי מזון ומשקאות המיועדים לילדים או עלולים להיות נצרכים על ידם. במסגרת ההגבלות נקבע כי הפרסומות צריכות להיות מדויקות ולא מטעות עבור ילדים, להימנע משידור מסר המפקפק באיכות ההורים בשל אי אחזקה של המוצר, וככלל לקדם צריכה מאוזנת של המוצר ותמיכה באורח חיים בריא. לתוכנית זו אין אכיפה ממשלתית, אך כל בעל עניין יכול לדווח למכון לרגולציה עצמית בפרסום (IAP) האמון על הסטנדרטים הרגולטוריים של הפרסומות.

- **שינוי ערך תזונתי במוצרים:** תכנית התנדבותית לצמצום כמות המלח במזון - ב-2008 נחתם הסכם בין משרד הבריאות לבין ארבע אגודות אפיה לצמצום כמות המלח במוצרים ב-15%-10% תוך שנתיים¹²⁴. נציין כי עם ההכרה בהשמנה כמחלה כרונית, עלתה הצעת חוק הנוגעת ליצירת תוכנית רחבה להתמודדות עם המחלה הכוללת רגולציה, למשל על פרסום, ותוכניות מדיניות ומחוזיות אחרות¹²⁶. לא נמצא מידע עדכני באנגלית באשר לסטטוס ההצעה.

תוכניות לאומיות והשפעתן

ברקע הדברים חשוב להבין כי בכל הנוגע לקביעת מדיניות באיטליה, השלטון המרכזי הוא שקובע את כיוון המדיניות המרכזי, אולם המחוזות אחראים על גיבוש המדיניות האזורית תוך התאמה לארגון ושירותי הבריאות האזוריים¹²⁷. ישנם פערים משמעותיים בין איכות שירותי הבריאות במחוזות השונים וכן, ברמת בעיית ההשמנה בהתאמה, המובילים להבנה כי יש לנקוט בתוכניות מניעת השמנת מחוזיות בין השנים 2020-2025¹²⁸.

¹²⁹ **"Gaining in health" (GiH):** התוכנית החלה ב-2007 במטרה לעודד אנשים לקיים אורח חיים בריא שיוביל להורדת הסיכוי לחלות

במחלות כרוניות. במקור, התוכנית יועדה לטיפול בבעיית ההשמנה, אך בפועל הורחבה לכל הבעיות ההתנהגותיות המובילות למחלות כרוניות. מתוך ארבעת מטרות התוכנית, שתיים הן מיגור דיאטה שאינה בריאה המאופיינת בצריכה נמוכה של ירקות ופירות, ומיגור של אי ביצוע פעילות גופנית מספקת. התוכנית הובלה ע"י הממשלה האיטלקית ובעיקר על ידי משרד הבריאות בשיתוף משרד החינוך, החקלאות ונוספים, וכן ברשויות המקומיות, אשר כפי שצוין לעיל הן משמעותיות ביותר במבנה מערכת הבריאות האיטלקית וגופים שאינם ממשלתיים.

התוכנית כללה מרכיבים חינוכיים ותוכניים לצורך העלאת המודעות להתנהלות בריאה בקרב הציבור הרחב; פעילויות רגולטוריות חוצות מגזרים; והקצאת משאבים לתמיכה בהשמת הפעילויות ברמה המקומית. פעולות בתחום העלאת המודעות היו הפצת עלוני וחברות מידע בקרב האוכלוסייה האיטלקית בחלוקה לתתי-אוכלוסיות. כמו כן, התבצעו מספר קמפיילים מסיביים במדיה לקידום אורח חיים בריא במגוון נושאים בטלוויזיה, רדיו ועיתונות. בנוסף, התקיימה תוכנית בשיתוף עם בתי ספר ברמה המקומית ורשויות הבריאות המקומיות.

¹²³ the use of additional forms of expression and presentation of the nutrition declaration, European commission

¹²⁴ Improve nutritional quality of the whole food supply - World Cancer Research Fund International

¹²⁵ ראה סעיף "התחום הרפואי".

¹²⁶ Document presented in the Italian parliament

¹²⁷ Euro Health - Addressing Obesity in Europe

¹²⁸ Tackling The Obesity Challenge In Italy, Eurohealth

¹²⁹ Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Italy Key Facts, OECD

The EU school fruit, vegetables and milk scheme: התוכנית הותנעה מחדש עבור השנים 2017-2023. הציפייה הייתה כי תוכנית זו תעלה בכעשרה אחוזים בממוצע את מספר הילדים הצורכים פירות וירקות במהלך השבוע, ועד כ-15% עליה בצריכת החלב, וכן תתרום להעלאת המודעות לחשיבותם בדיאטה באמצעות הכנסת תכנים המעודדים צריכת מזון בריא לתוכנית הלימודים, בחלוקה לפירות וירקות ולחלב. התוכנית פורטת את התכנים הרלוונטיים, כולל שיעורים בנושא, שיעורי בישול בריא, סדנאות, ביקור בחוות ועוד. כמו כן, התלמידים מקבלים מוצרי חלב ופירות וירקות על בסיס תלת שבועי וללא עלות מצידם במשך ארבעה עד 12 שבועות¹³⁰. התוכנית ממומנת ע"י האיחוד האירופאי ובאחריות משרדי החקלאות, הבריאות והחינוך. נכון לשנת 2019 השתתפו בתוכנית כ-1,200,000 תלמידי בית ספר יסודי מתוך כ-2,700,000 המתוכננים¹³¹.

תוכניות התערבות רפואית תרופתית וכירורגית

כאמור, החל מ-2019 איטליה מכירה בהשמנה כמחלה כרונית. נכון לזמן כתיבת מחקר זה, לא ברור כיצד נתון זה משפיע בפרקטיקה על אופני ההתמודדות עם השמנה.

הטיפול תרופתי בהשמנת יתר נעשה באמצעות תרופת Orlistat והוא זמין למטופלים במדד BMI-30 ומעלה, אשר לא הצליחו לרדת במשקל באופן מספק באמצעים אחרים ובהנחה שהתרופות הביאו לירידה של לפחות 5% ממשקל המטופל תוך שלושה חודשים. הביטוח הרפואי אינו מכסה את התרופה, ועל כן המטופל משלם עליה מחיר מלא. בתחום ההתערבות הכירורגית, מוצע ניתוח בריאטרי לבגירים עם מעל ל-40 במדד ה-BMI, או מעל 35 עם מחלות נלוות כאשר מאמצים קודמים לירידה במשקל כשלו. בהתקיים תנאים אלו ובטווח הגילאים שבין 18-60, ניתן לקבל החזר כספי מביטוח הבריאות.

3. ספרד



רקע ונתונים כלכליים

קיימים נתונים סותרים בכל הקשור לשיעור עודף המשקל במבוגרים בספרד, כאשר חלק ממקורות המידע מתארים כי **שיעורם נמוך מעט מממוצע ה-OECD וחלק מתארים כי השיעור גבוה בהרבה** ועובר את ה-60%^{136,137}, בכל מקרה, קיימת הסכמה כי אחוז הסובלים מהשמנה בספרד בקרב מבוגרים גבוה יותר מהממוצע ב-OECD (13553%)¹³⁸, עם אחד מכל שישה בגירים שסובלים מהשמנה¹³⁸. **בקרוב ילדים, ספרד היא אחת מהמדינות השמנות ביותר עם ילד אחד מתוך שלושה ילדים בגילאי 13-14 הסובל מעודף משקל ונתון זה מעיד על מגמת החמרה מדאיגה. הפערים הסוציו-אקונומיים מהווים גורם משפיע ביותר על השמנה בקרב נשים ספרדיות. נשים עם חינוך ירוד הן בעלות סיכוי של פי 3.5 להיות בעודף משקל מנשים בעלות השכלה. עבור גברים הפערים נמוכים יותר¹³⁹. כל האמור לעיל מוביל לכך שאזרח ספרדי חי בממוצע 2.6 שנים פחות בשל עודף משקל. נציין כי במדינה ישנם ארבעה רופאים לכל אלף איש¹⁴⁰.**

¹³⁵Overweight or obese population, OECD

¹³⁶Our World in Data - Obesity

¹³⁷Nutrition, Physical Activity and Obesity, Spain WHO country profile

¹³⁸The Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention - Spain, OECD

¹³⁹Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat - Spain Key Facts, OECD

¹⁴⁰Doctors, OECD

מחקר שנערך על ידי בית החולים "Mar de Barcelona" בספרד, ופורסם ב"Spanish Cardiology Magazine" קבע כי עד שנת 2030 **80% מהגברים וכ-55% מהנשים בספרד ייטבלו מעודף משקל**, דבר היוביל לתוספת של **כשלושה מיליארד אירו בכל שנה להוצאות הישירות של מערכת הבריאות הספרדית**¹⁴¹. בנוסף, לפי דוח ה-OECD על השמנה בספרד¹⁴², ספרד נמצאת בשליש העליון של המדינות המשקיעות במניעת השמנה בכל ה-OECD, ולפי הדוח כ-9.7% מההוצאות הבריאות הממשלתיות בספרד מושקעות באופן ישיר בהשמנה. בנוסף, לפי הדוח המשק הספרדי מאבד תוצר השקול לאובדן של כ-479 אלף עובדים עקב השמנה, לחילופין ניתן לומר שספרד מאבדת כ-2.9% מהתמ"ג שלה מדי שנה בעקבות מחלת ההשמנה ושכל אזרח ספרדי משלם "מס השמנה" בגובה 265 אירו מדי שנה. על אף האמור, **ספרד אינה מכירה בהשמנה כמחלה בפני עצמה**.

רגולציה

ספרד מפעילה מספר כלים רגולטוריים העוסקים בסוגיית ההשמנה.

מיסוי: ספרד החלה במיסוי על סוכר באזור קטולניה במרץ 2017. ממחקר שנערך בסוף 2019 ע"י ה-BMC עולה כי לאחר שנה, רכישת משקאות ממותקים ירדה ב-39% בקרב הקבוצה הנבדקת, תושבי ברצלונה בה היה מיסוי, לעומת תושבי מדריד בה לא היה מיסוי, ובהתאמה לא חל כל שינוי. הסיבות המרכזיות לשינוי, כפי שעלה במחקר, היא עליית המחיר וכן העלאת המודעות. עולה כי המס על סוכר אכן הוביל לירידה בצריכת המשקאות הממותקים עליהם יש מיסוי¹⁴³.

שיטת ה-Nutri-Score מחשבת את ערכו התזונתי הכולל של



מוצר על בסיס אלגוריתם המגדיר ערכים שונים ומסמנת את ערכו בטווח של 1-5 לפי צבעים, כאשר ירוק כהה הוא בעל ערך תזונתי גבוה ביותר ואדום הוא בעל ערך תזונתי נמוך ביותר.

מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע: במחקר שנעשה בספרד ב-2010 עלה קשר ישיר בין הימצאות סימון הערך התזונתי של מזון לבין רכישת מזון בריא יותר¹⁴⁴. בתחילת 2021 תכנס לתוקף בספרד שיטת ה-Nutri-Score scheme לסימון מוצרים. השימוש בתווית הוא וולונטרי ואינו מנדטורי, בהתאם לחוק האירופאי¹⁴⁵.

הגבלות פרסום ועידוד צריכה: החוק לביטחון במזון ותזונה שנכנס לתוקף ב-2011 מגדיר בתי ספר כאזור מוגן, בו אין לפרסם, לשווק או לקדם מזון, אלא אם הקמפיין עומד בקריטריונים המוגדרים ע"י רשויות החינוך והבריאות ומאושר על ידן¹⁴⁶. בנוסף, ישנן הגבלות על פרסום מוצרי מזון. ב-2005 נקבע קוד PAOS לרגולציה עצמית על פרסום מזון המיועד לצעירים. הקוד מכסה כ-95% מהמזון והשתייה המיועדים לילדים. ב-2009 שדרניות הטלוויזיה הסכימו וולונטרית להימנע מפרסום שלא עומד בסטנדרט הרגולציה שנקבע ב-2005. ב-2011 נחקק כי פרסום מזון המכון לילדים מתחת לגיל 51 חייב להתאים לחוקי הרגולציה העצמית¹⁴⁷.

מחקר שהתפרסם ב-2012 מצביע על אי יעילותו של הקוד לרגולציה עצמית בספרד – מרבית הפרסומים אינם עומדים בהלימה לסטנדרטים המוגדרים בו. **רגולציה עצמית לא הוכחה כיעילה לשליטה בחשיפה של ילדים לפרסום מזון ושתיה מתוקה בספרד**. המחקר מציע מעבר לשיטות נוקשות יותר, כגון מהלכים חקיקתיים בדומה למתבצע במדינות כמו שוודיה, נורבגיה ואיסלנד, אשר יעילותן הוכחה את עצמה במחקרים שונים¹⁴⁸. ביוני האחרון, השר הספרדי לענייני צרכנות הצהיר כי מתקיימים תהליכים ליעול איסור הפרסום, תוך העלאת גיל האיסור ואף נשקלת קביעת רגולציה במידה והסכם וולונטרי מול המפרסמות לא יצלח¹⁴⁹.

80% of men and 55% of women in Spain will be overweight by 2030: study, El pais¹⁴¹
the Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention - Spain, OECD¹⁴²

Impact of an excise tax on the consumption of sugar-sweetened beverages in young people living in poorer neighbourhoods of Catalonia, Spain: a difference in differences study, BMC¹⁴³

The Role of Communication in Public Health Policies, OECD¹⁴⁴

the use of additional forms of expression and presentation of the nutrition declaration, European commission; Ministry of Consumer Affairs to launch the Nutri-score food labelling system in first four months of 2021, La Moncola¹⁴⁵

The heavy burden of obesity, OECD¹⁴⁶

Nutrition, Physical Activity and Obesity - Spain, WHO¹⁴⁷

משרד הבריאות הספרדי יצא בתוכנית מקיפה למניעת השמנה ועודף משקל בבתי הספר ובקהילה עוד בשנת 2005¹⁵⁰. מאז, יצאו מספר תוכניות נוספות המרחיבות תוכנית זו.

The collaboration plan for the improvement of food and beverage composition and other

measures, 2020: ב-2017 סוכמה יוזמה בין 'הסוכנות הספרדית למזון בטוח ותזונה' לבין מספר התאחדויות בתחום המזון המאחדות כ-400 חברות אשר מטרותה לצמצם את כמות הסוכר המוסף, המלח והשומן הרווי בתהליכי הייצור תוך פיקוח על ביצוע של הנ"ל, במטרה להעלות את האפשרויות הבריאות לצרכנים. החברות בהסכם עתידות לשנות את פורמולות המזון עד סוף 2020, כאשר נכון ל-2018 נחתמו 20 הסכמים¹⁵¹.

עידוד אימון גופני: תוכנית לאומית לעידוד העיסוק באימון גופני, וכן חובת חינוך גופני בבתי הספר היסודיים וחיטובת הביניים¹⁵².

The EU school fruit, vegetables and milk scheme: ספרד לוקחת אף היא חלק בתוכנית הממומנת ומובלת ע"י האיחוד האירופאי בין השנים 2017-2023¹⁵³. נכון ל-2019, הפצת המזון בספרד מתבצעת פעם או פעמיים בשבוע, כתלות במחוזות השונים, לתקופה של בין 12 ל-24 שבועות. מתוך כ-8.7 מיליון תלמידים פוטנציאליים בגנים, בתי הספר היסודיים והתיכוניים, בתוכנית משתתפים פחות ממיליון תלמידים¹⁵⁴. הביקורת על התוכנית הקודמת שהתקיימה בין השנים 2009-2017 הייתה כי הנגישות לפירות וירקות אמנם מעודדת צריכה שלהם בקרב ילדים, אך הכמות נמוכה ביחס לנדרש, ובייחוד לאור העובדה כי ישנם תלמידים אשר צריכת ירקות ופירות בבית הספר היא הצריכה היחידה עבורם¹⁵⁵. כמות ותדירות אספקת הפירות והירקות נמוכה יחסית גם בתוכנית החדשה.

תוכניות התערבות רפואית תרופתית וכירורגית

ספרד אינה מכירה בהשמנה כמחלה. מבחינת טיפול תרופתי, התרופה Orlistat זמינה בספרד ללא צורך במרשם רפואי, והתרופה Xenical זמינה עם מרשם רפואי אך לא ממומנת ע"י הממשלה. בהיבט של התערבות כירורגית, ניתוח בריאטרי מומלץ רק למי שבמדד של 40, או מעל 35 עם מחלות נוספות. כמו כן, במצבי קיצון ולאחר ניסיון לשיפור באמצעות פעילות גופנית ודיאטה – יישקל שימוש בטיפול תרופתי וניתוח קיצור קיבה אצל מתבגרים¹⁵⁶.

¹⁴⁸ Evaluation of compliance with the Spanish Code of self-regulation of food and drinks advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012

¹⁴⁹ Evaluation of compliance with the Spanish Code of self-regulation of food and drinks advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012

¹⁵⁰ Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity - NAOS

¹⁵¹ The heavy burden of obesity, OECD; Collaboration PLAN for the improvement Collaboration PLAN for the improvement beverages and other measures, 2020

¹⁵² Nutrition, Physical Activity and Obesity - Spain, WHO

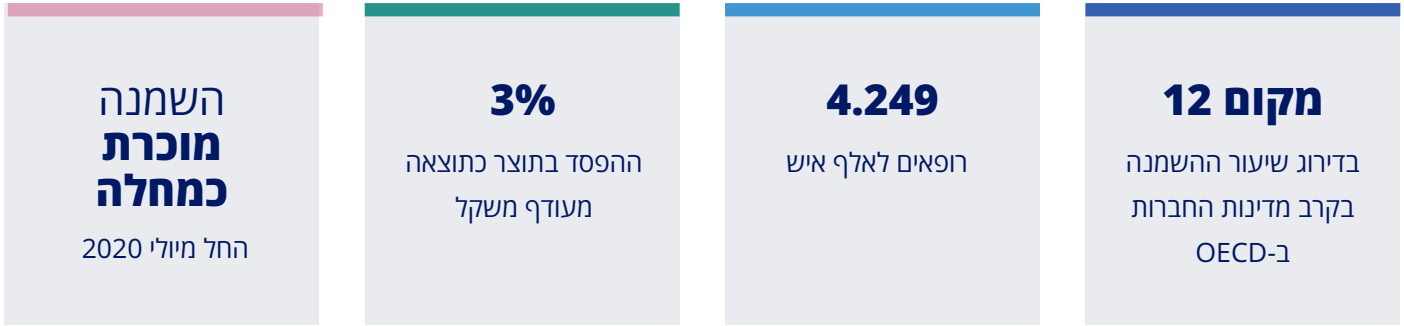
Spain: national strategy for school scheme, European commission; Spain will receive 11.5 million euros in EU funding for the School Fruit and Vegetable Scheme

¹⁵³ 2015/2016, La Moncloa

¹⁵⁴ The EU school fruit, vegetables and milk scheme - Annual monitoring report - Spain

¹⁵⁵ Implementation of the European School Fruit and Vegetables Scheme in Spain (2009-2017)

¹⁵⁶ Obesity Perception and policy - Multi-country review and survey of policymakers 2014, EASO



רקע ונתונים כלכליים

גרמניה היא המדינה האירופית השנייה (אחרי בריטניה) מבחינת שיעור השמנת היתר החולנית באוכלוסייה, כאשר כ-23% מהאוכלוסייה הבוגרת סובלים מהשמנת יתר. כמו כן, שיעורי עודף המשקל בגרמניה גבוהים מאוד גם הם, כאשר **שני שלישים מהגברים הבוגרים וכמחצית מהנשים הבוגרות סובלים וסובלות מעודף משקל**¹⁵⁷. תופעת ההשמנה החריפה בגרמניה בעשרים השנים האחרונות וטיפסה אל מעבר לממוצע ה-OECD, **ובמיוחד בקרב גברים צעירים**¹⁵⁸. כמו כן, ניתן להצביע על קשר ישיר בין רמה סוציו-אקונומית נמוכה לבין הסבירות לסבול מהשמנה, ובמיוחד בקרב נשים במעמדות השונים¹⁵⁹. לפי דוח ה-OECD על השמנה בגרמניה¹⁶⁰, הגרמנים חיים 2.6 שנים פחות בממוצע עקב השמנה ועודף משקל.

גרמניה היא אחת מהמדינות המשקיעות הכי הרבה כסף על השמנה בכל ה-OECD (רק ארבע מדינות משקיעות יותר כסף מגרמניה, אחת מהן היא הולנד), ולפי הדוח כ-10.7% מהוצאות הבריאות הממשלתיות בגרמניה מושקעות באופן ישיר בעודף משקל והשמנת יתר. בנוסף, **לפי הדוח המשק הגרמני מאבד תוצר השקול לאובדן של כמיליון עובדים עקב השמנת יתר ועודף משקל**, לחילופין ניתן לומר שגרמניה מאבדת כ-3% מהתמ"ג שלה מדי שנה בעקבות מחלת ההשמנה ושכל אזרח גרמני משלם "מס השמנה" בגובה 431 אירו מדי שנה.

ביולי 2020 גרמניה הכירה לראשונה בהשמנה כמחלה. בהובלת יוזמת ארגון BAG הגרמני, הפרלמנט בגרמניה אישר תוכנית להתמודדות עם סכרת, במסגרתה הוצהר כי השמנה היא אחד הגורמים המשמעותיים לסכרת וכן הכיר בה כמחלה בפני עצמה, מתוך ההבנה כי אנשים חיים עם השמנה זקוקים לטיפול משמעותי יותר מייעוץ לאורח חיים בריא¹⁶¹.

לאור הממצאים במחקר זה, עולה כי זהו שינוי גישה משמעותי עבור ממשלת גרמניה, אשר עד כה תפסה את ההשמנה כהתנהגותית, דבר אשר התבטא בתוכניות המניעה השונות שמתוארות בהמשך פרק זה אשר עסקו בשינוי אורח החיים בלבד, והימנעות מרגולציה בנושא. עם ההכרה בהשמנה כמחלה, ייתכן שבעתיד הקרוב ינקטו פעולות מסוג אחר.

¹⁵⁷Overweight and Obesity, Koch Institut

¹⁵⁸Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth

¹⁵⁹Obesity Perception and policy - Multi-country review and survey of policymakers 2014, EASO

¹⁶⁰The Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention - Germany, OECD

¹⁶¹Obesity In Germany - EASO

הבחנה בין מהגרים למקומיים

כמעט 20% מהאוכלוסייה בגרמניה הם מהגרים או צאצאיהם של מהגרים, כאשר מחצית מהמחזיקים באזרחות נוספת הינם ממוצא מזרח תיכוני. מהשוואה שנערכה ב-2013 עולה כי לא קיים הבדל משמעותי בשיעור ההשמנה בקרב גברים מהגרים ושאנים מהגרים. עם זאת, ניכר הבדל בקרב נשים קשישות שהן מהגרות או בנות מהגרים לאלו שלא. תוצאות אלו לא הותאמו לרמה הסוציו-אקונומית של הנבחנים, ולא לארץ המקור, המהווים שניהם משפיעים משמעותיים¹⁶².

ממחקרים עולה כי ישנו קשר בין רמה סוציו-אקונומית נמוכה אצל ילדים, מהגרים או ילדי מהגרים, לבין מחסור בפעילות גופנית, כאשר קשר זה מושפע מגיל – ככל שהילד מבוגר יותר, כך הוא עוסק יותר בפעילות גופנית. במתבגרים, לא הוכח קשר לגיל, אלא לרמה סוציו-אקונומית נמוכה¹⁶³. ממחקר אחר עלה כי סיכויי של ילד אשר שני הוריו בעלי רקע הגירתי לסבול מהשמנה או משקל יתר גבוהים יותר בהשוואה למי שרק אחד מהוריו בעל רקע הגירתי או מי שאינו בעל רקע הגירתי כלל, כששני זה מוסבר בקיומם של פערים סוציו-אקונומיים¹⁶⁴. בקרב נשים הרות, עודף משקל והשמנה נפוצים יותר אצל נשים מהגרות מאשר ילידות¹⁶⁵.

רגולציה

הגבלות פרסום ועידוד צריכה: במסגרת תוכנית "In Form", אשר תתואר בהמשך פרק זה, התקיימו שיחות בין נציגי תעשיית המזון לממשלה במטרה למנוע פרסום של מוצרי מזון המיועד לילדים מתחת מגיל 12 באופן וולונטרי בלבד. חוקי הפרסום בגרמניה אוסרים ככלל על פרסום המיועד ישירות לילדים על מנת לעודד אותם לצרוך באופן ישיר ו/או נרחב, לחיות אורך חיים שאינו בריא, לפגוע בביטחונם העצמי וכדומה¹⁶⁶.

תוכניות לאומיות והשפעתן

גרמניה נתפסת כמדינה שנוקטת בגישה "רגועה" בנוגע לבעיית ההשמנה למול מדינות אירופה, זאת על אף הנתונים שהוצגו ברקע הדברים. לתפיסת מומחים בתחום נכון ל-2016, המדיניות של גרמניה בתחום אינה אפקטיבית מספיק בתפיסתה, עד לאחרונה, את ההשמנה כבעיה הנובעת מאורח חיים שגוי, ולא כמחלה. נכון ל-2016 לא קיימת תוכנית להתמודדות עם השמנה ברמה הלאומית, אלא רק במחוזות ובאופן מקומי, דבר המוביל לכך שהתוכניות משתנות בין מחוזות והשפעתן הייתה נמוכה. במשך שנים רבות השמנה לא הייתה בסדר העדיפויות הרפואי בגרמניה, גם לא כאשר נחקק חוק מניעה ב-2016 אשר יועד להתמודד עם מחלות מניעתיות.

In Form: תוכנית ממשלתית המובלת ע"י משרד המזון, החקלאות והגנת הצרכן ומשרד הבריאות הגרמניים משנת 2008, במטרה לקדם אורח חיים בריא הכולל פעילות גופנית וצריכת מזון בריא ולהביא לשיפור עד שנת 2020, באמצעות מתן דוגמה אישית ע"י הממשלה, העלאת מודעות וקידום של דיאטה בריאה, פעילות גופנית ובריאות, לשפר את איכות המזון מחוץ לבית ולקדם מחקר עדכני. במסגרת התוכנית נכתבו חוברות הסברה וממשקים אינטרנטיים. התוכנית אוזרת בתפיסה של העלאת המודעות של הצרכנים וניסיון להשפיע על חופש הבחירה, זאת על פני שימוש ברגולציה המונחת מלמעלה. כמו כן, דגש ניתן על תזונה נכונה ופעילות גופנית ללא התייחסות למשקל. תפיסה זו מובילה לביקורת רבה כלפי התוכנית, אשר אינה מתמודדת עם הגורמים החברתיים והפוליטיים להשמנה, ובהשפעתה של תעשיית המזון.

(PEB Platform Diet and Physical Activity): תוכנית שהחלה ב-2004 במטרה לעצור את התרחבות בעיית עודף משקל והשמנת יתר בקרב ילדים ומתבגרים ולהחזיר את פרופורציות ההשמנה למצב בו היו ב-1990 עד שנת 2020. התוכנית פועלת בשני מישורים – תזונה ופעילות גופנית כשנקודת מוצא היא שדיאטה נכונה ופעילות גופנית הם הכרחיים לקיום אורח חיים בריא באופן שמשפיע באופן ישיר על החברה והפרטים, ומנגד הן עניין פרטי ואישי שלא ניתן לאכוף אותו בחוק, ועל כן עליו להיפתר ביצירת אינטראקציה קרובה

The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe, WHO¹⁶²

Confronting Obesity in Germany - Creating A More Comprehensive Approach, The Economist¹⁶³

Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth; IN FORM German national initiative to promote healthy diets and physical activity¹⁶⁴

IN FORM German national initiative to promote healthy diets and physical activity¹⁶⁵

Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth; National Cycling Plan 2020. Joining forces to evolve cycling¹⁶⁶

Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth; IN FORM German national initiative to promote healthy diets and physical activity¹⁶⁷

The role of public health organizations in addressing public health problems in Europe, WHO¹⁶⁸

Confronting Obesity in Germany - Creating A More Comprehensive Approach, The Economist¹⁶⁹

בין המדינה לחברה האזרחית. הפלטפורמה מנטרת ומייצרת מסמכים ותקשורת המסייעת לחברה האזרחית במניעת מגמת העלייה בעודף המשקל למול ילדים במשך שנות התפתחותם באמצעות פעילות בבתי הספר, מול ההורים, באמצעות יוזמות מקומיות ועוד¹⁷⁰.

The National Cycling Plan 2020: תוכנית לקידום רכיבה על אופניים, הליכה ושימוש בתחבורה ציבורית¹⁷¹.

Feeling Good: תוכנית המובלת על ידי המרכז לחינוך לבריאות ומיועדת לקידום פעילות גופנית וצריכת מזון בריא של ילדים בגילאי 12-18 באמצעות שותפות עם מוסדות רלוונטיים, כגון בתי ספר, מרכזי פנאי, אכסניות נוער וכד'¹⁷².

Good for Me: תוכנית המיועדת לשיפור הבריאות ומכוונת לילדים בגילאי 11-13¹⁷³.

The EU school fruit, vegetables and milk scheme: בגרמניה משתתפים בתוכנית כ-2.5 מיליון תלמידי בית ספר יסודי, תיכון וגנים, מתוך קבוצת יעד של כחמישה מיליון תלמידים. כמו כן, בגרמניה מתקיימים שיעורים ותהליכים חינוכיים בנושא ופעילויות העלאת המודעות במעורבות משרד החקלאות, הבריאות והתזונה, והחינוך¹⁷⁴.

רגולציה

כאמור, ביולי האחרון גרמניה החלה להכיר בהשמנה כמחלה. נכון לכתובת מחקר זה, לא ברור כיצד הכרה זו משפיעה בפועל על אופני ההתמודדות עם המחלה.

במישור הטיפול התרופתי בהשמנת יתר, תרופות זמינות לחולים במדד של 30 ב-BMI לפחות, אשר לא הצליחו לרדת במשקל באופן מספק באמצעים אחרים ובהנחה שהתרופות הביאו לירידה של לפחות 2 ק"ג בארבעת השבועות הראשונים. במישור ההתערבות הכירורגית, ההנחיות הקליניות בגרמניה ממליצות על ניתוח בריאטרי¹⁷⁵ לחולים עם מעל 40 במדד BMI, או מעל 35 עם מחלות נלוות. בהינתן עמידה בקריטריונים מוגדרים, כגון פעילות גופנית שבועית ודיאטה דלת קלוריות, הניתוח מכוסה בעיקרו בביטוח הבריאות¹⁷⁶. עולה כי על מנת לעשות שימוש בביטוח הבריאות שלהם לטובת ניתוח בריאטרי, המטופלים צריכים להתעקש על כך למול חברת ביטוח הבריאות, והדבר לא ניתן בקלות¹⁷⁷. העובדה כי עד יולי האחרון ההשמנה לא הוכרה כמחלה אלא כבעיה התנהגותית הובילה לכך שחברות הביטוח הרפואי לא אחראיות לטיפול בהשמנה. החוק הגרמני לא מאפשר החזר כספי במסגרת ביטוחי הבריאות בגין טיפול רפואי בהשמנה באופן רגיל, דבר שיוצר סל כלים מסובסד מצומצם להתמודדות בהשמנה, ואפשרויות הטיפול של האזרח הגרמני צרות יותר באופן משמעותי מאלו של אזרחי בריטניה, צרפת או שווייץ¹⁷⁸.

¹⁷⁰IN FORM German national initiative to promote healthy diets and physical activity

¹⁷¹Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth; National Cycling Plan 2020. Joining forces to evolve cycling

¹⁷²Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth; IN FORM German national initiative to promote healthy diets and physical activity

¹⁷³Obesity – an Increasing Public Health Problem In Germany, EuroHealth

¹⁷⁴The EU school fruit, vegetables and milk scheme - Germany, European Commission

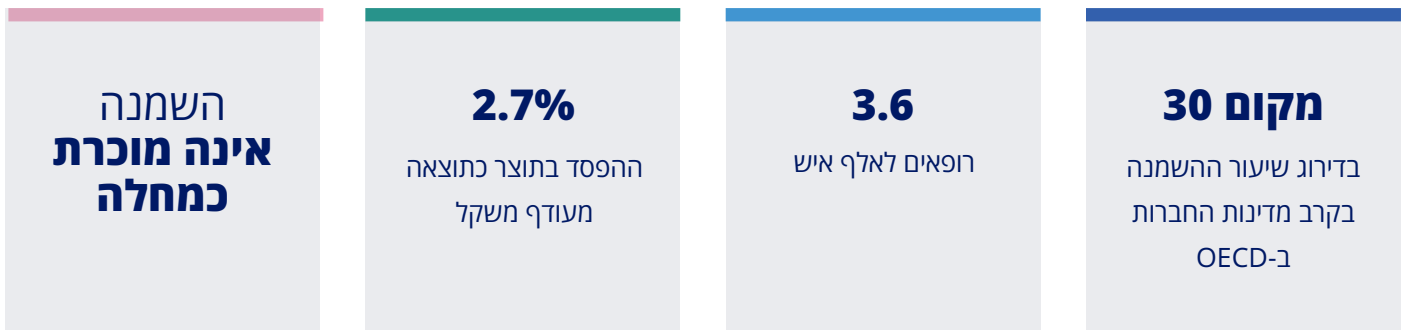
¹⁷⁵ניתוח קיצור קיבה.

¹⁷⁶Obesity Perception and policy - Multi-country review and survey of policymakers 2014, EASO

¹⁷⁷Confronting Obesity in Germany - Creating A More Comprehensive Approach, The Economist

¹⁷⁷Confronting Obesity in Germany - Creating A More Comprehensive Approach, The Economist

¹⁷⁸Confronting Obesity in Germany - Creating A More Comprehensive Approach, The Economist



רקע ונתונים כלכליים

שיעור ההשמנה בהולנד יחסית נמוך ועומד על כ-13.6% מהאוכלוסייה הבוגרת וכ-12.5 מבני ה-15 – נתונים אלו נמוכים משמעותית מממוצע ה-OECD. עם זאת, כמעט ממחצית הבגרים והבגירות במדינה סובלים מעודף משקל¹⁷⁹. שיעור ההשמנה הנמוך יחסית בהולנד אינו ברור באופן מוחלט, אך יש המשייכים אותו להיבטים תרבותיים, חברתיים, כלכליים ואולי אף גנטיים של האוכלוסייה ההולנדית המקורית (שיעור ההשמנה של מהגרים לא מערביים במדינה כפולה מזו של ההולנדים המקוריים)¹⁸⁰. בנוסף, גם כאן להיבט הסוציו-אקונומי השפעה רבה, כאשר לגברים עם הכנסה נמוכה יש סיכון כמעט כפול לסבול מהשמנה ובקרב ילדים, אחד מכל שבעה סובל מהשמנה¹⁸¹. על אף שיעור ההשמנה הנמוך, חשוב לציין ששיעור זה הכפיל את עצמו בעשורים האחרונים, בדומה למגמה שמתרחשת בשאר המדינות המערביות. עולה כי "אורח החיים הבריאי" בהולנד, נכון ל-2013, עומד מתחת לרף המוצע ע"י ארגון הבריאות העולמי. ההולנדים צורכים פחות פירות וירקות מהמומלץ, ויותר מלח מהמומלץ¹⁸².

לפי דוח "The Heavy Burden of Obesity" שפורסם בשנת 2019 על ידי ה-OECD¹⁸³, הולנד היא המדינה האירופית שמוציאה הכי הרבה כסף מדי שנה על מדיניות וטיפול הקשורים בהשמנה, כאשר הוצאותיה על תחום זה עומדות על כ-12% מהוצאות הבריאות הממשלתיות, וכ-362 דולר לאדם בשנה¹⁸⁴. ייתכן שיש קשר בין ממדי ההוצאה לבין שיעור ההשמנה הנמוך, אך זה לא הוכח. כמו כן, נדגיש כי ההשמנה אינה מוגדרת כמחלה בהולנד.

הבחנה בין מהגרים למקומיים

המשוואה שנערכה בין המיעוט הפקיסטני באמסטרדם לאוכלוסייה המקומית עלה כי אחוזי הסובלים הן ממשקל יתר והן מהשמנה גבוה בכ-7.5 אחוזים בקרב הציבור הפקיסטני. האחרונים הינם בעלי סיכוי הגבוה בכ-4% לחלות בסוכרת. נציין כי האוכלוסייה המקומית צורכת יותר ירקות ופירות, והאוכלוסייה הפקיסטנית צורכת יותר מיצי פירות¹⁸⁵. בקרב ילדי מהגרים ממרקו, הסיכון לסבול מהשמנה גבוה בכ-3.5% מאשר באוכלוסייה ההולנדית. הפערים נובעים מהשמנה של האם קודם להיריון, פערים תרבותיים, וצפייה מרובה בטלוויזיה¹⁸⁶.

ממחקר נוסף עלה כי נשים מהגרות מטורקיה ומרוקו סובלות מהשמנה בלמעלה מ-35% מאשר נשים הולנדיות. בקרב גברים מאותו מוצא ההבדלים משמעותיים פחות ביחס לאוכלוסייה המקומית ממוצא הולנדי. הממצאים מקושרים לרמת החינוך והתעסוקה של המהגרים לעומת ההולנדים¹⁸⁷. בדור השני למהגרים לא ניכר פער משמעותי לעומת המקומיים בכל הנוגע להשמנה, כאשר הסיכון לסבול מהשמנה בקרב

Nutrition, Physical Activity and Obesity - Netherlands, WHO⁷⁹

National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children and Adolescents, Karger¹⁸⁰

National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children Adolescents, Seidell J.C. & Jutka Halberstadt¹⁸¹

Nutrition, Physical Activity and Obesity - Netherlands, WHO⁸²

The heavy burden of obesity, OECD¹⁸³

The heavy burden of obesity, OECD¹⁸⁴

Comparison of general health status, myocardial infarction, obesity, diabetes, and fruit and vegetable intake between immigrant Pakistani population in the Netherlands and the local Amsterdam population¹⁸⁵

Obesity and physical activity in children of immigrants¹⁸⁶

Obesity and Body Fat Distribution: Ethnic Differences and the Role of Socio-Economic Status¹⁸⁷

הדור השני למהגרים כנראה מוסבר על ידי רמת חינוך ממוצעת נמוכה יותר עבור בני המהגרים¹⁸⁸. עוד עולה כי הורים מהגרים המשוכיים למצב סוציו-אקונומי נמוך מודעים פחות לעובדה שילדיהם חוצים את המשקל הרצוי, ונוטים להעריך משקל גבוה מהרצוי כמשקל רצוי, ובפרט אצל מהגרים ממרוקו ומטורקיה. לאבחון משמעות רבה במודעות ובטיפול¹⁸⁹.

מאפייני תזונה

החל מ-2009 נצפתה בהולנד מגמה של עלייה בגודל המוצרים, אשר הובילה לצריכת מזון נרחבת יותר ולהרחבת בעיית ההשמנה. ב-2014 פורסם מחקר מקיף אודות הרגלי התזונה של האזרחים ההולנדים, המבוסס על השנתיים הראשונות ל-Dutch National Food Consumption Survey (2012-2016). להלן הממצאים המרכזיים:

- **צריכה וסוג המזון** – אזרח הולנדי צורך בממוצע כ-3 ק"ג של מזון ומשקאות ביום, כאשר 2 ק"ג מתוכם הם נוזלים. בין הגילאים 5-9 ילדים וגברים צורכים יותר מזון מילדות ונשים. בשאר טווחי הגיל ההבדלים אינם משמעותיים. ילדים צורכים יותר מוצרי חלב וירקות ושתיים פחות משקאות לעומת מבוגרים. מבחינת סוג המזון, ההולנדים אוכלים תפוחי אדמה כמחצית מהשבוע, פירות וירקות חמישה ושישה ימים בהתאמה, דגים יום אחד בממוצע ובשר שישה ימים בשבוע. ההולנדים כמעט ולא צורכים קטניות. בהשוואה לסקר הקודם שהתבצע בין השנים 2007-2010, ירדה הצריכה של תפוחי אדמה, שומן ושומנים, משקאות אלכוהוליים, מוצרי חלב, עוגות, ממתקים ומוצרי בשר. מנגד, צריכת משקאות שאינם אלכוהולים, תבלינים ורטבים עלתה. בקרב ילדים ומתבגרים, צריכת פירות עלתה.
- **מיקום וזמני צריכת המזון** – צריכת המזון מרוכזת בעיקרה בזמני הארוחות. בין הארוחות עולה צריכת עוגות וממתקים, משקאות אלכוהוליים ולא אלכוהוליים, חטיפים ופירות. מרבית הילדים בגילאי 8-1 אוכלים ארוחת בוקר וצהרים באופן קבוע. בקרב מבוגרים, כאחד מעשרה אינו אוכל ארוחות בוקר, ואחד מחמישה אינו אוכל ארוחת צהרים. זמני הארוחות אצל מרבית ההולנדים הינם ארוחת בוקר בין 7:00-9:00, ארוחת צהריים בין 12:00-13:00, וארוחת ערב בין 17:30-19:00. 80% מהמזון נצרך ע"י הולנדים בביתם. המזונות שנאכלים בחוץ הם עוגות ומתוקים, פירות ודגים. במסעדות נאכלים לרוב דגים ומשקאות אלכוהוליים. מתבגרים ומבוגרים אוכלים יותר מזון ושתייה בביה"ס ובעבודה לעומת זקנים בביתם.
- בנוסף, בקרב קבוצות האוכלוסייה המבוגרות נפוצה ביותר דיאטה לצמצום צריכת אנרגיה ושומן או דיאטה סוכרתית. אחת מכל חמש נשים מעל גיל 50 דיווחה כי היא מבצעת דיאטה מיוחדת. בקרב ילדים ונשים בוגרות לקיחת תוספי תזונה היא נפוצה מאד.

תרשים מסי' 10: צריכת מזון בהולנד לפי גיל, מגדר וסוג המזון

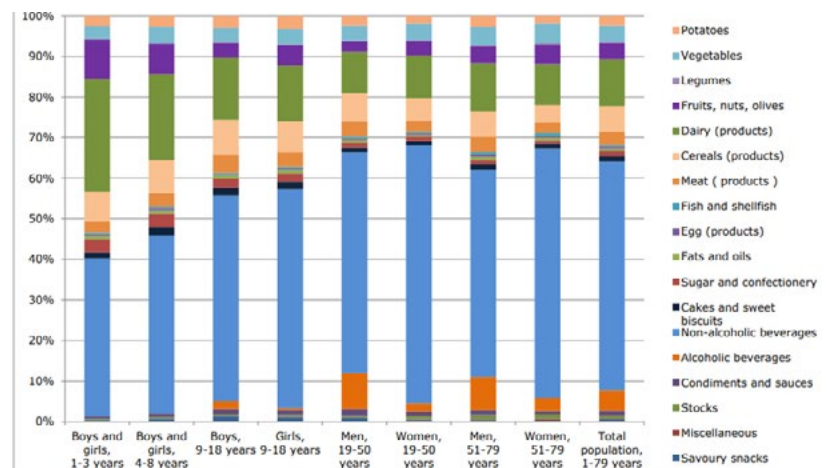


Figure 5.2 Consumption of food groups in percentages of the total consumption in g of the Dutch population stratified by age-gender groups (DNFCS 2012-2014; n = 2,237), weighted for socio-demographic characteristics, season and day of the week.

הולנד מפעילה מספר כלים רגולטוריים העוסקים בסוגיית ההשמנה.

מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע: בנובמבר 2019 הולנד הכריזה כי היא תחל בהשמת תוויות בשיטת Nutri-Score בחזית המוצרים, זאת לאחר בחינת החלופות האחרות¹⁹². נדגיש כי השמת התוויות היא וולונטרית, ואינה מחייבת את חברות המזון¹⁹³. מחקר שנערך ב-2018 העלה כי אוריינות בתחום המזון בקרב הולנדים מעלה את היכולת לבחור בחירות נכונות בתחום. משתתפים במחקר בעלי רמת אוריינות גבוהה במזון צרכו יותר פירות, ירקות ודגים בהשוואה למשתתפים בעלי רמת אוריינות נמוכה¹⁹⁴. דבר זה מדגיש את חשיבות העלאת המודעות.

הגבלות פרסום ועידוד צריכה: ב-2012 הפדרציה של תעשיות המזון קיבלה החלטה וולונטרית לפקח על הפרסום המיועד לילדים בגילאי 7-12 בקרב חבריה¹⁹⁵.

שינוי ערך תזונתי במוצרים: הגבלה בחוק על כמות מלח בלחם, והגבלה וולונטרית על קטגוריות מזון אחרות. בסוגי מזון מסוימים, נרשמה הפחתה בכמות המלח במוצר באופן התנדבותי, לדוגמה – 41% צמצום בכמות המלח בקטשופ. בתחומים אחרים, ההגבלה ההתנדבותית לא הובילה לצמצום בכמות המלח¹⁹⁶. צמצום וולונטרי בכמות הסוכר, המלח והשומן נחתם ב-2014 ע"י ארבעה ספקי מזון ומשרד הבריאות ההולנדי¹⁹⁷.

תוכניות לאומיות והשפעתן

The National Prevention Agreement: ב-2018 נקבע הסכם בין מספר ארגונים הנוגעים בדבר, כולל ארגוני בריאות ותאגידי מזון למול הממשלה, במטרה לצמצם את תופעת ההשמנה בקרב ילדים מ-13.5% ל-9.1% עד 2040, ובכך להחזיר את הנתונים לכפי שהיו בשנות ה-90. התוכנית פועלת במספר מישורים, על בסיס רגולציה עצמית ולא ממשלתית:

- **צריכת מזון בריא** – אספקת מזון בריא למבקרים במועדוני ספורט, במזנוני בתי ספר ובבתי החולים עד 2025.
- **הפחתת סוכר** – יצרני מזון יצמצמו את כמות המזון בסוכר באמצעות מתכונים חדשים או הקטנת גודל המנה.
- **העלאת המודעות** – פרסום מידע בנוגע להמלצות דיאטטיות בסופרמרקטים החל מ-2019 וקידום תוויות ערך תזונתי בחזית המוצר למזון ושתייה עד 2020.
- **תמיכה וסיוע לילדים עם עודף משקל** בכל הרשויות המקומיות עד 2030.
- **הוזלת עלויות מועדוני הספורט** למי שאינו מקיים פעילות גופנית מספקת.
- **הנגשת מי שתייה** במקומות ציבוריים.
- **הגבלת השימוש בפרסום דמויות על גבי אריזות מזון** המיועדות לילדים מתחת לגיל 13.

האפקטיביות של התוכנית מועמדת בסימן שאלה על ידי גורמים שונים בשל היותה תוכנית לרגולציה עצמית אשר לא נאכפת על ידי הממשלה¹⁹⁸.

Report From The Commission to The European Parliament and The Council, European Commission¹⁹²

Netherlands backs nutritional labelling: 'Nutri-Score is best to promote healthy choices', Food Navigator¹⁹³

Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: the development and validation of the self perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands¹⁹⁴

Nutrition, Physical Activity and Obesity - Netherlands, WHO¹⁹⁵

Salt Reductions in Some Foods in The Netherlands, Nutrients¹⁹⁶

Reductions in Some Foods in The Netherlands, Nutrients¹⁹⁷

National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children Adolescents, Seidell J.C. & Jutka Halberstadt Salt¹⁹⁸

The Amsterdam Healthy Weight: החל מ-2013 פועלת בעיר אמסטרדם תוכנית בגישה המערבת את כלל המערכות ('whole systems approach') למיגור תופעת ההשמנה בקרב ילדים. התוכנית הושקעה בכחמישה מיליון יורו והובלה ע"י צוות של כמאה איש מתחילתה. התוכנית פועלת ממספר חזיתות בפעילות כוללת של מגוון בעלי מקצועות שהוכשרו להתמודדות עם תופעת ההשמנה בילדים – עובדי מערכת הבריאות, הוראה, פוליטיקאים, רשויות מקומיות, בתי ספר, קהילות, ארגוני ספורט, ארגוני צדקה וכן במגזר העסקי. במסגרת התוכנית, מתבצעות מדידות תכופות של משקל וגובה בין הלידה לגיל ארבע. קבוצות באוכלוסייה עם מדדים גבוהים של השמנה מקבלות פעילויות מותאמות, כגון מתנדבים המגיעים לביתם והשתתפות חינוכית באימוני כושר, זאת בנוסף לפעילות המתבצעת בקרב כלל האוכלוסייה המקדמת אכילה בריאה, פעילות גופנית ושינה מספקת¹⁹⁹.

במסגרת התוכנית נקבעה רגולציה על פרסום של מזון מהיר שאינו בריא על מנת לצמצם חשיפה לילדים. התוכנית נחלה הצלחה משמעותית, עם ירידה באחוזי הסובלים מהשמנה בקרב ילדים בגילאי שנתיים עד שמונה שנים, מ-21% ב-2012 ל-18.7% ב-2017, ובאופן משמעותי בקרב ילדים עם רקע סוציו-אקונומי ממוצע. ההצלחה מיוחסת לעובדה שהתוכנית התבצעה ברמה המקומית באופן המערב את כל השחקנים הרלוונטיים²⁰⁰.

JOGG²⁰¹: תוכנית להתמודדות עם השמנה בקרב ילדים ברמה המקומית. התוכנית מרוכזת ברמה הלאומית ע"י קרן ה-JOGG, ובכל רשות ישנו רכז מטעם הקרן האמון על הפעילויות והשיח מול בעלי התפקידים. התוכנית מערבת גופים מקומיים וממשלתיים בתחום החינוך, הבריאות והתחבורה בשיתוף עם המגזר העסקי – חנויות מקומיות ועסקים בינוניים הקשורים לאספקת מזון. התוכנית עוסקת גם בפרסום המקדם צריכת מזון בריא. נכון למאי 2020, 144 רשויות ברחבי הולנד השתתפו בתוכנית והגיעו למעל למיליון ילדים.

The EU school fruit, vegetables and milk scheme: הולנד לוקחת חלק בתוכנית במטרה להעלות את הצריכה של פירות, ירקות ומוצרי חלב בקרב ילדים בני 7-14, וכן לשם העלאת המודעות לאורך חיים בריא. נכון ל-2019, התוכנית הגיעה לכ-540,000 תלמידי יסודי ותיכון מתוך כ-2.5 מיליון תלמידים בקבוצת היעד. פירות וירקות מסופקים שלוש פעמים בשבוע למשך 12 עד 24 שבועות, ומוצרי חלב מסופקים ברמה יומיומית במשך כל השנה. כמו כן, מתבצעים גם שיעורי בישול, הרצאות וסדנאות ופעילויות נוספות במטרה לעודד אורח חיים בריא בקרב ילדים. התוכנית מובלת בהולנד ע"י משרד החקלאות והחינוך, וכן ע"י ה-NZO האמונים על הנחלת חינוך לצריכת חלב.

The 'Jong Leren Eten' study pack: לימודי תזונה לילדי בית ספר באמצעות בישול ושיעורי טעימות²⁰³.

תוכניות התערבות רפואית מכוונת סגנון חיים

מאז 2002 ניתנים בהולנד מרשמים לתוכניות אימון גופני למטופלים בעלי סיכון למחלות לב וכלי דם או סכרת, עם התחייבותם להשתתפות התוכנית ובתשלום אגרה חד פעמית של מאה יורו. האימון יכול להתבצע בקליניקות, תוך ייעוץ לתוכנית אימונים. מוערך כי עד ל-30% מהמטופלים העלו את רמת הפעילות הגופנית שלהם, ועד 25% חוו שיפור ברמת החיים²⁰⁴.

National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children Adolescents, Seidell J.C. & Jutka Halberstadt¹⁹⁸

BBC reportage over Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht¹⁹⁹

Guest blog: What The Netherlands can teach us about obesity, Royal Society For Public Health²⁰⁰

National and Local Strategies in the Netherlands for Obesity Prevention and Management in Children Adolescents, Seidell J.C. & Jutka Halberstadt²⁰¹







The EU school fruit, vegetables and milk Scheme - Annual monitoring report 2018/2019, Netherlands²⁰²

Promoting the production of healthy food, Government of the Netherlands²⁰³

Nutrition, Physical Activity and Obesity - Netherlands, WHO²⁰⁴

חלק זה בחן מגמות מרכזיות במדיניות בנושא השמנה במדינות ה-OECD ובפרט במספר מדינות ייחוס: בריטניה, איטליה, ספרד, גרמניה, והולנד. לוח מס' 10 מסכם את נתוני מאקרו ומדיניות במדינות הייחוס בהשוואה לישראל וממוצע מדינות ה-OECD. אליהן פורט עבור כל אחת ממדיניות הייחוס. לאחריו לוח מס' 11 מסכם את תוכניות המניעה השונות בכל אחת ממדינות הייחוס, מוסדרות על בסיס מפתח תוכניות המניעה עצמן.

לוח מס' 10: סיכום מדיניות השוואתית – נתוני OECD

	 ישראל	 איטליה	 ספרד	 הולנד	 גרמניה	 בריטניה	מוצע OECD
שיעור השמנת יתר חולנית בקרב מבוגרים	14.7%	10.7%	16.9%	14.4%	16.3%	21%	17.1%
שיעור השמנת יתר (כולל השמנה חולנית) בקרב בני 15	17%	15.5%	16.5%	12.5%	16%	14%	15.5%
רופאים לאלף נפשות	4.625	3.97	4	3.6	4.249	2.8	
גודל אוכלוסייה (במיליונים)	8.8	60.3	46.9	17.2	82.9	66.4	-
תמ"ג לנפש (באלפי דולרים, PPP) מתוקנן, 2019: OECD	42,912	45,691	43,470	61,242	57,557	49,912	47,341
ההפסד בתמ"ג כתוצאה מתופעת ההשמנה	2.4%	2.8%	2.9%	2.7%	3%	3.4%	3.3%
דירוג בשיעור ההשמנה העולמי של ה-OECD מתוך 36 מדינות	19	34	26	30	12	11	
מיסוי על מזון ושתיה	-	-	בחוק, חלק מהמדינה	-	-	בחוק	
שינוי ערך תזונתי במוצרים	חלקי (חוק) הזנה בבתי ספר	וולונטרי	-	וולונטרי	-	וולונטרי	
מדיניות העלאת מודעות והנגשת מידע (תוויות ערך תזונתי וכד')	חלק בחוק, חלק וולונטרי	וולונטרי, טרם ישם	וולונטרי	וולונטרי	-	חלק בחוק, חלק וולונטרי	
הגבלות על פרסום ועידוד צריכה	וולונטרי	רגולציה עצמית	חלק בחוק, חלק רגולציה עצמית	וולונטרי	וולונטרי	עתידי להחקק	
תוכניות חינוכיות וקהילתיות	קיימות	קיימות	קיימות	קיימות	קיימות	קיימות	

אימפקט והערות	שנת התחלה	רגולטורי/ וולונטרי	מהות התוכנית	שם התוכנית	מדינת ייחוס	סוג תוכנית
44% צמצום בכמות הסוכר	2018	רגולטורי	מיסוי על משקאות ממותקים	Soft Drinks Industry Levy (SDIL)	בריטניה	מיסוי על מזון ושת"י
39% צמצום בכמות הסוכר		רגולטורי	מיסוי על משקאות ממותקים בקטלוגיה בלבד	מיסוי על סוכר - קטלוגיה	ספרד	
3% צמצום בממוצע במוצרים 13% בדגני בוקר ויוגורטים אכילה מחוץ לבית - זניח	2018	רגולטורי - משקאות ממותקים	צמצום כמות הסוכר במוצרים	Sugar reduction	בריטניה	שינוי ערך תזונתי במוצרים
		רגולטורי	הגבלה על כמות המלח בתהליך הייצור	צמצום כמות המלח בלחם	הולנד	
במלח - הצלחה חלקית כתלות בתחום	2014	וולונטרי	הסכם נחתם בין הממשלה לארבעה ספקי מזון	צמצום כמות המלח, סוכר ושומן		
	2017	וולונטרי	הסכם בין הממשלה לתאגידי מזון לצמצום כמות סוכר, מלח ושומן בתהליכי הייצור	The collaboration plan for the improvement of food and beverage composition and other measures	ספרד	
		וולונטרי	הסכם למול ארבע אגודות אפיה לצמצום ב-10-15% בשנתיים	צמצום כמות המלח במזון	איטליה	
המודל ייבחר מחדש במסגרת תוכנית Tackling obesity		וולונטרי	ייצוג ערך קלורי, סוכר, שומן ומלח בחזית האריזה	תווית הרמזור	בריטניה	מדיניות העלאת מודעות בצריכה והנגשת מידע
טרם נחקק	2020	רגולטורי	אספקת נתוני קלוריות במזון שאינו ביתי	Tackling Obesity		
	2019	וולונטרי	תווית המייצגת ערך תזונתי כולל מ-1-5	Nutri-Score scheme	הולנד	
טרם יושם	2021	וולונטרי	תווית המייצגת ערך תזונתי כולל מ-1-5	Nutri-Score scheme	ספרד	
טרם יושם (מאי 2020)	2020	וולונטרי	ייצוג ערך תזונתי למול כמות הצריכה המומלצת ביום	תווית בטרייה	איטליה	

תוצאות תוכנית

אימפקט והערות	שנת התחלה	רגולטורי/ וולונטרי	מהות התוכנית	שם התוכנית	מדינת ייחוס	סוג תוכנית
טרם נחקק	2020	רגולטורי	הגבלת עידוד הגברת נפח הקנייה של מוצרי HFSS	Tackling Obesity	בריטניה	הגבלות על פרסום ועידוד צריכה
טרם נחקק	2020	רגולטורי	איסור פרסום מוצרי HFSS בטלוויזיה וברשת עד 9pm	Tackling Obesity		
חוקים כלליים, נוגעים גם לעידוד כללי של צריכה רחבה, פגיעה בבטחון עצמי ועוד.		רגולטורי	איסור פרסום המיועד לילדים המעודד לחיות אורח חיים לא בריא	חוקי הפרסום בגרמניה	גרמניה	
טרם הוסכם	2020	וולונטרי	מניעת פרסום מוצרי מזון המיועד לילדים מתחת לגיל 12	In Form		
	2012	וולונטרי	פיקוח על הפרסום המיועד לילדים בגילאי 7-12	הגבלות פרסום – הפדרציה של תעשיות המזון	הולנד	
צמצום של כ-2.3% בסובלים מהשמנה בגילאי 2-8	2013	רגולטורי	איסור פרסום מזון מהיר באמסטרדם	The Amsterdam Healthy Weight Programme		
	2011	רגולטורי	איסור שיווק מזון בבתי ספר	החוק לביטחון במזון ותזונה	ספרד	
רגולציה עצמית הוכחה כלא יעילה. נשקלים צעדים רגולטוריים	2005 2011	וולונטרי	הגבלות פרסום על 95% מהמוצרים המיועדים לילדים	קוד PAOS לרגולציה עצמית		
	2015	וולונטרי	הגבלות על פרסומות למוצרים המיועדים לילדים	Gaining in Health (GIH)		
הגעה לקהל היעד והעלאת מודעות שינויים באורח חיים בטווח הקצר, אך לא הארוך השפעה נמוכה במשפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך	2009		קמפיין חברתי שיווקי לאורח חיים בריא – רדיו, עיתונות וברשת	Change4life (C4L)	בריטניה	
			מקורות מידע ותכנים לאורח חיים בריא, e-learning	All Our Health (AOH)		
	2020		קמפיין לעידוד אורח חיים בריא בצל מגפת הקורונה – אפליקציות ורשת	Tackling obesity – A call for action		

אימפקט והערות	שנת התחלה	רגולטורי/ וולונטרי	מהות התוכנית	שם התוכנית	מדינת ייחוס	סוג תוכנית
ביקורת - חוסר התמודדות עם הגורמים החברתיים והפוליטיים להשמנה והשפעת תעשיית המזון.	2008	וולונטרי	קידום אורח חיים בריא - חוברות הסברה, ממשקים אינטרנטיים, העלאת מודעות וחופש הבחירה	In Form	גרמניה	תוכניות חינוכיות וקהילתיות
	2004	וולונטרי	קידום אורח חיים בריא ניטור ויצירת מסמכים, בתי ספר, הורים ויוזמות מקומיות	Platform Diet and Physical Activity (PEB)		
			שיפור הבריאות בקרב ילדים בגילאי 12-18 - בתי ספר, מרכזי פנאי, אכסניות נוער וכד'	Feeling Good		
			שיפור הבריאות בקרב ילדים בגילאי 5-11	Good For Me		
	2020		קידום רכיבה על אופניים, הליכה ושימוש בתחבורה ציבורית	The National Cycling Plan 2020		
אפקטיביות מוטלת בספק בשל הוולונטריות	2018	וולונטרי	צמצום תופעת ההשמנה במגוון אמצעים אקטיביים	Prevention Agreement The National	הולנד	
מיוחסת הצלחה לעובדה שהתוכנית מבוצעת ברמה המקומית ומערבת את כלל השחקנים הרלוונטיים	2013		whole systems approach פעילות בציבור הכללי תוך התאמות לאוכלוסייה הסובלת מהשמנה	The Amsterdam Healthy Weight Programme		
			התמודדות עם השמנה בקרב ילדים ברמה המקומית - 144 רשויות	JOGG		
			לימודי תזונה לילדי בית ספר באמצעות בישול ושיעורי טעימות	The 'Jong Leren Eten' study pack		
		וולונטרי, רגולטורי	עידוד אימון גופני וחובת חינוך גופני בבתי הספר היסודיים וחס"ב	תוכנית לאומית לעידוד העיסוק באימון גופני		
	2007		מרכיבי תוכן, מודעות וחינוך לעידוד אורח חיים בריא - עלוני מידע, מדיה, טלוויזיה, רדיו ועיתונות ובבתי הספר	Gaining in Health (GIH)	איטליה	
ההגעה לקהל היעד משתנה בין המדינות *בריטניה תהיה שותפה עד סוף 2020 בלבד	2017		עידוד צריכת פירות, ירקות וחלב במסגרת בית ספרית אספקה + חינוך	The EU school fruit, vegetables, and milk scheme	כלל מדינות הייחוס	

מקומה של ההתערבות הטיפולית במדיניות לאומית בנושא השמנה

המחקר המשווה מצא עשייה נרחבת בתחום מדיניות מניעת השמנה. ישנם הבדלים ניכרים בהשקעה, בסוגי ההתערבויות, בהיקפים והשפעה בכל מדינה. כמו-כן, נמצאו הבדלים בין מדינות הייחוס בהתייחסות פרדיגמטית להשמנה כמחלה לעומת תפיסתה כגורם סיכון בלבד. עקרונות, להבדלי תפיסה אלו יכולים להיות גם השפעות רגולטוריות, הנובעות מהתייחסות להשמנה רק כסוגיה לפתחה של רפואת בריאות הציבור או גם כסוגיה קלינית הדורשת התערבויות רפואיות.

בעולם, מדינות מובילות כמו ארה"ב וקנדה מכירות בהשמנה כמחלה כבר מספר שנים (האגודה האמריקאית לרפואה ב-2013 והאגודה הקנדית לרפואה ב-2015). ארגון הבריאות העולמי אף הוא מכיר בהשמנה כמחלה ולאחרונה (2018) חידשה האגודה להשמנה (The Obesity Society) את הצהרתה בדבר ההכרה בשמנה כמחלה והחשיבות של שינוי פרדיגמתי זה²⁰⁵. בקרב מדינות הייחוס, לאחרונה גרמניה ואיטליה הכירו בהשמנה כמחלה, אך טרם ניתן לומר מהי ההשפעה של שינוי הפרדיגמה על הרגולציה והתוכניות בשטח. חשוב לציין, שישנה גם משקל גדול למבנה מערכת הבריאות הציבורית על מערך הטיפול ובעיקר הסבסוד של הטיפול בהשמנה (לא רק מודל הרווחה בסיס מערכת הבריאות כפי שהוצג, אלא שונות גבוהה יותר במנגנון סבסוד תרופות), וזהו גורם מתערב מרכזי להשפעה של שינוי תפיסת השמנה, כמה מהר ובאיזה היקף היא תחלחל. לדוגמה, באיטליה וגרמניה, שהצהירו על השמנה כמחלה, התרופות אינן מסובסדות על ידי המדינה (איטליה) ולניתוחים בריאטריים קשה לקבל החזר שיכסה את העלויות שלהן (גרמניה).

בהקשר של ההתערבויות התרופתיות והכירורגיות, יש לציין כי קיימים במדינות הייחוס מבחני תוצאה להמשך טיפול, ובחלק תנאי סף לקבלת הטיפול. למשל, בגרמניה ואיטליה נדרש להראות כי אמצעים אחרים להפחתת משקל לא צלחו לפני שניתן לקבל מרשם לטיפול תרופתי, ונדרשת הפחתה במשקל תוך זמן די קצר לאחר תחילת טיפול בשביל המלצה על המשך הטיפול התרופתי (הדבר נכון גם בבריטניה). אותם תנאים לקבלת טיפול מתקיימים גם עבור ניתוחים בריאטריים. יש חשיבות רבה להתניית תחילת והמשך טיפול, אך בהמשך המחקר יועלו תובנות בנוגע לאי-שוויון והשמנה המצביעים על פערים בין קבוצות באוכלוסייה להתמדה או הצלחה של טיפול הממוקד בשינוי אורחות חיים. יש לקחת בחשבון נקודות חשובות אלו בסל השיקולים המקצועיים הנוגעים להתניות טיפול תרופתי וכירורגי.

בהסתכלות רחבה, נמצא בדוח של ה-OECD כי שילוב מדיניות מונעת עם התערבויות רפואיות הוא היעיל ביותר להפחתת השמנה. לכן, לצד המשקל הרב, המוצדק שלעצמו, במדיניות מניעה של השמנה, יש לתת משקל מתאים גם לממד הטיפולי בהשמנה, על כלל הרצף הטיפולי הנוגע לשינוי אורחות חיים (בעיקר תזונה ופעילות גופנית), טיפול תרופתי, וטיפול כירורגי – על בסיס ליווי מקצועי המתייחס לצרכים וליכולות של כל מטופל במעברים, במידה ונדרשים בין הרבדים השונים של הטיפול.

Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement²⁰⁵

הקשר בין השמנה ואי שוויון

עו"ד אמי פלמור

שוויון הזדמנויות הינו מושג בסיסי הנישא בפי כל בשנת 2020. לצידו נעשה חדשות לבקרים שימוש במושג של "צמצום פערים" המוזכר בדרך כלל בהקשר של יעדים ממשלתיים, או לכל הפחות, כהישג נדרש בחברה מתוקנת. בדרך כלל יש לביטויים האלה הקשר מידי שנוגע לסוגיות כלכליות, לפערים הנוצרים כתוצאה מאי-שוויון בחינוך, וממתחים מוכרים בין פריפריה למרכז, בין עשירים לעניים ובין היכולת למוביליות חברתית. בתהליך של ניתוח סוגיית ההשמנה, הרקע להתפתחותה, האופן בו מקובל להתמודד איתה, משמעויותיה הבריאותיות והכלכליות, לא ניתן להתעלם מהקשר הישיר בין אי שוויון בחברה לבין כל אחת מהסוגיות הסובבות את ההתמודדות עם השמנה, הן ברמה הציבורית, בארץ ובעולם, והן ברמה האישית.

כערה מקדימה, יצוין כי במקביל לעיסוק של עולם הרפואה ועולם המדיניות הציבורית עם "מגפת ההשמנה", כפי שהיא מכונה מזה שנים, התפתחה תנועת נגד עוצמתית. תנועה המבקשת הן להכחיש את התחזיות הקודרות לאנשים עם עודף משקל והן לחזק את ההתמודדות הפסיכולוגית של אנשים עם עודף משקל עם סוגיית ההאדרה של דימוי הגוף הרזה בתרבות הפופולארית ובתקשורת, בעיקר בהקשר



שמנופוביה: סוג של רדיפה והטיה בלתי מוצדקת, ולא בעיה בעלת ביסוס מדעי המצדיקה עיסוק ציבורי והתערבות כלשהי על מנת למגרה או לצמצמה

של גוף האישה אך גם בהקשרים המייצרים הטיות מפלות כלפי גברים. השלב הראשון היה הגדרת המאבק בהשמנה כמאבק ב-שמנופוביה (באנגלית **sizeism**) משמע, סוג של רדיפה והטיה בלתי מוצדקת, ולא בעיה בעלת ביסוס מדעי המצדיקה עיסוק ציבורי והתערבות כלשהי על מנת למגרה או לצמצמה. השלב הנוכחי שכבש את הרשתות החברתיות הוא מושג דימוי הגוף החיובי **body positivity** המאדיר נשים שיודעות לחיות בשלום עם גופן שאינו מציית לכללי היופי הרזה, ומאופיין במובילות דיעה המהוות מודל

לחיקוי כמי שמנהלות אורח חיים בריא, שיש בו הן פעילות גופנית והן אכילה של מזון איכותי – אך מגוון. הדבר בא לידי ביטוי באכילה מופגנת של מזון עתיר קלוריות (ופחמימות) ושיתוף תמונות בנושא, כביטוי למרד ב"דכאנות" כלפי נשים המנסה למשטר אותן הן למודל יופי בלתי אפשרי, והן לאורח חיים סגפני שלא ניתן לעמוד בו.

ההקדמה חשובה, שכן סוגיה זו באה לידי ביטוי לא רק בדעת הקהל אלא גם בדיון האקדמי סביב הזכות לשוויון ומניעת האפליה כלפי אנשים עם עודף משקל והדרכים להבטיח זכויות אלה, לא רק בהקשר של קבלה ושוויון בפני עצמם, אלא גם בהסדרת "הזכות להיות שמן" ולמנוע התערבות יתר של המדינה, המעסיקים, וגורמים אחרים במימד האינטימי של יחסי האדם עם משקל גופו. ד"ר יופי תירוש, לשעבר דיקנית ביה"ס למשפטים במכללת ספיר וכיום מרצה באוניברסיטת תל אביב שהינה מובילת דיעה מוערכת מאוד בתחום ההגות הפמיניסטית בישראל כותבת לא מעט על הנושא, ובין מאמריה – "להתיר את הקשירה הפנימית: כתיבה על הגוף השמן בתרבות של רזון", "הזכות להיות שמן" ו-"קטגוריה חדשה במשפט הישראלי-משקל גוף", שם כתבה בין השאר:

משקל גוף הוא פחות עניין של בחירה אישית בסגנון חיים ושל כח רצון, כפי שהוא נוטה להצטייר בדיוני מדיניות, ויותר סוגיה מבנית אשר תלויה בין היתר במחירי המזון, במבנה שוק העבודה (המכתיב אפשרויות של הכנה וצריכה של מזון מעובד או טרי, בבית או בחוץ) ובקיומם של תנאים המאפשרים פעילות גופנית.



²⁰⁶משפט ועסקים", כרך י"ט, עמ' 934-861, אוגוסט 2016

אמירה זו מנסה לאתגר את הציפיה החברתית משמנים "לקחת את גורלם בידם" ולהפגין קצת כח רצון הנדרש כדי לעמוד בסטנדרט המשקל והיופי המקובל, אך יחד עם זאת מחזקת את כל מה שייכתב על ידי לאחריה. על מנת שנבין כיצד להתמודד עם שיח ציבורי-חברתי, לא רפואי, שייבקש להילחם בהגדרת השמנה כמחלה, יהיה עלינו לחדד את מורכבות מאבקו של הפרט הסובל מעודף משקל, ואת הצורך החברתי, הציבורי ואולי אף המוסרי, להקל עליו בתהליך הירידה במשקל, במידה ויבחר לעשותו.

עודף משקל ופגיעה בשוויון- איפה זה פוגש את הפרט בחיי היומיום

מגוון התחומים בהם אנשים עם עודף משקל נתקלים באי שוויון, אפליה או הטיה מבהירים את אותה "מלכודת משקל" (ולא רק "מלכודת עוני") המכבידה על ההזדמנויות והיכולות של מי שסובלים מעודף משקל. סוגיית עודף משקל והשמנת יתר חולנית בראי המושג "אי שוויון" מסתברת כמקרה של סיבה ומסובב שקשה להפריד ביניהם. הגורמים להשמנה נובעים, בין השאר, מאי שוויון, וההשמנה בפני עצמה מהווה מרכיב בעל משקל בהנצחת אי שוויון או בביסוסו.

בקרב ילדים



- השמנה בקרב ילדים בדרך כלל מנבאת השמנה גם כבגירים, על כל ההשלכות שיש לדבר.
- לילד במשקל תקין יש 13% יותר סיכוי להצליח, וסיכוי נמוך משמעותית לחוות בריונות.
- להשמנה השלכות על הדימוי והבטחון העצמי, ובהתאמה, השפעה על יכולת ביצוע ולמידה.
- בישראל שבה הגיוס לצה"ל הוא נדבך משמעותי לכל נער ונערה, השמנה יכולה להשפיע על פרופיל, שיבוץ לתפקידים ועד כדי פטור משירות צבאי. לאור ההשפעה של שירות צבאי על מוביליות חברתית במדינת ישראל, לאי מיצוי פוטנציאל בשל השמנה, השלכות ארוכות טווח.
- בארה"ב ואנגליה מדווח כי ילדים שמנים מוצאים ממשמורת הוריהם במסגרת מאבקי גירושין, שכן משקלם משקף "רשלנות הורית".

בקרב בגירים



- מחקרים מצביעים על כך שלעודף משקל/השמנה השפעה על סיכויי קבלה לתעסוקה.
- למשקל גוף יש השלכה על התקשרויות פרטיות: חוזי עבודה, חוזים למכירת שירותים (עלות נוספת לביטוחי בריאות ולפוליסות ביטוח חיים; עלויות נוספות לכרטיסי טיסה/סירוב להטיס); עלות נוספת הנגבית ע"י חברא קדישא; השפעה אפשרית על חוזים פיננסים כגון מתן אשראי ומשכנתאות.
- בהקשר של חוזי עבודה, דוג' מארה"ב שם רשת למזון טבעי העניקה הטבה לעובדים בדמות הנחה על המוצרים בהתאם למשקל גופם, כאשר לשמנים ניתנת ההנחה הקטנה ביותר, כסוג של תמריץ להפחית ממשקלם. חברת פפסי קנסה עובדים הלוקים במשקל יתר והתנתה העסקתם בהשתתפות בקורס לשינוי סגנון חיים. ביפן – מעסיקים חויבו על ידי המדינה לשקול עובדיהם והוטלו קנסות על מי שלא הביאו להפחתה של 25% מהמשקל תוך שבע שנים.
- לעודף משקל השפעה על קבלת שירותי בריאות – מחקרים מצביעים על רגיעה של רופאים ואחיות מטיפול בחולים עם עודף משקל, ובמקביל הימנעות של בעלי משקל עודף לפנות לקבלת טיפול בשל חשש כי תהיה התייחסות שיפוטית למשקלם ודרישה מוקדמת לירידה במשקל כתנאי לטיפול. בהתאמה, יש לכך השלכה גם על איכות הטיפול הרפואי לו הם זוכים (מחקרים מצביעים על מוטיבציה נמוכה לטיפול, פחות זמן מוקדש לטיפול ופחות משאבים). באופן מדהים הדבר נכון גם לגבי יחסן של דיאטניות למטופלים שמנים.
- בהקשר הרפואי יש להוסיף כי עודף משקל/השמנה פוגע בפריון – מקשה על כניסה להריון, גורם סיכון בלידה ומוזיק לילוד. עודף משקל מהווה מגבלה להתאמה לניתוחים שונים – השתלות, החלפת מפרק ירך ועוד, ולפיכך מאריך לא פעם את תקופת ההמתנה לניתוחים ומסכן בכך את בריאותם של החולים השמנים.
- סוגיה נוספת בהקשר הרפואי הוא הקושי בטיפולים מניעתיים שפחות נגישים לשמנים – בדיקות פאפ, ממוגרפיה, קולונוסקופיה. בעוד חו"ד זו נכתבת עלה ציוץ בטוויטר של מתמחה ברפואה שמתאר את הדברים הבאים: "ידידה בהריון הגיעה הבוקר לסקירת מערכות וסיפרה לי שבמהלך הבדיקה הגניקולוג התקשה לראות את כל המערכות בגלל המנח של העובר, היה עצבני ולא

נעים ולקינח האשים אותה ש"בגלל עודף המשקל שלך אי אפשר לראות כלום". מלבד העובדה שהבחורה הנ"ל סובלת מעודף משקל קל כל חייה ולמרות שהיא אוכלת בריא ומבצעת ספורט...ההתנהגות של הרופא בלתי נסבלת ובעלת השלכות פוטנציאליות הרסניות".

בתגובות לציוץ מעלים רבים אחרים חוויות דומות של יחס פוגעני מצד רופאים על רקע משקל.

- אפליה באה לידי ביטוי באמירות פוגעניות המשפיעות על סיכויי קידום בהשכלה ובתעסוקה: מרצה ב- NYU צייצה שלסטודנטים שמנים אין טעם להמשיך בלימודים גבוהים "כי אם לא היה כח רצון להפסיק לאכל פחמימות, לא יהיה כח רצון לסיים דוקטורט..."
 - קיימות דוגמאות שונות מן העולם להתייחסות לעודף משקל כמהווה נטל על החברה, ולפיכך כמניע למניעת זכויות או הזדמנויות לאנשים עם עודף משקל – הן במוטיבציה להעסיק בחברות המממנות ביטוחי בריאות לעובדים, ועד דוגמא מניו זילנד שם מהגר בעל עודף משקל סורב כמתאזרח, מחשש שיהווה נטל על שירותי הבריאות.
 - לסיכום נושא הזכויות וההזדמנויות הנפגעות על רקע עודף משקל יש להניח מחקרים וסקרים המשקפים את העמדות וההטיית בחברה המערבית ביחס לנושא: אנשים שמנים נתפסים כפחות פעילים, פחות אינטליגנטיים, פחות חרוצים, פחות מצליחים ופופולאריים (תכונות חשובות בתפקידי ניהול והובלה), חלשי אופי, נהנתנים ובלתי מוסריים, לעומת רזון הנקשר ליופי, הצלחה, נעורים, בריאות.
- לסיכום** נושא הזכויות וההזדמנויות הנפגעות על רקע עודף משקל יש להניח מחקרים וסקרים המשקפים את העמדות וההטיית בחברה המערבית ביחס לנושא: אנשים שמנים נתפסים כפחות פעילים, פחות אינטליגנטיים, פחות חרוצים, פחות מצליחים ופופולאריים (תכונות חשובות בתפקידי ניהול והובלה), חלשי אופי, נהנתנים ובלתי מוסריים, לעומת רזון הנקשר ליופי, הצלחה, נעורים, בריאות.

הטענה היא כי אי שוויון מחולל השמנה, השמנה מעמיקה אי שוויון, ונגישות לירידה במשקל אינה שווה לכל נפש ומנציחה את אי השוויון.

הגם שהמצב הרצוי היה לטפל בהטיות אלה, כדי למנוע פגיעות חוזרות ונשנות שאין להן כל אחיזה במציאות (להבדיל מהגבלות מסוימות שיכולה להיות בהן רלבנטיות למשקל כגון עבודה פיזית מסוימת, קצונה בחילות השדה, וכיוצ"ב) **יש חשיבות לשיקוף המצב הקיים והבנת ה"מחירים" של משקל לא רק בשדה הבריאותי והשפעתו על שירותי בריאות והשקעה מדינתית בנושא, אלא גם במתן הזכות וההזדמנות למי שרוצה בכך – לשנות את מצבו.**

מטרת מחקר זה הינה לבצע בחינה השוואתית של תופעת ההשמנה בישראל למול מדינות בעלות מאפיינים דומים, תוך ניתוח השפעת העלות הכלכלית של המחלה על המשק ובחינת מתווי מדיניות אפשריים. המחקר יכלול סקירה של תופעת ההשמנה בישראל ובמדינות הייחוס, יתאר את ההשפעה הכלכלית של תופעת ההשמנה, ידון בהיבטים משפטיים ומוסריים ייחודיים של תופעה זו, ויצגי את אמצעי ההתערבות של מדינות שונות לצמצום תופעת ההשמנה.

משקל גוף והשפעתו על שוויון הזדמנויות

הנתונים העולים ממחקר זה מאששים את הנחת המוצא של רלוונטיות העיסוק בסוגיית ההשמנה – ולא פחות מכך בסוגיית הנגישות לירידה במשקל, ב"משקפיים" של פערים חברתיים וכאינדיקציה מובהקת לחוסר שוויון. הנתונים מצביעים באופן חד משמעי על שכיחות גבוהה יותר של עודף משקל בקרב הציבור הערבי (53.6% לעומת 46.2% בציבור היהודי), כששיעור עודף המשקל הגבוהה ביותר הוא בקרב נשים ערביות בנות 45-65 (79%) המהוות קבוצה מוחלטת בתוך קבוצת המיעוט, כמו גם בקרב הציבור החרדי הבולט בקרב הסובלים מהשמנת יתר (5.3% לעומת 2.6-3.3% בקרב הציבור היהודי חילוני ומסורתית). בהמשך, עולה נתון מובהק נוסף על פיו מי שנמנים על מעמד סוציו אקונומי נמוך סובלים מהשמנת יתר פי שתיים לעומת שכבות מבוססות. ניתן חיזוק לממצאים אלה בדו"ח ארגון ה-OECD המצביע על "השפעה מובהקת למצב סוציו אקונומי ולרמת ההשכלה על שיעור ההשמנה".

המדובר בהשפעה כלכלית מעגלית וכסוג של "מלכודת עוני" – ההשמנה נובעת ממצב כלכלי ירוד, נגישות נמוכה לאוכל איכותי וליכולת לבצע פעילות גופנית, פוגעת ביכולת לרכוש השכלה (כפי שארחיב בהמשך) וביכולת להתקבל לעבודה, משפיעה על איכות הביצועים (העדרויות מרובות ופריון נמוך) עד כדי פגיעה של 10% בהכנסות וזאת לעומת אנשים עם BMI תקין.

לגבי נשים, קבוצה הסובלת באופן מבני מחוסר שוויון, בפרט בעולם העבודה, עולים ממצאים על פיהם נשים עם עודף משקל מרוויחות פחות שכן סובלות מהטיות סמויות בכל הנוגע ליכולת להתקבל לעבודה, מוזמנות לראיונות בשיעור של שליש מן ההיקף אליו מוזמנות נשים ללא עודף משקל ובהתאמה מרוויחות פחות כסף. בהקשר של נשים ומעמד סוציו אקונומי, הממצאים מתכתבים עם הנתונים שנאספו במדינות נשוא ההשוואה:

בריטניה – ההשמנה נפוצה באופן חריג בקרב נשים שחורות/כהות עור (53.6%) וקיימים ממצאים מובהקים של אחוזי הצלחה נמוכים במיוחד של תוכניות התערבות ממשלתיות במעמד הסוציו-אקונומי הנמוך.



איטליה – העלייה הבולטת בהשמנה היא בדרום (המאופייין כעני יותר) ונשים בעלות השכלה נמוכה מועדות פי 3 להשמנה.



ספרד – נשים ספרדיות נטולות השכלה עם סיכוי של פי 3.5 מנשים משכילות להיות בעודף משקל.



גרמניה – הנתונים מצביעים על קורלציה ברורה בין מעמד סוציו-אקונומי נמוך לסבירות לסבול מהשמנה, בעיקר בקרב נשים.



הולנד – שיעור ההשמנה בקרב מהגרים לא מערביים גבוה פי שתיים. בקרב גברים עם הכנסה נמוכה שיעור ההשמנה קרוב לפי שתיים.



הממצאים הכלכליים המפורטים בפרק 'ההשלכות הכלכליות הישירות והעקיפות של תופעת ההשמנה' במחקר זה של פרופ' בן נון מצביעים על מתאם בין מעמד סוציו אקונומי נמוך בישראל, לבין שיעור השמנת יתר גבוה יותר. באיחוד האירופי יצאו בתוכנית תזונה לילדים המתמקדת באספקת ירקות, פירות וחלב מספר פעמים בשבוע למשך מספר חודשים (השתנה ממדינה למדינה), The EU School Fruit, Vegetable & Milk Scheme, והתוכנית אפשרה לזהות כי הצריכה בפועל של ירקות ופירות טריים, שהינם יקרים ולא עמידים לאורך זמן (בניגוד למזון מעובד) נמוכה מאוד, ועל כן מדובר בהרגל שקשה להטמיעו.

גם בארה"ב קיימים מחקרים המצביעים על מתאם ברור ולפיו תופעת ההשמנה רווחת יותר בקרב המיעוטים והעניים²⁰⁷. סקירה הצביעה על מתאם מובהק בקרב נשים, ופחות בקרב ילדים וגברים, ובמקביל מחקרים המצביעים על ממצאים ולפיהם לאנשים שמנים יש סיכוי גבוה יותר במידה משמעותית להיות עניים ולא משכילים²⁰⁸.

²⁰⁷ Jeffrey Sobal & Albert J. Stunkard, Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature, 105 Psychol. Bull. 260 (1989)

²⁰⁸ Paul Ernsberger & Richard J. Koletsky, Biomedical Rationale for a Wellness Approach to Obesity: An Alternative to a Focus on Weight Loss, 55 J.Soc. Issues 221,244 (1999)

ירידה במשקל - מדוע אינה שווה לכל נפש

אי שוויון בא לידי ביטוי באופן מובהק גם ביכולת לשנות את המשקל, במידה ואדם רוצה בכך, לא כל שכן כשהדבר מוצב בפניו כתנאי לקבלת זכות או הזדמנות אחרת. סוגיית משקל עודף של בני אדם מזמן אינה סוגיה פרסונאלית גרידא, של כל פרט והאוטונומיה על גופו, אלא מעסיקה ממשלות רבות ברחבי העולם, וכן מעסיקה ארגונים פרטיים ביחס לעובדיהם.

במישורים של מדיניות ציבורית, סוגיית עודף המשקל, בין אם מוגדרת כמחלה, בין אם כ"מגפה", ובין אם לאו, נמצאת על סדר יומן של מדינות רבות העוסקות בו הן מטעמים של בריאות הציבור והנחלה של ערכים "חשובים" לאזרחיהן, והן בשל הנזקים המצטברים לחברה בכללותה כתוצאה מהשלכות בריאותיות, משקיות (פריון ותעסוקה) וחברתיות של אזרחים עם משקל עודף.

כבר בדו"ח מבקר מדינה מ-2008 נקבע כי "...המאבק בהשמנה ראוי להיות יעד לאומי..." ומצביע על הצורך למנוע עליה במשקל, להפחית השמנת יתר, לעודד פעילות גופנית ולעודד צריכת מזון בריא. בשנת 2011 ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה יוצאת בתוכנית להפחתת השמנה המתמקדת בעידוד אורח חיים בריא בבתי הספר ובמקומות העבודה, התקנת שבילי הליכה ומגרשי ספורט ברשויות המקומיות. ב-2016 משרד הבריאות מוציא לפועל מהלך לשינוי סביבת המזון שעיקרה סימון מוצרים. בתחזית האסטרטגית של המועצה הלאומית לכלכלה בשנת 2015 יש עיסוק נרחב בצמצום פערים- ממוקד בחדרים, ערבים, נשים, כמו גם שילוב בני הגיל השלישי בתעסוקה נוכח העלייה בתוחלת החיים והארכת גיל העבודה. כסיבות מרכזיות לאי שוויון כלכלי מצביעים על פערים בהשתתפות ובנגישות לתעסוקה,

פערים בפריון, ותחולת העוני בקרב חרדים וערבים. **כל הנתונים מתקשרים זה לזה כאשר לתופעת ההשמנה נוכחות מוגברת בקרב השכבות אותן רוצים לקדם במעלה סולם השוויון, והשלכות ישירות על היכולת להשתלב בתעסוקה ולהעלות את הפריון.**

מן הסקירה הבינלאומית עולה כי גם המדינות נשוא ההשוואה נקטו ונוקטות בשיטות דומות - ניסיון לעודד פעילות פיזית, חלוקת מזון איכותי בגילאי בית ספר, אם כי ניכרת השקעה משמעותית יותר בגילאי בית ספר בניסיון להשפיע על הרגלי תזונה ועל פעילות ספורטיבית בקרב ילדים.



התעמלות, דיאטות, וצרכנות נבונה מכוונת בריאות ומשקל תקין דורשים משאבים חומריים וקוגניטיביים שמחריפים את הקשר בין אי-שוויון והשמנה

כפי שכבר הוזכר, ד"ר יופי תירוש במאמרה שמה דגש על היות ההשמנה שיקוף של סוגיה מבנית אשר תלויה בין היתר במחירי המזון, במבנה שוק העבודה (המכתיב אפשרויות של הכנה וצריכת מזון מעובד או טרי, בבית או בחוץ) ובקיומם של תנאים המאפשרים פעילות גופנית. לצד ההנחיות הפשוטות לכאורה לאכול אחרת ולהתעמל, קיים שוק עצום המגלגל מיליארדים של תעשיית הדיאטות - החל מתוספי מזון, יעוץ פרטני וקבוצתי, וכלים שונים

האמורים לסייע בירידה במשקל. במאמרו, "רעבים לשינוי: מיתוס הרזון ושוק הדיאטות מפרספקטיבת דיני הצרכנות", כותב ד"ר שמואל בכר מהמכללה למנהל על הקשיים העומדים בפני הצרכנים למצוא את דרכם בשוק מבלבל המחייב קבלת החלטות שקולה, הן במישור של הסכנות הנשקפות ממוצרים כאלה ואחרים, ממשיך בהתאמה לאדם ובעיותיו שלא לדבר על היות השוק מבוסס על "שחקנים חוזרים" ומגמה של דיאטות "יו-יו" הגורמות לירידה ועליה במשקל ומובילות לנזק ארוך טווח לחילוף החומרים, ולקושי גובר ביכולת להיפטר ממשקל עודף. מעבר לאמצעים הכלכליים הנדרשים כדי להיעזר בשוק הדיאטות, ה"חופשי", ד"ר בכר למעשה מצביע על יכולת אנליטית גבוהה הנדרשת מן הצרכן על מנת למצוא את דרכו באופן שיועיל ולא יזיק לתהליך.

ניתן לשוב בכל הקשר לחדד עד כמה כל אחת ואחת מן הסוגיות הסובבות את העיסוק בהורדה במשקל מחייבת מעמד סוציו-אקונומי שיאפשר הן את ההוצאה הכלכלית הכרוכה בכך - צריכת מזון איכותי, טרי ולא מעובד, ופניות מעשית ונפשית להכנת מזון ומעקב אחר הוראות כמו גם שילוב פעילות גופנית בחיי היומיום. אין ספק כי שכבות האוכלוסייה המתמודדות עם מצוקה כלכלית, ומתפרנסות בדחק באמצעות עבודה שוחקת, אינן מסוגלות לעמוד במחויבויות של ניהול אורח חיים בריא, אך בעיקר - זקוקות לדבר מה שיקל את הכניסה לתהליך וייצר מוטיבציה להתמיד בו.

²⁰⁹ דוח מבקר המדינה, 2008, 58 ב', עמ'

לכך יש להוסיף את הפערים הקיימים בישראל בין שכבות באוכלוסייה ובין פריפריה ומרכז בכל הנוגע לנגישות, זמינות ואיכות טיפולים רפואיים. בנוסף, אוכלוסייה חזקה ממעמד סוציו-אקונומי גבוהה היא בעלת המשאבים והפנאי לרכוש טיפול רפואי בכדי להתמודד עם השמנה גם במסגרת רפואה פרטית. מכיוון שעל הרצף הטיפולי חסר התמיכה של המדינה בטיפולים תרופתיים, ומנגד רק פלח קטן צריך זכאי לעבור התערבות כירורגית, נוצר פער בין הצורך בקבלת מענה רפואי לבעיית ההשמנה לבין זמינות של טיפול נגיש כלכלית וגיאוגרפית שהמדינה מספקת עבור אנשים החיים עם השמנה ממעמדות סוציו-אקונומיים נמוכים. פער זה ברצף הטיפולי מעמיק את החיבור בין אי-שוויון ובעיית ההשמנה בישראל.

סוגיה נוספת שמצדיקה את "נטילת האחריות" המוגברת של המדינה על הסיוע הנדרש לתהליך, הוא מצב החינוך לפעילות

גופנית בישראל. לאורך כל המאמרים והמחקרים שנסקרו חוזרת במידה רבה הסוגיה של פעילות גופנית ככלי חיוני לשיפור הבריאות והשפעה על משקל עודף; דומה כי מדינת ישראל בהקשר זה ממוקדת בצדדים החיצוניים/טכניים של הסוגיה – יצירת שבילי הליכה ואופניים והקמת מגרשי ספורט (גם אלה, אגב, בעיקר בערי המרכז ופחות בפריפריה) ובכל השנים שבהם הנושא על סדר היום הלאומי לא עשתה כל חשבון נפש בנוגע לאחריותה להשקיע בחינוך גופני כבר מגיל בית הספר.

המחקר המוסמך ביותר על פעילות גופנית בקרב בני נוער הוא מחקר HBSC (Health Behavior in School Aged Children) המנוהל על ידי פרופ' יוסי הראל פיש מאוניברסיטת בר אילן. המחקר כולל מדגם של אלפי בני נוער בגילאים שונים ומתנהל לפי פרוטוקול בינלאומי המאפשר להשוות בין מדינות שונות במגוון רחב של התנהגויות בריאות פנאי ופעילות גופנית, ומקיים סקרים כל כמה שנים, האחרון מביניהם משנת 2019. החלק העוסק בפעילות גופנית כולל שני מדדים:

1. מדדים של פעילות גופנית כללית יומית (הליכה לבית ספר, רכיבה על אופניים, משחק בחצר ופעילות ספורט מאורגן ובלתי מאורגן).

2. מדדים של עיסוק בספורט מאורגן ולא מאורגן – מחוץ לשעות בית ספר.

הנתון הבולט ביותר מן הסקר הוא כי ישראל נמצאת במקום האחרון בעולם במדד הפעילות הגופנית היומית (סקר HBSC 2014, עמ' 181). בשנת 2014 17.2% מהתלמידים בישראל לא עמדו בהמלצת ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית במשך שעה ביום לפחות. בשנת 2019 הנתון עלה ל-19.3%. על כך יש להוסיף כי קיימים פערים מגדריים ושיעור הילדות שאינן פעילות גבוהה בהרבה משיעור הבנים – ב-2014 שיעורן היה 21% (והבנים 13%) וב-2019 שיעורן עלה ל-23% (ושיעור הבנים עמד על 15.3%). ככל שעולה הגיל קטנה הפעילות הגופנית של בני נוער בישראל, ושיעור הבלתי פעילים בכיתות י"א-י"ב הוא 26% בממוצע. הסקר מצביע על פערים נוספים כך שנערו ערביות ומן המגזר הממלכתי דתי פעילות עוד פחות, ובכלל מצביע על כך **שנערים ונערות ממעמד סוציו אקונומי נמוך נוטים להיות פעילים פחות.**

המדינה מעניקה כיום שתי שעות בלבד של חינוך גופני לתלמידי ישראל וכל העיסוק בספורט מעבר לכך הוא בשעות הפנאי, ומסופק על פי כללי השוק החופשי באמצעות חוגים של מחלקות ספורט עירוניות, מתנ"סים, אגודות ספורט או גורמים פרטיים. העלויות בדרך כלל אינן מסובסדות ועומדות על סכומים גבוהים (150-450 ש"ח לחודש) ואף מחייבים תמיכה מעשית של ההורים בהסעות לפעילות. דברים אלה מייצרים חסמים עבור שכבות נרחבות של ילדים ובני נוער וכך נמנע מהם לא רק להנות מפעילות פיזית, אלא נמנע מהם לפתח הרגלים ואורח חיים שהשפעתם מוכחת הן על הבריאות, הן על יכולות לימודיות והן על בטחון עצמי. הנתונים מצביעים באופן מובהק גם על פערים מגדריים בתחום הפעילות הגופנית, ובמובן זה ניתן להסביר את מצבן החמור יותר במובהק של נשים במדדים השונים (כפי שניתן לראות הן בסקירה הבינלאומית והן במדד הישראלי על פיו בראש הטבלה של תת-קבוצות בחברה הסובלות מעודף משקל או השמנת יתר ניצבות הנשים הערביות בגילאי 45-65 עם שיעור של 79%).

מבלי להרחיב יתר על המידה, על גבי ממצאים מובהקים ולפיהם לנערות נוסות פחות לעסוק בספורט מצטרפים חסמים מבניים הקיימים בכל העולם, אך בישראל ביתר שאת של אי שוויון בהזדמנויות לעיסוק בספורט (שכן רב התקציבים מופנים לספורט נערים וגברים) והדבר מעמיק את הקושי להנחיל אורח חיים פעיל, ומאיר באופן ביקורתי את חלקה של המדינה ביצירת תנאים להתמודדות עם עודף משקל "בדרך המלך", וללא "קיצורי דרך".

כאמור, השמנה משפיעה ישירות על תמותה ותחלואה, ותורמת למחלות נוספות כגון סכרת, לחץ דם גבוה, שומני דם ועוד. מגפת הקורונה הבליטה את העומס התחלואתי של אנשים הסובלים מהשמנה על מערכת הבריאות. אנשים שמנים חלו יותר, נדרשו לאשפוז, ואף נפטרו יותר כתוצאה מהנגיף. ההוצאות על ימי האשפוז, ההוצאה התרופתית והוצאות נוספות בקורונה לבדה הצביעו אף הם שהשמנה היא מחלה בעלת משמעות כלכלית רחבה.

הניתוח הכלכלי שביצענו במחקר זה מצביע על כך שכל אדם הסובל מעודף משקל או השמנת יתר משית עלות עודפת של כ-2,470 ש"ח על התוצר המקומי הגולמי של ישראל. משמעות הדבר היא שהעלות הכלכלית העודפת של מגפת השמנה על כלל המשק הישראלי עומדת על הסכום הגבוה של 20.2 מיליארדי שקלים בשנה, המהווה 1.4% מהתמ"ג. מלבד העלות ההיקפית של השמנה על התוצר, למגפת השמנה ישנה עלות ציבורית/ממשלתית ישירה הכלולה בהוצאות מערכת הבריאות.

ניתן לראות כיצד כחוט השני עודף משקל ואי שוויון שלובים זה בזה. עודף משקל מאפיין שכבות ממעמד סוציו אקונומי נמוך שאינן יכולות להרשות לעצמן תזונה בריאה ונוטות כיום לצריכה מוגברת של אוכל מעובד (שהינו עמיד יותר ולכן מתבזבז פחות), שאינן פנויות לעיסוק בספורט וגם אם כן, נטולות נגישות לפעילות ספורטיבית משמעותית (בשנות הילדות – בשל ההיקף המצומצם של חינוך גופני ועלויות גבוהות של פעילות פנאי; ובבגרות- בהעדר הרגלים מושרשים והעדר זמן ומתקנים נגישים). עודף משקל הוא מרכיב זהות המגביר אובדן שוויון הזדמנויות שכן יש לו השלכות על השכלה, תעסוקה, עלויות מחיה, מימוש זכויות רפואיות ועוד, ומייצר למעשה מעגל שוטה, שכן הוא מקשה על הלוקים בו מחד, ומייצר חסם נוסף על היכולת להיחלץ מן הקושי.

במישורים של מדיניות ציבורית, עודף משקל והשמנה מהווים חסם למימוש יעדים לאומיים של צמצום פערים, בפרט בכל הנוגע להשתלבות נשים, ערבים וחרדים ובני הגיל השלישי בתעסוקה, צמצום פערים בין פרפריה למרכז, ובנוסף עודף משקל אמור להוות מרכיב חיוני גם בהתמודדות הלאומית עם סוגיית הזדקנות האוכלוסייה לאור המזדדים הגבוהים של עודף משקל בגיל השלישי והסיכונים והמגבלות שהדבר מטיל על הפרט, ועלולים להעמיס על המדינה.

כל ההיבטים הסוציו אקונומיים המאפיינים את האוכלוסיות השונות הסובלות מעודף משקל, מקרינים באופן ישיר גם על המסוגלות למנוע את התופעה או לכל הפחות לצמצם אותה ולעבור מן הקטגוריות המחמירות (השמנת יתר חולנית, השמנת יתר, השמנה) לקטגוריה שסיכונה מוגבלים ופגיעתה בפרט מופחתת. אין ספק כי היכולת לשנות אורח חיים היא פונקציה קודם כל של פניות נפשית ויכולת לתעדף עיסוק בנושא זה בין כלל בעיות הקיום היומיומי; גם בהינתן שההחלטה התקבלה, אין כמעט יכולת לשנות הרגלי חיים ללא השקעה כלכלית מסוימת, בין אם במזון, בין אם בליווי מקצועי, בין אם בפעילות ספורטיבית אפקטיבית. ההתעוררות המאוחרת של מדינת ישראל בתחום סימון מזון ועידוד פעילות גופנית לא מהווה כלי אפקטיבי ובעל אימפקט משמעותי לשינוי מהיר ומשמעותי של מצבם של אחוזים הולכים וגדלים של בני נוער ואזרחים בכל טווח הגילאים, עם הרגלים מושרשים של אורח חיים ישבני וצריכת מזון לא מבוקר. בתוך השיח העכשווי של גישה חיובית לאנשים עם עודף משקל, ורתיעה מסימון השמנה ושמנים כתופעה חולנית, יש מקום להנגיש למי שהמשקל מסכן אותו, פוגע בזכויותיו ובהזדמנויות שלו, או חוסם את מיצוי יכולותיו, כלי המסייע להנעת התהליך, במקביל להעמקת הטיפול בחסמים המבניים למניעת התופעה.

הפרדיגמה השלטת בנוגע להשמנה במדינת ישראל של 2021 עדיין, בעיקרה הגדול, מתייחסת להשמנה כבעיה פרטית ואחריותו של האינדיבידואל. התפיסה הרווחת היא כי מדובר בבעיה הנובעת מאורח חיים מסוים ולא כמחלה כרונית מורכבת. על אף ההשקעה הקיימת במדיניות מונעת, והכנסת מרכיבי טיפול לטובת קיום אורח חיים בריא, המדינה לא נוטלת על עצמה את האחריות לטיפול מלא במחלת ההשמנה שהינה סוגייה לאומית, ובכך בפועל מותירה את הפרט צריך להתמודד עם השמנה לבדו עם מערך כלים שאינו שלם ואינו בהכרח מותאם ליכולות והאפשרויות של כל אחד ואחת. אנו מאמינים כי נדרשת החלפת פרדיגמה בנוגע להשמנה, שבבסיסה ההבנה שהשמנה היא מחלה המהווה בעיה בקנה מידה לאומי, והמפנה יוביל ללקיחת אחריות מצד מערכת הבריאות ומשרדי הממשלה הרלוונטיים על התמודדות עם מחלת ההשמנה.

קידום ההכרה בהשמנה כמחלה באופן רשמי במדינת ישראל תתרום לשינוי התפיסתי והרגולטורי הנדרש. יש לקדם תוכניות ארוכות טווח, הפתוחות לשינוי מעת לעת בהתאם לצרכי התקופה, והכוללות תמהיל פתרונות מעולמות המניעה והטיפול באופן רב-ממדי המתחשב בגורמים השונים של המחלה. הפתרונות צריכים להיות מותאמים למאפיינים השונים של האוכלוסייה בישראל, בדגש על הפערים הסוציו-אקונומיים המגבילים את יכולת ההתמודדות עם השמנה. כפועל יוצא מהשקעה בהתמודדות עם מחלת ההשמנה צפוי חסכון משמעותי בהוצאות המדינה, שיוכל להיות מנותב לאזורי עשייה חשובים נוספים.

מחקר זה מציג את מורכבותה של מחלת ההשמנה ואת השפעותיה הנרחבות, הן ברמת הפרט והן ברמת המדינה. ממצאי המחקר מחייבים את מקבלי ההחלטות במדינת ישראל לפעול במספר מישורים כדי להתמודד באופן מיטבי עם מחלת ההשמנה. להלן **עקרונות מרכזיים** לגיבוש מדיניות לאומית להתמודדות עם מחלת ההשמנה:

- **תודעה ושיח** – מחלת ההשמנה נתפסת באופן פשטני והשיח סביבה רווי סטיגמות. הדבר נכון בקרב האוכלוסייה הכללית, מעצבי המדיניות בממשלה ובכנסת ואף בקרב נדבך משמעותי בעולם הרפואה. שינוי התפיסה הרווחת והשיח אודות מחלת ההשמנה יגרו הפניית משאבים פרטיים, ציבוריים ולאומיים להתמודדות עימה. **כצעד ראשון מומלץ לאמץ הגדרה לאומית של השמנה כמחלה.**
- **תמהיל רכיבי ההתמודדות עם מחלת ההשמנה** – במדינת ישראל קיימות תוכניות לקידום אורח חיים בריא כאמצעי מניעתי להתמודדות עם תחלואה מגוונת ולשיפור איכות החיים של האוכלוסייה. יחד עם זאת, מדינת ישראל נעדרת מדיניות סדורה להתמודדות עם מחלת ההשמנה. יש לגבש מדיניות אשר תייצר מערך טיפול משמעותי עבור אנשים החיים עם השמנה, וכן להבטיח כי מדיניות זו תתכתב עם מאמצי המניעה הקיימים ותפתח מאמצי מניעה ממוקדים עבור אוכלוסיות יעד ספציפיות. **אנו מבקשים לשים דגש על חשיבות יצירת המערך הטיפולי כבסיס למדיניות רחבה לטיפול במחלת ההשמנה, אשר אינו מוסדר כיום כלל, וכן יסייע בשכלול השיח אודות מחלת ההשמנה באופן רחבי ועמוק.**
- **מענה מותאם למחלה מורכבת וכרונית** – השמנה היא מחלה המשלבת גורמים פיזיולוגיים, נפשיים, תזונתיים, סביבתיים ותרבותיים, ואשר ההתמודדות עימה הינה ארוכת טווח שכן נדרש שימור של המשקל הבריא למניעה של חזרתה. **מתחייב כי מערך הטיפול בהשמנה יתבסס על צוות רב מקצועי אשר ידע לספק מענה לצרכים השונים בהתמודדות עם המחלה ובהתאמה אישית לצרכיהם הייחודיים של המטופלים.**
- **השמנה וערך השוויון** – פלחים שונים באוכלוסייה, לרבות האוכלוסייה החרדית, האוכלוסייה הערבית ואוכלוסייה ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, מציגים אחוזי השמנה גבוהים יותר מיתר האוכלוסייה. יש לקדם מדיניות שמתכתבת עם ההבנה כי השמנה פוגעת באוכלוסיות שונות, ולכן יש צורך בפתרונות דינמיים ודיפרנציאליים שיאפשרו קידום שוויון הזדמנויות ולהתמודדות לאומית טובה יותר עם המחלה.
- **השקעה חכמה בהתמודדות עם מחלת ההשמנה** – ראוי לחזור ולהדגיש כי לצד התועלות הבריאותיות, השקעה תקציבית בטיפול בהשמנה משמעותה חיסכון כספי משמעותי למדינה ולאזרח.

מישור טיפולי – מודל למערך הטיפול בהשמנה בישראל

המחקר הנוכחי אודות מדיניות בנוגע להשמנה בישראל ובמדינות הייחוס מעלה כי קיימת השקעה רבה בחקיקה ותוכניות למניעת השמנה. תוכניות מניעה נמצאו יעילות מאוד; ההשקעה הכספית נמצאת משתלמת מבחינת החסכון הכספי בהוצאות ישירות ועקיפות על השמנה. לכן, כל מדיניות לאומית הרוצה לתת מענה למחלת ההשמנה חייבת לכלול תכנית מניעה רחבת היקף שתוריד את שיעורי ההשמנה באוכלוסייה. מתוך המחקר המשווה, מוצעות להלן מספר אפשרויות לשיפור מדיניות מניעת ההשמנה בישראל. יחד עם זאת, המחקר מצא פער גדול בהשקעה, הן מבחינת רגולציה והן מבחינת משאבים, בין מוד המניעה והממד הטיפולי. **אין לשכוח שלצד הצורך להפחית את שיעורי המחלה באוכלוסייה, ישנה אוכלוסייה גדולה החיה עם השמנה כיום, ובכך כבר סובלת או נמצאת בסיכון מוגבר למחלות רבות ותמותה מוקדמת.** יתרה מזאת, ידוע כי גם בהינתן מדיניות המניעה המוצלחת ביותר, עדיין תיוותר אוכלוסייה של אנשים החיים עם השמנה אשר תזדקק למענה טיפולי מקיף. אי לכך, המתווה המוצע מדגיש את המענה הרב-ממדי שמדיניות לאומית בנושא ההשמנה חייבת לאמץ – הממד המניעתי לצד הממד הטיפולי. במודל המפורט להלן, אנו שמים את הדגש על הממד הטיפולי, מכיוון שהוא הרכיב החסר במדיניות לאומית מקפת אותו צריך בחלקו לייצר ובחלקו למצב מחדש.

המישור המניעתי

כיום קיימות מספר תוכניות להעלאת המודעות ועידוד אורח חיים בריא במדינת ישראל. לטובת הרחבת מאמצי המניעה ניתן לבחון מספר תוכניות אשר בוצעו במדינות האירופאיות שבחנו במחקר זה ואת מידת התאמתן לישראל:

- **יצירת מנגנוני עידוד לשינוי ערך תזונתי במוצרים** – תוכניות המיסוי על סוכר הוכיחו יעילות גבוהה בהפחתת הצריכה, אך גם הסכמים וולונטריים בין תעשיית המזון למשרד הבריאות המקומי באשר נחלו הצלחה מסוימת, אם כי פחותה.
- **מדיניות העלאת מודעות בצריכה** – בישראל נהוגה שיטת המדבקות האדומות, המרתיעות מפני מזון לא בריא. בנוסף, ישנו הסכם וולונטרי למול חברות המזון בנוגע למדבקות ירוקות על מזון בריא. במדינות אירופה מתוכננת הנהגת תווית המייצגת ערך תזונתי על רצף מסוים, מאחד עד חמש, באופן המאפשר ללקוח להבין את הרצף התזונתי של בחירות המזון שלו באופן שאינו דיכוטומי.
- **הגבלות על פרסום ו/או עידוד צריכה** – במדינות שונות נחקק או הוסכם וולונטרית לאסור פרסום של מזון המיועד לילדים מתחת לגיל מסוים. התוכניות הרגולטוריות הוכיחו יעילות גבוהה יותר מאלו הוולונטריות.
- **תוכניות חינוכיות וקהילתיות** – תוכניות להעלאת מודעות צריכות להיות ארוכות טווח, שכן השפעתן אמנם רבה אך מתפוגגת בעבור זמן. בנוסף, יוחסה הצלחה גדולה יותר לתוכניות שבוצעו ברמת השלטון המקומי על פני המרכזי, בשל ההתאמה לאוכלוסייה ועירוב השחקנים המקומיים הרלוונטיים. תוכניות ברשויות המקומיות מופעלות באופן נרחב בהולנד.

המישור הטיפולי

אנו מציעים למסד מערך טיפול במחלת ההשמנה הבנוי משלושה רבדים:



קופות החולים האחראיות על הטיפול בקהילה בישראל יהיו אמונות על זיהוי ואיתור אנשים החיים עם השמנה לטובת זיהוי הצורך בטיפול והנגשתו. כמו כן יספקו הקופות שירותי טיפול בקהילה, לרבות ייעוץ רפואי, ייעוץ תזונתי, ייעוץ תרופתי וליווי בכלי טיפול אפקטיביים נוספים, בהתאם למאפייניו וצרכיו של המטופל.

מערך איתור וזיהוי של הצורך בטיפול בהשמנה, וכן הנגשת סל מענים טיפוליים איכותי, יסייעו במניעת הידרדרות ובשיפור איכות חייהם של אנשים רבים החיים עם השמנה. כמו כן, הטיפול בקהילה יתרום לשינוי השיח אודות מחלת ההשמנה בקרב הציבור הרחב ויגביר את המודעות לסל הפתרונות לאוכלוסייה רחבה יותר.

על מנת להרחיב את הטיפול בקהילה יש להקנות לגורמים המטפלים בקהילה כלים לניהול השיח הראשוני אודות מחלת ההשמנה עם המטופלים, היות שמדובר בנושא בעל גישות גבוהה ושיח מורכב.

מרכזי הטיפול הרב-מקצועיים יהוו מענה לפלח מתוך אוכלוסיית האנשים החיים עם השמנה בישראל, אשר המענים הטיפוליים בקהילה לא סיפקו מענה לצרכיהם בהתמודדותם עם מחלת ההשמנה.

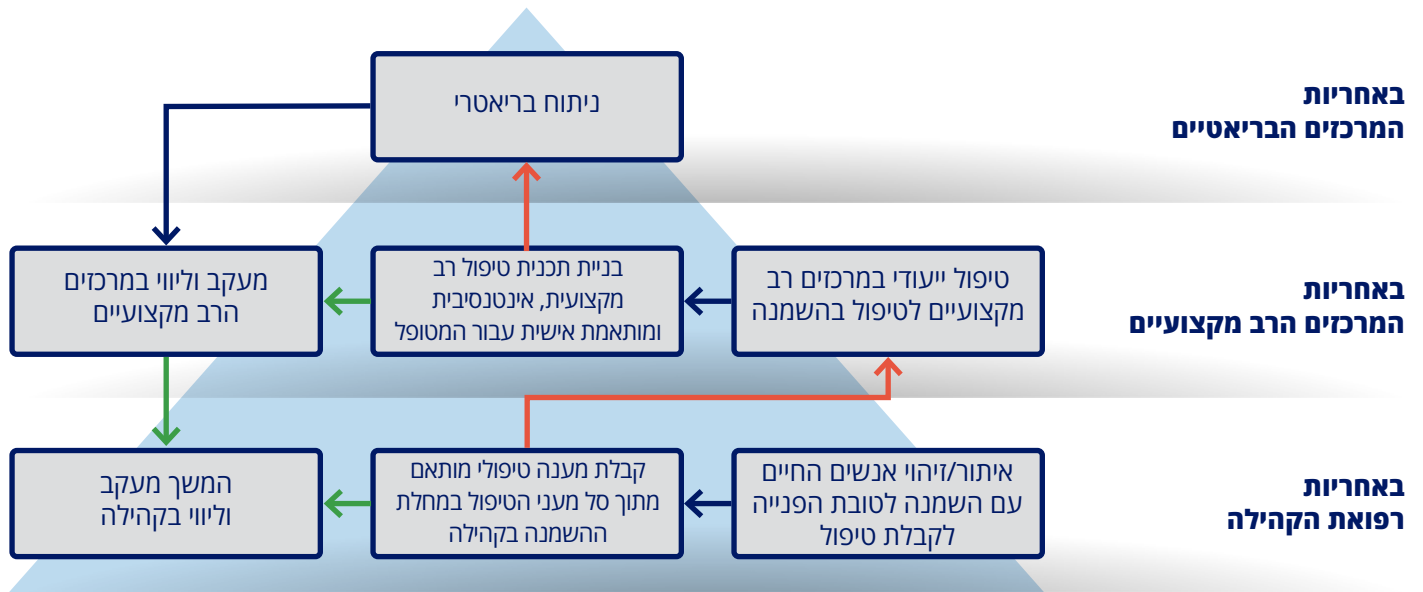
במרכזים הרב-מקצועיים תורכב תוכנית טיפול מקיפה ומותאמת אישית למטופל, אשר יזכה לליווי אינטנסיבי בהשוואה לזה הניתן בקהילה. תכנית הטיפול במרכזים תורכב מסל מענים רחב יותר מזה המוצע למטופל בקהילה ותשלב פתרונות המחייבים ליווי של גורמים המומחים בטיפול בהשמנה.

הרחבת המרכזים הרב-מקצועיים דורשת הגדרת קריטריונים להפניית מטופלים למרכזים הרב מקצועיים וכן הגדלת המספר הגורמים המומחים בטיפול בהשמנה בקרב הקהילה המקצועית.

המרכזים הבריאטריים, האמונים על המענים הטיפוליים הכוללים התערבות כירורגית במערכת העיכול שמטרתה להוביל לירידה במשקל, מהווים מענה לקבוצת המטופלים אשר עבורם נדרש פתרון כירורגי על מנת לסייע בתהליך הפחתת המשקל.

ההפניה למרכז בריאטרי תעשה דרך מרכזי הטיפול הרב מקצועיים, ומנהל הטיפול המלווה את המטופל יהיה הגורם המקשר בין ההליך הבריאטרי לבין תכנית הטיפול הכוללת. ליווי המטופל לאחר ההליך הכירורגי יעשה על ידי המרכז הרב-מקצועי תוך מעקב של צוות המרכז הבריאטרי.

שילוב המרכזים הבריאטריים כחלק מתוכנית הטיפול הנבנית עם המטופל במרכזים הרב-מקצועיים, ולא כנדבך עצמאי, יבטיח אחוזי הצלחה גבוהים יותר של הניתוחים הבריאטריים וצמצום במספר הניתוחים הבריאטריים החוזרים.



● הצלחת טיפול ● כשלון בטיפול