



דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2012

הדוח הוכן על-ידי
המחלקה לחינוך וקידום בריאות
משרד הבריאות

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

מאי 2013

תוכן העניינים

4	דבר שרת הבריאות
5	מבוא
6	תקציר
12	פרק א: עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל
26	פרק ב: עישון בקרב בני נוער בישראל
35	פרק ג: מצב העישון בצה"ל
41	פרק ד: פעילות משרד הבריאות למניעת העישון ונזקיו
47	פרק ה: חקיקה בנושא העישון
49	פרק ו: אכיפת החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון
56	פרק ז: גמילה מעישון בישראל
60	פרק ח: דיווח בדבר הוצאות על פרסום מוצרי טבק לשנת 2011
62	פרק ט: היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל
72	פרק י: הסיגריה האלקטרונית
105	פרק יא: ENDGAME – סוף המשחק

ריכוז הדו"ח וכתביבה: חיים גבע הספיל

ועדת ההיגוי של משרד הבריאות להכנת הדו"ח

יו"ר הוועדה

יאיר עמיקם, סמנכ"ל הסברה ויחסים בין-לאומיים

שירותי בריאות הציבור

פרופ' איתמר גרוטו, ראש שירותי בריאות הציבור

רותי ויינשטיין, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות

חיים גבע-הספיל, מרכז תחום עישון, המחלקה לחינוך וקידום בריאות

הלשכה המשפטית

עו"ד מיכל גולדברג, יועצת משפטית בריאות הסביבה

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

אניקה יפרח, ראש יחידת פרסומים

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

הפקה: דלית דנן, המחלקה לחינוך וקידום בריאות

תודות

אגף ההסברה, משרד הבריאות

יאיר עמיקם

ענף בריאות הצבא, מקרפ"ר, צה"ל

רס"ן תמר סלע

שירותי בריאות כללית

ד"ר דיאן לוין

שוש גן-נוי

מכבי שירותי בריאות

ד"ר רונית אנדוולט

חיים פילוסוף

מאוחדת

שוש טשרניחובסקי

נטלי הופמן

לאומית

מרגלית שילה

החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון

ד"ר יעל בר זאב

ד"ר ישי לב

המרכז למניעה וגמילה מעישון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ד"ר יעל בר זאב

המרכז למניעה וגמילה מעישון, הטכניון, חיפה

ד"ר רחל דהן

דבר שרת הבריאות

כאשר התבקשתי לכתוב דברי פתיחה לדו"ח חשוב זה, מצאתי לשמחתי עד כמה רחבים מאמצי המשרד, יחד עם גורמים נוספים, למיגור נגע העישון.

באופן אישי – אני לא מעשנת, וכך גם בני משפחתי והסובבים אותי. למעשה, המאבק בעישון טבוע בי הרבה לפני שהתמניתי לשרה, ולשמחתי הוא מצוי תחת אחריותי, באשר מוטלת על משרד הבריאות החובה, (ובעיניי – הזכות), להוביל מאבק זה.

עריית הרצליה הייתה אחת הערים הראשונות, שהכריזה על עצמה כעיר ללא עישון במקומות ציבוריים. היו שאמרו כי אשלם על כך בקלפי בגלל הכעס של המעשנים הכבדים, אך להפתעת כלנו גילינו כי מרבית האוכלוסייה, לרבות חלק מהמעשנים, מצדדים בהגבלת העישון במקומות ציבוריים.

ידוע לי כי החוק קובע שהשר במשרד יגיש לכנסת מידי שנה דו"ח מפורט בנושא, עם זאת, חשיבות הדו"ח שלפנינו אינה רק במענה לחוק זה, אלא בעצם קיומו, בשקיפות שבו, במידע הרב ובמסרים הברורים והמעודכנים, המובאים לידיעת כלל הציבור לגבי תופעת העישון בישראל ומאבק מערכת הבריאות בה.

הדו"ח כולל תמונת מצב מקיפה על שיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הישראלית, תוך פילוח לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, מידע על חקיקה בתחום, תוכניות ההתערבות וכד'. בשנה החולפת פעל המשרד לקידום וליישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, אשר אושרה על ידי הממשלה בשנת 2011. התכנית מתווה את האסטרטגיות, היעדים, המטרות והדרכים למיגור העישון בישראל באמצעות: חקיקה ואכיפה, גמילה מעישון, מדיניות מיסוי, מחקר וניטור, התערבויות בקהילה והסברה.

השנה הוקדשו בדו"ח שני פרקים לנושאים המייצגים את האתגרים החדשים של מערכת הבריאות במאבקה בעישון והמצטרפים לאתגרים הקיימים: אמצעים טכנולוגיים המדמים עישון וחשיבה על גישות שונות להתמודדות אפשרית בטווח הארוך, עם תעשיית הטבק.

מהדו"ח עולה בבירור כי המשרד פועל בכיוונים נכונים לצמצום תופעת העישון בארץ, וכי יש להמשיך ולפעול ביתר שאת ליישום התוכנית הלאומית ולהשגת היעדים המוגדרים בה.

על הדו"ח עמל צוות רב-מקצועי מהמחלקה לחינוך וקידום בריאות, מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות, אגף ההסברה והלשכה המשפטית במשרד הבריאות, ענף בריאות הצבא בצה"ל וגורמים נוספים כגון קופות חולים, האקדמיה ועוד.

ברכות לכל העושים במלאכה.

שרת הבריאות,
יעל גרמן

מבוא

דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2012 הוא הדוח השנים עשר המוגש לכנסת מאז שנחקק "חוק חובת דיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק" בשנת 2000.

הדו"ח שלפנינו מצביע על המשך מגמת ירידה 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 20.6%.

הדו"ח כולל סקירה מפורטת על דפוסי העישון באוכלוסיות שונות בישראל, על התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו וכן פירוט על פעולות החקיקה והאכיפה בתחום מניעת העישון. בתחומים האחרונים חלה התקדמות משמעותית בשנה האחרונה עם החמרה משמעותית של ההגבלות על עישון במקומות ציבוריים, והוספת מקומות נוספים, אישור הממשלה להגבלה נוספת על פרסום ושיווק של מוצרי טבק, העלאת המיסוי על מוצרי טבק ובכללם צמצום הכמות של סיגריות שניתן לרכוש ללא מכס ב"דיוטי פרי" והקמה של יחידת אכיפה במשרד הבריאות, שתפקידה לרכז את כלל האכיפה בנושא. כמו-כן, מקדם משרד הבריאות חקיקה נוספת אשר תגביל עוד יותר את העישון במקומות ציבוריים, תגביל גם שימוש במוצרי עישון כגון סיגריות אלקטרוניות ותקנה סמכויות אכיפה גם לפקחי משרד הבריאות.

הפרק "עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל" מבוסס בעיקרו על ממצאים מתוך סקרי עישון לאומיים שנערכו על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם). השנה התבססו הנתונים על סקר KAP-2010, שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם) בשנים 2010-2012. בדומה לשנה שעברה, פרק ד' העוסק בפעילות בתחום העישון, התמקד בתכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו וביישומה ופרק ז' מציג את המשך העלייה בהיקף הגמילה מעישון באוכלוסייה.

אני מקווה שדו"ח זה, הכולל את ההישגים אך גם את הנושאים המצריכים עדיין שיפור, ישמש כתמרור אזהרה מפני מגיפת העישון וכמצפן לגיבוש הדרך והמדיניות הנכונה להיאבק במגיפה זו.

סיון תשע"ג, מאי 2013

פרופ' איתמר גרוטו
ראש שרותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

תקציר

עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

- על-פי סקר "אורח חיים פעיל בישראל" של משרד התרבות והספורט, שנערך על-ידי המלב"ם בשנים 2011-2012, אחוז המעשנים בקרב בני 21 ומעלה באוכלוסייה בישראל הוא 17.7%.
- (היות והמרוויינים בסקר "אורח חיים פעיל בישראל" יודעו על נושא הסקר טרם הריאיון, ייתכן כי אנשים המתעניינים יותר בפעילות גופנית נטו להסכים להשתתף בסקר באחוזים גבוהים יותר – הטיית בחירה – ולכן אנו לא מסתמכים על סקר זה כמייצג תמונת אמת של שיעורי העישון בישראל.)
- על-פי סקר KAP-2010 של המחלקה לחינוך וקידום בריאות בביצוע המלב"ם, שנערך בשנים 2010-2012, אחוז המעשנים¹ בקרב בני 21 שנים ומעלה באוכלוסייה בישראל הוא 20.6%².
- לאחר שקלול לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה נמצא כי 27.2% מכלל הגברים בישראל מעשנים ו-14.5% מכלל הנשים בישראל מעשנות.
- לאחר שקלול לפי גיל ומין נמצא כי שיעור העישון באוכלוסייה היהודית הוא 19.8%, ושיעור העישון המשוקלל באוכלוסייה הערבית הוא 24.9%.
- שיעורי העישון הם 23.7% בקרב גברים יהודים, 15.9% בקרב נשים יהודיות, 43.8% בקרב גברים ערבים ו-6.7% בקרב נשים ערביות.
- בהשוואה בין יהודים ובין ערבים נמצא כי בכל קבוצות הגיל שיעורי העישון גבוהים פי 2.2-1.5 בקרב גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים.
- בהשוואה בין יהודיות ובין ערביות נמצא כי בקבוצות הגיל 21-54 שיעורי העישון גבוהים פי 1.7-4.3 בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות, ובקבוצת הגיל של בנות 65 שנים ומעלה השיעורים דומים בשתי הקבוצות.
- בעשור האחרון נצפית יציבות בשיעורי המעשנים בין 10 ל-20 סיגריות ליום, ואילו בקרב המעשנים מעל חפיסת סיגריות ליום נמצאה ירידה בקרב כל הקבוצות, למעט נשים ערביות.
- הגיל הממוצע להתחלת עישון סיגריות היה 17.9 שנים בקרב גברים יהודים ו-20 שנים בקרב נשים יהודיות; 19.2 שנים בקרב גברים ערבים ו-25.2 שנים בקרב נשים ערביות. בעשור האחרון לא נצפתה מגמת שינוי בגיל התחלת העישון בקרב גברים ונשים יהודים. לעומת זאת, בקרב נשים ערביות נמשכת מגמת העלייה בגיל התחלת העישון משנת 2002 (מגיל 20 בשנת 2002 לגיל 25.2 בשנת 2010).

¹ "מעשן" נחשב מי שדיווח כי הוא מעשן כל יום ומי שדיווח כי הוא מעשן מדי פעם.

² הנתון התקבל לאחר שקלול לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

- בהשוואה למדינות החברות ב-OECD, שיעור העישון בקרב גברים בישראל (24.9%) נמצא קרוב לממוצע (25.9%). שיעור העישון בקרב נשים בישראל (12.6%) נמצא במקום נמוך ביחס למדינות המושוות (הממוצע ב-OECD הוא 16.7%). ראוי לציין כי השיעורים עבור ישראל מתייחסים לבני 21 שנה ומעלה, ואילו במרבית הארצות האחרות השיעורים מתייחסים לבני 15 שנה ומעלה.
- מעל ל-40% מהנשים הערביות נחשפות לעישון כפוי בביתן, שיעור הגבוה פי 2.2 בהשוואה לנשים יהודיות.
- בעוד 79.1% מהגברים היהודים דיווחו על יישום מלא של החוק במקומות עבודה ופחות מ-10% דיווחו על אי-יישום מלא, בקרב הערבים פחות מחצי דיווחו על יישום מלא ו-36.4% דיווחו על אי-יישום מלא.
- מעל ל-30% מכלל אוכלוסיית המעשנים דיווחו על הפחתה בכמות העישון בעקבות החקיקה נגד עישון במקומות ציבוריים, ונשים יהודיות הושפעו מהחקיקה במידה הרבה ביותר.
- מעל ל-50% מכלל המעשנים דיווחו שהם יודעים על התרופות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות.

עישון בקרב בני נוער בישראל

דו"ח זה מבוסס על נתוני המחקר הישראלי של התנהגויות בריאות בקרב ילדים בגיל בית הספר לשנת 2011 הנערך כחלק ממחקר רב-לאומי Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) של ארגון הבריאות העולמי (ה-WHO) על ידי אונ' בר אילן במימון של משרדי הבריאות והחינוך.

- אחוז התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם, נמצא במגמת ירידה מתמשכת מאז שנת 1998, הן בחלוקה לפי מגדר והן בחלוקה לפי מגזר.
- בבחינת אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק אחרים לפחות פעם בשבוע, נמצאה עלייה בשיעור העישון בקרב הבנים, ירידה קלה בקרב בנות יהודיות ועלייה קלה בקרב בנות ערביות.
- בבחינת אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם ביום, נמצאה ירידה בקרב בנות יהודיות, אך עלייה בקרב בנים ערבים ובקרב בנות ערביות.
- בבחינת אחוז התלמידים שהתנסו אי-פעם בעישון נרגילה, נמצאה ירידה בשני המגדרים ובשני המגזרים.
- בבחינת אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת בשבוע, נמצאה ירידה קלה במגזר הערבי ועלייה קלה במגזר היהודי.
- בבחינת אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת ביום, נמצאה עלייה קלה בשני המגזרים ובשני המגדרים.

מצב העישון בצה"ל

- שיעור העישון בקרב חיילים אשר התגייסו לצה"ל בשנת 2012 היה 30.6%, ושיעור העישון בקרב חיילים שהשתחררו מצה"ל בשנת 2012 היה 29.3%. בקרב המתגייסים בשנת 2009, אשר רובם השתחררו בשנת 2012, שיעור המעשנים היה 33.8%.
- שיעור העישון בקרב מתגייסות בשנת 2012 היה 23.3%, ושיעור העישון בקרב משתחררות בשנה זו היה 25.9%. בקרב המתגייסות בשנת 2010, שמייצגות ברובן את המשתחררות בשנת 2010, שיעור העישון בעת הגיוס היה 24.6%.
- בשנת 2012 עמד שיעור המעשנים החדשים על 3.8% מכלל המשתחררים, ואילו אחוז המשתחררות שהחלו לעשן בזמן השירות הצבאי היה 4% מכלל המשתחררות.
- משתחרר שמעשן צרך בממוצע 13.0 סיגריות ביום. הצריכה היומית הממוצעת בשנה זו בקרב משתחררות שמעשנות הייתה תשע סיגריות ביום.
- הגיל הממוצע של התחלת העישון בקרב מתגייסים בשנת 2012 דומה לגיל הממוצע של המתגייסות בשנה זו, והם 15.6 ו-15.3 שנים, בהתאמה – הבדל של כשלושה וחצי חודשים בלבד בין המגדרים.
- הגיל הממוצע בעת התחלת העישון בקרב משתחררים מעשנים בשנת 2012 היה 16.2 שנים ובקרב משתחררות - 16.5 שנים.

פעילות משרד הבריאות למניעת העישון ונזקיו

- ממשלת ישראל אישרה את התכנית לצמצום העישון ונזקיו כתכנית לאומית ב-29 למאי 2011.
- בהתאם להחלטת הממשלה הוקצו תקנים ליישום התכנית במחלקה לחינוך וקידום בריאות ובאגף הפיקוח והאכיפה.
- בתאריך ה-2 למאי 2012 אישרה ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת את צו שר הבריאות לתיקון התוספת לחוק מניעת העישון. הוראות הצו נכנסו לתוקף ב-7 לנובמבר 2012. בהתאם לצו הוחמרו ההגבלות על עישון במקומות ציבוריים שונים וכן הוספו עוד מקומות ציבוריים שבהם אסור לעשן, ולראשונה נאסר עישון גם בכמה מקומות פתוחים.
- בתאריך ה-25 ליולי 2012 אישרה הכנסת בקריאה ראשונה את הצעת החוק של משרד הבריאות לתיקון חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, בהתאם להמלצות התכנית הלאומית. מטרתה של הצעת החוק להגביל את הפרסומות למוצרי טבק על מנת להקטין את חשיפת הציבור לעישון הגורם למוות, לתחלואה ולנכות ובמיוחד להגן על ילדים ועל צעירים מהשפעותיהן של הפרסומות, המייצרות תדמית חיובית ומושכת לעישון.
- בתאריך ה-14 למאי 2012 אישרה ועדת הכספים צווים של שר האוצר בנושא מיסוי מוצרי טבק, שהוצאו בהתאם להמלצת סגן שר הבריאות כחלק מהתכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו.

על-פי הצווים, הפטור על יבוא מוצרי טבק ואלכוהול בדיוטי פרי יינתן רק למי שגילו מעל ל-18 שנה, והפטור יצומצם משני פקטים (400 סיגריות) לפקט אחד בלבד (200 סיגריות) החל מה-1 לאפריל 2013. נוסף על כך, הועלה המס על טבק לנרגילה ב-130% באופן מיידי, ובתוך שלוש שנים העלאת המס תסתכם ב-500%. המשמעות היא העלאת המחיר לחפיסת טבק לנרגילה מכ-9 ₪ לחפיסה בחודש מאי 2012 למחיר של כ-35 ₪ בחודש פברואר 2013, והמחיר יגיע עד כ-50 ₪ בשנת 2015. כן הועלה נטל המס על מוצרי טבק נוספים, כמו סיגרים וסיגריות.

- הוקמה ועדת מומחים בשיתוף קופות החולים, גורמים משפטיים ומומחי תקשורת במטרה להמליץ על מדיניות לסימון מוצרי טבק בתמונות גרפיות ולסייע בגיבוש התקנות שיאפשרו יישום מדיניות זו.
- הוקמה ועדה מקצועית במטרה להכין ולהמליץ על תכנית לאומית מותאמת תרבות ומבוססת ראיות לצמצום העישון בחברה הערבית. כחלק מפעילות זו משרד הבריאות מממן מחקר עומק לבחינה של סוגיית העישון והגמילה מעישון בחברה הערבית.
- על מנת לאפשר למערכת החינוך להתמודד בצורה יעילה ואיכותית עם המשימה החשובה של מניעת התחלת עישון וצמצום העישון בקרב בני נוער, חבר משרד הבריאות למשרד החינוך ולאגודה למלחמה בסרטן במטרה לפתח כמה תכניות לימודים האמורות לספק מענה לטווח רחב של גילאים, החל מכיתות ה ועד כיתות י"ב. חלק מהתכניות נמצאות כבר בשלב ההפקה, וחלקן עדיין בשלב פיתוח.
- הוקם צוות משותף למשרד הבריאות, למשרד החינוך ולמומחי גמילה מעישון בקופות החולים ובאקדמיה כדי לבחון את המצב הקיים ואת המענה הניתן כיום במערכת החינוך וכדי לפתח תכנית שתוכל לתת מענה מקצועי ואיכותי לצורך בסיוע לגמילה מעישון של בני נוער המכורים לעישון.

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.
- ערים האוכפות את החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון תורמות לקידום בריאות הציבור ומאפשרות לאוכלוסיות רחבות לצאת ולבלות במקומות ציבוריים שקודם לכן היו אפופי עשן. כך הן אף משפרות את היקף הפעילות הכלכלית במקומות ציבוריים, תורמות לשמירת החוק והסדר ברחבי הרשות המקומית ובהתאם לתמריץ הכלכלי המובנה בחוק הרשויות מפנות את ההכנסות מאכיפה זו לקופת הרשות המקומית ולא לקופת המדינה. אכיפה זו תורמת אפוא פעם נוספת לטובת כלל הציבור.

- עיריית תל-אביב היא העיר המובילה בישראל באכיפת החוק למניעת העישון, עם 2,909 קנסות שניתנו בה בשנת 2012 למעשנים ולבעלי עסקים שפעלו בניגוד לחוק.

גמילה מעישון בישראל

- בשנת 2010 הוכנסו לסל שירותי הבריאות סדנאות לגמילה מעישון וכן תרופות מרשם לגמילה מעישון.
במהלך שנת 2010 פנו 11,844 מעשנים לטיפול גמילה מעישון בקופות החולים. בשנת 2011 המשיכה המגמה המבורכת, ומספר המעשנים שפנו לגמילה מעישון בקופות החולים הגיע ל-19,646, ואילו בשנת 2012 מספר המעשנים שפנו לגמילה מעישון בקופות החולים הגיע לשיא של **25,505**.
מספר זה מבטא **גידול של 425%** מכפי שהוערך בעת הכנסת טכנולוגיות הגמילה מעישון לסל שירותי הבריאות, והוא מדגיש את החשיבות ואת הנחיצות בהרחבת הטכנולוגיות לגמילה מעישון המוצעות לציבור הרחב.
- בארבע קופות החולים נרשמה עלייה במספר סדנאות הגמילה מעישון שנפתחו במהלך שנת 2012, וכן נרשמה עלייה במספר ההכשרות למנחי סדנאות גמילה מעישון ובמספר המנחים.

דיווח בדבר הוצאות על פרסום מוצרי טבק לשנת 2011

- ההוצאות של חברות הסיגריות על פרסום, על חסויות, על קידום מכירות ועל דיור ישיר בשנת 2011 היו 54,596,509 ₪ (עלייה של 6% בהשוואה לשנת 2010), מתוכן: על פרסומות ודיור ישיר - 30,321,964 ₪ (ירידה של 2%), על מבצעי קידום מכירות - 24,048,457 ₪ (עלייה של 18%) ועל מתן חסויות - 226,088 ₪ (עלייה של 6%). זהו שיא חדש ומטריד מאוד בהיקף ההשקעה של תעשיית הסיגריות בקידום ובעידוד העישון בישראל.
- מבחינת ההשקעות באפיקי הפרסום השונים אפשר לראות עלייה חדה בהשקעה בפרסומות ובמשחקים אינטראקטיביים בערוץ האינטרנט לרבות הפניות לרשת החברתית פייסבוק. כך מנצלת תעשיית הסיגריות את הפרצות בחקיקה הקיימת לצורך שימוש באמצעי הנגיש, הנפוץ, הזול והזמין ביותר הזה להעברת מסרים ממוקדים ומוכוונים לצעירים.

היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל

- על-פי הערכות, בשנת 2012 הגיעו הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות בלבד ל-5.3 מיליארד ₪, מהם 4,578 מיליון ₪ מיבוא ו-744 מיליון ₪ מייצור מקומי.
- על-פי הערכות, בשנת 2012 עמדה צריכת הסיגריות הלאומית על כ-415 מיליון חפיסות, ירידה של 2.7% לעומת שנת 2011.
- משקי הבית הוציאו במהלך 2012 כ-7.1 מיליארד ₪ על צריכת סיגריות.

דו"ח הוועדה לבחינת נושא ההסדרה של סיגריות אלקטרוניות בישראל

- משרד הבריאות מינה ועדה בין-משרדית ורב-תחומית לבחינת נושא ההסדרה של סיגריות אלקטרוניות בישראל.
- דו"ח הוועדה מובא במלואו בדו"ח זה של שר הבריאות.
- הוועדה המליצה לאסור על ייצור, על יבוא ועל שיווק של סיג"א בישראל על-פי הוראת שעה שתהיה תקפה לחמש שנים. בתקופת תוקפה של הוראת השעה ימשיך המשרד לעקוב אחר ההתפתחויות המדעיות בעולם בדבר הסיכונים/בטיחות השימוש בסיג"א והתועלות/חוסר התועלת בגמילה מעישון באמצעותה. בסוף התקופה תתקבל החלטה אם להפוך את הוראת השעה לקבועה או לשנות אותה.

ENDGAME – "סוף המשחק"

- בפרק זה מוצגת סקירה של נושא חדש יחסית בתחום המאבק בעישון המנסה להתמודד בצורה שונה עם השאלה הנפוצה ביותר שבני הנוער שואלים בנוגע לסיגריות: "אז למה עדיין מותר למכור סיגריות?"
- גישת "סוף המשחק" מבוססת על ההבנה שהמציאות שבה עדיין מעשנים סיגריות סופה להיעלם, והדיון מתרכז בשאלות מתי ובאיזה אופן מצב זה עשוי להתרחש.

פרק א: עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

רקע

הנתונים בפרק זה מבוססים על ממצאי סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2010" (KAP 2010). הסקר נערך בשנים 2010-2012 על ידי המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות באמצעות המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) הסקר בוצע באמצעות ראיונות טלפוניים מובנים אשר נערכו במדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. הנתונים המוצגים מבוססים על 4,935 מרואיינים, יהודים וערבים, בני 21 ומעלה: 2,739 יהודים ובני דתות אחרות שאינם ערבים (55.5%) ו-2,196 ערבים (44.5%); 2,360 גברים (47.8%) ו-2,575 נשים (52.2%).

לשם השוואה מוצגים גם נתונים מסקר "אורח חיים פעיל בישראל" של משרד התרבות והספורט. סקר זה נערך על ידי המלב"ם בשנים 2011-2012, במדגם של 2,964 ישראלים, יהודים וערבים, בני 21 ומעלה.

על מנת לייצג את שיעורי העישון בכלל האוכלוסייה שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקרים בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2010 במשתנים: גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים). באופן זה השיעורים המוצגים עבור כלל האוכלוסייה משוקללים לפי גיל, מין וקבוצת האוכלוסייה; השיעורים המוצגים לפי מין משוקללים לפי גיל וקבוצת האוכלוסייה; השיעורים המוצגים לפי קבוצת האוכלוסייה משוקללים לפי גיל ומין.

בהגדרת "מעשן" נכלל כל מי שדיווח כי הוא מעשן בהווה (מדי יום או מדי פעם).

עישון באוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה), סקר KAP 2010:

- שיעור העישון בכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל הוא 20.6% (CI 95% 21.8-19.5).
- שיעור העישון בקרב גברים גבוה מהשיעור בקרב נשים: 27.2% (CI 95% 29.0-25.4) ו-14.5% (CI 95% 15.9-13.2), בהתאמה.
- שיעור העישון בקרב ערבים גבוה מהשיעור בקרב יהודים: 24.9% (CI 95% 26.7-23.1) ו-19.8% (CI 95% 21.3-18.4), בהתאמה.

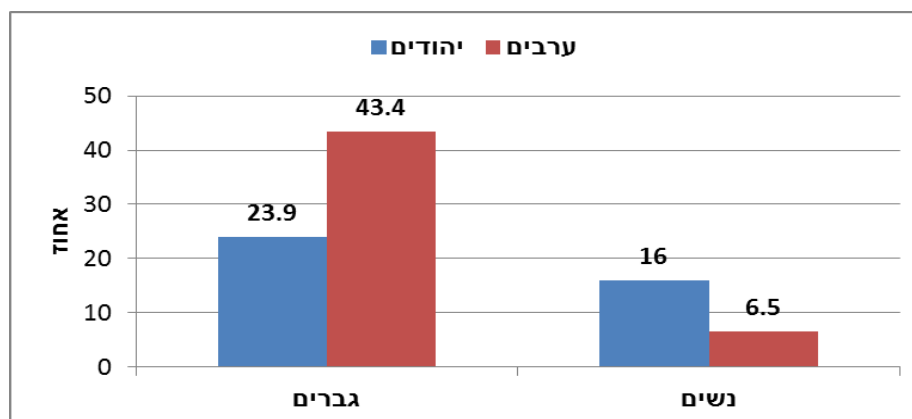
עישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 1 מציג את שיעורי העישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בקרב הגברים הערבים (43.4%). שיעור זה גבוה פי 1.8 מהשיעור בקרב הגברים היהודים. שיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בקרב הנשים הערביות (6.5%). שיעור זה נמוך ב-59% מהשיעור בקרב הנשים היהודיות. בשתי קבוצות האוכלוסייה נצפו שיעורי עישון גבוהים יותר

בקרב הגברים ($p < 0.001$), והפער בין המינים גדול יותר באוכלוסייה הערבית. שיעור העישון בקרב הגברים היהודים גבוה פי 1.5 בהשוואה לנשים היהודיות, ואילו שיעור העישון בקרב הגברים הערבים גבוה פי 6.7 בהשוואה לנשים הערביות.

תרשים 1: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי מין וקבוצת אוכלוסייה,

סקר KAP 2010: אחוזים משוקללים לגיל



עישון לפי קבוצות גיל וקבוצת אוכלוסייה

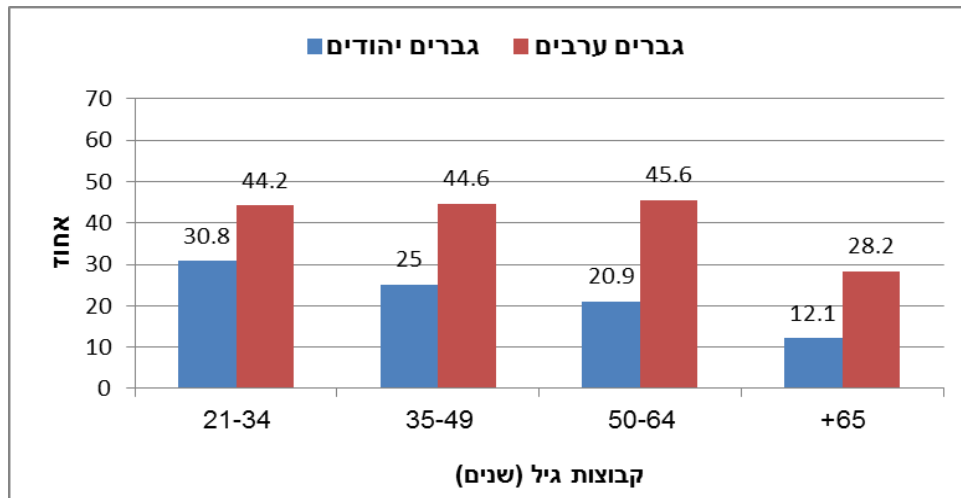
תרשים 2 מציג את שיעורי העישון לפי קבוצות גיל וקבוצת אוכלוסייה בקרב גברים (תרשים א) ונשים (תרשים ב). שיעורי העישון בקרב הגברים הערבים גבוהים משמעותית מהשיעורים בקרב הגברים היהודים בכל קבוצות הגיל ($p < 0.001$). הפערים בין ערבים ליהודים גדלים עם העלייה בגיל. בקבוצת הגיל הצעירה (21-34) שיעור העישון בקרב הגברים הערבים גבוה פי 1.4 מהשיעור בקרב הגברים היהודים. בקבוצת הגיל המבוגרת (+65) שיעור העישון בקרב הגברים הערבים גבוה בלמעלה מפי שניים מהשיעור בקרב יהודים. בקרב הגברים היהודים יש ירידה הדרגתית בשיעור המעשנים עם העלייה בגיל: מ-30.8% בקבוצת הגיל הצעירה (21-34) ל-12.1% בקבוצת הגיל המבוגרת (+65). לעומת זאת, בקרב הגברים הערבים שיעורי העישון דומים וגבוהים יחסית בגילאים 21-64 (כ-45%), ורק בקבוצת הגיל המבוגרת (+65) שיעור העישון נמוך יותר (28.2%).

שיעורי העישון בקרב הנשים היהודיות בגילאים 21-64 גבוהים משמעותית בהשוואה לשיעורים בקרב הנשים הערביות ($p < 0.001$). הפערים בשיעורי העישון הולכים ומצטמצמים עם העלייה בגיל, ובקבוצת הגיל המבוגרת (+65) השיעורים בקרב נשים יהודיות וערביות דומים. בקרב הנשים היהודיות שיעורי העישון הנמוכים ביותר נצפים בקבוצת הגיל המבוגרת (+65), ושיעורי העישון הגבוהים ביותר נצפים בקבוצת הגיל 35-49. בקרב הנשים הערביות נראית עלייה בשיעורי העישון עם העלייה בגיל. יש לציין כי זאת קבוצת האוכלוסייה היחידה שבה נראית מגמת עלייה בשיעורים עם העלייה בגיל, אך ייתכן כי השיעורים מוטים בשל מספר קטן של סך המעשנות הערביות במדגם (82 מעשנות).

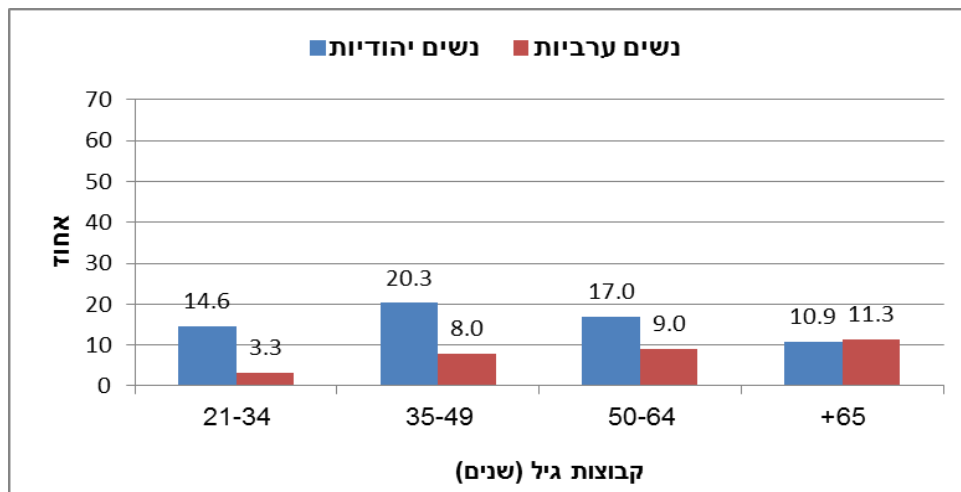
תרשים 2: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצות גיל וקבוצת אוכלוסייה,

סקר KAP 2010: אחוזים

2.א. גברים



2.ב. נשים



צריכת סיגריות יומית

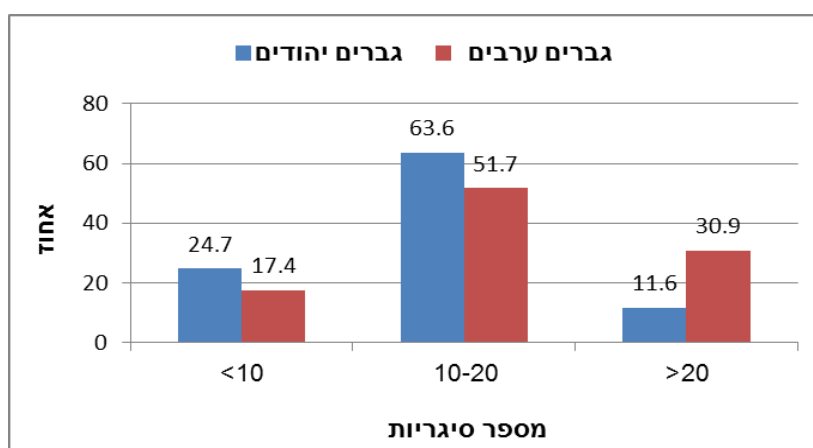
המרוויינים בסקר "KAP 2010" אשר דיווחו על עישון בהווה, נשאלו על כמות הסיגריות שהם מעשנים בממוצע (ביום/בשבוע/בחודש). צריכת הסיגריות חולקה לשלוש קטגוריות: 1. צורכים פחות מ-10 סיגריות ביום. 2. צורכים 10-20 סיגריות ביום. 3. צורכים יותר מ-20 סיגריות ביום. תרשים 3 מציג את צריכת הסיגריות היומית לפי קבוצת האוכלוסייה, בקרב גברים (תרשים 3א) ובקרב נשים (תרשים 3ב). בשתי קבוצות האוכלוסייה רוב המעשנים צורכים 10-20 סיגריות ביום. אחוז הגברים היהודים הצורכים פחות מ-20 סיגריות ביום גבוה בהשוואה לגברים הערבים. בקרב הגברים הערבים בולטת צריכה גבוהה של סיגריות. למעלה מ-30% מהמעשנים צורכים מעל ל-20 סיגריות ביום. שיעור זה גבוה פי 2.7 מהשיעור בקרב הגברים היהודים (11.6%).

רוב הנשים היהודיות המעשנות צורכות 10-20 סיגריות ביום, ואילו רוב הנשים הערביות המעשנות צורכות פחות מ-10 סיגריות ביום. בשתי קבוצות האוכלוסייה יש שיעור דומה ונמוך יחסית של נשים המעשנות מעל ל-20 סיגריות ביום. כמחצית מהנשים הערביות וקרוב ל-40% מהנשים היהודיות מעשנות פחות מ-10 סיגריות ביום (לעומת 17.4% ו-24.7% בקרב גברים ערבים ויהודים, בהתאמה).

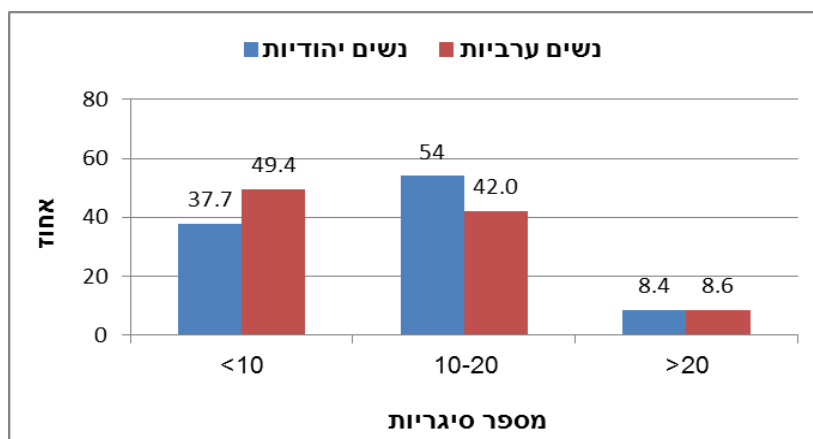
תרשים 3: התפלגות המעשנים באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי צריכת סיגריות יומית

וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2010: אחוזים

3.א. גברים



3.ב. נשים



עישון לפי השכלה וקבוצת אוכלוסייה

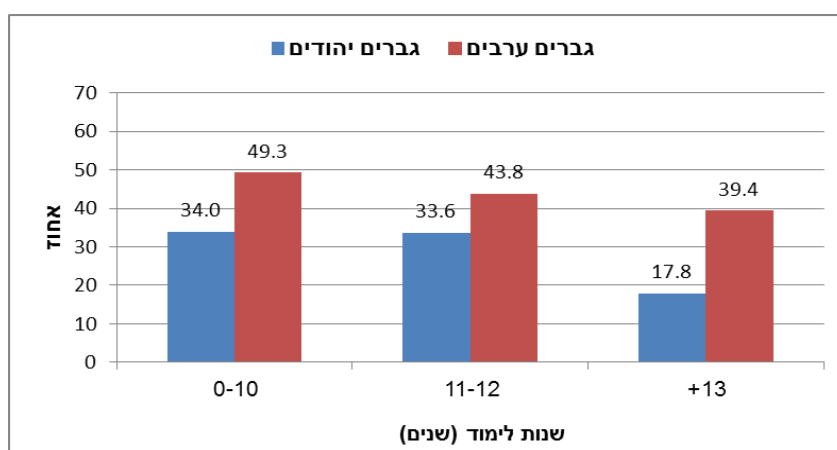
תרשים 4 מציג את שיעורי העישון לפי השכלה וקבוצת אוכלוסייה בקרב גברים (תרשים 4א) ונשים (תרשים 4ב). המשתנה "השכלה" הוגדר לפי מספר שנות לימוד שדיווחו המרוויינים ונבחן לפי הקטגוריות האלה: עד 10 שנות לימוד (השכלה נמוכה), 11-12 שנות לימוד ומעל 12 שנות לימוד (השכלה גבוהה).

נמצא קשר הפוך מובהק בין עישון למספר שנות השכלה ($p < 0.001$). בקרב הגברים היהודים שיעור העישון היה נמוך בכ-50% בקרב בעלי השכלה גבוהה בהשוואה לבעלי השכלה נמוכה.

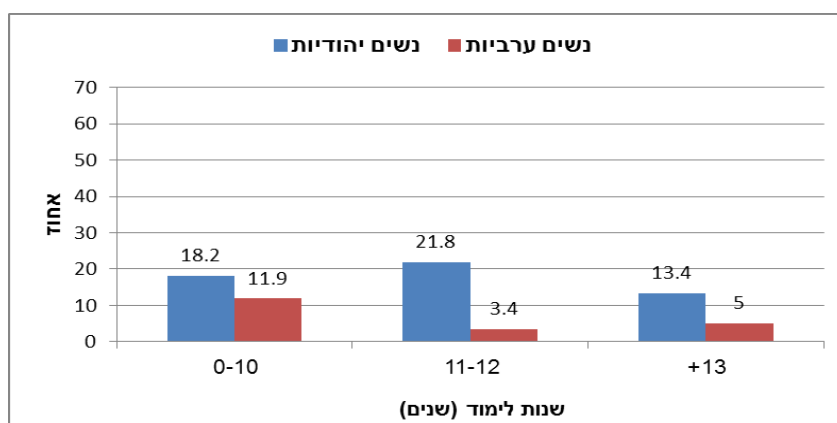
גם בקרב הגברים הערבים שיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בקרב בעלי השכלה גבוהה, אולם הפערים היו קטנים יותר מאשר בקרב היהודים: שיעור העישון בקרב בעלי השכלה גבוהה בקרב הערבים היה נמוך בכ-20% בהשוואה לבעלי השכלה נמוכה. הקשר החלש יותר בין השכלה לעישון באוכלוסייה הערבית בא לידי ביטוי גם בשיעור עישון הגבוה בלמעלה מפי שניים בקרב גברים ערבים בעלי השכלה גבוהה בהשוואה לגברים יהודים בעלי השכלה גבוהה. בקרב הנשים היהודיות שיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בקרב בעלות השכלה גבוהה, והשיעור הגבוה ביותר נצפה בקרב בוגרות 11-12 שנות לימוד (פי 1.6). בקרב הנשים הערביות נמצא שיעור עישון גבוה משמעותית (פי שלושה בקירוב) בקרב בעלות השכלה נמוכה בהשוואה לבוגרות 11 שנות לימוד ומעלה.

תרשים 4: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי השכלה וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2010: אחוזים משוקללים לפי גיל

4.א. גברים



4.ב. נשים



גיל התחלת העישון

טבלה 1 מציגה את גיל התחלת העישון (ממוצע/חציון/טווח בין-רבעוני), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. אפשר לראות כי על-פי הממוצע, הגברים בשתי קבוצות האוכלוסייה מתחילים לעשן

בגיל מוקדם יותר, ובשני המינים התחלה מוקדמת יותר של עישון נצפית בקרב יהודים. הגיל הממוצע הנמוך ביותר להתחלת עישון נצפה בקרב הגברים היהודים (17.9), והגיל הממוצע הגבוה ביותר להתחלת עישון נצפה בקרב הנשים הערביות (25.2). חציון גיל התחלת העישון בקרב יהודים זהה אצל גברים ונשים, והוא זהה גם לחציון בקרב הגברים הערבים (18). חציון גיל התחלת העישון בקרב הנשים הערביות גבוה יותר (22), והטווח הבין-רבעוני בקרב הנשים הערביות הוא הרחב ביותר (20-30).

טבלה 1: הגיל בעת התחלת העישון, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2010

טווח בין-רבעוני	חציון	ממוצע	
20-16	18	17.9	גברים יהודים
20-17	18	20	נשים יהודיות
21-16	18	19.2	גברים ערבים
30-20	22	25.2	נשים ערביות

ממצאי העישון בסקר "אורח חיים פעיל בישראל"

סקר "אורח חיים פעיל בישראל" בחן את הרגלי הפעילות הגופנית בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל. בסקר זה נשאלו המרואיינים שאלות בסיסיות בלבד בנושא עישון: עישון בהווה/עבר וגיל תחילת/הפסקת עישון. בטבלה 2 מוצגים שיעורי העישון לפי סקר "אורח חיים פעיל בישראל" לעומת שיעורי העישון לפי סקר "KAP 2010". השיעורים משני הסקרים מוצגים עבור כלל האוכלוסייה ולפי מין וקבוצת אוכלוסייה. בסקר "אורח חיים פעיל בישראל" נמצאו שיעורי עישון נמוכים יותר, להוציא את קבוצת הנשים הערביות, שבה מספר המעשנות קטן, וטווחי הרווח בר סמך רחבים. הסבר אפשרי לשיעורי העישון הנמוכים יותר בסקר "אורח חיים פעיל בישראל" נוגע למאפייני הנענים להשתתף בסקרים השונים (הטיית בחירה). היות והמרואיינים בסקר "אורח חיים פעיל בישראל" יודעו על נושא הסקר טרם הריאיון, ייתכן כי אנשים המתעניינים יותר בפעילות גופנית נטו להסכים להשתתף בסקר באחוזים גבוהים יותר. ביצוע פעילות גופנית ממוקדת נמצא קשור במובהק לשיעורי עישון נמוכים יותר בשני הסקרים.

טבלה 2: שיעורי העישון באוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 ומעלה) –

סקר "KAP 2010" לעומת סקר "אורח חיים פעיל בישראל"

סקר "אורח חיים פעיל בישראל" (CI 95%)	סקר "KAP 2010" (CI 95%)	שיעורי העישון
17.7% (15.9-19.4)	20.6% (19.5-21.8)	כלל האוכלוסייה (אחוזים משוקללים לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה)
20.9% (17.5-24.3)	23.9% (21.7-26.4)	גברים יהודים (אחוזים משוקללים לפי גיל)
12.0% (9.7-14.3)	16.0% (14.2-18.0)	נשים יהודיות (אחוזים משוקללים לפי גיל)
41.4% (37.2-45.5)	43.4% (40.4-46.3)	גברים ערבים (אחוזים משוקללים לפי גיל)
8.1% (5.9-10.3)	6.5% (5.2-8.1)	נשים ערביות (אחוזים משוקללים לפי גיל)

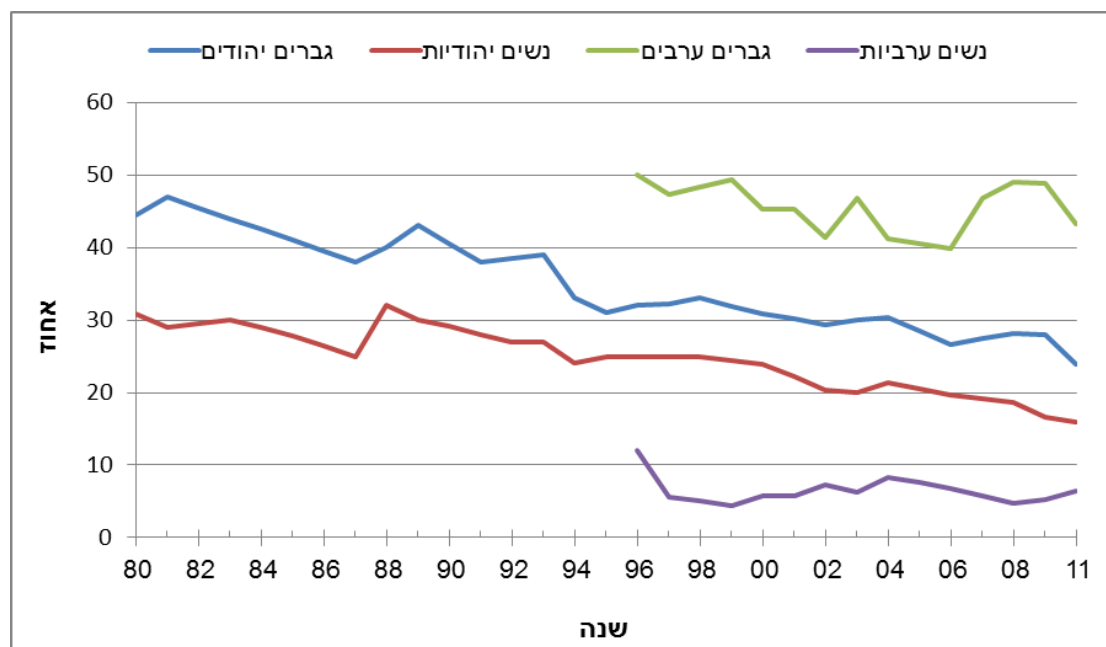
מגמות בעישון בישראל

בתרשים 5 מוצגות המגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, בשנים 1980-2011. הנתונים מבוססים על כמה מקורות מידע:

1. מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות משנות השבעים ועד תחילת שנות התשעים.

2. סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), שנערכו בשנים 1997-1996 ו-2000-1999.
3. 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, והחל משנת 1996 נערכים סקרי KAP אחת לשנתיים. הסקר האחרון נערך בשנים 2010-2012.
4. סקר בריאות לאומי INHIS-1 שערך המלב"ם בשנים 2003-2004.
5. סקר בריאות לאומי INHIS-2 שערך המלב"ם בשנים 2007-2010.

תרשים 5: מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין בשנים 1980-2011: אחוזים*



*** הערות לתרשים 5:**

1. היות והנתונים לאורך השנים מתבססים על סקרים שונים אשר נערכו בשיטות שונות ובהתבסס על מדגמים, תיתכן שונות בין ממצאי הסקרים השונים.
2. חלק מהסקרים עוסקים בבני 18 ומעלה ואחרים בבני 21 ומעלה. החל משנת 2008 ההתייחסות היא לבני 21 ומעלה בלבד.
3. משנת 2000 ואילך הנתונים המוצגים משוקללים לפי גיל.
4. הנתונים על עישון בקרב האוכלוסייה הערבית מוצגים החל משנת 1996, השנה הראשונה שבה קיימים נתונים על עישון באוכלוסייה זו.

גברים יהודים - נצפית מגמה של ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות השמונים היו שיעורי העישון כ-45%, והם ירדו לכ-40% בתחילת שנות התשעים. מאמצע שנות

התשעים נראית ירידה נוספת בשיעורי העישון עד כ-32% בסוף שנות התשעים. עד אמצע שנות האלפיים היו השיעורים כ-30%, ומאמצע שנות האלפיים חלה ירידה נוספת בשיעורי העישון לכ-27% בשנים 2007-2009. בסקר KAP 2010 אשר נערך בשנים 2010-2012 נצפתה ירידה נוספת בשיעורי העישון לכ-24%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-47% בשיעורי העישון בקרב הגברים היהודים בשלושים השנה האחרונות.

נשים יהודיות - נצפית מגמה של ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות השמונים היו שיעורי העישון כ-30%. בשנים 1986-1987 הייתה ירידה בשיעורי העישון לכ-25% ושוב עלייה עד לכ-30% בתחילת שנות התשעים. מראשית שנות התשעים מתחילה ירידה בשיעורי העישון אשר מגיעים לכ-25% בסוף שנות התשעים. מראשית שנות האלפיים נצפתה ירידה נוספת בשיעורי העישון עד כ-20% באמצע שנות האלפיים. בסקר KAP האחרון שנערך בשנים 2010-2012 היה שיעור הנשים המעשנות 16%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-47% בשיעורי העישון בקרב הנשים היהודיות בשלושים השנה האחרונות, שיעור ירידה זה לשיעור שנצפה בקרב הגברים היהודים.

גברים ערבים - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון מאמצע שנות התשעים עד אמצע שנות האלפיים. השיעורים ירדו מ-50% בשנת 1996 לכ-40% באמצע שנות האלפיים. החל מאמצע שנות האלפיים נראית מגמת עלייה בשיעורי העישון, והם הגיעו לכ-49% בשנים 2008-2009. בסקר KAP האחרון שוב נצפתה ירידה בשיעורי העישון לכ-43%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-14% בשיעורי העישון מאמצע שנות התשעים.

נשים ערביות - נצפית ירידה של כ-50% בשיעורי העישון בין שנת 1996 לתחילת שנות האלפיים (מ-12% ל-5.8%). בהמשך השיעורים נעים בין 5% ל-8%, ללא מגמה ברורה. יש לציין כי בשל מספרן הנמוך יחסית של הנשים הערביות המעשנות המשתתפות במדגם ייתכן שהנתונים אינם מהווים אומדן מדויק של שיעור העישון האמיתי באוכלוסייה זו.

בסך הכול לכל אורך השנים אפשר לראות שיעורי עישון גבוהים יותר בקרב הגברים, והפער בין המינים גבוה הרבה יותר באוכלוסייה הערבית. בקרב הגברים הערבים נראים שיעורי העישון הגבוהים ביותר לאורך השנים, ואילו בקרב הנשים הערביות נראים שיעורי העישון הנמוכים ביותר.

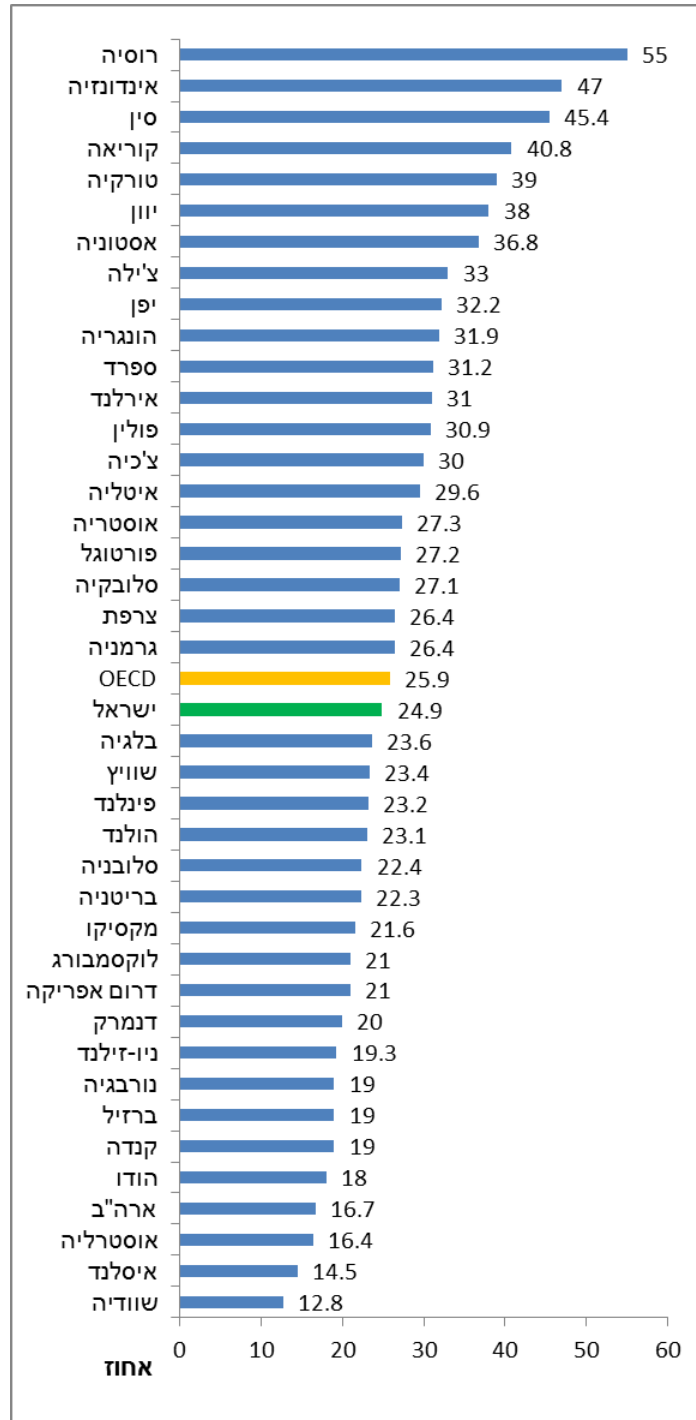
שיעורי עישון - השוואה בין-לאומית

שיעור העישון בקרב הגברים בישראל דומה לשיעור הממוצע במדינות ה-OECD ונמצא במקום ה-21 מתוך 40 מדינות (המקום ה-1 מייצג את השיעור הגבוה ביותר) (תרשים א'6). שיעור העישון בקרב הנשים בישראל נמוך בכ-25% מן השיעור הממוצע במדינות ה-OECD ונמצא במקום ה-30 מתוך 40 מדינות (המקום ה-1 מייצג את השיעור הגבוה ביותר) (תרשים א'6).

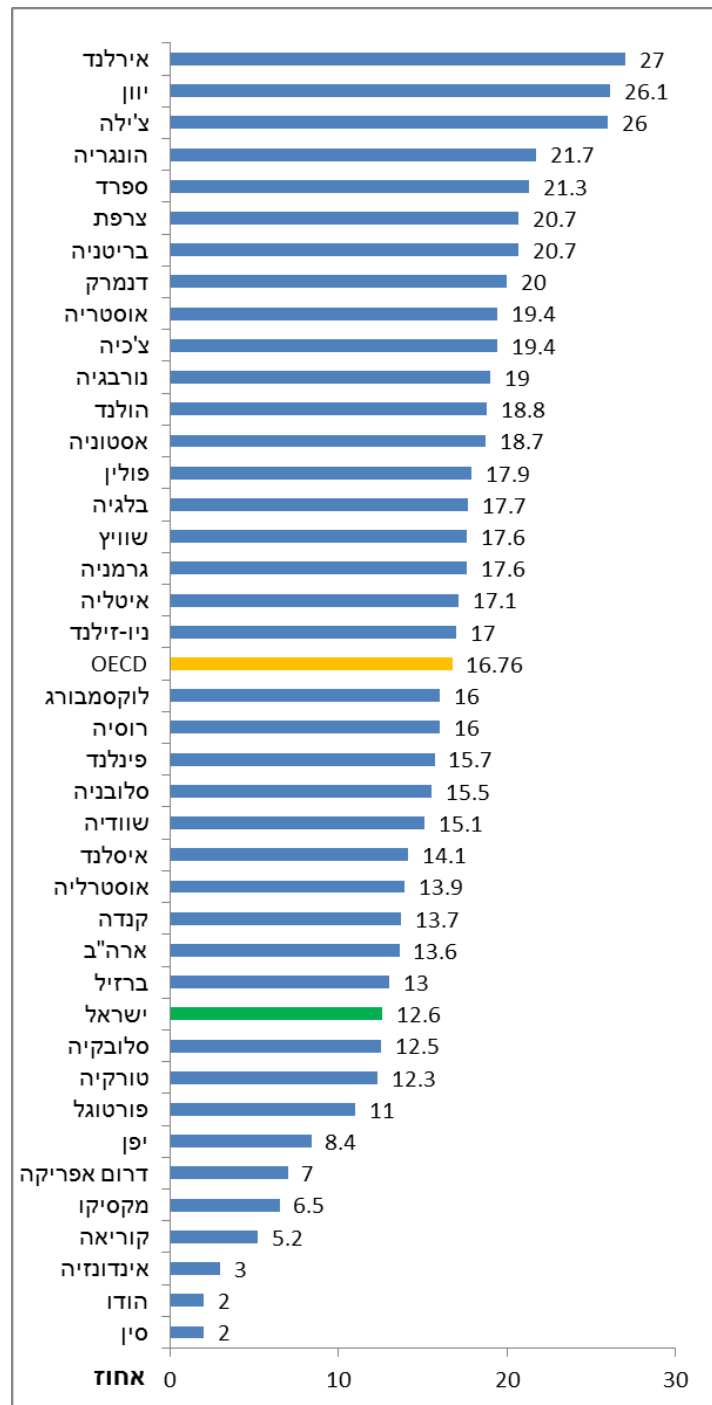
תרשים 6: שיעורי העישון במדינות החברות ב-OECD, 2010 (או השנה הקרובה ביותר) -

עישון על בסיס יומי: אחוזים*

6.א. גברים



6. ב. נשים



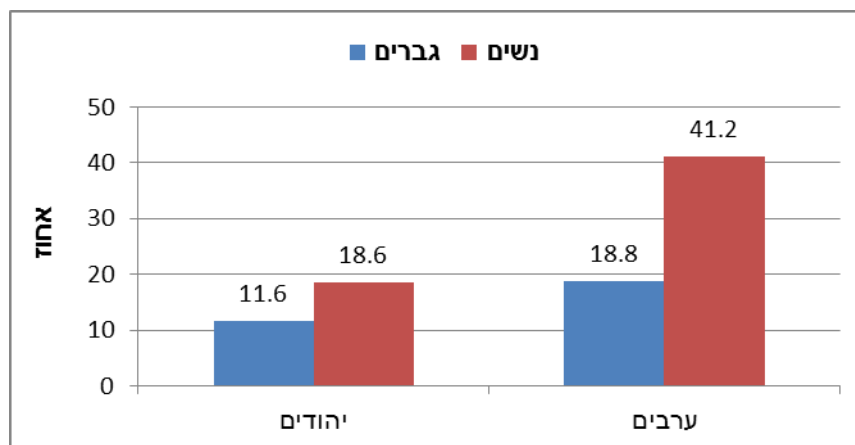
* ההשוואה הבין-לאומית מוגבלת במידה מסוימת בשל היעדר סטנדרטיזציה באופן המדידה של הרגלי העישון בסקרי הבריאות של המדינות השונות. קיימים הבדלים בקבוצות הגיל הנסקרות, בניסוח השאלה, בקטגוריות התשובה ובמתודולוגיה של הסקרים.

עישון פסיבי בקרב לא-מעשנים

המרוויינים בסקר "KAP 2010" נשאלו אם מישהו מבני ביתם מעשן בתוך הבית. בתרשים 7 מוצגות התוצאות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה בקרב לא-מעשנים. בשתי קבוצות האוכלוסייה (יהודים וערבים) נראית חשיפה גבוהה יותר לעישון פסיבי בבית בקרב הנשים. בולטת במיוחד מידת החשיפה של הנשים הערביות לעישון פסיבי: מעל ל-40% מהערביות חשופות לעישון פסיבי בביתן - פי 2.2 בהשוואה לנשים היהודיות. בשני המינים החשיפה לעישון פסיבי גבוהה יותר בקרב הערבים. הפער בין המינים גבוה יותר בקרב ערבים: 18.8% מהגברים הלא-מעשנים חשופים לעישון פסיבי בבית לעומת 41.2% מהנשים הלא-מעשנות (פי 2.2). בקרב היהודים, 11.6% מהגברים הלא-מעשנים חשופים לעישון פסיבי בבית לעומת 18.6% מהנשים הלא-מעשנות (פי 1.6).

תרשים 7: שיעור החשיפה לעישון פסיבי בבית בקרב לא-מעשנים, לפי מין וקבוצת

אוכלוסייה, סקר KAP 2010: אחוזים



יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה

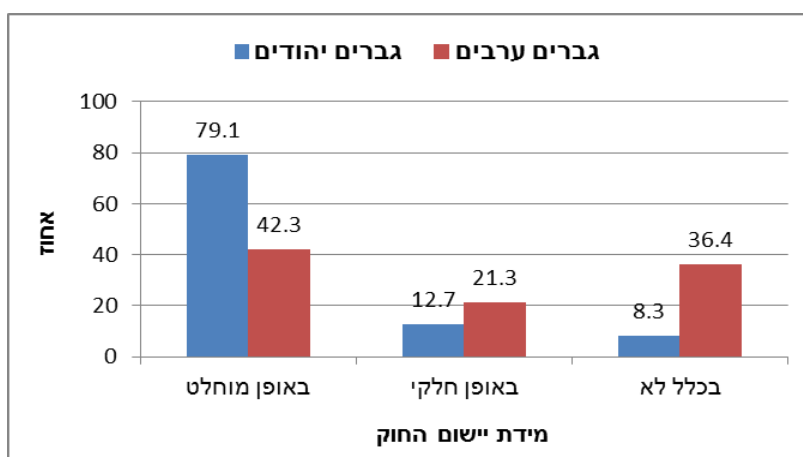
המרוויינים בסקר "KAP 2010" נשאלו אם במקום עבודתם מיישמים את האיסור על עישון במקומות עבודה - באופן מלא/חלקי/כלל לא. בתרשים 8 מוצגות התוצאות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. נמצאו הבדלים ברורים בין הגברים היהודים לגברים הערבים בדיווח על מידת יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה (תרשים 8א). הרוב המוחלט של היהודים (79.1%) דיווחו על יישום מלא של החוק, ופחות מ-10% דיווחו כי החוק אינו מיושם כלל. לעומת זאת, בקרב הערבים פחות ממחצית דיווחו על יישום מלא של החוק, ומעל לשליש (36.4%) דיווחו על אי-יישום מוחלט.

תמונה דומה נצפתה בקרב הנשים (תרשים 8ב). בקרב הנשים היהודיות אחוז הדיווח על יישום מלא של החוק גבוה יותר מאשר בקרב הגברים היהודים, והוא מתקרב ל-90%. 5.7% בלבד דיווחו כי החוק כלל אינו מיושם. בקרב הנשים הערביות, לעומת זאת, כ-60% בלבד דיווחו כי החוק מיושם במלואו, וכ-20% דיווחו על אי-יישום מוחלט. עם זאת, יש לציין כי אחוז הנשים

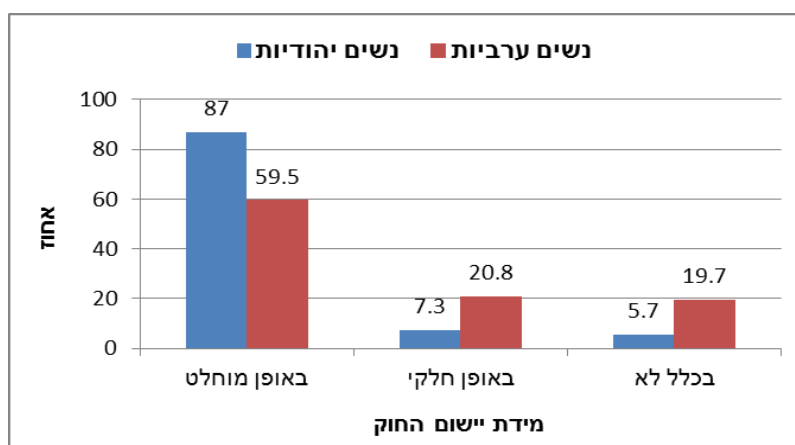
הערביות שדיווחו על יישום מלא של החוק גבוה פי 1.4 בהשוואה לגברים הערבים, ובמקביל אחוז הגברים הערבים שדיווחו על אי-יישום החוק גבוה פי 1.8 בהשוואה לנשים הערביות. בסך הכול בשתי קבוצות האוכלוסייה, שיעור גבוה יותר של יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה מדווח על ידי נשים, בעוד אי-יישום של החוק מדווח יותר על ידי גברים. בשני המינים שיעור היישום המלא של החוק גבוה יותר בקרב יהודים, ואילו אי-יישום החוק גבוה יותר בקרב ערבים.

תרשים 8: מידת יישום החוק האוסר על עישון במקומות עבודה, על-פי דיווח עצמי, לפי קבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2010: אחוזים

8א. גברים



8ב. נשים

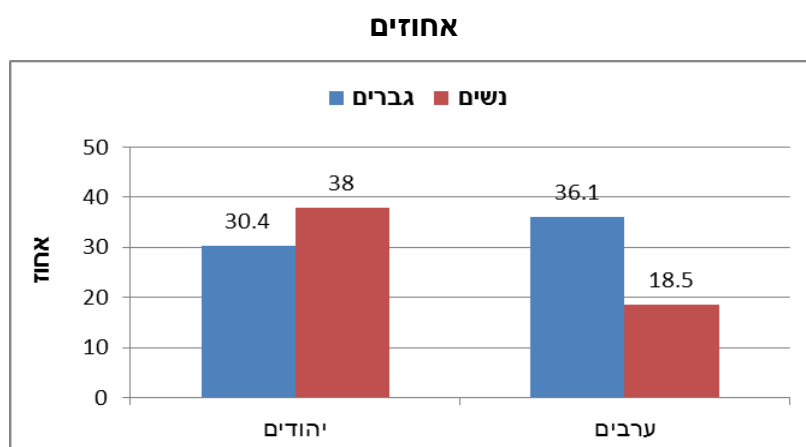


השפעת החוקים להגבלת העישון על ציבור המעשנים

המרוויינים בסקר "KAP 2010" אשר דיווחו כי הם מעשנים בהווה, נשאלו עד כמה השפיעו עליהם החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים אשר נחקקו בשנים האחרונות (לא השפיעו/מעשנים פחות/מעשנים יותר). ממצאי הסקר עולה כי לחוקים להגבלת העישון יש השפעה לא מבוטלת על ציבור המעשנים. מעל 30% מכלל אוכלוסיית המעשנים דיווחו על הפחתה בכמות העישון בעקבות הכנסת החוקים. קבוצת האוכלוסייה שהושפעה במידה הרבה ביותר מהחוקים להגבלת העישון היא אוכלוסיית הנשים היהודיות. 38% מהנשים

היהודיות המעשנות דיווחו על הפחתה בעישון. שיעור זה גבוה פי 2.1 בהשוואה לנשים הערביות. שיעור הגברים הערבים המעשנים שדיווחו על הפחתה בעישון גבוה יחסית וקרוב מאוד לשיעור שנצפה בקרב הנשים היהודיות (36.1% ו-38%, בהתאמה). שיעור נמוך מזה (כ-30%) דווח בקרב הגברים היהודים. השיעור הנמוך ביותר של הפחתה בעישון נראה בקרב הנשים הערביות (18.5%) (תרשים 9). יש לסייג ולהזכיר כי ייצוגן של הנשים הערביות המעשנות במדגם קטן יחסית לשאר קבוצות האוכלוסייה.

תרשים 9: שיעור המעשנים המדווחים על הפחתה בעישון בעקבות החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2010:

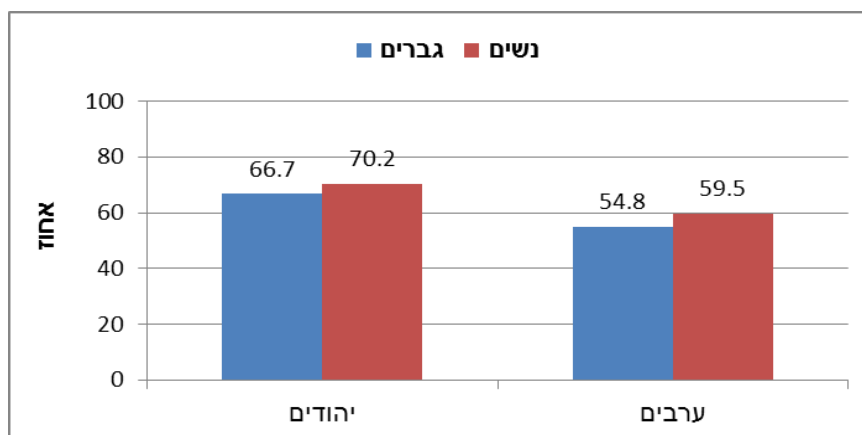


ידע על תרופות לגמילה מעישון

המרוויינים בסקר "KAP 2010" אשר דיווחו כי הם מעשנים בהווה, נשאלו אם ידוע להם שישנן תרופות העוזרות להיגמל מעישון הכלולות בסל הבריאות וניתן לקבלן עם מרשם רופא. בתרשים 10 אפשר לראות כי מעל 50% מכלל אוכלוסיית המעשנים דיווחו שהם יודעים על התרופות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות. בשני המינים שיעור היודעים על התרופות לגמילה גבוה יותר בקרב היהודים. הנשים היהודיות גילו את שיעור הידע הגבוה ביותר על קיומן של התרופות (70.2%), ואילו הגברים הערבים גילו את שיעור הידע הנמוך ביותר (54.8%).

תרשים 10: שיעור המעשנים היודעים על תרופות העוזרות להיגמל מעישון וכלולות בסל

הבריאות, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, KAP 2010: אחוזים



פרק ב: עישון בקרב בני נוער בישראל

רקע

דו"ח זה מבוסס על נתוני המחקר הישראלי של התנהגויות בריאות בקרב ילדים בגיל בית הספר הנערך כחלק ממחקר רב-לאומי Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) של ארגון הבריאות העולמי (WHO) World Health organization, שנערך בשנת 2010-2011 על ידי אונ' בר אילן במימון משרדי הבריאות והחינוך. זהו הסקר רחב ההיקף והעדכני ביותר שיש בידינו.

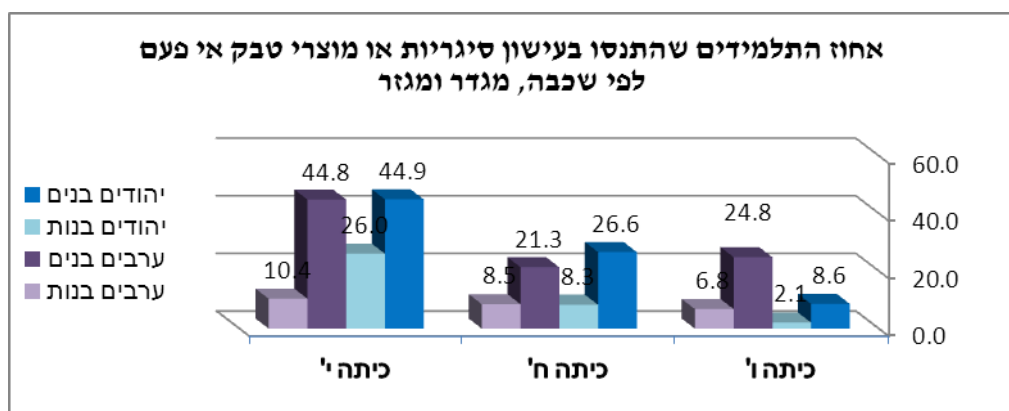
מחקר ה-HBSC נערך אחת לארבע שנים בלמעלה מארבעים מדינות באירופה ובצפון אמריקה, ומטרתו לספק מערכת ניטור של בריאות הנוער במדינות השונות ולהעמיק את הידע ואת ההבנה בתחום של התנהגויות בריאות והרגלי חיים וההקשרים שלהם בקרב צעירים. בדו"ח זה יוצגו במפורט דפוסי התנהגות של בני הנוער בהקשר לעישון (טבק, סיגריות, נרגילה). הממצאים המדווחים יציגו שכיחויות ומגמות לפי מגזר, מגדר ולאורך השנים, ובאופן מפורט משנת 1998 ועד 2011.

טבלה 1: עישון סיגריות ומוצרי טבק

אחוז התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם לפי שכבה, מגדר ומגזר

	ערבים			יהודים			סה"כ		
	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ
כיתה ו'	6.8	24.8	15.7	2.1	8.6	5.3	3.4	12.9	8.2
כיתה ח'	8.5	21.3	14.9	8.3	26.6	17.4	8.4	25.2	16.8
כיתה י'	10.4	44.8	27.5	26.0	44.9	35.5	21.8	44.9	33.3
סה"כ	8.5	30.0	19.2	11.8	26.0	18.9	10.9	27.0	19.0

תרשים 1

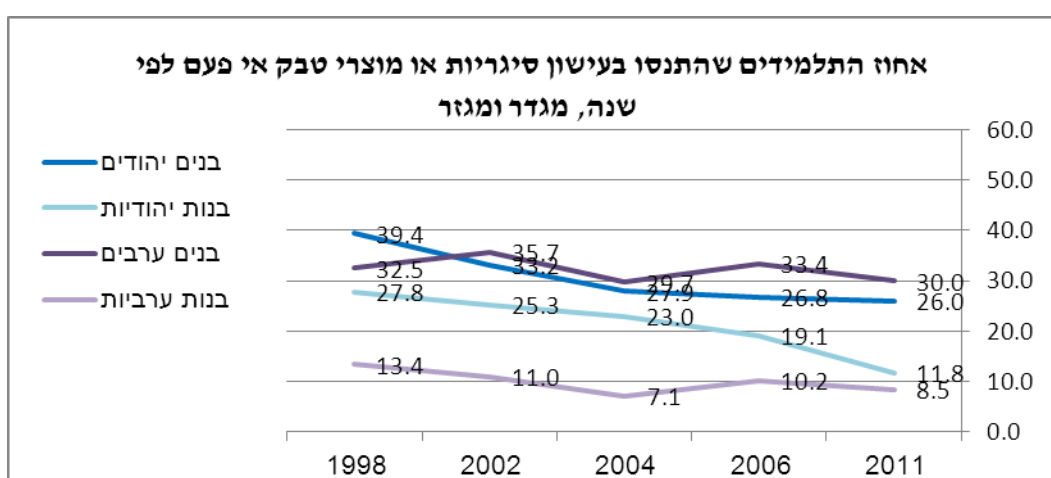


טבלה 2: אחוז התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם

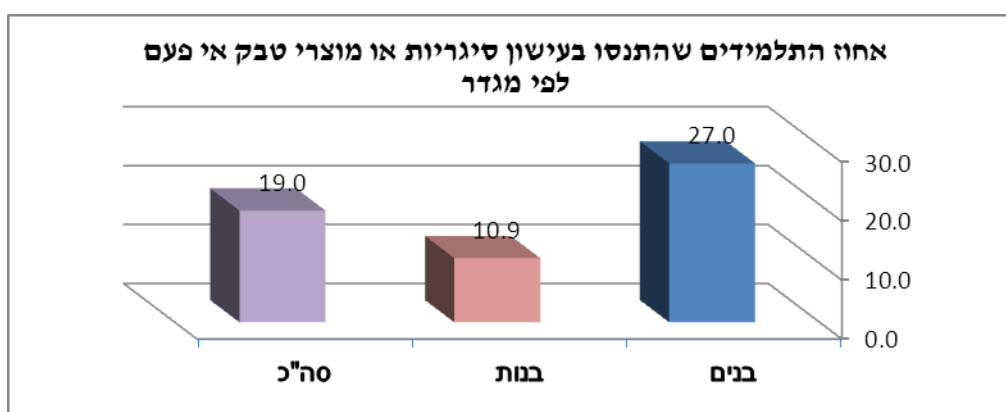
לפי שנה, מגדר ומגזר

1998	2002	2004	2006	2011	
39.4	33.2	27.9	26.8	26.0	בנים יהודים
27.8	25.3	23.0	19.1	11.8	בנות יהודיות
32.5	35.7	29.7	33.4	30.0	בנים ערבים
13.4	11.0	7.1	10.2	8.5	בנות ערביות

תרשים 2



תרשים 3



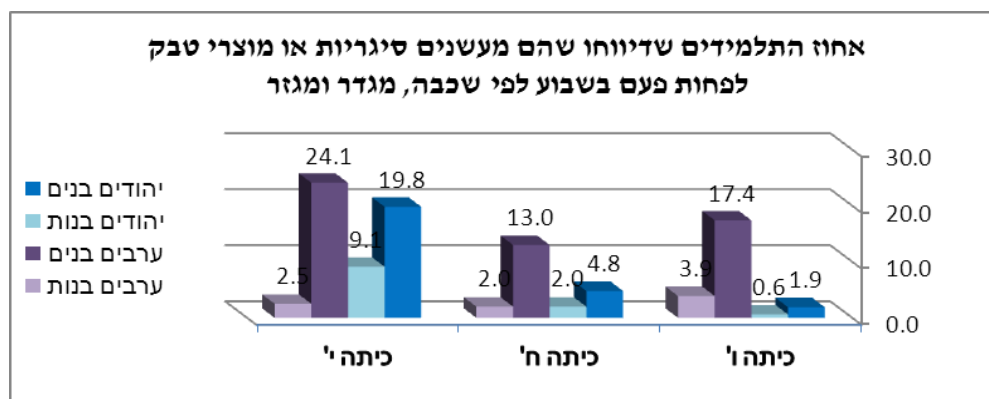
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם, נמצא במגמת ירידה מתמשכת מאז שנת 1998, הן בחלוקה לפי מגדר והן בחלוקה לפי מגזר.

טבלה 3: אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם

בשבוע, לפי שכבה, מגדר ומגזר

	ערבים			יהודים			סה"כ		
	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים
כיתה ו'	10.6	3.9	17.4	1.3	0.6	1.9	3.8	1.5	6.1
כיתה ח'	7.5	2.0	13.0	3.4	2.0	4.8	4.5	2.0	7.0
כיתה י'	13.2	2.5	24.1	14.4	9.1	19.8	14.1	7.3	20.9
סה"כ	10.4	2.8	18.1	6.1	3.8	8.5	7.3	3.5	11.1

תרשים 4

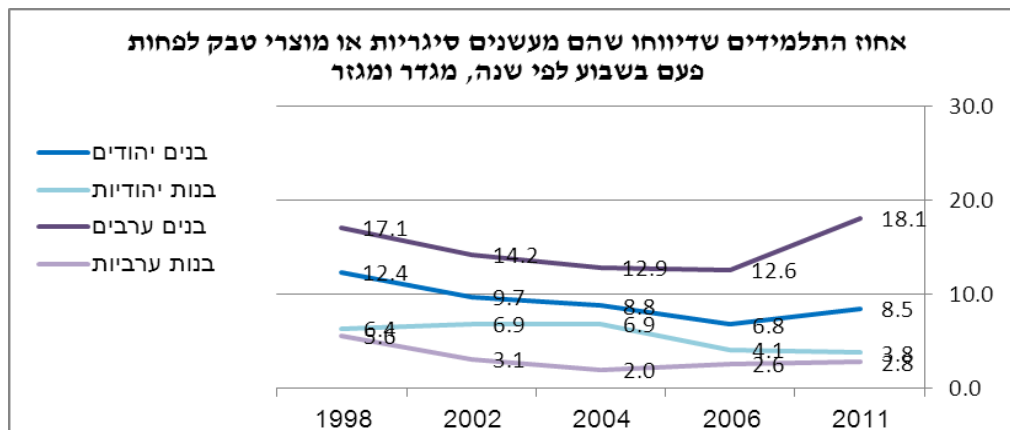


טבלה 4: התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם בשבוע

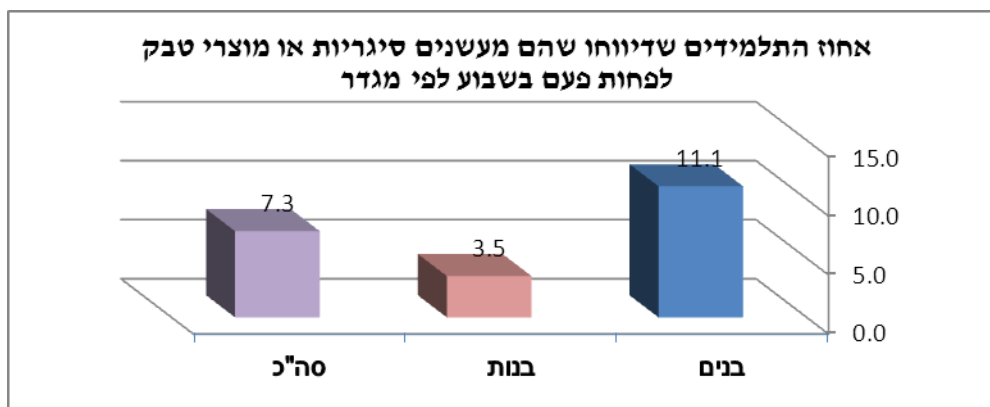
לפי שנה, מגדר ומגזר

שנה	בנים יהודים	בנות יהודיות	בנים ערבים	בנות ערביות
1998	12.4	6.4	17.1	5.6
2002	9.7	6.9	14.2	3.1
2004	8.8	6.9	12.9	2.0
2006	6.8	4.1	12.6	2.6
2011	8.5	3.8	18.1	2.8

תרשים 5



תרשים 6



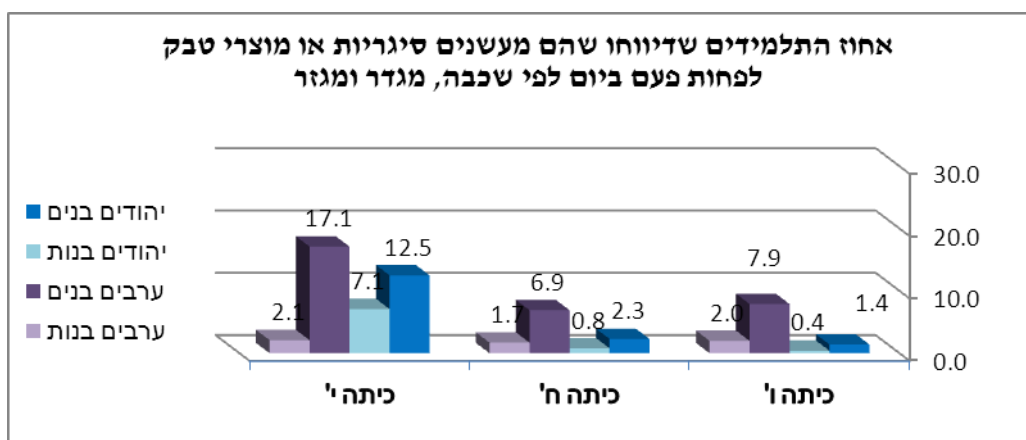
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק אחרים לפחות פעם בשבוע נמצא בעלייה בקרב בנים ובקרב בנות ערביות, אך נמצא בירידה קלה בקרב בנות יהודיות.

טבלה 5: אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק

לפחות פעם ביום, לפי שכבה, מגדר ומגזר

	ערבים			יהודים			סה"כ			
	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	
4.9	2.0	7.9	0.9	0.4	1.4	2.0	0.9	3.1	כיתה ו'	
4.3	1.7	6.9	1.5	0.8	2.3	2.3	1.0	3.5	כיתה ח'	
9.5	2.1	17.1	9.8	7.1	12.5	9.7	5.7	13.7	כיתה י'	
6.2	1.9	10.5	3.9	2.7	5.2	4.5	2.5	6.6	סה"כ	

תרשים 7

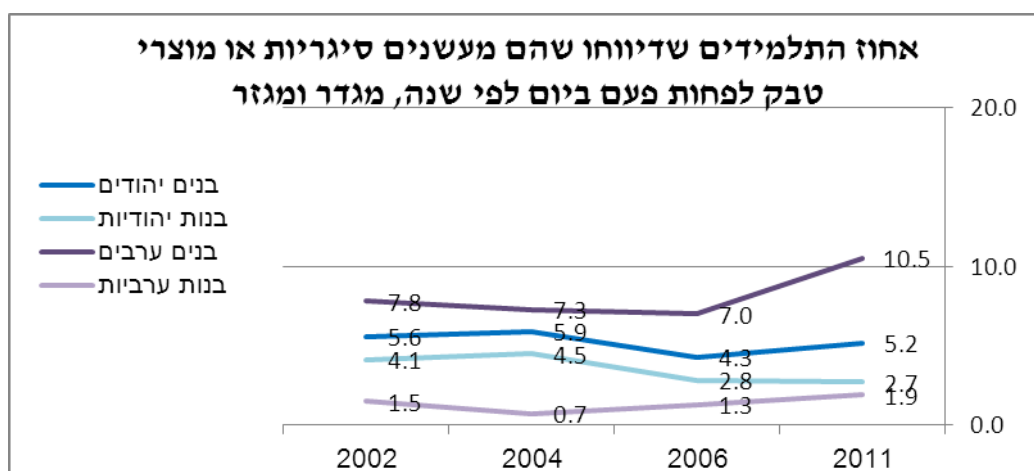


טבלה 6: אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק

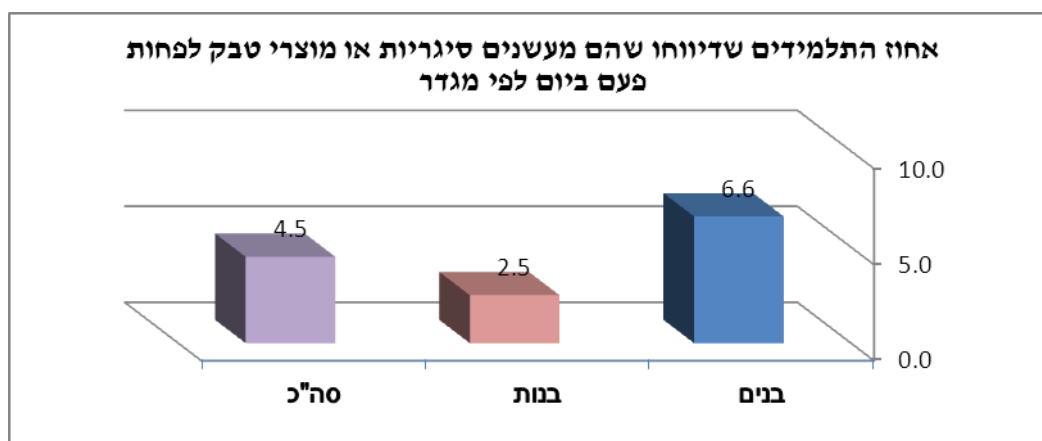
לפחות פעם ביום, לפי שנה, מגדר ומגזר

1998	2002	2004	2006	2011	
8.2	5.6	5.9	4.3	5.2	בנים יהודים
3.3	4.1	4.5	2.8	2.7	בנות יהודיות
8.4	7.8	7.3	7.0	10.5	בנים ערבים
2.9	1.5	0.7	1.3	1.9	בנות ערביות

תרשים 8



תרשים 9



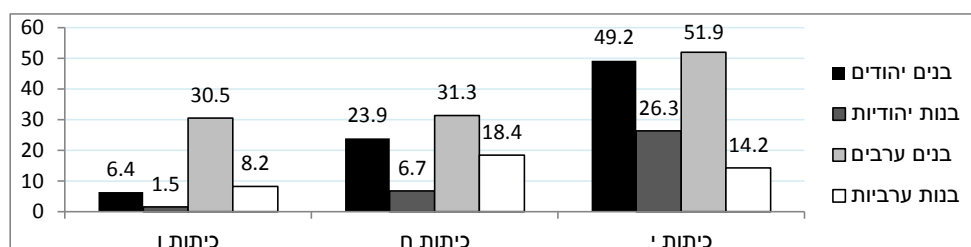
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם ביום נמצא בעלייה בקרב בנים ובקרב בנות ערביות. בקרב בנות יהודיות נרשמה ירידה זניחה.

עישון נרגילה

טבלה 7: אחוז התלמידים שהתנסו אי-פעם בעישון נרגילה לפי מגזר, מין וכיתה

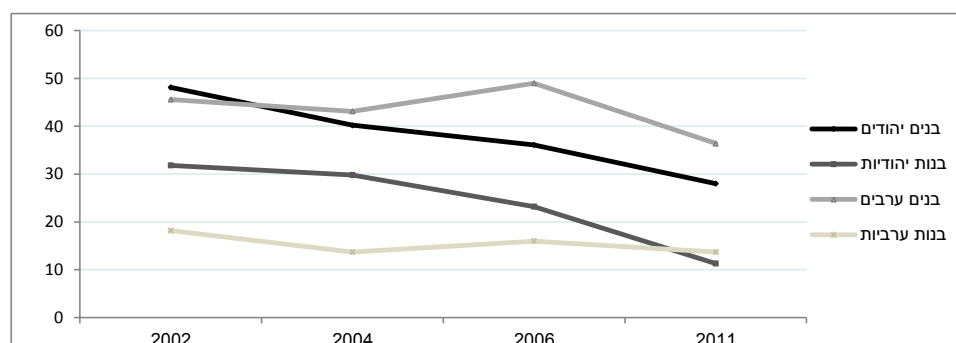
ערבים			יהודים			כל המדגם			2011
בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	
13.7	36.4	25.4	11.3	28.0	20.0	12.0	30.6	21.7	סה"כ
407	431	838	878	965	1843	1285	1396	2681	משיבים
8.2	30.5	20.8	1.5	6.4	3.9	3.5	15.1	9.6	כיתה ו'
18.4	31.3	24.9	6.7	23.9	15.3	10.5	26.3	18.5	כיתה ח'
14.2	51.9	31.5	26.3	49.2	39.2	22.4	49.8	37.1	כיתה י'

תרשים 10



תרשים 11

אחוז התלמידים שהתנסו אי-פעם בעישון נרגילה לפי שנת סקר, מין ומגזר

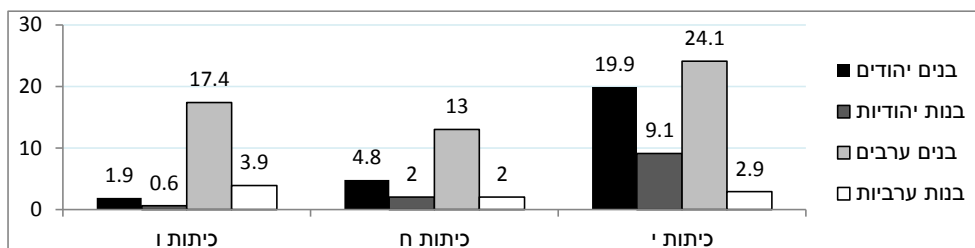


מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שהתנסו אי-פעם בעישון נרגילה נמצא במגמת ירידה בשני המגדרים ובשני המגזרים בעשור האחרון.

טבלה 8: אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת בשבוע לפי מגזר, מין

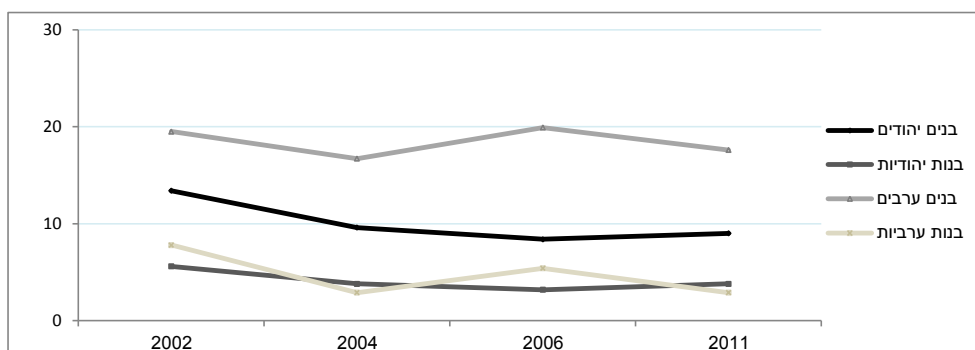
וכיתה

ערבים			יהודים			כל המדגם			2011
בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	
2.9	17.6	10.4	3.8	9.0	6.5	2.8	10.1	6.6	סה"כ
407	430	837	878	964	1842	1285	1394	2679	משיבים
3.9	17.4	11.4	0.6	1.9	1.3	0.8	4.3	2.7	כיתה ו
2.0	13.0	7.5	2.0	4.8	3.4	2.6	7.6	5.1	כיתה ח
2.9	24.1	12.5	9.1	19.9	14.9	5.0	17.9	11.9	כיתה י



תרשים 12

אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת בשבוע לפי מגזר, מין וכיתה

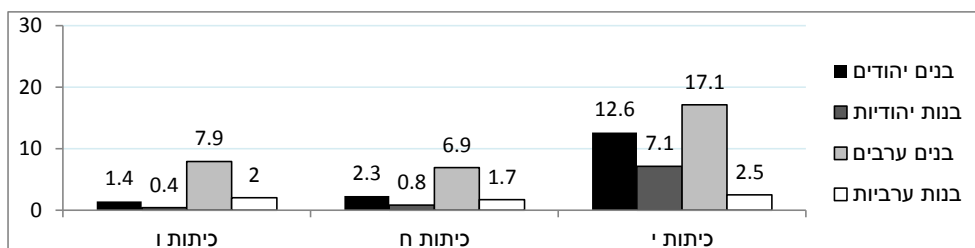


מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת בשבוע נמצא בירידה קלה במגזר הערבי אך בעלייה קלה במגזר היהודי.

טבלה 9: אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת ביום לפי מגזר, מין וכיתה

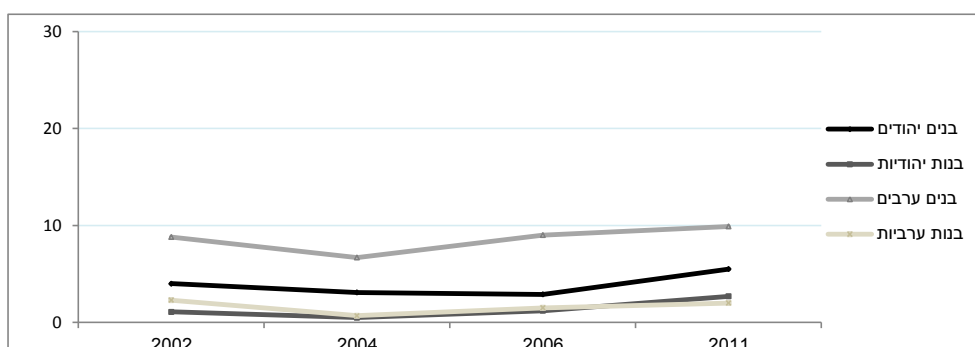
ערבים			יהודים			כל המדגם			2011
בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	בנות	בנים	סה"כ	
2.0	9.9	6.0	2.7	5.5	4.2	0.9	3.6	2.3	סה"כ
407	430	837	878	964	1842	1285	1394	2679	משיבים
2.0	7.9	5.3	0.4	1.4	0.9	0.3	2.2	1.3	כיתה ו'
1.7	6.9	4.3	0.8	2.3	1.5	0.8	2.5	1.6	כיתה ח'
2.5	17.1	9.1	7.1	12.6	10.1	1.4	5.9	3.8	כיתה י'

תרשים 13



תרשים 14

אחוז התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת ביום לפי שנת סקר, מין ומגזר



מהנתונים עולה כי ישנה יציבות בשיעור התלמידים המעשנים נרגילה מדי יום.

לסיכום, הנתונים המוצגים בסקר מצביעים על שיעורים משמעותיים של בני נוער בגילאים השונים המתנסים באופן קבוע בעישון סיגריות ו/או נרגילות, ואפשר להיווכח בקפיצה

המשמעותית בשיעור המתנסים בעישון, בעיקר בגילאים המאפיינים את המעבר מהחטיבה לתיכון.

תכניות ההתערבות למניעת עישון אינן נותנות מענה מספק לתלמידים אלו, והם זקוקים להכוונה ולסיוע מקצועי על מנת להצליח בניסיונותיהם להיגמל מעישון. על מערכות החינוך והבריאות לתת לכך את המענה המקצועי המתאים. עם זאת, בעשור האחרון ניכרת מגמה יציבה של ירידה בשיעור בני הנוער הבוחרים להתנסות בעישון סיגריות ו/או בעישון נרגילות, והיא מעידה שתכניות ההתערבות והמניעה במערכת החינוך אכן משיגות את מטרתן, וחשוב להמשיך ולהשקיע בהן.

פרק ג: מצב העישון בצה"ל

מבוא

צה"ל עוקב אחר מצב העישון בקרב חיילים בשירות חובה 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, לרבות תדירות העישון וגיל התחלת העישון. הנתונים המוצגים בפרק זה מעודכנים עד שנת 2012 ועד בכלל.

מגמות בדפוסי העישון בצה"ל

גברים

שיעור העישון בקרב החיילים אשר **התגייסו לצה"ל** בשנת 2012 היה 30.6%. שיעור העישון בקרב החיילים שהשתחררו מצה"ל בשנת 2012 היה 29.3%. בקרב המתגייסים בשנת 2009, אשר רובם השתחררו בשנת 2012, שיעור המעשנים היה 33.8%.

מגמות: נצפו תנודות קלות בלבד בשיעור המעשנים בעת הגיוס בעשור וחצי האחרונים (-1999-2012), והוא נשאר יציב - 32% בקירוב (טווח 29%-35%). עד שנת 1998 אחוז המעשנים היה נמוך מ-30% במרבית השנים, ומשנת 1999 ואילך אחוז החיילים המעשנים בגיוס עולה על 30% (תרשים 1).

לאחר ירידה משמעותית בשיעור המעשנים **בעת השחרור** בשנות השמונים ובתחילת שנות התשעים מכ-60% לכ-40% (תרשים 2), שיעור המעשנים בקרב המשתחררים נשאר יציב אף הוא בעשור האחרון עם תנודות קלות - 40% בקירוב. בשלב זה אי-אפשר להסיק כי הירידה המשמעותית באחוז המעשנים בעת השחרור שאנו עדים לה בשנה האחרונה ואולי מעט אף בשתי השנים הקודמות לה, משקפת מגמה עקבית או תנודתיות אקראית עקב מגבלות המדגם ובפרט לאור צמצום הפער השנה. נתוני השנים הבאות ודאי ישפכו אור על שאלה זו.

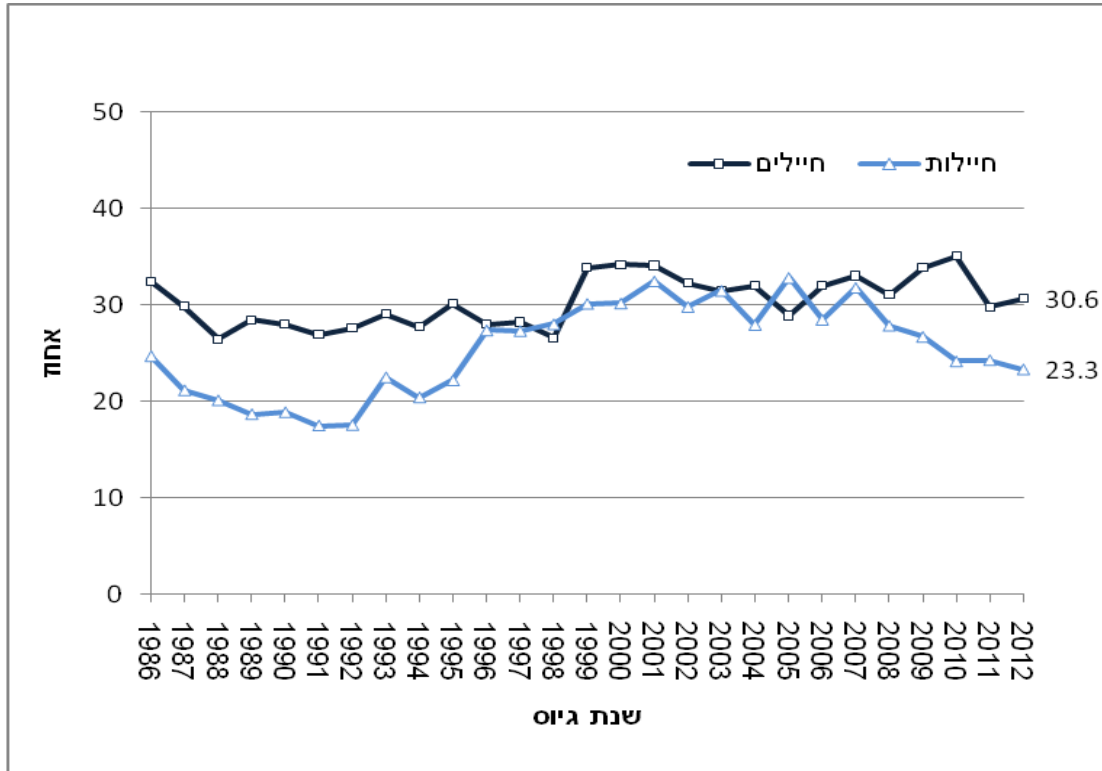
נשים

שיעור העישון בקרב המתגייסות בשנת 2011 היה 23.3%. שיעור העישון בקרב המשתחררות בשנה זו היה 25.9%. בקרב המתגייסות בשנת 2010, שמייצגות ברובן את המשתחררות בשנת 2010, שיעור העישון בעת הגיוס היה 24.6%.

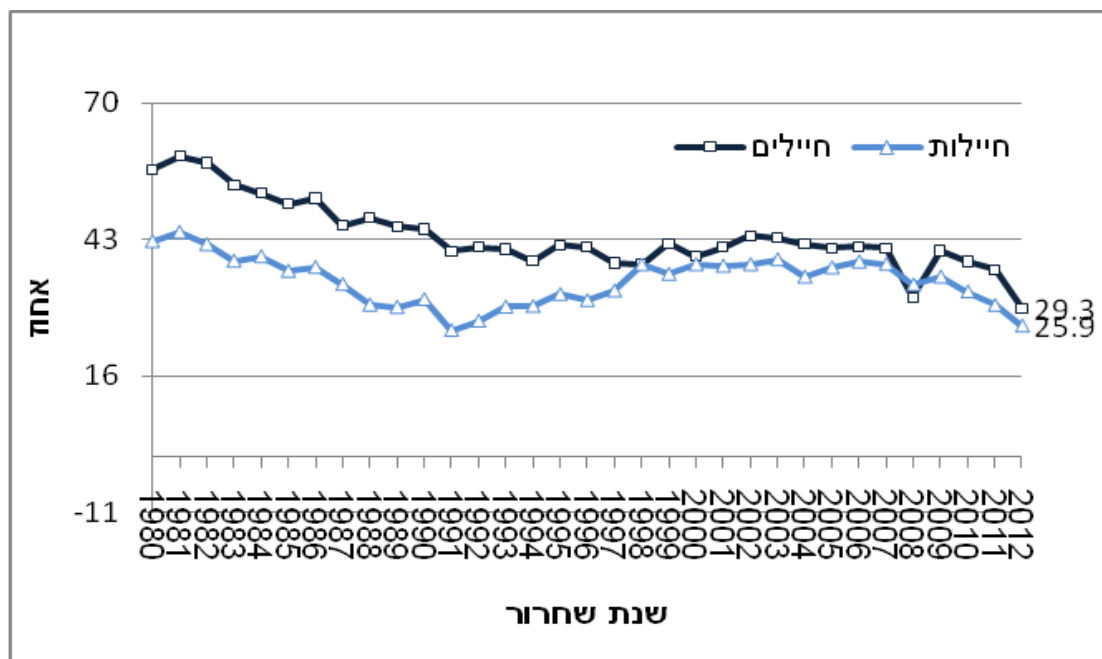
מגמות: מתחילת שנות התשעים ועד לתחילת שנות האלפיים נמשכה מגמה של עלייה משמעותית בשיעור המעשנות בקרב המתגייסות. לאחר שנים אחדות של יציבות בשיעור המעשנות הן בעת הגיוס והן בעת שחרור (1999-2007) העומד על 30% בקירוב, מסתמנת מאז 2008 מגמה של ירידה בשיעור המעשנות.

שיעור העישון בקרב המשתחררות בשנת 2012 (25.9%) היה נמוך מהשיעור הממוצע שנרשם מאז סוף שנות התשעים (1999-2010, כ-36.2%) (תרשימים 1 ו-2).

תרשים 1: שיעור המעשנים מקרב המתגייסים לפי מין, 1986-2012 (אחוזים)



תרשים 2: שיעור המעשנים מקרב המשתחררים לפי מין, 1986-2012 (אחוזים)



שיעור המעשנות בשנות השמונים ובמרבית שנות התשעים היה נמוך משיעור המעשנים, ובעשור שלאחריו נצפה בקרב המתגייסות שיעור מעשנות דומה לשיעור המעשנים בקרב

המתגייסים, ובחלק מהשנים הערכים היו שווים ואף גבוהים במעט בקרב המתגייסות, אך בשנים 2009-2012 הפער גדל שוב עד שיעור של כ-7%.

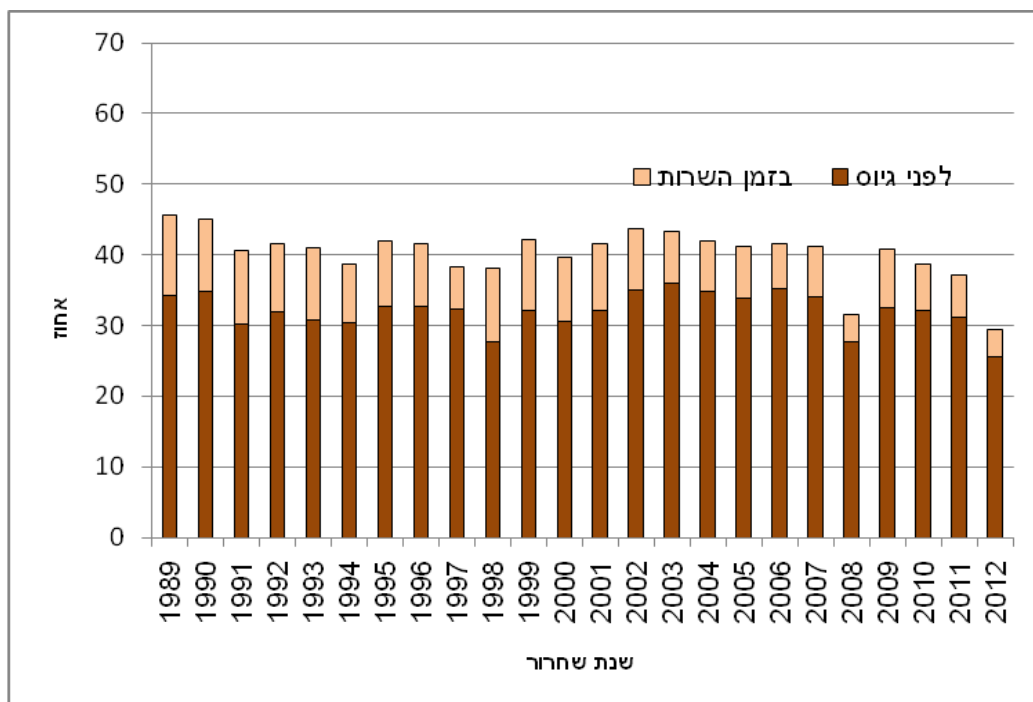
בקרב המשתחררים מצה"ל שיעורי העישון בקרב גברים גבוהים מעט בהשוואה לנשים לאורך מרבית השנים. כך גם בקרב משתחררי שנת 2012, שבה שיעור העישון בקרב הגברים היה גבוה בכ-3% בהשוואה לנשים (29.3% ו-25.9%, בהתאמה).

העישון והשירות הצבאי

המידע על העישון בחלק זה נאסף משאלון המועבר למדגם מקרב המשתחררים מצה"ל. הנתונים המוצגים מתבססים על שתי שאלות משאלון זה: "האם אתה מעשן סיגריות כיום?" (תשובות אפשריות: קבוע, מדי פעם [פחות מסיגריה ליום], לא). המשיבים בחיוב נשאלו: "מתחילת לעשן?" (תשובות אפשריות: לפני הגיוס, בטירונות, אחרי הטירונות). שיעורי המשתחררים והמשתחררות שהחלו לעשן לפני גיוסם לצה"ל, בהשוואה למי שהחלו לעשן במהלך השירות הצבאי, מוצגים בתרשימים 3 ו-4. על-פי תרשימים אלו אפשר לראות בבירור שרוב החיילים המעשנים בזמן השחרור התחילו לעשן לפני הגיוס לצה"ל.

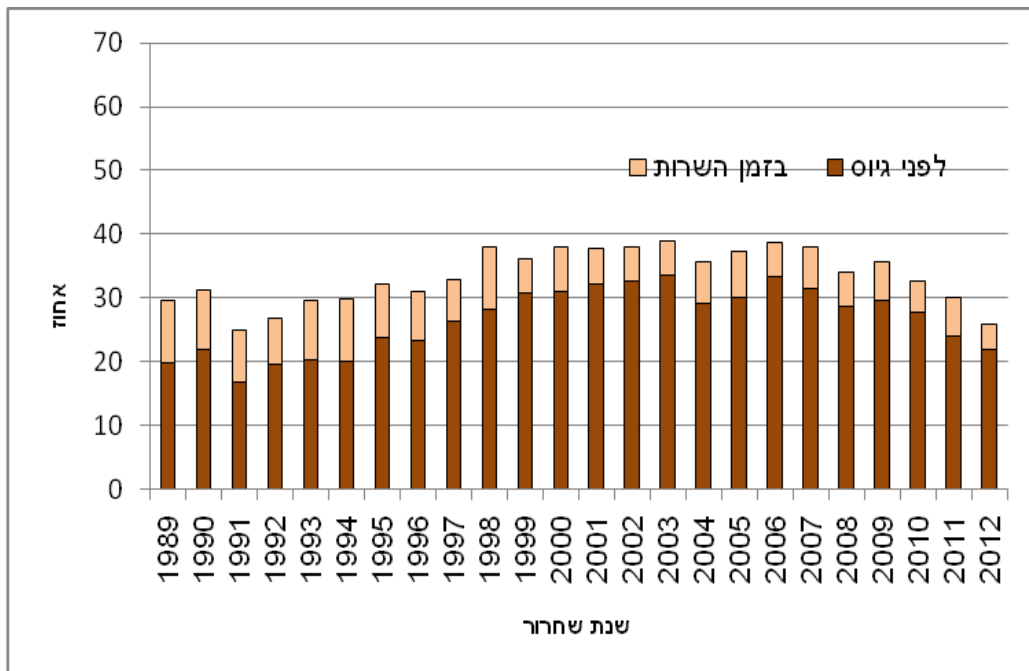
תרשים 3: שיעור העישון בקרב

חיילים המעשנים בעת השחרור לפי מועד תחילת העישון, 1989-2012



תרשים 4: אחוז העישון בקרב

חיילות המעשנות בעת השחרור לפי מועד תחילת העישון, 2012-1989

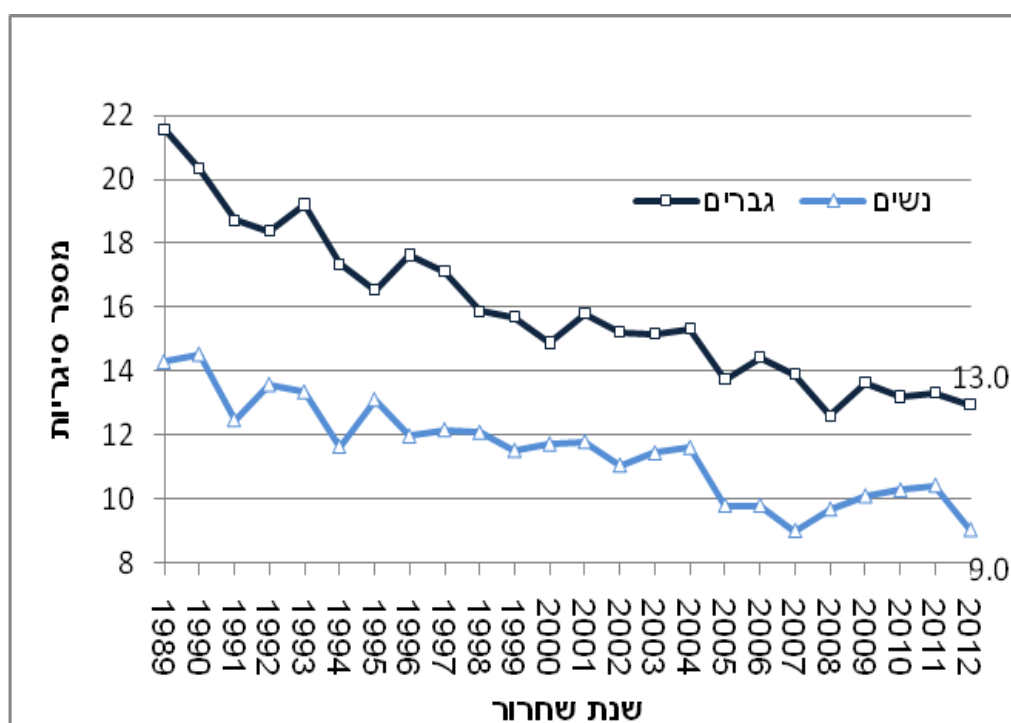


כפי שצוין לעיל, אחוז המעשנים עולה, בקרב חיילים וחיילות כאחד, במהלך השירות הצבאי. אחוז החיילות המעשנות שהחלו לעשן בתקופת השירות הצבאי (על-פי דיווח במדגם המשתחררות) נמוך בממוצע בשנות האלפיים בהשוואה לעשור הקודם (5.7% בממוצע בשנים 1999-2011 לעומת 8.6% בממוצע בשנים 1989-1998). אחוז זה נע בתנודות ללא מגמה ברורה בעשור האחרון בין 4.9% ל-7.3% מכלל המשתחררות. בשנת 2012 אחוז המשתחררות שהחלו לעשן בזמן השירות הצבאי היה 4% מכלל המשתחררות. אחוז החיילים המעשנים אשר החלו לעשן במהלך השירות הצבאי נמצא במגמת ירידה קלה בשני העשורים האחרונים. בשנת 2012 עמד שיעור המעשנים החדשים על 3.8% מכלל המשתחררים, אחוז נמוך במעט מממוצע השנים 2006-2010 (6.4%).

צריכת הסיגריות היומית בצה"ל

צריכת הסיגריות בקרב חיילי צה"ל הייתה גבוהה ביותר בשלהי שנות השמונים. בתקופה זו דיווחו משתחררים מעשנים כי צרכו בממוצע יותר מחפיסת סיגריות (20 סיגריות) ביום. בקרב החיילים ניכרת מגמת ירידה מתמדת במספר הסיגריות שמשתחררים מעשנים מאז ועד היום, והירידה אף גדולה יותר בקרב הגברים בהשוואה לנשים. בקרב הנשים על-פי הנתונים שנצפו בשנים 2007-2011 מסתמנת דווקא מגמת עלייה קלה. לפי נתוני שנת 2012, משתחרר מעשן צרך בממוצע 13.0 סיגריות ביום. הצריכה היומית הממוצעת בשנה זו בקרב משתחררות מעשנות הייתה 9.0 סיגריות ביום (תרשים 7).

תרשים 5: הצריכה היומית של סיגריות בקרב משתחררים מעשנים לפי מין, 1986-2012
(מספר סיגריות ממוצע ליום)



גיל התחלת העישון

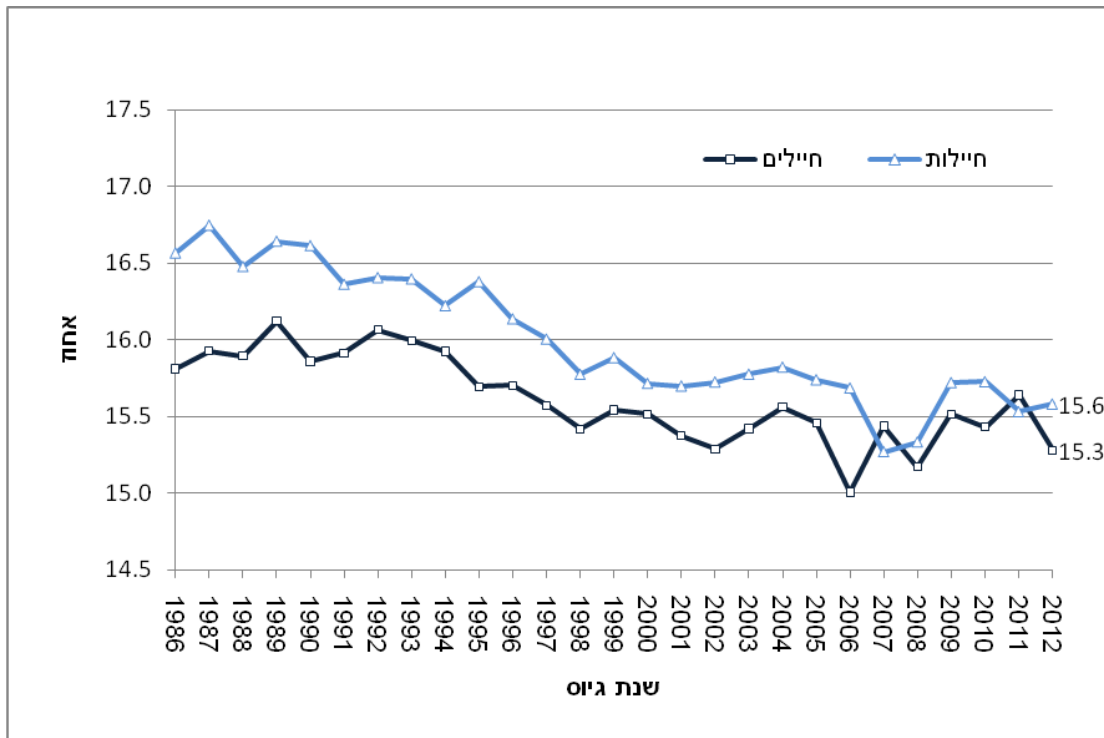
בין השנים 1986-2007 היה הגיל הממוצע בעת תחילת העישון גבוה בקרב המתגייסות לעומת המתגייסים. עם זאת, הפער בגיל התחלת העישון בקרב מתגייסים לעומת מתגייסות הצטמצם עם הזמן (תרשים 6).

בהשוואה בין העשור האחרון לעשור הקודם ניכר כי ממוצע גיל התחלת העישון ירד בשני המינים, והמגמה בולטת יותר בקרב חיילות מבקרב חיילים.

מתגייסים

בקרב הגברים והנשים המתגייסים לצה"ל נצפית בעשור האחרון יציבות בגיל תחילת העישון, וייתכן שמשנת 2007 אפשר לראות עלייה קלה מאוד בגיל תחילת העישון. הגיל הממוצע של התחלת העישון בקרב מתגייסים בשנת 2012 עומד על 15.6 שנים ושל המתגייסות 15.3, בהתאמה (תרשים 6). הפרש הגילאים הממוצע של תחילת העישון בשנה זו בין גברים ובין נשים בעת תחילת העישון עמד על כ-3.5 חודשים.

תרשים 6: הגיל הממוצע של התחלת העישון בקרב מתגייסים לפי מין, 1986-2012



משתחררים

הגיל הממוצע בעת התחלת העישון בקרב משתחררים מעשנים בשנת 2012 היה 16.2 שנים – שינוי קטן לעומת שנת 2010 (16.1). בקרב משתחררות גיל תחילת העישון הממוצע היה 16.5 שנים, שונה אך במעט מהגיל הממוצע בשנים 2009-2000 (16.4).

פרק ד: פעילות משרד הבריאות למניעת העישון ונזקיו

גורמים רבים בישראל, בהם גופים ממשלתיים, ציבוריים והתנדבותיים, פועלים למניעת העישון ונזקיו ברמות מניעה שונות. עם הפעילים העיקריים בתחום זה, מלבד משרד הבריאות, נמנים משרד החינוך העוסק בעיקר במניעת התחלת העישון ובצמצום העישון בקרב בני הנוער; קופות החולים העוסקות הן בגמילה והן בקידום אורח חיים בריא; האגודה למלחמה בסרטן; החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון (בהסתדרות הרפואית) המקדמת, בין השאר, את המודעות ואת הכשירות בנושא הגמילה מעישון בתוך הממסד הרפואי; המועצה הישראלית למניעת עישון; עמותת אוויר נקי הפועלת רבות לצמצום העישון במקומות ציבוריים בעיקר בזירת הפייסבוק והאינטרנט; עמותת "חביב" המקדמת את הנושא בתוך החברה החרדית; אוניברסיטאות המכשירות מנחים לגמילה מעישון, כמו אוניברסיטת בן-גוריון בנגב והטכניון בחיפה, ואוניברסיטאות המבצעות מחקרים בתחום העישון, נזקיו והמדיניות לצמצומו, כגון אוניברסיטת חיפה, אוניברסיטת תל-אביב, האוניברסיטה העברית בירושלים, אוניברסיטת בן גוריון וכן גופים נוספים.

משרד הבריאות פועל לתיאום בין כלל הגופים המעורבים בתחום מניעת העישון בארץ. המשרד מקדם שיתופי פעולה עם הגופים השונים העוסקים בתחום ורובדי פעולה שונים, כגון: מחקר ופיתוח עזרים לגמילה מעישון, הסברה, פיתוח תכניות חינוכיות, יצירת סביבות וארגונים נקיים מעישון ועוד. פעילויותיו של משרד הבריאות למניעת העישון נעשות באמצעות המחלקה לחינוך וקידום בריאות, הלשכה המשפטית, אגף ההסברה, אגף הפיקוח והאכיפה, המחלקה לאם, לילד ולמתבגר ולשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות.

עם הקמת האגף לפיקוח ואכיפה במשרד הבריאות, מונה מנהל תחום פיקוח ואכיפה עישון ואלכוהול, לצורך מתן דגש על תחום האכיפה.

מטרת הפעילות בתחום היא לשמור ולקדם את בריאות הציבור, על ידי קידום אכיפת חוקי העישון, בדגש על מניעת עישון במקומות ציבוריים.

עיקר הפעילות בשלב זה היא מול הרשויות המקומיות לצורך עידוד אכיפה על ידי פקחי הרשות ולסייע בהכשרת פקחים לאכיפת חוק מניעת העישון במקומות ציבוריים, ובנוסף פועלים מול גופי אכיפה אחרים, כדוגמת המשטרה, וכן מול בתי חולים, לצורך הכשרת סדרנים וסדרנים ממונים.

עם התרחבות היחידה יהיה ניתן לבצע פעילות אכיפה עצמאית וממוקדת במקומות ציבוריים שונים בהם לא מתבצעת אכיפה מספקת על ידי הרשות המקומית.

החלטת הממשלה תכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

ב-29 למאי 2011 קיבלה ממשלת ישראל החלטה על אימוץ התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו:

תוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

החלטה מספר 3247 של הממשלה מיום 29.05.2011

מ ח ל י ט י ם :

בהתבסס על המלצותיה של הוועדה הציבורית למניעת נזקי העישון מיום 18 בינואר 2011 (להלן – הוועדה הציבורית) המפורטות בדו"ח לצמצום העישון ונזקיו:

א. להטיל על שר הבריאות להקים יחידה למאבק בעישון בתוך משרדו שתוביל ותתאם את יישום התוכנית הלאומית לצמצום העישון.

ב. להטיל על שר הבריאות להפיץ תזכיר חוק לתיקון חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג-1983, כך שייקבעו בו הוראות שישפרו את ההגנה על הציבור ועל העובדים מפני חשיפה לעישון כפוי, וכל זאת בתאום עם משרד המשפטים ועם משרד התחבורה והבטיחות בדרכים בכל הנושאים הקשורים לתחבורה וכן עם יתר משרדי הממשלה הנוגעים בדבר.

ג. להטיל על שר הבריאות להפיץ תוך 90 ימים תזכיר חוק לתיקון החוק להגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשמ"ג-1983, כך שייקבעו בו מגבלות מחמירות על פרסומת למוצרי טבק וכן מגבלות נוספות על שיווקם של מוצרי טבק, איסור על מכונות אוטומטיות לממכר מוצרי טבק, הסמכת שר הבריאות לחייב סימון מוצרי טבק באזהרות גרפיות וחובת דיווח על רכיבי מוצרי טבק, וכל זאת בתאום עם משרד המשפטים ויתר משרדי הממשלה הנוגעים בדבר.

ד. להטיל על שר האוצר לבחון את המלצות הוועדה הציבורית בהקשר של שיעורי המיסוי על מוצרי טבק, ולהגיש את המלצותיו לממשלה.

ה. להטיל על השר להגנת הסביבה להקים צוות משותף עם משרד הבריאות, שיעסוק בגיבוש תוכנית לצמצום הנזקים מבדלי הסיגריות, שתוגש לממשלה בתוך שנה.

ו. שר החינוך יקבע תכנית לניסוי של בתי הספר נקיים מעישון במספר מוסדות חינוך, בהתייעצות עם ארגוני המורים ומשרד הבריאות.

משרד הבריאות פועל ומשקיע משאבים רבים ליישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו עוד טרם קבלת ההחלטה בממשלה, אולם מרגע שקיבלה התכנית תוקף של החלטת ממשלה, הואצה היכולת לפעול ליישום התכנית, בעיקר במרכיבים שבהם מעורבים גורמים מחוץ למשרד הבריאות.

נוסף על פעילות זו המחלקה לחינוך וקידום בריאות ממשיכה, בשיתוף אגף הפיקוח והאכיפה, לייעץ ולהדריך צוותים חינוכיים ואנשי מקצוע שונים בתחום מניעת העישון, כגון מקדמי בריאות בלשכות, אנשי יחידות בריאות, פקחים ברשויות המקומיות, סדרנים ממונים בבתי חולים ועוד.

קידום חקיקה הוא הליך מורכב וארוך התלוי בגורמים רבים. תחילתו של המסלול הארוך בגורמים מקצועיים ובגורמים משפטיים בתוך משרד הבריאות ובמשרד המשפטים, המשכו בקבלת תמיכת הממשלה להצעות החוק וסופו בקבלת אישור הכנסת.

בתאריך ה-2 למאי 2012 אישרה ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת את צו שר הבריאות לתיקון התוספת לחוק מניעת העישון. בהתאם לצו הוחמרו ההגבלות על עישון במקומות ציבוריים שונים וכן הוספו מקומות ציבוריים שבהם אסור לעשן, ולראשונה נאסר עישון במקומות "פתוחים", כמו רציפי רכבת, תחנות אוטובוס, בריכות שחייה, 10 מטרים מהכניסות למבנים של בתי חולים ומרפאות, וכן נעשה צעד משמעותי לקראת ביטול חדרי העישון במקומות עבודה באיסור על הקצאת חדרי עישון בבנייני ממשלה. הוראות החוק נכנסו לתוקף ב-11 ליולי 2012.

בתאריך ה-25 ליולי 2012 אישרה הכנסת בקריאה ראשונה את הצעת החוק של משרד הבריאות לתיקון חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (תיקון מספר 7), וב-26 למאי 2013 הממשלה תתבקש להחיל על ההצעה דין רציפות

מטרתה של הצעת החוק להגביל את הפרסומות למוצרי טבק על מנת להקטין את חשיפת הציבור לעישון הגורם למוות, לתחלואה ולנכות ובמיוחד להגן על ילדים ועל צעירים מהשפעותיהן של הפרסומות המייצרות תדמית חיובית ומושכת לעישון.

הצעת החוק מבקשת לקבוע את הדברים האלה:

א. ייאסר פרסום מוצרי טבק, גם בעיתונים ובאינטרנט, ויותר רק חריגים בודדים, כגון פרסום בתוך חנות למכירת מוצרי טבק.

ב. על חברות הסיגריות ייאסר מתן חסויות לאירועים שונים, כפי שהן נוהגות כיום, כגון מימון ימי סטודנטים וכדומה.

ג. ייאסר סימון מוצרי טבק בתמונות של פירות, כפי שנהוג כיום על אריזות של טבק לנרגילה, וכך מטעים את הציבור ובעיקר את בני הנוער בנוגע לחומרת הנזק הנגרם מעישון מוצרים אלו.

ד. האזהרה המופיעה על פרסומת למוצר טבק תגדל ל-30% משטח הפרסומת, בשונה מגודל של 5% בלבד, המחויב כיום.

ה. ייאסר ייצור ושיווק של מוצרי מזון או צעצועים הדומים למוצרי טבק, בין השאר בגלל השפעתם על תדמית העישון בקרב בני הנוער.

ו. ייאסר על חברות הסיגריות לחלק מוצרי טבק ללא תמורה או עבור הצטרפות לרשימת דיור וכדומה.

ז. יורחב איסור על מכירת מוצרי טבק לקטינים, ובדומה לאיסור מכירת אלכוהול לקטינים תוטל אחריות רבה יותר על המוכרים בפיצוציות לוודא שהם לא מוכרים טבק לקטין.

ח. אזהרות הבריאות על מוצרי טבק יכללו תמונות ולא רק מלל – בדומה למקובל במדינות מערביות רבות. שר הבריאות יקבע את מספר האזהרות, את עיצובן, את תחלופתן וכדומה.

ט. חברות הסיגריות יחויבו לדווח לשר הבריאות (ולמעשה לציבור הרחב) על תכולתם של מוצרי הטבק ועל רעילותם של המרכיבים השונים, כפי שמקובל לדווח על תכולה של כל מוצר מזון.

י. תיאסר מכירת מוצרי טבק בטעמים של פירות ובטעמים נוספים, מאחר שהם מושכים בני נוער ומקלים על התחלת העישון ועל ההתמכרות לעישון.

יא. שר הבריאות יסמיך מפקחים לצורך אכיפת החוק, וייתנו להם סמכויות נרחבות לפקח ולאכוף את הוראות החוק, כגון החרמה של מוצרי טבק שאינם מסומנים כנדרש בחוק.

יב. ייקבעו קנסות גבוהים על העבירות השונות לשם הגברת ההרתעה והשמירה על החוק.

יג. עם אישור החוק באופן סופי בכנסת, ייכנסו ההוראות השונות לתוקף בהדרגה, חלקן באופן מיידי וחלקן בתוך שלוש שנים על מנת לאפשר להיערך כראוי ליישומן ולאכיפתן.

בתאריך ה-14 למאי 2012 אישרה ועדת הכספים צווים של שר האוצר בנושאי מיסוי מוצרי טבק, שהוצאו בהתאם להמלצת סגן שר הבריאות כחלק מהתכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו. על-פי הצווים, הפטור על ייבוא מוצרי טבק ואלכוהול בדיוטי פרי יינתן רק למי שגילו מעל ל-18 שנה, והפטור יצומצם משני פקטים (400 סיגריות) לפקט אחד בלבד (200 סיגריות) החל מה-1 לאפריל 2013.

כמו כן, הועלה המס על טבק לנרגילה ב-130% באופן מיידי, מ-50 ש"ק ל-115 ש"ק ג. בינואר 2013 הועלה המס ל-185 ש"ק ג, בתחילת שנת 2014 יעלה המס ל-240 ש"ק ג, ובתחילת שנת 2015 יגיע המס לרמה של כ-290 ש"ק ג. בפועל משמעות ההעלאה היא שמחיר חפיסת טבק לנרגילה, במשקל 60 גרם, קפץ מכ-10 ש"ק לחפיסה למחיר של כ-25 ש"ק, ובשנת 2015 יגיע המחיר לכ-60 ש"ק לחפיסה.

ב-25 יולי 2012 הועלה המס על סיגריות וסיגרים.

בהתאם לצו, שעורי המס על סיגריות הועלו מ-260.6% ל-278.6% במרכיב האחוזי, ומ-224.99 ש"ק ל-274.5 ש"ק במרכיב הקצוב. ההשפעה על מחיר חפיסה לצרכן נעה בין 2.40 ש"ק ל-2.90 ש"ק לחפיסה.

עוד נקבע בצו כי יועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות ל-12 ש"ק לחפיסה, במטרה להתמודד עם מותגי סיגריות זולים.

ועדה לתכנון מדיניות של סימון מוצרי טבק

בהתאם להנחיות האמנה הבין-לאומית לפיקוח על הטבק ולהמלצות ארגון הבריאות העולמי בנושא סימון מוצרי טבק, יש לסמן את מוצרי הטבק באזהרות הכוללות תמונות. סימון זה מסייע להרתיע צעירים מהתחלת לעשן, מגביר את המודעות של המעשנים לנזקי העישון, מפחית את כמות העישון של המעשנים ואף מעודד מעשנים לפנות לגמילה מעישון.

לשם כך הוקמה ועדת מומחים בשיתוף קופות החולים, גורמים משפטיים ומומחי תקשורת במטרה להמליץ על מדיניות לסימון מוצרי טבק בישראל ולסייע בגיבוש התקנות שיאפשרו ליישם מדיניות זו.

ועדה לקביעת תכנית לאומית לצמצום העישון בחברה הערבית

מסקרים שונים שנעשו בשנים האחרונות עולה כי שיעור המעשנים בקרב הגברים בחברה הערבית גבוה משמעותית משיעור העישון בקרב הגברים בחברה היהודית. במטרה להביא לצמצום העישון בישראל בכלל ובחברה הערבית בפרט הוקמה ועדה מקצועית שתפקידה לגבש ולהמליץ על תכנית לאומית מותאמת תרבות ומבוססת ראיות לצמצום העישון בחברה הערבית. כחלק מפעילות זו משרד הבריאות מממן מחקר עומק לבחינה של סוגיית העישון והגמילה מעישון בחברה הערבית.

פיתוח תכניות לימודים למניעת עישון בבני נוער

משרד הבריאות חבר למשרד החינוך ולאגודה למלחמה בסרטן במטרה לפתח תכניות לימודים למניעה ו/או לצמצום העישון בקרב בני הנוער. שיתוף פעולה זה נעשה הן בפיתוח התכנים המקצועיים והן במימון ערכות הפעילות עצמן, שבהן יעשה שימוש בבתי הספר במהלך העברת הפעילויות. תכניות אלו אמורות לספק מענה לטווח רחב של גילאים, החל מכיתות ה ועד כיתות י"ב, ולאפשר למערכת החינוך להתמודד בצורה יעילה ואיכותית עם המשימה החשובה של מניעת התחלת עישון וצמצום העישון בקרב בני נוער. שלב הפיתוח של ערכות הפעילות הסתיים, והן נמצאות בשלבי הפקה לקראת הפצתן לבתי הספר בתחילת שנת הלימודים תשע"ד.

גמילה מעישון בקרב בני נוער

מערכת הבריאות מספקת מענה למעשנים המבקשים להיגמל בדרכים שונות לרבות סבסוד סדנאות גמילה מעישון, תרופות מרשם, תחליפי ניקוטין ועוד. לעומת זאת, אין למערכת הבריאות או למערכת החינוך מענה מספק לצורך בסיוע לבני נוער המכורים לעישון להיגמל מעישון. חשוב להדגיש שאין כיום בעולם תכנית שהוכחה כיעילה ומומלצת לגמילת בני נוער מעישון, אך בגלל הצורך האמיתי בסיוע לבני נוער להיגמל גופים שונים המציעים פתרונות לגמילה מעישון שלא הוכחו כיעילים בקרב בני נוער, מנסים להיכנס ולפעול במערכת החינוך.

לכן הוקם צוות משותף למשרד הבריאות, למשרד החינוך ולמומחי גמילה מעישון בקופות החולים ובאקדמיה כדי לבחון את המצב הקיים ואת המענה הניתן כיום במערכת החינוך ולפתח תכנית שתוכל לתת מענה מקצועי וטוב לצורך בסיוע לגמילת בני נוער מעישון.

פרק ה: חקיקה בנושא העישון

1. חקיקה ממשלתית

חקיקה שהושלמה

הצעת צו למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (שינוי התוספת לחוק), התשע"א-2011
הצו אושר בוועדת העבודה הרווחה והבריאות ב-2 למאי 2012 ונכנס לתוקף ב-11 ליולי 2012.

צו תעריף המכס והפטורים ומס קנייה על טובין (תיקון מס' 17 והוראת שעה) התשע"ב-2011

מטרת הצו לצמצם את הפטור הניתן ביבוא אישי של טבק, מ-400 סיגריות ל-200, לכל נכנס שגילו 18 שנה לפחות. הצו אושר בוועדת הכספים ב-14 למאי 2012.

צו תעריף המכס והפטורים ומס קנייה על טובין (תיקון מס' 14) התשע"ב-2011
מטרת הצו לייעל את אכיפת מס קנייה בייצור מקומי של טבק, להחיל את העדכון החד-שנתי של המס הקצוב בהתאם למדד על כלל מוצרי הטבק, להטיל מס קנייה על סיגרים קטנים בדומה לסיגריות ולהעלות את המס על סיגרים. הצו אושר בוועדת הכספים ב-14 למאי 2012.

צו תעריף המכס והפטורים ומס קנייה על טובין (תיקון מס' 37) התשע"ב-2012

ב-25 ליולי 2012 הועלה המס על סיגריות וסיגרים. בהתאם לצו, שעורי המס על סיגריות הועלו מ-260.6% ל-278.6% במרכיב האחוזי, ומ-224.99 ₪ ל-274.5 שקל במרכיב הקצוב. ההשפעה על מחיר חפיסה לצרכן נעה בין 2.40 ₪ ל-2.90 ₪ לחפיסה.

עוד נקבע בצו כי יועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות ל-12 ₪ לחפיסה, במטרה להתמודד עם מותגי סיגריות זולים.

חקיקה שטרם הושלמה

הצעת חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשע"ב-2012 (תיקון מספר 7)

הצעת החוק אושרה בקריאה ראשונה ב-25 ליולי 2012, אך מסלול החקיקה נעצר בעקבות פגרת הקיץ ופיזור הכנסת ה-18. בחודש מאי 2013 אישרה שרת הבריאות לבקש החלת דין רציפות על ההצעה, והיא תובא לאישור וועדת השרים לחקיקה ב-26 למאי 2013.

הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשע"ב-2012 (תיקון מספר 4)

משרד הבריאות ניסח טיוטה לתיקון החקיקה בהתאם להמלצות הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו, להתפתחויות בתחום העישון בארץ ולהמלצות של רשויות מקומיות המתמודדות עם אכיפת החוק, והוא נמצא בשלבי ניסוח ותיאום של טיוטה זו לתזכיר חוק מול משרדי הממשלה השונים.

2. חקיקה פרטית

הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (תיקון – שטחים משותפים בבניין המשמש למגורים או למסחר), התשע"א-2011 (פ/18/3522)

ההצעה נועדה למנוע עישון בשטחים משותפים בבנייני מגורים ובבנייני משרדים, כגון חדרי מדרגות ולובי. ההצעה קיבלה את תמיכת הממשלה ועברה קריאה טרומית אך נמחקה עם פיזור הכנסת ה-18.

3. חוזרי מנהל רפואה

בפברואר 2012 יצא חוזר מנהל רפואה, העוסק בנושא איסור העישון בבתי חולים ובמרפאות. בחוזר הודגש האיסור על עישון במבנה בית החולים והמרפאה, איסור הקצאת חדרי עישון וכן הרחקת העישון 10 מטרים מכניסות ויציאות ממבנה בית החולים או המרפאה. עוד הודגשה בחוזר חובתו של מנהל בית החולים או המרפאה ליישום ואכיפת הוראות החוק והחוזר, מינוי סדרנים שיסייעו באכיפת הוראות החוק ויצירת קשר עם הרשות המקומית לצורך תיאום פעילויות אכיפה בשטח בית החולים או המרפאה.

בפברואר 2013 יצא חוזר מנהל רפואה נוסף, העוסק באיסור מכירת מוצרי טבק בבתי חולים, שמטרתו מניעת קיום מסחר במוצרי טבק בשטחם של בתי חולים.

בהתאם לחוזר, נאסר על מכירת מוצרי טבק בחנויות בשטח בית החולים, לרבות בקניונים, וכן נקבע איסור על הצבת מכונות אוטומטיות לממכר סיגריות.

מנהלי בית החולים מחויבים לוודא את קיומם של הוראות החוזר וכן לוודא שאיסור המכירה מופיע כתנאי בכל התקשרות או מכרז עם גורמי חוץ הפועלים בבית החולים.

פרק ו: אכיפת 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, בגין אי-מניעת עישון, בגין אי-הצבת שלטים המורים על איסור עישון או בגין הצבת מאפרות במקום האסור לעישון. כמו כן ראשי הערים התבקשו לפרט כמה פקחים הוסמכו לטפל בנושא, מהי התפלגות הקנסות לפי סוג המקומות הציבוריים וכן מספר הטלפון שאליו אפשר לפנות להגשת תלונה. החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים מטיל על ראש הרשות המקומית, עד סוף חודש ינואר בכל שנה, חובת דיווח לשר הבריאות על פעולות הפיקוח שננקטו בשנה שקדמה לה, לרבות מספר הפקחים שהוסמכו לנושא זה. נוסף על כך, הרשות המקומית מחויבת לפרסם לציבור באתר האינטרנט שלה או בדרך אחרת, מספר טלפון שיהיה פעיל 24 שעות ביממה לצורך הגשת תלונה למוקד פיקוח עירוני על אי אכיפת החוק.

חשוב להדגיש, כי על אף שמשדד הבריאות פנה לכל ראשי הערים, עד למועד פרסום דו"ח זה טרם נתקבלו במשרד כל הדיווחים כנדרש וכמתחייב בחוק. 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 האפשר, על אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון.

בטבלה מופיעים נתונים על שמות הרשויות שהעבירו לשר הבריאות דיווח כנדרש בחוק, מספר הפקחים שהוסמכו לאכיפת החוק, מספק הקנסות שניתנו במקומות הציבוריים השונים למעשנים בניגוד לחוק או לבעלי עסקים שלא פעלו כנדרש בחוק וכן תיאורים של הסדרי אכיפה, אם יש כאלה ברשות המקומית.

במקביל לאכיפת החוק במקומות ציבוריים על ידי פקחי הרשויות המקומיות, מינה שר הבריאות סדרנים ממונים לאכיפת איסור העישון בבתי החולים הממשלתיים בפוריה, בית החולים לגליל מערבי בנהריה ובשער מנשה.

בבית החולים לגליל מערבי ניתנו 32 דו"חות על ידי סדרנים ממונים ולא הוגשו תלונות על פעילותם, בבית החולים פוריה ניתנו 21 דו"חות על ידי סדרנים ממונים ולא הוגשו תלונות על פעילותם, בבית החולים שער מנשה תהליך ההכשרה וההסמכה הסתיים רק לאחרונה וטרם ניתנו דו"חות.

טבלה 1: דיווחי רשויות עירוניות על פעולות אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים

הרשות המקומית	מס' פקחי עישון	מספר קנסות	תיאור הסדרי אכיפה והערות העירייה
אילת	5	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 62 קניון - 13 בעלי עסקים: אי מניעת עישון - 3 הצבת מאפרות – 1 סה"כ – 79	מוקד עירוני 08-6367106
אריאל	5	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 5 בעלי עסקים: אי מניעת עישון - 2 סה"כ – 7	מוקד עירוני: 106 , 03-9061666 , 03-9061620 קיים הסדר עם המרכז האוניברסיטאי לביצוע בקורות פתע כמה פעמים בשבוע
אשדוד	11	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 10 מקום עבודה – 10 מקום אחר - 1 בעלי עסקים: אי מניעת עישון - 1 סה"כ – 22 [7]	מוקד עירוני: 106 יש תיאומי אכיפה עם בנייני משרדים, כדוגמת "צים" ונעשו כ-400 סיורי מניעה ואכיפה.
באר שבע	30	מעשנים: מסעדה, בית קפה (לרבות פאב או מועדון) – 311 קניון - 23 בית חולים - 45 מקום אחר: בית משפט – 156 משרד הרישוי - 4	יש הסדר פיקוח עם: קניונים, בית החולים סורוקה, בית המשפט, משרדי קריית הממשלה, בניין עיריית באר-שבע וכן עם בעלי מועדונים מרכזיים. בנוסף, נערכה פעילות הסברה נרחבת לאור הרחבת החקיקה. מוקד עירוני: 08-6463777 או 108

	אחרים – 30 בעלי עסקים: אי-מניעת עישון - 5 אי-הצבת שילוט – 22 הצבת מאפרות - 15 סה"כ - 611 [643]		
אין תקציב להעסקת פקח	-	-	בני עיש
מוקד עירוני: 106		1	גוש עציון
מוקד עירוני: 106 או 08-6563220	מעשנים: מסעדה, בית קפה - 1 בעלי עסקים: אי מניעת עישון - 2 סה"כ – 3	2	דימונה
מוקד עירוני: 106	מעשנים: קניון, מסעדה, בית קפה, אחר – 57 בעלי עסקים: אי מניעת עישון – 9 סה"כ - 66 [75]	27	הרצליה
מוקד עירוני: 106 או 03-5086100	מעשנים: מסעדה, בית קפה - 2 בית חולים – 87 קניון – 5 אחר - 9 סה"כ – 103 [123]	2	חולון
מוקד עירוני: 106 בתיאום עם בית חולים רמב"ם פקחים פועלים בבית החולים	מעשנים: מסעדה, בית קפה - 125 בית חולים – 69 קניון – 1 בעלי עסקים: אי-מניעת עישון – 68 אי-הצבת שילוט – 9	?	חיפה

	הצבת מאפרות – 10 סה"כ – 213 [93]		
ניתנו התראות: 20 התראות על עישון במקום ציבורי 3 התראות בגין אי הצבת שילוט מוקד עירוני: 106 או 03-5391246	-	2	יהוד – נווה מונסון
מוקד עירוני: 02-6296817 קיים הסדר עם בתי החולים שערי צדק, הדסה עין כרם והדסה הר הצופים וכן עם התחנה המרכזית.	מעשנים: מסעדה/בית קפה – 260 קניון – 60 בית חולים – 7 מקום עבודה – 4 מקום אחר - 114 בעלי עסקים: אי-מניעת עישון – 106 אי-הצבת שילוט – 1 הצבת מאפרות – 16 סה"כ - 443 [325]	92	ירושלים
מוקד עירוני: 106 קיים הסדר עם בית חולים מאיר, קניון ערים, מתחם G ושאר הקניונים הקטנים בעיר וכן עם בית המשפט.	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 2 קניון- 2 בתי חולים – 1 אחר - 6 בעלי עסקים: אי-מניעת עישון – 1 הצבת מאפרות - 7 סה"כ – 19 [14]	3	כפר סבא
מוקד עירוני: 106 או 04-9085555	מעשנים: קניון- 6 בעלי עסקים: הצבת מאפרות - 4 סה"כ – 10 [14]	7	כרמיאל

מוקד עירוני: 105 או 09-7960200		2	לב השרון
מוקד עירוני: 04-6783478	-	-	מג'אר
מוקד עירוני: 106, 04-6440878, 04-6440841	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 7 סה"כ – 7	5	מגדל העמק
מוקד עירוני: 106 או 08-97236020	מעשנים: מסעדה, בית קפה – 2 בית עסק: אי מניעת עישון - 1 סה"כ – 3 [7]	8	מודיעין, מכבים, רעות
מוקד עירוני: 106	-	4	מעלות תרשיחא
מוקד עירוני: 106	מעשנים: קניון – 5 מקום עבודה – 1 אחר – 2 סה"כ – 8 [3]	3	נס ציונה
מוקד עירוני: 106 או 09-8603126	מעשנים: מסעדה/בית קפה- 38 בתי חולים – 3 קניון/תחנה מרכזית – 57 מקום עבודה – 22 מקום אחר -35 בעלי עסקים: אי-מניעת עישון – 13 אי-הצבת שילוט – 4 סה"כ – 169 [96]	60	נתניה
מוקד עירוני: 107		1	קדומים
	מעשנים: מקום עבודה - 7	6	קרית אונו
מוקד עירוני: 107 או 04-8780900	מעשנים:	10	קרית מוצקין

מבצעת אכיפה גם בתחנת הרכבת.	מסעדה/בית קפה – 1 קניון (רבמ"ד) – 13 אחר – 3 בית עסק: אי מניעת עישון – 1 סה"כ – 18 [15]		
מוקד עירוני: 106	-	1	ראש פינה
מוקד עירוני: 108 או 08-9771780	מעשנים: קניון – 64 סה"כ – 64	10	רמלה
מוקד עירוני: 109 בנוסף לקנסות ניתנו 115 התראות. שני מפקחים קבועים מוצבים בבית חולים תל השומר, ומפקחים במתחם הבורסה אוכפים את החוק בבנייני המשרדים בתיאום עם הנהלת בנין המשרדים.	מעשנים: בתי חולים – 71 קניון – 1 מקום עבודה – 6 סה"כ – 78 [48]	2	רמת גן
מוקד עירוני: 107 או 04-9831616	-	1	רמת ישי
08-6610991	-	-	שדרות
054-6755139	-	-	שער הנגב
מוקד עירוני: 106 במהלך שנת 2012 בוצעו 5,500 ביקורות יזומות וכן 464 ביקורות על-פי קריאה (בזמן אמת).	מעשנים: מסעדה, בית קפה, או בית אוכל אחר – 1,431 בית חולים – 53 תחנה מרכזית חדשה - 582 בעלי עסקים:	205	תל אביב- יפו

	אי-מניעת עישון – 610 אי-התקנת שילוט - 49 הצבת מאפרות - 184 סה"כ – 2,909 [2,501]		
--	--	--	--

פרק ז: גמילה מעישון בישראל

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

טכנולוגיות לגמילה מעישון בסל שירותי הבריאות

בשנת 2010 הוכנסו לסל שירותי הבריאות סדנאות לגמילה מעישון וכן תרופות מרשם לגמילה מעישון. הוועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות העריכה כי מטיפולים אלו ייהנו כ-6,000 חולים, והיא תקצבה טכנולוגיות אלה בכ-6.188 מיליון ₪ לשנה. המסר העיקרי של ועדת הסל בתקצוב זה נועד להדגיש כי רפואה מונעת חשובה וצריכה לקבל תקצוב לצד תרופות מצילות חיים. ההחלטה שהתקבלה לכלול את התרופות להפסקת עישון בסדנאות גמילה, תסייע למנוע מחלות ולשפר את איכות חייהם של מבוטחים רבים. בטבלה שלפניכם מוצג ריכוז של מספר המעשנים שעברו טיפול לגמילה מעישון בקופות החולים בשלוש השנים האחרונות. 95% מהם השתתפו בסדנאות לגמילה מעישון וכ-5% השתתפו בייעוץ טלפוני.

טבלה 1: מספר מעשנים שעברו טיפול לגמילה מעישון לפי קופות חולים

2012-2010

2012	2011	2010	קופ"ח / שנה
13,440	9,920	5,961	כללית
6,217	6,417	3,135	מכבי
2,867	2,145	1,878	מאוחדת
2,981	1,164	870	לאומית
25,505	19,646	11,844	סה"כ

משמעות הנתונים גורסת כי לאחר שלוש שנים ממועד ההכנסה של טכנולוגיות הגמילה לסל אנו עומדים על היקף ניצול של כ-425% יותר מכפי שהוערך ותוקצב בתחילה.

אף כי יש מדי שנה עלייה בהיקף הפנייה לגמילה מעישון בקופות החולים מאז הכנסת הטכנולוגיה לסל, קצב הגידול השנה היה נמוך במעט לעומת השנה הקודמת, אולם עדיין אין להסיק מכך על מגמה שמסתמנת.

חשוב להדגיש כי אם מחשבים את היקף הפונים לגמילה מעישון בקופות החולים מסך המעשנים במדינת ישראל, שמספרם מוערך בכ-1 מיליון, הרי מדובר בכ-2.5% מסך כל המעשנים. עם זאת, על-פי המקובל בעולם וככל הנראה גם בישראל, כפי שעולה מסקר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "הסקר החברתי לשנת 2010", כ-90% ממי שהפסיקו לעשן, עשו זאת

ללא סיוע, ורק כ-10% נעזרו בסדנאות הגמילה של קופות החולים ו/או בתרופות. לכן סביר להניח כי בסך הכול היקף הגמילה באוכלוסייה גבוה הרבה יותר ממה שמדווח על ידי הקופות. על מנת להשלים את התמונה בהתאם לסקר החברתי לשנת 2010, שיעור העישון באוכלוסייה עמד בשנת 2010 על 23.7%, שיעור הנגמלים מעישון באוכלוסייה עמד על כ-16.7%, ו-67% מהנגמלים עשו זאת מחשש לנזק בריאותי או נזק בריאותי קיים, ו-33% עשו זאת מסיבות אחרות, כגון סיבה כלכלית או חברתית וכדומה.

אין ספק כי יש צורך להגיע לאחוזי גמילה גבוהים הרבה יותר כדי להשיג את מטרות התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, ויש צורך בעריכת סקרים מעמיקים על מנת לבחון את המחסומים העומדים בפני גמילה מעישון מחד גיסא ואת המענה שמערכת הבריאות יכולה להציע מאידך גיסא כדי להשיג את היעדים שהוגדרו.

עם זאת, יישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, תוך הדגשת העלאה של נטל המס על מוצרי טבק, הרחבת ההגבלות על עישון במקומות ציבוריים, סימון מוצרי טבק באזהרות גרפיות ואיסור על פרסומות ועל חסויות מצד חברות הסיגריות, צפוי להמשיך ולהעלות את הביקוש לשירותי גמילה מעישון בשנים הקרובות.

להלן פירוט על היקף הפעילות של קופות החולים והאקדמיה בתחום הגמילה מעישון והכשרת אנשי מקצוע לטיפול בגמילה מעישון.

שירותי בריאות כללית

בשנת 2012 נערכו בכללית 900 סדנאות לגמילה מעישון, עלייה של 25% לעומת שנת 2011. מספר המשתתפים בסדנאות עמד על 13,440 איש, עלייה של 35% לעומת שנת 2011. הסדנאות התקיימו ב-150 יישובים בארץ, מקרית שמונה ועד אילת, ובכלל זה ב-30 יישובים ערביים.

במהלך שנת 2012 הוכשרו בכללית 26 מנחים חדשים לסדנאות הגמילה מעישון, שהיתוספו לכ-111 מנחים ותיקים.

נוסף על כך, נמשכה הדרכת הצוותים במרפאות הראשוניות בנושא התערבות ראשונית לגמילה מעישון.

מכבי שירותי בריאות

בשנת 2012 התקיימו 291 סדנאות, ובהן השתתפו 4967 מבוטחים לפי חלוקה מחוזית:

מספר משתתפים	מספר קבוצות	מחוז
723	36	דרום
1,299	76	ירושלים שפלה
1,326	79	מרכז
901	47	שרון
718	53	צפון

כמו כן 1,250 מבוטחים קיבלו ייעוץ טלפוני פרטני במסגרת המרכז הטלפוני לגמילה מעישון. הסדנאות בשנת 2012 התקיימו בפיזור גאוגרפי כלל ארצי מקרית שמונה ועד אילת ומשפרעם עד דימונה וירוחם ב-64 יישובים שונים, מהם חמישה יישובים ערביים ושני יישובים חרדיים. בשנת 2012 הוכשרו 43 עובדי מכבי ממקצועות הבריאות והמנהל כמנחי קבוצות גמילה מעישון בקורס בהיקף של 80 שעות, וכל המסיימים עוסקים בתחום. בסך הכול ישנם 160 מנחים פעילים לגמילה מעישון בשפות עברית, ערבית ורוסית, וכמעט כולם הוכשרו בתוך קופת חולים מכבי.

מאחדת

במהלך שנת 2012 התקיימו במאחדת 158 קבוצות לגמילה מעישון, שכללו 2,867 משתתפים. ייעוץ אישי ניתן בדרך כלל במקרים של חולים המרותקים לבית או במקרים שבהם הנגמל אינו מבין עברית, ואין נגישות לקבוצת גמילה מעישון בשפה המתאימה לו.

במהלך השנה האחרונה קיימה מאחדת כמה קבוצות לגמילה מעישון במקומות עבודה. את קבוצות הגמילה מעישון מנחים 62 מנחים מכל רחבי הארץ. נוסף על עברית סדנאות מתקיימות גם בשפה הערבית והרוסית לפי צורכי המשתתפים, וכן מתקיימות גם קבוצות ייעודיות לקהל החרדי. בסדנאות אלו החומרים עוברים התאמה לשפות השונות.

במאחדת פועל קו מידע הנותן הכוונה להרשמה לסדנאות ומענה על שאלות ועל דילמות בנוגע לתהליך הפסקת העישון. כמו כן אפשר לברר באמצעותו על שימוש בתרופות, על תחליפי ניקוטין ועל אישורי תרופות בהנחה. מתקיימות גם הרצאות בפני תלמידי תיכון בבתי ספר בנושא נזקי העישון והעלאת מודעות לאמצעי השכנוע של חברות הטבק.

במהלך 2012 התקיים קורס ייעודי להכשרה של מנחי גמילה מעישון בשיתוף אוניברסיטת בן-גוריון, ובמסגרתו נוספו 20 מנחים חדשים. כמו כן התקיימו במהלך השנה "הדרכות על" למנחי קבוצות גמילה מעישון בכל המחוזות. ההדרכה עסקה בהכוונה בנושא דילמות מקצועיות ועיבוד רגשי של העבודה.

כמו כן בשנת 2012 התקיימו מפגשי העשרה בנושא גמילה מעישון, שימוש בתרופות לגמילה ותחליפי ניקוטין לצוות הרופאים, לאחיות, לדיאטניות, למתאמות בריאות ולמזכירות רפואיות במטרה להעלות את המודעות של כלל הצוותים הרפואיים והפרה-רפואיים למטופל המעשן.

לאומית שירותי בריאות

לאומית שירותי בריאות החלה להפעיל סדנאות לגמילה מעישון החל מפברואר 2010. בשנת 2012 השתתפו 2,981 מעשנים בסדנאות לגמילה מעישון, ו-22 מנחים חדשים הצטרפו לכ-58 מנחים ותיקים העוסקים בנושא.

המרכז למניעה וגמילה מעישון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

המרכז למניעה וגמילה מעישון הוקם בשנת 2003 במטרה לקדם את שירותי הגמילה מעישון ברחבי הנגב. המרכז משתף פעולה עם שירותי הבריאות השונים בפעילויות מניעה והסברה

בקהילה. בין השנים 2003-2012 השתתפו סך הכול 1,946 אנשים ב-120 סדנאות שהתקיימו דרך המרכז. בשנה החולפת סייע המרכז בפתיחת שתי סדנאות לגמילה מעישון באילת. ככל מקצוע רפואי אחר הנחיית קבוצות לגמילה מעישון היא תחום טיפולי הדורש ידע ומיומנות מקצועית ברמה גבוהה. על כן בשנים האחרונות מתקיימים במרכז האוניברסיטאי קורסים ייעודיים להכשרת יועצים לגמילה מעישון. מדובר בקורס אוניברסיטאי שמתקיים במרכז לגמילה מעישון כחלק מפעילות החטיבה לבריאות בקהילה בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. ההכשרה מיועדת לבעלי מקצועות טיפוליים בלבד (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, רוקחים, דיאטנים, מקדמי בריאות) בעלי תואר ראשון ממסגרת אקדמית מוכרת. בשנת 2012 הסתיימו ארבעה קורסים, והוכשרו בהם 80 מנחים (אחד בשיתוף קופת חולים מאוחדת ואחד בשיתוף קופת חולים לאומית).

נוסף על קורסים אלו המרכז מקפיד גם על קיום מפגשים תכופים למנחים שהוכשרו לשם עדכון, שמירת המקצועיות והרחבת הידע. המפגשים נערכים כאחת לחודשיים. בשנת 2012 פתח המרכז רשימת תפוצה אינטרנטית דרך הדוא"ל להעברת מידע ומענה על שאלות מקצועיות במהירות. הרשימה פתוחה לכל מנחה המעוניין בכך (ולא רק למי שהוכשרו דרכו), והוא מהווה כלי יעיל וזמין לקבלת תשובות מקצועיות בנוגע למקרים פרטניים של נגמלים. יש לציין כי מנהלת המרכז חברה ברשימת תפוצה דומה בין-לאומית (ATTUD) המאפשר להעביר מידע מקצועי ולקבל מענה על שאלות ממומחים בין-לאומיים בנושאים אלו.

בשנת 2012 נעשה ניסיון לקיים קורס לימודי המשך מקוון למנחי גמילה מעישון. לקורס נרשמו 50 משתתפים, והתקיימו בו שתי הרצאות מקוונות של מרצה מחו"ל ומרצה מהארץ. עקב תקלה טכנית במערכת הוחלט על הקפאת הקורס עד לתיקון המערכת האינטרנטית.

המרכז האקדמי למניעה וגמילה מעישון, הטכניון

המרכז הוקם על מנת לקדם את המחקר, את ההוראה ואת השירות בנושא מניעה וגמילה מעישון בצפון ולהוביל לשיפור איכות החיים של אוכלוסיית הצפון על ידי הורדת התחלואה והתמותה הנגרמות עקב עישון.

במהלך שנת 2012 הוכשרו בו 24 מנחים, ו-22 מנחים נוספים החלו בתהליך ההכשרה.

פרק ח: דיווח בדבר הוצאות על פרסום מוצרי טבק לשנת 2011

בהתאם להנחיות ולהמלצות של אמנת המסגרת לפיקוח על טבק (ה-FCTC), הוביל משרד הבריאות תיקון לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, ולפיו על יצרן או יבואן של מוצרי טבק (וכן על בעל זכויות שימוש בסימן מסחרי של מוצר טבק) להגיש לשר הבריאות, עד ה-1 ביוני מדי שנה, דו"ח על הוצאותיו בשנה הקודמת עבור פרסומות, קידום מכירות ומתן חסות למוצרי הטבק שלו. בהתאם לחוק, דו"ח זה יכלול פירוט וחלוקה לפי הנושאים האלה: פרסומות, דיוור ישיר, מתן חסות ומבצעים של קידום מכירות.

נוסף על כך, 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: פרסומת ודיוור ישיר, מתן חסות ומבצעים של קידום מכירות.

דו"ח שר הבריאות על מצב העישון בישראל נבחר כאמצעי הפרסום הראוי והמתאים לחשיפת הדו"חות שמסרו יצרנים, יבואנים וזכיינים של חברות הטבק והסיגריות. הוא מובא להלן באופן המסכם את כלל הוצאות היצרנים והיבואנים למרכיבים השונים ללא פירוט לכל יצרן ויבואן בנפרד, על-פי הוראות החוק.

חשוב לציין כי גם בשנה זו מסרו רק חמישה יבואנים/יצרנים את הדיווחים כנדרש: ארבעת הגופים המובילים בשוק הסיגריות וכן חברה חדשה ליבוא סיגריות.

יצרנים/יבואנים שלא העבירו את דיווחיהם כנדרש, עוברים על החוק וצפויים לקנס של עד 226,000 ₪, ולכפל הקנס כאשר מדובר בתאגיד. לדוגמה, אפשר לציין את חברת דוידס, המייבאת מוצרי טבק, שהוזהרה במפורש בדבר חובתה להעביר דיווחים, התחייבה לעשות זאת ואף קיבלה הארכת זמן לצורך כך, אך טרם עשתה זאת עד למועד סגירת הדו"ח.

טבלה 1: הוצאות של חברות הטבק על פרסומות, חסויות וקידום מכירות לשנת 2011

הוצאות (בש"ח) בשנת 2011				
סה"כ	קידום מכירות	מתן חסות	פרסומת ודיוור ישיר	
54,596,509	24,048,457	226,088	30,321,964	
+6%	+18%	+6%	-2%	% שינוי (בהשוואה ל-2010)

טבלה 2: הוצאות של חברות הטבק על פרסומות, חסויות וקידום מכירות

בהשוואה רב-שנתית

סה"כ	קידום מכירות	מתן חסות	פרסומת ודיוור ישיר	
37,573,117	13,393,267	280,976	23,898,874	2007
49,860,205	16,657,204	1,023,530	32,179,471	2008
+32%	+24%	+364%	+34%	(ביחס ל-2007)
37,134,272	17,021,573	58,539	20,054,160	2009
-25%	+2%	-94%	-38%	(ביחס ל-2008)
51,460,780	20,354,291	212,068	30,894,42	2010
+38%	+19%	+362%	+54%	(ביחס ל-2009)
54,596,509	24,048,457	226,088	30,321,964	2011
+6%	+18%	+6%	-2%	(ביחס ל-2010)

בשנת 2011 גדלו הוצאות הפרסום והשיווק של חברות הסיגריות בהשוואה לשנת 2010. מבחינת פילוח שוק הפרסום עולה כי היקפי הפרסום באינטרנט גדלו משמעותית וכיום הם משתווים להיקפי הפרסום בעיתונות הכתובה, מאחר והם המאפשרים להגיע בצורה ממוקדת לקהלי המטרה של חברות הסיגריות, קרי צעירים.

פרק ט: היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל

פרק זה נועד להאיר היבטים שונים בתחום הכלכלי הנוגעים לעישון וצריכת טבק בישראל.

הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות

מקור המידע המרכזי המספק נתונים על צריכת הסיגריות הלאומית ועל הכנסות המדינה ממסים הוא דו"ח מנהל הכנסות המדינה, אולם מאחר שדו"ח זה עבר למתכונת פרסום אחת לשנתיים, והחלק הנוגע להכנסות ממיסי קנייה על טבק טרם פורסם, המידע המופיע בפרק זה מבוסס על נתוני מנהל תכנון וכלכלה ברשות המסים ועל אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. על-פי ההערכות, עמדו הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות בלבד בשנת 2012 על 5,323,700,000 ₪, מהם 4,578 מלש"ח מיבוא ו-744 מלש"ח מייצור מקומי.

טבלה: הכנסות המדינה ממסים על סיגריות בלבד, במיליוני ₪

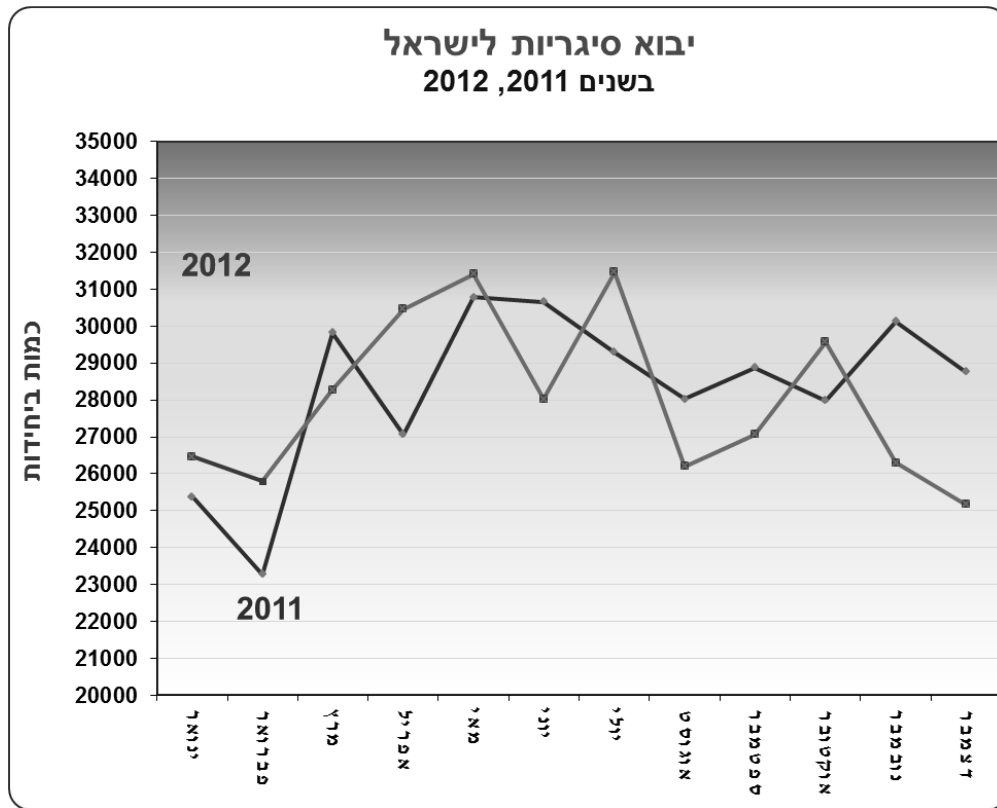
שנה	מקומי	יבוא	סה"כ
2012	744.7	4,578.9	5,323.7
2011	772.4	3,753.8	4,526.2

בשנת 2012 גדלו הכנסות המדינה ממסי יבוא של סיגריות (ב-9%), אך לעומת זאת ירדו הכנסות המדינה מייצור מקומי של סיגריות, ונתון זה מצביע על המשך המגמה לאורך עשרות השנים האחרונות של היחלשות הייצור המקומי לעומת התחזקות היבוא. חשוב להדגיש כי גם היצרן המקומי, חברת "דובק", מייבא בעצמו מותגים שונים מחו"ל, והוא למעשה שותפה להגדלת נתח השוק של היבוא לעומת הייצור המקומי. ב-25 ליולי 2012 הועלה המס על סיגריות וסיגרים בהתאם לצו של שר האוצר. בצו נקבע כי שעורי המס על סיגריות יועלו מ-260.6% ל-278.6% במרכיב האחוזי, ומ-224.99 ₪ ל-274.5 שקל במרכיב הקצוב. ההשפעה על מחיר חפיסה לצרכן נעה בין 2.40 ₪ ל-2.90 ₪ לחפיסה.

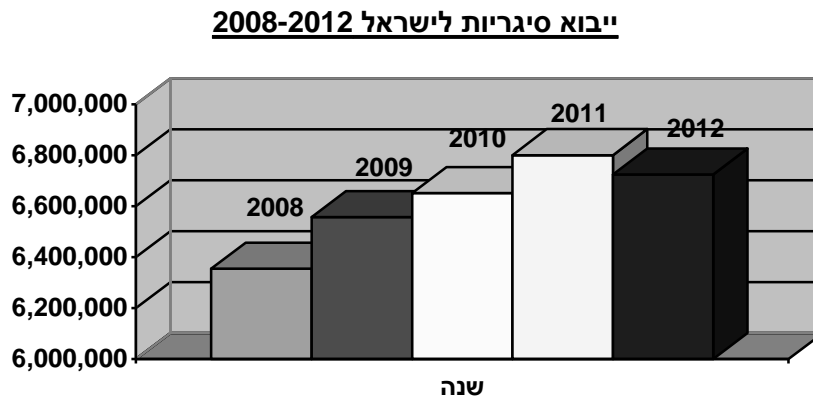
עוד נקבע בצו כי יועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות ל-12 ₪ לחפיסה, במטרה להתמודד עם מותגי סיגריות זולים.

הגרף הבא מציג השוואה בין נתוני יבוא כמותיים של סיגריות לישראל בשנים 2011 ו-2012 המבוססים על נתוני המחלקה לתכנון וכלכלה ברשות המסים, ואילו בתרשים שלאחריו מוצגים נתוני יבוא מהשנים 2008 עד שנת 2012 המבוססים על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והמחלקה לתכנון וכלכלה ברשות המסים.

תרשים 1: יבוא סיגריות לישראל, 2011, 2012



תרשים 2: יבוא סיגריות לישראל 2008-2012



מהנתונים עולה כי כמות הסיגריות המיובאת ירדה בכ-2% לעומת השנה הקודמת במקביל לירידה בכמות הייצור המקומי של סיגריות. בעוד העלייה בהכנסות המדינה מיוחסת, כמובן, לעלייה בשיעורי המס על הסיגריות, את הירידה בכמות הסיגריות יש לייחס להשפעת התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, שמרכיב מדיניות המיסוי הוא חלק חשוב ומרכזי בה, אך היא כוללת גם הגבלות על עישון במקומות ציבוריים, שיפור הסיוע בגמילה מעישון ועוד.

שינויי העדפות וחיפוש תחליפים

מהניסיון המצטבר מהעולם, אחת מדרכי ההתמודדות של מעשנים עם העלאת מחירי הסיגריות, נוסף על האפשרות הטובה והחכמה ביותר - גמילה מעישון, היא מציאת חלופות זולות יותר, בין היתר במעבר למוטגי סיגריות זולים יותר או מעבר לגלגול עצמי של סיגריות.

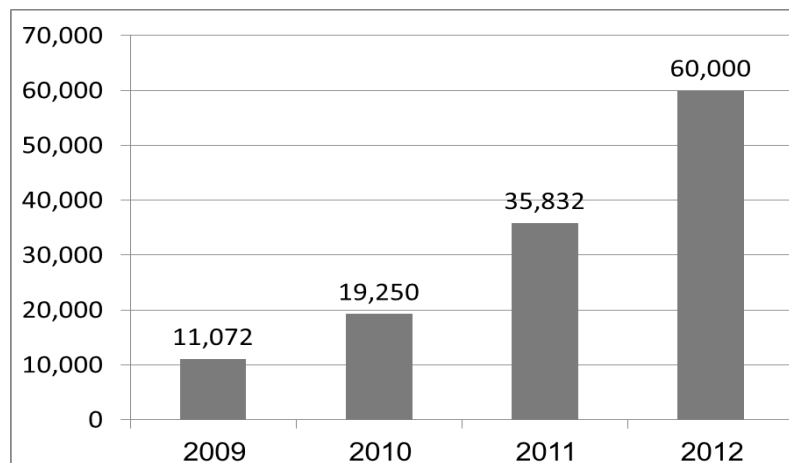
גלגול עצמי של סיגריות מחייב מיומנות טכנית מסוימת לצורך הרכבת הסיגריה מהמרכיבים השונים - נייר לגלגול, פילטר וטבק לגלגול עצמי. בשונה משליפת סיגריה "תעשייתית" מהחפיסה ועישונה, סיגריה לגלגול עצמי מחייבת תשומת לב בהכנתה ואינה מאפשרת התעסקות אחרת בו-זמנית. אחת המשמעותיות של היבט טכני זה היא היעדר האפשרות לגלגל סיגריה בזמן נהיגה.

מאחר שכמות הטבק בסיגריה רגילה היא כ-1 גרם, ובסיגריה לגלגול עצמי כמות הטבק נעה בין 0.45 גרם לכ-0.75 גרם, רכישת טבק לגלגול עצמי, נוסף על רכישת נייר לגלגול ופילטרים, עדיין מהווה חלופה זולה יותר מבחינת סך העלות הכללית לסיגריה בגלגול עצמי לעומת סיגריה "תעשייתית".

מהנתונים של השנים האחרונות עולה, כצפוי, כי גם חלק מציבור המעשנים בישראל אימץ פתרונות אלו.

מבחינת נתח השוק של מותגי סיגריות שונים עולה כי בנתח השוק של מותגי הסיגריות הזולים חלה בסך הכול עלייה, כמו גם בהיקף ההשקעה בפרסום של מותגים אלו. בבחינה של כמות הטבק לגלגול עצמי המיובאת לישראל אפשר לראות בבירור עלייה חדה בשנים האחרונות.

תרשים 3: משקל טבק לגלגול עצמי שיובא לישראל בארבע השנים האחרונות



מקור: נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

כל עוד ישנן חלופות זולות, אם מותגי סיגריות זולים ואם טבק לגלגול עצמי, לא ימומש מלוא הפוטנציאל של מדיניות המיסוי ככלי לצמצום העישון ולעידוד גמילה מעישון, ולכן יש צורך להמשיך ולהעלות את מחירי הסיגריות ואת מחיר הטבק לגלגול עצמי.

ב-8 למאי 2013, לפני סיום כתיבת דו"ח זה, חתם שר האוצר על צו תיקון לצו תעריף המכס ומס הקנייה, ולפיו יועלה המס המוטל על סיגריות, על טבק לגלגול עצמי, על סיגרים ועל סיגרלות.

בהתאם לצו, שיעורי המס המוטל על סיגריות ישתנו; במרכיב האחוזי יירד המס מ-278.6% ל-270%, ואילו במרכיב הקצוב יועלה המס מ-274.5 ₪ לאלף סיגריות ל-391.5 ₪ לאלף סיגריות. כמו כן נקבע כי המס המינימלי לחפיסת סיגריות יועלה מ-12.17 ₪ ל-15 ₪ לחפיסה, וכן יוטל מס בשיעור של כ-10% על מלאי הסיגריות הקיים בידי עוסקים.

העלאה זו באה לידי ביטוי בהעלאת מחיר של 2.5 עד 3 ₪ לכל חפיסת סיגריות, ולמעשה מעלה את מחיר מותגי הסיגריות הזולות אל מעל לסף ה-20 ₪ לחפיסה ואת מחיר מותגי הסיגריות היקרות אל מעל לסף ה-30 ₪ לחפיסה, אלו שתי מדרגות שלחצייתן עשויה להיות השפעה תפיסתית מעבר למחיר עצמו, בדומה למחיר הדלק שחצה את סף ה-8 ₪ לליטר.

נוסף על העלאת המס על סיגריות הועלה גם המס על טבק לגלגול עצמי של סיגריות, מ-290.82 ₪ לקילוגרם ל-450 ₪ לק"ג, ועקב כך מרכיב המס במחיר שקית טבק סטנדרטית, במשקל 50 גרם, עלה מ-14.5 ₪ ל-22.5 ₪, וכן הוטל מס בסכום של 159.18 ₪ לק"ג על מלאי הטבק לגלגול עצמי של סיגריות.

משמעות ההעלאה הזו היא שהטבק לגלגול עצמי כבר אינו מהווה חלופה זולה לסיגריות, אם מביאים בחשבון את המחיר החדש בצירוף עלויות הנייר והפילטרים.

עוד הוחלט במסגרת ההעלאה הזו להעלות גם את המס על סיגרים, מ-75% ל-90%, והמס על סיגרלות עלה גם הוא בצמוד להעלאת מס הקנייה המינימלי לסיגריות.

חשוב להזכיר עוד כי בחודש יוני 2013 צפויה העלאה של 1% בגובה המע"מ, שתגרום לייקור נוסף של מחירי הסיגריות בעשרות אגורות.

עדכון המס בהתאם למדד המתבצע בינואר מעלה את מחירי הסיגריות באגורות בודדות, ולרוב חברות הסיגריות "סופגות" את ההעלאה, למעט מקרים שבהם לא חלו העלאות מס משמעותיות במהלך השנה. אז מנצלות החברות את העלאת המדד להעלאת מחירים עצמית, הנתפסת בעיני הצרכנים כהעלאה מס מטעם המדינה, כפי שהיה בינואר 2012.

מיסוי על טבק והשפעתו על עשירונים שונים באוכלוסייה

העלאה של נטל המס היא אחד מכלי המדיניות היעילים ביותר לצמצום העישון, והיא משפיעה באופן חיובי על צמצום כמות העישון של המעשנים, מעודדת גמילה מעישון ומשפיעה גם על מניעה של התחלת עישון בקרב צעירים.

אוכלוסיות הרגישות למחיר, כגון אנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, וכן צעירים בכלל מושפעים יותר מהעלאת המיסוי בהשוואה לאוכלוסיות אחרות, ושיעורי הגמילה מעישון אצלם גבוהים יותר.

טבלה 1: הכנסות והוצאות משקי בית לפי עשירונים (בש"ח), 2009²

עשירון	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
הכנסה כספית נטו למשק בית ³	2,705	4,411	5,646	7,257	9,038	10,761	12,581	15,049	18,163	27,939
הוצאה כספית לתצרוכת למשק בית ⁴	5,953	5,856	6,608	7,765	8,875	9,892	10,898	12,112	14,275	16,920
פער	-3,248	-1,445	-962	-508	163	869	1,683	2,937	3,888	11,019

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משקי בית לשנת 2009, לוח 2.1 – הכנסה חודשית בעשירונים של משקי בית לפי הכנסה כספית נטו לפש סטנדרטית, לוח 2.2 – הוצאה חודשית לתצרוכת בעשירונים של משקי בית לפי הכנסה כספית נטו לפש סטנדרטית, תאריך כניסה: 2 באוגוסט 2011.

³ ההכנסות של כל בני משק הבית מעבודה שכירה או עצמאית, מרוכש, מריבית או מדיבידנדים, מתמיכות ומקצבאות, הכנסות מפנסיה וכל הכנסה שוטפת אחרת (לא נכללים תקבולים חד פעמיים וזקיפות בעבור הכנסות הנובעות משימוש בדיוור עצמי או הכנסות לא כספיות אחרות), בניכוי תשלומי החובה (ביטוח לאומי, ביטוח בריאות ומס הכנסה).

⁴ ההוצאה שמשק הבית מוציא בפועל על צריכת מוצרים ושירותים, ללא אומדן על הוצאה על שירותי דיוור ומכוניות.

מטבלה 1 עולה כי ההוצאה לתצרוכת של ארבעת העשירונים התחתונים גבוהה מהכנסתם; כלומר, משקי הבית בעשירונים אלו אינם חוסכים ונמצאים במצב של חובות. עם זאת, הפער הגדול במיוחד בעשירון התחתון עשוי להצביע על מצב של חוסר דיווח בנוגע להכנסות משק הבית.

אומדן גבייה של מס קנייה על סיגריות לפי עשירוני הכנסה נעשה על בסיס של התפלגות הצריכה בין העשירונים לפי סקר הוצאות משק בית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולפי סך הכנסות המדינה ממס קנייה, כפי שפורסם על ידי מנהל הכנסות המדינה.

בטבלה 2 להלן מוצגים נתונים על סכום מס הקנייה החודשי לסיגריות, התפלגות בין העשירונים ונטל מס הסיגריות כאחוז מההכנסה נטו.

טבלה 2: שיעור מס על סיגריות מההכנסה החודשית נטו למשק בית, 2009*

עשירון	הוצאה חודשית למשק בית	התפלגות מס קנייה לסיגריות	שיעור מס קנייה מההכנסה
1	199	12.4%	7.4%
2	143	8.9%	3.2%
3	151	9.4%	2.7%
4	179	11.1%	2.5%
5	179	11.1%	2.0%
6	150	9.4%	1.4%
7	145	9.0%	1.1%
8	175	10.9%	1.2%
9	190	11.9%	1.0%
10	96	6.0%	0.3%

עיבוד של מרכז המחקר והמידע ל הכנסת לנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, סקר הוצאות משקי בית לשנת 2009 לוחות 2.1 ו-2.2, תאריך כניסה: 26 ביולי 2011. סכום המס הכולל וחישוב מס הקנייה לפי שיעור המס מהמחיר לצרכן שפורסם במשרד האוצר, מינהל הכנסות המדינה, דוח שנתי 200-2010 – פרק יב מס קנייה. משקל המס עבור סיגריות מסוג מרלבורו.

מנתוני הטבלה עולה כי אין הבדל ניכר בין העשירונים בהוצאות של משקי הבית על סיגריות, פרט לעשירון העליון, שההוצאה שלו נמוכה משמעותית מההוצאה של יתר העשירונים. שיעור מס הקנייה על סיגריות למשק בית ממוצע בעשירון התחתון מגיע לכ-7.4% מהכנסת משק הבית נטו.

לשם המחשה והבהרה, נדגום משק בית מהעשירון התחתון, שהכנסתו הממוצעת מגיעה לכ-2,705 ₪ בחודש. בהנחה שבמשק הבית יש רק אדם אחד שמעשן, וצריכת הסיגריות שלו היא רק חפיסה ביום במחיר ממוצע של כ-20 ₪ לחפיסה, הרי ההוצאה החודשית של משק בית זה על סיגריות מגיעה לסך של כ-600 ₪ - שהם כ-22% (!) מסך ההכנסה החודשית למשק הבית. ראשית, ברור כי העישון אינו בחירה רציונלית, העדפה או הנאה, אלא התמכרות. שנית, סביר להניח שהמשמעות של הוצאת אחוז כה גבוה מההכנסה על צריכת סיגריות היא פגיעה בביטחון התזונתי של משק הבית.

הדרך הנכונה להתמודד עם מצב זה היא המשך היישום של התכנית הממשלתית לצמצום העישון ונזקיו, ובכללה - שיפור הסיוע לגמילה מעישון והנגשתו לכלל הציבור, במיוחד לאוכלוסיות שנגישותן לשירותי בריאות נמוכה, העלאת המודעות בציבור לנזקי העישון והעלאה משמעותית של נטל המס על סיגריות במטרה לעודד את הגמילה מעישון באוכלוסייה וכך לאפשר בחירה עצמאית ולא כפויה בהוצאה הכללית של משק הבית.

במארס 2013 פורסמה בעיתון "גלובס" כתבה של אילנית חיות תחת הכותרת: "מכירות הסיגריות בישראל בירידה: 'זה כבר עסק יקר לעשן'". הכתבה עוסקת בנייתו של שוק הסיגריות בישראל בשנת 2012, בהסתמך על נתוני "סטורנקסט", חברת מחקר המספקת שירותי מידע בענף הקמעונאות.

הכתבה מספקת מידע רב על שוק הסיגריות בישראל, על השחקנים המרכזיים בו ועל השינויים והמגמות בו, ולכן היא מובאת כאן במלואה.

מכירות הסיגריות בישראל בירידה: "זה כבר עסק יקר לעשן"

המסים עלו, המחירים התייקרו, והמעשנים הקטינו אשתקד את הצריכה ב-2.7%, עברו לסיגריות זולות וחלקם החלו לגלגל את הסיגריה בעצמם ■ שוק הסיגריות מגלגל 7.1 מיליארד שקל בשנה, בינתיים.

05/03/2013, אילנית חיות

האם העלייה החדה במיסוי על סיגריות הביאה לצמצום העישון? נתוני סטורנקסט שהגיעו לידי "גלובס" מצביעים על ירידה ריאלית (כמותית) של 2.7% בצריכת הסיגריות בישראל בשנת 2012. מדובר במפנה של ממש בשוק שכבר שנים שומר על יציבות. הצרכנים בישראל הוציאו 7.1 מיליארד שקל על סיגריות בשנת 2012. בזמן שהכמות ירדה, ההוצאה הכספית עלתה בשיעור של 8.8% בשל עליית המחיר כתוצאה מהמיסוי החדש.

נזכיר, כי בינואר 2012 עודכן המס על הסיגריות. בנוסף לכך, ביולי אותה שנה עלה משמעותית מס הקנייה על הסיגריות והביא לעלייה של כ-3 שקלים לחפיסת סיגריות במוצע. המיסוי על הסיגריות מורכב מחלק קבוע ומחלק יחסי (שיעור מהמחיר) והתוצאה היא שמותגי הסיגריות היקרים עלו באופן חד יותר.

כיום נמכרים מותגי הסיגריות הזולים לצרכן ב-20-18 שקל לחפיסה ואילו מחירים של המותגים היקרים מגיע ל-30-28 שקל לחפיסה. בהנחה שמעשן ממוצע צורך חפיסת סיגריות ביום, הוא יוציא סכום של 7,000 שקל בשנה. מעשן הצורך מותגים יקרים יוציא יותר מ-10,000 שקל בשנה על סיגריות.

"הסיגריות, גם בהשוואה לחו"ל, הפכו להיות יקרות. זה כבר עסק יקר לעשן", אומר גדי נצר, מנכ"ל חברת גלוברננדס, המשווקת מספר מותגי סיגריות.

הרגולציה והירידה בצריכה מנוגדות לאינטרסים הכלכליים של חברות הסיגריות, שהגדולה שבהן, פיליפ מוריס, יצאה לקרב בלימה. בזמן שהעישון הפך במידת מה ללא לגיטימי, פיליפ מוריס נותנת לו לגיטימציה מלאה. לפני שבועות אחדים השיקה החברה את האתר "מקום לדעתי", בשל הרצון לתת למעשנים במה. המעשנים בישראל מהווים כ-20% מהאוכלוסייה הבוגרת ובפיליפ מוריס הבינו כנראה, ש-20% הם כוח שכדאי להשתמש בו.

בפועל, כפי שניתן להתרשם מהאתר, מטרתו לאגד את ציבור המעשנים נגד הרגולציה ולגייסם לפעילות לשם מניעת גזירות נוספות בדמות עלייה נוספת במסים על סיגריות. כך למשל, נכתב באתר "מה הדבר הבא? אם מתבוננים במגמות הנוכחיות, אל תתפלא אם הממשלה תאסור פרסום של מוצרים חוקיים אחרים כגון מזון מהיר ושתייה קלה".

יש אלטרנטיבה

בחברות הסיגריות אומרים, כי העלייה בשיעור המס היא הסיבה המרכזית לירידה במכירות הסיגריות, אלא שלדבריהם לירידה הזאת נלוות תופעות נוספות והן עלייה בצריכת הטבק לגלגול ועלייה בצריכת הסיגריה האלקטרונית. "ראינו עלייה מאוד גדולה בטבק לגלגול. יש עליו מיסוי יותר נמוך ואנשים עברו לקנות טבק וגלגלו את הסיגריות לבד. מחבילה של 50 גרם טבק, אפשר לגלגל 100 סיגריות בערך, שהן שוות לחמש חפיסות סיגריות. באופן הזה, המחיר יורד בצורה מאוד משמעותית", אומרים באחת החברות.

לדבריהם, כאמור, גם הסיגריה האלקטרונית מהווה חלופה זולה יותר ולכן השימוש בה התרחב בעקבות העלייה במיסוי. עם זאת, הם אומרים, "בזמן שלמשתמשי הסיגריה האלקטרונית נמאס אחרי זמן מה, משתמשי הטבק לגלגול נשארים לאורך זמן במיוחד אם יש פערים במחיר", נאמר.

בחברות הסיגריות אומרים גם כי העלייה במחיר מעודדת הברחות של סיגריות וכי לאחריה, תופעת ההברחות התרחבה.

בישראל פועלות שלוש חברות סיגריות. חברת פיליפ מוריס הבינלאומית מובילה את השוק עם נתח כספי של 56.7%. הנתח הכמותי של החברה נמוך יותר בשל תמהיל מוצרים יקר יחסית. פיליפ מוריס מחזיקה בארבעה מבין עשרת המותגים הנמכרים ביותר מבחינה כמותית: מרלבורו, LM, נקסט ופרלמנט. בשנת 2012 הוציא הצרכן הישראלי 4 מיליארד שקל על מותגיה של החברה, שחתמה את השנה עם ירידה של 2% במכר הכמותי, לצד עלייה של 8.5% במכר הכספי.

החברה השנייה בגודלה היא חברת גלוברנדס, שהחזיקה אשתקד בנתח שוק כספי של 26.2% לצד נתח שוק כמותי גבוה יותר, בשל תמהיל מוצרים זול יחסית. גלוברנדס מחזיקה בשלושה מבין עשרת המותגים הנמכרים ביותר כמותית: פאל מאל, כאמל וקנט. מותגי החברה LD, קנט ולאקי סטרייק מדורגים במקומות 11-13. בניגוד ליתר חברות הסיגריות, גלוברנדס חתמה את השנה עם התחזקות של 2.9% במכר הכמותי, לצד עלייה של 15.9% במכר הכספי. גלוברנדס צמחה גם במוטג האמצע וינסטון, למרות שמחירו לצרכן עומד על 24-25 שקל לחפיסה. בשנת 2012 הוציא הצרכן הישראלי 1.86 מיליארד שקל על מותגי החברה.

תמונה שונה נראית ביצרנית הסיגריות הישראלית דובק, שידעה שנים רבות של פריחה בשוק הישראלי אך נמצאת בדעיכה מתמשכת. דובק רשמה בשנת 2012 ירידה של 11% במכר הכמותי אחרי שגם שנה קודם לכן היא רשמה ירידה של 8%. מדובר במגמה מתמשכת שהחברה מתקשה לפי שעה לעצור אותה. דובק מחזיקה אמנם בשלושה מתוך עשרת המותגים המובילים - טיים, נובלס וגולף, אך המעמד של שלושתם בקרב המעשנים נשחק והם רושמים ירידה של 10%-12% במכר הכמותי.

צורכים מותגים זולים

העלייה במחיר הסיגריות הביאה למעבר לצריכת מותגים זולים יותר. "המחיר משחק היום תפקיד יותר משמעותי בקרב חלק מהצרכנים ואנחנו רואים מעבר למותגים יותר זולים", אומר נצר.

לטענת נציג חברה אחרת, המיסוי הדיפרנציאלי, שהביא כאמור לעלייה חדה יותר במותגים היקרים, עורר תחרות במותגים הזולים יותר. נתוני סטורנקסט מאשרים את המגמה. מרלבורו הוא המותג היקר הבודד שכמעט לא נפגע. לעומתו, מכירות פרלמנט המשחק באותה זירת מחיר, צנחו כמותית ב-12%. גם מותג האמצע LM, הנמכר במחיר של 24 שקל לחפיסה, נפגע ומכירותיו ירדו ב-5%.

לעומתם, המותג נקסט הנמכר לצרכן ב-20 שקל, עלה כמותית ב-9% ושיעור צמיחה גבוה מעט יותר רשם גם המותג LD, שמחירו לצרכן עומד על 19 שקל. המותג פאל מאל, הנמכר ב-20 שקל לחפיסה, מתחזק אף הוא אם כי בשיעור נמוך יותר (2.8%).

יוצאי דופן הם כאמור, מותגיה של חברת דובק (טיים, נובלס וגולף) שנשחקים למרות מחירם הנמוך יחסית - 19-21 שקל לחפיסה. "טיים הוא מותג של פעם ומכירותיו יורדות כבר שנים

רבות. כמו בכל דבר, המותגים הבינלאומיים גדלים והמותגים המקומיים קטנים", אומר נצר. גורם בשוק מוסיף, כי "לדובק יש את הלקוחות הנאמנים שלה, אבל המותגים שלהם ישנים".

השקות חדשות

כדי להתמודד עם השתנות השוק בעקבות העלייה במיסוי, החליטו חברות הסיגריות להשיק מותגים זולים יותר. בספטמבר 2012 השיקה חברת דובק את המותג "רויאל", הנמכר במחיר של 17.5 שקל. בתוך ארבעה חודשים בלבד הגיעו מכירות המותג ל-5 מיליון שקל (במחירים לצרכן). "דובק ייצרה בפועל קטגוריית מחיר חדשה", אומרים בשוק.

חברת פיליפ מוריס הצטרפה למהלך בסוף אותה שנה (דצמבר 2012) כשהשיקה תת-מותג "נקסט לילך" במחיר של 20 שקל לחפיסה. מדובר אמנם במחיר הזהה למחיר המותג נקסט, אך בפיליפ מוריס סבורים שלאור השינוי בדפוס הצריכה, החברה חייבת להציע מגוון רחב יותר בקטגוריית הסיגריות הזולות, על מנת לשמור על מעמדה.

בחברות הסיגריות מתלוננים על שחיקה ברווחים. "הרווחים נשחקים כל הזמן. בינואר 2013 הייתה עלייה נוספת במס, אמנם קטנה, אך ברוב המותגים ספגנו אותה ובחלק העלינו בשיעור נמוך יותר", אומר נצר.

על פניו לא נראה ששוק הסיגריות עומד להתאושש. התחזית הזאת היא בשורה פסימית לחברות הסיגריות שעשויות לחוות שחיקה נוספת ברווחים.

כגילוי נאות, צוין בסוף הכתבה כי אליעזר פישמן, בעל השליטה בעיתון "גלובס", הוא מבעלי חברת גלברנדס, המוזכרת בכתבה.

מכירת סיגריות בחנויות דיוטי פרי

עישון של מוצרי טבק גורם נזק בריאותי למעשן וכן לסובבים אותו, הנחשפים לעישון כפוי. מאחר שמיסוי מוצרי הטבק נועד להפנים את ההשלכות החיצוניות השליליות של העישון, אין סיבה או היגיון לאפשר מסלול שבו ניתן לרכוש מוצרי טבק ללא תשלום כלל המסים המוטלים עליהם.

האמנה הבין-לאומית לפיקוח על הטבק (FCTC), שעליה מדינת ישראל חתומה, דורשת בסעיף 6b שלה "לאסור או לצמצם מכירה של מוצרי טבק פטורים ממס לנוסעים בנמלים בין-לאומיים ו/או יבוא של מוצרים כאלו על ידי נוסעים".

האיחוד האירופי אסר כבר בשנת 1999 על מכירת סיגריות בחנויות דיוטי פרי לנוסעים העוברים בין מדינות האיחוד. בנפאל וברומניה אין מכירה של מוצרי טבק בחנויות דיוטי פרי לנוסעים יוצאים.

בברבדוס, בסינגפור ובסרי לנקה אי-אפשר להכניס מוצרי טבק ללא תשלום מסים מלאים. בהונג קונג הכמות מוגבלת ל-19 סיגריות בלבד הפטורות ממס. בבולגריה, באסטוניה, ביוון, בהונגריה, בלטיביה, בפולין, ברומניה, באוסטריה, בסלובקיה ובגואטמלה הפטור ניתן ל-40 סיגריות בלבד.

באוסטרליה מותר להכניס 250 סיגריות, אך בתוך זמן קצר הפטור צפוי לרדת ל-50 סיגריות בלבד, ואילו בקנדה מוטל מס מיוחד על מכירת סיגריות בחנויות דיוטי פרי.

על-פי הערכות, בשנת 2011 נמכרו בחנות הדיוטי פרי של חברת ג'יימס ריצ'רדסון בנמל התעופה בן-גוריון כ-1.3 מיליון חבילות (פקטים) של סיגריות, שהם כ-13 מיליון חפיסות (הצריכה הלאומית השנתית בישראל היא כ-426 מיליון חפיסות).

רובן המוחלט של הסיגריות שנקנות בחנות הדיוטי פרי בנמל התעופה בן-גוריון, מועברות דרך הסדר "פטור ושמור" ונמסרות לקונים עם חזרתם לארץ. סידור זה מדגיש את היעדר ההיגיון במכירת סיגריות פטורות ממס: הן נקנות ברובן על ידי ישראלים, נצרכות בתוך ישראל, מערכת הבריאות של מדינת ישראל מעניקה את שירותי הבריאות לצרכניהן – אך מדינת ישראל לא גובה את המסים על הסיגריות, וכל זאת רק בגלל העובדה הזניחה שהרכישה נעשית מעבר לשער היציאה ועל סמך הצגת דרכון.

בתאריך ה-14 למאי 2012 אישרה ועדת הכספים צווים של שר האוצר בנושאי מיסוי מוצרי טבק, שהוצאו בהתאם להמלצת סגן שר הבריאות כחלק מהתכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו. על-פי הצווים, הפטור על יבוא מוצרי טבק ואלכוהול בדיוטי פרי יינתן רק למי שגילו מעל ל-18 שנה, והפטור יצומצם משני פקטים (400 סיגריות) לפקט אחד בלבד (200 סיגריות) החל מה-1 לאפריל 2013.

נוסף על כך, הועלה המס על טבק לנרגילה ב-130% באופן מיידי, מ-50 ₪ לק"ג ל-115 ₪ לק"ג. בינואר 2013 הועלה המס ל-185 ₪ לק"ג, בתחילת שנת 2014 יעלה המס ל-240 ₪ לק"ג, ובתחילת שנת 2015 יגיע המס לרמה של כ-290 ₪ לק"ג.

בפועל, משמעות ההעלאה היא שמחיר חפיסת טבק לנרגילה קפץ מכ-10 ₪ לחפיסה של 60 גרם למחיר של כ-35 ₪ כיום, ובשנת 2015 המחיר יגיע לכ-60 ₪ לחפיסה.

עוד הועלה נטל המס על מוצרי טבק נוספים, כמו סיגרים וסיגריות.

על-פי הערכת משרד האוצר, תוספת ההכנסות ממס קנייה על מוצרי טבק אלה בתום שלוש שנים (שנת 2015) תסתכם בכ-300 מיליון ₪.

מקורות

- דו"חות על נתוני ייבוא מוצרי צריכה והשקעה, המחלקה לתכנון וכלכלה, רשות המיסים
- אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
- "בחנית נטל המס לפי עשירוני הכנסה", אילנית בר, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, יולי 2011
- עיתון "גלובס", כתבה של אילנית חיות מה-5.3.2013: "מכירות הסיגריות בישראל בירידה: לזה כבר עסק יקר לעשן".

פרק י: הסיגריה האלקטרונית

ב-14 לאוקטובר 2012 מינה משרד הבריאות ועדה לבחינה של נושא הסדרת הסיגריות האלקטרוניות בישראל.

הדו"ח וההמלצות של הוועדה הוגשו בסוף חודש דצמבר 2012 ופורסמו לציבור הרחב לקבלת התייחסות והערות.

זאת ועוד, בחודש מאי התאפשר גם לחברות הסיגריה האלקטרונית להעיר ולהשמיע את התייחסותן להמלצות הדו"ח.

הוועדה תבחן את כלל ההערות וההתייחסויות מהציבור הרחב ומבעלי האינטרסים השונים, ולאחר מכן יועברו כלל החומרים וההמלצותיה להנהלת משרד הבריאות לקבלת החלטה על מדיניות ההסדרה.

דו"ח הוועדה וההמלצות מובאים כאן במלואם.

דו"ח הוועדה לנושא הסיגריה האלקטרונית

המשנה למנכ"ל משרד הבריאות

ד"ר בעז לב

יו"ר הוועדה
מרכז הוועדה

ד"ר לב ישי
ד"ר אודי קלינר

תוכן

74	ד"ר בעז לב, המשנה למנהל הכללי במשרד הבריאות
75	שמות השותפים בהכנת הדו"ח
76	דו"ח הוועדה לנושא הסיגריה האלקטרונית
76	מבוא
76	המצב בארץ:
76	א. המסגרת הרגולטורית
76	ב. השימוש בסיג"א
76	ג. אופן השיווק
77	בטיחות הסיגריה האלקטרונית למשתמש ולנמצאים בסביבתו
79	יעילות סיג"א לגמילה מעישון
80	המלצות בין-לאומיות בנושא הסדרת הסיג"א
80	World Medical Association
80	World Health Organization
80	Federal Food and Drug Administration– US
81	National Institute for Health and Clinical Excellence – UK
81	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency –UK (MHRA)
81	הסברה והסיגריה האלקטרונית
82	דיון
83	המלצות עיקריות ליישום
83	עד ליישום המלצות הוועדה כנ"ל ובמקביל להן הוועדה ממליצה על:
83	1. הסברה
83	2. פיקוח פרמצבטי ואגף הרוקחות
84	3. איסור יבוא
84	4. מחקר

ד"ר בעז לב, המשנה למנהל הכללי במשרד הבריאות

העישון הוא גורם מרכזי בתחלואה ובתמותה בת-מניעה. יש התקדמות משמעותית בתודעה הציבורית על נזקי העישון.

החיפוש אחר גמילה אפקטיבית מייצר שפע של פתרונות שמיעוטם הוכיחו אפקטיביות משמעותית.

לתוך השדה המורכב הזה נכנסת הסיגריה האלקטרונית.

לסיגריה האלקטרונית ככלי חלופי לעישון סיגריה יש שני מופעים מרכזיים – סיגריה אלקטרונית המכילה ניקוטין וסיגריה אלקטרונית נטולת ניקוטין.

ככל שהסיגריה מכילה ניקוטין, דינה ככלי למתן תרופה, והיא חייבת להירשם כמכילה תרופה ולהיות כפופה לכל רגולציה התופסת בשוק התרופות ובכלל זה הוכחת בטיחות, יעילות ורישום בפנקס התרופות.

הדילמה המרכזית היא לגבי הסיגריה האלקטרונית שאינה מכילה ניקוטין.

בהיעדר עדויות מדעיות לתועלת רפואית ולאור האפשרות שיש בהן סיכון בשל החומרים שהעשן עלול להכיל, ובהתחשב בעיקרון הזהירות המונעת, יש להביא בחשבון את השיקול של איסור השימוש בסיגריה האלקטרונית.

הצטברות מידע ועדויות על תועלת או נזק יכולים להשפיע על ההחלטות העתידיות.

נושאים אלה מקבלים ביטוי בדו"ח שלפניכם.

תודה לצוות ולד"ר ישי לב על הדו"ח ועל המלצותיו.

שמות השותפים בהכנת הדו"ח

יעצת משפטית ברשות להגנת הצרכן	עו"ד חנה ונשטוק מירי		ממנה הוועדה, משנה למנכ"ל המשרד	ד"ר בעז לב
ממונה מדיניות יבוא, משרד התמ"ת	מר עמי לזין		יו"ר הוועדה, מינהל רפואה משרד הבריאות, ועד החברה הרפואית למניעה וגמילה מעישון	ד"ר לב ישי
מנהל המכון לכימיה פתולוגית, שיבא תל השומר	פרופ' בן-עמי סלע		מרכז הוועדה, ע' ראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות	ד"ר אודי קלינר
מנהל שירות ריאות- אונקולוגיה, שיבא	ד"ר אמיר און		מרכז בכיר מניעת עישון, משרד הבריאות	מר חיים גבע הספיל
מנהל המרכז COPD ונזקי עישון, במרכז הרפואי הדסה	ד"ר צבי פרידלנדר		משנה ליועצת משפטית, משרד הבריאות	עו"ד אילנה מישר
	תודה מיוחדת לתורמים נוספים לוועדה		ראש אגף רוקחות, משרד הבריאות	ד"ר איל שוורצברג
יו"ר המועצה למניעת עישון בישראל	עו"ד עמוס האוזנר		טוקסיקולוגית ראשית במשרד הבריאות	ד"ר תמר ברמן

דו"ח הוועדה לנושא הסיגריה האלקטרונית

מבוא

המוצר המכונה "סיגריה אלקטרונית" (סיג"א; לרבות חומר למילוי ומחסנית ובה חומר מילוי) הנו כלי אידיי חשמלי בצורת סיגריה המשמש לשאיפה לחלל הפה ולדרכי הנשימה של תמיסות טעם וריח הכוללות בדרך כלל חומר נשא המייצר אדים דמויי עשן, ניקוטין וחומרים פעילים אחרים. הדמיון בצורת המוצר לסיגריה אינו מקרי, כמובן, אך מוצר זה אינו מוגדר כסוג של סיגריה או כמוצר טבק אחר לפי החקיקה הישראלית. למרות חששות כבדים באשר לבטיחות השימוש בסיג"א, השימוש בו הופך לשכיח בשנים האחרונות.

בשנת 2009 הוציאה רשות התרופות והמזון של ארצות הברית (FDA) אזהרה חמורה בנוגע לבטיחות השימוש בסיג"א בשל נוכחות חומרים מסרטנים בכמה סיג"א שנבדקו על ידה והיעדר הוכחות לגבי יעילותה בגמילה מעישון. בעקבות ארצות הברית הטילו מדינות רבות בעולם מגבלות עד איסור מוחלט על שימוש בסיג"א. גם משרד הבריאות הוציא אזהרה לציבור לגבי השימוש בסיג"א בשל הסיכונים האפשריים. למרות זאת העניין והשימוש בסיג"א גברו, והסיג"א אף קיבלה תדמית חיובית בתכניות טלוויזיה ובאתרי אינטרנט כמוצר עישון בריא, כביכול. מגמה זו יחד עם דיווחים מזדמנים על שימוש חריג בסיג"א בקרב הציבור, לרבות תלמידים בבתי ספר, ונוכחות שוק שחור של סיג"א הכולל חומרים פסיכואקטיביים היו בסיס להחלטה על כינוס צוות זה באוקטובר 2012 לעניין הסיג"א. הוטל על הצוות לבחון היבטים בריאותיים – תועלת ונזקים, היבטים צרכניים - היתרים או איסורים לשיווק, יבוא ופרסום וכן היבטי חקיקה. להלן הממצאים.

המצב בארץ

א. המסגרת הרגולטורית

ניקוטין מוגדר כ"רעל רפואי" על-פי פקודת הרוקחים. לכן סיג"א המכילה ניקוטין אינה מותרת לייצור/ליבוא/לשיווק בארץ אלא אם כן נרשמה כתכשיר רפואי בפנקס התכשירים. אין היום מגבלות על סיג"א שאין בה ניקוטין (פקודת הרוקחים 1981 – התוספת הראשונה).

ב. השימוש בסיג"א

בסקר ראשוני בקרב מעשני סיג"א נמצא כי רובם המכריע של המשתמשים בסיג"א עישנו קודם לכן סיגריות טבק ומשתמשים בסיג"א עם ניקוטין. המשתמשים שהם ברובם גברים, לא החליטו על הפסקת עישון, אך כשני שלישים מהם מקווים כי הסיג"א תביא אותם לגבש יכולת לעשות זאת, וכשליש מהם מקווים כי הסיג"א תחליף באופן קבוע את עישון סיגריות הטבק. כ-10% מהגברים המשתמשים בסיג"א לא עישנו קודם לכן ואימצו זאת כהרגל מסקרן, לדבריהם.

ג. אופן השיווק

סיג"א נמכרות בארץ באינטרנט, בבתי מרקחת, בחנויות אביזרים לגבר, בחנויות ממתקים ובחנויות אחרות, והן משווקות בשיטות מגוונות, פורמליות ולא-פורמליות (כגון קידום מוצרים

בתכניות בוקר בטלוויזיה הציבורית) ובעיקר דרך האינטרנט. בסקר של אתרי האינטרנט של מותגי הסיג"א בישראל, רובם בשפה העברית, נמצא כי אתרים אלה עוסקים בשיווק ובמכירה של מוצרי סיג"א – בצורת סיגריות, נרגילות ועוד. כל האתרים הללו מאפשרים לרכוש באופן מקוון סיג"א ויחידות מילוי הכוללות תערובות עם ניקוטין. האתרים מפרסמים מסרי בריאות, ובכלל זה דיווח על תקני בטיחות ובריאות מהארץ ומהעולם. כמו כן האתרים מגובים בהמלצות אישיות ובמאמרים הממליצים על הסיג"א ככלי להפחתת נזקי הטבק המסייע להיגמל מעישון, ללא הסתמכות על תשתית ראייתית ומדעית מבוססת. החיבור לרשתות חברתיות משמש ערוץ שיווק חדש בכל האתרים. המאמץ השיווקי פועל בארץ כשלוש שנים דרך הופעות תכופות בתכניות אירוח ובתכניות אקטואליה וחדשות. שחקנים וזמרים מתחום הבידור לילדים, קרייני חדשות ודמויות סמכותיות נוספות הדגימו בשידור חי עד כמה שימוש זה נורמטיבי, לדעתם, וכיצד אפשר בפשטות ובבטיחות לעשן סיג"א.

בטיחות הסיגריה האלקטרונית למשתמש ולנמצאים בסביבתו

בטיחות השימוש בסיג"א נחשבת קריטית בדיון היות ובציבור מתקבעת תפיסה כי סיג"א בריאה בהשוואה לסיגריות רגילות. הציבור ואתרי השיווק של סיג"א מציינים את היתרונות לכאורה של הסיג"א לעומת סיגריות, ובכללם היעדר זפת, פחמן חד-חמצני ואפר טבק, ולפיכך אפשר היה להניח, לכאורה, פחות חומרים קרצינוגניים ופחות תחלואה עקב שימוש בה. על-פי תפיסה רווחת זו היה אפשר להצדיק אפילו יעילות שולית של השימוש בה, למשל, על ידי החלפת עישון הטבק באופן חלקי בשימוש בסיג"א בעבור הפחתה מסוימת בנזק, גם אם מדובר בהנצחת ההתמכרות לניקוטין.

עם זאת, אין מחקר איכותי התומך באופן ברור בהנחה כי סיג"א בריאה יותר מסיגריה רגילה. תפיסת "הבטיחות היחסית" שלה לעומת סיגריות טבק היא אינטואיטיבית ואינה מביאה בחשבון מזהמים מסוכנים בסיג"א ורגישות של מערכת הנשימה של האדם לכל חומר זר הנכנס לתוכה. למשל, בדיקות של תפקודי ריאה הראו כי שימוש בסיג"א למשך חמש דקות נמצא קשור בעליית התנגדות דרכי האוויר הקטנים וביצירת עקה חמצונית בקרב משתמשי סיג"א בריאים. כמו כן ה-FDA בדק ומצא כי יצרני הסיג"א לא חושפים את רשימת הרכיבים שמשתמשים בהם בתהליך הייצור ואת הרכיבים שנוצרים במהלך השימוש בהן. חלק מחומרים אלו ידועים כמגרים את מערכת הנשימה וחלקם נחשבים קרצינוגניים.

לדעת הוועדה אין בהשוואה של סיג"א לסיגריות, הגורמות למותם של כמחצית מהמשתמשים בהן³, משום נימוק שיכול לאשר שימוש בכל מוצר אחר, בין ששמו סיגריה אלקטרונית ובין ששמו אחר, שהנזק ממנו נשקף למספר אנשים מועט יותר מחצי כמות המשתמשים (או שמידת נזקיו אינה ידועה), ויש לדון בכל מוצר שכזה לגופו של עניין בכלים של מחקר מדעי.

³ פרסומי ארגון הבריאות העולמי. דף מידע בנושא טבק. מאי 2012
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>

חומרים אשר נכללים ברשימת הרכיבים של סיג"א, כגון פרופילן גליקול, לא הוכחו כבטוחים לשימוש בחשיפה נשימתית מרוכזת וממושכת. חומרים אחרים שאינם נכללים ברשימת הרכיבים של הסיג"א הם לכאורה חומרי לוואי או חומרים שנוצרים במהלך השימוש. לכן דרישה לסימון הרכיבים אינה מספקת לצורך הסרת חשש מרכיבים מסוכנים או מתוצרי לוואי מסוכנים הנוצרים בהליך החימום.

בניתוחים כימיים בלתי תלויים שנעשו נמצא כי סיג"א מכילות עקבות של חומרים שנחשבים מסוכנים לאדם, כגון רימונובנט וסילדנפיל (שיירים מפס הייצור של תרופות דמויות ויאגרה וקנבואידיים), די אתיל גליקול (ממס צבעים וחומר ניקוי תעשייתי), ניטרוזאמינים מתעשיית הטבק (מסרטנים), חומרים רעילים מצמחי הטבק (אנבסאין, מיוזאמין, בטא ניקטירין), נוכחות ניקוטין בריכוז נמוך גם בסיג"א שאמורות לא להכיל ניקוטין ורמת ניקוטין לא אחידה עד כפולה מהמצוין על האריזה. מחקר ראשוני גם הראה כי תיתכן לחלקם השפעה טרטוגנית על עוברים.

מחקרים אחדים שנעשו בחצי השנה האחרונה מאירים ולו במעט את ההיבט הבריאותי של "עישון פסיבי" של אדי סיג"א. בניסוי שנעשה השנה בהשוואה בין סיגריות ובין סיג"א, נמצא כי שתיהן מייצרות חלקיקים בעלי גדלים זהים. מודלים לפיזור ריאתי מנבאים כי רבע מהחלקיקים הללו ייספגו בריאות ובדרכי הנשימה של המעשן, ואילו שאר שלושת רבעי החלקיקים יינשפו החוצה בסביבה המיידית של מעשן הסיג"א. הוכח כי השימוש בסיג"א גורם לפליטת אירוסול לסביבת המעשן ולחשיפת המעשן הפסיבי לחומרים אורגניים נדיפים, כגון $propanediol-1,2$, חומרי טעם ונגזרות של ניקוטין באוויר סביב המעשן.

בשל ממצאים אלו מדינות וערים גדולות בארצות הברית ובעולם כולו מגבילים יבוא, מכירה, שיווק ושימוש בגין החשד בנוגע לבטיחות סיג"א למעשן ולסביבתו. עישון סיג"א מזהם את האוויר ועשוי להשפיע לרעה על הנמצא בסביבת המשתמש, שעשוי לסבול מנזקים מיידיים, לרבות גירוי בדרכי הנשימה העליונות והעיניים עקב השפעת פרופילן גליקול, ותיתכן אף החמרת מחלות חסימת ריאות כרוניות. ייתכנו גם נזקים מאוחרים, כגון השפעה מסרטנת ועידוד ההתמכרות לניקוטין, בין השאר. למעשה המשתמש בסיג"א כופה באופן ממושך את תוצריה הנפלטים לחלל האוויר על בן/בת זוגו, על ילדיו ועל כל הנמצא בסביבתו ועשוי לסכן את עצמו ואותם.

איסור מכירת סיג"א לקטינים (נוסף להנ"ל מימין)	איסור מכירת סיג"א לנוער ושימוש באזור ציבורי בארה"ב	איסור מכירה, יבוא ושיווק של סיג"א
איידהו	ניו-יורק	אוסטרליה (ויקטוריה)
קנזס	ניו-ג'רזי	סינגפור
מרילנד	יוטה	סן פרנסיסקו
וירג'יניה	בוסטון	טורקיה
מינסוטה	סן פרנסיסקו	ירדן
ניו-המפשיר	גיאורגיה	ישראל (רק עם ניקוטין)
ווישינגטון	ווישינגטון	קנדה (רק עם ניקוטין)
הוואי	מחוז מדיסון	הונג קונג
יוון	מסצ'וסטס	ברזיל
מלטה	ג'ורג'יה	פנמה
		ארגנטינה
ELECTRONIC CIGARETTES (E-CIGARETTES). Global Advisory Smoke free Policy. Accessed on Dec 2012 at: http://www.njgasp.org/E-Cigs_White_Paper.pdf		

יעילות סיג"א כדרך לגמילה מעישון

ארגון הבריאות העולמי הגדיר גמילה מעישון כתפקידו החשוב ביותר של הצוות הרפואי עבור מרבית המטופלים. הפסקת עישון קשורה בשיפור לא רק תוחלת החיים אלא גם איכות החיים בכל גיל. עם זאת, הפחתת עישון בפני עצמה, להבדיל מהפסקת העישון, לא הוכחה עד כה כקשורה בהפחתת הנזק הכרוך בעישון, ובוודאי לא אצל מעשנים כרוניים. אמצעים שונים הרשומים כתרופות בפנקס התכשירים נמצאו במחקר כמכפילים ואף שלשים את סיכויי הגמילה מעישון ומעצימים את היכולת של המעשן להפסיק בעצמו.

בשנים האחרונות שווקו סיג"א לציבור כאמצעי עישון חלופי. ציבור המשתמשים בסיג"א בארץ ובעולם מעיד על מתן אמון במסרי הבריאות בנוגע לבטיחות וליעילות סיג"א כאמצעי לגמילה מעישון. ואולם עד כה נערכו מעט מחקרים לא מבוקרים (מחקרי עוקבה קטנים ומחקרים טבעיים) עם תוצאות מעורבות הממומנים רובם ככולם על יד חברות הסיג"א. הסיג"א מיוצרים במפעלים בתהליך לא מבוקר. עד כה לא נעשה מחקר עוקבה מבוקר ובוודאי לא כפול סמיות גדול וממושך דיו שיש ביכולתו להוכיח יעילות ובטיחות השימוש בסיג"א לטווח

זמן סביר. בשל מגבלות אלו וחשדות בנוגע להיבט הבטיחות סיג"א לא הוכרו בשלב זה כתרופה באף מדינה בעולם. עם זאת, מבחינה תאורטית אין מניעה בארץ ובמדינות אחרות כי סיג"א, כמו אמצעי גמילה אחרים שיש בהם חומרים פעילים, יירשמו כתרופה, בתנאי שיעמדו בכל הדרישות לכך. תרופה כזו עשויה להיות יעילה ככלי בידי הצוות הרפואי המטפל בגמילה מעישון. כמו כן ככל שזמינותה תוגבל דרך חובת מרשם, היא לא תשמש לצעירים אמצעי כניסה להתמכרות לניקוטין.

המלצות בין-לאומיות בנושא הסדרת הסיג"א

כמה גופים בין-לאומיים וקובעי דעה הביעו דעתם לגבי הסיג"א:

World Medical Association – מוצרי סיג"א צריכים להיות כפופים לגופים רגולטוריים לצורך קבלת היתר מראש לשיווק ולמכירה, המבוסס על ניסויים ועל מחקר, כדי להיות מסווגים כמוצר טבק חדש או כתרופה. השיווק של סיג"א כאמצעי גמילה צריך להיות מבוסס על הוכחות, באישור גופים רגולטוריים, על סמך נתונים לגבי בטיחות ויעילות. יש להחיל את האיסורים על עישון במקומות ציבוריים על סיג"א. מוטל על הצוות הרפואי ליידע את המטופלים באשר לסכנות האפשריות הנובעות משימוש בסיג"א.

World Health Organization (WHO) (אב"ע) – בדו"ח שהוכן בשנת 2012 על ידי המזכירות של אמנת המסגרת לפיקוח על טבק, שהוגש לוועידה האחרונה של המדינות החברות באמנה, נקבע כי אין תשובה לחששות לבריאות ולבטיחות בשל השימוש בסיג"א, ועדיין לא קיימת מסגרת רגולטורית לגביהן ברוב המדינות. כמו כן בדו"ח של ועדת מומחים מטעם אב"ע משנת 2009 נמצא כי אין עדיין עדות לתועלת של סיג"א בתהליך הגמילה וכי יש לאסור על טענות לעניין גמילה וכן על טענות ליתרונות בריאותיים ולהקטנת סיכונים כביכול, כל עוד אין הוכחה מדעית לכך. לצורך מתן תשובות לשאלות העולות בנוגע למוצרים אלה נחוצים מחקרים ברמה האישית וברמת האוכלוסייה בתחומים השונים: מחקר קליני, פסיכולוגי, התנהגותי ומחקר לאחר שיווק. מומלץ לפקח על סיג"א כמוצרי ניקוטין (כלומר, כתכשיר או כמכשיר רפואי), ואם אי-אפשר, אזי יש להסדיר תכולה וסימון, להטיל איסור על שימוש במקומות ציבוריים, וכן להגביל פרסום, קידום מכירות וחסימות, כפי שנהוג לגבי סיגריות.

US – Federal Food and Drug Administration (FDA) – סיג"א הוכרו על-פי פסק דין (בניגוד לעמדה המקצועית של ה-FDA) כמוצרי טבק, כל עוד לא מייחסים להן סגולות רפואיות לרבות שימוש לגמילה מעישון, אחרת הן חייבות לעמוד בדרישות החלות על תרופה. על-פי הודעה של ה-FDA לציבור, לא ידוע היום אם סיג"א בטוחות לשימוש ולא ידוע כמה ניקוטין או כימיקלים, העלולים להיות מסוכנים, נשאפים תוך כדי השימוש בהן ואם קיימת בכלל תועלת בגמילה מעישון עקב השימוש בהן. כמו כן לא ידוע אם סיג"א עשויות לגרום לצעירים להתנסות במוצרי טבק קונבנציונליים הידועים כגורמים מחלות ומוות בטרם עת. בכוונת ה-FDA לקבוע בעתיד הסדרים שיחולו על סיג"א המשווקות ללא ימרות רפואיות.

NICE – UK National Institute for Health and Clinical Excellence – ארגון NICE פרסם טיוטה רשמית של הנחיות בדבר גישות לצמצום נזקי העישון על בסיס סקירת ספרות ססטמתית. הדו"ח מתייחס לחלופות השונות, לרבות סיג"א, ולגביהן מופיעים בו ההיגדים להלן: בטיחות סיגריות אלקטרוניות (סיג"א) במשתמש -

(א) אין מידע לגבי בטיחות ארוכת טווח.

(ב) יש מעט מאוד מידע, לא מספק, לגבי בטיחות קצרת טווח.

2. נוכחות חומרים מסוכנים בסיג"א -

(א) נמצאו חומר טוקסי במיוחד – די-אתיל גליקול וגם ניטרוזאמינים שמקורם בניקוטין.

(ב) אין מידע מספק מן היצרן/היבואן לגבי תכולת חומרים מסוכנים.

(ג) חלק מהסיג"א דולפות, ולא ניתן להיפטר מהן בבטחה, לרבות המחסניות.

3. יעילות בגמילה מעישון -

(א) אין מחקרים המראים יעילות בהפחתת עישון לצורך גמילה, ויש עדות חלשה מאוד לגבי היעילות של הפחתת עישון.

(ב) יש עדות חלשה לגבי יעילות סיג"א בדיכוי דחפי עישון.

(ג) יש עדות חלשה מאוד כי עישון סיג"א יכולה להחליף עישון טבק.

UK Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) –

הסוכנות קיימה התייעצות ציבורית ב-2010 לגבי הגישה הרצויה למוצרים המכילים ניקוטין, לרבות סיג"א. מסקנות ה-MHRA צפויות להתפרסם באביב 2013. על-פי נייר העמדה שהוצגה להערות, הגישה העדיפה היא לסווג כל מוצר המכיל ניקוטין כתרופה, ועל כן למנוע באופן כמעט מיידי את שיווקן, אם אינן רשומות כתרופה.

הסברה והסיגריה האלקטרונית

מטרת ההסברה היא העלאת המודעות בקרב הציבור בכלל ובקרב המעשנים בפרט לסכנות ולהיעדר תועלת מוכחת בשימוש בסיג"א על מנת להתמודד בהצלחה עם המאמץ השיווקי מטעם היבואנים ומשווקים של הסיג"א. מיד עם קבלת ההחלטה ואימוץ המדיניות על ידי המשרד מומלץ להשיק קמפיין הסברה רחב היקף. בכל שלב ביישום המדיניות (כגון אישור תקנות) מומלץ להוציא הודעה לתקשורת ולקיים קמפיין, שיימשך כמה ימים נוספים באינטרנט ובמודעות בעיתונות, בהתאם לעניין התקשורת אשר יעוררו ההשלכות המעשיות של שלבי המדיניות. התקציב לקמפיין יכול לבוא מתקציב התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו ובשיתוף אגף הרוקחות.

רצוי שהקמפיין ישתמש באפיקי הפרסום של היבואנים והמשווקים של סיג"א, קרי, אינטרנט לרבות רשתות חברתיות, עיתונות מקומית וכן תשדירי רדיו ותכניות אירוח. לצורך ניהול קמפיין יעיל מומלץ להקים צוות משולב של דוברות המשרד וגורמי מקצוע מתוך הוועדה, שיגבש את

המסרים על בסיס המלצות הוועדה. מומלץ שהצוות יעבוד ישירות מול הרפרנט בלשכת הפרסום הממשלתית.

מומלץ גם לפתוח עמוד ייעודי לנושא באתר המשרד, ובו יופיעו ויעודכנו כל החומרים המדעיים, מסקנות הוועדה, קווי המדיניות, חומרי הקמפיין ועוד. מומלץ לשתף בתהליך את כל גורמי הבריאות האחרים, קרי, קופות החולים, האגודה למלחמה בסרטן, החברה הרפואית ועמותת אוויר נקי, לבקשם להוסיף באתרים שלהם קישור לעמוד הרלוונטי באתר משרד הבריאות ולשתפם בתהליך.

דין

רב הנסתר על הגלוי בנוגע לסיג"א. לצד החששות בדבר סיכונים לבריאות מהשימוש בהן קיימות דאגות נוספות. אין ספק כי עישון סיג"א כבר "משקם" את התדמית השלילית של העישון דרך חזרה לתופעת "עישון" אשר מקובלת כביכול בציבור ואף נתפסת כפתרון בריא באופן יחסי. כמו כן לצד הטענות הלא מוכחות שלפיהן סיג"א יעילות כאמצעי לגמילה מעישון, יש חשש כי סיג"א יתמכו דווקא בכניסת בני נוער לעישון כמוצר פתיחה זמין ובטוח כביכול ואף יתמכו בדיכוי הגמילה מעישון של כל מי שהיו פונים לכך, לולא האפשרות להשתמש בסיג"א. לראיה, בסקר קטן שבוצע בארץ התברר שגברים שהתחילו להשתמש בסיג"א ללא רקע של עישון בעברם, היו צעירים בכמעט עשור ממי שהתנסו בעישון.

מדינות בכל העולם, ארגון הבריאות העולמי והאמנה הבין-לאומית קובעים שיש לאסור שימוש בסיג"א או לכל הפחות שיש לפעול לרגולציה שלהן כתרופות לגמילה מעישון, ואם אי-אפשר, יש לשווקן כמוצרי טבק. יצוין כי רגולציה מהסוג המקובל בעולם לעניין מוצרי טבק נותנת מענה לאיסור של פרסומת, לאיסור מכירה לקטינים ולאיסור על עישון במקומות ציבוריים, אך לא למניעת סיכונים מהשימוש במוצר. לכן אימוץ גישה של רגולציה של סיג"א כמוצרי טבק ישאיר את היבט הבטיחות ללא מענה. כשמדובר בתרופות, מושקעים משאבים רבים בפיתוחן כדי לוודא שהן עומדות בתנאים מחמירים ביותר בכל ההיבטים ושהתועלת הגלומה בהן עולה באופן משמעותי על תופעת לוואי שהן עשויות לגרום לגוף האדם. אשר לייצור סיג"א, הסטנדרטים בחברות המייצרות אינם ידועים. לכאורה בשלב זה, לא מדובר בחברות שניתן לצפות מהן לקבל אחריות לנזקים שעשויים להתגלות בטווח מאוחר או מאוחר מאוד מחומרים שנועדו לשאיפה למערכת הנשימה באופן יום-יומי.

להבדיל מסיג"א, השימוש במוצרי טבק השתרש משך מאות שנים רבות בטרם נודעו סיכוניהם, ודור אחרי דור התמכר להם. ברור כי לו היה מדובר במוצר חדש, אין מדינה מתוקנת שהייתה מחליטה היום לאפשר שיווקם של מוצרי טבק, כפי שלא מותרים היום סמים מסוכנים למיניהם. לכן היום, כשנכנס לשוק מוצר חדש שמעורר ספקות לא מעטים לגבי בטיחותו, יש

לבחון את השלכות השימוש בו בפני עצמו, לגופו, לטווח הרחוק, ללא הכרח להסדיר רגולציה כלפיו כאילו הוא סוג של מוצר טבק קיים או בהשוואה ישירה למוצר כזה.

שיקולים אלו מחזקים את הצורך לפעול על-פי עקרון הזהירות המונעת. חובת ההוכחה חלה על היצרנים, על היבואנים ועל המשווקים של מוצר חדש זה, הן לעניין היעילות, ככל שסיג"א משווקת לשימוש בגמילה, והן לעניין בטיחות השימוש.

המלצות עיקריות ליישום (נספח ח)

ההתמכרות לניקוטין עקב עישון סיגריות היא אחת ההתמכרויות השכיחות בעולם הקשורה למרב התחלואה והתמותה הניתנות למניעה. הניקוטין הוא חומר בעל פעילות רפואית וממכרת. בשלב זה יש ספק רב לגבי הבטיחות של השימוש בסיג"א, בוודאי סיג"א הכוללת ניקוטין, אך גם סיג"א ללא ניקוטין. כמו כן אין הוכחות מדעיות לגבי תועלת השימוש בסיג"א בתהליך גמילה מעישון אשר היה יכול לעמוד מול הסיכונים האפשריים. נוסף על כך, אין הוכחות באשר לבטיחות של חשיפה לאדי סיג"א למי שנמצא בסביבת המשתמש בה. לכן הוועדה ממליצה:

א. לאסור על ייצור, על יבוא ועל שיווק של סיג"א בישראל על-פי הוראת שעה

שתהיה תקפה לחמש שנים.

ב. בתקופת תוקפה של הוראת שעה יש להמשיך ולעקוב אחר ההתפתחויות

המדעיות בעולם בדבר הסיכונים/בטיחות השימוש בסיג"א והתועלות/חוסר

תועלת בגמילה מעישון ולקבל החלטה אם להפוך את הוראת השעה לקבועה או

לשנות אותה.

עד ליישום המלצות הוועדה כנ"ל ובמקביל להן הוועדה ממליצה:

1. הסברה

(א) יש ליידע את הציבור לגבי אי-בטיחות השימוש בסיג"א והחשיפה לאדים שלהן

לנמצאים בסביבה וכן חוסר יעילותה בגמילה מעישון;

(ב) יש להדריך את הצוות הרפואי והמטפלים בגמילה מעישון במסקנות דו"ח

הוועדה לגבי נושאי הבטיחות ואי-היעילות בגמילה מעישון.

2. פיקוח פרמצבטי ואגף הרוקחות

(ג) יש להוציא הנחיה לבתי המרקחת על איסור מכירת סיג"א בבתי מרקחת;

(ד) יש לפקח ככל שניתן על סיג"א המיובאות/מיוצרות/משווקות בארץ, לרבות דרך

האינטרנט, על מנת לוודא שאינן מכילות ניקוטין;

(ה) בתיאום עם הממונה על הגנת הצרכן, יש לפעול למניעת פרסומת מטעה לסיג"א, לרבות לעניין הבטיחות ולעניין חוסר ההוכחות ליעילותה בגמילה מעישון.

3. איסור יבוא

יש לאכוף את איסור היבוא של סיג"א המכילות ניקוטין (ככל שאינן רשומות כנדרש כתכשיר רפואי). יוטל על היבואן להוכיח היעדר ניקוטין באמצעות בדיקה במעבדה מוכרת בארץ.

4. מחקר

(ו) יש לעקוב אחר יישום המלצות דו"ח הועדה על שוק הסיג"א במהלך השנה הקרובה.

יש לפעול לעידוד מחקר רפואי-קליני ואפידמיולוגי לגבי מניעת העישון, עידוד השימוש ופיתוח האמצעים לגמילה מעישון.

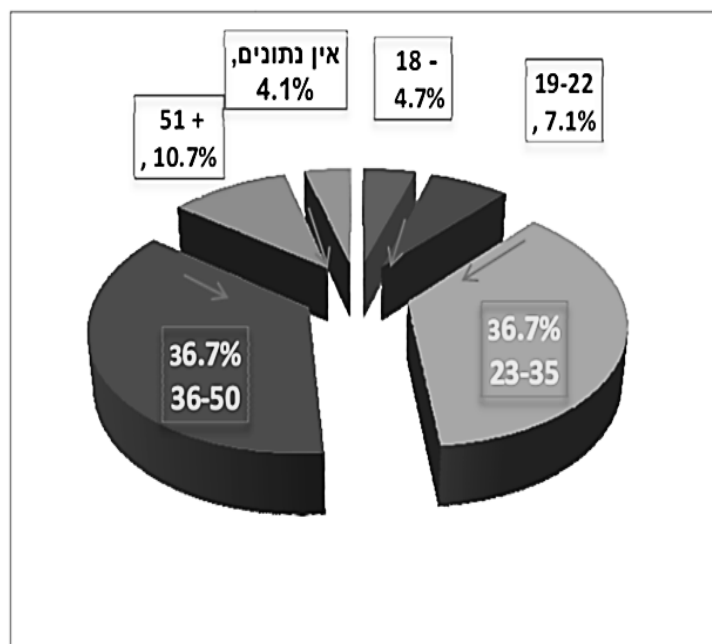
נספחים

א. סקר גישות ודעות בקרב צרכני סיגריות אלקטרוניות על אודות מנהגי עישון ומוטיבציה.

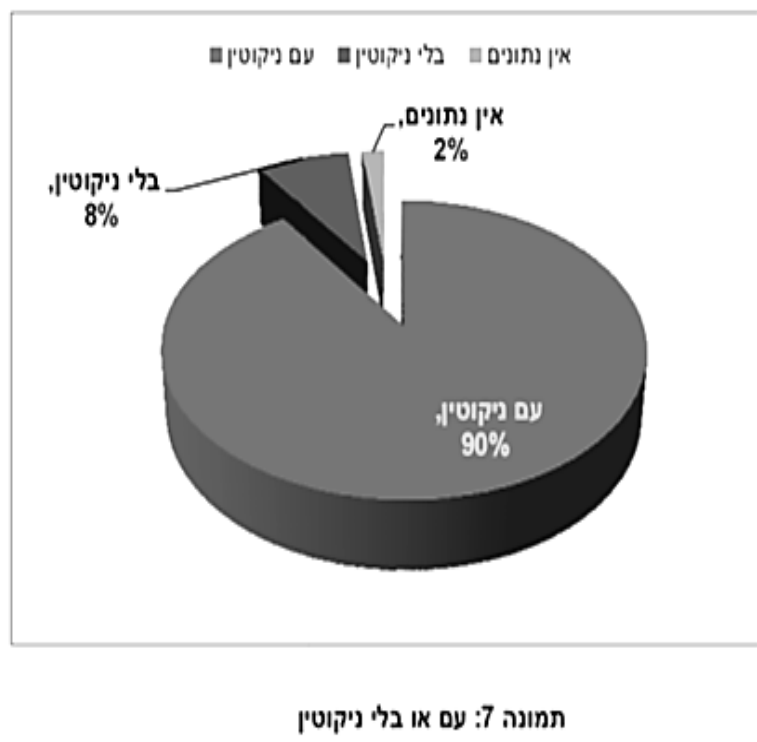
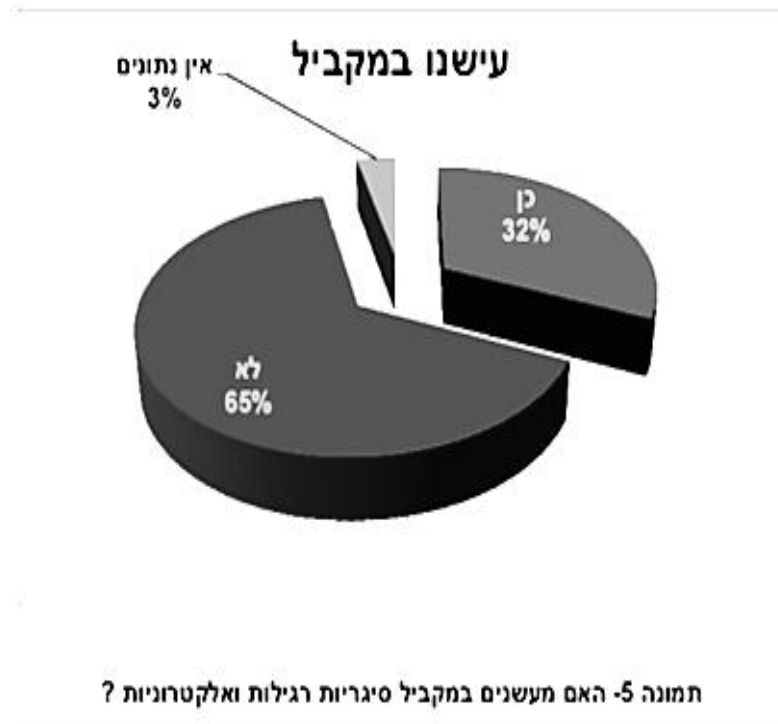
[פרופ' בן עמי סלע, מנהל המכון לכימיה פתולוגית, בית חולים שיבא תל השומר, דצמבר 2012]

לצרכני סיג"א הופץ שאלון בכמה חנויות ממכר של פריט זה באזור המרכז כדי לנסות ולסקר הלכי רוח של צרכניה, לאפיין מדדי גיל, השכלה וכדומה ובעיקר כדי להבין כיצד מתייחסים לנושא המשתמשים בסיג"א; האם היא נחשבת כתחליף לסיגריות רגילות, כתוספת לסיגריות רגילות או באמצעיבניסיון להיגמל מעישון. שמונים אחוז מבעלי החנויות שאליהם התקשרנו, הסכימו לשתף פעולה ולהציג לצרכנים את השאלון הקצר והפשוט, והם אף מעבירים את השאלונים הממולאים בפקס. יעד המחקר הוא להגיע ל-500 שאלונים ממולאים, ובשלב זה ניתוח הנתונים מתייחס ל-97 שמואלו עד כה לצורך שילובם בדו"ח הוועדה.

מבין 97 העונים על השאלון 74% הם גברים. הגיל הממוצע של הגברים הוא 32 שנה ושל הנשים 30 שנה. מספר שנות ההשכלה הממוצע - גברים 11.3 שנים, ונשים 14.1. 91% מבין הגברים הצורכים סיג"א עישנו לפני כן סיגריות רגילות לעומת כ-100% מהנשים. כ-10% מהגברים לא עישנו לפני השימוש בסיג"א; גילם הממוצע 23 שנה ורובם (6 מתוך 7) עושים זאת מתוך סקרנות.



תמונה 1 : גילאי משתמשים בסיגריה אלקטרונית



32% מהמשתמשים בסיג"א מדווחים על עישון סיגריות טבק במקביל. 90% מהמשתמשים בסיג"א ממלאים תערובות עם ניקוטין, ללא הבדל בין נשים וגברים. כל הנשאלים ללא יוצא מהכלל הביעו ביטחון שסיג"א מסוכנת פחות להם ולסובבים אותם.

המשתמשים בסיג"א לא מדווחים בשאלון האנונימי על החלטה עקרונית להפסיק לעשן. 50% אמרו שישתדלו להפחית בהדרגה את רמת הניקוטין בסיג"א, "ויראו איך הדברים מתקדמים".

28% דווחו על סיג"א כפתרון ארוך טווח. 12% מתייחסים לסיג"א כפתרון לטווח קצר. מבין הנשים 61% אמרו שהן מקוות שזה סיפור לכמה חודשים ואז אולי יפסיקו כלל לעשן, 23% ציינו שסיג"א היא פתרון לטווח ארוך ואמרו ש"זה מוצא חן בעיניהן כצורת עישון לא מסוכנת, ואולי יתמידו בה".

ב. ניתוח אתרי אינטרנט של מותגי הסיגריות האלקטרוניות בישראל בעברית דצמבר 2012
[צאלח עיסא, סטודנט לרפואה, בהנחיית ד"ר חגי לזין וד"ר ישי לב, האוניברסיטה העברית-
הדסה, ויעוץ - ד"ר אמיר גרינשטיין, אוניברסיטת בן-גוריון, כחלק מעבודת גמר ברפואה]

TAKE AIR http://www.takeair.co.il	EGO TECH http://www.ego-tech.co.il	TAKO http://www.tako.co.il	BLAZE http://www.blazeisrael.co.il/	Is smoke Israel http://www.ismoke.co.il	JOYETECH* http://www.othersmoke.com/	newcig Premium http://www.newcig.co.il/	חברות מאפיינים
יש	לא מוזכר	ללא	ללא	משתנה לפי הדרישה	משתנה לפי הדרישה	משתנה לפי הדרישה	ניקוטין
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	גמילה
+18	נגמלים ומעשנים	נגמלים בעיקר	+18 (מעשנים בלבד)	נגמלים בעיקר	+18 (מעשנים בלבד)	+18	אוכלוסיית יעד
FDA/BACTCH EM/SGS/MSDS /CNAC/GMP/TUV/ISO22000:2005/ שירות המזון הארצי/אמינולאב בע"מ	סרטונים באנגלית	תקנים שונים (לא מוזכר איזה), כתבות בערצים המקומיים	FDA/CE/SGS/ISO9001/GMP/ALL MSDS/RoHS/ מכון התקנים הישראלי	מאמרים של החברה/ FDA/SGS/TUV/GMP/CNAC	סרטונים באנגלית/משווקים בכל העולם/ אישורי CE / אישורי ROHS/ מחקרים וחוקרים מפורסמים	CE, ROHS, SGS, FDA	סמכותיות
שונים	שונים	לא מוזכר	שונים	שונים	שונים	שונים	טעמים
תמונה לערכה	תמונות לערכה	נשים צעירות	תמונה לערכה	צעירות מעשנות	סרטון הסברה+תמונות של נשים צעירות מעשנות	תמונה לערכה	תמונות
700 ₪	180-370 ₪	300-700 ₪	240 ₪	120-220 ₪	240-360 ₪	250 ₪	מחיר
שחור	רקע לבן	ירוק	שונים	ירוק	צבעים שונים	שחור/לבן	צבע
עברית	עברית	עברית	עברית	עברית	רוסית ועברית	עברית	שפות
הטובה בעולם	המילה האחרונה	אגו	המשתלמת ביותר	ביחד נצליח לשנות	עשן אחר	חופש הבחירה	מסר
כן	לא מוזכר	כן	מתי-מכון התקנים הישראלי!!!	כן	לא	לא מוזכר	אישור משרד הבריאות
סיגריה רגילה	סיגריה רגילה	סיגריה	סיגריה רגילה	סיגריה רגילה	סיגריות אנלוגיות	סיגריה אנלוגיות	נקודת ייחוס
כן	כן	כן	כן	כן	כן	כן	רכישה ON-LINE
פייסבוק	פייסבוק, גוגל פלוס	טוויטר, יוטיוב, פייסבוק	פייסבוק, טוויטר	פייסבוק, טוויטר, יוטיוב, גוגל פלוס	פייסבוק, יוטיוב, גוגל פלוס	פייסבוק, יוטיוב	שילוב מערכת הפצה חברתית
נרתיק נשיאה קטן/גדול	ערכה דמוי עור	מנשא מהודר מתכת משולבת עור	חפיסה שדומה לחפיסה הרגילה/נרתיק	תרמיל סיגריה אלקטרוני, קופסה זזהובה, תיק קטיפתי	פאוץ איחסון	קופסה חכמה (קופסת מטען צמודה אישית)	קופסאות איחסון
ד"ר קליפורד, ד"ר מורי לוגוסן, ד"ר מאט סלמן,	לא מוזכר	ד"ר קניג PH.D מנהל המרכז הארצי לגמילה מעישון	לא מוזכר	לא מוזכר	לא מוזכר	לא מוזכר	רפרנס למומחים/מרכזי גמילה מעישון
ישראלי	ישראלי	ישראלי	ישראלי	ישראלי	מוסתר ע"י TUCOWS	ישראלי	סוג האתר
Ami Mizrahi Moshav revaha 56 Moshav revaha 56 79353	Alex Rubanny Tel Hai 15/21 Ashdod 77505	Dan Amram 9 Zalman Shneor St. Rishon Le Zion 75625	nir barzilay 907 brbaeburn ter lansdale 19446	Rotem levi Arlozorov 67 Rehovot 76523 Israel	?	Istech Ltd Rival 12 Rishon Lezion 75743	בעלות על הדומיין

CE-Certificate Of Conformity, RoHS-Restriction of Hazardous Substances, GMP-Good Manufacturing Practice, FDA-Food and Drug Administration, CNAC - China National Analytical Center, TUV-תו תקן אירופאי-מתי, מכון התקנים הישראלי-מתי, MSDS- material safety data sheet, ISO 9001- International Organization for Standardization deals with the fundamentals of quality management systems, ISO22000:2005- International Organization for Standardization dealing with food safety general derivative of ISO 9000, SGS - Société Générale de Surveillance (Geneva, Switzerland) .

*בערבית נמצא אתר יחיד, אתר סקירה, המופיע בהרבה שפות, מתורגם לערבית קלוקלת וקשה מאוד להבנה. אין מילות קישור. אין אתרים אחרים בערבית, אלא רק פרסומות באתרים רגילים.

ג. קטעי וידאו עם דיווח בעל היבט חיובי לגבי סיג"א בישראל

[מר חיים גבע הספיל, דצמבר 2012]

<http://www.youtube.com/watch?v=tDWEJ2RThMY>

<http://www.youtube.com/watch?v=XfyD39Xt6nY&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=bmAjiB1BP0&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=2W5JBY9-YqE&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=8FrHMiQtFJE&feature=related>

ד. המרכיבים בסיגריות אלקטרוניות והרעילות שלהם בגוף האדם

[ד"ר תמר ברמן, טוקסיקולוגית ראשית במשרד הבריאות, דצמבר 2012]

המידע הקיים על אודות המרכיבים הכימיים בסיגריות אלקטרוניות מקורו בספרות המקצועית ובבדיקה של מינהל המזון והתרופות של ארצות הברית משנת 2009. יצרני הסיגריות האלקטרוניות לא חושפים את רשימת המרכיבים הכימיים בתהליך הייצור או המרכיבים שנוצרים במהלך השימוש בסיגריות אלקטרוניות.¹ בהעדר רגולציה על מוצרים אלו קיים חשש לגבי מגוון המרכיבים במוצרים השונים וחוסר יציבות בהרכבם.²

באופן כללי, המרכיבים העיקריים בסיגריות אלקטרוניות הם ניקוטין, חומר שמייצר אדים (פרופילן גליקול או גליצרין) וחומרי טעם כגון מנטה, פירות, שוקולד וכו.² פרופילן גליקול משמש לייצור חומר נוגד קפיאה וכממס בתעשיית הצבע והפלסטיק. הוא מסווג על ידי מינהל התרופות והמזון כבטוח לשימוש במזון.³ חשוב לציין כי גם אם מרכיב זה מאושר לשימוש במזון ובמוצרים קוסמטיים, לא הוכח כי הוא בטוח בחשיפה בנשימה. בקרב עובדי תיאטרון עם חשיפה נשימתית כרונית לפרופילן גליקול (בעקבות השימוש לייצור ערפל) נצפתה עלייה בתסמינים

נשימתיים ובדלקת מיתרי הקול.⁴ בקרב ילדים, חשיפה נשימתית כרונית לאתרים גליקוליים עלולה להחמיר אסתמה, סימפטומים אלרגיים או דלקת האף.⁵

בדיקת מינהל התרופות והמזון משנת 2009⁶ ובדיקות של חוקרים/ גופים אחרים הראו כי קיימים מרכיבים נוספים שנתגלו בסוגים מסוימים של סיגריות אלקטרוניות:

- דיאתילן גליקול בריכוז של 1% הפוגע בעיקר בכליות ובמערכת העצבים. הוא פוגע בפוריות בעכברים בריכוז של 3.5%. יותר מ-600 מקרי מוות אירעו כתוצאה מהרעלות בדיאתילן גליקול, בעיקר בעקבות חשיפה בבליעה.⁷
- ניטרוסמינים (tobacco specific nitrosamines) מסוג NNK ו-NNN מסווגים על ידי הסוכנות הבין-לאומית למחקר על סרטן כמסרטנים בבני אדם (קבוצה 1). התגלו גם ניטרוסמינים מסוג NAB ו-NAT אשר אינם מסווגים כמסרטנים בבני אדם (קבוצה 3).⁸
- אלדהידים לרבות פורמלדהיד, אצטלדהיד, אקרלין: נמצאו בסיגריה אלקטרונית המיוצרת ביפן.² אקרולין עלול להיווצר כתוצאה מחימום של גליצרול. פורמלדהיד מסווג כמסרטן ודאי בבני אדם.⁹ בנשימה אקרולין גורם לגירוי של האף, הריאות והגרון.¹⁰
- נמצאו גם tobacco specific impurities : בטא ניקוטירין, אנבסאין, מיזאמין.
- תרופות כגון rimonabant ו-amino-tadalafil.¹¹

מבחנים טוקסיקולוגיים: השפעות של סיגריות אלקטרוניות

פלוריס ואחרים בדקו את ההשפעה האקוטית של סיגריות אלקטרוניות על ספירת דם כללית. לא נמצאה השפעה על ספירת דם כללית לאחר עישון או חשיפה לעישון פסיבי מסיגריות אלקטרוניות.¹² בל ואחרים בדקו את ההשפעה של 40 דוגמאות של refill fluid על תאים עובריים (human embryonic stem cells) ותאים מהריאות (human pulmonary fibroblasts).¹³ נמצא כי לחלק מהנוזלים היו השפעות ציטוטוקסיות בתאי גזע, אשר עלולים לגרום להשפעות התפתחויות. ממצאי המחקר מראים כי יש לבחון את השפעת המוצרים על נשים בהיריון. באופן כללי, תאים מסוג pulmonary fibroblasts לא הושפעו מהחשיפה לנוזלים. לפי ממצא לוואי חשוב מהמחקר, ההרכב הכימי והציטוטוקסיות של מרכיבי הטעם השתנו במהלך המחקר, גם כאשר אותו מוצר מסחרי נבדק כמה פעמים.¹⁴

סיכום והמלצות

1. השימוש בסיגריות אלקטרוניות עלול לחשוף את המשתמש לכימיקלים רעילים ולכימיקלים הידועים כמסרטנים בבני אדם. אחד המרכיבים העיקריים בסיגריות אלקטרוניות, פרופילן גליקול, לא הוכח כבטוח לשימוש בחשיפה נשימתית.

2. בבדיקות של גופים שונים, ובכללם מינהל המזון והתרופות של ארצות הברית, התגלו חומרים רעילים בסיגריות אלקטרוניות. חומרים אלו לא נכללים ברשימת ה"מרכיבים", אלא הם impurities או חומרים שנוצרים במהלך השימוש בסיגריה. דרישה לסימון המרכיבים אינה מספקת.

3. מחקר ראשוני הראה כי refill fluid המשמש בסיגריות אלקטרוניות עלול להשפיע על תאים עובריים, גם כאשר אין השפעה על תאי ריאה. המחקר מעלה חשש לגבי השפעה של השימוש בסיגריות אלקטרוניות בקרב נשים הרות. באזהרה לציבור יש להדגיש את הסכנה הפוטנציאלית לנשים הרות ולעובר המתפתח.

1. World Health Organization (2009). WHO Study Group on Tobacco Product Regulation.
2. Etter J, Bullen C, Fluoris A et al. (2011). Electronic nicotine delivery systems: a research agenda. Tob Control;20:243-248 doi:10.1136/tc.2010.042168.
3. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Propylene Glycol. <http://www.atsdr.cdc.gov/substances/toxsubstance.asp?toxid=240>.
4. National Toxicology Program. 2003. Propylene Glycol. The Center for the Evaluation of Risks to Human Reproduction.
5. http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/ohat/egpg/propylene/PG_Monograph.pdf.
6. Choi H, Schmidbauer N, Sundell J et al. Common Household Chemicals and the Allergy Risks in Pre-School Age Children PLoS One. 2010; 5(10): e13423.
7. FDA (US Food and Drug Administration) (2009). Summary of results: Laboratory Analysis of Electronic Cigarettes Conducted July 2009. Available at: <http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm173146.htm>.
8. Scientific Committee on Consumer Products (2008). Opinion on Diethylene Glycol. http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_sccp/docs/sccp_o_095.pdf.
9. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2007. Volume 89. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol89/mono89.pdf>

10. National Toxicology Program (2011). Report on Carcinogens.
<http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/twelfth/profiles/formaldehyde.pdf>
11. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Profile for Acrolein.
 2007. <http://www.atsdr.cdc.gov/substances/toxsubstance.asp?toxid=102>.
12. Hadwiger ME, Trehy ML, Ye Wet al Identification of amino-tadalafil and rimonabant in electronic cigarette products using high pressure liquid chromatography with diode array and tandem mass spectrometric detection. J Chromatogr A. 2010 Nov 26;1217(48):7547-55.
13. Fluoris AD, Pouliatiani KP, Chorti MS et al. Acute effects of electronic and tobacco cigarette smoking on complete blood count. Food Chem Toxicol. Food Chem Toxicol. 2012 Oct;50(10):3600-3.
14. Bahl V, Lin S, Xu N, et al. Comparison of electronic cigarette refill fluid cytotoxicity using embryonic and adult models. Reprod Toxicol. 2012 Aug 20;34(4):529-537.

ה. סכנת עישון פסיבי בסביבת מעשני סיגריה אלקטרונית

[ד"ר ישי לב , דצמבר 2012]

השימוש בסיגריות אלקטרוניות (סיג"א) גובר ומגיע להיקף של עד 5% מהאוכלוסייה בחלק ממדינות המערב, לאור תפיסתו בציבור כבריא יותר מסיגריות טבק ובשל הגבלות על עישון טבק במקומות ציבור. החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון קובע בסעיף המטרה שלו כי " מטרתו של חוק זה למנוע את העישון במקומות ציבוריים ואת חשיפת הציבור לעישון, הגורמת למוות, למחלות ולנכות ".⁽¹⁾ עולה השאלה אם יש בשימוש בסיגריה אלקטרונית סכנה לחשיפה לעישון כפוי (או אידי כפוי), ואם יש בכך חשש לנזק לטווח קצר או ארוך, הרי במצב זה יש להטיל מגבלות גם על שימוש בסיג"א במקומות ציבוריים. אפשר לפצל שאלה זו לשלושה חלקים: מידת החשיפה של הצופה התמים לאירוסול, תכולתו של האירוסול והסכנה להפוך למעשן פסיבי החשוף לניקוטין ולחומרים אורגניים נדיפים אחרים שבסיג"א. בחצי השנה האחרונה התפרסמו המחקרים הראשונים אשר השוו אירוסול סיגריות טבק לעומת סיג"א, ובהם התייחסות ראשונית לעישון פסיבי של סיג"א.

סיגריות אלקטרוניות (סיג"א) הן מערכת מאדה של תערובות שונות של תמיסות ניקוטין ותערובות שהן כביכול נטולות ניקוטין. האדים בהמשך מתעבים באופן ספונטני לאירוסול שהמשתמש שואף. גודל חלקיקי האירוסול, הקומפוזיציה והצפיפות קובעים דפוסים של אספקת הניקוטין בנאדיות האוויר, במערכות הוורידית והעורקית והחלק היחסי של האדים אשר אובד

בזמן הנשיפה ומתפזר בסביבת המעשן. התערובות הקיימות כוללות באופן מוצהר מים, ניקוטין או היעדר ניקוטין, תוספי טעם, גליצרין ונשא א-פולרי, בדרך כלל פרופילן גליקול (PG) או גליצרין ירקות. ל-PG יש משקל מולקולרי נמוך יותר הדורש אידי בטרטורה נמוכה יותר (186.6°C)⁽²⁾.

חלק מהניתוחים הכימיים של האירוסול בסיג"א היו מרגיעים⁽³⁻⁴⁾ מאוד, אך נעשו במימון של חברות הסיג"א, ואילו מחקרים אחרים בלתי תלויים מצאו ריכוזי ניקוטין לא תואמים, עקבות של כימיקלים מסוכנים ומזהמים, כגון תרופת הרימונובנט והסילדנפיל באחד המחקרים.⁽⁵⁾ מבדיקת ה-FDA של סוגים נפוצים של סיג"א נמצא כי הן מכילות חומרים שנחשבים מסוכנים לאדם וברכיזים לא אחידים לרבות די אתיל גליקול (אנטי-פריז), ניטרוזאמינים מתעשיית הטבק, חומרים רעילים מצמחי הטבק (אנבסאין, מיזאמין, בטא ניקטירין), נוכחות ניקוטין בריכוז נמוך גם במחסניות שאמורות לא להכיל ניקוטין ורמת ניקוטין לא אחידה עד כפולה מהמצוין על חפיסת המחסניות לסיג"א.⁽⁶⁾ בדיקות של תפקודי ריאה הראו כי שימוש בסיג"א למשך אפילו חמש דקות נמצא קשור בעליית האימפדנס, בהתנגדות דרכי האוויר הפריפריאליים ובסטרוס חמצוני בקרב משתמשים בריאים.⁽⁷⁾ נזקים אלו ואחרים מעוררים חשד סביר לגבי נזק למעשנים פסיביים, אמהאדים מתפזרים מחוץ לריאות המעשן.

מחקרים אחדים בחצי השנה האחרונה מאירים ולו במעט את ההיבט הבריאותי של עישון פסיבי של סיג"א. בניסוי שנעשה השנה בעזרת מכונת עישון וחלל לאיסוף העשן בניסיון להשוות בין סיגריות טבק ובין סיגריות אלקטרוניות נמצא כי שתיהן מייצרות חלקיקים בעלי גדלים דומים בטווח של 100-600nm, לאחר העיבוי של אדי הסיג"א לאירוסול. מודלים לפיזור ריאתי מנבאים כי רבע מהחלקיקים הללו ייספגו בריאות ובדרכי הנשימה של המעשן, ואילו שאר שלושת רבעי החלקיקים ננשפים החוצה בסביבה המיידית של מעשן סיג"א.⁽⁸⁾

שני מחקרים חדשים בדקו באופן ישיר את הזיהום הסביבתי עקב עישון סיג"א. מקיולי וחבריו מצאו כי עישון פסיבי כפי שנקלט ממכונת עישון, לא קשור בחשיפה לקרצינוגנים המוכרים מסיגריות טבק בריכוז משמעותי, אך היות והעשן מהסיג"א בניסוי זה לא עבר התעבות בריאות המעשן, החוקרים מציינים כי לא ברור אם מצב זה מייצג את המצב במציאות.⁽⁹⁾

שריפ וחבריו בדקו אם שימוש בסיג"א יכול להיות קשור בחשיפה פסיבית לחומרים הנדיפים אשר באירוסול. המחקר בדק זאת לא רק באמצעות מכונת עישון, אלא בדרכים נוספות, כגון בדיקת אוויר ננשף ממשתמשי סיג"א, ובמובן זה הוא ייחודי. במחקר נמצא באופן חד-משמעי כי הצריכה של סיגריות אלקטרוניות בהחלט גורמת לפליטת אירוסול ולחשיפת המעשן הפסיבי לחומרים אורגניים נדיפים, כגון 1,2-propanediol, חומרי טעם וניקוטין באוויר שסביב המעשן אך לא נמצאו חלקיקים אחרים אשר לגבי נוכחותם הועלה חשד, כגון פורמלדהיד ובנזן.

ככלל, נמצא כי החלקיקים עוברים מהירה בטרטורת החדר והופכים לקטנים יותר במהלך השעות בריאות המעשן, ולכן ייתכן שהם נישאים רחוק יותר ויכולים לחדור עמוק יותר

לריאות המעשן הפסיבי.⁽¹⁰⁾ נכון להיום, לא בוצעו מחקרים מקבילים לגבי סיג"א ללא ניקוטין מלבד בדיקות מעבדה כנ"ל שנעשו על ידי ה-FDA, ויש להניח כי הממצאים דומים לאור הדמיון במרכיבים הפעילים למעט ניקוטין.

לסיכום, עקב אי-הבהירות לגבי תכולת ניקוטין בסיג"א שאמורות להיות נטולות ניקוטין והמחקרים החדשים שפורסמו השנה לגבי הימצאות חומרים מסוכנים באדי הסיג"א, אפשר לאשר כי אידוי סיג"א מייצר סביבת עישון פסיבי גם לצופה התמים אשר נחשף לאירוסול של חלקיקים זעירים, לחומרים אורגניים נדיפים ולניקוטין. חשיפה זו עשויה להפוך אותו למעשן פסיבי העשוי לסבול מנזקים מידיים, לרבות גירוי בדרכי הנשימה העליונות והעיניים כתוצאה מהפרופילן גליקול, וייתכן אף החמרת מחלות חסימת ריאות כרוניות ועידוד ההתמכרות לניקוטין, בין השאר. גם אם נדמה שהסיכון ארוך הטווח קטן מהנזק הכרוך בעישון פסיבי של סיגריות טבק, לא הוכח עדיין אם אכן כך דבר, ומה משמעות החשיפה החוזרת והממושכת למי שנמצאים בסביבתו המיידית של מעשן סיג"א. בשל עקרון הזהירות המונעת לגבי חומרים מסוכנים אלו, חובת ההוכחה בנוגע לבטיחות חלה על היצרנים, על היבואנים ועל המשווקים של מוצר חדש זה. עד אז קיים בסיס עובדתי ראשוני שמחייב לשקול איסור עישון סיג"א במקומות ציבור.

* ישנן שתי גישות לתיאור שימוש בסיגריות האלקטרוניות – עישון ואידוי (תערובת הניקוטין). בתקציר המופיע לעיל מוזכר שימוש לסירוגין בשני המושגים לפי נוחות הניסוח, אף כי אין בסיגריות אלקטרוניות תהליך שריפה, ואין בה עשן.

1. החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג – 1983
<http://www.avir-naki.com/AntiSmokingAct.aspx>
2. National Institute of Standards and Technology (2011) NIST chemistry webbook. Retrieved from <http://webbook.nist.gov/chemistry/>
3. Laugesen, M. (2008). *Safety report on the Ruyan® e-cigarette cartridge and inhaled aerosol Christchurch, New Zealand Health New Zealand Ltd* Retrieved from <http://www.healthnz.co.nz/RuyanCartridgeReport30-Oct-08.pdf>
4. Laugesen, M. (2009, April). *Ruyan® E-cigarette bench-top tests. Poster presented at the Society for Research on Nicotine and Tobacco, Dublin, Ireland.* Retrieved from <http://www.healthnz.co.nz/DublinEcigBenchtopHandout.pdf>
5. Hadwiger, M. E. et al. (2010). [Identification of amino-tadalafil and rimonabant in electronic cigarette products using high pressure liquid chromatography with diode array and tandem mass spectrometric](#)

6. FDA (US Food and Drug Administration) (2009). Summary of results: Laboratory Analysis of Electronic Cigarettes Conducted July 2009. Available at: <http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm173146.htm>
7. Vardavas, C.I. (2011). [Acute pulmonary effects of using an e-cigarette: impact on respiratory flow resistance, impedance and exhaled nitric oxide](#), Chest, 141, 1400–1406.
8. Zhang, Y., Sumner, W., Chen DR. [In Vitro Particle Size Distributions in Electronic and Conventional Cigarette Aerosols Suggest Comparable Deposition Patterns](#). Nicotine Tob Res. 2012 Oct 4. [Epub ahead of print].
9. McAuley TR, Hopke PK, Zhao J, Babaian S. [Comparison of the effects of e-cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality](#) Inhal Toxicol. 2012 Oct;24(12):850-7. doi: 10.3109/08958378.2012.724728.
10. Schripp, T. [Does e-cigarette consumption cause passive vaping?](#) Indoor Air. 2012 Jun 2. doi: 10.1111/j.1600-0668.2012.00792.x. [Epub ahead of print].

ו. האם סיגריות אלקטרוניות מסייעות בתהליך גמילה מעישון?

[ד"ר ישי לב, דצמבר 2012]

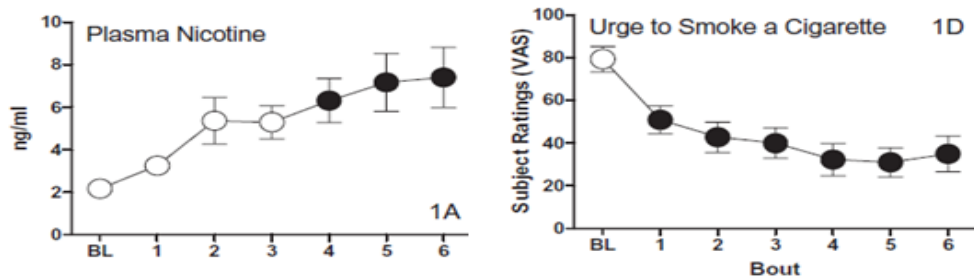
ארגון הבריאות העולמי הגדיר גמילה מעישון כתפקידו החשוב ביותר של הצוות הרפואי עבור מרבית המטופלים. למרות זאת רוב הנגמלים מפסיקים לעשן בכוחות עצמם ובשיעורי הצלחה נמוכים מאוד. חלק מהמעשנים המנסים להפסיק נעזרים באמצעים שונים שהוכחו יעילים בגמילה מעישון והפחתת עישון. בעוד **הפחתת עישון** לא הוכחה כקשורה בהפחתת הנזק הכרוך בעישון, בוודאי לא אצל מעשנים כרוניים ותיקים, **הפסקת עישון** בכל דרך נמצאה קשורה לשיפור באורך החיים ובאיכות החיים.⁽¹⁾

נמצא כי הטיפול בתחליפי ניקוטין מכפיל את סיכויי הגמילה מעישון בהשוואה לשימוש באינבו. כ-35% מהמעשנים ניסו בשלב כלשהו את תחליפי הניקוטין הקיימים ובדרך כלל למשך זמן קצר מדי. הסיבות לשימוש המוגבל יחסית בתחליפי הניקוטין, הקיימים עשור שנים כתרופות ללא מרשם, מיוחסות למגבלות השימוש בתחליפי הניקוטין: יעילות מוכחת אך נמוכה, תופעות

לוואי המגבילות מינונים גבוהים, פיק אטי מאוד של הניקוטין, הפרעה בספיגה בזמן צריכת קפה או אלכוהול, מגוון תחליפים מצומצם שאינו כולל תחליפים אשר נספגים בריאות, מגבלות חברתיות בשימוש ועוד. בהתאם, נמצא כי מעשנים לא משתמשים בתחליפי ניקוטין בתכיפות גבוהה מספיק בזמן ניסיון גמילה, ובמיוחד לא בזמן אירועים חברתיים וגירויים מתנים לעישון, כגון פרסומות, המעוררים את הצורך לעשן. התחליפים לא נמצאו כמדכאים באופן משמעותי מספיק את העלייה במשקל הקשורה בהפסקת עישון, שהיא סיבה משמעותית המסבירה את הכישלון של הפסקת עישון וגמילה לטווח ארוך.⁽¹⁾

סיגריות אלקטרוניות עשויות להוות חלופה אפשרית לתחליפי ניקוטין לצורך גמילה מעישון. החיסרון הבולט ביותר של תחליפי ניקוטין הוא היעדר פיק מהיר וחזק של ניקוטין במוח, הקיים בשימוש בסיגריות טבק והקשור ביותר להתמכרות לעישון סיגריות. אם סיג"א ייצרו פיק דומה, ייתכן שיהיו יעילות יותר בהפסקת עישון.⁽¹⁾ ספיגת הניקוטין בריאות ישירות למערכת העורקית והדמיון ההתנהגותי לעישון סיגריות טבק עשויים להפוך את הסיג"א, אם תימצא בטוחה לשימוש, לתחליף יעיל לצורך לעשן, רעיון חדשני לטיפול כרוני מתוך תובנה כי עישון הוא בדרך כלל התמכרות כרונית חוזרת, עם הפסקות וחזרות נשנות לעישון.

מעשני סיג"א לא מנסים לא מצליחים להפיק כמות ראויה של ניקוטין, אך לאחר שצברו ניסיון, מעשני סיג"א מצליחים להביא לרמות מהירות וגבוהות של ניקוטין בדם ומדווחים על דיכוי יעיל של הדחף המתפרץ לעשן ועל התפתחות היכולת להפסיק לעשן סיגריות עם דיכוי יעיל של העלייה במשקל.^(2,3) ואולם סיג"א עם ניקוטין לא נמצאה יעילה יותר מסיג"א ללא ניקוטין בדיכוי תסמיני הגמילה מעישון במחקר שפורסם השנה ובדק כ-80 מעשנים, שעה לאחר שהפסיקו לעשן. במחקר זה נמצא כי לגברים היה סיכוי גבוה יותר לדכא תסמיני גמילה בעזרת סיג"א עם ניקוטין ובקרב נשים נמצא ההיפך. בשני המקרים התופעה הופיעה 20 דקות אחרי תחילת השימוש בסיג"א.⁽⁴⁾ מחקר עוקבה נוסף שפורסם בשנה שעברה עקב אחר מעשנים שהוזמנו להשתמש בסיג"א (מחקר טבעי) והגיעו למעקב אינטנסיבי אצל החוקרים. המחקר מצא כי שימוש בסיג"א במסגרת מעקב מחקרי היה קשור בכ-22% הפסקת עישון ובכ-55% הפסקה או הפחתה משמעותית (לפחות 50%) בכמות העישון, בתחילת המחקר.⁽⁵⁾ אחוזים אלו לא נחשבים גבוהים בשל אפקט ההותוך.



שאיפות מסיגריה אלקטרונית וההשפעה על ניקוטין בדם ועל הירידה בדחף לעשן (עיגולים מלאים כאשר (6)($P < 0.05$)

יש לציין כי מדובר במחקר ראשוני (פיילוט) קטן ולא מבוקר.

לסיכום, סיג"א עשויות להוביל להתפתחות של טיפול חדשני לגמילה מעישון טבק על ידי הצעת חלופה בטוחה. עד כה לא נעשה מחקר עוקבה גדול וממושך או לחלופין מחקר כפול סמיות אשר יוכיח יעילות ובטיחות. מחקרים עתידיים צריכים להוכיח לא רק יעילות בהפסקת עישון ובהחלפת עישון טבק באמצעי אחר, אלא גם בטיחות בשימוש קצר ולמשך שנים בתכשיר. כלי כזה יכול להיות יעיל בידי הצוות הרפואי כתרופה, וראוי שלא יהיה נגיש לציבור הכללי, משום שהוא עלול לשמש סעד למעשנים לשעבר במקום גמילה מלאה מניקוטין או אמצעי כניסה לעולם העישון לצעירים אשר לא עישנו מעולם.

1. Caldwell , B., Sumner, W., Crane, J. (2012). Systematic Review of Nicotine by Inhalation: Is There a Role for the Inhaled Route? *Nicotine & Tobacco Research* (14):10.
2. Trehy, M. L. , Ye, W., Hadwiger, M. E., Moore, T. W., Allgire, J. F., Woodruff, J. T. et al. (2011). Analysis of electronic cigarette cartridges, refill solutions, and smoke for nicotine and nicotine related impurities . *Journal of Liquid Chromatography & Related Technologies* , 34 , 1442–1458 .
3. Etter, J. F., & Bullen, C. (2011). Saliva cotinine levels in users of electronic cigarettes . *European Respiratory Journal* , 38 , 1219–1220 .
4. Dawkins, L., Turner, J., Hasna, S., Soar, K. (2012). The electronic-cigarette: Effects on desire to smoke, withdrawal symptoms and cognition. *Addictive Behaviors* 37, 970–973.

5. Polosa, R., Caponnetto, P., Morjaria, J.B., Papale, G., Campagna, D., Russo, C. (2011). Effect of an electronic nicotine delivery device (e-Cigarette) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. BMC Public Health, 11:786.
6. Vansickel, A.R., Eissenberg, T. (2012). Electronic Cigarettes: Effective Nicotine Delivery After Acute Administration. Nicotine Tob Res.

ז. ריכוז ההמלצות הבין-לאומיות בנושא הסיגריות האלקטרוניות

[חיים גבע הספיל, דצמבר 2012]

סיגריה אלקטרונית (להלן: סיג"א) היא מוצר חדש יחסית הנמצא בשווקים העולמיים מאז שנת 2005. בשנים האחרונות החלה הצפה של השוק במותגים שונים של המוצר תוך פרסום נרחב שלו במגוון אמצעי מדיה שונים. סיג"א זוכות בשל פער רגולטורי בנושא במרבית מדינות העולם: הן לא מסווגות כתרופה מצד אחד ומתחמקות מההגבלות על מוצרי טבק מצד אחר. בשל הקושי הרגולטורי והיותן מוצר צריכה ממכר, המזכיר במראהו סיגריה, בזמן שעישון הפך למוקצה במידה רבה, סיג"א הפכו לאחד מהשווקים המתעוררים בעולם המערבי.

שוק הסיג"א העולמי מוגדר על ידי עיתוני כלכלה כגון הפורבס האמריקאי (אוק' 2012) כשוק בתהליך גדילה הראוי לתשומת לב המשקיעים. אנליסטים מעריכים ששוק זה ישתווה ואף יעבור את שוק הטבק עוד לפני 2050. בשל התחרות עם חברות הטבק יש כמה חברות טבק גדולות שרכשו חברות סיג"א, כמו למשל רכישת Blue Ecigs לאחרונה בידי חברת הטבק השלישית בגודלה בארצות הברית, שבה למעלה מ-3% מהאוכלוסייה התנסתה בשימוש בסיג"א. השוק של סיג"א מגלגל באיחוד האירופי כ-2.5 מיליארד ש"ח בשנה, ו-7% מתושבי ה-EU דיווחו על ניסיון שימוש בסיג"א. ההערכות באנגליה הן שמספר המשתמשים יגיע למיליון עד סוף 2012.

מערכות בריאות בכל העולם מנסות להתמודד עם הסיג"א, המעלה כמה שאלות ודילמות:

- א. האם הסיג"א על צורותיה השונות ובמילויים השונים מהווה סכנה לבריאות הציבור?
- ב. האם יש להתיר שימוש בסיג"א במקומות ציבוריים?
- ג. האם יש להטיל רגולציה על הסיג"א? אם כן, באיזה אופן? אם על הסיג"א עצמה או על המילויים? תחת איזה סיווג יש לחייב רגולציה, אם מתירים שימוש - כמוצר פרמקולוגי או כמוצר טבק?
- ד. האם יש למוצר יתרונות בריאותיים כמוצר לגמילה מעישון או לכל הפחות כמוצר "מופחת נזק/סיכון" בהשוואה לסיגריות רגילות?
- ה. האם יש לחייב סימון של המוצר באזהרת בריאות? באזהרת נגישות ילדים?
- ו. האם יש להגביל את הפרסום של הסיג"א?

- ז. האם יש להטיל על הסיג"א מס ייעודי?
- ח. בסיום השימוש – מה ייעשה בסוללות ובמחסניות הניקוטין?
- ט. מה ההשלכה של השימוש במוצר על תדמית העישון?

הנושא	WHO/FCTC	WMA
רגולציה כמוצר פרמקולוגי	*אם לא אפשרי, חיוני להסדיר תכולה, סימון, איסור שימוש במקומות ציבוריים וכן הגבלת פרסום, קידום מכירות וחסויות.	ייצור ומכירה של סיג"א ו- ENDS יהיו כפופים לגופים רגולטוריים לצורך קבלת היתרים לשיווק ומכירה, שיתבססו על ניסויים ועל מחקר ויסווגו כמוצר טבק חדש או כ- drug delivery.device
שימוש במקומות ציבוריים	איסור	איסור
פרסום (בכפוף להוכחות יעילות ובטיחות ולאישור רשות רגולטורית)	איסור ייחוס סגולות רפואיות	איסור ייחוס סגולות רפואיות
	איסור ייחוס נזק מופחת	איסור ייחוס נזק מופחת
	איסור ייחוס גמילה מעישון	איסור ייחוס גמילה מעישון
מחקר	ברמה אישית וברמת אוכלוסייה, מחקר קליני, פסיכולוגי, התנהגותי, מחקר לאחר שיווק	--
רפואה ראשונית		ליידע את המטופלים על הסיכונים האפשריים עקב שימוש בסיג"א.

סקירת ספרות מחקרית של ארגון NICE מבריטניה

בסקירת ספרות שיטתית שפרסם ארגון NICE נמצאו ההיגדים האלה :

1. בטיחות סיגריות אלקטרוניות (סיג"א) במשתמש -

(א) אין הוכחות לגבי בטיחות ארוכת טווח;

(ב) יש מעט מאוד מידע לגבי בטיחות קצרת טווח המצביעה על בטיחות גבוהה יחסית.

2. נוכחות חומרים מסוכנים בסיג"א -

(א) נמצאו חומרים טוקסיים במיוחד – ניטראזמינים של ניקוטין ודי-אתיל גליקול;
(ב) אין מידע מספק מן היצרן/היבואן לגבי תכולת חומרים מסוכנים;
(ג) חלק מהסיג"א דולפות, ואי-אפשר להיפטר מהן בבטחה, ובכלל זה מחסניות הניקוטין.

3. יעילות בגמילה מעישון -

(א) אין מחקרים המראים יעילות בהפחתת עישון לצורך הפסקה עקב שימוש בסיג"א, ויש עדות חלשה מאוד באשר ליעילות בנוגע להפחתת עישון;
(ב) יש עדות חלשה מאוד לגבי יעילות סיג"א בדיכוי דחפי עישון;
(ג) יש עדות חלשה מאוד שהראתה כי עישון סיג"א יכול להחליף עישון.

קבוצת עבודה של ה-WHO בנושא רגולציה על מוצרי טבק TobReq - עמדות

- לא ניתן לקבוע את רמת הניקוטין הנצרכת בשאיפה ואת רמת הבטיחות שלה.
- אין עדויות ליעילות השימוש בגמילה מעישון.
- לא ברורה רמת הסיכון ביכולתם לגרום התמכרות לניקוטין.
- שאיפת החומרים לריאות עלולה להיות מסוכנת.
- אם מייחסים יכולות רפואיות או רומזים על טענות בנושא בריאות – יש לוודא שקיים ביסוס מחקרי העוסק באיכות, בבטיחות וביעילות ולהציגו לרשות הרגולטורית הרלוונטית.

רגולציה של סיג"א במדינות אחרות

קנדה – סיג"א המכילה ניקוטין מחייבת רישום והצגת אישורים הנדרשים ממוצר רפואי.

סיג"א ללא ניקוטין – אין הגבלה.

ברזיל – אסור למכור, לייבא ולפרסם כל "מוצר אלקטרוני לעישון", אלא אם כן יעמוד בדרישות רגולטוריות מתאימות (מבחינת טוקסיקולוגיים, הוכחת יעילות/בטיחות/כל טענה אחרת המועלית בנוגע אליו).

בריטניה – MHRA החליט לא לאסור או להגביל שימוש בשלב זה. פרסום המלצות צפוי באביב 2013.

ארצות הברית - FDA - נדחתה כוונה לרגולציה כמוצר פרמקולוגי, אפשר לאשר רגולציה כמוצר טבק.

סיציליה וסינגפור – ENDS מוגדרים כמוצר המחקר מוצרי טבק, ולכן אסור לייצר, לייבא, לספק, לשווק, להציג ולמכור אותם. נעשה שימוש בחקיקה האוסרת על מכירת מזון, ממתק צעצוע או מוצר אחר המדמה מוצר טבק.

WHO – אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק של ה-FCTC

בנובמבר 2012 בכינוס החברות לאמנה (COP5) הוצג מסמך המלצות על רגולציה לסיגריות אלקטרוניות אשר מבוסס על המלצות ה-TobReg שהוצגו לעיל. בבסיס המסמך מופיעים נושאי בטיחות השימוש וההסכמה כי סיג"א (ENDS) מחקות מוצרי טבק ולכן פוגעות במאמץ לדה-נורמליזציה של העישון. להלן כמה נקודות עיקריות :

- בסעיף 12 האמנה מדגישה את החשיבות בשינוי נורמות חברתיות כלפי לעישון. "חיוני לשנות תפיסות ונורמות חברתיות, סביבתיות ותרבותיות ביחס למקובלות של צריכת מוצרי טבק וחשיפה לעישון כפוי... החברות לאמנה מוזמנות לשקול איסור של ENDS כפי שכבר נעשה על ידי חלק מהחברות, וכך לתרום לשינוי הנורמה". הגדרת סיג"א כ"מוצר המחקר מוצר טבק" ואיסורן יתנו מענה לכלל ה-ENDS ללא פערים בסיווג בהתאם לתכולה או טענות לגבי יעילות, גמילה וכדומה. סעיף אחר (5.2) כללי מנחה את המדינות "לאמץ וליישם צעדים יעילים למניעה ולהפחתה של ההתמכרות לניקוטין". ENDS כוללים לרוב ניקוטין ולכן תורמים להמשך ההתמכרות לניקוטין.
- סעיף 13.2 קובע חובה לאסור פרסום גורף של מוצרי טבק, קידום מכירות וחסויות. פרסום וקידום מכירות מוגדרים כ"כל צורה של תקשורת מסחרית, המלצה או פעולה במטרה לקדם מוצר טבק או שימוש בטבק, או העשויה לקדם מוצר טבק או השימוש בו, בין בצורה ישירה ובין בעקיפין". לכן מוצע לחברות החברות באמנה לשקול אם מכירה, פרסומת ואף שימוש בסיג"א עשויים להיות מנוגדים להוראה זו, בגין חיקוי העישון, בין שהיא מכילה ניקוטין או חומר שמקורו בטבק ובין שלא, במישרין או בעקיפין.
- כמו כן סעיף 16.1 דורש מהמדינות "לאסור ייצור ושיווק של כל מוצר בצורת מוצר טבק המושך צעירים".
- השימוש ב-ENDS עשוי לפגוע ביישום סעיף 8 לאמנה (הגנה על חשיפה לעישון מוצרי טבק), היות ומי שמשמש ב-ENDS במקומות ציבוריים עשוי לטעון שהמוצר אינו מכיל טבק או אינו גורם לחשיפה לעישון כפוי.
- סעיף 14 לאמנה מנחה את המדינות לאמץ אמצעי גמילה מעישון מבוססי ראיות ולהנגיש אותם כדי לעודד גמילה.
- אם לא אוסרים לחלוטין על ENDS למרות העיקרון שמצדיק איסור על מוצר חדש עם יכולת לשמר התנכרות לניקוטין, מומלץ לשקול רגולציה כפולה – הן כמוצר טבק והן כתכשיר רפואי.

- אם מדינה מחליטה להסדיר ENDS כמוצרי טבק, כל הוראות האמנה יחולו עליה (איסור במקומות ציבוריים, איסור פרסום ושיווק ועוד). החיסרון הבולט הכרוך בכך הוא החשש שצעד זה יתמוך בהמשך ההתמכרות לניקוטין וייתן ל-ENDS לגיטימיות שיווקית, ולפיכך צעד זה לא מסייע להשיג את היעד של האמנה, כמפורט בסעיף 3, "להפחית ברציפות ובאופן ניכר את השכיחות של שימוש בטבק".
- ENDS הטוענים לסגולות רפואיות חייבים לעמוד בחקיקה הרלוונטית של המדינות (לתכשירים רפואיים) תוך שימת דגש מיוחד בהוכחת יעילותם על-פי ההתוויה המיוחסת להם.

ח. כתב מינוי של הוועדה בנושא הסיגריה האלקטרונית

www.health.gov.il



כ"ח בתשרי, התשע"ג
14 אוקטובר 2012
אסמכתא: 49797912
(במענה נא ציינו מספרנו)

- לכבוד
- ד"ר ישי לב
 - ד"ר אמיר און
 - ד"ר תמר ברמן
 - מר חיים גבע הספיל
 - עו"ד חנה ונשטוק טירי
 - מר עמי לויץ
 - עו"ד אילנה מישר
 - ד"ר צבי פרידלנדר
 - ד"ר אודי קלינר
 - ד"ר אייל שורצברג
 - ד"ר נדב שפר
 - מתמחה במינהל הרפואה, משרד הבריאות
 - מנהל שרות ריאות-אונקולוגיה, ביה"ח תה"ש
 - טוקסיקולוגית ראשית, משרד הבריאות
 - מקדם בריאות ומרכז תחום עישון, המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות
 - יועצת משפטית, הרשות להגנת הצרכן
 - ממונה על מדיניות יבוא, משרד התמ"ת
 - סגנית בכירה ליועצת המשפטית, משרד הבריאות
 - מנהל המרכז ל-COPD ונוזקי עישון, ביה"ח הדסה עין-כרם
 - עוזר לראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות
 - ראש אגף הרוקחות, משרד הבריאות
 - מנהל מחלקת אמ"ר, משרד הבריאות

שלום רב,

הנדון: מינוי צוות בנושא סיגריה אלקטרונית

אני מתכבד למנותכם כצוות שימליץ למשרד הבריאות והתמ"ת על המדיניות הראויה בנושא הסיגריה האלקטרונית.

אודה לכם על התייחסות לסוגיות הבאות:

- היבטים בריאותיים - תועלת ונוזקים
- היבטים צרכניים
- היתרים או איסורים לשיווק יבוא ופירסום
- היבטים של תקנות וחקיקה

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mmancal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5681306/7 Fax: 02-5655983

לשכת מסנה למנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
mmancal@moh.health.gov.il
טל: 02-5681306/7 פקס: 02-5655983



משנה למנהל הכללי

Associate Director General

משרד
הבריאות
נחיים בריאים יותר

בראש הצוות יעמוד ד"ר ישי לב

ירכו את הצוות ד"ר אודי קלינר.

אודה על סיום המלצותיכם עד 1/12/12.

בברכה,
ד"ר בעז לב

העתק:

פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל המשרד, כאן
מר שרון קדמי, מנכ"ל המשרד לתעשייה ומסחר
פרופ' ארנון אפק, ראש מינהל הרפואה, כאן
פרופ' איתמר גרוטו, ראש שרותי בריאות הציבור, כאן
ד"ר אסנת לוקסנבורג, ראש מינהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות, כאן
גב' נאוה אשכנזי, יועצת בכירה למנכ"ל, כאן

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mmancal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5681306/7 Fax: 02-5655983

לשכת משנה למנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
mmancal@moh.health.gov.il
טל: 02-5681306/7 פקס: 02-5655983

פרק יא: ENDGAME – סוף המשחק

בדו"ח שר הבריאות על מצב העישון מובאים מדי שנה פרקים שונים, ובהם תיאור מחקרים חדשים בנושא העישון, סקירות ספרות על נזקי העישון, פירוט התערבויות שונות בנושא מניעה או גמילה מעישון ומחקרים אחרים.

פרק זה השנה מוקדש לנושא חדש יחסית בתחום המאבק בעישון, שהועלה לראשונה כבר לפני כעשרים שנה, אך רק בשלוש השנים האחרונות זכה לעלות על סדר היום של החוקרים והעוסקים במאבק בעישון.

התערבויות למניעת עישון בקרב בני נוער מתרכזות בגילאים 12-14 כדי למנוע התחלת התנסות בעישון סיגריות וחיזוק הידע והעמדות נגד העישון. השאלה הנפוצה ביותר שבני הנוער שואלים במסגרת פעילויות אלו, היא: "אז למה עדיין מותר למכור סיגריות?".

אפשר לטעון שהשאלה מצביעה על תמימות, אך למעשה השאלה מייצגת ראייה צעירה ורעננה של הנושא, חפה מדעות קדומות, מתפיסות ומקבעונות, מניסיונות ומאכזבות שהצטברו במשך שנים רבות בקרב אנשי בריאות הציבור ומשפטנים, ולמעשה בקרב הציבור המבוגר בכללו.

שאלה דומה נשאלת גם על ידי מעשנים המתקשים להתמודד בהצלחה עם הגמילה מעישון ומחפשים כל פתרון אפשרי שימנע מהם מלהמשיך לעשן, ואחת התולדות של התעלמות מהשאלה הזו, עומדת בבסיס הטענות של יצרני ויבואני סיגריות אלקטרוניות ואלו המשתמשים בסיגריות אלקטרוניות, בדבר היעדר היגיון וסבירות בפיקוח והסדרה של סיגריות אלקטרוניות ומוצרים אחרים, בעוד סיגריות רגילות נמכרות באופן חופשי, ללא פיקוח אמיתי על תכולתן המסרטנת.

בפרק זה מוצגת סקירה בנושא ה-ENDGAME ("סוף המשחק"), כלומר, ההבנה שהמציאות שבה מעשנים סיגריות סופה להיעלם, והדיון מתרכז בשאלות מתי ובאיזה אופן זה יתרחש.

העיתון המדעי המוביל בעולם בנושא העישון, *Tobacco Control*, פרסם בגיליון חודש מאי 2013 מוסף מיוחד המוקדש כולו לנושא ה-ENDGAME. בפרק זה יובאו סקירה של חלק מהמאמרים שהופיעו בגיליון זה ודוגמה לאחת ההצעות הממחישה גישה זו.

מאמר המערכת בנושא נכתב על ידי ד"ר אליזבת סמית מהמחלקה למדעי החברה וההתנהגות באוניברסיטת קליפורניה.

שימוש בטבק כחלק מטקס היה טבעי ונפוץ בקרב האינדיאנים כבר לפני מאות שנים, אך אין שום דבר "טבעי" באופן שבו מגדלים, מעבדים, מוכרים וצורכים טבק כיום.

הסיגריות הן מוצר תעשייתי שהונדס ותוכנן לגרימת התמכרות, וכחלק מתהליך זה הן הפכו לקטלניות הרבה יותר.

חברות הסיגריות פעלו במשך המאה הקודמת ליצירת הרושם ששימוש בטבק הוא בלתי נמנע ועיצבו את הנורמה החברתית שאפשרה את ההתמכרות לטבק. התפוצה הנרחבת של העישון, התחלואה והתמותה הקשה הנובעת מהשימוש בו היא מעשי ידי אדם, והמדיניות לצמצום העישון ונזקיו יכולה ואכן מצליחה לשנות זאת.

הדיון ההולך וגובר בעולם בנושא "סוף המשחק" מבטא שלב חדש במאבק בעישון, בעוד רק לפני עשור שנים רעיונות כאלו היו בשולי הדיון הציבורי ולא הונחו על סדר היום. זה היה המצב, בין השאר, בגלל ההשוואה המוטעית למדיניות שהונהגה ב"תקופת היובש" בארצות הברית ביחס לאלכוהול. הצורך ב"סוף המשחק" נולד משום ההכרה בכך שאין הכרח לקבל את המציאות של שיווק הטבק על ידי תעשיית הטבק כעובדה בלתי מעורערת ואת העובדה כביכול שאף כי מופעלות אסטרטגיות שונות לצמצום העישון, באופן מוצלח יותר או פחות, הן יצמצמו אך לא יעלימו את בעיית העישון.

למעשה, האסטרטגיות השונות נועדו מראש לצמצם את התופעה, להגביל את תעשיית הטבק ואת אסטרטגיות הפעולה שלה, אך לא להעלימה לחלוטין.

הדיון בנושא "סוף המשחק" עשוי לעודד ולפתח חשיבה שונה ויצירתית יותר במאבק נגד הטבק, כפי שקרה לפני שנים לא רבות, כשהיה קשה להעלות על הדעת איסור עישון במקומות ציבוריים שונים, כגון בבתי חולים, במטוסים ובמסעדות, אך כיום זו המציאות הרווחת בישראל ובעולם המערבי כולו. סביר להניח שגישת "סוף המשחק" נמצאת באותה נקודת התחלה, אך טרם ברור מה עתידה.

לדעת קנת וורנר מהמחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת מישיגן עישון הוא עדיין גורם המוות הגדול ביותר בעולם הניתן למניעה, וככל הנראה ימשיך לעמוד בראש רשימת גורמי המוות בעשורים הבאים. ארגון הבריאות העולמי מייחס לטבק 100 מיליון מקרי מוות במהלך המאה ה-20, ובהתאם למגמות הנוכחיות הצפי המחריד הוא שהמספר יגיע למיליארד, רובם הגדול במדינות המתפתחות, מדינות שאוכלוסייתן מוגדרת כבעלת הכנסה נמוכה או בינונית.

אמנם המאבק בעישון גורף הצלחות יחסיות במרבית מדינות העולם המערבי והמדינות המפותחות, לעתים עד כדי צמצום של שיעור המעשנים ב-50% ביחס לשנות השבעים והשמונים, ואולי אף אפשר לומר שהמאבק בעישון הוא אחת ההצלחות הגדולות ביותר מבחינת בריאות הציבור בעולם המפותח, אך הירידה האטית בשיעורי העישון בעולם המערבי והעלייה בשיעורי העישון במדינות מתפתחות ובמדינות עניות הביאו להבנה שהמצב הנוכחי אינו מקובל ואסור שיימשך. כמו כן התברר שיש צורך בגישה אחרת, חדשה ונועזת כדי לשנות זאת, ומכאן ההתעניינות וההכרה בגישה החדשה ואולי אף הקיצונית של "סוף המשחק", של סיום התחלואה והתמותה מעישון.

על אף חילוקי דעות וגישות ביחס למה שאפשרי או אינו אפשרי וביחס לדרך שבה ניתן להשיג זאת, מוסכם על הכול שהמילה האחרונה בסיפור של העישון ומזקיו צריכה להיות "הסוף".

ישנן כמה הצעות למימוש "סוף המשחק". הראשונה בהן הועלתה בצורה רצינית פורסמה במאמר בשנת 1994 על יד בנויץ והנינגפילד והציעה להפחית בהדרגה את ריכוז הניקוטין, הסם הממכר הנמצא בטבק, עד לרמה שאינה ממכרת.

ההצעה השנייה הוצגה כעשר שנים מאוחר יותר על ידי בורלד ובהמשך נתמכה על ידי קולראד, שהציעו לשנות את מבנה שוק הטבק. לפי הצעתם לא תהיה יותר מכירה של טבק על ידי חברות טבק ישירות לצרכנים, מנגנון המשרת מטרת רווח, אלא יוקם מנגנון שלא למטרות רווח, שיהיה אחראי לחלוקת טבק תוך יישום מדיניות של הפחתת נזק במוצרים עצמם.

ואולם רק בשלוש השנים האחרונות גישת "סוף המשחק" החלה למצוא את דרכה לזרם המרכזי ולספרות המדעית המקובלת.

בכנסים בין-לאומיים שהתקיימו בשלוש השנים האחרונות הוצגו בתחילה רק הרצאות בודדות שעסקו ב"סוף המשחק". בהמשך הוקדשו לנושא מושבים שלמים בכנסים, ובשנת 2013 מתוכננים כבר כמה כנסים בין-לאומיים המוקדשים כולם אך ורק לנושא "סוף המשחק". המטרה היא להעמיק את ההיכרות של אנשי המקצוע בתחום המאבק בעישון עם גישת "סוף המשחק", עם הזרמים המרכזיים שבה, עם התועלות והחסרונות בכל גישה ועם היבטים אתיים, משפטיים, כלכליים וחסימים שעלולים למנוע את יישום הגישה.

הזרמים המרכזיים בגישה החדשה מכוונים לעצם אספקת הסיגריות על ידי התעשייה, להעלאת מחיר עד לרמה שלא תאפשר למרבית האוכלוסייה לרכוש סיגריות, לאיסור של מכירת מוצרי טבק למי שנולדו משנת לידה מסוימת ועד הוצאת הסיגריות לחלוטין מחוץ לחוק בדומה לסמים מסוכנים.

למרבה ההפתעה, טרם נערך דיון ייסודי ועמוק לגבי הגדרת המושג "ניצחון" במאבק בעישון או בנוגע לקביעת יעד ברור בהקשר לבריאות הציבור: האם הפחתת התרומה של העישון לתמותה לרמה של 10% בלבד לעומת המצב היום היא קבילה? האם קביעת יעד של שיעור עישון באוכלוסייה בהיקף של 10% או 5% עדיפה? אולי עדיפה קביעה קביעת יעד ללא עישון כלל? האם הכוונה היא רק לסיגריות או גם למוצרי טבק אחרים, כמו טבק למציצה? אולי הקריטריון יהיה אוכלוסייה שלא צורכת ניקוטין כלל? או אולי היעד המספק של "סוף המשחק" יהיה בתחום הפחתת הנזקים הנגרמים מהעישון?

כאמור לעיל, אחת הגישות מציעה לנקוט איסור של מכירת סיגריות למי שנולדו משנת לידה מסוימת. גישה זו מתמודדת בהצלחה עם רובן המכריע של הטענות נגד יישום מדיניות "סוף המשחק", והיא נדונה בימים אלו בטזמניה (אוסטרליה) ובסקוטלנד.

בהתאם לגישה זו, ייקבע איסור מכירת סיגריות לפי שנת לידה, ולפיכך על מנת לרכוש סיגריות יהיה צורך להציג תעודת זהות, ורק אם שנת הלידה של הרוכש מוקדמת יותר מהשנה שהוגדרה כסף עליון – יותר למכור לו סיגריות.

אם באופן תאורטי ניישם גישה זו במדינת ישראל, אפשר להציע לדוגמה חוק, ולפיו ייקבע איסור של מכירת סיגריות למי שנולד החל משנת 2000 ואילך.

בהתאם למצב החוקי כיום, קיים איסור של מכירת מוצרי טבק ומוצרים לעישון טבק למי שגילו מתחת ל-18. המוכר רשאי לדרוש תעודת זהות כדי לוודא את גיל הרוכש, ובמסגרת התיקון המוצע לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, שאושר בקריאה ראשונה בסוף הכנסת הקודמת, מוצע לקבוע חזקה על המוכר, בדומה למצב החוקי לגבי מכירת אלכוהול לצעירים, ולפיה הנחת המוצא היא שמכר סיגריות לקטין, אלא אם יוכיח שהוטעה, למשל על ידי תעודת זהות מזויפת, וכך תתאפשר אכיפה יעילה יותר של איסור המכירה לקטינים.

על-פי הרעיון של איסור מכירה לילידי שנת 2000 ייתוסף לחוק איסור של מכירת טבק למי שנולד החל מה-1 בינואר 2000, וכך באופן תאורטי, בתוך כארבעים שנה מהיום, רק בני 54 ומעלה יהיו עדיין רשאים לקנות סיגריות.

הצעה זו מתמודדת בהצלחה עם מכשולים רבים, שרלוונטיים לגישות אחרות של "סוף המשחק", אך לא במקרה זה.

בהצעה אין איסור מוחלט על מכירת סיגריות אלא בצורה מוגבלת ומידתית מאוד. היא לא נוגעת למעשנים, וכך המעשנים הבגירים (לרבות מי שכיום הם בני 14 ויגיעו לגיל 18 בעוד ארבע שנים) יוכלו להמשיך ולקנות סיגריות ללא הגבלה.

אין בהצעה הפללה של בני נוער – האיסור המוצע הוא על המוכר ולא על הקונה, ולפיכך בני נוער שנולדו לאחר שנת 2000 שירכשו או ישיגו סיגריות ויעשנו, לא ייחשבו למי שעוברים עבירה.

שיעור המעשנים "מדי יום" בקרב גילאי 13 הוא אחוזים ספורים – כ-2.6% בקרב הבנים וכ-1% בקרב הבנות. שאר 96% מבני הנוער בשכבת גיל זו וכמובן צעירים יותר לא מעשנים וממילא לא נפגעים מהחוק.

האיסור ייכנס לתוקף למעשה בתוך חמש שנים מהיום ויאפשר זמן רב לבני ה-13 ולמערכות החינוך והבריאות להיערך לגיבוש פתרונות חינוכיים למניעה של התחלת עישון ופתרונות מקצועיים לגמילה מעישון לאחוזים בודדים משכבת גיל זו שמעשנים כיום, וכך לא ייתקלו בבעיה בהגיעם לגיל 18.

מי עשוי לתמוך בחקיקה כזו? אם נפלח את האוכלוסייה לפי מצב העישון – סביר להניח שמרבית הציבור הלא מעשן, שמהווה כ-80% מגילאי 18 ומעלה, יתמוך בחוק, שכן הוא אינו רלוונטי לגביו.

תמיכה בהצעת החוק צפויה גם בקרב המעשנים, ובוודאי המעשנים הכבדים, שמרביתם לא מאחלים לילדיהם להצטרף למעגל המכורים, אך מתקשים למנוע מילדיהם לאמץ את הדוגמה האישית ואת ההתמכרות הקשה, התמיכה צפויה במיוחד לנוכח העובדה שהצעת החוק לא נוגעת לסטטוס העישון שלהם באופן אישי, והם יוכלו להמשיך לרכוש ולעשן סיגריות, רק לילדיהם יהיה אסור.

בני הנוער מעל גיל 14, שנולדו כמובן לפני שנת 2000, לא צפויים להתנגד לחוק, מאחר שהחוק לא נוגע אליהם, בהגיעם לגיל 18 הם יוכלו לרכוש סיגריות.

בני נוער שמתחת לגיל 14 ברובם הגדול יתמכו בחוק. הם השואלים ולא מבינים איך בכלל מתירים למכור סיגריות, ורובם המוחלט אינם מעשנים, ולכן החוק לא מפריע להם. לבני הנוער בגילאים אלה שמעשנים (אחוז זניח), אפשר לסייע להיערך לאיסור שייכנס לתוקף בתוך חמש שנים.

מי שעשוי להתנגד לחוק הם כמובן תעשיית הטבק, מוכרי הסיגריות ויחד עמם גם גורמי משפט שונים, בטענה הצפויה של פגיעה בזכויות הפרט להזיק לעצמו.

הצעה תאורטית כזו, שכאמור לעיל נדונה בימים אלו בכמה מדינות מערביות דמוקרטיות, היא בעיקר אמירה חברתית, ערכית, מוסרית וכמובן בריאותית, שמיועדת בכללה להגן על בני הנוער ועל הילדים של היום ומציבה את העישון ואת הטבק במקום ברור מאוד מבחינה חברתית – כמוצר שאין לו זכות קיום לטווח ארוך ושראו לאסור את מכירתו. חברה רשאית לשקול ולהחליט על הגבלות עד כדי איסור מוחלט על סמים מסוכנים, כלי נשק וגם לגבי מוצרי טבק.

מוזר ככל שיישמע, ייתכן ש"סוף המשחק" יגיע דווקא מצד חברות הסיגריות עצמן. חברת פיליפ מוריס העולמית הכריזה על כוונתה לשווק בתוך שנים ספורות משאף ניקוטין לריאות, ראשון מסוגו, שיאפשר אספקת ניקוטין נקי, בצורה יעילה מאוד, בשאיפה ישירות לריאות. זה יהיה מוצר ממכר ביותר, שעשוי לכאורה להיות תחליף מספק לסיגריות מבוססות טבק, הדורשות שריפה לצורך יצירת עשן, והוא יאפשר ספיגה של הניקוטין בריאות. אף כי הניקוטין כשלעצמו הוא חומר מסוכן, הסיכון הבריאותי והנזק הפוטנציאלי הנשקפים משימוש במוצר העתידי יהיו נמוכים לאין שיעור לעומת עישון סיגריות.

חשוב לציין שגם משאף הניקוטין הקיים, המשווק על ידי חברות התרופות כתחליף ניקוטין במטרה לסייע בגמילה מעישון, וגם הסיגריה האלקטרונית אינם מצליחים לספק ניקוטין בכמות משמעותית לריאות, ועיקר הספיגה נעשית בדרך הרכך ובדרכי האוויר העליונות.

האם יש סיכוי שדווקא החברה הנושאת באחריות כה כבדה למותם של מאות מיליונים בעבר, בהווה ובעתיד היא שתביא לסופה של הסיגריה באמצעות מוצר שניתן למסות, להסדיר את

שימוש במסגרת תקנים רפואיים, וסביר להניח שלא יגרור התנגדות פוליטית וחוקתית כמו חלק מהגישות השונות של "סוף המשחק"? ימים יגידו.

הסוף.