



משרד הבריאות
מדינת ישראל

דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2010



הדו"ח הוכן על ידי
המחלקה לחינוך וקידום בריאות
משרד הבריאות

דו"ח זה מוגש לכנסת על ידי שר הבריאות בהתאם ליחוק חובת דיווח
בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק, התשס"א-2000

אייר התשע"א, מאי 2011

תוכן העניינים

5	דבר סגן שר הבריאות
6	מבוא
7	תקציר
11	פרק א: עישון בקרב האוכלוסיה הבוגרת בישראל
22	פרק ב: עישון בקרב בני נוער בישראל
27	פרק ג: מצב העישון בצה"ל
32	פרק ד: פעילות משרד הבריאות למניעת העישון ונזקיו
44	פרק ה: חקיקה בנושא העישון
45	פרק ו: אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים
51	פרק ז: גמילה מעישון בישראל
56	פרק ח: הוצאות חברות הטבק על פרסום, חסויות וקידום מכירות
61	פרק ט: הכנסות המדינה ממיסי קנייה על טבק
63	פרק י: נזקי העישון הכפוי בילדים
67	פרק יא: עישון בחברה החרדית

ריכוז הדוח וכתובה: חיים גבע הספיל

וועדת ההיגוי של משרד הבריאות להכנת הדוח

יו"ר הוועדה

יאיר עמיקם, סמנכ"ל הסברה ויחסים בין-לאומיים

שירותי בריאות הציבור

ד"ר איתמר גרוטו, ראש שירותי בריאות הציבור

הלשכה המשפטית

עו"ד אילנה מישר, סגנית היועצת המשפטית

המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות הציבור

רות ויינשטיין, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות

חיים גבע-הספיל, מקדם בריאות ארצי, אחראי תחום עישון

צה"ל

רס"ן תמר סלע, מפקדת המרכז לחקר תחלואה זיהומית, בריאות הצבא, מקרפ"ר

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

פרופ' תמי שוחט, ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

ד"ר ליטל קינן בוקר, סגנית ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

גבי אניקה יפרח, ראש יחידת פרסומים

ד"ר אחמד כבהא

ייעוץ סטטיסטי ועיבוד נתונים: אילונה אוגורצב, ד"ר לריסה גרמן וריטה דכטיאר

עיצוב גרפי: סיגל שהרבני

הפקה: דלית דנן

תודות

אגף ההסברה, משרד הבריאות

יאיר עמיקם

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

פרופ' תמי שוחט, ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

ד"ר ליטל קינן בוקר, סגנית ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

גב' אניקה יפרח, ראש יחידת פרסומים

ד"ר אחמד כבהא

ענף בריאות הצבא, מקרפ"ר, צה"ל

רס"ן תמר סלע

רס"ן שביט אלול

שירותי בריאות כללית

ד"ר דיאן לוין

שוש גן-נוי

מכבי שירותי בריאות

ליאורה ולינסקי

חיים פילוסוף

מאוחדת

שוש טשרניחובסקי

לאומית

מרגלית שילה

החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון

ד"ר שני אפק

ד"ר ישי לב

המרכז למניעה וגמילה מעישון, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

ד"ר עמית רותם

המרכז למניעה וגמילה מעישון, הטכניון, חיפה

ד"ר רחל דהן

דבר סגן שר הבריאות

משרד הבריאות ושותפיו לדרך, משקיעים משאבים רבים למיגור העישון. הפעילות הינה רב תחומית, וכוללת התערבויות באוכלוסייה הכללית ובאוכלוסיות מוגדרות, בהיבטים של מניעה, הסברה, גמילה, חקיקה, אכיפה, ומחקר.

הדוח שלפנינו מקיף מגוון תחומים המאפשרים לקורא לקבל תמונת מצב מקיפה על שיעורי העישון בקרב האוכלוסייה בישראל בפילוחה לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, על מקומה של החקיקה, תוכניות התערבות, וכד'. חשיבותו של דוח זה היא לא רק במילוי אחר החוק הקובע כי שר הבריאות יגיש לכנסת דוח בנושא זה מדי שנה, אלא ראשית לכול בהבאת מידע אמין, מעודכן, נכון וזמין לידיעת חברי הכנסת והציבור כולו, על תופעת העישון בישראל ועל מאבקה של מערכת הבריאות בתופעה זו. השנה הוקדש פרק מיוחד לנושא המיסוי על הסיגריות, הוצאות חברות הטבק על פרסום וקידום מכירות, סקר ייחודי בקרב מעשנים בנושא גמילה מעישון וסקירה של מחקרים מישראל בנושא העישון.

דוח זה הינו פרי עמל של צוות רב-מקצועי מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות, המחלקה לחינוך וקידום בריאות, אגף ההסברה והלשכה המשפטית במשרד הבריאות, ענף בריאות הצבא בצה"ל וגורמים נוספים כגון קופות חולים, האגודה למלחמה בסרטן ועוד.

יישר כוח לכל העושים במלאכה.

מאי 2010, סיוון תשי"ע

ח"כ הרב יעקב ליצמן

סגן שר הבריאות

מבוא

דוח שר הבריאות על העישון בישראל 2010 הוא הדוח העשירי המוגש לכנסת מאז שנחקק "חוק חובת דיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק" בשנת 2000. הדוח שלפנינו מצביע על המשך מגמת היציבות בשיעורי העישון בישראל. הירידה המתמשכת בשיעורי העישון שהחלה בתחילת שנות ה-70 התייצבה משנת 1994, וכיום האומדן לאחוז המעשנים מכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 שנה ומעלה) הוא 23.3%. עם זאת חשוב לציין כי מגמת הירידה שהחלה להסתמן בשנים האחרונות בקרב נשים נמשכת. הדוח כולל סקירה מפורטת על דפוסי העישון באוכלוסיות שונות בישראל, על התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו שגובשה לאחרונה וכן פירוט על החקיקה ופעילות האכיפה בתחום מניעת העישון. הפרק "מצב העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת" מבוסס בעיקרו על ממצאים מתוך סקרי עישון לאומיים שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם). השנה התבססו הנתונים על החלק הרביעי של סקר בריאות לאומי INHIS-2, שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם) בשנים 2009-2010. בשונה משנים קודמות, השנה לא פורטו כלל הפעילויות המתבצעות בנושא העישון, על ידי הגופים השונים העוסקים בתחום במערכת הבריאות ומחוצה לה, אלא נסקרה רק פעילות הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו שפעלה במסגרת המשרד והמלצותיה לתוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו. השנה נכללו בדוח פרקים נוספים: פרק המפרט ממצאיו של סקר ייחודי שנערך על ידי המלב"ם בחודשים דצמבר 2010 – מרץ 2011 להערכת היבטים שונים של נושא העישון בקרב החברה החרדית, פרק הסוקר את הנזקים הבריאותיים הקשורים לחשיפה לעישון כפוי בקרב ילדים וכן פרק הסוקר את השינויים בתחום הגמילה מעישון.

אני מקווה שדו"ח זה ישמש כתמרור אזהרה מפני מגיפת העישון וכמצפן לגיבוש הדרך והמדיניות הנכונה להיאבק במגיפה זו.

אייר תשע"א, מאי 2011

רותי ויינשטיין
המחלקה לחינוך וקידום בריאות

תקציר

עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

- על פי סקר INHIS-2, שנערך בשנים 2009-2010, אחוז המעשנים¹ בבני 21 שנים ומעלה באוכלוסייה בישראל הוא 23.3%; 32.0% מכלל הגברים בישראל מעשנים ו-15.1% מכלל הנשים בישראל מעשנות.
- שיעורי העישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה: 28.0% מהגברים היהודים ו-16.1% מהנשים היהודיות, 52.2% מהגברים הערבים ו-9.7% מהנשים הערביות.
- על פי סקר בריאות, נספח לסקר כוח אדם, שנערך בשנת 2009 על ידי הלמ"ס, שיעור המעשנים סיגריות בישראל הוא 20.9%. אחוז הגברים היהודים המעשנים הוא 25.2%, אחוז הנשים היהודיות הוא 14.7% ובקרב האוכלוסייה הערבית השיעורים הם 44.8% בגברים ו-3.7% בנשים.
- 27.4% מהגברים הערבים המעשנים ו-14.7% מהנשים הערביות המעשנות, צורכים מעל חפיסת סיגריות ליום (מעל 20 סיגריות) לעומת 14.6% מהגברים היהודים ו-8.2% מהנשים היהודיות המעשנות. 57.1% מהגברים הערבים ו-47.1% מהנשים הערביות צורכים 10-20 סיגריות ביום, לעומת 56.2% מהגברים היהודים ו-52.4% מהנשים היהודיות. 39.4% מהנשים היהודיות המעשנות צורכות פחות מ-10 סיגריות ליום, וכך גם 38.2% מהנשים הערביות.
- הגיל הממוצע להתחלת עישון סיגריות בבני 21 שנים ומעלה, היה 18.4 שנים בגברים יהודים, ו-20.6 שנים בנשים יהודיות, 19.1 שנים בגברים ערבים ו-26.7 שנים בנשים ערביות. לא נצפתה מגמת שינוי בגיל התחלת העישון בגברים ובנשים יהודים, בקרב גברים ערבים נצפתה ירידה קלה בין השנים 2008 ל- ובקרב נשים ערביות, נמשכת מגמת העלייה בגיל התחלת העישון.
- 60.8% מהמעשנים דיווחו כי רופא המליץ להם על הפסקת עישון.
- מבחינת מגמות בשיעורי העישון, בגברים יהודים חלה התייצבות סביב ה-28%, בנשים יהודיות חלה בעשור האחרון ירידה רציפה, של כ-34% בשיעור העישון, בגברים ערבים חלה עלייה של 31% בשיעור המעשנים במהלך 5 השנים האחרונות ובנשים ערביות חלה ירידה של 57% בשיעור העישון במהלך 14 השנים האחרונות. הנתון מהסקר האחרון (9.7%) עלול להיות מטעה עקב מדגם קטן בסקר זה.

עישון בקרב בני נוער בישראל

- נכון למועד סגירת דו"ח זה לא נתקבלו נתונים חדשים על שיעורי העישון בקרב בני נוער, ולכן מובאים כאן הנתונים האחרונים המעודכנים, כפי שפורסמו בדו"ח שר הבריאות לשנת 2009.
- בסקר שנערך בשנת 2009 בקרב 5,268 בני נוער ערבים, תלמידי כיתות ח', 1.1% מהתלמידים דיווחו כי הם מעשנים כל יום ו-2.9% מהתלמידים דיווחו על עישון מידי פעם. זאת בהשוואה ל-0.2% ו-1.2%, בהתאמה, בקרב הבנות. שיעורי העישון הגבוהים ביותר נמצאו בקרב התלמידים הבדואים (2.1% מעשנים כל יום ו-4% מידי פעם).
 - בקרב התלמידים המוסלמים והנוצרים, שיעורי העישון מידי פעם דומים לאלה של התלמידים הבדואים (3.6%) ואילו שיעורי העישון מידי יום נמוכים יותר (1.1%).

¹ "מעשן" בשני הסקרים הוא כל מרואיין שענה בחיוב לשאלה "האם אתה מעשנת?"

- נמצא קשר בין עישון ההורים ועישון ילדים. שיעורי העישון הנמוכים ביותר (כל יום ומידי פעם) נמצאו בקרב תלמידים שהוריהם אינם מעשנים (3.4%); השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו בקרב תלמידים שדיווחו כי שני ההורים מעשנים (19.8%).
- שיעור העישון היה גבוה פי 4.9 בקרב תלמידים שדיווחו כי אמותיהם מעשנות לעומת תלמידים שדיווחו כי אף אחד מהוריהם אינו מעשן.

מצב העישון בצה"ל

- שיעור העישון בקרב החיילים אשר התגייסו לצה"ל בשנת 2010 היה 35.0% בגברים ו-24.1% בנשים.
- שיעור העישון בקרב החיילים שהשתחררו מצה"ל בשנת 2010 היה 38.7% בגברים ו-32.6% בנשים.
- בשנת 2010 אחוז המשתחררות שהחלו לעשן בזמן השירות הצבאי היה 4.9% מכלל המשתחררות, ואחוז המשתחררים שהחלו לעשן עמד בזמן השירות היה 6.6%.
- שיעור המעשנים בקרב החיילים ששירתו כלוחמים היה נמוך יותר בעת הגיוס בהשוואה לשאר חיילי החובה, והוא נשאר נמוך גם בעת השחרור. עם זאת, שיעור התחלת עישון בזמן השירות גבוה יותר בקרב הלוחמים (7.4%) בהשוואה לשיעור זה בקרב שאר החיילים (5.3%).
- לפי נתוני שנת 2010, משתחרר מעשן צרך בממוצע 13.2 סיגריות ביום, ואילו הצריכה היומית הממוצעת בקרב משתחררות מעשנות הייתה 10.3 סיגריות ביום.
- הגיל הממוצע של התחלת העישון במתגייסים בשנת 2010 היה 15.4 שנים, ובמתגייסות 15.7 שנים. הגיל הממוצע של התחלת עישון בקרב משתחררים מעשנים בשנת 2010 היה 16.1 שנים ובקרב משתחררות 16.1.

פעילות משרד הבריאות למניעת העישון ונזקיו

- הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו, שפעלה במסגרת משרד הבריאות, הגישה דו"ח ובו המלצה לתוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו.
- משרד הבריאות קיבל ואימץ את המלצות הוועדה, ונמצא כעת בשלבים הסופיים של הבאת התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, כפי שהומלצה על ידי הוועדה אם כי בשינויים מתחייבים, לאישור הממשלה. עיקרי התוכנית הם:
- מדיניות כוללת ומקיפה, העוסקת במקביל בכל היבטי העישון והשימוש במוצרי טבק השונים.
 - הקמת גוף מרכזי בתוך משרד הבריאות, שיעסוק בנושא העישון והשימוש במוצרי טבק, באכיפת החקיקה הרלוונטית לעישון ויוביל ויתאם את יישום התוכנית הלאומית.
 - שיפור ההגנה על הציבור מפני החשיפה לעישון כפוי ונזקיו, בעיקר על ידי החמרת החקיקה הנוגעת למניעת עישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון.
 - צמצום הצטרפות צעירים למעגל המכורים לעישון, בין השאר על ידי צמצום והגבלה של פעילות שיווקית ופרסום של חברות טבק, הגבלת נגישות צעירים לסיגריות דרך מכונות אוטומטיות והגברת השקיפות ביחס למוצרי הטבק, תכולתם והשפעתם הרעילה וכן אמצעים נוספים.

- שינויים והתאמות במדיניות המיסוי של מוצרי טבק, שעיקרם המשך העלאת המיסוי על סיגריות, ייקור משמעותי של טבק לנרגילות והמלצות נוספות.
- שיפור והרחבה של שירותי הגמילה מעישון המוצעים לציבור, כך שיכללו (בנוסף לטכנולוגיות הקיימות כבר בסל שירותי הבריאות) גם תחליפי ניקוטין, ייעוץ אישי, מוקד גמילה טלפוני ותמיכה דרך האינטרנט.
- הרחבת השימוש בהסברה ותקשורת, לטובת העלאת המודעות לעישון ונזקיו ולשירותי הגמילה.
- הקמת צוות משותף למשרדי הגנת הסביבה והבריאות, שיעסוק בנושא צמצום הזיהום מבדלי הסיגריות.
- תוכנית ייעודית לצמצום העישון בחברה הערבית נמצאת בשלבי הכנה ותצורה כחלק מהתוכנית הלאומית.
- קביעת יעדים מוגדרים ומדידים, אותם התוכנית שואפת להשיג לקראת שנת 2020.

אכיפה

מרבית ראשי הערים שמשרד הבריאות פנה אליהם, העבירו את הדיווח כנדרש בחוק. המשרד יפנה שוב לראשי הערים שעדיין לא מסרו דיווח כנדרש על מנת לגבש את תמונת האכיפה המלאה.

הוצאות חברות הטבק על פרסום, חסויות וקידום

- הוצאות חברות הסיגריות על פרסום, חסויות, קידום מכירות ודיוור ישיר היו כ-37 מיליון ₪, מתוכן: 20 מיליון ₪ על פרסומות ודיוור ישיר, 17 מיליון ₪ על מבצעי קידום מכירות ו-58 אלף ₪ על חסויות.
- בהשוואה לשנת 2008, חלה ירידה של 25% בסך כל ההוצאות. עיקר השינוי נרשם בתחום הפרסומות ודיוור ישיר – ירידה של כ-38% בהשוואה לשנת 2008.
- נתונים אלו עשויים להצביע על כך שבניגוד לשנת 2008, שבה חברות הסיגריות השקיעו רבות כחלק מהמאבק על דעת הקהל, מיד לאחר תיקוני חקיקה משמעותיים לקידום המאבק בעישון בכלל ובעישון כפוי בפרט שנעשו בסוף שנת 2007, בשנת 2009 לא עלה צורך כזה עקב היעדר חקיקה משמעותית, וחברות הסיגריות הסתפקו בהשקעה של 37 מיליון ₪, כפי 10 מההשקעה של כל גופי הבריאות השונים יחד.

הכנסות המדינה ממיסי קנייה על טבק

- בשנת 2009 צריכת הסיגריות הלאומית היתה 415 מיליון חפיסות: עליה של 0.5% לעומת שנת 2008.
- צריכת הסיגריות לנפש עמדה על כ-56 חפיסות, בהשוואה ל-55 חפיסות בשנת 2008, אך המגמה הברורה היא של ירידה בצריכה לנפש לאורך השנים.
- בעקבות העלאת המס על הסיגריות במאי 2009, הייתה ציפייה לירידה בצריכה לנפש, אולם ירידה זו לא התממשה, אלא חל שינוי בדפוסי התנהגות הצרכנים, שבה לידי ביטוי במעבר מצריכת סיגריות יקרות לסיגריות זולות יותר.

- הכנסות המדינה ממיסי קנייה על טבק בשנת 2009 עמדה על 4.1 מיליארד ₪, עליה של 9.4% לעומת 2008. בשנת 2009 תרם המיסוי על הסיגריות 32% מסך גביית מס הקניה. הכנסות אלו היוו כ-2.3% מסך הכנסות המדינה ממיסים וכחצי אחוז מהתמ"ג.
- נמשכת המגמה של ירידה בצריכת הסיגריות מתוצרת מקומית ועליית חלקן של הסיגריות המיובאות, מ-73% בשנת 1991 ל-21% בשנת 2008.

נזקי החשיפה לעישון כפוי בילדים

- מסקירת המחקרים השונים עולה כי ישנם עדויות התומכות בקשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי של האם במהלך ההיריון ובין הפחתה במשקל הלידה של תינוקות, תסמונת מוות בעריסה, מחלות בדרכי נשימה תחתונות בפעוטות וילדים, שיעול, כיח, צפצופים וקוצר נשימה בילדים בגילאי בית ספר, דלקות באוזן התיכונה בילדים ואסטמה.
- נמצא קשר סיבתי גם בין עישון אם במהלך היריון ובין מחלות בדרכי נשימה תחתונות בילדים, דלקות באוזן התיכונה בילדים, שיעול, כיח, צפצופים וקוצר נשימה בילדים בגילאי בית ספר, אסטמה והשפעות ארוכות טווח על תפקודי ריאה.
- קשר סיבתי נמצא גם בין חשיפה לעישון כפוי לאחר לידה ותפקוד ריאתי ירוד בגיל הילדות.

נושא העישון בחברה החרדית

- שיעור המעשנים באוכלוסיית הסקר הינו 13.8%. שיעור המעשנים בעבר (שנגמלו) הינו 18.9%.
- המעשנים היו יותר רווקים, עצמאיים או שכירים ולא תלמידי ישיבה, עם עד 12 שנות לימוד ושהגדירו עצמם מהזרם הספרדי.
- הגיל הממוצע של התחלת עישון בקרב המעשנים היה 17.9 שנים, מספר הסיגריות הממוצע היה 13.1 סיגריות ליום. הגיל הממוצע להפסקת עישון בקרב המעשנים בעבר היה 33.0 שנים ומשך העישון הממוצע עד להפסקת העישון היה 14.9 שנים.
- 47.2% מהמעשנים השיבו כי הם מעוניינים להפסיק לעשן. מתוכם, 14.7% מתכננים לעשות זאת בחצי שנה הקרובה ועוד 17.6% מתכננים לעשות זאת בחודש הקרוב.
- 40.2% מהמעשנים השיבו כי ניסו להפסיק לעשן למשך יום אחד או יותר בשנה האחרונה, כדי לנסות להיגמל מעישון. הסיבה השכיחה ביותר שמעשנים הרוצים להיגמל נתנו כחסם לגמילה היתה הנאה מעישון (65.2%). הסיבה השכיחה ביותר להפסקת עישון היתה הרגשה או החלטה אישית (54.5%).
- 44.4% מהמעשנים דיווחו שרופא או איש צוות רפואי אחר המליצו להם אי פעם על הפסקת עישון, לעומת 63.9% מהמעשנים היהודים שאינם חרדים (סקר עישון חורף 2010). 77.8% מהמעשנים לא ידעו שישנן תרופות העוזרות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות.
- כ-85% מהמעשנים שמעו על איסור דתי כלשהו לעשן, ובפרט פסק ההלכה משנת תש"ס. למרות זאת, פחות מרבע מהמעשנים השיבו שהדבר השפיע על הרגלי העישון שלהם.
- 93.1% מהמעשנים שללו כל בעיות בריאות אצלם, ככאלו הנובעות מעישון.
- 93.1% מכלל המשיבים השיבו כי החוק מיושם במקום העבודה או הלימודים שלהם באופן מוחלט (78%) או חלקי (15.1%).

פרק א: עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

רקע

מקור הנתונים על דפוסי העישון באוכלוסייה הבוגרת הוא החלק הרביעי של סקר בריאות לאומי - INHIS-2, שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם) בשנים 2009-2010. הסקר נערך באמצעות ראיונות טלפוניים במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל בני 21 ומעלה, יהודים וערבים. המידע בפרק זה מתבסס על מאגר נתונים הכולל 3,014 מרואיינים: 1,513 גברים (50.2%) ו-1,501 נשים (49.8%); 2,198 מהמרואיינים (72.9%) הם יהודים ובני דתות אחרות שאינם ערבים (כולל נוצרים שאינם ערבים ומרואיינים ללא סיווג דת) ו-816 הם ערבים (27.1%).

שיעורי העישון המדווחים בפרק זה בכלל האוכלוסייה, ביהודים ובערבים הם שיעורים משוקללים בהתאם להתפלגות הגילאים באוכלוסייה, והם משקפים את העישון בכל האוכלוסייה ובתתי האוכלוסיות.

בסעיף "מגמות בעישון בישראל" מוצגים גם נתונים מסקרים קודמים: מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות הקיים משנות ה-70 ועד תחילת שנות ה-90; סדרת הסקרים הלאומיים בנושא ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (סקרי KAP), שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות; סקר בריאות לאומי INHIS-1 שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2003-2004, סקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2008 (3 החלקים הראשונים) וסקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), שנערכו בשנים 1996-1997 ו-1999-2000.

עישון בכל האוכלוסייה

על פי סקר INHIS-2, שנערך בשנים 2009-2010, אחוז המעשנים² בבני 21 שנים ומעלה באוכלוסייה בישראל הוא 23.3% (95% CI: 22.8%-23.8%).³

עישון לפי מין

לאחר שקלול לגיל ולקבוצת אוכלוסייה נמצא כי 32.0% (95% CI: 29.4%-34.6%) מכלל הגברים בישראל מעשנים ו-15.1% (95% CI: 13.1%-17.2%) מכלל הנשים בישראל מעשנות.

עישון לפי קבוצת אוכלוסייה

לאחר שקלול לגיל ולמין נמצא כי שיעור העישון באוכלוסייה היהודית הוא 21.8% (95% CI: 20.0%-23.7%). שיעור העישון המשוקלל באוכלוסייה הערבית הוא 30.9% (95% CI: 28.0%-33.8%). שיעור העישון המתוקנן

² "מעשן" בשני הסקרים הוא כל מרואיין שענה בחיוב לשאלה "האם את/ה מעשנת?".
³ הנתון התקבל לאחר שקלול למין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

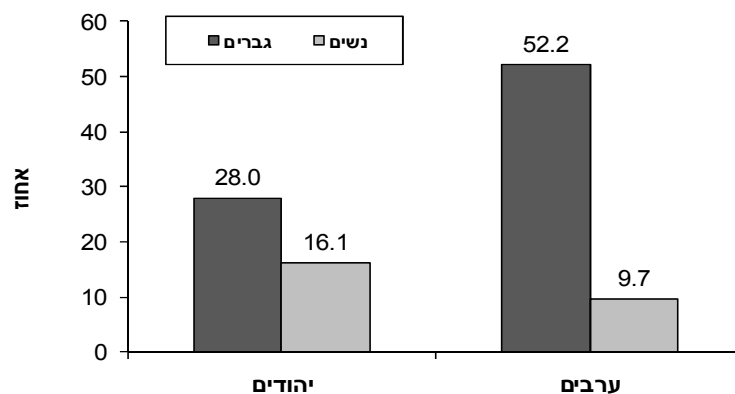
לגיל (לפי אוכלוסיית כלל ישראל) באוכלוסייה הערבית הוא 30.4% (95% CI: 27.0%-33.8%) ובאוכלוסייה היהודית 22.1% (95% CI: 20.2%-24.1%).

עישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

נתונים מסקר INHIS-2 2010-2009

תרשים 1 מציג את שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). יש לציין כי בקבוצת היהודים נכללו בני דתות אחרות ונוצרים שאינם ערבים. השיעורים הם: 28.0% בקרב גברים יהודים (95% CI: 25.1%-30.9%), 16.1% בקרב נשים יהודיות (95% CI: 13.8%-18.5%), 52.2% בקרב גברים ערבים (95% CI: 47.1%-57.3%) ו-9.7% בקרב נשים ערביות (95% CI: 6.7%-12.6%).

תרשים 1: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה (אחוזים משוקללים לגיל)
(מקור: סקר INHIS-2 2010-2009)



נתונים מסקר בריאות, נספח לסקר כוח אדם של הלמ"ס

על פי סקר בריאות, נספח לסקר כוח אדם, שנערך בשנת 2009 על ידי הלמ"ס שיעור המעשנים סיגריות בישראל הוא 20.9%. אחוז הגברים היהודים המעשנים סיגריות הוא 25.2%, אחוז הנשים היהודיות המעשנות הוא 14.7% ובקרב האוכלוסייה הערבית השיעורים הם 44.8% ו-3.7%, בהתאמה. יש לציין כי סקר זה מבוסס על דיווח של אחד מבני המשפחה על הרגלי העישון שלו ושל בני משפחתו (proxy) ויכול לפיכך לתת תת אומדן של אחוז המעשנים.

עישון לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וגיל

תרשימים 2א-ב מציגים את שיעורי העישון בישראל לפי מין, קבוצת אוכלוסייה וקבוצות גיל. שיעורים אלו מבוססים על סקר INHIS-2 2010-2009.

גברים

בקרב גברים יהודים שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בבני 44-54 שנים (38.5%) והנמוך ביותר בבני 55+ (17.4%). בקרב גברים ערבים שיעור העישון בבני 21-54 גבוהים, כ- 50% ומעלה. שיעורים גבוהים במיוחד נצפו בבני 44-35 (58.7%). בדומה לגברים היהודים, השיעורים הנמוכים ביותר נצפו בקבוצת הגיל המבוגרת (41.5% בבני 55+ שנים). בהשוואה בין שתי קבוצות האוכלוסייה נמצא כי בכל קבוצות הגיל שיעורי העישון גבוהים פי 1.3-2.4 בגברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים.

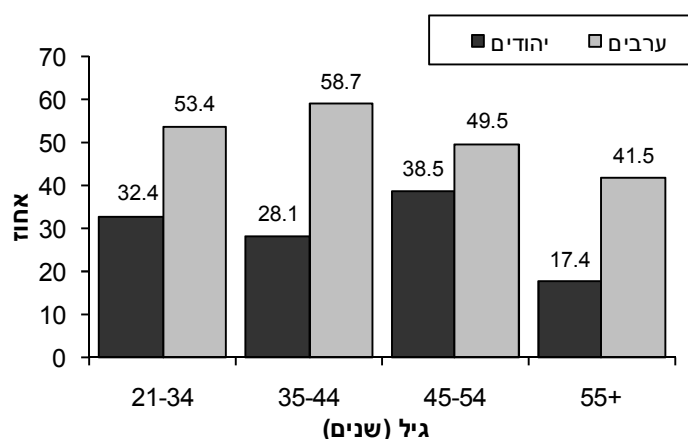
נשים

בקרב נשים יהודיות נצפה שיעור העישון הגבוה ביותר בבנות 45-54 (20.4%); בבנות 55+ נצפה השיעור הנמוך ביותר (12.8%). בקרב נשים ערביות שיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בבנות 21-34 (8.4%). יש לציין כי נתון זה מבוסס על מספר קטן של מעשנות ערביות. בהשוואה בין שתי קבוצות האוכלוסייה נמצא כי בכל קבוצות הגיל שיעורי העישון גבוהים פי 1.3-2.2 בנשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות.

תרשים א2: שיעורי העישון בגברים באוכלוסייה הבוגרת בישראל,

לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל

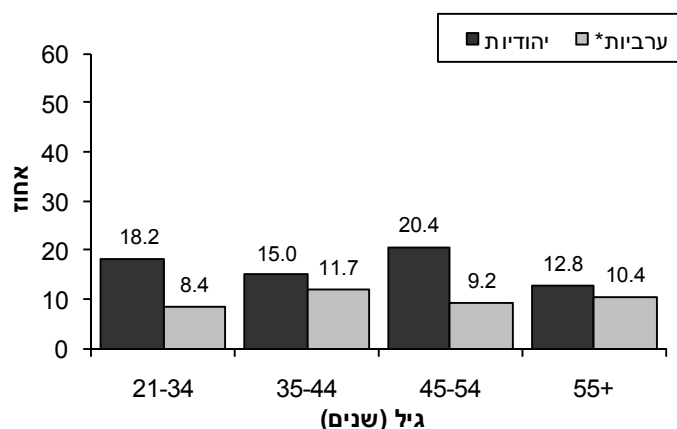
(מקור: סקר 2- INHIS-2009-2010)



תרשים ב2: שיעורי העישון בנשים באוכלוסייה הבוגרת בישראל,

לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל

(מקור: סקר 2- INHIS-2009-2010)



* מבוסס על מספר קטן של מעשנות.

צריכת הסיגריות היומית

תרשימים 3א-ב מציגים את התפלגות המעשנים לפי כמות הסיגריות היומית הנצרכת ולפי מין וקבוצת אוכלוסייה.

גברים

בתרשים 3א' מוצגת התפלגות המעשנים לפי כמות הסיגריות הנצרכת ביום. 27.4% מהגברים הערבים המעשנים צורכים מעל חפיסת סיגריות ליום (מעל 20 סיגריות) לעומת 14.6% מהגברים היהודים. 57.1% מהגברים הערבים המעשנים צורכים 10-20 סיגריות ביום, בהשוואה ל-56.2% מהגברים היהודים.

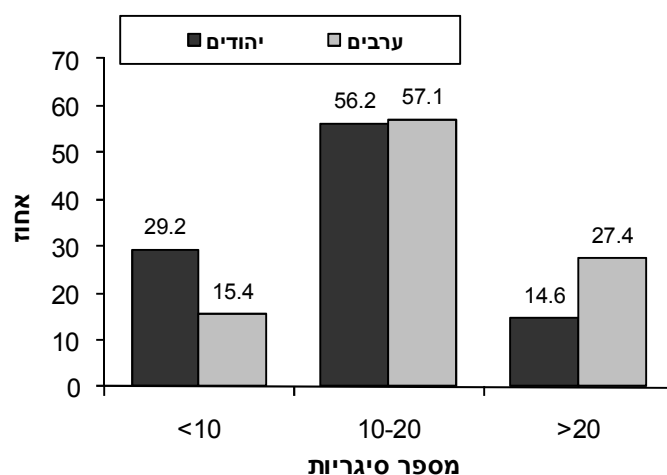
נשים

בתרשים 3ב' מוצגת התפלגות המעשנות לפי כמות הסיגריות הנצרכת ביום. 39.4% מהנשים היהודיות המעשנות סיגריות, מעשנות פחות מ-10 סיגריות ליום. 52.4% מעשנות 10-20 סיגריות ביום. 8.2% מעשנות מעל חפיסה ליום. 38.2% מהנשים הערביות המעשנות סיגריות מעשנות פחות מ-10 סיגריות ליום ועוד 47.1% דיווחו על כמות של 10-20 סיגריות ביום.

שיעורי העישון גבוהים וכמות הסיגריות הנצרכת ביום גבוהים יותר בגברים מאשר בנשים הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית.

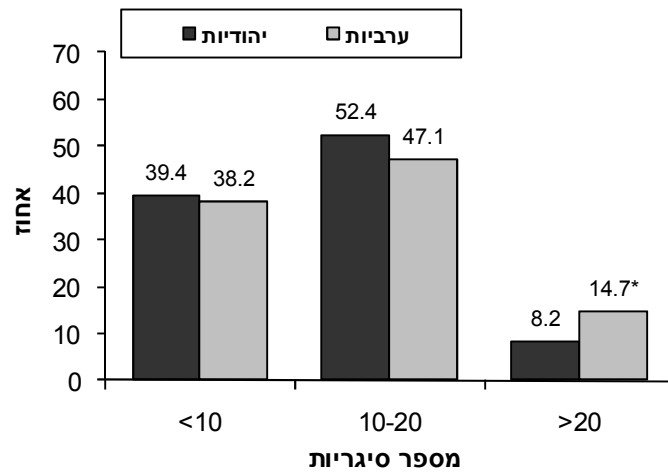
תרשים 3א: התפלגות המעשנים לפי צריכת סיגריות יומית ולפי קבוצת אוכלוסייה - גברים

(מקור: סקר 2009-2010 INHIS-2)



תרשים 33: התפלגות המעשנות לפי צריכת סיגריות יומית ולפי קבוצת אוכלוסייה - נשים

(מקור: סקר INHIS-2 2009-2010)

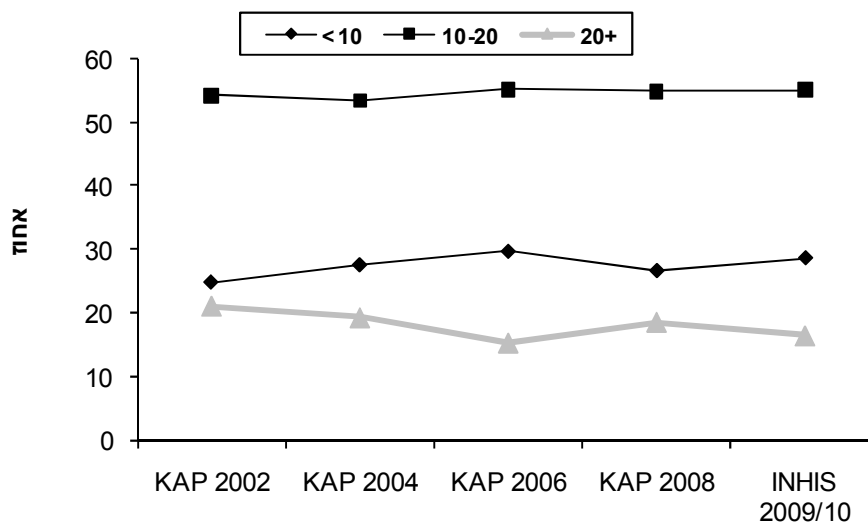


* מבוסס על מספר קטן של מעשנות מעל 20 סיגריות ליום.

בתרשים 4 מוצגים הנתונים על צריכת סיגריות יומית לפי שנת הסקר. בסקרי KAP שנערכו בשנים 2002, 2004, 2006, 2008 ובסקר INHIS-2 2009-2010. נצפית יציבות בשיעורי המעשנים בין 10 ל-20 סיגריות ליום (טווח 55.0%-53.3%).

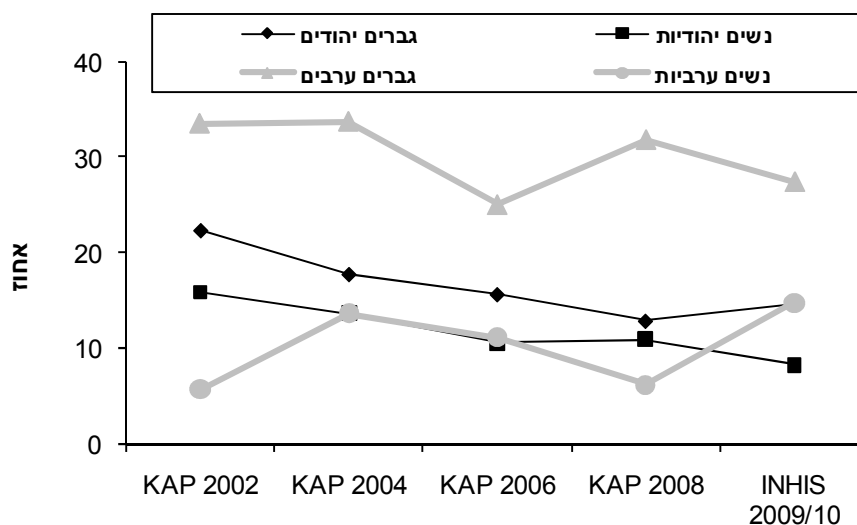
תרשים 4: מגמות בצריכת סיגריות יומית, סקרי KAP 2002, 2004, 2006, 2008

1- INHIS-2 2009-2010



בהצגת שיעור המעשנים מעל חפיסת סיגריות ליום לפי קבוצת אוכלוסייה ומין בין השנים 2002-2010 נמצאה ירידה בקרב כל הקבוצות למעט נשים ערביות (תרשים 5). גודל המדגם בקרב נשים ערביות בסקר INHIS-2 חלק 4, היה קטן יחסית ולכן מספר הנשים הערביות המעשנות שנמצאו במדגם זה ובפרט המעשנות מעל חפיסה ליום, עלול שלא לייצג נכון את השיעור באוכלוסייה.

תרשים 5: מגמות בצריכת מעל 20 סיגריות ביום, סקרי KAP 2002, 2004, 2006, 2008 ו- INHIS-2 2009-2010 לפי קבוצת אוכלוסייה ומין



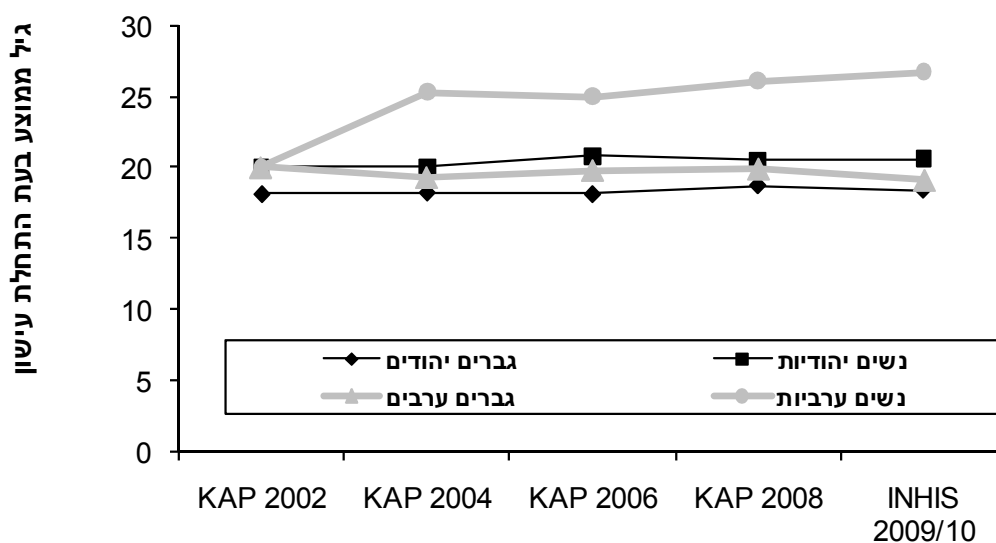
גיל ממוצע בעת התחלת עישון סיגריות

הגיל הממוצע להתחלת עישון סיגריות המדווח על ידי המרואיינים בסקר INHIS-2 2009-2010 חלק 4, בבני 21 שנים ומעלה, היה 18.4 שנים בגברים יהודים (סטיית התקן: 6.4 שנים, חציון: 17.8 שנים, טווח: 7-60 שנים) ו-20.6 שנים בנשים יהודיות (סטיית התקן: 6.7 שנים, חציון: 18 שנים, טווח: 12-45 שנים); 19.1 שנים בגברים ערבים (סטיית התקן: 4.6 שנים, חציון: 18 שנים, טווח: 6-40 שנים) ו-26.7 שנים בנשים ערביות (סטיית התקן: 8.2 שנים, חציון: 25 שנים, טווח: 16.5-50 שנים).

תרשים 6 מציג את המגמות בגיל הממוצע בעת התחלת עישון סיגריות, לפי ממצאי סקרי KAP השונים שנערכו בשנים 2002, 2004, 2006, 2008 ו- INHIS-2 2009-2010. בהשוואה בין הסקרים לא נצפתה מגמת שינוי בגיל התחלת העישון בגברים ובנשים יהודים. בקרב גברים ערבים נצפתה ירידה קלה בין השנים 2008 ל- 2010 (מגיל 19.9 לגיל 19.1, בהתאמה). בקרב נשים ערביות, נמשכת מגמת העלייה בגיל התחלת העישון משנת 2002 (מגיל 20 בשנת 2002 ל-26.7 בשנת 2010).

תרשים 6: גיל ממוצע בעת התחלת עישון, סקרי KAP 2002-2008 ו- INHIS-2 2009-2010 לפי קבוצת

אוכלוסייה ומין



המלצת רופא להפסקת עישון

בסקר נשאלו המרואיינים: " האם רופא המליץ לך להפסיק לעשן?". 60.8% מהמעשנים דיווחו כי רופא המליץ להם על הפסקת עישון. ל-59.4% מהמעשנים הערבים ניתנה המלצה כזו, מתוכם, ל-55.0% מהנשים הערביות ול-60.2% מהגברים הערבים. 61.6% מהמעשנים היהודים מסרו כי ניתנה להם המלצה כזו, ל-60.8% מהנשים היהודיות ול-62.1% מהגברים היהודים.

מגמות בעישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

הנתונים המוצגים בתרשים 7 מבוססים על מספר מאגרי מידע:

1. מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות הקיים משנות ה-70 ועד תחילת שנות ה-90.
2. סדרת הסקרים הלאומיים בנושא ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל (סקרי KAP), שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. סקר KAP הראשון נערך בשנת 1994 באמצעות ראיונות פנים אל פנים ובשנת 1995 בוצע סקר דומה בשיטה של ראיונות טלפוניים. משנת 1996 נערכים סקרי KAP טלפוניים אחת לשנתיים. משנת 2000 הסקרים נערכים על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. הסקרים כוללים מדגמים של 3,000-4,500 מרואיינים, בני 18 שנה ומעלה. בשנים 1996, 2002 ו-2004 בוצעו סקרים מקבילים באוכלוסייה הערבית בישראל. המגמות בשיעורי עישון בקרב האוכלוסייה היהודית מוצגים עבור התקופה 1980-2008. הנתונים על עישון בקרב האוכלוסייה הערבית מבוססים על סקרי KAP משנת 1996 וכן על נתונים מסקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם מהשנים 1996-1997 ו-1999-2000 (ראה סעיף 7 להלן).
3. סקר בריאות לאומי INHIS-1 שנערך על ידי המלבי"ם בשנים 2003-2004. הסקר כלל כ-10,000 מרואיינים, בני 21 שנה ומעלה, בארבעה מודולים: בריאות נשים, שימוש בשירותי בריאות, מניעה ובריאות הנפש.

4. סקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2007-2008. סקר זה כלל כ-7,300 מרואיינים, בני 21 שנה ומעלה, בשלושה מודולים (מודול בריאות נשים, מודול שימוש בשירותי בריאות ומודול מניעה).
5. המשך סקר הבריאות הלאומי INHIS-2, המודול הרביעי (מודול בריאות הנפש), שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2010-2009. סקר זה כלל כ-3000 מרואיינים, בני 21 ומעלה.
6. סקר ידע, עמדות והתנהגות בריאותית (KAP) שנערך על ידי המלב"ם בשנים 2008-2009. סקר זה כלל כ-4,200 מרואיינים, בני 18 שנה ומעלה.
7. סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), שנערכו בשנים 1996-1997, 1999-2000. סקרים אלו מבוססים על דיווח של אחד מבני המשפחה על הרגלי העישון שלו ושל שאר בני משפחתו (proxy).

תרשים 7 מתאר את המגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי קבוצת אוכלוסייה ומין בשנים 1980-2009. **היות והסקרים נערכו בשיטות שונות, והינם מבוססים על מדגמים יכולה להיות שונות בין הממצאים של הסקרים השונים.** כמו כן, המדגמים של הסקרים השונים אינם מייצגים בהכרח את האוכלוסייה לפי מחוזות (הדבר בולט במיוחד לגבי מחוז דרום). להלן עיקרי הממצאים.

גברים יהודים

במהלך שנות ה-80 ירדו שיעורי העישון בהדרגה משיעורי שיא של 45%-50% בתחילת שנות ה-80 לשיעור של כ-40% בסוף שנות ה-80. בשנת 1994 נצפתה ירידה בשיעורי העישון לכ-33% ומאז הירידה מתונה יותר, עד להתייצבות סביב שיעור עישון של 28% בין השנים 2008-2010.

נשים יהודיות

מתחילת שנות ה-80 ירדו שיעורי העישון מ-31% (בשנת 1980) והתייצבו על שיעור של כ-25% משנת 1995 ועד סוף שנות ה-90. משנת 1999 החלה ירידה נוספת ורציפה בשיעורים. בין השנים 1999-2010 ירדו שיעורי העישון בקרב נשים יהודיות מ-24.5% בשנת 1999 ל-16.1% בשנת 2010 (ירידה יחסית של 34%).

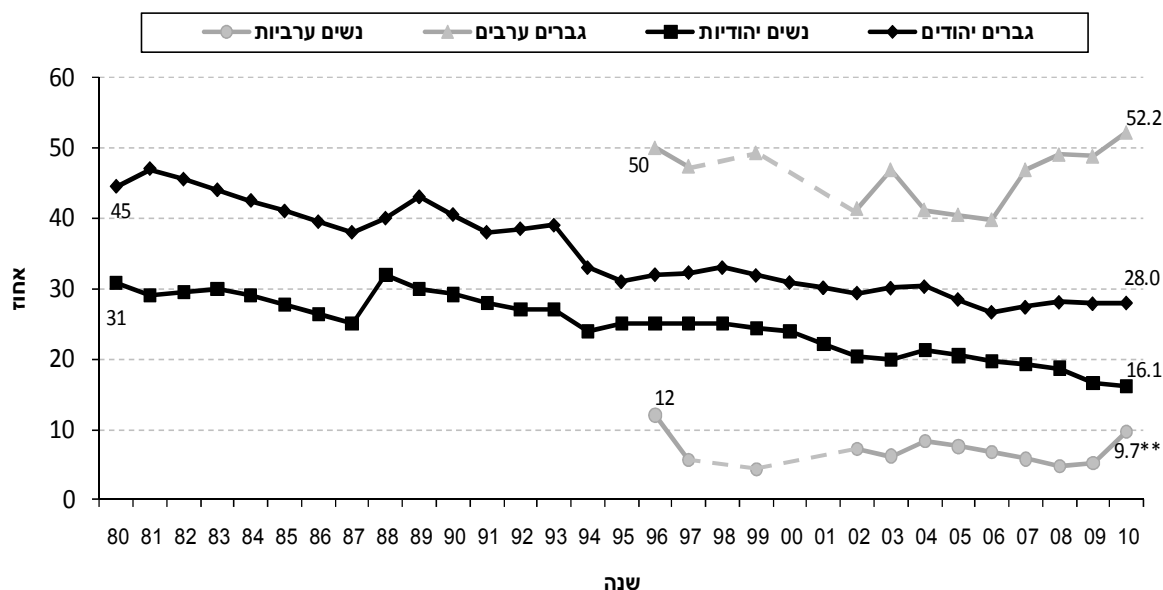
גברים ערבים

בין השנים 1996-2006 נצפתה מגמה כללית של ירידה בשיעורי העישון של גברים ערבים. השיעורים ירדו מ-50% בשנת 1996 ל-39.8% בשנת 2006 (ירידה יחסית של 20%). אולם, מאז עלו שיעורי העישון ברציפות ובשנת 2010 שיעור המעשנים הערבים הוא 52.2%. זוהי עליה של 31% בין השנים 2006-2010.

נשים ערביות

בקרב נשים ערביות שיעור העישון ירד מ-12% ב-1996 ל-5.2% בשנת 2009 (ירידה יחסית של כ-57%). אמנם, בשנת 2010 השיעור היה 9.7%, אולם, יש לסייג זאת בכך שגודל המדגם בקרב נשים ערביות בסקר INHIS-2, החלק הרביעי, היה קטן יחסית ולכן מספר הנשים הערביות המעשנות שנמצאו במדגם זה, עלול שלא לייצג את השיעור באוכלוסייה.

תרשים 7: מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין (1980-2010)*



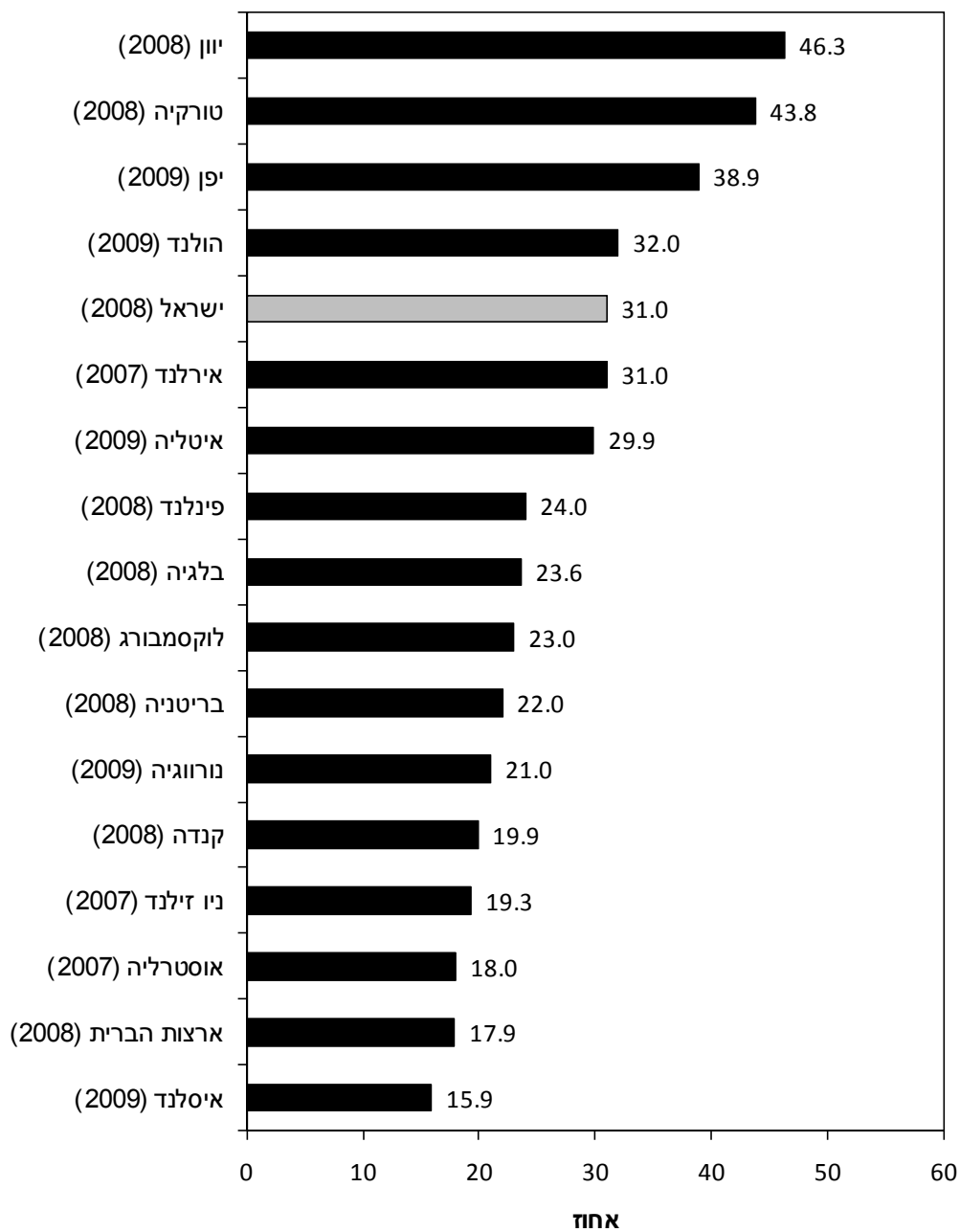
- * (1) הנקודות המסומנות מציינות שנים בהן התקיים סקר. בשאר השנים הנתונים מבוססים על אומדנים.
 (2) הקווים המקווקווים המופיעים באוכלוסייה הערבית מתייחסים לשנים בהן לא התקיימו סקרים באוכלוסייה זו.
 (3) בשנים 1997 ו-1999 הנתונים עבור האוכלוסייה הערבית מבוססים על סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלמ"ס.
 (4) משנת 2000 הנתונים המוצגים משוקללים לגיל.
 (5) בין השנים 1996-2002 לא נערכו סקרי בריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל.
 (6) הנתונים לשנים 2009-2010 מתייחסים לבני 21 שנים ומעלה.

** מבוסס על מספר קטן של מקרים.

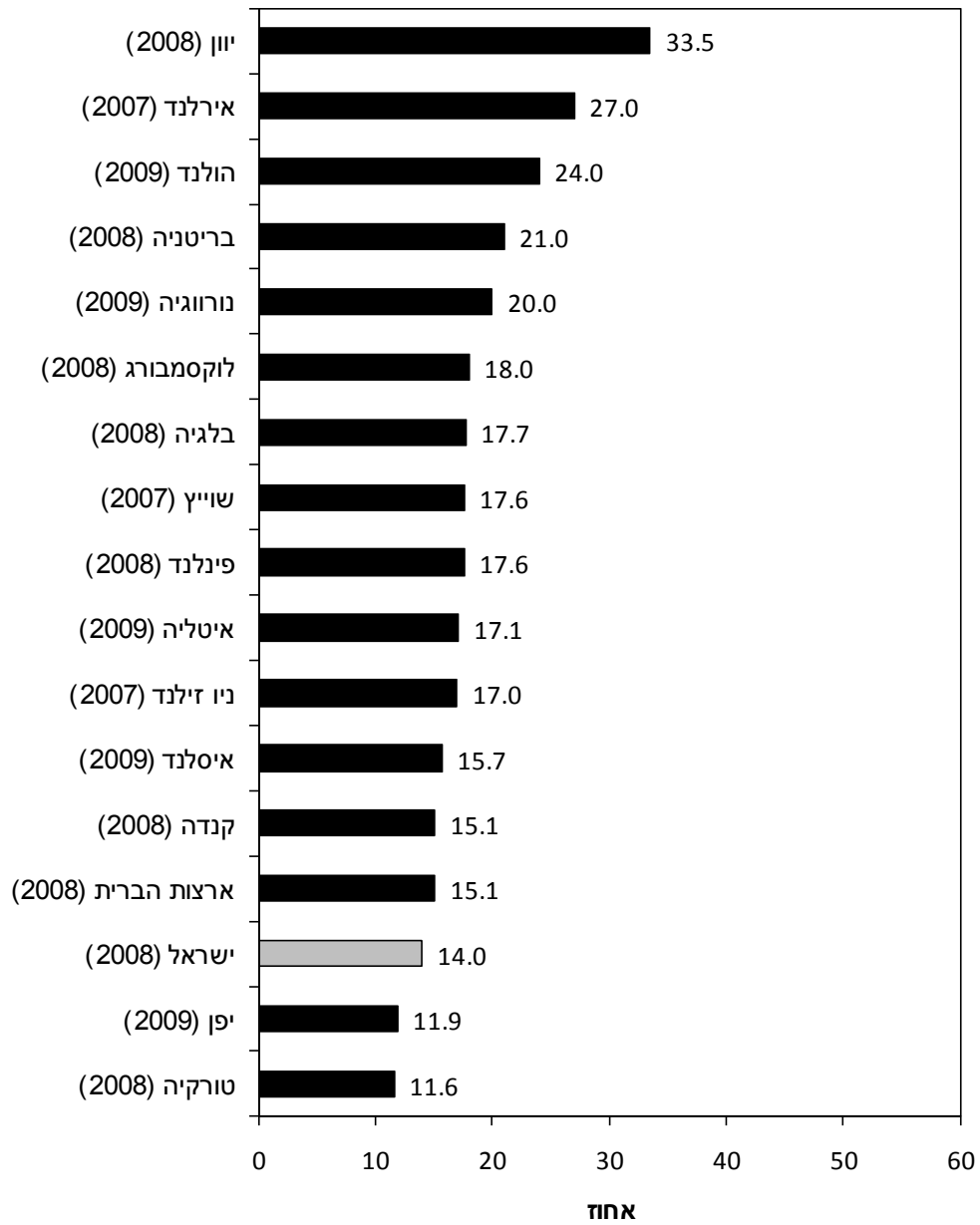
השוואה בין-לאומית

תרשימים 8-א-ב מציגים את שיעורי העישון בישראל בהשוואה למדינות החברות ב-OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). הנתונים עבור כל המדינות מתבססים על מאגר המידע של ה-OECD, ומתייחסים לאחוז המעשנים סיגריות כל יום בני 15 שנה ומעלה בשנים 2007-2009. התרשימים מראים את מיקומה של ישראל בדירוג אחוז המעשנים ביחס למדינות אחרות. שיעור העישון בקרב גברים בישראל (31.0%) נמצא במקום גבוה יחסית. שיעור העישון בקרב נשים בישראל (14.0%) נמצא במקום נמוך ביחס למדינות המשוות. ראוי לציין כי השיעורים עבור ישראל מתייחסים לבני 21 שנה ומעלה, בעוד שבמרבית הארצות האחרות השיעורים מתייחסים לבני 15 שנה ומעלה. עובדה זו יכולה לתרום גם כן למיקומה הגבוה של ישראל ביחס לשאר המדינות.

תרשים 8א: שיעור הגברים המעשנים בישראל ובמבחר מדינות ה-OECD, 2007-2009 (אחוזים)



תרשים 8: שיעור הנשים המעשנות בישראל ובמבחר מדינות ה-OECD, 2007-2009 (אחוזים)



פרק ב: עישון בקרב בני נוער בישראל

רקע

הנתונים המוצגים בפרק זה מבוססים על סקר מצב הבריאות של בני נוער, שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות בחודש מאי 2009 בשיתוף משרד החינוך, בקרב תלמידי כיתות ח' מהמגזר הערבי. ממצאי סקר זה משלימים את ממצאי הסקר שהתקיים בשנת 2008 בקרב 14,000 בני נוער יהודים וערבים (ממצאי הסקר משנת 2008 מפורטים בדוח שר הבריאות על העישון בישראל 2008).

בסקר השתתפו 5,268 בני נוער בגילאים 13-14 שנים, תלמידי כיתות ח' מתוכם 2,780 תלמידי בתי ספר מוסלמים ונוצרים (52.8% מהמדגם), 1,266 תלמידי בתי ספר דרוזים (24% מהמדגם) ו-1,222 מבתי ספר בדואים בנגב (23.2% מהמדגם). איסוף הנתונים בוצע באמצעות שאלון המבוסס על המחקר הבין-לאומי על אסתמה ואלרגיות בילדים (ISAAC). השאלון נועד למילוי עצמי על ידי התלמידים. הנתונים המוצגים מתייחסים לסקר שנערך בשנת 2009 בקרב תלמידים ערבים ולשם השוואה מובאים נתוני התלמידים היהודים מסקר 2008.

עישון סיגריות בקרב תלמידים בני 13-14 שנים

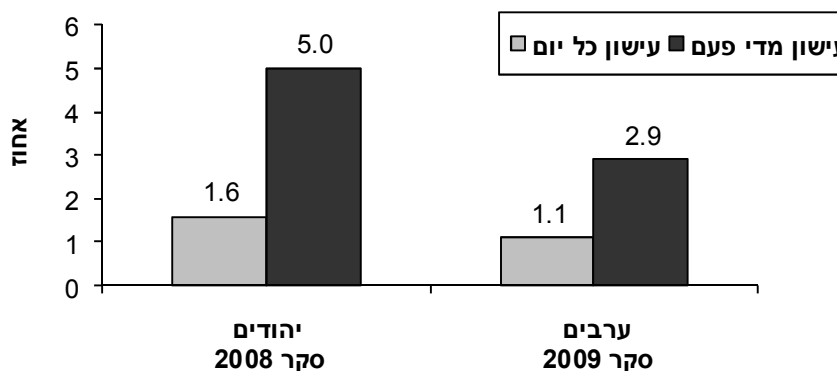
עישון סיגריות לפי קבוצת אוכלוסייה

בתרשים 1 מוצגים שיעורי העישון שדווחו על ידי תלמידים ערבים בסקר שהתקיים בשנת 2009 בהשוואה לשיעורי העישון שדווחו על ידי תלמידים יהודים בסקר שהתקיים בשנת 2008.

בתשובה לשאלה "האם אתה מעשן סיגריות?", השיבו 1.1% מהתלמידים הערבים כי הם מעשנים כל יום ו-2.9% מהתלמידים כי הם מעשנים מדי פעם. זאת בהשוואה ל-1.6% ו-5%, בהתאמה, שדיווחו תלמידים יהודים בשנת 2008 (תרשים 1).

תרשים 1: אחוז המעשנים בקרב תלמידים בני 13-14 שנים, לפי קבוצת אוכלוסייה

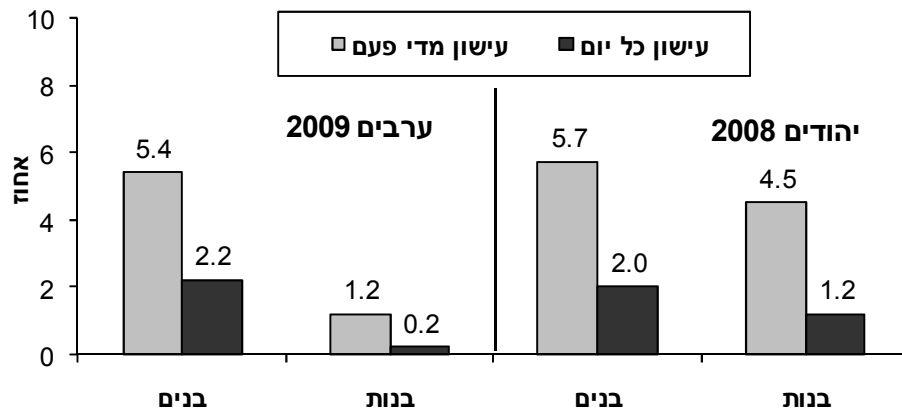
סקרי אסתמה 2008, 2009 (%)



עישון סיגריות לפי מין

2.2% מהבנים הערבים דיווחו על עישון מדי יום ו-5.4% דיווחו על עישון מדי פעם. זאת בהשוואה ל-0.2% ו-1.2%, בהתאמה, בקרב הבנות (תרשים 2). הנתונים המקבילים באוכלוסייה היהודית בשנת 2008 היו: 2% מהבנים דיווחו על עישון מדי יום ו-5.7% על עישון מדי פעם. 1.2% מהבנות דיווחו על עישון מדי יום ו-4.5% דיווחו על עישון מדי פעם. שיעורי העישון דומים מאוד בקרב בנים יהודים וערבים. בקרב בנות, השיעורים ביהודיות גבוהים בהרבה בהשוואה לערביות.

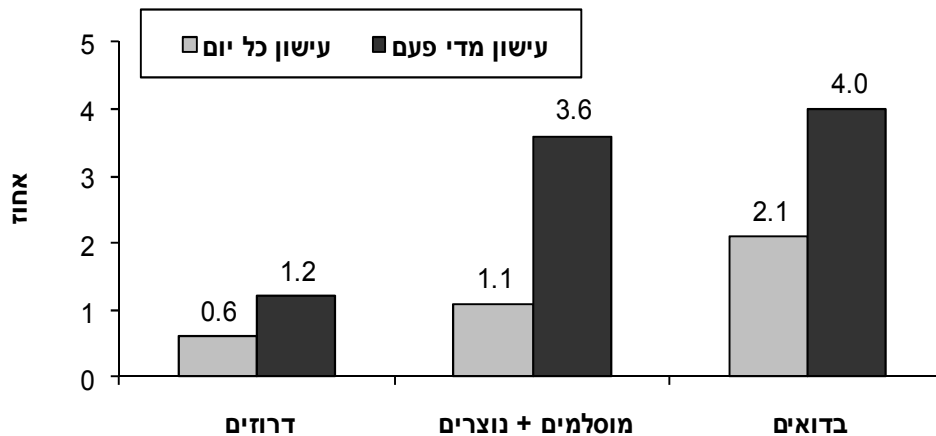
תרשים 2: אחוז המעשנים בקרב תלמידים בני 13-14 שנים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה



עישון סיגריות בקרב תלמידים ערבים לפי קבוצת אוכלוסייה

תרשים 3 מציג את אחוז התלמידים הערבים המעשנים, בקבוצות אוכלוסייה שונות. שיעורי העישון הגבוהים ביותר (הן עישון כל יום והן עישון מדי פעם) נמצאו בקרב התלמידים הבדואים (2.1% כל יום ו-4% מדי פעם). גם בקרב התלמידים המוסלמים והנוצרים, שיעורי העישון מדי פעם גבוהים יחסית (3.6%) ואילו שיעורי העישון מדי יום נמוכים יותר (1.1%). התלמידים הדרוזים דיווחו על שיעורי העישון הנמוכים ביותר: 0.6% כל יום ו-1.2% מדי פעם.

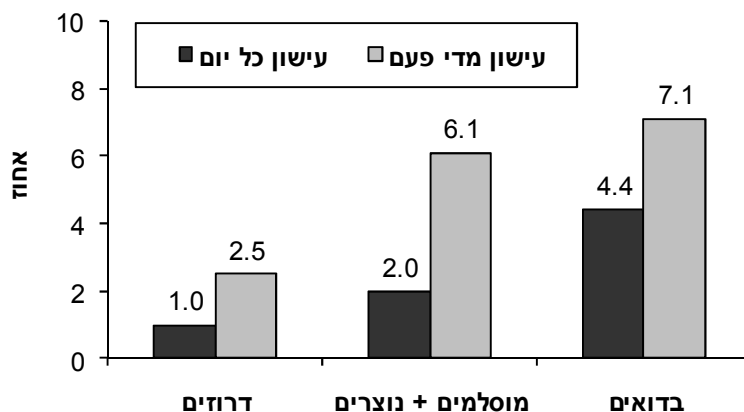
תרשים 3: אחוז המעשנים בקרב תלמידים ערבים בני 13-14 שנים לפי קבוצת אוכלוסייה



בנים

תרשים 4 מציג את אחוז העישון בקרב בנים ערבים לפי קבוצת אוכלוסייה. שיעורי העישון הגבוהים ביותר נמצאו בקרב התלמידים הבדואים (4.4% כל יום ו-7.1% מדי פעם) ושיעורי העישון הנמוכים ביותר נמצאו בקרב התלמידים הדרוזים (1% כל יום ו-2.5% מדי פעם). שיעורי "ביניים" נמצאו בקרב תלמידים מוסלמים ונוצרים: 2% מדי יום ו-6.1% מדי פעם.

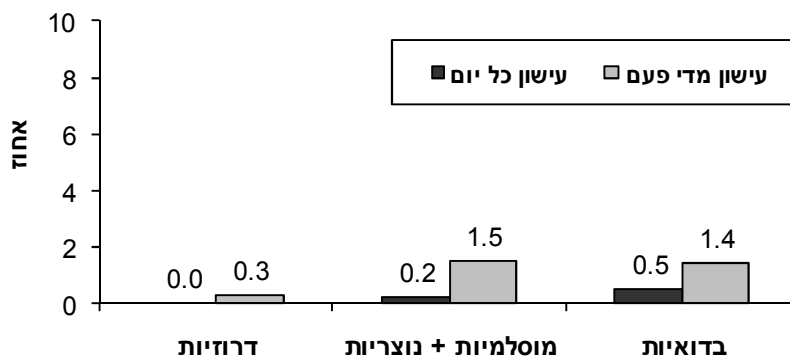
תרשים 4: אחוז העישון בקרב בנים ערבים, לפי קבוצת אוכלוסייה



בנות

תרשים 5 מציג את שיעורי העישון בקרב בנות ערביות לפי קבוצת אוכלוסייה. שיעורי העישון מדי פעם נמוכים בכל הקבוצות, אך גבוהים יותר בקרב התלמידות המוסלמיות והנוצריות (1.5%) ובקרב התלמידות הבדואיות (1.4%) בהשוואה לתלמידות הדרוזיות (0.3%). שיעורי העישון מדי יום נמוכים מאוד בקרב התלמידות הבדואיות ובקרב המוסלמיות והנוצריות, ואילו התלמידות הדרוזיות כלל לא מעשנות.

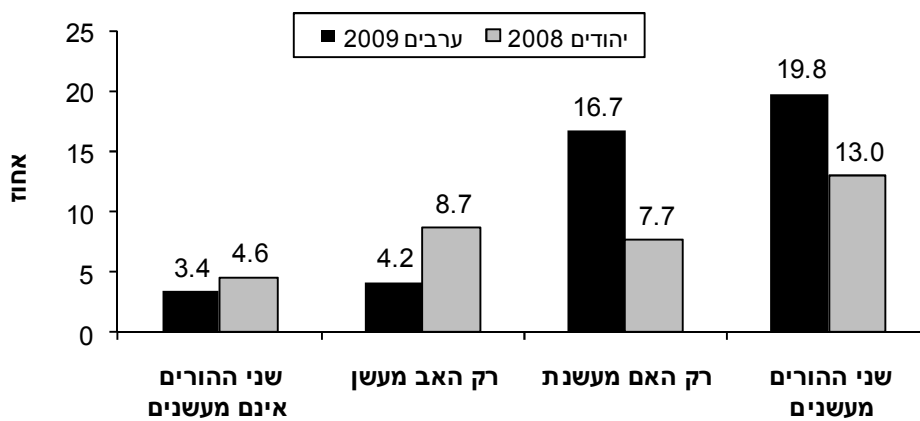
תרשים 5: אחוז העישון בקרב בנות ערביות, לפי קבוצת אוכלוסייה



עישון סיגריות בקרב בני נוער לפי עישון ההורים

תרשים 6 מציג את אחוז התלמידים היהודים המעשנים לפי מצב עישון ההורים. הנתונים מבוססים על ממצאי סקרי אסתמה. ביהודים ובערבים שיעורי העישון הנמוכים ביותר נמצאו בקרב תלמידים שהוריהם אינם מעשנים; השיעורים הגבוהים ביותר נמצאו בקרב תלמידים שדיווחו כי שני הוריהם מעשנים (19.8% בקרב תלמידים ערבים ו-13% בקרב תלמידים יהודים). באוכלוסייה היהודית, שיעור העישון היה גבוה פי שניים בקירוב בתלמידים שדיווחו כי אביהם מעשן בהשוואה לתלמידים שאף אחד מהוריהם אינו מעשן. כמו כן נמצא קשר בין עישון התלמידים היהודים לעישון האם (שיעור העישון היה גבוה פי 1.7 בקרב תלמידים לאימהות מעשנות בהשוואה לתלמידים שאף אחד מהוריהם אינו מעשן). קשר חזק נמצא בין עישון התלמידים יהודים לבין עישון של שני ההורים (שיעור העישון היה גבוה פי 2.8 בקרב תלמידים שדיווחו כי שני הוריהם מעשנים בהשוואה לתלמידים שאף אחד מהוריהם אינו מעשן). בקרב התלמידים הערבים נמצא קשר חזק בין עישון התלמידים לבין עישון האם: שיעור העישון היה גבוה פי 4.9 בקרב תלמידים שדיווחו כי אמותיהם מעשנות (16.7%) לעומת תלמידים שדיווחו כי אף אחד מהוריהם אינו מעשן. כמו כן נמצא גם קשר חזק לעישון של שני ההורים: שיעור העישון היה גבוה פי 5.8 בקרב תלמידים שדיווחו כי שני הוריהם מעשנים לעומת תלמידים שדיווחו כי הוריהם אינם מעשנים. נמצא קשר חלש יחסית בין עישון התלמיד ועישון ההורים: שיעור העישון היה גבוה פי שניים בקרב תלמידים שדיווחו על עישון האב לעומת תלמידים שדיווחו כי אף אחד מהוריהם אינו מעשן.

תרשים 6: אחוז המעשנים (מדי פעם או כל יום) בקרב תלמידים בני 13-14 שנים לפי עישון ההורים וקבוצת אוכלוסייה, 2008 ו-2009



פרק ג: מצב העישון בצה"ל

מבוא

צה"ל עוקב אחר מצב העישון בקרב חיילי שירות החובה באמצעות סקר מעקב בריאות שנתי שנערך משנת 1980 ואילך. הסקר בוחן את הרגלי הבריאות בקרב המתגייסים לצה"ל ובקרב המשתחררים במדגם שיטתי של עד 5%. בסקר נשאלים החיילים בין השאר על דפוסי העישון שלהם בהווה ובעבר, כולל תדירות העישון וגיל התחלת העישון. הנתונים המוצגים בפרק זה מעודכנים עד שנת 2010, כולל.

מגמות בדפוסי העישון בצה"ל

גברים

שיעור העישון בקרב החיילים אשר התגייסו לצה"ל בשנת 2010 היה 35.0%. שיעור העישון בקרב החיילים שהשתחררו מצה"ל בשנת 2010 היה 38.7%. בקרב המתגייסים בשנת 2007, אשר רובם השתחררו בשנת 2010, שיעור המעשנים היה 31.8%.

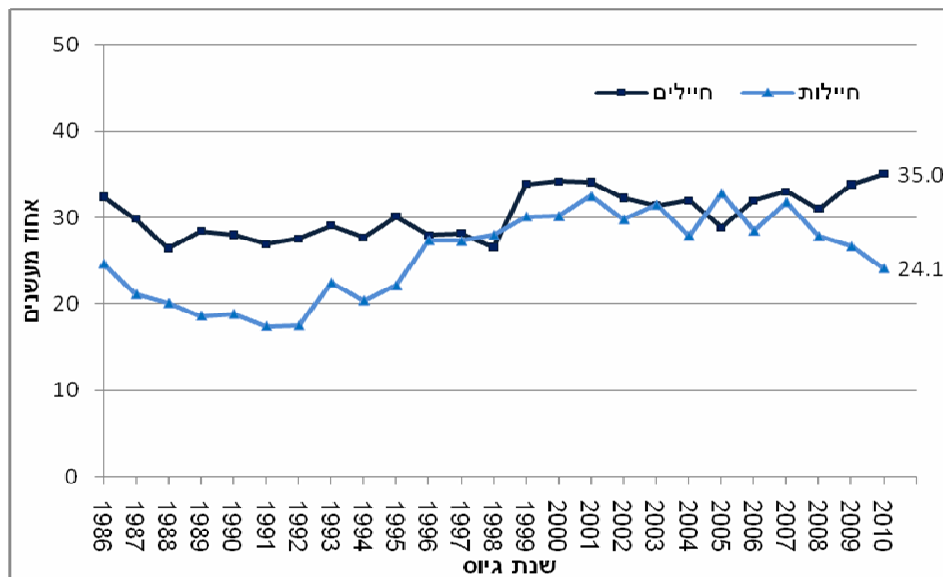
מגמות: נצפו תנודות קלות בלבד בשיעור המעשנים בעת הגיוס בעשור האחרון, והוא נשאר יציב סביב ה-32% (טווח 29%-35%) לעומת שיעורי עישון סביב 28% בעשור הקודם (תרשים 1). לאחר ירידה משמעותית בשיעור המעשנים בשחרור בשנות ה-80 ותחילת שנות ה-90 מכ-60% לכ-40% (תרשים 2), שיעור המעשנים בקרב המשתחררים נשאר יציב אף הוא בעשור האחרון עם תנודות קלות סביב ה-40%.

נשים

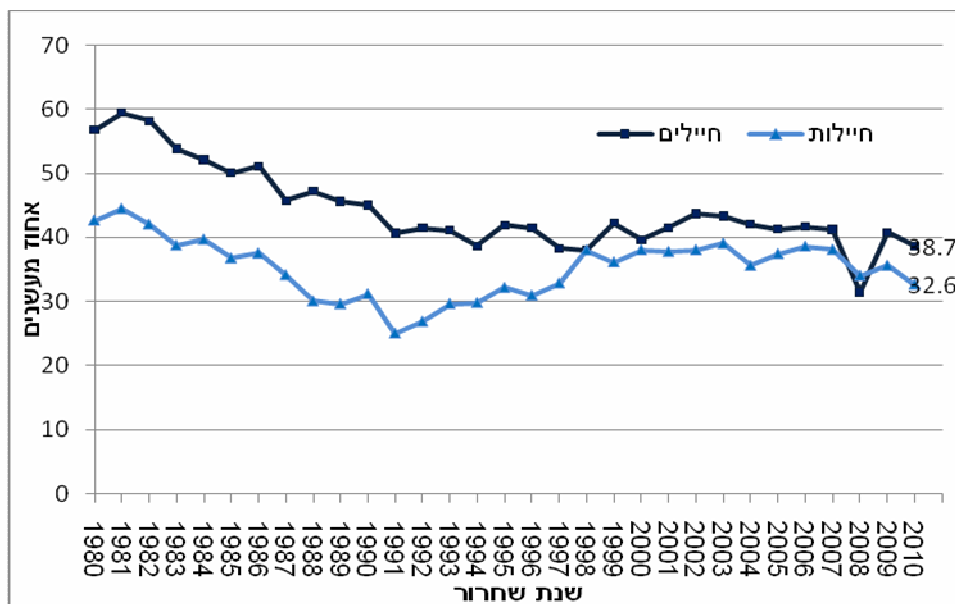
שיעור העישון בקרב המתגייסות בשנת 2010 היה 24.1%. בקרב משתחררות באותה השנה היה שיעור העישון 32.6%. בקרב המתגייסות בשנת 2008, שמייצגות ברובן את המשתחררות בשנת 2010, שיעור העישון בעת הגיוס היה 27.8%.

מגמות: מתחילת שנות התשעים ועד תחילת שנות ה-2000 נמשכה מגמה של עלייה משמעותית בשיעור המעשנות בקרב המתגייסות. בשנים 2008-2010 נמצא ששיעור המעשנות בגיוס נמוך יחסית לשיעור היציב (סביב ה-30%) שנצפה בשנים 1999-2007. שיעור העישון בקרב המשתחררות בשנת 2010 (32.6%) היה נמוך מהשיעור הממוצע שנרשם מאז סוף שנות התשעים (1999-2009, כ-37%) (תרשימים 1 ו-2).

תרשים 1: שיעור המעשנים מקרב המתגייסים לפי מין, 1986-2010 (אחוזים)



תרשים 2: שיעור המעשנים מקרב המשתחררים לפי מין, 1986-2010 (אחוזים)



בעוד שבשנות השמונים ובמרבית שנות ה-90, שיעור המעשנות היה נמוך משיעור המעשנים, בעשור האחרון דומה שיעור המעשנות בקרב המתגייסות לזה שבקרב המתגייסים, כאשר בחלק מהשנים הערכים שווים ואף גבוהים במעט בקרב המתגייסות. בשנים 2009-2010 הפער גדל שוב לכדי הבדל של כ-11%, כאשר שיעור המעשנים בגיוס עלה מעט בעוד שיעור המעשנות בגיוס ירד. בשלב זה לא ניתן להסיק כי הנתונים בשנתיים האחרונות משקפים מגמה עקבית או תנודתיות אקראית עקב מגבלות המדגם. נתוני השנים הבאות ודאי ישפכו אור על שאלה זו.

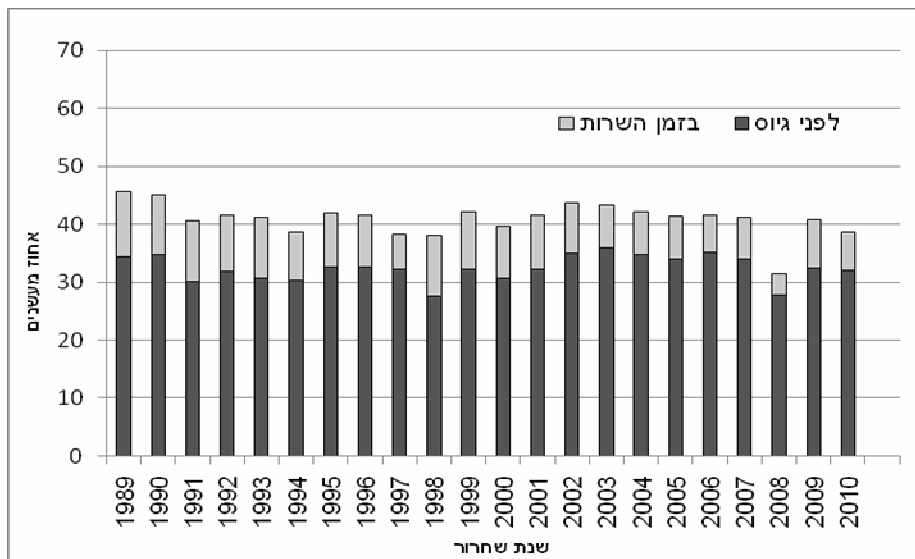
בקרב המשתחררים מצה"ל, שיעורי העישון בגברים מעט גבוהים בהשוואה לנשים לאורך מרבית השנים. כך גם בקרב משתחררי שנת 2010 בה שיעור העישון בקרב הגברים היה גבוה בכ-6% בהשוואה לנשים (38.7% ו-32.6%, בהתאמה).

העישון והשירות הצבאי

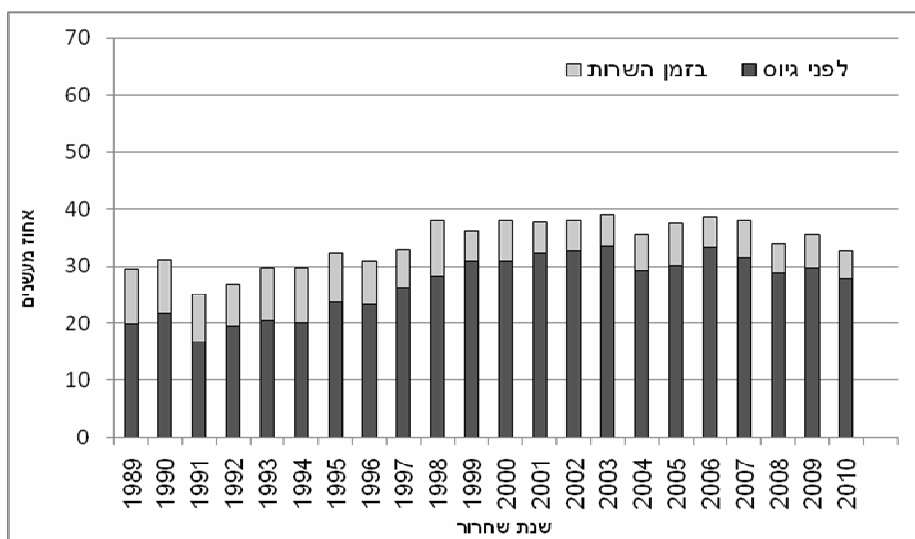
המידע על העישון בחלק זה נאסף משאלון המועבר למדגם מהמשתחררים מצה"ל. הנתונים המוצגים מתבססים על שתי שאלות משאלון זה: "האם אתה מעשן סיגריות כיום?" (תשובות אפשריות: קבוע, מדי פעם [פחות מסיגריות ליום], לא) והמשיבים בחיוב נשאלו: "[מתני] התחלת לעשן?" (תשובות אפשריות: לפני הגיוס, בטירונות, אחרי הטירונות).

שיעורי המשתחררים והמשתחררות שהחלו לעשן לפני גיוסם לצה"ל, בהשוואה לאלו שהחלו לעשן במהלך השירות הצבאי, מוצגים בתרשימים 3 ו-4. על פי תרשימים אלו ניתן לראות בבירור שרוב החיילים המעשנים בזמן השחרור התחילו לעשן לפני הגיוס לצה"ל.

תרשים 3: שיעור העישון בקרב חיילים המעשנים בעת השחרור, לפי מועד תחילת העישון, 2010-1989



תרשים 4: אחוז העישון בקרב חיילות המעשנות בעת השחרור, לפי מועד תחילת העישון, 2010-1989



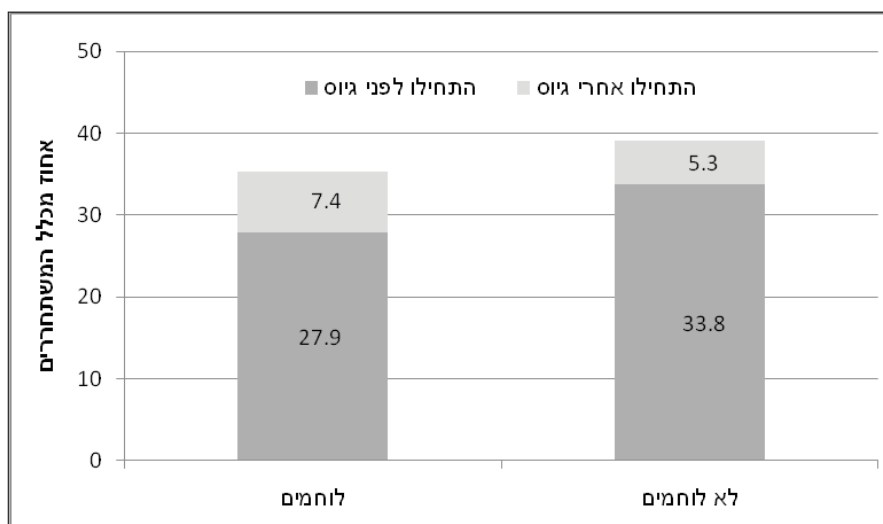
כפי שצוין לעיל, אחוז המעשנים עולה, הן בחיילים והן בחיילות, במהלך השירות הצבאי. אחוז החיילות המעשנות שהחלו לעשן בתקופת השירות הצבאי (על-פי מדגם המשתחררות) נמוך בממוצע בשנות האלפיים מזה שהיה בעשור הקודם (5.9% בממוצע בשנים 1999-2010 לעומת 8.6% בממוצע בשנים 1989-1998). אחוז זה נע בתנודות ללא מגמה ברורה בעשור האחרון בין 4.9%-7.3% מכלל המשתחררות. בשנת 2010 אחוז המשתחררות שהחלו לעשן בזמן השירות הצבאי היה 4.9% מכלל המשתחררות.

אחוז החיילים המעשנים אשר החלו לעשן במהלך השירות הצבאי נמצא במגמת ירידה קלה בשני העשורים האחרונים. בשנת 2010 עמד שיעור המעשנים החדשים על 6.6% מכלל המשתחררים, אחוז הדומה לממוצע בשנים 2003-2008 (7.1%).

מתרשים 5 אנו למדים כי שיעור המעשנים בקרב החיילים ששירתו כלוחמים בשנים 2006-2010 היה נמוך יותר בעת הגיוס בהשוואה לשאר חיילי החובה, והוא נשאר נמוך גם בעת השחרור. עם זאת, שיעור התחלת עישון בזמן השירות גבוה יותר בקרב הלוחמים (7.4%) בהשוואה לשיעור זה בקרב שאר החיילים (5.3%).

תרשים 5: עיתוי תחילת עישון בקרב משתחררים לפי סוג שירות, זמן תחילת העישון: לוחמים מול לא

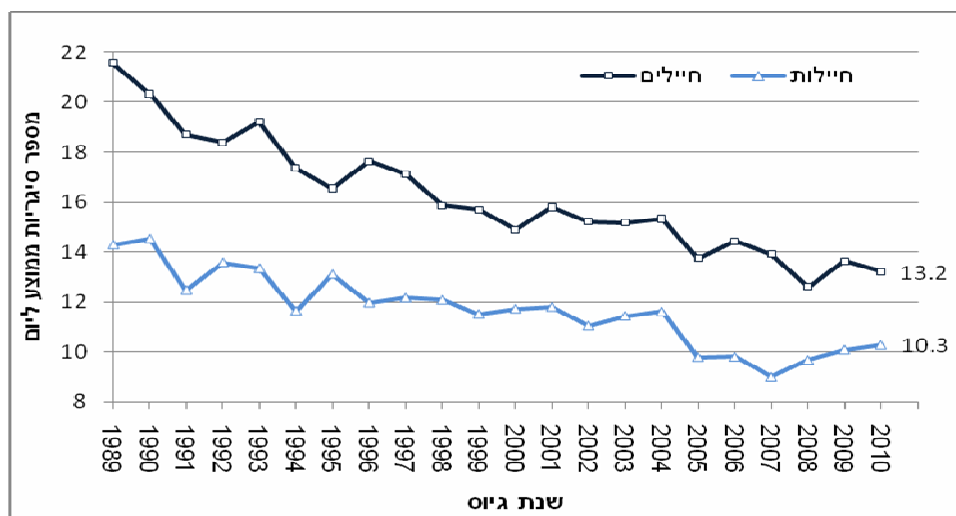
לוחמים, 2010-2006



צריכת הסיגריות היומית בצה"ל

צריכת הסיגריות בקרב חיילי צה"ל הייתה גבוהה ביותר בשלהי שנות ה-80. בתקופה זו דיווחו משתחררים מעשנים כי צרכו בממוצע יותר מחפיסת סיגריות (20 סיגריות) ביום. מאז ועד היום ניכרה מגמת ירידה מתמדת במספר הסיגריות שמעשנים משתחררים ומשתחררות, כאשר הירידה גדולה יותר בקרב הגברים בעוד בקרב הנשים אף יתכן שבשלוש השנים האחרונות אנו צופים דווקא במגמת עליה. לפי נתוני שנת 2010, משתחרר שמעשן צרך בממוצע 13.2 סיגריות ביום. הצריכה היומית הממוצעת בשנה זו בקרב משתחררות שמעשנות הייתה 10.3 סיגריות ביום (תרשים 7).

**תרשים 7: הצריכה היומית של סיגריות בקרב המשתחררים המעשנים, לפי מין, 1986-2010
(מספר סיגריות ממוצע ליום)**



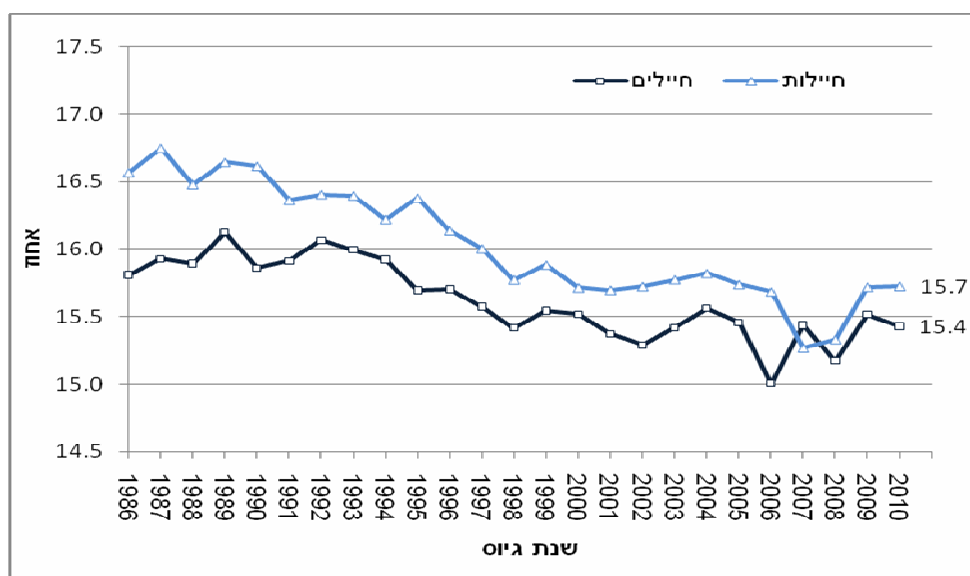
גיל התחלת העישון

בין השנים 1986-2007 הגיל הממוצע בעת תחילת העישון היה גבוה בקרב המתגייסות לעומת המתגייסים. עם זאת, הפער בין גיל התחלת העישון בקרב מתגייסים ובקרב מתגייסות הצטמצם עם הזמן (תרשים 6). בהשוואה בין העשור האחרון לעשור הקודם ניכר כי ממוצע גיל התחלת העישון ירד בשני המינים, כאשר המגמה בולטת יותר בחיילות מבחיילים.

מתגייסים

בקרב הגברים המתגייסים לצה"ל, נצפית בעשור האחרון יציבות בגיל תחילת העישון. הגיל הממוצע של התחלת העישון במתגייסים בשנת 2010 היה 15.4 שנים, בדומה לממוצע בשנים 2000-2009. לגבי הנשים, באמצע שנות השמונים היה גיל תחילת העישון במתגייסות 16.5 ובשנת 2010, ערך הדומה לגיל ממוצע בשנים 1998-2009 (15.7 שנים, תרשים 6). בשנת 2010 הפרש הגילאים הממוצע בין גברים ונשים בעת תחילת העישון עמד על שלושה וחצי חודשים בלבד.

תרשים 6: הגיל הממוצע של התחלת העישון בקרב מתגייסים לפי מין, 1986-2010



משתחררים

הגיל הממוצע בעת התחלת העישון בקרב משתחררים מעשנים בשנת 2010 היה 16.1 שנים – ללא שינוי משנת 2009. בקרב משתחררות, גיל תחילת העישון הממוצע היה 16.1, נמוך אך במעט מהגיל הממוצע בשנים 2009-2000 (16.4).

פרק ד: פעילות משרד הבריאות לצמצום העישון

פרק זה של דו"ח שר הבריאות נוהג להציג את הפעילויות השונות שנעשו בשנה החולפת בתחום העישון, על ידי הגורמים השונים העוסקים בכך – משרד הבריאות, משרד החינוך, צה"ל, קופות החולים, האגודה למלחמה בסרטן, החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון ועמותות וגופים נוספים. השנה פרק זה יציג רק את הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו, שפעלה במסגרת משרד הבריאות, ואת מרכיבי התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, כפי שהמליצה הוועדה בדו"ח הסיכום שלה. משרד הבריאות קיבל ואימץ את המלצות הוועדה, ונמצא כעת בשלבים הסופיים של הבאת התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, כפי שהומלצה על ידי הוועדה אך בשינויים מתחייבים, לאישור הממשלה.

א. הצורך בתוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

העישון ונזקיו⁴

עישון והשימוש בטבק הם גורמי התחלואה והתמותה המרכזיים אשר ניתנים למניעה בעולם המערבי.⁵ העישון גורם לנזקים כמעט לכל אברי הגוף ובין היתר, גורם לסרטן, למחלות לב וכלי דם, ולמחלות ריאה.⁶ ההערכה הרווחת היא שעישון מתמשך מוריד את תוחלת החיים בכ-10 עד 15 שנים במוצע. מחצית ממקרי המוות כתוצאה משימוש במוצרי טבק מתרחשים בגיל העמידה, שנות החיים הפוריות ביותר מבחינת כלכלית, משפחתית ואישית.⁷ מעשנים רבים מעוניינים להפסיק לעשן, אך עבור רובם האופי הממכר של הניקוטין וההתמכרות להרגל מקשים מאד על תהליך הגמילה.⁸ בישראל, שיעור המעשנים שהצליחו להיגמל הוא 42.2%.⁹ בארצות הברית המספר עבר כבר מזמן את ה-50% וכיום יש שם יותר מעשנים לשעבר מאשר מעשנים.

נזקי העישון הפעיל ידועים זה עשרות שנים. לעומת זאת, נזקי העישון הכפוי זכו לפרסום נרחב רק בשנים האחרונות. על פי דו"ח ה- Surgeon General משנת 2006¹⁰ העישון הכפוי גורם לתמותה מוקדמת ולמחלות בקרב מבוגרים וילדים שאינם מעשנים, בין השאר על ידי השפעות מיידיות מזיקות למערכת הלב וכלי הדם וגורם לאורך השנים למחלות לב כליליות ולסרטן הריאות. בקרב עוברים, תינוקות וילדים הוא מזיק במיוחד: נמצא כי חשיפה לעשן סיגריות בגילאים אלו גורמת להפחתת משקל הלידה, מגדילה את

⁴ שני תת-הפרקים הראשונים מבוססים ברובם על פרק הרקע מדו"ח תת הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל של יוזמת "לעיתיד בריא 2020" של משרד הבריאות, תוך ביצוע העדכונים הנדרשים.

⁵ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Fresh and Alive: MPOWER. Internet site: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed March 10, 2008.

⁶ A report of the Surgeon General: Health Consequences of Smoking. 2004. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>

⁷ R Doll, R Peto, K Wheatley, R Gray, I Sutherland Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, BMJ 1994;309:901-911

⁸ You Can Quit Smoking. Consumer Guide, June 2000. U.S. Public Health Service. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/consquits.htm>

⁹ Israel Central Bureau of Statistics. National Health Survey 2003-2004.

¹⁰ US Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Smoking. US Dept. of Health & Human <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/Services>, 2006. Internet Site

הסיכון למוות בעריסה (Sudden Infant Death Syndrome), גורמת למחלות האוזן התיכונה, לאסתמה, לדלקת ריאות ולפגיעה בתפקודי הריאות. השפעות שליליות נוספות ממשיכות ומלוות את האדם גם בבגרותו.¹¹ בנוסף, ילדים להורים מעשנים נמצאים בסיכון גבוה לשימוש בטבק בעצמם.¹²

בישראל מעריכים שהתמותה על רקע עישון פעיל מגיעה לכ-8,932 מקרים בשנה^{13,14}, ומשערים שכ-1,000 אנשים נוספים מתים עקב חשיפה לעישון כפוי. שיעור התמותה מעישון גדול יותר משיעור התמותה מתאונות דרכים (כ-360 מקרים בשנה) או מאובדנות (כ-500 מקרים בשנה). על אף זאת, מקרי המוות על רקע עישון זוכים לפחות תשומת לב ציבורית ממקרי המוות האחרים. מעריכים כי 80,398 שנות-חיים-המתקוננות-למוגבלות (DALYs), או 12.2% מסך אובדן השנים שיש לזקוף לתמותה ולתחלואה בישראל, נובעות מהשימוש בטבק¹⁵. אם המגמות הקיימות תמשכנה, למעלה מ-300,000 ילדים החיים כיום בישראל, ימותו ממחלות המושפעות מעישון¹⁶.

בשנת 2008 צריכת הסיגריות עמדה על 418 מיליון חפיסות, שהן כ-8.2 מיליארד סיגריות, ירידה של כ-2% בהשוואה לשנת 2007. הכנסות המדינה ממיסי קנייה בלבד היו כ-3.6 מיליארד ₪ (בשנת 2009 ההכנסות הגיעו ל-4.1 מיליארד ₪ והצפי לשנת 2010 עומד על 5 מיליארד ₪), מיסוי זה תרם 29% מסך גביית מיסי הקנייה (ללא בלו דלק), ההכנסות היוו כ-2% מסך ההכנסות וכ-0.5% מהתמ"ג¹⁷. רמת המיסוי על סיגריות עומדת היום על כ-75% ממחיר החפיסה לצרכן, וגמישות המחיר של סיגריות היא נמוכה (-0.25-0.50)¹⁸, אך צפוי, על פי מודל מקובל, כי העלאת המיסוי ב-10% תביא לירידה של 4% בצריכה¹⁹. השפעה זו צפויה להתבטא יותר (באופן יחסי) בקרב בני נוער, בקרב מעשנים צעירים ובקרב מעשנים מרקע סוציו-אקונומי נמוך.

חשוב לציין, כי העישון מהווה גורם מרכזי לפערי בריאות בין אוכלוסיות חלשות ואוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה. "דו"ח פני החברה" של הלמ"ס, לשנת 2008 מצא, כי בעוד שבערי המרכז מוציאים

¹¹ Cook DG, Strachan D, Health effects of passive smoking 10: summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999;54:357-366.

¹² Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Wegbster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Review). The Cochrane Library 2006, Issue 3.

¹³ Ginsberg, Gary M.; Rosenberg, Elliot; Rosen, Laura. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. European Journal of Public Health, Volume 20, Number 1, 8 February 2010, pp. 113-119(7)

¹⁴ Rosenberg E, Lev B, Bin Nun G, McKee M, Rosen L. Healthy Israel 2020: A visionary national health targeting initiative. Public Health 2008; 122: 1217-1225.

¹⁵ Table: Ten leading selected risk factors, Highlights for Health, Israel 2004, World Health Organization http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHISR/burden/20041123_26 Regional Office for Europe.

¹⁶ ילדים שימותו מעישון = 2,326,400 ילדים * 27.7% האוכלוסיה שמעשנת * 50% תמותה עקב העישון = 322,206

¹⁷ הכנסות ממס קנייה על ייצור מקומי (ללא בלו) ועל ייבוא בשנת 2008, לפי קבוצות מוצרים. דו"ח מנהל הכנסות המדינה ממיסים שנת 2008, פרק י"ב, עמוד 286.

¹⁸ גמישות של מחיר (Price elasticity of demand) הוא מדד כלכלי של תגובת הצרכן לשינויים במחיר של תוצר. אם הוא נמוך, הצרכן לא יקנה הרבה יותר תוצר כשהמחיר יורד ולא יקנה הרבה פחות כשהוא עולה. כמו דלק ומים, לטבק יש גמישות מחיר נמוכה יחסית, שמשמעותה שלמרות שהמחיר משתנה, הצרכן קונה פחות או יותר אותה כמות של סיגריות.

¹⁹ Zaza S, Briss P, Harris K. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health? Oxford University Press, NYC, NY, 2005.

יותר על חינוך בהשוואה לערי פריפריה, הרי שבערי פריפריה מעשנים יותר וההוצאה על מוצרי טבק כפולה בהשוואה למרכז. בנוסף לכך, מדו"ח הלמ"ס לשנת 2008 עולה, כי משפחה ללא ילדים מוציאה בממוצע 95.2 ₪ בחודש על סיגריות, משפחה עם שני ילדים מוציאה כבר 107.8 ₪ בחודש ואילו משפחה שבה שלושה ילדים ויותר תוציא 113.1 ₪ בחודש על סיגריות.

לעישון יש גם השלכות כלכליות משמעותיות מאוד. נזקי העישון לשירותי בריאות כללית בלבד, מוערכים במיליארד ₪ בשנה²⁰. בהתאם להערכות לגבי תמותה ותחלואה מעישון בישראל, ניתן להעריך את עלות העישון בשנת 2008 לבדה בכ-1.75 מיליארד ש"ח, שהם כ-0.25% מהתמ"ג²¹.

מדינות רבות בעולם, כולל רבות מ-50 המדינות בארה"ב, השקיעו סכומים ניכרים כדי לצמצם את העישון וזכו לירידה משמעותית בשיעורי העישון. לדוגמה, במדינת מסצ'וסטס, שגודל אוכלוסייתה דומה לזו שבישראל, הצליחו במשך כעשור לצמצם ב-50% את צריכת הסיגריות והורידו את שיעור העישון בכשליש (מ-27% ל-18%)²². מדינת קליפורניה השקיעה בתוכנית למניעת עישון והורידה את שיעור העישון מ-21% לפחות מ-15%, שיעור שהוא נמוך משמעותית מזה המצוי בישראל.

ב. פעילות הוועדה לצמצום העישון ונזקיו

הוועדה קיימה שישה מפגשים, כאשר בכל מפגש הוצגו ונדונו בהרחבה מספר נושאים מצומצם. הוועדה עסקה בדיוניה בכלל תחומי הפעולה הנוגעים לעישון, שהוכח לגביהם כי הם בעלי יכולת השפעה משמעותית על שיעורי העישון – במניעת התחלת עישון או בעידוד לגמילה מעישון, במיוחד כאשר הם חלק מתוכנית כוללת ומיושמים במקביל.

תחומי פעולה אלו כוללים את צמצום החשיפה לעישון כפוי, הגבלות על פרסום ושיווק מוצרי טבק, הטלת מיסוי על מוצרי טבק, שירותי גמילה למעשנים, אכיפה, ניטור, מחקר ושימוש בתקשורת. ניטור ואכיפת ביצוע הפעולות וקידום מחקר להערכת מועילות העשייה וריענונה, נתפסו כחלק אינטגרלי באסטרטגיה הכוללת. יודגש, כי יישום הגישות השונות, שהומלצו על ידי הוועדה, משפיע על מספר היבטים שונים ולא רק על תחום מצומצם יחיד, כפי שיפורט בהרחבה בהמשך.

לקראת כל מפגש התבצעה פעולת הכנה נרחבת של הנושא הנדון, שכללה בחינה של התייחסויות מ"וועדת גילון", התייחסויות מתת-הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי של וועדת התנהגויות בריאות במסגרת יוזמת "לעתיד בריא 2020", הנחיות והמלצות אמנת ה-FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) של ארגון הבריאות העולמי, התייחסויות מומחים בישראל ומסקירות מן הספרות המדעית לגבי מדיניות מומלצת ונתמכת ראיות לצמצום היקף העישון.

חשוב לציין, שיישום ההמלצות במציאות הישראלית, היה גורם חשוב באימוץ ההמלצות. יש לזכור, שעישון מוצרי טבק לכשעצמו אינו אסור על פי החוק, אם כי מוטלות עליו מגבלות שונות, בעיקר בהיבט

²⁰ Clalit suit against tobacco companies:

פרטים שנמסרו בת"א 1571/98 – שירותי בריאות כללית פיליפ מוריס ואחרים

²¹ Ginsberg, Gary M.; Rosenberg, Elliot; Rosen, Laura. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. *European Journal of Public Health*, Volume 20, Number 1, 8 February 2010, pp. 113-119(7)

²² Koh H. Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program. *Tobacco Control* 2002;11:ii1-ii1.

של מניעת עישון במקומות ציבוריים וחשיפה לעישון כפוי. גם מוצרי טבק כדוגמת סיגריות, סיגרים, נרגילות ואחרים אינם אסורים על פי החוק והמגבלות עליהם הן בעיקר בהיבט של שיווק ופרסום, כגון מכירה לקטינים ופרסום המעודד עישון.

לכן, כאשר הוועדה דנה בהמלצות שונות לגבי מדיניות, חקיקה, הגבלות נוספות וכדו', היא התחשבה גם במצב החוקי הקיים בישראל, מידת המקובלות שלהן, משמעותן החברתית, ההשלכות הכלכליות של ההמלצות ומידתיות השינוי המוצע. כך לדוגמה, הוועדה בחנה את המלצותיה לאור פסקת ההגבלה בחוק יסוד: חופש העיסוק וחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו וכן היבטים דומים נוספים, שכולם משפיעים על הסבירות לאשר תיקוני חקיקה ו/או ליישם את השינויים המוצעים בפועל.

ג. חברי הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו

יו"ר הוועדה היה ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות, וחברי הוועדה ישבו בעז סופר, לשעבר סמנכ"ל בכיר לתכנון וכלכלה, רשות המיסים בישראל, פרופ' אליעזר רובינזון, יו"ר המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות ויו"ר האגודה למלחמה בסרטן, ד"ר לאה רוזן, המחלקה לקידום בריאות, ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב, ד"ר אלי רוזנברג, מנהל המחלקה לבריאות העובד וממונה ארצי על היוזמה "לעתיד בריא 2020", משרד הבריאות.

בנוסף לחברי הוועדה, השתתפו בישיבות גם נאוה אשכנזי, יועצת בכירה למנכ"ל, משרד הבריאות, רוני ויינשטיין, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות, ד"ר בעז לב, המשנה למנכ"ל, משרד הבריאות, עו"ד אילנה מישר, סגנית בכירה ליועמ"ש, משרד הבריאות ויאיר עמיקם, סמנכ"ל הסברה ויחסים בינלאומיים, משרד הבריאות. את הוועדה ריכז חיים גבע-הספיל, המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות.

ד. תקציר מנהלים

בשנת 1492 קולומבוס גילה את יבשת אמריקה, שם נחשף לאינדיאנים ולתרבותם, שכללה עישון עלי טבק מיובשים במהלך טקסי הפולחן השונים. מאז, העישון ומעמדו בתרבות ובחברה עברו תהפוכות רבות.

העישון מוגדר כגורם המוות הגדול ביותר הניתן למניעה. על פי הערכות לגבי ישראל, העישון גובה את חייהם של כ-10,000 איש מידי שנה, עלותו הישירה למערכת הבריאות מוערכת ב-1.75 מיליארד ₪, ולכך יש להוסיף את המשמעויות הנגזרות מהתחלואה הרבה הקשורה לעישון, כגון: אבדן ימי עבודה, אבדן כושר עבודה, נכויות, תמותה מוקדמת ועוד.

לאחר שהעולם המדעי הגיע להסכמה ברורה וחד-משמעית בדבר נזקי העישון והחשיפה לעישון כפוי, ההתמכרות והקושי להיגמל מעישון סיגריות ולאחר שנים רבות שבהן תעשיית הטבק פעלה במרץ לעידוד העישון באוכלוסייה ובקרב צעירים, ארגון הבריאות העולמי גיבש אמנה בינלאומית לפיקוח על הטבק (FCTC - Framework Convention on Tobacco Control), שחברות בה ומחוייבות לה מרבית מדינות העולם, ובכללן גם מדינת ישראל, במטרה לסייע להם לנקוט באסטרטגיות היעילות ביותר ובסדרי העדיפויות הנכונים, במאבק נגד העישון ונזקיו הבריאותיים, הכלכליים והחברתיים.

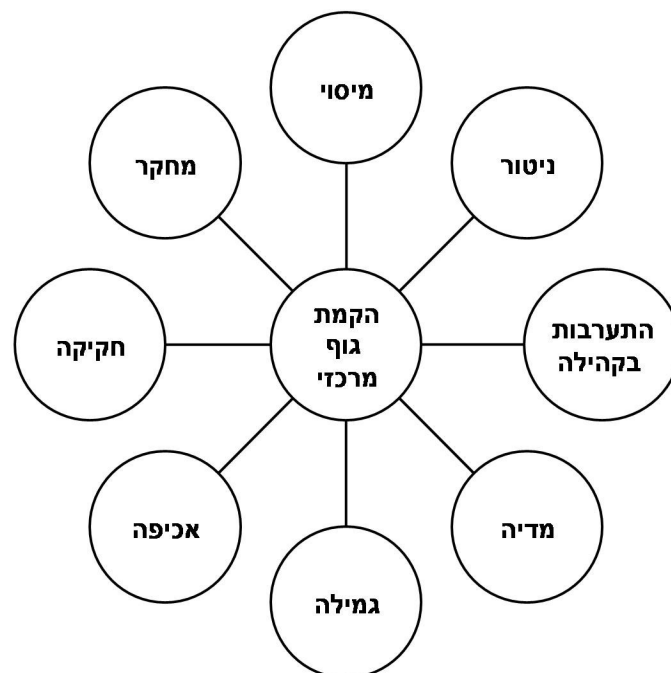
בדו"ח זה מוצעת תוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו, המתבססת על הנחיותיה והמלצותיה של אמנה זו וכן על המלצות של וועדות שונות, שעסקו בנושא זה בעשור האחרון בישראל, ואלו הם עיקרי התוכנית:

1. מדיניות כוללת ומקיפה, העוסקת במקביל בכל היבטי העישון והשימוש במוצרי טבק השונים.
2. הקמת גוף מרכזי בתוך משרד הבריאות, שיעסוק בנושא העישון והשימוש במוצרי טבק, באכיפת החקיקה הרלוונטית לעישון ויוביל ויתאם את יישום התוכנית הלאומית.

3. שיפור ההגנה על הציבור מפני החשיפה לעישון כפוי ונזקיו, בעיקר על ידי החמרת החקיקה הנוגעת למניעת עישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון.
4. צמצום הצטרפות צעירים למעגל המכורים לעישון, בין השאר על ידי צמצום והגבלה של פעילות שיווקית ופרסום של חברות טבק, הגבלת נגישות צעירים לסיגריות דרך מכונות אוטומטיות והגברת השקיפות ביחס למוצרי הטבק, תכולתם והשפעת הרעילה וכן אמצעים נוספים.
5. שינויים והתאמות במדיניות המיסוי של מוצרי טבק, שעיקרם המשך העלאת המיסוי על סיגריות, ייקור משמעותי של טבק לנרגילות והמלצות נוספות.
6. שיפור והרחבה של שירותי הגמילה מעישון המוצעים לציבור, כך שיכללו (בנוסף לטכנולוגיות הקיימות כבר בסל שירותי הבריאות) גם תחליפי ניקוטין, ייעוץ אישי, מוקד גמילה טלפוני ותמיכה דרך האינטרנט.
7. הרחבת השימוש בהסברה ותקשורת, לטובת העלאת המודעות לעישון ונזקיו ולשירותי הגמילה.
8. הקמת צוות בין-משרדי שיעסוק בנושא צמצום הזיהום מבדלי הסיגריות.
9. תוכנית ייעודית לצמצום העישון בחברה הערבית נמצאת בשלבי הכנה ותצורף כחלק מהתוכנית הלאומית.
10. קביעת יעדים מוגדרים ומדידים, אותם התוכנית שואפת להשיג לקראת שנת 2020.

ה. פירוט מורחב יותר של המלצות הוועדה

1. מדיניות כוללת ומקיפה



2. הקמת גוף מרכזי

מומלץ על הקמת גוף מרכזי ייעודי לנושא צמצום העישון, בתוך משרד הבריאות. גוף זה יעסוק בהיבטי תכנון מדיניות, פיקוח ובקרה על יישומה וכן באכיפת חקיקה בתחום העישון, בעיקר החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון וחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק והוראות חקיקה נוספות.

בסה"כ היחידה תמנה 29 תקנים קבועים ו-100 סטודנטים.

הערכת עלות שכר שנתית – 6.2 מלש"ח (ללא דיוור, מחשוב, ריהוט ומיקור חוץ לכתבי אישום)

שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות ומשרד הפנים

מוצע להקים צוות היגוי שיורכב ממנכ"ל משרד הבריאות, מנכ"ל משרד הפנים ומיו"ר השלטון המקומי, במטרה להגדיר במפורש את גבולות הגזרה של כל גוף, ואת היקפי שיתופי הפעולה.

3. הגנה על הציבור מפני החשיפה לעישון כפוי ונזקין

א. הסמכת גורמים נוספים לאכיפת החוק

מוצע כי יינתנו סמכויות אכיפה של הוראות חוק זה גם לגורמים שיוסמכו לכך על ידי שר הבריאות. יודגש, כי תיקון זה לחוק מותנה בהקמת הגוף המרכזי במשרד הבריאות, כמפורט לעיל.

ב. קביעת הוכחה לעבירה

מוצע כי תיקבע בחוק חזקה לפיה מעל לסף זיהום אויר מסויים (הגדרת הסף והמיכשור למדידתו ייקבעו בתקנות) רואים בבעל המקום כאילו לא עשה כל שניתן למנוע את העישון בתחום המקום הציבורי שבהחזקתו, ובכך ישנה עבירה על הוראות החוק.

ג. ביטול חובת הודעה מוקדמת על כוונה וביצוע פיקוח

מוצע לקבוע כי לא תידרש הודעה מראש על הכוונה להיכנס ולבצע פיקוח במקום ציבורי.

ד. הקרה לצמצום העישון

מוצע להקים קרן לצמצום העישון במסגרת משרד הבריאות. מטרת הקרן תהיה לרכז אמצעים כספיים לפעולות הנדרשות לצמצום העישון ולמניעת נזקין, כשתקנות בדבר סדרי הפעלת הקרן יקבעו על ידי שר הבריאות. כספי הקרן יבואו מקנסות לפי חוק זה, מהקצבות מתקציב המדינה ומתרומות והן יועדו למטרותיה בלבד ויוצאו לפי הוראות שר הבריאות בהסכמת שר האוצר. כן תיקבע חובת דיווח שנתית לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, בסוף כל שנת תקציב, על פעולות הקרן, הכנסותיה והוצאותיה.

תיקון התוספת לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון

א. איסור עישון באירועי תרבות

מוצע להוסיף את המונח "להופעות" לרשימה, כך שיובהר שהעישון אסור גם במקומות אלו.

ב. איסור עישון בבתי חולים

מוצע לקבוע כי ייאסר עישון באזורי הכניסה לבניינים ובחצרות, בטווח של 10 מטר מהכניסה.

ג. איסור עישון בבתי ספר

מוצע לאסור לחלוטין על עישון בתוך שטח בית הספר, הן בחצר והן במבנה, כך שלא תינתן אפשרות להסדיר חדר עישון בתוך מבנה בית הספר והעישון בו ייאסר לחלוטין. עם זאת, במוסדות חינוך בעלי חצר בשטח גדול במיוחד, יתאפשר להקצות חדר עישון למורים בלבד, אך זאת במבנה מבודד בחצר, שאינו נגיש לתלמידים, כך שהתלמידים לא ייחשפו לעישון של המורים.

ד. איסור עישון באוטובוסים וזוטובוסים

מוצע לאסור לחלוטין על עישון באוטובוס וזוטובוס, ללא תלות בהימצאות נוסעים או בזמני הפעילות של הקו או כל תנאי אחר.

ה. איסור עישן בתחנות אוטובוס

מוצע, כי ייאסר עישון בתוך תחנת אוטובוס מקורה וכן במרחב שבינה ובין הכביש. כמו כן, מוצע להוסיף תחנות אוטובוס מרכזיות למקומות האסורים לעישון, על מנת להדגיש את איסור העישון בהן, כפי שכבר קיים מתוקף פרט 14 לתוספת לחוק, אך תינתן אפשרות להקצות בהן חדרי עישון.

ו. איסור עישון ברכבת ישראל

מוצע לקבוע כי העישון ייאסר בכל שטח מקורה בתחנת הרכבת, לרבות ברציפים וכן בין אזור מקורה ברציף ובין פסי הרכבת, אך תינתן אפשרות להקצות בהם חדרי עישון. כמו כן, מוצע לבטל את האפשרות הקיימת היום, להקצות ברכבת קרון לעישון.

ז. איסור עישון בבתי אוכל

מוצע לקבוע כי בית אוכל יוכל להגדיר את האזור החיצוני שאינו מקורה כאזור עישון, בתנאי ששטחו אינו עולה על 15 מ"ר או שטחו רציף ואינו עולה על 25% של שטח הישיבה מחוץ למבנה ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

ח. איסור עישון במקומות עבודה

מוצע להתאים את ההוראות לגבי קביעת חדר עישון במקום עבודה לנוסח ההוראות המקבילות לגבי מקומות אחרים, יחד עם הכללת הוראה מפורשת, כפי שקיימת היום, שתימנע קביעת חדר עישון במקום בו עובד או נמצא מי שאינו מעשן.

ט. איסור עישון במשרדי ממשלה

מוצע לקבוע כי בכל משרדי הממשלה העישון ייאסר ולא תינתן אפשרות להקצות חדרי עישון בבניין.

י. איסור עישון באולמות שמחה

מוצע שיהיה ניתן להתיר חלק מהאזור החיצוני שאינו מקורה כאזור עישון, ובתנאי ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה באזור ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

יא. איסור עישון בגני אירועים

מוצע לקבוע שיהיה ניתן להתיר אזור עישון רק בחלק מהאזור שאינו מקורה, ובתנאי ששטחו רציף ואינו עולה על 25% באזור ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

יב. איסור עישון בבריכות שחייה

מוצע כי ייאסר על עישון בבריכה ובשטח המגודר סביבה (לפחות 2.5 מטר משפת הבריכה).

יג. איסור עישון במחסים

מוצע לקבוע כי ייאסר העישון במקלטים ציבוריים ובמחסים כהגדרתם בחוק.

יד. עידוד רשויות מקומיות להרחבת איסור עישון במקומות ציבוריים נוספים

מוצע לקבוע כי החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים יחול גם על כל מקום אחר שיקבע ראש רשות מקומית בחוק עזר.

טו. איסור עישון בבית כנסת, כנסיה, מסגד וח'ילוה

מוצע לקבוע כי העישון ייאסר בכל מקום בבנין של בית כנסת, כנסיה, מסגד או ח'ילוה ובחצר שלו, למעט אזור נפרד בחצר שאינו מקורה, שהוקצה לעישון, ובתנאי ששטחו רציף ואינו עולה על 25% מהחצר ושאר החצר שמורה ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בה אסור.

טז. איסור עישון במתנ"סים

מוצע לקבוע כי העישון ייאסר במבנה המתנ"ס ובחצר שלו למעט אזור נפרד בחצר, שהוקצה לעישון, ובתנאי שהאזור אינו מקורה ושטחו רציף ואינו עולה על 25% מהחצר וכי שאר החצר שמורה ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בה אסור.

יז. איסור עישון באיצטדיונים ואמפיתיאטראות

מוצע לקבוע כי העישון באיצטדיונים ואמפיתיאטראות ייאסר למעט באזור שהוקצה לעישון, ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה ושאר מקומות הישיבה שמורים ללא מעשנים, וסומן בבירור שהעישון בהם אסור.

יח. איסור עישון בבתי אבות ודיר מוגן

מוצע לקבוע כי ייאסר עישון בכל מקום בבית אבות או דיר מוגן, למעט בחדר מגורים, ובלבד שאין גר בו מי שאינו מעשן ולמעט חדר נפרד לחלוטין שהוקצה לעישון ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.

4. צמצום הצטרפות צעירים למעגל המכורים לעישון

בהתאם לניסיון העולמי ולמחקרים בנושא עישון בבני נוער, ניתן להשיג שינוי התנהגותי לאורך זמן רק אם משנים קודם לכן את הסביבה בה גדלים הצעירים.

שינוי יחס החברה כלפי עישון ובמיוחד שינוי הוראות החוק כלפי עישון במקומות ציבוריים וחיפה לעישון כפוי ככלל ובמוסדות חינוך בפרט, כפי שהומלץ לגביהם בסעיף הקודם, מהווים מרכיב חשוב ומשפיע ביותר על הצעירים בחברה, אך הם אינם מספיקים בפני עצמם. צעדים בסיסיים נוספים לשינוי זה, הינם דרך שינוי התדמית של העישון, הנגישות של צעירים למוצרי טבק, והפחתת העישון בקרב מבוגרים.

התדמית של מוצרי הטבק מושפעת במידה רבה מאוד על ידי חברות הטבק וההשקעות המשמעותיות שלהן בשיווק ופרסום, כגון קידום מכירות, פרסום באינטרנט, אך גם מתפקיד הסיגריה ותדמית המעשן כפי שמוצגת בסרטים, בתוכניות טלוויזיה ובהצגות.

בהתחשב בנזקים הכבדים לבריאות הציבור והשלכותיו החמורות של העישון, ובהתאם להוראות אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק, ומתוך רצון להתאים את המצב החוקי בישראל למצב החוקי המקובל בעולם המערבי מבחינת פרסום ושיווק מוצרי טבק, הוחלט על התאמות ושינויים בחקיקה הקיימת.

מאחר שלשינויים אלו ישנה השפעה על חברות הטבק, המייבאים, המשווקים והמוכרים, נלקחו בחשבון ההשלכות הצפויות של השינויים השונים על התעשייה לצד בחינת הנחיות והמלצות האמנה וכן דוגמאות לחקיקה מקובלת בעולם.

יחד עם זאת, לדעתה של הוועדה, באיזון בין האינטרסים השונים, הוחלט להמליץ על מדרג בתיקוני החקיקה המומלצים, כך שחלק מהשינויים יהיו מיידיים עם אישור תיקוני החקיקה (הוגדרו כ"מועד א"), חלק יישומו בתוך כשנה (הוגדרו כ"מועד ב") וחלק ייושמו רק בעוד 3 שנים (הוגדרו כ"מועד ג").

א. שינוי שם החוק

מוצע לשנות את שם החוק מ"הגבלת הפרסומת

והשיווק" ל"איסור הפרסומת והגבלת השיווק". שינוי זה יהיה במועד ג.

ב. שינוי הגדרת "פרסומת"

מוצע לעדכן את הגדרת "פרסומת" ולהוסיף גם מסר המופץ באופן מסחרי, שמטרתו לעודד רכישת מוצר טבק או לעודד את העישון, לרבות מסר הנמסר בעל פה או בהתנהגות. תחולת השינוי תהיה במועד א.

ג. שינוי הגדרת "שיווק"

מוצע לשנות את הגדרת "שיווק" ולבטל את הפטור הניתן כיום על ייבוא על ידי זכאים וכן על מכירה בחנויות פטורות מכס, ולהחיל עליהם את אותן מגבלות הקיימות על שיווק מוצרי טבק בישראל. לאור היקף השינוי והשפעתו, בעיקר על פעילות חברות הטבק בנמלי ישראל, תחולת השינוי תהיה במועד ג.

ד. הוספת סעיף מטרה לחוק

מוצע לקבוע סעיף מטרה לחוק: מטרתו של חוק זה להגן על בריאות הציבור, ובמיוחד על בריאותם של ילדים וצעירים, באמצעות קביעת איסור על פרסומת למוצרי טבק ואיסור או הגבלה על פעולות אחרות, העשויות להקל על השימוש במוצרי טבק בקרב ילדים וצעירים או למשוך ילדים או צעירים להשתמש בהם, וכן באמצעות מתן מידע לציבור. תחולת השינוי תהיה במועד א.

ה. איסור פרסום למוצרי טבק

מוצע לקבוע איסור מקיף על פרסום מוצרי טבק ולמחוק את פירוט האמצעים השונים וכן לקבוע סעיף החרגה, המפרט את החריגים בהם יתאפשר לפרסם, כגון פרסום שנמסר בדואר או ברשת האינטרנט לממוען בגיר המזוהה בשמו, שנתן הסכמה מפורשת מראש לקבלת פרסום למוצר טבק, פרסום בתוך חנות למכירת מוצרי טבק ואביזרים לעישון בלבד, בתנאי שאינו גלוי לעין מחוץ לחנות ופרסום במסגרת העיסוק בסחר במוצרי טבק, הנמסר לאדם אחר העוסק בסחר במוצרי טבק; בנוסף, מוצע לקבוע כי לשר הבריאות תינתן סמכות לקבוע, אם יחליט לקבוע, ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, הוראות שיתירו פרסום אחר, בתנאי שאינו מהווה חריג משמעותי מהכלל העקרוני ושקטינים וצעירים אינם עשויים להיחשף לו. תחולת השינוי תהיה במועד ב.

ו. הגבלת פרסומת בשלטים

מוצע לקבוע כי תבוטל ההחרגה המאפשרת פרסום מוצרי טבק על "שלט מותר", כולל איסור פרסום בנקודות מכירת מוצרי טבק. עם זאת, יותר להציג בנקודת המכירה רשימה עם שמות מוצרי הטבק ומחירם. תחולת השינוי תהיה במועד ג.

ז. הגבלת הצגת מוצרי טבק למכירה

מוצע לקבוע, כי לשר הבריאות תינתן סמכות לקבוע הוראות, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, בדבר הצגת מוצרי טבק למכירה. תחולת השינוי תהיה במועד א.

ח. הגבלת שימוש בתמונות על אריזות מוצרי טבק

מוצע לקבוע, כי בנוסף לאיסור סימון אריזות מוצרי טבק בדמותם של בני אדם או של איבריהם ובעלי חיים, לאסור גם תמונת פרי. תחולת השינוי תהיה במועד ב.

ט. איסור מתן חסות על ידי חברות טבק

מוצע לקבוע, כי מתן חסות על ידי חברות טבק ייחשב כפרסומת ויאסר. תחולת השינוי תהיה במועד ב.

י. מכונות אוטומטיות לממכר טבק

מוצע לקבוע, כי בשלב הראשון, ייקבע השר, בהתאם לסמכות המוקנית לו בחוק, רשימה של מקומות בהם אסור להציב מכונות אוטומטיות לממכר טבק, כשהעיקרון יהיה לאסור על הצבתן בכל מקום הנגיש

לצעירים או במקומות רגישים ובעלי השפעה חברתית-נורמטיבית, כדוגמת בסיסי צה"ל או מוסדות להשכלה גבוהה. התחולה תהיה במועד ב.
בשלב השני יתוקן החוק על מנת לאסור לחלוטין להציב או להחזיק במכונות אוטומטיות למכר טבק. התחולה תהיה במועד ג.

יא. איסור חלוקת סיגריות

מוצע לקבוע כי השתתפות בסקר צרכנים ומתן תמורה סמלית אחרת לא תחשב כתמורה לצורך חלוקת סיגריות, וכן מוצע לקבוע איסור על עריכת משחקים והגרלות המיועדות, בין השאר, לקידום מכירת מוצרי טבק או מותג. תחולת השינוי תהיה במועד א.

יב. שינוי אזהרות על מוצרי טבק וגודל האזהרה

מוצע לקבוע באופן מפורש, כי לשר הבריאות סמכות לקבוע בתקנות, באישור וועדת הכלכלה של הכנסת, אזהרות בתמונות גראפיות וכן לקבוע הוראות נוספות בדבר סימון מוצרי טבק. תחולת השינוי תהיה במועד א. לאחר שיגובשו במשרד הבריאות תקנות לאזהרות גראפיות, הן יובאו לאישור וועדת הכלכלה של הכנסת.

יג. מידע אודות רכיבי מוצרי טבק

מוצע לקבוע, כי יצרן או יבואן של מוצרי טבק, יגיש אחת לשנה דיווח לשר הבריאות, על מוצרי הטבק שהוא ייצר או ייבא, ובה יכלול רשימת רכיבים, מטרת השימוש בהם ושיעורם וכן מידע תמציתי על רעילותם של המרכיבים במצבם הגולמי ובעת השימוש בהם. כמו כן מוצע לקבוע כי שר הבריאות יפרסם לציבור את הרשימות שהוגשו לו, אך ללא מידע המוגדר סוד מסחרי. כן מוצע לקבוע כי שר הבריאות יהיה רשאי לקבוע תקנות לעניין סעיף זה, באישור וועדת הכלכלה של הכנסת, כגון חובת סימון רכיבים על גבי אריזות מוצרי הטבק ואופן בדיקת שיעור הרכיבים. בנוסף, מוצע להסמיק את שר הבריאות להתקין תקנות, באישור וועדת העבודה הרווחה והבריאות, לאסור או להגביל את השימוש בחומרי טעם פירות או שוקולד במוצרי טבק. תחולת השינוי תהיה במועד ב.

יד. סמכויות פיקוח

מוצע לקבוע הוראות מפורטות אשר יסדירו את הסמכויות של מפקחים, כפי שמקובל בחקיקה מודרנית. כמו כן, לאור הוספת הוראות חדשות אלה, סעיף 14 לחוק מתייתר. תחולת השינוי תהיה במועד א. יודגש, כי תיקון זה לחוק מותנה בהקמת הגוף המרכזי במשרד הבריאות, כמפורט לעיל.

טו. תיקונים טכניים נוספים

מאחר שמוצע לבטל סעיפים שונים בחוק, יש צורך לתקן ולהתאים סעיפים שונים, כגון מספור סעיפים והפניות לסעיפים וכדו' וכן לקבוע את תאריכי התחולה השונים של ההוראות החדשות, בהתאם למועדים המומלצים (א', ב' או ג')

5. מדיניות והמלצות לגבי מיסוי מוצרי טבק

א. העלאת נטל המס על סיגריות

מומלץ להעלות פעם נוספת את המיסוי על סיגריות, כך שישתווה לממוצע האירופי, לפחות.

ב. מוצרי טבק אחרים – טבק הרחה, טבק לנרגילה ועוד

מוצע להעלות את המס לכ-250 ₪ לק"ג.

6. סיוע למעשנים להיגמל מעישון

א. ייעוץ אישי לגמילה מעישון

מומלץ לקבוע, כי גם ייעוץ אישי לגמילה מעישון יוכר כסדנא לגמילה מעישון, ויזכה את המשתתף ברכישת תרופות המרשם בהשתתפות עצמית בלבד, בדומה להשתתפות בסדנא קבוצתית.

ב. קו טלפוני לגמילה מעישון

הוועדה ממליצה לחייב את קופות החולים במתן שירותי גמילה מעישון באמצעות קו טלפוני. לצורך כך, תוגש הצעה לוועדת סל הבריאות לכלול את הטכנולוגיה הזו בסל.

ג. הכללת תחליפי ניקוטין בסל הבריאות

מומלץ להוזיל את עלות תחליפי הניקוטין כך שיהיו זמינים יותר לאלו המבקשים להיגמל מעישון. לצורך כך, תוגש הצעה לוועדת סל הבריאות לכלול את הטכנולוגיה הזו בסל.

ד. בחינת נושא הסדרת תחום הגמילה מעישון בחקיקה

מומלץ להסדיר את נושא הגמילה בתוך מערכת הבריאות, כך שיהיו הגדרות ברורות, ואחידות, וזאת באמצעות הוצאת חוזר מנהל רפואה לקביעת הנחיות מקצועיות לעוסקים בגמילה וכן להכשרת העוסקים בתחום הגמילה מעישון בקופות החולים.

לצורך כך, הוקם צוות עבודה רב תחומי הכולל נציגים ממשד הבריאות, קופות החולים, האקדמיה ומומחים נוספים, שיגבשו הנחיות מוסכמות וברורות, בהתאם למקובל בעולם בתחום זה.

ה. הרחבת הזכאות לסבסוד תרופות מרשם לגמילה לפרוטוקול טיפול נוסף

מומלץ להרחיב את ההתוויה ולהבהיר כי גם במקרה ויש צורך בהמשך טיפול תרופתי, יינתן הסבסוד לרכישת התרופות לנגמל בדיוק כפי שניתן בתחילת הטיפול.

ו. שימוש באינטרנט לגמילה מעישון

מומלץ לבחון את האפשרות לרכוש ולהתאים תוכנה עברית קיימת לגמילה מעישון לשימוש זמין וחופשי לכלל הציבור, תוך ביצוע הערכה מחקרית מלווה של התוצאות.

7. צמצום העישון בחברה הערבית

הוחלט על הקמת וועדה ייעודית לנושא, לצורך גיבוש תוכנית לאומית לצמצום העישון במגזר הערבי, הכוללת מומחים מהמשרד, מקופות החולים, מהאקדמיה, מהדרג הפוליטי ועוד.

כשיוגשו המלצות הוועדה הן ייבחנו וישולבו כחלק מתוכנית העבודה הכללית בנושא העישון.

8. שימוש בהסברה ותקשורת

יש להקצות משאבים לצורך ניהול מסעות הסברה בתקשורת, במדיומים השונים, ובנושאים השונים הקשורים לעישון – מניעת התחלת עישון, העלאת מודעות לנזקי העישון ולסכנות בחשיפה לעישון כפוי, עידוד גמילה מעישון ועוד.

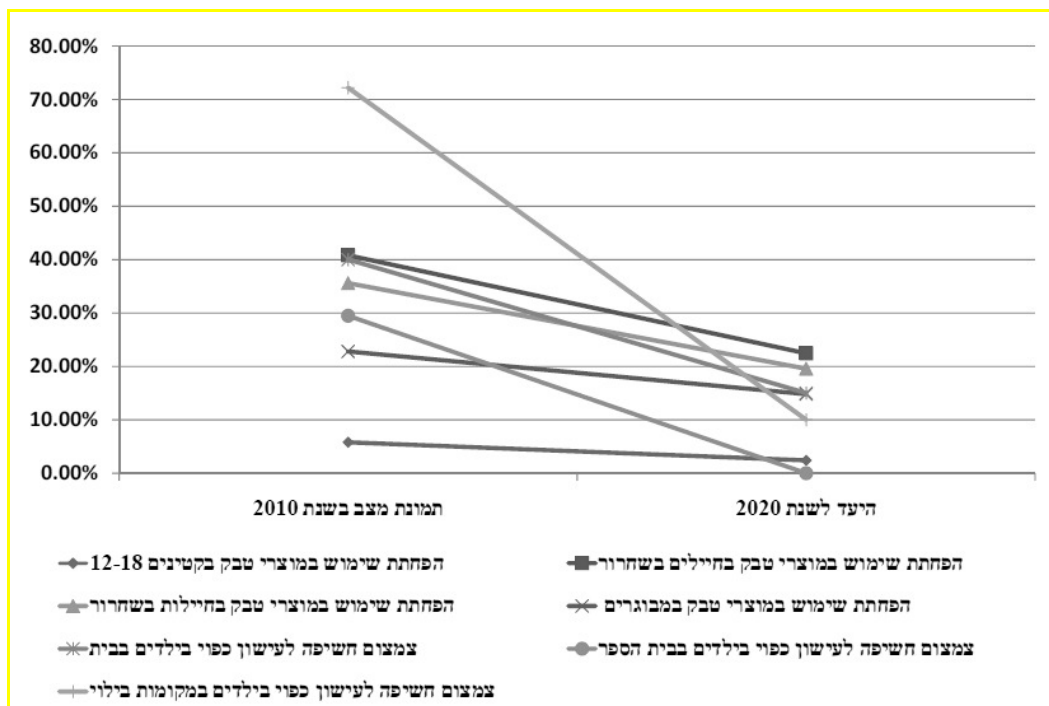
9. צמצום הזיהום מבדלי הסיגריות

בישראל נצרכים מידי שנה כ-8 מיליארד סיגריות, המייצרים פסולת של 8 מיליארד בדלי סיגריות, שרובם הגדול (מעל ל-75% ע"פ הערכות) מושלך מחוץ לפח האשפה ואכן, בדלי הסיגריות מהווים כ-50% מכלל הפסולת המושלכת בעולם המערבי.

בדלי הסיגריות עשויים לרוב מפלסטיק (צלולוזה אצטית), ומכילים בתוכם ריכוז גבוה של רעלים וחומרים מסרטנים שנספגו בבדל במהלך עישון הסיגריה (כגון מתכות כבדות), וכאשר בדל הסיגריה בא במגע עם מים, חומרים אלו משתחררים לסביבה - בדל סיגריה אחד מזהם כ-8 ליטרים של מי תהום. לכן, מומלץ על הקמת צוות בין משרדי (בריאות והגנת הסביבה) וגופים רלוונטיים נוספים, על מנת לגבש תוכנית להתמודדות עם הבעיה ומציאת דרכים לצמצומה.

10. קביעת יעדי התוכנית לקראת שנת 2020

הוועדה ממליצה לאמץ את היעדים והמטרות שהוצבו בדו"ח תת-הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי של יוזמת "לעתיד בריא 2020". המלצות אלו פורסמו בדו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2007-2008, בפרק ח'.



פרק ה: חקיקה בנושא הגבלת עישון

1. חקיקה ממשלתית

חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשע"א – 2011
חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשע"א – 2011
צו למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (שינוי התוספת לחוק), התשע"א – 2011

משרד הבריאות ניסח טיוטות לתיקון החקיקה המפורטת לעיל, בהתאם להמלצות הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו, ונמצא בשלבי ניסוח ותיאום של טיוטות אלו מול משרדי ממשלה שונים, כדי לאשרם כתזכירי חוק.

2. חקיקה פרטית

הצעת חוק להעלאת המודעות למניעת עישון, התשע"א – 2010
ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת גדעון עזרא. ההצעה נועדה לקבוע חובת העברת פעילויות הסברה ומניעה בנושא העישון בקרב תלמידי תיכון, בכדי להגביר את המודעות לנזקי העישון ולמנוע התנסות בעישון. הצעת החוק לא עברה קריאה טרומית.
הצעת חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (תיקון – איסור הצבת מכונות מכירה) התשע"א – 2010

ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת אורי אריאל. ההצעה נועדה למנוע לחלוטין הצבת מכונות אוטומטיות לממכר סיגריות, בכדי למנוע מכירה של מוצרי טבק לצעירים וכך להגן עליהם מהתמכרות לטבק. הצעת החוק נמצאת בהכנה לקריאה שנייה ושלישית.
הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (תיקון – אכיפה בבית חולים), התש"ע – 2010

ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת יואל חסון. הצעת החוק נועדה להסיר את האחריות ממנהל בית החולים, כמחזיק במקום ציבורי, על עבירה על חוק מניעת העישון שנעברה בתחומי בית החולים, וכן ליצור מנגנון לפיו הקנסות אשר ייגבו על ידי הסדרנים הממונים בבית החולים, יועברו לקופת בית החולים, לצורך מימון האכיפה. הצעת החוק לא עברה קריאה טרומית.
הצעת חוק מס קניה (טובין ושירותים) (תיקון – איסור יבוא אלכוהול וטבק לאדם שגילו אינו עולה על 18), התש"ע – 2010

ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת דני דנון. ההצעה נועדה למנוע מתן פטור על יבוא של מוצרי טבק או אלכוהול לנכנס לארץ, שגילו קטן מ-18 שנים. הצעת החוק טרם עברה קריאה טרומית.
הצעת חוק לתיקון פקודת הטבק (איסור שיווק של מוצר טבק המכיל חומר ממכר), התש"ע – 2010
ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת יואל חסון. הצעת החוק נועדה לאסור את הכללתם ומכירתם של חומרים ממכרים, כפי שיקבע שר הבריאות, במוצרי טבק המשווקים בישראל. ההצעה טרם עברה קריאה טרומית.

הצעת חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (תיקון – פרסומת לתכשירי גמילה מעישון), התש"ע – 2010

ההצעה הוגשה על ידי חבר הכנסת אריה ביבי. ההצעה נועדה לאפשר פרסום של תרופות וטיפולים רפואיים שמטרתם גמילה מעישון, בכל מקום בו מותרת פרסומת של מוצרי טבק, בדרכים ובמגבלות שיקבעו בתקנות על ידי שר הבריאות. ההצעה טרם עברה קריאה טרומית.

פרק ו: אכיפה להגבלת עישון בישראל האכיפה באמצעות הרשויות המקומיות

מטרתו של פרק זה לפרט על מידת אכיפתו של החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון. בהתאם לחוק חובת הדיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק ולחוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, ישנה חובה כפולה לאיסוף נתוני אכיפה, הן מצד שר הבריאות והן מצד ראשי הרשויות. סגן שר הבריאות פנה לראשי הרשויות והמועצות המקומיות, בבקשה לקבל דיווח בדבר הפעולות שנעשו לאכיפת החוק, כולל מספר הקנסות שהוטלו בגין עישון במקומות ציבוריים או בגין אי התקנת שלטים המורים על איסור עישון או בגין הצבת מאפרות במקום האסור לעישון. בנוסף, ראשי הערים נתבקשו לפרט כמה פקחים הוסמכו, התפלגות הקנסות לפי סוג המקומות הציבוריים וכן מספר הטלפון אליו ניתן לפנות לצורך הגשת תלונה. החובה לדווח לשר הבריאות מוטלת גם על ראש הרשות מקומית, עד סוף חודש ינואר בכל שנה, על פעולות הפיקוח שננקטו בשנה שקדמה לה, לרבות מספר הפקחים שהוסמכו לנושא זה. בנוסף, הרשות המקומית מחוייבת לפרסם לציבור באתר האינטרנט שלה או בדרך אחרת, מספר טלפון שיהיה פעיל 24 שעות ביממה, לצורך הגשת תלונה לפקח עירוני על אי אכיפת החוק.

חשוב להדגיש, כי למרות שמשרד הבריאות פנה לכל ראשי הערים, טרם נתקבל דיווח ממספר ראשי ערים, עד למועד פרסום דו"ח זה.

תופעה זו של אי-קיום החוק ואי מסירת דיווח כנדרש מצד ראשי ערים, חוזרת על עצמה מידי שנה, ומשרד הבריאות שב ופונה לראשי הערים ודורש את הדיווח כמתחייב בחוק, על מנת לקבל את תמונת המצב האמיתית, ככל ניתן, של אכיפת חוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון. בנוסף, השנה משרד הבריאות נעזר במשרד הפנים, לצורך הדגשת חשיבות הנושא ושיפור ההיענות מצד ראשי רשויות, להעברת דיווחים אלו למשרד הבריאות.

עיריות שפעלו בתחום אכיפת החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, 2010

העירייה	מס' פקחי עישון	מס' קנסות*	תיאור הסדרי אכיפה והערות העירייה
אום אל - פחם	-	לא ניתנו	החלו בפעילות עירונית הדרגתית ליישום החוק
אורנית	4	לא ניתנו	מוקד עירוני : 107
אור עקיבא	1	מעשנים : מסעדה, בית קפה - 4 קניון - 9 מקום אחר - 2 מקום עבודה - 3 בעלי עסקים : אי מניעת עישון - 1 אי התקנת שילוט - 3 הצבת מאפרות - 3 סה"כ - 25	מוקד עירוני : 04-6108846/7
אילת	3	מעשנים : מסעדה, בית קפה - 11	מוקד עירוני 08-6367106
אשדוד	10	מעשנים : מסעדה, בית קפה - 3 קניון - 2 בעלי עסקים : אי מניעת עישון - 5 סה"כ - 10	מוקד עירוני : 08-8545493 בשנת 2010 נרשמו 17 פניות מהציבור, 26 התראות נרשמו למעשנים ובוצעו 74 סורים יזומים.
אשקלון	21	מעשנים : קניון - 36 בית חולים - 55 מקום אחר - 1 סה"כ - 92	מוקד עירוני : 106 או 08-6792306

* בסוגריים מופיע מספר הקנסות שהוטלו בשנה שעברה.

<p>מעשנים :</p> <p>מסעדה, בית קפה (כולל פאב או מועדון) – 420 קניון - 31 בי"ח - 28 מקום אחר : בית משפט – 75 משרד הרישוי - 26 אחרים - 4 בעלי עסקים : אי מניעת עישון - 3 אי התקנת שילוט – 4 הצבת מאפרות - 2 סה"כ - 594 [365]</p> <p>יש הסדר פיקוח עם קניונים, בית החולים סורוקה, בית המשפט, משרדי קרית הממשלה, בניין עיריית באר-שבע וכן עם בעלי מועדונים מרכזיים. מוקד עירוני : 08-646377 או 108</p>	25	באר שבע	
מוקד עירוני : 106 או 08-9909999	לא ניתנו	-	בית שמש
מוקד עירוני : 03-5556433	מעשנים : קניון – 26 סה"כ - 26	5	בת ים
מוקד עירוני : 106	לא ניתנו	2	דימונה
מוקד עירוני : 108	לא ניתנו	5	הוד השרון
מוקד עירוני : 09-9591527	מעשנים : קניון, מסעדה, בית קפה קניון - 37 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 36 אי הצבת שילוט - 2 סה"כ - 75 [72]	28	הרצליה
מוקד עירוני : 03-5086100 או מוקד עירוני 106	מעשנים : מסעדה, בית קפה – 10 בי"ח – 244 קניון – 6 מקום עבודה - 4 סה"כ – 264 [446]	לא קבוע	חולון
המשטרה מטפלת בנושא		-	טמרה

מוקד עירוני : 106 או 08-9433348/9	מעשנים : קניון- 7 מקום עבודה – 10 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 2 סה"כ – 19 [3]	5	יבנה
מוקד עירוני : 106 או 03-5391246	לא ניתנו	3	יהוד - מונסון
מוקד עירוני : 106 או 04-9596072	לא ניתנו	3	יקנעם
	מעשנים : מסעדה/בית קפה, קניון, ביי"ח ואחרים – 273 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 46 הצבת מאפרות – 6 סה"כ - 325	86	ירושלים
מוקד עירוני : 106 או 04-9085555	מעשנים : מסעדה/בית קפה, קניון, ביי"ח ואחרים – 8	7	כרמיאל
מוקד עירוני : 08-9726020	מעשנים : קניון- 3	8	מודיעין, מכבים, רעות
מוקד עירוני : 106 או 08-9383838	לא ניתנו	-	נס ציונה
מוקד עירוני : 04-6478888	מעשנים : קניון- 46 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 1 סה"כ – 47 [35]	4	נצרת עילית
מוקד עירוני : 106	לא ניתנו	1	נתיבות

מוקד עירוני : 106 או 09-8603126	מעשנים : מסעדה/בית קפה - 41 בתי חולים – 2 קניון – 4 מקום עבודה – 10 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 8 אי הצבת שילוט – 3 הצבת מאפרות – 4 סה"כ – 72 [112]	60	נתניה
		-	סח'נין
מוקד עירוני : 04-9956130 כחלק מפרויקט "מחוז צפון נקי מעישון", תחל אכיפה בבית חולים "מזרע".	לא ניתנו	6	עכו
מוקד עירוני : 106		-	עספיה
מוקד עירוני : 08-9951705	מעשנים : מסעדה/בית קפה - 4 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 2 סה"כ – 6 [78]	3	ערד
מוקד עירוני : 09-9053003	מעשנים : מסעדה/בית קפה - 2 בתי חולים – 24 קניון - 25 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 2 אי התקנת שילוט – 2 הצבת מאפרה - 4 סה"כ – 59	4	פתח תקווה
מוקד עירוני : 106	לא ניתנו	2	קרית טבעון
מוקד עירוני : *106	לא ניתנו	4	קרית ים
מוקד עירוני : 04-8780900 או 106	מעשנים : קניון - 26 בעלי עסקים : אי מניעת עישון – 1	7	קרית מוצקין

	סה"כ – 27		
מוקד עירוני : 106 או 04-6908466	לא ניתנו	2	קרית שמונה
	מעשנים : מסעדה/בית קפה - 287 קניון – 56 מקום עבודה – 34 בעלי עסקים : אי מניעת עישון - 41 אי התקנת שילוט - 4 הצבת מאפרות - 6 סה"כ – 438 [155]	45	ראשון לציון
מוקד עירוני : 108 או 08-9771780	מעשנים : קניון – 51 סה"כ – 51 [47]	2	רמלה
מוקד עירוני : 109 שני מפקחים קבועים מוצבים בבי"ח תל השומר, מפקחים במתחם הבורסה אוכפים בבנייני המשרדים בתיאום עם הנהלת בנין המשרדים.	מעשנים : בתי חולים – 82 מקום עבודה – 9 סה"כ – 91 [36]	2	רמת גן
מוקד עירוני : 107 או 04-9831616		-	רמת ישי
הקב"ט העירוני של הקניון והקב"ט העירוני של בית החולים בית לוינשטיין מתאמים מועדים לביצוע אכיפה וביקורות פתע בשיתוף הפיקוח העירוני. מוקד עירוני : 107 או 09-7622100	בעלי עסקים : אי התקנת שילוט - 1 סה"כ – 1 [9]	10	רעננה
אין מוקד טלפוני		-	שלומי
מוקד עירוני : 106 במהלך שנת 2010 בוצעו 4,400 ביקורות יזומות ובנוסף 454 ביקורות על פי קריאה.	מעשנים : מסעדה/בית קפה - 514 בתי חולים - 30 קניון – 508 מקום אחר - 12 בעלי עסקים : אי מניעת עישון - 256 אי התקנת שילוט - 6 הצבת מאפרות - 17 סה"כ – 1,343 [2,127]	203	תל אביב-יפו

פרק ז: גמילה מעישון בישראל

מטרתו של פרק זה לספק תמונת מצב על נושא הגמילה מעישון בישראל.

טכנולוגיות לגמילה מעישון בסל שרותי הבריאות

הוועדה הציבורית להרחבת סל שרותי הבריאות החליטה בסוף שנת 2009 לכלול בסל הבריאות גם תרופות שיוכלו לסייע במניעת מחלות, וכך הוחלט לכלול תרופות לגמילה מעישון בסל שרותי הבריאות, בשילוב סדנאות גמילה, כשההערכה הייתה כי מטיפולים אלו ייהנו כ-6,000 חולים. ואכן, מדיווחי קופות החולים לוועדת סל התרופות, עולה כי חלה עליה חדה במספר משתתפים בסדנאות גמילה מעישון, וההערכות הן שבמהלך שנת 2010 השתתפו מעל ל-10,000 איש בסדנאות גמילה מעישון. המסר העיקרי של וועדת הסל ביחס לכך היה כי רפואה מונעת חשובה וצריכה לקבל מקום לצד תרופות מצילות חיים, וההחלטה שהתקבלה לכלול את התרופות להפסקת עישון יחד עם סדנאות גמילה, תסייע למנוע מחלות ולשפר את איכות חייהם של מבוטחים רבים.

מהכללית נמסר כי בשנת 2009 התקיימו 61 סדנאות אשר בהם השתתפו 750 מבוטחים, כאשר ב-2010 התקיימו 375 סדנאות בהם השתתפו 5,400 מבוטחים. עוד נמסר כי הקופה מפעילה מערך הסברה ומוודעות לצוותים רפואיים ייעודיים, התאמת סדנאות למאפייני האוכלוסיות השונות ובהן סדנה שמופעלות ב'מרפאה הגאה' המיועדת לאוכלוסייה ההומו-לסבית ושמה דגש מיוחד על פעילות הסברה במגזר הערבי שבו שיעור העישון בקרב גברים גבוה מאוד. הנתונים עד היום מצביעים על 51% ממשתתפי הסדנאות שהצליחו להפסיק לעשן.

מכבי שרותי בריאות דיווחו כי בשנת 2009 התקיימו 130 סדנאות גמילה מעישון בהם השתתפו 1,200 מבוטחים, כאשר ב-2010 התקיימו 140 סדנאות בהם השתתפו 3,300 איש – בכל סדנה השתתפו כפול משתתפים בהשוואה לשנה קודמת, וכ-42% מהמשתתפים בסדנאות ב-2010 הצליחו להיגמל מעישון. בנוסף מפעילה מכבי גם מוקד טלפוני, עליו מפורט בסוף פרק זה.

מאוחדת דיווחה כי בשנת 2009 התקיימו 24 סדנאות בהן השתתפו 420 מבוטחים לעומת 126 סדנאות בהשתתפות 1,900 מבוטחים ב-2010, כאשר 58% מהמשתתפים הצליחו להפסיק לעשן.

לאומית דיווחה על 50 סדנאות ב-2010 עם 579 משתתפים, כאשר ב-2009 לא התקיימו כלל סדנאות. בנוסף, ועדת הסל ציינה כי המאבק בנגע העישון אינו של מערכת הבריאות בלבד, אלא מהווה פרויקט לאומי בו גורמים נוספים שותפים למאבק – פעולה חשובה ביותר היא פעולת המניעה ולכן חשוב להגדיל את פעולות ההסברה נגד עישון שעושה הממשלה, משרד הבריאות ומשרד החינוך בקרב ילדים ובני נוער, במטרה להקטין את המצטרפים החדשים למעגל המעשנים. התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, כפי שמפורטת בפרק ד של דו"ח זה, אמורה לתת מענה, בין השאר, גם להיבטים אלו שהעלתה וועדת הסל.

הכשרה בנושא גמילה מעישון בקופות החולים ובאקדמיה

שירותי בריאות כללית

כללית הרחיבה והעמיקה את פעולות ההדרכה וההכשרה לצוותי המרפאות בנושא התערבות ראשונית לגמילה מעישון בגישת ABC והטיפול התרופתי לגמילה מעישון, כל זאת תוך התייחסות לנושא בהתאמה תרבותית.

במהלך השנתיים האחרונות, הודרכו במסגרת התוכנית כ-1,570 רופאים, אחיות, אחיות ליווי הריון וטיפת חלב, רוקחים ואנשי צוות נוספים במרפאות ראשוניות, במרכזי בריאות האשה ובמרכזים לטיפול בחולי COPD.

לראשונה בישראל, פותחו והוכנו המלצות להתערבות ראשונית של צוות המרפאה לגמילה מעישון, שיסייעו לצוותים לעודד את הגמילה מעישון ויתנו כלים מבוססים מחקרית לאנשי הצוות, כדי שיסייעו למעשנים להיגמל מעישון, בעבודתם היומיומית במרפאה.

המלצות אלו נמצאות בתהליך הטמעה לכל צוותי המרפאות, מההנהלה הראשית, באמצעות ההנהלות המחוזיות, המנהלות בכל מחוז ועד למרפאות בשטח. זאת באמצעות ימי עיון, ישיבות צוות, העברת המידע באמצעים אלקטרוניים ובאתר העובדים של הכללית – "כללינט".

הוכנו גם חוברות מפורטות שהופצו לשטח, כאשר לכל חוברת מצורף דף בודד, שבו סיכום תמציתי על תהליך ההתערבות והטיפול התרופתי.

אמצעי נוסף להכשרת הצוותים במרפאות הוא פיתוח לומדה ללמוד ותרגול קבוצתי ופרטני של נושא התערבות ראשונית לגמילה מעישון במסגרת עבודת המרפאה השוטפת.

בלומדה נתונים על העישון בישראל, השיטות והאמצעים המוכחים מחקרית כיעילים לגמילה מעישון, העלאת המוטיבציה להיגמל מעישון, הן של המטופל, והן של איש הצוות (במידה שהוא מעשן בעצמו), תרגילים ובעיות לפתרון על-ידי הלומד.

עם הכנסת סדנאות הגמילה מעישון לסל הבריאות, בינואר 2010, נערכה כללית למתן השירות בפריסה רחבה יותר. בכללית הוכנו נהלים והנחיות להתאמת השירות להנחיות סל הבריאות והוטמעו במוסדות הכללית. אתר הכללית וכן חומר ההדרכה לקהל בעברית, ערבית, רוסית, לאוכלוסייה החרדית ולנשים הוותיקות - עודכן במידע החדש.

הוכשרו 49 מנחים חדשים לגמילה מעישון, ובנוסף, נערכים במהלך השנה מפגשי עדכון למנחי הסדנאות העובדים כבר בשטח. כמו-כן, הוכנו ערכות מיוחדות למשתתפים בסדנאות הגמילה מעישון בעברית ובערבית.

הפריסה הארצית של הסדנאות הגיעה ל-82 ישובים, מהם 20% באוכלוסייה הערבית.

כאמור לעיל, מספר הסדנאות בשנת 2010 גדל ביותר מפי 6 לעומת מספר הסדנאות ב-2009.

חשוב לציין כי הפעולות להכשרת הצוותים והסדנאות מלוות בהערכה.

מאחדת

במהלך שנת 2010 בוצעו הדרכות צוותים בנושא גמילה מעישון לסקטורים שונים בקופה, בהם רופאים ראשוניים (משפחה, ילדים וגינקולוגים), דיאטניות ומנחי גמילה מעישון.

למנחי גמילה מעישון התקיימו דיונים לגבי מאמרים עדכניים, דיון לגבי דילמות בקבוצות הגמילה וכן סדנת העשרה לשימוש בקלפים טיפוליים במהלך מפגשי הקבוצות.

לדיאטניות ניתן מידע על התמכרות פיזיולוגית והתמכרות התנהגותית לעישון, מידע על אופן העבודה בקבוצות הגמילה, הכוונה לאיתור מועמדים מתאימים לתהליך גמילה (מתוך הפונים לקבל שרות דיאטנית), העשרה לגבי תזונה מתאימה בתהליך הגמילה וכיצד להשתלב כמרצה אורח בקבוצות.

לרופאים ראשוניים ניתן מידע על התמכרות פיזיולוגית והתמכרות התנהגותית, מבחן פגרסטרום, תרופות לגמילה מעישון והתאמתם לכל מטופל, זיהוי מטופלים המוכנים לתהליך גמילה ותדרוך לגבי מתן תרופות בהנחה למשתתפים בסדנאות.

גם בשנת 2011 נמשכת הדרכת צוותים נוספים.

לאומית שירותי בריאות

לאומית שירותי בריאות החלה להפעיל סדנאות לגמילה מעישון החל מפברואר 2010. מרכיבי הטיפול בסדנאות הם הנחייה מקצועית, שינוי התנהגות, תמיכה אישית וחברתית והתייחסות לכל ההיבטים של התמכרות וגמילה - פיזיולוגי, פסיכולוגי והתנהגותי. רובם של המשתתפים נוטלים תרופות לסיוע בתהליך הגמילה. מבנה הסדנא הינו 8 מפגשים שבועיים, 8-12 משתתפים בכל סדנא, אך עם זאת הסדנא אינטימית די הצורך על מנת לאפשר ביטוי אישי. הפסקת העישון היא בין המפגש השלישי למפגש הרביעי. בסה"כ בשנת 2010 התקיימו 50 סדנאות, 30 במחוזות מרכז וירושלים, ו-20 במחוזות צפון ודרום, והשתתפו בהם 579 משתתפים.

המרכז למניעה וגמילה מעישון, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

המרכז למניעה וגמילה מעישון הוקם בשנת 2003 במטרה לקדם את שרותי הגמילה מעישון ברחבי הנגב. המרכז משתף פעולה עם שרותי הבריאות השונים בפעילויות מניעה והסברה בקהילה. בשנה האחרונה, למשל, השתתפו 471 מעשנים בקבוצות לגמילה מעישון. כ-80% ממסיימי הסדנאות דווחו על גמילה מעישון בתום שלושת חודשי התהליך.

פעילות ענפה זו דורשת כוח אדם מיומן ומקצועי להנחיית הקבוצות לגמילה מעישון. בשנים האחרונות המרכז מקיים קורסים ייעודיים להכשרת יועצים לגמילה מעישון. מדובר בקורס אוניברסיטאי שמתקיים במרכז לגמילה מעישון וכחלק מפעילות החטיבה לבריאות בקהילה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. מטרתו של הקורס להכשיר יועצים לגמילה מעישון על בסיס שיטות גמילה מבוססות מדע ומחקר. הקורס כולל 80 שעות, מהן הרצאות פרונטאליות, תרגולים מעשיים וכן צפייה חיה מונחית בקבוצה לגמילה מעישון.

הקורס בנוי ממספר יחידות, על פי הגיון דידקטי ובהסתמך על תוכניות קורסים ממרכזים אקדמיים בברטניה וארה"ב. השיעורים הראשונים מתמקדים במבוא והכרת תופעת העישון, הפן המשפטי וכן מנגנוני התמכרות פיסיוולוגיים והתנהגותיים. בהמשך נלמדת הגישה אל המטופל המעשן וההתערבות הקצרה ולאחריה הטפול האישי לגמילה מעישון.

גולת הכותרת של הקורס היא היחידה המסכמת שעוסקת בהנחיית קבוצות לגמילה מעישון וכוללת מבוא להנחיית קבוצות, תכנים בקבוצות לגמילה מעישון וסימולציות לתרגול. כמובן שקיימת חובת מעבר של בחינה עיונית בסיום הקורס.

הקורס מועבר על ידי סגל מרצים מהמובילים בתחום בישראל וההכשרה מיועדת לבעלי מקצועות טיפוליים בלבד (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, רוקחים, דיאטנים, מקדמי בריאות) בעלי תואר ראשון ממסגרת אקדמית מוכרת. כל מועמד עובר ראיון כניסה לצורך בדיקת התאמתו להכשרה. בסיום הקורס ולאחר עמידה בדרישותיו מוענקת לבוגרים תעודה אוניברסיטאית.

עד עתה הוכשרו בקורסים 101 מנחים; בשנת 2003 התקיים הקורס הראשון בשיתוף האגודה למלחמה בסרטן, אותו סיימו 27 מנחים. בשנים 2008-2009 התקיימו 2 קורסי מנחים (אחד בשיתוף עם קופ"ח מאוחדת) והשתתפו בהם 33 משתתפים. בשנים 2010-2011 התקיימו שני קורסים בהם הוכשרו עוד 41 מנחים לגמילה מעישון. בשנת 2011 נכון לכעת, מתקיים קורס מנחים אחד שכולל 15 משתתפים.

משתתפי הקורסים מגיעים מכל קצות הארץ, משרותי בריאות שונים וממקצועות שונים: רופאים, אחיות, דיאטניות, עו"ס, פסיכולוגים, רוקחים, רופאי שיניים, מקדמות בריאות וסטודנטים לרפואה. בוגרי הקורסים מביעים שביעות רצון גבוהה-גבוהה מאד מתכני הקורס והמרצים השונים, בהתאם לשאלוני משוב בסיום הקורס. 83% מתוך הבוגרים עוסקים בפועל בהנחיית קבוצות לגמילה מעישון. כחלק מההכשרה ושמירה על רמה מקצועית אחידה וגבוהה, מתקיימים מפגשים ייעודיים כפעם בחודש למנחי הקבוצות. במפגשים מועבר עדכון מקצועי וכן נערך דיון פעיל בסוגיות הנחיה שונות שמוצגות על ידי המנחים. ההיענות למפגשים אלה גבוהה מאד וכן בולטת איכותם הגבוהה של המנחים.

המרכז האקדמי למניעה וגמילה מעישון, הטכניון

המרכז למניעה וגמילה מעישון במחלקה לרפואת משפחה בחיפה הוקם על מנת לקדם את המחקר ההוראה והשירות בנושא מניעה וגמילה מעישון בצפון, על מנת להוביל לשיפור איכות החיים של אוכלוסיית הצפון ע"י הורדת התחלואה והתמותה הנגרמים כתוצאה מעישון. פעילות המרכז בשנת 2010 כללה הכשרת רופאי משפחה וצוותים רפואיים למתן שירות בתחום המניעה והגמילה מעישון – במהלך השנה הסתיים קורס אקדמי שנתי להכשרת מנחי סדנאות לגמילה מעישון, שמרבית משתתפיו היו רופאי משפחה בכירים במחוז חיפה וגליל מערבי של שירותי בריאות כללית, אשר החלו בפעילות ענפה לגמילה מעישון. קורס דומה נוסף נפתח בשנה האקדמית הנוכחית. כמו כן נערכו סדנאות הכשרה בנושאי גמילה מעישון לרופאי משפחה ולרוקחים וכן נוצרו שיתופי פעולה לקידום המחקר בתחום. חשוב לציין כי הוגשה הצעה לקורס בנושא מניעה וגמילה מעישון לסטודנטים לרפואה בטכניון, והיא נמצאת בהליכי אישור.

בית ספר להכשרת מנחים, החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון

העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון בישראל הוכרה לאחרונה כחברה רפואית בהסתדרות הרפואית. החברה פיתחה מערכת הדרכה חדשנית בתחום הגמילה מעישון, המיועדת לצוות המטפל, בסביבות קליניות שונות, תחת השם "האקדמיה לגמילה מעישון". הפרויקט למעשה מביא חזרה את הגמילה לידי הקלינאים, מתוך אמונה בעקרון ה-ABC שיצא מהקווים המנחים הניוזילנדים, והוכח יעיל במחקר. הרעיון המרכזי הוא שהתערבות בגמילה מעישון לצוות הראשוני צריכה להיות פשוטה ועניינית, ניתנת ליישום בתוך דקות, ומתוך היכרות אישית ומחויבות הדדית לתהליך. מערכת ההדרכה נבנתה ע"י איחוד הניסיון המשותף של בכירי המדריכים בגמילה מעישון בארץ, ותועבר ע"י חברי החברה הרפואית במהלך השנה הקרובה כ-10 פעמים – הפעם הראשונה תהיה במחוז הצפון, לציון היום הבינלאומי ללא עישון החל ב-31 למאי 2011.

התוכנית נמשכת כ-4 שעות וכוללת מעבר מהיר על מידע, גישות בגמילה מעישון ועוסקת רבות בתרגול הרופאים, ע"י סיפורי מקרה ושחקנים המאומנים למטרה זו. המערכת תהיה זמינה גם באתר החברה ותשמש בסיס לבית ספר מקוון לגמילה מעישון לצוותים מטפלים וסטודנטים לרפואה. בנוסף לתוכנה וכחלק מהליך שיפור מתמיד, מתוכנן כנס לכל עשרות המרצים שיהיו מעורבים בהעברת מפגשי האקדמיה, לצורך דיון משותף בתכנים ובעיקר שיפור יכולת ההוראה של העוסקים והמדריכים בכל הארץ, בתחום המניעה והגמילה מעישון.

מרכז טלפוני לגמילה מעישון

אחת מהמלצות הוועדה הציבורית, בנושא הגמילה מעישון, היא לחייב את קופות החולים במתן שירותי גמילה מעישון גם באמצעות קו טלפוני, וזאת דרך הכללת הטכנולוגיה בסל שירותי הבריאות. בדו"ח הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו מצוינים השיקולים והביסוס המדעי המצדיק את הפעלת שירות זה, בין השאר לאור הניסיון המוצלח של מכבי שירותי בריאות בהפעלת קו גמילה, כפי שמפורט להלן.

מרכז טלפוני לגמילה מעישון במכבי שירותי בריאות

הטיפול הטלפוני לגמילה מעישון מוכר ברחבי העולם, וכיום קיימים מרכזים כאלה ברוב מדינות המערב, כגון ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ו-29 מדינות אירופאיות, וגם במדינות מתפתחות כגון מלזיה, גאורגיה ואיראן. מנתונים שהתקבלו מיו"ר איגוד המוקדים הטלפונים האירופי, אחוזי הגמילה במוקדים אלה נע בין 15%-30% בתום שנה. מדו"ח שפורסם ע"י משרד הבריאות בישראל בפברואר 2010, טיפול טלפוני לגמילה מעישון הוא הטיפול הרפואי היחידי שהוכח כרווחי – כלומר הטיפול חוסך כסף למערכת הבריאות.

המרכז הטלפוני לגמילה מעישון במכבי שירותי בריאות נפתח בנובמבר 2009. המוקד נבנה בשיתוף חברת פיזר ישראל, כשהשותפות באה לידי ביטוי במימון לפיתוח פרוטוקולים, הכנת תשתית לעבודה, מיון וגיוס עובדים והכשרתם. החל מינואר 2011 הטיפול הטלפוני בגמילה מעישון מהווה חלק בלתי נפרד משירותי הגמילה של מכבי.

המרכז מספק מענה נגיש, שוויוני ומקצועי ביותר לחברי הקופה המבקשים להיגמל, כאשר ההפניה למרכז מתבצעת ע"י הרופא המטפל.

המטופלים עוברים שיחת קליטה ומקבלים חבילת קליטה בדואר, הכוללת מידע על הטיפול וכן שוברים לקבלת תחליפי ניקוטין למשך שבועיים במכבי פארם. לאחר מכן המטופלים עוברים טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במשך 5-6 שיחות טלפון בנות 20 דקות בממוצע. חלק משמעותי מתהליך הטיפול הוא שיחות מעקב ותמיכה בתום חודש, 3 חודשים, 6 חודשים ושנה.

מבחינת המעקב הרפואי, הרופא המפנה מקבל דוא"ל עם עדכון סטטוס המטופל שהופנה, בעת קבלה לטיפול ובתום טיפול.

יש להדגיש כי המטופלים במרכז מקבלים זכאות לרכישת תרופות גמילה מעישון במחיר הסל. במשך שנת הפעילות הראשונה הופנו למרכז 1320 מטופלים. מתוכם 89% החלו יעוץ לאחר שהוסבר להם התהליך. מתוך 1052 שהחלו טיפול 918 סיימו, ו-268 נמצאים כיום בטיפול. מסך המטופלים שסיימו יעוץ 74.5% השלימו טיפול (סיימו את כל 6 המפגשים).

מסך 1052 המטופלים שהחלו תהליך של יעוץ, 419 הפסיקו לעשן בתום טיפול, שהם 51% מסך המטופלים, ו-68% מהמשלימים טיפול. בוצע מעקב של 475 מטופלים 3 חודשים לאחר תום טיפול (אלה שעברו 3 חודשים מתום הטיפול). מתוכם, 178 לא מעשנים - 51% אחוז. בתום חצי שנה בוצע מעקב אחר 274 איש, מתוכם 47% עדיין אינם מעשנים. בנוסף, כ-6% הפחיתו משמעותית את כמות הסיגריות ביום, לאחר 3 חודשים וחצי שנה. במכבי נערכים בימים אלו להערכה נוספת של אחוזי הגמילה בתום שנה לאחר סיום טיפול.

פרק ח: הוצאות חברות הטבק על פרסומות, חסויות וקידום מכירות לשנת 2009

בהתאם להנחיות והמלצות אמנת המסגרת לפיקוח על טבק (ה-FCTC), משרד הבריאות הוביל תיקון לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, לפיו על יצרן או יבואן של מוצרי טבק (וכן על בעל זכויות שימוש בסימן מסחרי של מוצר טבק) להגיש לשר הבריאות, עד ה-1 ביוני מידי שנה, דוח על הוצאותיו בשנה הקודמת, בעבור פרסומות, קידום מכירות ומתן חסות למוצרי הטבק שלו. בהתאם לחוק, דוח זה יכול לפרוט וחלוקה לפי הנושאים הבאים: פרסומות, דיורר ישיר, מתן חסות ומבצעי קידום מכירות. בנוסף, החוק קובע כי על שר הבריאות לפרסם את סך ההוצאות של כלל היצרנים והיבואנים של מוצרי טבק וכן את סך ההוצאות של כלל היצרנים והיבואנים, לפי הסיווג הבא: פרסומת ודיורר ישיר, מתן חסות ומבצעי קידום מכירות.

דוח שר הבריאות על מצב העישון בישראל נבחר כאמצעי הפרסום הראוי והמתאים לחשיפת הדוחות שמסרו יצרני, יבואני וזכייני חברות הטבק והסיגריות והוא מובא להלן, באופן המסכם את כלל הוצאות היצרנים והיבואנים למרכיבים השונים וללא פירוט לכל יצרן ויבואן בנפרד, כך על פי הוראות החוק.

פרק זה כולל השנה גם סקירה קצרה מתוך עבודת מחקר שביצע מרכז המחקר והמידע של הכנסת, לבקשת סגן שר הבריאות, ועסקה בנושא ניתוח השפעת איסור פרסום גורף של מוצרי טבק על העיתונות. עבודת המחקר המלאה, המפורסמת וזמינה להורדה באתר האינטרנט של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, כוללת סקירה קצרה של החקיקה בתחום הגבלת הפרסום על מוצרי טבק, היבטים כלכליים של פרסום זה והשלכות כלכליות של החקיקה על העיתונות.

טבלה 1: הוצאות חברות הטבק על פרסומות, חסויות וקידום מכירות לשנת 2009

הוצאות (בשקלים) בשנת 2009				
סה"כ	מבצעי קידום מכירות	מתן חסות	פרסומת ודיורר ישיר	
37,134,272	17,021,573	58,539	20,054,160	
-25%	+2%	-94%	-38%	שינוי (ביחס ל-2008)

כפי שניתן לראות מהנתונים, במרבית התחומים וכן בסה"כ, חלה ירידה בהיקף ההשקעה של חברות הטבק בשנת 2009.

נתון זה אינו מעודד כלל, אלא להיפך.

לאחר תיקוני החקיקה המשמעותיים מאוד שנעשו בשנת 2007, והעבירו מסר ברור לציבור בכלל ולנוער בפרט, לגבי יחס החברה לסיגריות בכלל ולאפס סובלנות ביחס לעישון כפוי בפרט, חברות הסיגריות השקיעו בשנת 2008 כ-50 מיליון ₪ במטרה למחוק ולהעלים את המסר הברור שיצא מהמחוקק. ככל הנראה, לאחר תקופה שבה לא חלה התקדמות בחקיקה לצמצום העישון, חברות הסיגריות חשות עתה בנוח, ולא מרגישות צורך מיוחד להשקיע בהעברת מסרים מנוגדים.

1.1. ענף הפרסום בישראל

על פי איגוד השייווק הישראלי עמד היקף שוק ענף הפרסום בישראל בשנת 2010 על כ-3.9 מיליארד ש"ח, בהשוואה ל-3.77 מיליארד ש"ח בשנת 2007, גידול מתון בשיעור נומינלי מצטבר של כ-3.4%. בתקופה זו עלה מדד המחירים לצרכן בשיעור מצטבר של 11.7%, ועל-כן חלה ירידה ריאלית בהוצאה לפרסום בשיעור של 7.5%. התוצר המקומי הגולמי (תמ"ג) עלה בתקופה זו במחירים קבועים בשיעור של 9.9%, וכתוצאה מכך חלה ירידה בשיעור ההוצאה לפרסום מהתמ"ג מכ-0.55% בשנת 2007 לכ-0.48% בשנת 2010.

יש לציין כי שיעור ההוצאה לפרסום מהתמ"ג בישראל נמוך משמעותית ביחס לשיעור במדינות מפותחות העומד על כ-1%. להוצאה הנמוכה יחסית לפרסום בישראל ביחס לתוצר קיימת השפעה על התפתחותם הכלכלית של הענפים הניזונים ממנה, לרבות העיתונות כתובה, הטלביזיה והרדיו והאינטרנט. בטבלה 3 להלן התפלגות ההוצאה על פרסום בישראל בשנת 2010 לפי ערוץ הפרסום.

טבלה 3 - התפלגות ההוצאה בשוק הפרסום הישראלי לפי ערוץ הפרסום (באלפי ש"ח)²³

שינוי ב-%	2010		2007		מדיה
	ב-%	במיליוני ש"ח	ב-%	במיליוני ש"ח	
+19%	42%	1,638	36%	1,373	טלביזיה
-23%	31%	1,209	42%	1,571	עיתונות
+65%	16%	624	10%	378	אינטרנט
-3%	6%	234	6%	240	רדיו וקולנוע
-7%	5%	195	6%	210	שילוט חוצות
+3.4%	100%	3,900	100%	3,772	סך הכול

מהנתונים בטבלה עולה כי ההוצאה לפרסום בעיתונות ירדה מכ-1.57 מיליארד ש"ח בשנת 2007 לכ-1.2 מיליארד ש"ח בשנת 2010 – ירידה בשיעור מצטבר של כ-23%. לעומת זאת, בערוץ הטלביזיה חל גידול בהוצאה לפרסום בשיעור מצטבר של כ-19% בשנים 2007 עד 2010 ובערוץ האינטרנט חל גידול בשיעור חד של כ-65%. מגמה זו של ירידה בפרסום בעיתונות הכתובה לטובת עלייה בפרסום בטלביזיה ובעיקר באינטרנט קיימת גם בעולם המפותח, ובכמה מדינות היקף הפרסום המקוון כבר עולה על הפרסום בעיתונות הכתובה.

תהליכים אלה, והגידול המהיר בשימוש באינטרנט ובמכשירים הסלולאריים, שאף אמור להאיץ הביאו לקשיי הישרדות גדלים והולכים של העיתונות הכתובה, שבאו לידי ביטוי בקיטון בהכנסות ובצמצום חד בהוצאות. אלה הובילו את החברות לתור אחר מקורות הכנסה חדשים (לדוגמא, אתרי אינטרנט חדשתיים) ואחר מודלים עסקיים רווחיים יותר (כגון עיתונים המחולקים חינם או במחיר מופחת).

1.2. פרסום מוצרי טבק

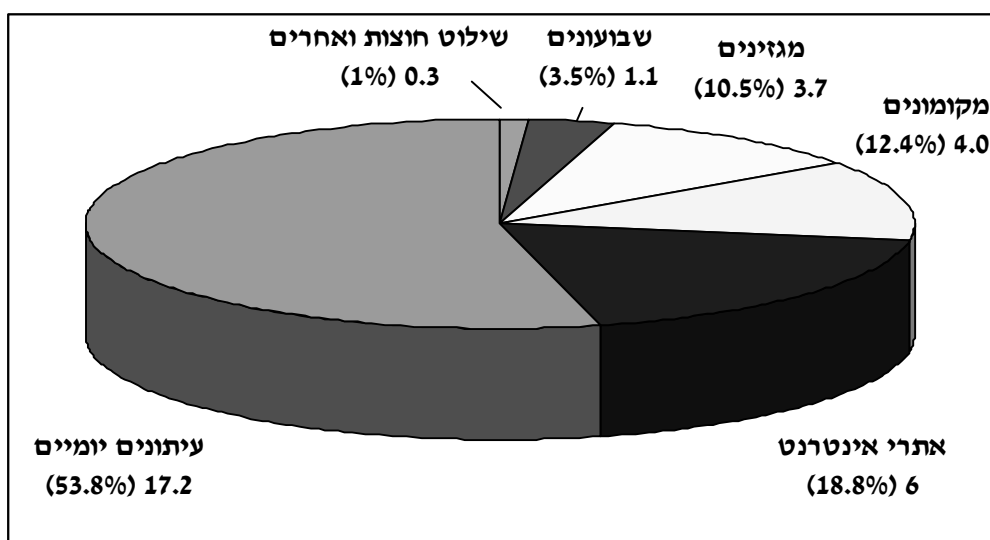
האיסור שהוטל בחקיקה על פרסום מוצרי טבק ברדיו, בטלוויזיה ובאפיקי פרסום נוספים הותיר כאמור את הפרסום של מוצרים אלה באופן מוגבל בעיתונות ובאינטרנט. בהתאם להנחיות והמלצות אמנת ה-FCTC תוקן חוק הגבלת הפרסומת והשייווק של מוצרי טבק, התשמ"ג-1983 כך שהוא מחייב את יצרני ויבואני מוצרי טבק בישראל, וכן את בעלי זכויות השימוש בסימן מסחרי של מוצר טבק לדווח למשרד

²³ איגוד השייווק הישראלי, [עוגת הפרסום 2010](#), אתר האינטרנט, כניסה: 10 במרץ 2011.

הבריאות עד ל-1 ביוני בכל שנה על הוצאות שהוציאו בשנה הקודמת על פרסום, קידום מכירות ומתן חסות.

מניתוח שערכה חברת יפעת בקרת פרסום לשנת 2010 על פי ניתוח הפרסומות בכלל ערוצי הפרסום עלה כי סך ההוצאה הכוללת לפרסום מוצרי טבק (מכאן ולהלן, פרסום מוצרי טבק: ללא עלויות קידום מכירות ומתן חסויות) נאמדת בשנה זו על כ-42.5 מיליון ש"ח. סכום זה הינו במונחי מחירון, לכן יש להניח כי סך ההוצאה בפועל לפרסום מוצרי טבק (לאחר הנחות משוערות של כ-25%) עמד בשנת 2010 על כ-32.3 מיליון ש"ח בדומה לסך ההוצאה בשנת 2008 (32.2 מיליון ש"ח), כמפורט בתרשים 1 לעיל. בתרשים 2 להלן אומדן התפלגות ההוצאה לפרסום מוצרי טבק בישראל בשנת 2010 לפי ערוץ הפרסום.

תרשים 2 - התפלגות הוצאות הפרסום של חברות הטבק לפי ערוץ תקשורת²⁴



מנתוני התרשים עולה כי סך ההוצאה לפרסום מוצרי טבק בישראל בעיתונות (לרבות עיתונים יומיים, שבועונים, מגזינים ומקומונים) עמדה בשנת 2010 על כ-26 מיליון ש"ח שהיו כ-80.5% מכלל ההוצאה על פרסום מוצרי טבק, ההוצאה לפרסום באינטרנט עמדה על כ-6 מיליון ש"ח שהיו כ-18.6% וההוצאה לפרסום באמצעות שילוט חוצות (כגון פרסום על רכבים) עמדה על כ-0.3 מיליון ש"ח שהיו כ-0.9%.

מהתרשים לעיל עולה כי פירוט ההוצאות לפרסום מוצרי טבק בערוצי התקשורת השונים מתוך סך ההוצאה בסך שנתי של כ-32.3 מיליון ש"ח, הינו כדלקמן:

- כ-17.2 (53.3%) מיליון ש"ח הוצאו לפרסום בעיתונות יומית (כ-14.9 מיליון ש"ח מתוכם בשלושת העיתונים היומיים הגדולים).
- כ-6 מיליון ש"ח (18.6%) הוצאו לפרסום באתרי אינטרנט (16 אתרים).
- כ-4 מיליון ש"ח הוצאו לפרסום מקומונים.
- כ-3.7 מיליון ש"ח הוצאו לפרסום במגזינים.
- כ-1.1 מיליון ש"ח הוצאו לפרסום בשבועונים.
- כ-0.3 מיליון ש"ח הוצאו לפרסום בעיתונים אחרים ובשילוט חוצות.

²⁴ עמית גל און, מנהל שיווק ומכירות, חברת יפעת בקרת פרסום, ניתוח שטחי פרסום של מוצרי טבק לשנת 2010, דואל, 7 במרס 2011.

1.3. פרסום מוצרי טבק במגזרים השונים

מעבר לפרסום הפונה לכלל האוכלוסייה מפרסמות חברות הטבק גם לקהלי יעד ייעודיים, כגון עולי מדינות חבר העמים, חרדים וערבים. בטבלה 3 להלן התפלגות ההוצאה לפרסום למוצרי טבק על פי קהל היעד.

טבלה 3- התפלגות ההוצאה לפרסום מוצרי טבק על פי קהלי היעד (במיליוני ש"ח)²⁵

מגזר	סכום	שיעור
כללי	30.2	93.5%
רוסי	1.1	3.4%
ערבי	0.6	1.9%
דתי/חרדי	0.4	1.2%
סכום כולל	32.3	100.0%

מנתוני הטבלה ניתן לראות כי רוב רובה של ההוצאה לפרסום מוצרי טבק מיועדת לאוכלוסייה הכללית - 93.5%, הפרסום לפלחי אוכלוסייה ייעודיים (רוסי, ערבי, דתי) עמד על כ-6.5%.

2. השלכות איסור פרסום גורף של מוצרי טבק על ענף העיתונות²⁶

טבלה 4 להלן מפרטת את ההוצאה לפרסום מוצרי טבק בישראל מסך כלל ההוצאה לפרסום בשנת 2010.

טבלה 4 – נתח הוצאה לפרסום מוצרי טבק מסך ההוצאה לפרסום (במיליוני ש"ח)²⁷

מדיה	סך הוצאה לפרסום	הוצאה לפרסום מוצרי טבק	שיעור הוצאה לפרסום של מוצרי טבק
עיתונות	1,209	26.0	2.2%
אינטרנט	624	6.0	1.0%
שילוט חוצות	195	0.3	0.2%
סך הוצאה	3,900	32.3	0.8%

מניתוח הנתונים בטבלה עולה כי סך אומדן ההוצאה לפרסום מוצרי טבק שעמד בשנת 2010 על סך של כ-32.3 מיליון ש"ח, היווה כ-0.8% מסך כלל ההוצאה לפרסום בישראל בכל ערוצי הפרסום.

2.1. ניתוח שוק העיתונות

ההכנסות של העיתונות הכתובה בישראל הם בעיקר ממכירת העיתונים וממכירת שטחי פרסום. בשנים האחרונות חל כרסום בשני מקורות ההכנסה העיקריים, כלהלן:

הכנסה ממכירת עיתונים: התחרות על זמנו של הקורא (בעיקר מול הטלביזיה, האינטרנט וטלפונים חכמים) הולכת ועולה וכתוצאה מכך חלה ירידה בהכנסות ממכירת עיתונים. בנוסף, כניסת העיתון החינמי "ישראל היום" הביא למבצעי מכירות של יתר העיתונים היומיים ולכרסום במחירים המשוקללים. התוצאה היא שוב ירידה בהכנסות ממכירת עיתונים.

²⁵ הנתונים מוצגים בניכוי שיעור הנחה משוער בגובה 25% ממחיר המחירון של המפרסמים.

²⁶ עמית גל און, מנהל שיווק ומכירות, חברת יפעת בקרת פרסום, ניתוח שטחי פרסום של מוצרי טבק לשנת 2010, דוא"ל מיום 7 במרץ 2011. עיבוד הנתונים נערך על ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

²⁷ נתוני הוצאה לפרסום לפי מדיה, ראו טבלה 3; אומדני הוצאה לפרסום מוצרי טבק לפי מדיה, ראו תרשים 2.

הכנסה מפרסומות: בשנים האחרונות חלה ירידה חדה בשיעור של כ-23% בהוצאה לפרסום בעיתונות, מכ-1.57 מיליארד ש"ח בשנת 2007 לכ-1.21 מיליארד ש"ח בשנת 2010. התחרות ההולכת וגדלה מול מדיות אחרות (בעיקר טלוויזיה ואינטרנט) מביאה לכרסום בהכנסות העיתונות הכתובה ולניסיונות איתור של מקורות הכנסה נוספים.

על פי האומדן של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, נתח הכנסות העיתונים בגין פרסום מוצרי טבק נאמד בכ-26 מיליון ש"ח אשר היוו כ-2.2% מכלל הכנסות העיתונים מפרסום.

פרק ט: הכנסות המדינה ממיסי קנייה על טבק

המידע בפרק זה מבוסס על דו"ח שנתי מס' 58, 2009-2010, של מינהל הכנסות המדינה.

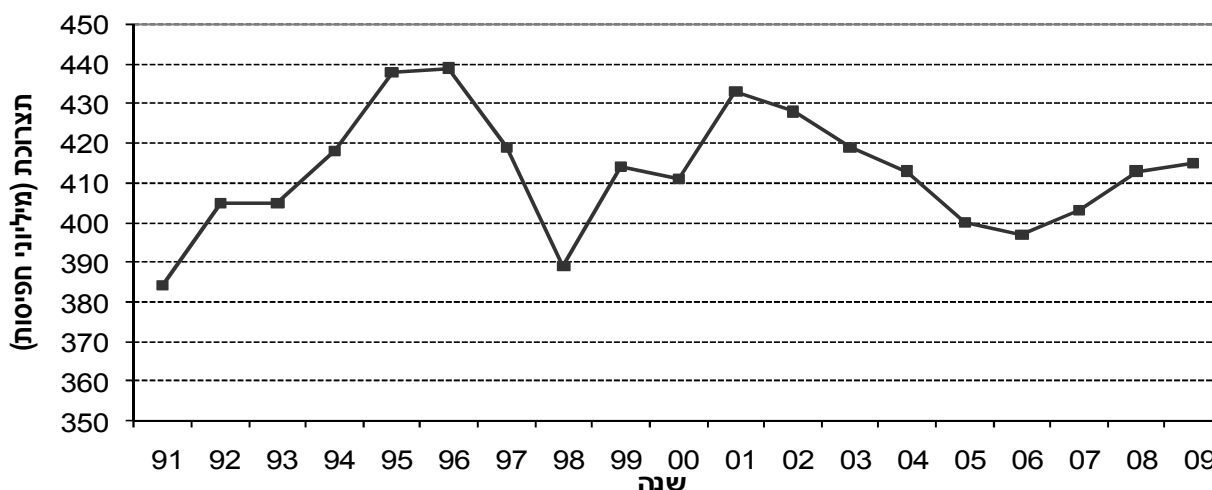
צריכת סיגריות לאומית

צריכת הסיגריות הלאומית בשנת 2009 הייתה 415 מיליון חפיסות, עלייה של כ-0.5% לעומת שנת 2008. על אף העלייה בצריכה הגלובלית, צריכת הסיגריות לנפש נמצאת במגמת ירידה; מכ-80 חפיסות לשנה בתחילת שנות ה-90, לכ-56 חפיסות בשנת 2009. ניתן להבחין בירידה החדה יותר בסוף שנת 1996 ובשנת 2002, שניתן לייחס להעלאת שיעור המס על הסיגריות בשנים אלו ובאופן כללי ניתן לקשר מגמה זו גם לחקיקה בתחום הגבלת העישון, כדוגמת התיקון לחוק מניעת העישון במקומות ציבוריים מ-2007. חשוב להדגיש, כי בעקבות העלאת המס על הסיגריות במאי 2009, הייתה ציפייה לירידה בצריכה לנפש, אולם ירידה זו לא התממשה במלואה, אלא חל שינוי בדפוס התנהגות הצרכנים, שבא לידי ביטוי במעבר מצריכת סיגריות יקרות לסיגריות זולות יותר.

מגמה בולטת נוספת היא המשך הירידה בצריכת הסיגריות מתוצרת מקומית ועליית חלקן של הסיגריות המיובאות מ-73% בשנת 1991 ל-21% בשנת 2008.

בתרשים 1 מוצגת צריכת הסיגריות (במיליוני חפיסות) בישראל, בין השנים 1991-2009.

תרשים 1: צריכת סיגריות בישראל, 1991-2009



הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות

בשנת 2009 הסתכמו ההכנסות ממס קנייה על סיגריות בכ-4.1 מיליארד ש"ח, עלייה ריאלית של כ-9.4% לעומת שנת 2008 (שינויי החקיקה בשנת 2009 (שינוי נטל המס) הוסיפו כ-440 מיליון ש"ח להכנסות ממס קניה על סיגריות, אך בניכוי שינויים אלו, הייתה בשנת 2009 ירידה ריאלית של כ-4% בסך ההכנסות ממס קניה על סיגריות).

בשנת 2009 תרם המיסוי על הסיגריות 32% מסך גביית מס הקניה. הכנסות אלו היוו כ-2.3% מסך הכנסות המדינה ממיסים וכחצי אחוז מהתמ"ג.

שיטות מיסוי הסיגריות ושיעורי מס

ביוני 2009 השתנה בסיס המס מהמחיר לצרכן ללא מע"מ, למחיר הסיטונאי, עקב בעיות אימות המחיר לצרכן, ועמד על 225.7% מהמחיר הסיטונאי בתוספת של 203.5 ש"ח לאלף סיגריות, אולם שינוי זה לא השפיע על היקף ההכנסות.

ביולי 2009, שונה תמהיל המס ל-231.7% מהמחיר הסיטונאי בתוספת של 194 ש"ח לאלף סיגריות. נטל המס אמנם נותר ללא שינוי, אך המהלך היטיב עם היצרנים של הסיגריות הזולות יותר, ביניהם היצרן המקומי.

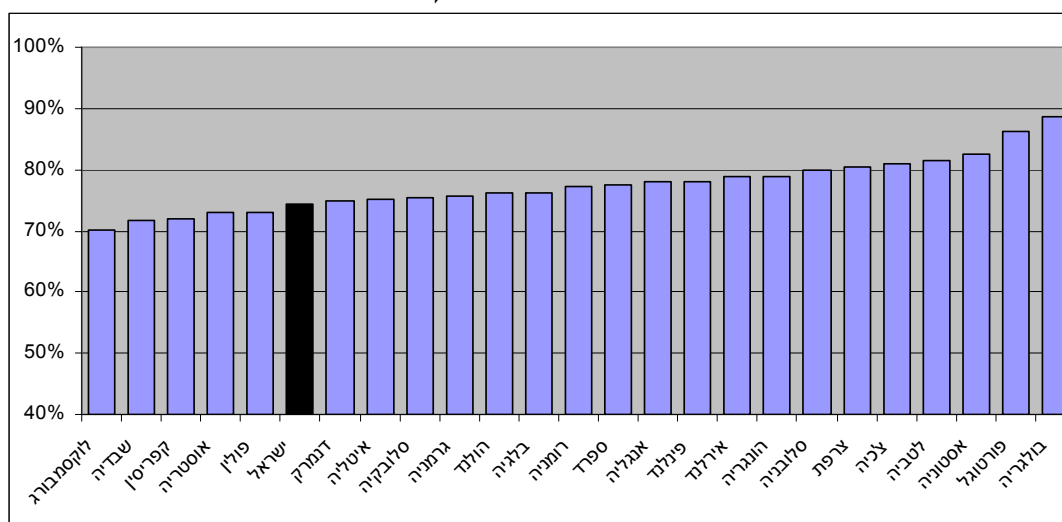
ביולי 2010, שוב הועלה שיעור המס ל-260.6% מהמחיר הסיטונאי ובתוספת של 214.5 ש"ח לאלף סיגריות, במטרה להוסיף עוד כ-700 מיליון ש"ח להכנסות בשנה מלאה. יחד עם העלאת המס במאי 2009, נטל המס על הסיגריות הועלה בכ-1.4 מיליארד ש"ח ומחיר הסיגריות לצרכן עלה בשיעור מצטבר של כ-22%.

המס הקצוב המוטל על סיגריות, בארץ ובעולם, נועד לשקף בין היתר את ההשפעות החיצוניות השליליות שמקורן בעישון סיגריות: נזקי העישון למעשן או נזקי העישון לאחרים (עישון סביל). מס קצוב, לעומת מס לפי ערך, מיטיב לשקף השפעות אלו בהיותן תלויות בהיקף העישון ולא במחיר הסיגריות.

משקל סך המסים על סיגריות (מס קנייה קצוב, אחוזי ומע"מ) נמצא במגמת עלייה, מ-71.8% בשנת 2002 עד ל-75.7% ביולי 2010.

בהשוואה בינלאומית, מתברר שבישראל משקלו של החלק הקצוב נמוך יחסית, כך שנטל המס הכולל נמוך יותר על סיגריות זולות, שהן לרוב מייצור מקומי.

שיעור¹ מס הקניה במדינות שונות בתאריך 1/1/10
(כאחוז מהמחיר לצרכן)



מקור: נציבות האיחוד האירופי, עיבודי מנהל הכנסות המדינה.
הערות ללוח:
(1) החישוב לפי הסיגריות השכיחות בכל מדינה.

פרק י: נזקי העישון הכפוי בילדים

המסמך הנוכחי מסכם את תוצאי הבריאות בילדים הנקשרים לחשיפה לעישון כפוי. המקור העיקרי למידע המוצג במסמך זה הוא תקציר המנהלים של דוח שר הבריאות האמריקני על תוצאי הבריאות הנקשרים לחשיפה לעישון כפוי, אשר הוכן על ידי המחלקה לבריאות ולשירותי אנוש בארה"ב, בשנת 2007²⁸

ממצאים עיקריים

השפעת עישון כפוי על מערכת הפריון והרבייה	
ממצא	מסקנות
1 פוריות Fertility	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה אימהית לעישון כפוי לבין פגיעה בפוריות או בהסתברות להשגת הריון (fecundability) בנשים". אין מידע לגבי חשיפה לעישון כפוי ופגיעה בפוריות בגברים
2 היריון (הפלה עצמונית) (ספונטנית) ומוות סב לידתי Pregnancy (Spontaneous Abortion and Perinatal Death)	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה אימהית לעישון כפוי במהלך ההיריון לבין הפלות עצמוניות (ספונטניות)"
3 תמותת תינוקות Infant Deaths	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לבין תמותת תינוקות (neonatal)"
4 תסמונת מות עריסה Sudden Infant Death Syndrome	"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין תסמונת מות עריסה "
5 לידה מוקדמת (טרם המועד) Preterm Delivery	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי, בקשר בין חשיפה אימהית לעישון כפוי במהלך ההיריון לבין לידה מוקדמת"
6 משקל לידה נמוך Low birth weight	"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה אימהית לעישון כפוי במהלך ההיריון לבין הפחתה קלה במשקל הלידה של תינוקות"
7 מומים מולדים Congenital Malformations	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לבין מומים מולדים"

²⁸ U.S. Department of Health and Human Services. Children and Secondhand Smoke Exposure. Excerpts from the Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.

8	התפתחות קוגניטיבית Cognitive Development	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לבין תפקוד קוגניטיבי בילדים"
9	התפתחות התנהגותית Behavioral Development	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לבין הפרעות התנהגותיות בילדים"
10	צמיחה/גובה Height/Growth	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לבין צמיחה/גובה בילדים"

תוצאי בריאות של עישון כפוי

דוח שר הבריאות האמריקני (Surgeon General) 2007

השפעת עישון כפוי על סרטן בילדים		
ממצא	מסקנות	
1	סרטן בילדים Childhood Cancer	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) ולאחר הלידה (postnatal) לעישון כפוי לבין סרטן בילדים"
2	סרטן בילדים Childhood Cancer	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה אימהית לעישון כפוי במהלך ההיריון לבין סרטן בילדים"
3	סרטן בילדים Childhood Cancer	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי במהלך הינקות (Infancy) לבין סרטן בילדים"
4	סרטן הדם בילדים Childhood Leukemias	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) ולאחר הלידה (postnatal) לעישון כפוי לבין סרטן הדם (Leukemia) בילדים"
5	לימפומה בילדים Childhood Lymphomas	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) ולאחר נלידה (postnatal) לעישון כפוי לבין סרטן בבלוטות הלימפה (Lymphoma) בילדים"
6	סרטן המח בילדים Childhood brain tumors	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) ולאחר הלידה (postnatal) לעישון כפוי לבין סרטן המח בילדים"
7	סרטן בילדים Childhood Cancer	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) ולאחר הלידה (postnatal) לעישון כפוי לבין שאר סוגי סרטן בילדים"

השפעת עישון כפוי על מערכת הנשימה	
ממצא	מסקנות
1 מחלות של כלי הנשימה התחתונים בפעוטות וילדים בגיל הרך Lower Respiratory Illnesses in Infancy and Early Childhood	"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון כפוי ממקור הורי לבין מחלות של כלי הנשימה התחתונים בפעוטות וילדים"
2 דלקת האוזן התיכונה Middle Ear Diseases	"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין דלקת באוזן התיכונה בילדים כולל דלקת אוזן תיכונה חדה וחוזרת, ותפליט כרוני באוזן התיכונה"
3 מהלך טבעי של תפליט באוזן התיכונה Natural history of middle ear effusion	"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין היסטוריה המהלך הטבעי של תפליט באוזן התיכונה"
4 עליה בסיכון לניתוח כריתת פוליפיסאו שקדים Increased risk of adenoidectomy or tonsillectomy among children	"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין עליה בסיכון לניתוח כריתת פוליפיס או שקדים בילדים"
5 שיעול, כיח, צפצופים וקוצר נשימה בילדים בגיל בית הספר Cough, phlegm, wheeze, and breathlessness among children of school age	העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין שיעול, כיח, צפצופים וקוצר נשימה בילדים בגיל בית הספר"
6 גנחת (asthma) בילדים בגיל בית הספר Asthma in School-Age	העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין גנחת (asthma) בילדים בגיל בית הספר"

Children	
7	<p>העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין צפצופים בילדים צעירים</p> <p>onset of wheeze illnesses in early childhood</p>
8	<p>ה"העדויות הקיימות תומכות, אך לא מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין גנחת (asthma) בילדים</p> <p>Childhood Asthma Onset</p>
9	<p>ה"העדויות הקיימות לא מוצקות דיין להסקה לגבי קיום או אי קיום של קשר סיבתי בין חשיפה טרום לידתית (prenatal) לעישון הורי לבין סיכון לאלרגיה המתווכת על ידי רמות גבוהות של אימונוגלובולין E- בילדים (risk of immunoglobulin E-mediated allergy)</p> <p>Atopy</p>

תוצאי בריאות של עישון כפוי

דוח שר הבריאות האמריקני (Surgeon General) 2007

המשך- השפעת עישון סביל על מערכת הנשימה	
מסקנות	ממצא
10	<p>ה"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה לעישון אימהי במהלך ההיריון לבין השפעות ארוכות טווח על התפקוד הריאתי במהלך הילדות (persistent adverse effects on lung function)</p> <p>Lung Growth and Pulmonary Function</p>
11	<p>ה"העדויות הקיימות מוצקות דיין להסקת קשר סיבתי בין חשיפה לעישון כפוי לאחר לידה לבין תפקוד ריאתי ירוד במהלך הילדות (lower level of lung function)</p> <p>Lung Growth and Pulmonary Function</p>

פרק יא: עישון בחברה החרדית

1. כללי

שיעורי העישון בחברה החרדית בישראל נבדקו עד כה רק כחלק מסקרי הבריאות באוכלוסייה הכללית ולא בסקר יעודי לקבוצה זאת. המידע לגבי מאפייני המעשנים, גיל התחלת עישון, ועמדותיהם לגבי הפסקת עישון, חסר. לאור זאת המרכז לבקרת מחלות (מלב"ם) ערך סקר טלפוני לגבי הקף העישון ומאפייני המעשנים באוכלוסייה החרדית.

2. אוכלוסיית הסקר

אוכלוסיית הסקר כללה מדגם טלפוני של גברים תושבי ישראל בני 18 ומעלה, המגדירים עצמם חרדים. מסגרת הדגימה היתה משקי בית, בעלי קו טלפון ניח, שמספרו אינו חסוי בערים ששיעור החרדים בהן גבוה. המדגם נבחר באמצעות תוכנת Datarings, המאפשרת ביצוע דגימה אקראית מכלל מספרי הטלפון הנייחים על פי איזור גיאוגרפי.

3. המדגם

נדגמו 5,000 מספרי טלפון מאזורי מגורים שידוע כי גרה בהם אוכלוסייה חרדית. גודל המדגם הסתמך על שיעורי העישון ושיעורי ההיענות הצפויים בקרב אוכלוסייה זו לפי נתונים מסקרים קודמים. שיעור ההיענות הכללי בגברים הינו בד"כ 30%. כמו כן נמצא, בסקר KAP 2008, שאחוז הגברים החרדים המעשנים הוא 19.4%.

4. שיעור ההיענות

למשקי בית שעלו במדגם הסקר בוצעו 6-1 ניסיונות התקשרות, על פי הצורך. הסקר כוון לחרדים בלבד ולכן כל ראיון טלפוני נפתח בשאלת סינון הנוגעת לזהותו הדתית של הנדגם. עד כה בוצעו ניסיונות התקשרות ל- 2,814 נדגמים. 1,521 נדגמים נמצאו לא מתאימים לתנאי ההכללה של הסקר (אינם חרדים, קו טלפון לא תקין, מספר טלפון שאינו שייך למשק בית, אין ולא יהיה משיב מעל גיל 18 או אי יכולתו של המשיב להתראיין בשל קשיי שפה, הבנה או מוגבלות אחרת). 573 נדגמים לא נמצאו זמינים לראיון במהלך 6 ניסיונות ההתקשרות ו- 195 נדגמים סירבו להשתתף בסקר. לפיכך שיעור ההיענות שחושב היה 40.6% (525 מרואיינים מכלל 1,293 משקי בית שהתאימו לקריטריוני ההכללה). 2 שאלונים נפסלו: האחד מחוסר אמינות המשיב והשני ממיעוט נתונים שנמסרו על ידי המשיב. שאלונים אלה אינם נכללים בעיבוד הנתונים.

5. שאלון הסקר

השאלון כלל שאלות דמוגרפיות ושאלות העוסקות בהרגלי העישון בהווה ובעבר, כגון גיל תחילת העישון, כמות העישון, גורמים תומכים להפסקת העישון בעבר, חסמים המונעים את הפסקת העישון, בעיות בריאות כתוצאה מעישון והשפעת גורמים חיצוניים כגון פסק הלכה נגד העישון או החוק האוסר עישון במקומות עבודה ומקומות ציבוריים. רק מרואיינים המעשנים בהווה או שעישנו בעבר נשאלו את כל השאלות.

6. תוצאות

6.1 מאפייני אוכלוסיית הסקר

הסקר החל ב 28/12/2010 ועדיין לא הסתיים. התוצאות המוצגות בדו"ח זה כוללות את כל המשיבים עד ל-06/03/2011. סה"כ נכללו בסקר 523 משיבים. כל המשיבים היו גברים יהודים המגדירים עצמם חרדים, בני 18 ומעלה. כשליש מהמשיבים גרים בירושלים ועוד 28.1% גרים בבני-ברק. כ- 10% גרים במודיעין עילית, 7.8% בבית"ר עילית, 4.6% באלעד, 3.8% באשדוד ו-3.4% בבית שמש.

טבלה 1 מציגה את מאפייני אוכלוסיית הסקר בהשוואה לאוכלוסיית הגברים החרדים מהסקר החברתי, 2009 של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). הסקר של הלמ"ס נערך בחודשים ינואר-דצמבר 2009. במסגרתו רואיינו כ-7,462 איש בני 20 ומעלה בפריסה ארצית. נתוני הלמ"ס מוצגים כפרופורציה (%) מהמדגם לאחר חישוב לכל משיב בסקר מקדם ניפוח, המבטא את אומדן מספר הנפשות באוכלוסייה "המיוצגות" על ידו ועל כן בעזרת שקלול זה, הטייות אפשריות השכיחות בסקרים, כגון הטיית הענות דיפרנציאלית, מצומצמות.

טבלה 1. מאפייני אוכלוסיית הסקר בהשוואה לאוכלוסיית הגברים החרדים מסקר למ"ס 2009

מאפיין	סקר מלב"ם N = 523	סקר למ"ס N = 255
מצב משפחתי*		
נשוי	93.7	82.4
רווק	4.0	15.4
אחר	2.3	2.2
עיסוק נוכחי*		
תלמיד ישיבה או כולל	53.9	34.9 ¹
שכיר	30.1	30.8
עצמאי	8.7	6.6
פנסיונר	4.4	5.1 ¹
אחר	2.9	22.6
תעודת ההשכלה הגבוהה ביותר*		
ללא תעודה ו/או לימודי ישיבה בלבד ²	66.3	52.0
תעודת רבנות	11.1	אין מידע
תואר אקדמי	9.2	12.3
בגרות תיכונית	6.3	7.8
אחר	7.1	27.9
שנות לימוד (כולל לימודי ישיבה)		
0-12 שנים	10.1	10.0
+13 שנים	89.9	90.1
זרם חרדי		
ליטאי	39.5	אין מידע
חסידי	38.3	אין מידע
ספרדי	19.3	אין מידע
אחר או לא משויך	2.9	אין מידע
חוזר בתשובה*	10.9	25.2

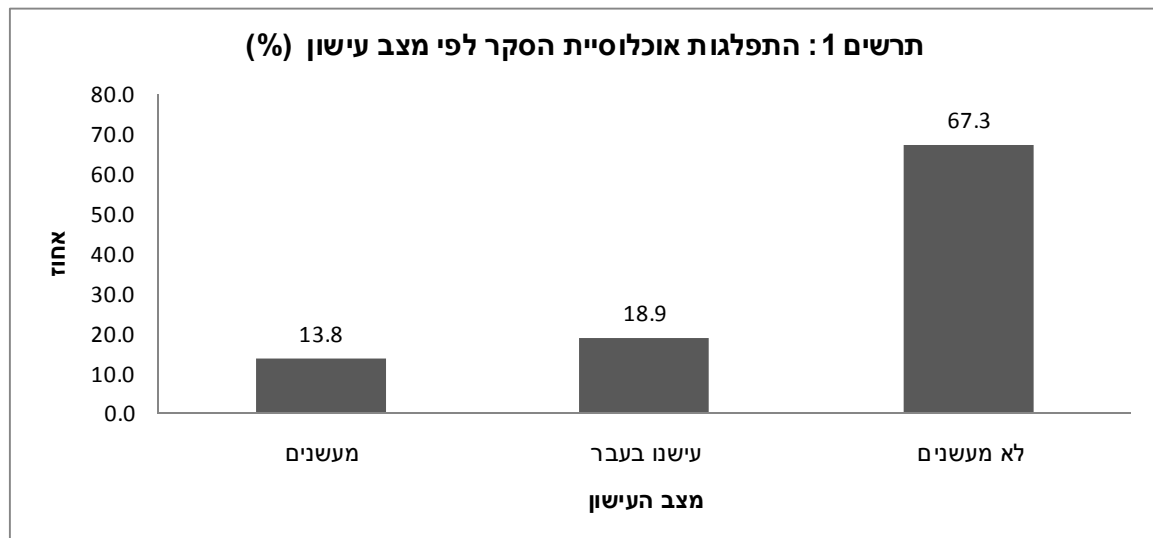
*P value < 0.05, ¹ שיעור משוערך וללא שיקלול. ² הפערים עלולים לנבוע מהגדרות שונות של תעודות ההשכלה בין שני הסקרים.

6.2 גיל כלל אוכלוסיית הסקר

הגיל הממוצע של המשיבים היה 38.7 שנים ($SD=14.8$) וטווח הגילאים היה 18-90 שנים.

6.3 שיעור המעשנים

שיעור המעשנים באוכלוסיית הסקר הינו 13.8% (95% CI: 10.9% - 17.0%, N=72). שיעור המעשנים בעבר (לא מעשנים כיום) הינו 18.9% (95% CI: 15.7% - 22.6%, N=99) (תרשים 1). שיעור המעשנים המתוקן לגיל וקבוצת אוכלוסייה (לפי אוכלוסיית הגברים היהודים בישראל) הינו 13.3% (95% CI: 10.3% - 16.3%).



6.4 גיל

הגיל הממוצע של המעשנים היה 36.9 שנים ($SD=12.5$, טווח 17-73 שנים) לעומת הגיל הממוצע של הלא מעשנים שהיה 39.0 שנים ($SD=15.2$, טווח 18-90 שנים). ההבדל בגיל הממוצע בין שתי הקבוצות לא היה מובהק סטטיסטית ($p=0.26$ במבחן t דו-צדדי). הגיל הממוצע של המעשנים בעבר היה 45.0 ($SD=17.3$, טווח 19-84 שנים), והגיל הממוצע של מי שלא עישן מעולם היה 37.3 שנים ($SD=14.1$, טווח 18-90 שנים).

6.5 מאפייני המעשנים

טבלה 2 מציגה את מאפייני המעשנים בסקר בהשוואה ללא מעשנים.

טבלה 2. מאפייני המעשנים בסקר בהשוואה ללא מעשנים

מאפיין	% מעשנים N = 72	% לא מעשנים N = 451
עיר מגורים		
ירושלים	30.6	33.3
בני ברק	20.8	29.3
מודיעין עילית	12.5	9.3
בית"ר עילית	11.1	7.3
אחר	25.0	20.8
מצב משפחתי*		
נשוי	87.5	94.7
רווק	9.7	3.1
אחר	2.8	2.2
עיסוק נוכחי*		
תלמיד ישיבה או כולל	39.4	56.1
שכיר	36.6	29.1
עצמאי	18.3	7.2
פנסיונר	1.4	4.9
אחר	4.3	2.7
עבודה במסגרת חינוכית (לשכירים ועצמאים)		
תעודת ההשכלה הגבוהה ביותר		
ללא תעודה ואו לימודי ישיבה בלבד	66.7	66.3
תעודת רבנות	15.3	10.5
תואר אקדמי	5.6	9.8
בגרות תיכונית	4.2	6.7
אחר	8.2	6.7
שנות לימוד* (כולל לימודי ישיבה)		
0-12 שנים	17.1	8.9
+13 שנים	82.9	91.1
הכנסה חודשית נטו כוללת של משק הבית		
≥ 8000 ש"ח	74.1	78.5
< 8000 ש"ח	25.9	21.5
צפיפות נפשות לחדר		
≥ 2 נפשות לחדר	88.6	85.6
< 2 נפשות לחדר	11.4	14.4
זרם חרדי*		
ליטאי	29.6	41.1
חסידי	39.4	38.2
ספרדי	29.6	17.6
אחר או לא משייך	1.4	3.1
	15.5	10.2
חוזר בתשובה		

P value < 0.05*

ניתן לראות כי המעשנים היו יותר רווקים, עצמאיים או שכירים ולא תלמידי ישיבה, עם עד 12 שנות לימוד ושהגדירו עצמם מהזרם הספרדי. בניתוח רב-משתני נמצאו המשתנים לעיל מובהקים למעט מספר שנות הלימוד.

בבחינת שיעורי המעשנים בערי המגורים העיקריות של המשיבים בסקר, נמצאו שיעורי העישון הבאים: 19.5% בבית"ר עילית, 17.7% במודיעין עילית, 12.8% בירושלים ו-10.2% בבני ברק. ההבדל בשיעורי המעשנים בין הערים הללו אינו מובהק סטטיסטית.

6.6 הרגלי עישון

הגיל הממוצע של התחלת עישון בקרב המעשנים היה 17.9 שנים ($SD=3.0$) ובקרב המעשנים בעבר 17.7 שנים ($SD=3.3$). מספר הסיגריות ביום נע בין סיגריה אחת בחודש ועד 40 סיגריות ליום (ממוצע 13.1 סיגריות ליום, $SD=8.3$). מספר הסיגריות היומי בקרב המעשנים בעבר נע בין סיגריה אחת בחודש ועד ל 60 סיגריות ליום (ממוצע 17.7 סיגריות ליום, $SD=12.8$). הגיל הממוצע להפסקת עישון בקרב המעשנים בעבר היה 33.0 שנים ($SD=13.2$). משך העישון הממוצע עד להפסקת העישון היה 14.9 שנים ($SD=13.2$). כמחצית מכלל המעשנים בעבר הפסיקו לעשן לפני 10 שנים ומעלה וכשליש הפסיקו לעשן בחמש השנים האחרונות.

6.7 מעשנים נוספים מבני הבית

3.6% מכלל המשיבים (19 משיבים), דיווחו על בני בית אחרים או נוספים שמעשנים. חמישה עשר מתוכם (78.9%) דיווחו על בן או בת מעשנים, 3 דיווחו על אחד מהאחים, 2 על בת הזוג ו-1 על אחד מההורים.

6.8 רצון להפסיק לעשן

47.2% מהמעשנים השיבו כי הם מעוניינים להפסיק לעשן. מתוכם, 14.7% מתכננים לעשות זאת בחצי שנה הקרובה ועוד 17.6% מתכננים לעשות זאת בחודש הקרוב. בסקר עישון בקרב האוכלוסייה הכללית בישראל שנערך ע"י המלב"ם בחורף 2010, 57.7% (מתוך 72 מעשנים גברים יהודים שאינם חרדים) השיבו כי הם מעוניינים להפסיק לעשן. כמו כן, בסקר KAP 2008, שיעור המעוניינים להפסיק לעשן בקרב המעשנים הגברים באוכלוסייה היהודית היה 55.7% (מתוך כ-355 גברים יהודים מעשנים).

6.9 ניסיון גמילה מעישון בעבר

40.2% מהמעשנים השיבו כי ניסו להפסיק לעשן למשך יום אחד או יותר בשנה האחרונה, כדי לנסות להיגמל מעישון. רק מעשן אחד השתתף אי פעם בסדנה לגמילה מעישון. רק 22.2% מהמעשנים מעוניינים להשתתף בסדנה כזו או בקבלת תמיכה מסוג אחר, בעוד 69.4% אינם מעוניינים בכך כלל. בסקר KAP 2008 השיבו בחיוב על השאלה לגבי ניסיון הפסקת עישון בשנה האחרונה 30.1% מתוך כ-565 מעשנים/ות יהודים.

6.10 חסמים להפסקת העישון

המעשנים שהשיבו כי הם מעוניינים להפסיק לעשן נשאלו: "מה מונע ממך להפסיק לעשן?" ניתן היה לבחור יותר מתשובה אחת. הסיבה השכיחה ביותר היתה הנאה מעישון (65.2%). סיבות נוספות שצוינו היו: חוסר רצון (11.1%), הרגל (6.9%), התמכרות (4.2%), חשש משינויי מצב רוח (4.2%), נסיונות קודמים להפסקת עישון שנכשלו (4.2%). הנאה מעישון היתה גם הסיבה השכיחה ביותר שציינו בסקר אחר המעשנים באוכלוסייה הכללית (לא חרדים), אם כי בשיעור נמוך יותר (28.8%), להימנעות מהפסקת עישון (דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל לשנת 2009).

6.11 המלצות הצוות המטפל להפסקת עישון

44.4% מהמעשנים דיווחו שרופא או איש צוות רפואי אחר המליצו להם אי פעם על הפסקת עישון. מתוכם, 32% דיווחו שההמלצה ניתנה בשנה האחרונה. בסקר עישון מחורף 2010, דיווחו 63.9% מקרב המעשנים היהודים שאינם חרדים על המלצה כזו. הבדל זה בין שני הסקרים היה מובהק סטטיסטית.

6.12 תרופות המסייעות בתהליך הגמילה מעישון

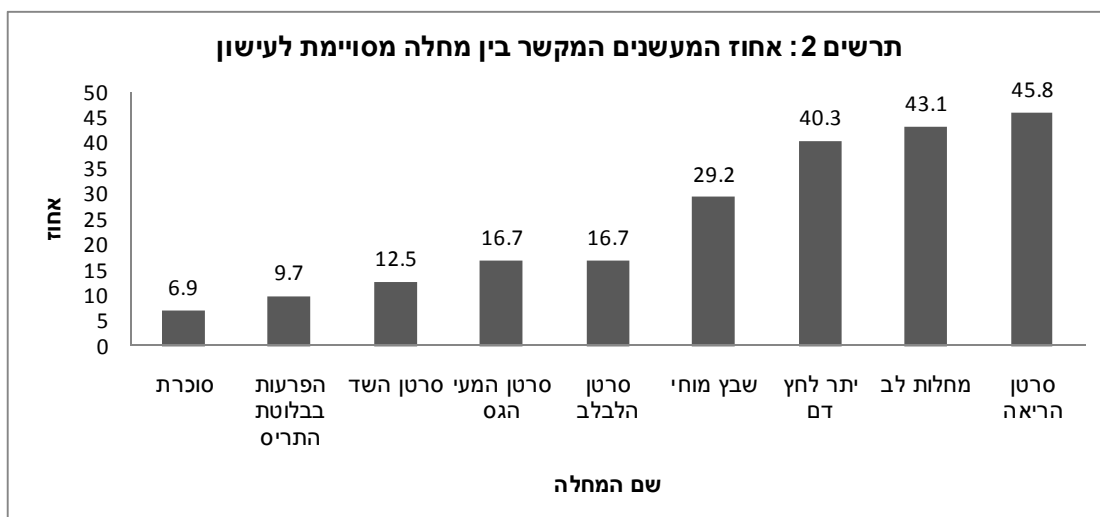
77.8% מהמעשנים לא ידעו שישנן תרופות העוזרות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות. 47.2% לא מעוניינים לבקש מהרופא מרשם לתרופות אלו ועוד 15.3% אינם יודעים אם יעשו זאת. הסיבות השכיחות לחוסר עניין לבקש תרופות תומכות בגמילה מעישון היו: הימנעות מלקיחת תרופות (27.2%), טענה שזה לא יעזור (27.2%), טענה לאי התמכרות לעישון ולכן לאי הזדקקות לתרופות (24.2%), חוסר רצון להפסיק לעשן (12.1%), טענה שיש לתרופות תופעות לוואי (9.1%). בסקר עישון שנעשה בחורף 2010, 65.8% (27 מעשנים) מקרב המעשנים היהודים המעוניינים להפסיק לעשן (41 מעשנים), הביעו עניין לבקש מהרופא תרופות להפסקת עישון לעומת 52.9% מהמעשנים החרדים (18 מעשנים) המעוניינים להפסיק לעשן (34 מעשנים) בסקר הנוכחי.

6.13 השפעת פסקי הלכה ורבנים על הרגלי העישון

74.6% מהמעשנים שמעו על פסק ההלכה נגד העישון משנת תש"ס ו- 9.9% על איסורים דתיים אחרים. מכלל המעשנים ששמעו על פסק ההלכה, 22.6% (12 מעשנים) השיבו שהדבר השפיע על הרגלי העישון שלהם: 6 מעשנים הפחיתו במידה רבה את מספר הסיגריות ו- 2 מעשנים במידה מועטה. עוד 3 מעשנים ניסו להפסיק לעשן לגמרי אך לא הצליחו. 31.0% מהמעשנים השיבו שרוב חשוב שהם קשורים אליו, מעשן. מתוכם, 81.8% השיבו שאם הרב הזה יפסיק לעשן הדבר לא ישפיע על הרגלי העישון שלהם כלל.

6.14 תחלואה הקשורה לעישון וידע על המחלות הקשורות לעישון

93.1% מהמעשנים שללו כל בעיות בריאות אצלם הנובעות מהעישון בתשובה לשאלה: "מדובר רבות על נזקי העישון ומחלות הנגרמות על ידי העישון: האם אתה סובל מבעיות בריאות כתוצאה מהעישון?". שני מעשנים קישרו בין בעיות בריאות שיש להם לעישון (2.8%) לעומת 7 מעשנים (10.1%) שעשו זאת בסקר עישון מחורף 2010. כמו כן, המעשנים נשאלו "האם לדעתך יש קשר בין העישון למחלות הבאות?", בתרשים 2 מוצגים אחוזי המשיבים שענו כי אכן יש קשר בין עישון ובין המחלות השונות. טווח התשובות החיוביות נע בין 6.9% עבור סוכרת ל 45.8% עבור סרטן הריאה. יש לציין, כי בכל המחלות הללו, העישון מהווה גורם סיכון מוכח. יש להדגיש שהלא-מעשנים לא נשאלו על כך בסקר הנוכחי.



היות ורק 19 מעשנים (27.9% מכלל המעשנים) דיווחו שהם סובלים ממחלות כרוניות שונות (סה"כ דווחו 29 מחלות), לא ניתן היה לבדוק האם מעשנים הסובלים ממחלות הנגרמות ע"י עישון יודעים את הקשר בין עישון ותחלואה טוב יותר מאשר לא מעשנים.

6.15 גורמים תומכים בהפסקת העישון

99 משיבים הצליחו להיגמל לחלוטין מעישון (מעשנים בעבר). הם נשאלו "מה גרם להחלטתך להפסיק לעשן?" ניתן היה לבחור יותר מתשובה אחת. הסיבה השכיחה ביותר היתה הרגשה או החלטה אישית (54.5%). סיבות נוספות שצוינו היו: פחד לחלות במחלות הקשורות לעישון (24.2%), לחץ והשפעה של בני משפחה (23.2%), מצב בריאותי קיים (11.1%), סיבה דתית כגון פסק הלכה, חזרה בתשובה (6%), לחץ של חברים (3%).

6.16 יישום החוק להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים

93.1% מכלל המשיבים בסקר השיבו כי החוק מיושם במקום העבודה או הלימודים שלהם באופן מוחלט (78%) או חלקי (15.1%). 93.4% מתלמידי הישיבה או הכולל השיבו כי החוק מיושם באופן מוחלט (78%) או חלקי (15.4%). בסקר KAP 2008, 89% מתוך 2587 משיבים יהודים (גברים ונשים) ציינו כי האיסור על העישון מיושם במקום עבודתם; מתוכם, 77.9% השיבו כי האיסור מיושם באופן מוחלט ו-12% השיבו כי האיסור מיושם באופן חלקי.

7. דיון ומסקנות

- א.** שיעור המעשנים המתוקן בקרב הגברים החרדים, מגיל 18 ומעלה הינו 13.3%.
(95% CI: 10.3% - 16.3%). שיעור זה הינו נמוך מאד בהשוואה לשיעור המעשנים בכלל הגברים היהודים בישראל, מגיל 21 ומעלה, שהינו 27.9% (95% CI: 25.2%-30.6%) לפי סקר KAP 2008.
- ב.** המעשנים הם יותר רווקים, שכירים או עצמאיים אך לא תלמידי ישיבה או כולל, עם עד 12 שנות לימוד והמשייכים עצמם לזרם הספרדי בהשוואה ללא מעשנים. בניתוח רב-משתני נמצאו המשתנים לעיל מובהקים למעט מספר שנות הלימוד.

- ג. כמחצית מהמעשנים הביעו רצון להפסיק לעשן. כמו כן, כ- 40% מהמעשנים ניסו להפסיק לעשן בשנה האחרונה. כרבע מהמעשנים (26.4%) גם הביעו רצון להפסיק לעשן וגם ניסו לעשות זאת בשנה האחרונה. למרות זאת, רק כחמישית מהמעשנים הביעו רצון להשתתף בסדנה לגמילה מעישון. ייתכן שתוכניות התערבות להפסקת עישון, שימוקדו בתוכן לחברה החרדית, וישוקו במעטפת המקובלת על ציבור זה, יאפשרו להעלות את שיעור ההשתתפות במסגרות אלו.
- ד. הנאה מעישון היתה הסיבה השכיחה לחוסר רצון להפסיק לעשן אצל כשני שלישים מהמעשנים. שילוב של תרופות להפסקת עישון עם מסגרת טיפולית (כגון סדנה, קבוצת תמיכה) נמצא יעיל יחסית בשבירת מעגל ההנאה.
- ה. רק כמחצית מהמעשנים קיבלו המלצה אי פעם להפסיק לעשן מרופא או איש צוות רפואי אחר. כ- 80% מהמעשנים, לא ידעו שישנן תרופות העוזרות לגמילה מעישון, הכלולות בסל הבריאות.
- ו. כמחצית מהמעשנים לא מעוניינים לבקש מהרופא מרשם לתרופות אלו, רובם מתוך הימנעות מלקחת תרופות או מתוך דעה שהן לא עוזרות. לאור נתונים אלו, יש מקום להנחות את נותני השירותים הרפואיים הקהילתיים לציבור החרדי, למתן המלצות בסיסיות למטופליהם, היינו, בעד הפסקת עישון מוחלטת וכן בזכות יעילות התרופות המוכחות. המלצות אלו מקבלות משנה תוקף כאשר ניתנות ע"י בעל סמכות רפואית המוכר למטופל ולמשפחתו.
- ז. כ-85% מהמעשנים שמעו על איסור דתי כלשהו לעשן, ובפרט פסק ההלכה משנת תש"ס. למרות זאת, פחות מרבע מהמעשנים השיבו שהדבר השפיע על הרגלי העישון שלהם. ייתכן שהסיבה לכך היא שלמעט פסק הלכה אחד, שיצא לפני כעשור, לא נשמעו פסקי הלכה רשמיים נוספים בעניין נזקי העישון.
- ח. שיעור מעשנים נמוך ידע על הקשר שנמצא בין עישון ותחלואה במחלות שונות. יש לזהות דרכי גישה יעילות להעברת מידע רפואי עדכני לציבור המעשנים החרדי, בדגש על מסגרות החינוך השונות ובכלל זה מוסדות הישיבות והכוללים, למשל, בעזרת הרצאות וחלוקת חומרי הסברה מתאימים לקהל זה.
- ט. מתוך השוואה של המעשנים החרדים לעומת המעשנים באוכלוסייה הכללית עולה ששיעור המעוניינים להפסיק לעשן בקרב החרדים נמוך יותר. גם שיעור המעשנים החרדים שדיווחו כי קיבלו המלצה רפואית להפסיק לעשן נמוך יותר. מגמה זו, מצביעה אף היא על הצורך לפעול יותר להעלאת המודעות לנזקי העישון ומניעת עישון בקרב הציבור החרדי.

המחלקה לחינוך וקידום בריאות
משרד הבריאות
www.health.gov.il