



דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2013

הדו"ח הוכן על ידי
שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

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

סיוון תשע"ד, מאי 2014

תוכן העניינים

7	דבר שרת הבריאות	
9	מבוא	
11	תקציר	
16	עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל	פרק א:
34	עישון בקרב בני נוער בישראל	פרק ב:
43	פעילות למניעת העישון ונזקיו בישראל	פרק ג:
53	מצב העישון בצה"ל	פרק ד:
59	חקיקה בנושא העישון	פרק ה:
62	אכיפת החקיקה בתחום העישון בישראל	פרק ו:
65	גמילה מעישון בישראל	פרק ז:
72	דיווח בדבר הוצאות על פרסום מוצרי טבק לשנת 2012	פרק ח:
74	היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל	פרק ט:
90	מחקרים חדשים מישראל	פרק י:
123	דו"ח הרופא הכללי של ארה"ב על עישון ובראות	פרק יא:

ריכוז הדו"ח וכתובה: 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 בכיר (מניעת 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

תאנה עינב, ראש יחידת סקרים

ייעוץ סטטיסטי ועיבוד נתונים: אילונה אוגורצב, ד"ר לריסה גרמן, דולב קרולינסקי, ריטה

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

מאוחדת

שוש טשרניחובסקי

נטלי הופמן

לאומית

מרגלית שילה

האגודה למלחמה בסרטן

עדנה פלג-אולבסקי

אירית מנטש

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

המידע המפורט על תופעת העישון, שנפרש מהדו"ח שלפנינו, כולל תמונת מצב מקיפה ועדכנית על שיעור המעשנים במדינת ישראל, תוך פילוח לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה, מידע על חקיקה בתחום העישון, מידע על פעולות אכיפה, תכניות התערבות, הסברה ועוד.

כשעוברים על הדו"ח הנוכחי מתמלא הלב בתקווה, שהנה המאבק בעישון מתחיל לשאת פרי, ושיעור המעשנים באוכלוסייה מתחיל לרדת.

בשנת 2013 נרשם אחוז המעשנים הנמוך ביותר אי פעם בארץ: שיעור המעשנים הגיע ל-18.7% מהאוכלוסייה הבוגרת מעל גיל 21, לעומת 20.6% מהאוכלוסייה הבוגרת, שנה קודם לכן, בשנת 2012.

צריך להתעודד גם מכך שהירידה בשיעור העישון היא רוחבית, באחוז די זהה של כ-10% בקרב כל קבוצות האוכלוסייה: נשים יהודיות וערביות, גברים יהודים וערבים. אפשר גם לשמוח על כך, שלראשונה, שיעור אלה שמוגדרים כ"מעשנים לשעבר" (19.1%), גבוה משיעור המעשנים כיום (18.7%). יתר על כן, שיעור אלו שלא עישנו מעולם, הוא הגבוה ביותר, שנרשם אי פעם גם בחברה היהודית וגם בחברה הערבית.

עם כל זאת, המאבק בעישון רחוק מקו סיום. היקף המעשנים עדיין גבוה מידי, מסב נזק בריאותי וסביבתי רב ולא נותן מנוח.

אני אישית לא מעשנת, ולא עישנתי מעולם. העישון ממני והלאה, וכבר לפני שנים, כראשת העיר הרצליה, הרבה לפני שיכולתי לדמיין שאתיישב באחד הימים על כיסא שרת הבריאות, הכרזתי על הרצליה כעיר ללא עישון וצידדתי בהטלת מגבלות על עישון במקומות ציבוריים.

והנה, כעת מלמדים, כאמור, הנתונים המופיעים בדו"ח, כי המאמצים הרבים של משרד הבריאות במערכה נגד העישון, במקביל למאמצי גופים אחרים – מצליחים להביא תוצאות.

בין הצעדים האפקטיביים להפחתת העישון אפשר למנות את מדיניות המיסוי הגבוה על מוצרי הטבק – שמביאה בפועל לירידה בצריכת הסיגריות בישראל, את תחילת הפעילות של האגף החדש לפיקוח ואכיפה במשרד הבריאות, את הוצאתן מן החוק של מכונות הסיגריות ואת הרחבת הפעילות של קופות החולים בתחום הגמילה מעישון, שהגיעה השנה לשיא. המאבק לצמצום תופעת העישון בארץ מופנה אם כך לכיוונים הנכונים. לפיכך, עלינו להמשיך ולפעול ביתר שאת גם הלאה.

לסיום, אני מבקשת לברך את כל העושים במלאכה, אשר עמלו על הדו"ח. חברי הצוות הרב-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.

שרת הבריאות,

יעל גרמן

מבוא

דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2012 הוא הדו"ח השלושה 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 החלה בתחילת שנות ה-70, וכיום האומדן לאחוז המעשנים מכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 21 שנה ומעלה) הוא 18.7%. שיעור המעשנים לשעבר באוכלוסייה היהודית גבוה משיעור המעשנים בהווה, אך באוכלוסייה הערבית שיעור המעשנים עדיין גבוה יותר משיעור אלו שכבר נגמלו.

הדו"ח כולל סקירה מפורטת על דפוסי העישון באוכלוסיות שונות בישראל, הערכה של היקף הנזק הבריאותי הנגרם על ידי עישון, על התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, על התקדמות בחקיקה בנושא העישון ועל פעילות אגף האכיפה והפיקוח החדש שהוקם במשרד הבריאות. עוד מובאים בדו"ח נתונים על מדיניות מיסוי מוצרי הטבק ומספר מחקרים חדשים המייצגים חלק מהמחקר הנרחב המבוצע בתחום העישון בישראל.

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-2013, שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם) בשנת 2013. בדומה לשנים קודמות, פרק ד' העוסק בפעילות בתחום העישון, התמקד בתכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, בפעילותם של גופים נוספים השותפים למאבק בעישון ופרק ז' מציג את המשך העלייה בהיקף הגמילה מעישון באוכלוסייה.

למרות מגמת הירידה, עבודה רבה עוד לפנינו. עלינו להתמקד בקידום נושאי החקיקה והאכיפה בדבר הגבלות נוספות על עישון במקומות ציבוריים, מניעת פרסום של טבק ומוצרים, והגבלת השימוש בסיגריות אלקטרוניות. כמו-כן עלינו לפעול להמשך העלאת המיסוי על מוצרי טבק.

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.

י.ז.

אייר תשע"ד, מאי 2014

פרופ' איתמר גרוטו
ראש שרותי בריאות הציבור
משרד הבריאות

תקציר

עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

על-פי סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2013" (KAP 2013) שנערך על-ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, אחוז המעשנים¹ בקרב בני 21 שנים ומעלה באוכלוסיית ישראל הוא 18.7%².

- לאחר שקלול לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה נמצא כי 24.5% מכלל הגברים בישראל מעשנים, ו-13.2% מכלל הנשים בישראל מעשנות.
- לאחר שקלול לפי גיל ומין נמצא כי שיעור העישון באוכלוסייה הערבית הוא 22.5%, ושיעור העישון המשוקלל באוכלוסייה היהודית הוא 17.9%.
- שיעורי העישון המשוקללים לפי גיל הם 21.4% בקרב גברים יהודים, 14.6% בקרב נשים יהודיות, 39.2% בקרב גברים ערבים ו-5.9% בקרב נשים ערביות.
- בקרב גברים, בכל קבוצות הגיל שיעורי העישון גבוהים בקרב ערבים בהשוואה ליהודים (פי 1.4 בקבוצת הגילאים 21-34 ופי 2.8 בקבוצת הגילאים 65 ומעלה).
- בקבוצת הגיל 21-64 שיעורי העישון גבוהים בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות (פי 4.1 בקבוצת הגילאים 21-34 ופי 2.0 בקבוצת הגילאים 50-64). בקבוצת הגיל של בנות 65 ומעלה השיעורים דומים בשתי הקבוצות.
- למעלה ממחצית מהגברים המעשנים דיווחו על צריכה של 10-20 סיגריות ליום, הן בקרב יהודים והן בקרב ערבים. אחוז הנשים המעשנות, יהודיות וערביות, שדיווחו כי הן צורכות 10-20 סיגריות ליום (כ-45%) היה דומה לאחוז הנשים שדיווחו על צריכה של פחות מ-10 סיגריות ליום.
- בכל קבוצות האוכלוסייה נצפתה מגמת ירידה בשיעורי העישון עם העלייה ברמת ההשכלה (מ-24.4% בקרב בעלי השכלה נמוכה ל-16.2% בקרב בעלי השכלה גבוהה בכלל אוכלוסיית הסקר).
- הגיל הממוצע (בשנים) להתחלת עישון סיגריות היה 18.2 בקרב גברים יהודים ו-20.8 בקרב נשים יהודיות; 19.7 בקרב גברים ערבים ו-25.1 בקרב נשים ערביות.
- בהשוואה למדינות החברות ב-OECD, שיעור העישון בקרב גברים בישראל (21.9%) נמוך במעט מהממוצע (25.8%) של מדינות ה-OECD. שיעור העישון בקרב נשים בישראל (10.8%) נמצא במקום נמוך ביחס למדינות ה-OECD הממוצות (16.6%).
- כ-40% מהמרואיינים הלא-מעשנים דיווחו כי הם חשופים לעישון (עישון כפוי, פסיבי) – כ-30% מהיהודים וכ-50% מהערבים. המקומות המועדים ביותר לחשיפה לעישון היו מקומות ציבוריים סגורים (כגון אולמות אירועים) וסביבת הבית.

¹ "מעשן" נחשב מי שדיווח כי הוא מעשן כל יום או מדי פעם.
² הנתון התקבל לאחר שקלול לפי מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה.

- כ-40% מהמרואיינים המעשנים באוכלוסיית הסקר דיווחו על הפחתה בעישון עקב כניסת החוקים להגבלת העישון במקומות ציבוריים לתוקפם. נשים ערביות הושפעו מהחקיקה במידה הפחותה ביותר.
- כ-40% מהמרואיינים המעשנים דיווחו שהם מודעים לתרופות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות - כמחצית מהיהודים המעשנים וכרבע מהערבים המעשנים.
- כמחצית מהמעשנים באוכלוסיית הסקר הביעו נכונות לפנות לקו טלפוני ו/או להיעזר באפליקציה סלולרית (ללא עלות) לתמיכה בתהליך גמילה מעישון.
- כ-40% מהמרואיינים ציינו כי אין להם העדפה לגוף מסוים שיספק שירותי קו טלפוני ואפליקציה סלולרית לתמיכה בגמילה מעישון, כשליש דיווחו על העדפה למשרד הבריאות, כרבע דיווחו על העדפה לקופות החולים, ומיעוט קטן (כ-4%) דיווח על העדפה לגוף פרטי.

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 אוניברסיטת 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 המגזרים 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 המגזרים.

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, והוא 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 במאי 2011, בהתאם לכך הוקצו תקנים ליישום התכנית במחלקה לחינוך וקידום בריאות ובאגף הפיקוח והאכיפה של משרד הבריאות.
- 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 מימן שני מחקרי עומק לבחינה של סוגיית העישון והגמילה מעישון בחברה הערבית, שנסתיימו לאחרונה.
- 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 תכניות לימודים האמורות לספק מענה לטווח רחב של גילאים, החל מכיתות ה ועד כיתות י"ב. חלק מהתכניות כבר הופעלו השנה בבתי ספר וחלקן עדיין בשלבי 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

- המחלקה למניעת עישון ואלכוהול באגף לאכיפה ופיקוח של משרד הבריאות החלה בפעילות בינואר 2013.
- עיקר פעילות המחלקה בעבודה משותפת עם גורמי אכיפה ברשויות המקומיות וגורמים נוספים לקידום אכיפת החקיקה בתחום העישון במקומות ציבוריים והגבלת הפרסום והשיווק של מוצרי טבק.

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. בשנת 2012 מספר המעשנים שפנו לגמילה מעישון בקופות החולים הגיע ל-25,505, ובשנת 2013 מספר המעשנים שפנו והשתתפו בסדנאות גמילה מעישון בקופות החולים הגיע לשיא של **26,702**.
- בארבע קופות החולים נרשמה עלייה במספר סדנאות הגמילה מעישון שנפתחו במהלך שנת 2013 וכן נרשמה עלייה במספר ההכשרות למנחי סדנאות גמילה מעישון ובמספר המנחים כמענה לביקוש הגובר מצד מעשנים לסיוע בגמילה מעישון.

דיווח בדבר הוצאות על פרסום מוצרי טבק לשנת 2012

- ההוצאות של חברות הסיגריות על פרסום, על חסויות, על קידום מכירות ועל דיור ישיר בשנת 2012 היו 61,341,604 ש"ח (נתון זה מהווה עלייה של 12% בהשוואה לשנת 2011). ההוצאות הללו מתחלקות כך: על פרסומות ודיור ישיר - 34,557,284 ש"ח (עליה של 14%), על מבצעי קידום מכירות - 26,145,820 ש"ח (עלייה של 9%) ועל מתן חסויות - 638,500 ש"ח (עלייה של 282%). זהו שיא חדש ומטריד מאוד בהיקף ההשקעה של תעשיית הסיגריות בקידום ובעידוד העישון בישראל.
- מבחינת ההשקעות באפיקי הפרסום השונים אפשר לראות את המשך המגמה של עלייה חדה בהשקעה בפרסומות ובמשחקים אינטראקטיביים באינטרנט לרבות הפניות לרשת החברתית פייסבוק. תעשיית הסיגריות מנצלת בדרך זו את הפרצות בחקיקה הקיימת לצורך שימוש באמצעי הנגיש, הנפוץ, הזול והזמין הזה להעברת מסרים ממוקדים ומוכוונים לצעירים.

היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל

- על-פי הערכות, בשנת 2013 הגיעו הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות בלבד ל-6.1 מיליארד ש"ח, מהם 5,322 מיליון ש"ח מיבוא וכ-780 מיליון ש"ח מייצור מקומי.
- על-פי הערכות, בשנת 2013 עמדה צריכת הסיגריות הלאומית על כ-380 מיליון חפיסות, ירידה של 11% לעומת שנת 2012.
- משקי הבית הוציאו במהלך 2013 כ-7.5 מיליארד ש"ח על צריכת סיגריות.

מחקרים חדשים מישראל

השנה מובאים בפרק זה ארבעה מחקרים, סקר וסקירה כללית.

- מחקר המעריך את התחלואה והתמותה הנגרמת מעישון ועישון כפוי ועלותה למשק הישראלי.
- סקירה כללית על הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון וחשיפה לעישון כפוי
- מחקר הממפה בקרב גברים ערבים את שלבי השינוי בהקשר למוכנותם להפסיק לעשן ובודק את הקשר בין קבלת עצה מרופא להשתמש בטכנולוגיות החדשות לגמילה מעישון לבין שלבי השינוי להפסקת עישון.
- מחקר המזהה גורמים ואמצעים שיוכלו לסייע לגברים ערבים בהפסקת עישון, זאת לפי דעתם של גברים ערבים מעשנים באמצעות שיטת ה-Concept mapping.
- מחקר הבודק את הקשר בין חשיפה לעישון כפוי לבין תחלואה במחלת לב כללית חדה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.
- פרק בנושא העישון והחשיפה לעישון כפוי בקרב אימהות וילדיהן שהוא חלק מסקר מב"ת לרך 2009-2012.

דו"ח הרופא הכללי של ארה"ב על עישון ובריאות

תרגום של תקציר המנהלים של הדו"ח החגיגי של הרופא הכללי של ארה"ב על עישון ובריאות, המציין יובל שנים מפרסום הדו"ח הראשון. הדו"ח מסכם מידע רפואי וסטטיסטי מה-50 שנה האחרונות.

פרק א: עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל

רקע

הנתונים בפרק זה מבוססים על ממצאי סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2013" (KAP 2013). הסקר נערך על-ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות. הסקר בוצע באמצעות ראיונות טלפוניים מובנים אשר נערכו בקרב מדגם של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. הנתונים המוצגים מבוססים על 6,014 מרואיינים, יהודים וערבים, בני 21 ומעלה: 3,144 יהודים ובני דתות אחרות שאינם ערבים (52.3%) ו-2,870 ערבים (47.7%); 2,997 (49.8%) מהמרואיינים היו גברים ו-3,017 (50.2%) היו נשים.

על מנת לייצג את שיעורי העישון בכלל האוכלוסייה שוקללו השיעורים הגולמיים שהתקבלו בסקר בהתאם להתפלגות האוכלוסייה הכללית בשנת 2012 לפי המשתנים: 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.

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

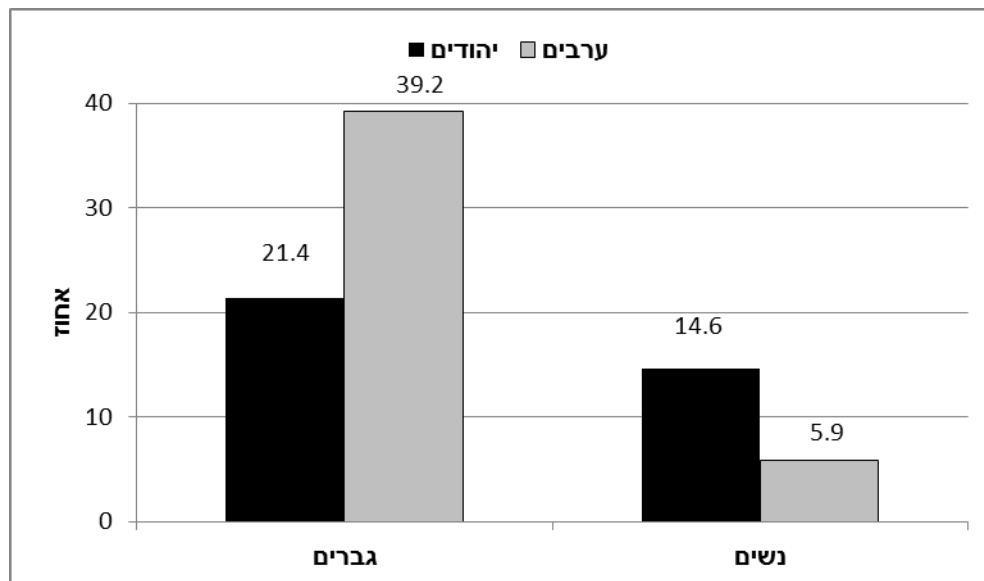
עישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת (בני 21 ומעלה), סקר KAP 2013:

- שיעור העישון בכלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל הוא 18.7% (95% CI 19.7-17.7).
- שיעור העישון בקרב גברים גבוה מהשיעור בקרב נשים: 24.5% (95% CI 26.1-23.0) ו-13.2% (95% CI 14.4-12.0), בהתאמה.
- שיעור העישון בקרב ערבים גבוה מהשיעור בקרב יהודים: 22.5% (95% CI 25.2-20.1) ו-17.9% (95% CI 19.0-16.9), בהתאמה.

עישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה

תרשים 1 מציג את שיעורי העישון לפי מין וקבוצת אוכלוסייה. שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בקרב הגברים הערבים (39.2%). שיעור זה גבוה פי 1.8 מהשיעור בקרב הגברים היהודים. שיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בקרב הנשים הערביות (5.9%). שיעור זה נמוך פי 2.5 מהשיעור בקרב הנשים היהודיות. בשתי קבוצות האוכלוסייה נצפו שיעורים 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 6.6 בהשוואה לנשים הערביות.

תרשים 1: שיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2013: אחוזים משוקללים לפי גיל



עישון לפי קבוצת גיל וקבוצת אוכלוסייה

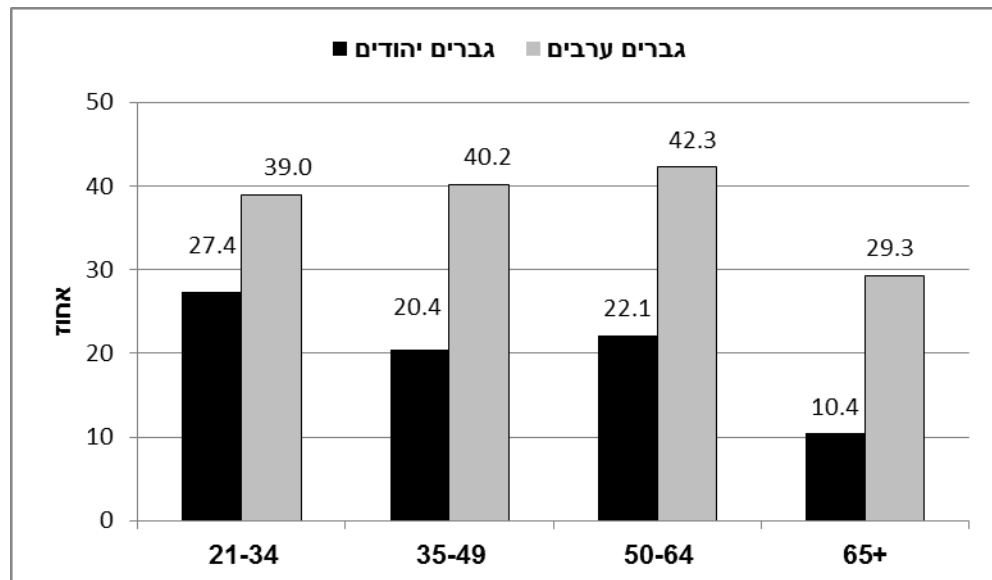
תרשים 2 מציג את שיעורי העישון לפי קבוצות גיל וקבוצת אוכלוסייה בקרב גברים (תרשים 2א) ונשים (תרשים 2ב). שיעורי העישון בקרב הגברים הערבים גבוהים משמעותית מהשיעורים בקרב הגברים היהודים בכל קבוצות הגיל ($p < 0.001$). הפער הקטן ביותר היה בקבוצת הגיל הצעירה (21-34), והפער הגדול ביותר היה בקבוצת הגיל המבוגרת (65+): שיעור העישון בקבוצת הגיל הצעירה (21-34) היה גבוה פי 1.4 בקרב גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים, בעוד שיעור העישון בקבוצת הגיל המבוגרת (65+) היה גבוה פי 2.8 בקרב גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים. בקרב גברים יהודים שיעור העישון הגבוה ביותר נצפה בקבוצת הגיל הצעירה (21-34); בקבוצות גיל הביניים (35-49 ו-50-64) נצפתה ירידה בשיעורים, ושיעור העישון הנמוך ביותר נצפה בקבוצת הגיל המבוגרת (65+). בקרב הגברים הערבים, שיעורי העישון דומים וגבוהים יחסית בגילאים 21-64 (כ-40%), ורק בקבוצת הגיל המבוגרת (65+) היה שיעור העישון נמוך יותר (29.3%).

שיעורי העישון בקרב נשים בגילאים 21-64 גבוהים משמעותית בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות ($p < 0.001$). הפערים בשיעורי העישון הולכים ומצטמצמים עם העלייה בגיל (פי 4.1 בקבוצת הגילאים 21-34 ופי 2.0 בקבוצת הגילאים 50-64). בקרב הנשים היהודיות, שיעורי העישון עלו עם העלייה בגיל, והשיעור הגבוה ביותר (19.8%) נצפה בקבוצת הגיל 64-50. בקבוצת הגיל המבוגרת (65+) ירד השיעור ל-8.6%. בקרב הנשים הערביות נצפתה עלייה בשיעורי העישון עם העלייה בגיל, והשיעור הגבוה ביותר נצפה בקבוצת הגיל 65+. יש לציין כי

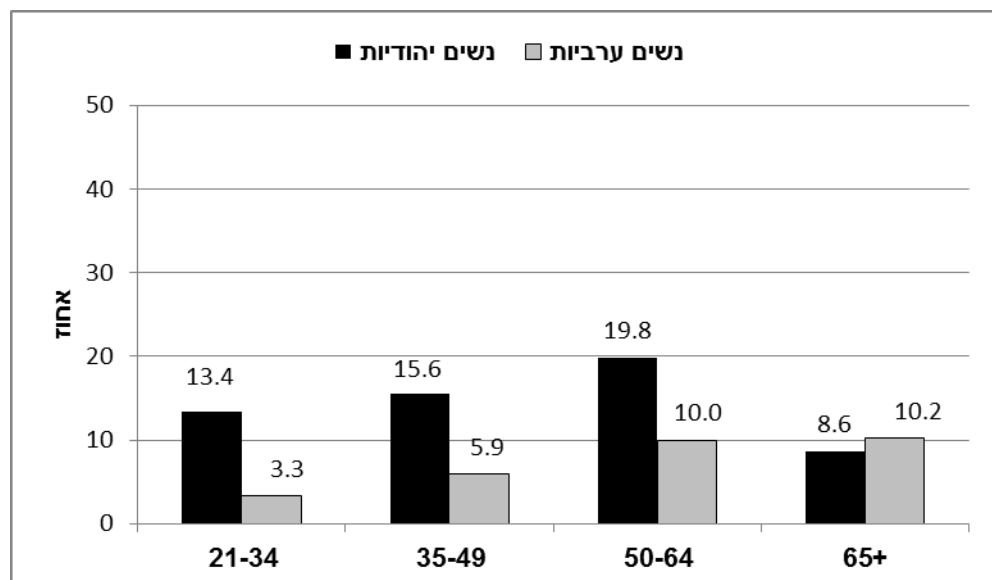
שיעורי העישון של נשים ערביות מבוססים על מספר קטן יחסית של סך המעשנות הערביות שהשתתפו במדגם (99 מעשנות).

תרשים 2: שיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי קבוצות גיל וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2013: אחוזים

2.א. גברים



2.ב. נשים



צריכת סיגריות יומית

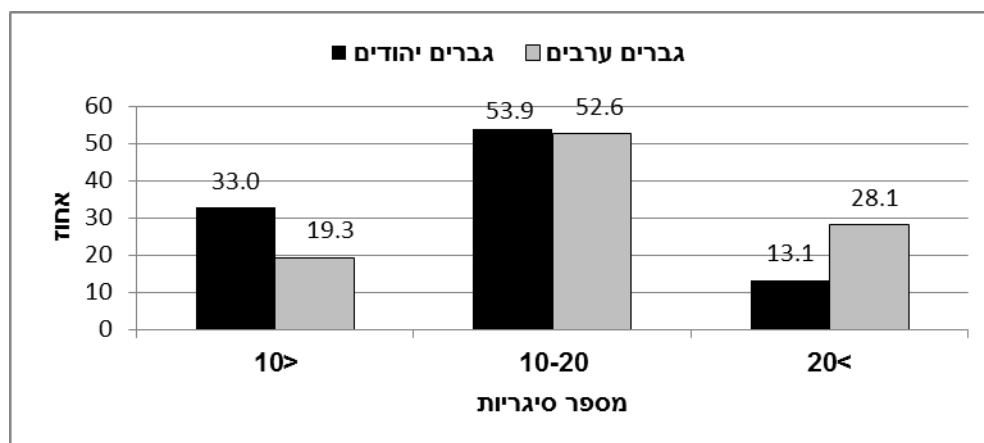
תרשים 3 מציג את צריכת הסיגריות היומית לפי קבוצת האוכלוסייה בקרב גברים (תרשים 3א) ובקרב נשים (תרשים 3ב). המרואיינים בסקר "KAP 2013" אשר דיווחו על עישון בהווה, נשאלו

על מספר הסיגריות שהם מעשנים. צריכת הסיגריות היומית חולקה לשלוש קטגוריות: 1. צורכים פחות מ-10 סיגריות ביום, 2. צורכים 10-20 סיגריות ביום; 3. צורכים יותר מ-20 סיגריות ביום. למעלה ממחצית מהגברים המעשנים, הן ערבים והן יהודים, צורכים 10-20 סיגריות ביום. אחוז קטן יותר צורכים פחות מ-10 סיגריות ליום. בקרב הנשים המעשנות אחוז הנשים שצורכות פחות מ-10 סיגריות ליום ו-10-20 סיגריות ליום דומה וגבוה (כ-45%), בעוד אחוז הנשים הצורכות למעלה מ-20 סיגריות ליום נמוך יחסית (10.6% בקרב יהודיות ו-7.4% בקרב ערביות).

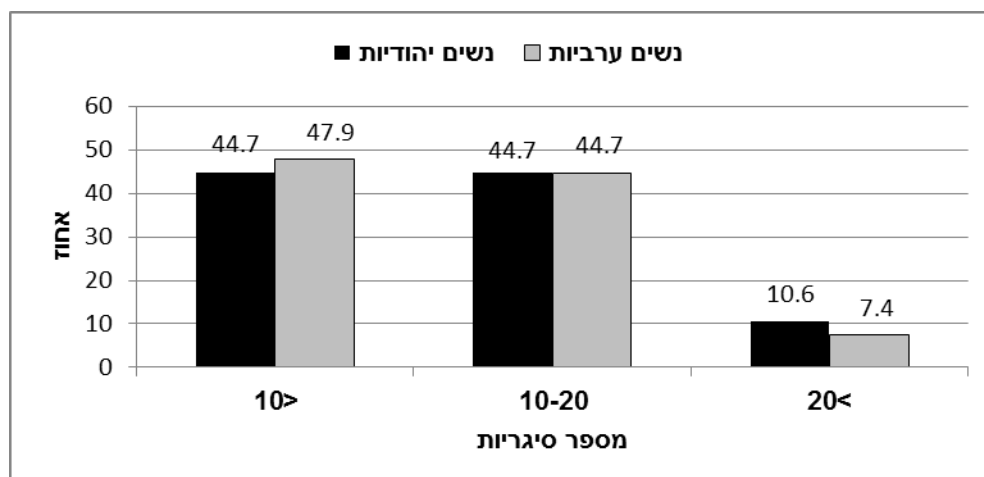
בקרב הגברים הערבים בולטת צריכה גבוהה של סיגריות; כ-28% מהגברים הערבים המעשנים צורכים למעלה מ-20 סיגריות ליום. שיעור זה גבוה פי 2.1 מהשיעור בקרב הגברים המעשנים היהודים הצורכים למעלה מ-20 סיגריות ליום (13.1%).

תרשים 3: התפלגות המעשנים באוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי צריכת סיגריות יומית וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2013: אחוזים

3א. גברים



3ב. נשים

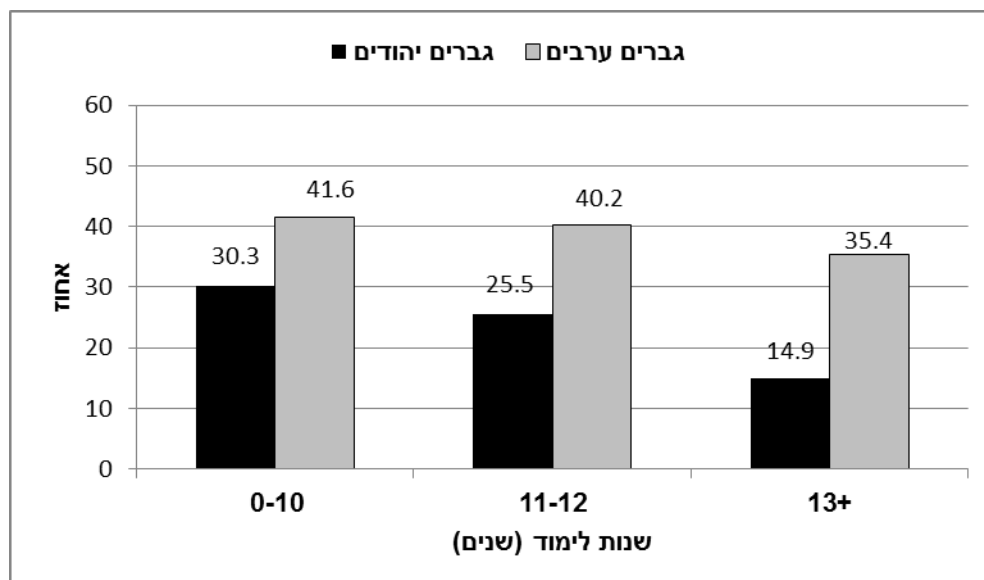


עישון לפי רמת השכלה וקבוצת אוכלוסייה

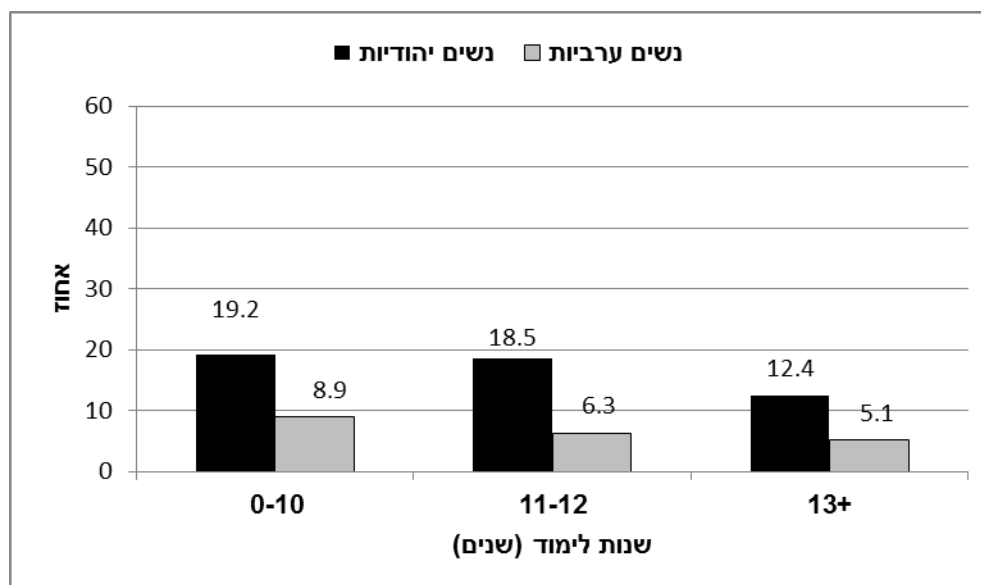
תרשים 4 מציג את שיעורי העישון לפי רמת השכלה וקבוצת אוכלוסייה בקרב גברים (תרשים 4א) ונשים (תרשים 4ב). המשתנה "רמת השכלה" הוגדר לפי מספר שנות לימודי שדיווחו המרואיינים ונבחן לפי הקטגוריות האלה: עד 10 שנות לימוד (השכלה נמוכה), 11-12 שנות לימוד (השכלה בינונית), ומעל 12 שנות לימוד (השכלה גבוהה). בכל קבוצות האוכלוסייה נצפתה ירידה בשיעורי העישון עם העלייה ברמת ההשכלה (מ-24.4% בקרב בעלי השכלה נמוכה ל-16.2% בקרב בעלי השכלה גבוהה בכלל אוכלוסיית הסקר). ירידה זו הייתה ניכרת בעיקר בקרב בעלי רמת השכלה גבוהה. בקרב גברים, שיעור העישון בקרב מרואיינים בעלי רמת השכלה נמוכה בהשוואה למרואיינים בעלי רמת השכלה גבוהה היה גבוה פי 2 בקרב יהודים ופי 1.2 בקרב ערבים. בכל רמות ההשכלה שיעורי העישון היו גבוהים יותר בקרב גברים ערבים מבקרב גברים יהודים. בקרב גברים בעלי רמת השכלה גבוהה שיעור העישון היה גבוה פי 2.4 בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים. בקרב נשים שיעור העישון בקרב מרואיינות בעלות רמת השכלה נמוכה בהשוואה למרואיינות בעלי רמת השכלה גבוהה היה גבוה פי 1.5 בקרב יהודיות וגבוה פי 1.7 בקרב ערביות. בכל רמות ההשכלה שיעורי העישון היו גבוהים בקרב נשים יהודיות מאשר מבקרב נשים ערביות. בקרב נשים בעלות רמת השכלה גבוהה שיעור העישון היה גבוה פי 2.4 בקרב יהודיות מבקרב ערביות.

תרשים 4: שיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי השכלה וקבוצת אוכלוסייה, סקר KAP 2013: אחוזים

4א. גברים



4ב. 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 (18.2), והגיל הממוצע הגבוה ביותר להתחלת העישון נצפה בקרב הנשים הערביות (25.1). הן בקרב יהודים והן בקרב ערבים חציון הגיל של התחלת העישון נמוך יותר בקרב גברים מאשר מבקרב נשים. בקרב נשים ערביות חציון הגיל של התחלת העישון הוא הגבוה ביותר (23), והטווח הבין-רבעוני הוא הרחב ביותר (20-30).

טבלה 1: הגיל בעת התחלת העישון לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, סקר KAP 2013

טווח בין-רבעוני	חציון	ממוצע	
20-16	18	18.2	גברים יהודים
21-17	19	20.8	נשים יהודיות
21.5-16	19	19.7	גברים ערבים
30-20	23	25.1	נשים ערביות

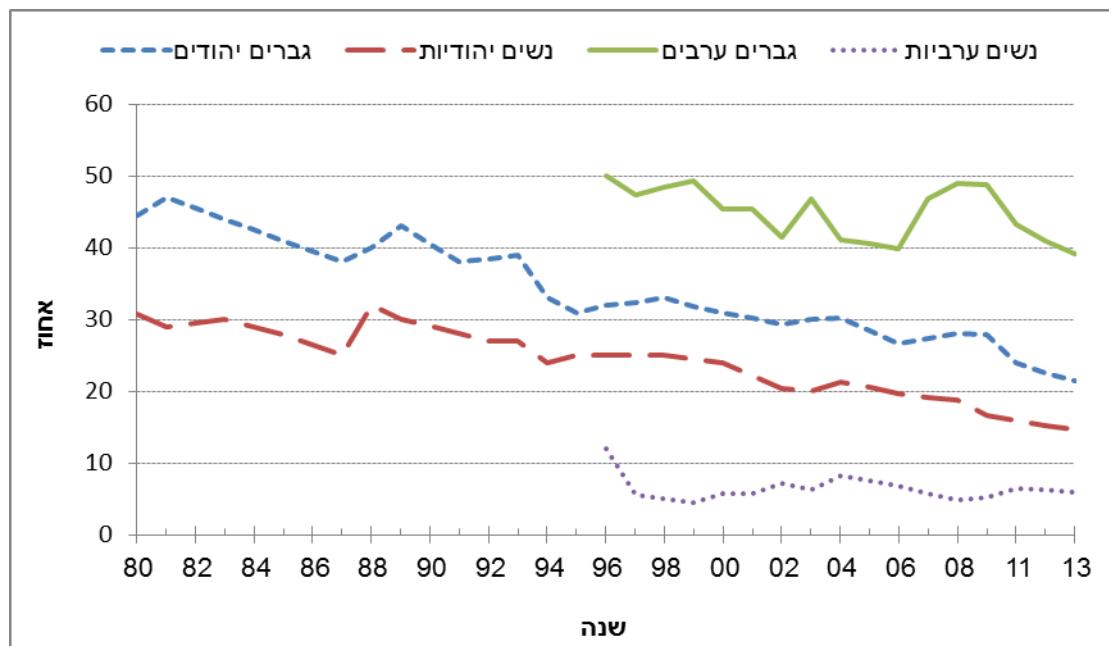
מגמות בעישון בישראל

בתרשים 5 מוצגות המגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי קבוצת אוכלוסייה ומין בשנים 1980-2013. הנתונים מבוססים על כמה מקורות מידע:

1. מאגר המידע של המחלקה לחינוך וקידום בריאות הקיים משנות השבעים ועד תחילת שנות התשעים.
2. סקרי בריאות, נספחים לסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס), שנערכו בשנים 1996-1997 ו-1999-2000.
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 במהלך שנת 2013.
4. סקר בריאות לאומי INHIS-1 שנערך על-ידי המלב"ם בשנים 2003-2004.
5. סקר בריאות לאומי INHIS-2 שנערך על-ידי המלב"ם בשנים 2007-2010.

תרשים 5: מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל לפי קבוצת

אוכלוסייה ומין, בשנים 1980-2013*



*הערות לתרשים 5:

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

גברים יהודים - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות השמונים שיעורי העישון היו כ-45% וירדו לכ-40% בתחילת שנות התשעים. מאמצע שנות התשעים נצפית ירידה נוספת בשיעורי העישון עד לכ-32% בסוף שנות התשעים. עד אמצע העשור הראשון של שנות האלפיים היו השיעורים כ-30%, ולאחר מכן חלה ירידה נוספת בשיעורי העישון לכ-21% בשנים 2010-2013. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-52% בשיעורי העישון בקרב הגברים היהודים בשלושים השנים האחרונות.

נשים יהודיות - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון לאורך השנים. בראשית שנות השמונים היו שיעורי העישון כ-30%. בשנים 1986-1987 הייתה ירידה בשיעורים לכ-25% ושוב עלייה עד לכ-30% בתחילת שנות התשעים. מראשית שנות התשעים התחילה ירידה בשיעורי העישון אשר הגיעו לכ-25% בסוף שנות התשעים. מראשית שנות האלפיים נצפתה ירידה נוספת בשיעורי העישון עד לכ-20% באמצע העשור הראשון לשנות האלפיים. בשנת 2013 שיעור העישון בנשים היהודיות היה כ-14.5%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-53% בשיעורי העישון בקרב הנשים היהודיות בשלושים השנים האחרונות, שיעור ירידה דומה לשיעור שנצפה בקרב הגברים היהודים.

גברים ערבים - נצפית מגמת ירידה בשיעורי העישון מאמצע שנות התשעים עד לאמצע העשור הראשון לשנות האלפיים. השיעורים ירדו מ-50% בשנת 1996 לכ-40% ב-2006. לאחר מכן חלה מגמת עלייה בשיעורי העישון עד לכ-49% בשנים 2008-2009. בשנים 2010-2013 שוב נצפתה ירידה בשיעורי העישון לכ-39%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-22% בשיעורי העישון מאמצע שנות התשעים.

נשים ערביות - נצפית מגמת ירידה של כ-50% בשיעורי העישון בין שנת 1996 לתחילת שנות ה-2000 (מ-12% ל-5.8%). משנת 2006 שיעורי העישון נעים בין 5% ל-7%. בשנת 2013 שיעור העישון בנשים הערביות היה 5.9%. בסך הכול נצפתה ירידה של כ-51% בשיעורי העישון מאמצע שנות התשעים. יש לציין כי בשל מספרן הנמוך יחסית של הנשים הערביות המעשנות שהשתתפו במדגם, ייתכן שהשיעורים אינם מהווים אומדן מדויק של שיעור העישון האמיתי באוכלוסייה זו.

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

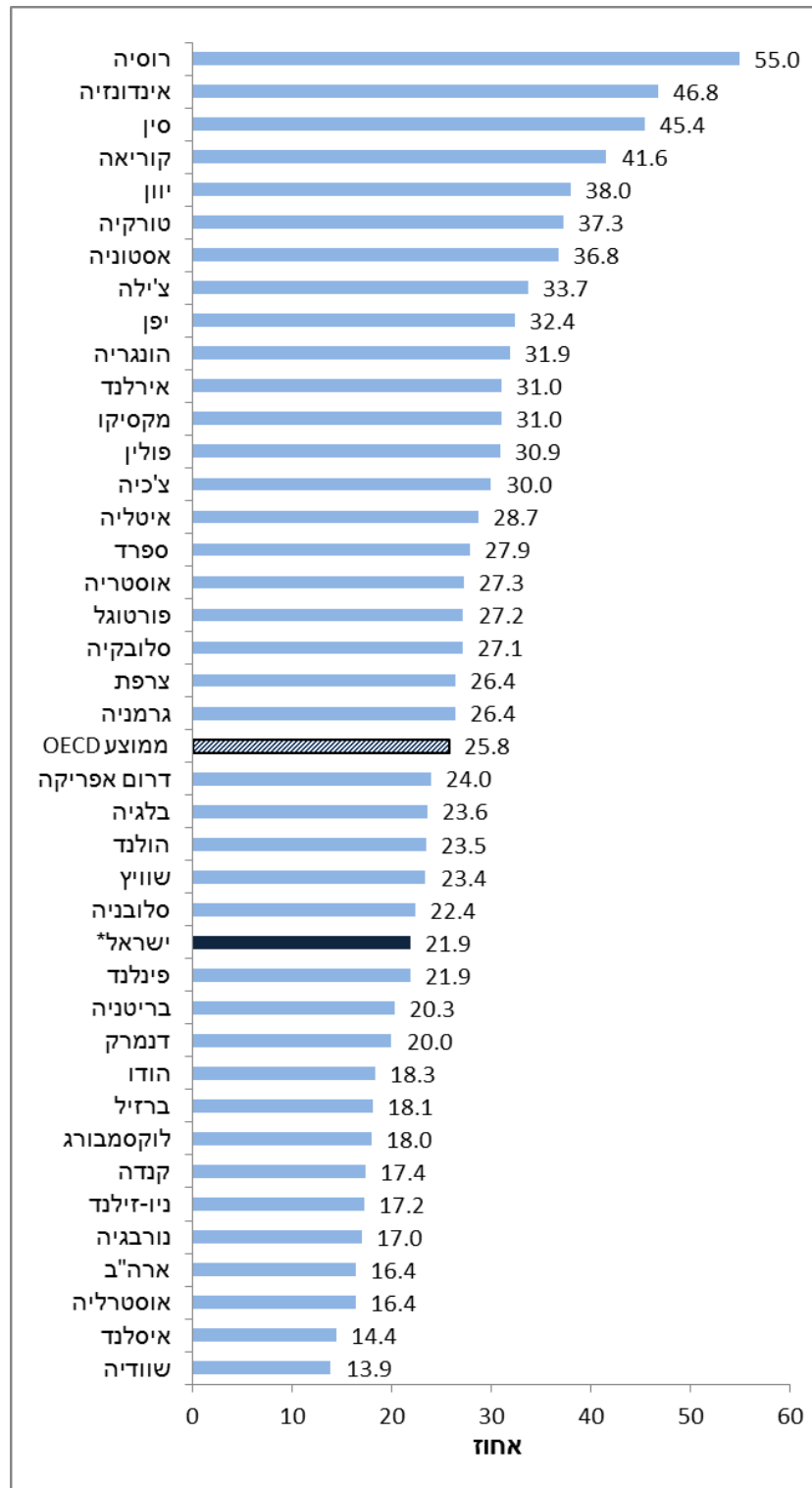
שיעורי עישון – השוואה בין-לאומית

שיעור העישון בקרב הגברים בישראל נמוך במעט מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD ונמצא במקום ה-27 מתוך 40 מדינות (המקום ה-1 מייצג את השיעור הגבוה ביותר) (תרשים 6א'). שיעור העישון בקרב הנשים בישראל נמוך בכ-35% מן השיעור הממוצע במדינות ה-OECD.

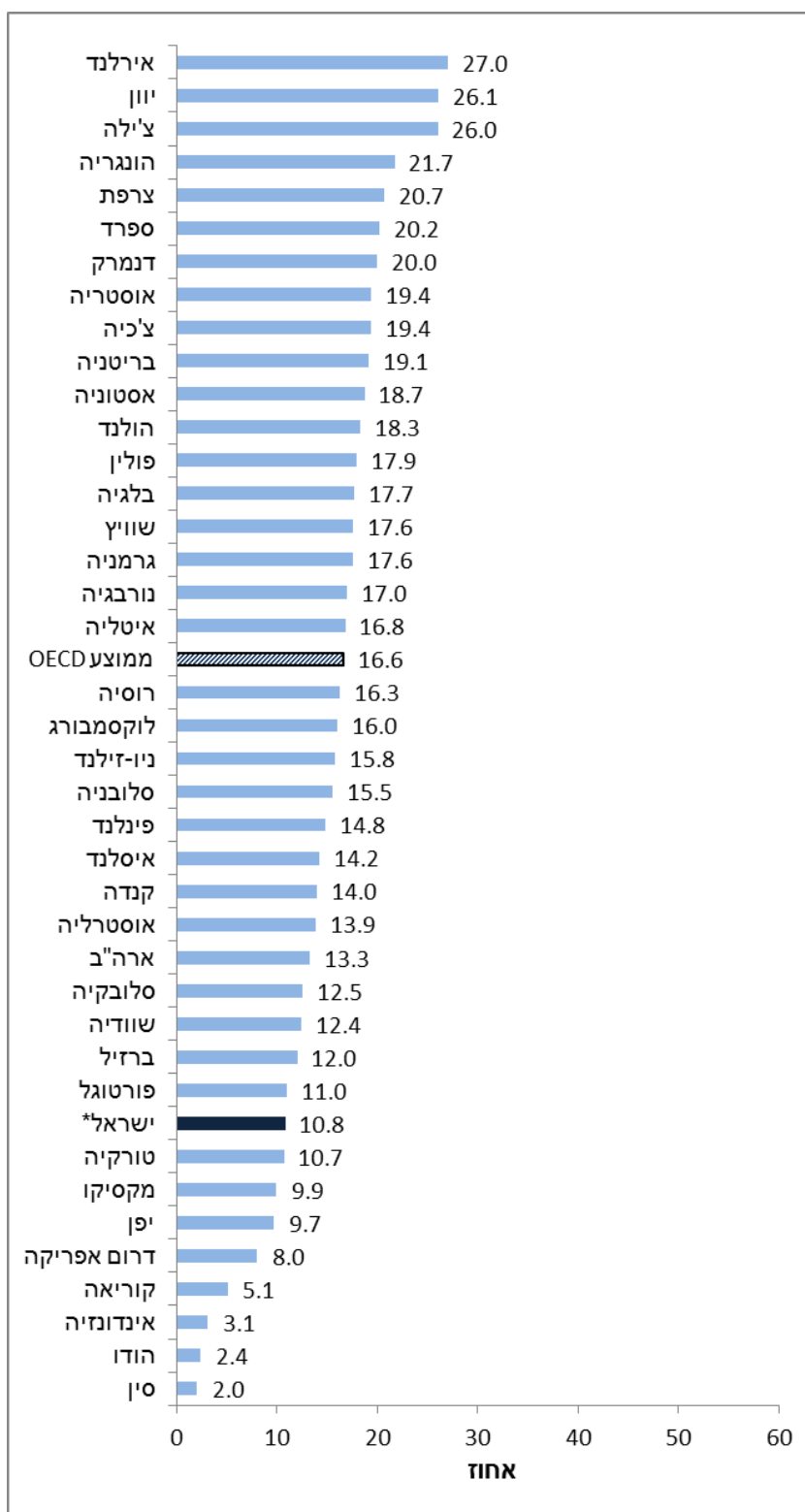
ונמצא במקום ה-32 מתוך 40 מדינות (המקום ה-1 מייצג את השיעור הגבוה ביותר) (תרשים 6ב').

תרשים 6: שיעורי העישון במדינות החברות ב-OECD, 2011 (או השנה הקרובה ביותר)
עישון על בסיס יומי: אחוזים

6א. גברים



בב. נשים



* ההשוואה הבין-לאומית מוגבלת במידה מסוימת בשל היעדר סטנדרטיזציה באופן המדידה של הרגלי העיסוק בסקרי הבריאות של המדינות השונות. קיימים הבדלים בקבוצות הגיל הנסקרות, בנוסח השאלה, בקטגוריות התשובה ובמתודולוגיה של הסקר. נוסף על כך, הנתונים המוצגים מישראל נכונים לשנת 2013, בעוד הנתונים הזמינים מה-OECD נכונים לשנת 2011. ייתכן שגם בארצות נוספות הייתה ירידה בשיעורי העיסוק.

עישון פסיבי בקרב לא-מעשנים

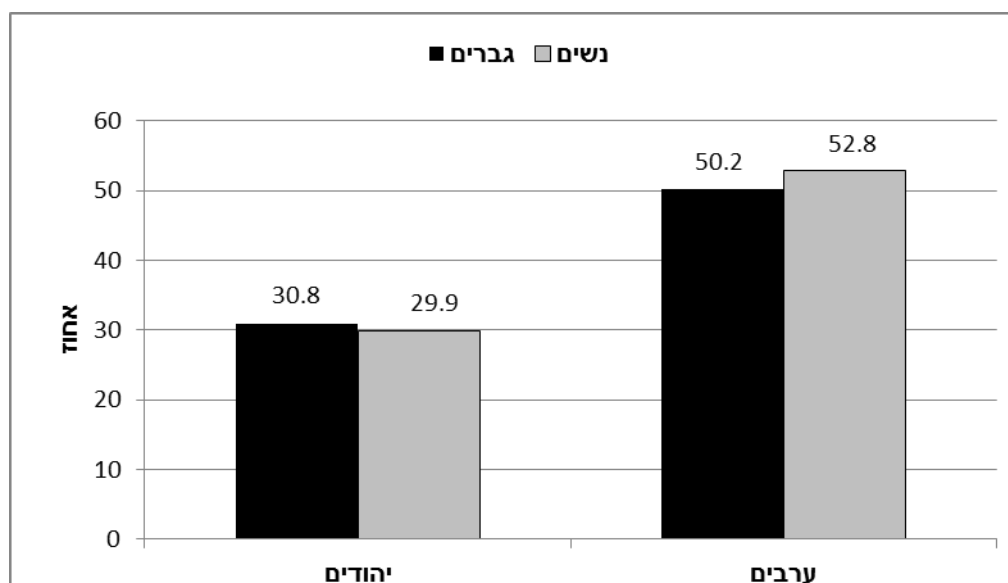
תרשים 7 מציג את שיעורי החשיפה לעישון בקרב לא-מעשנים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין. המרואיינים בסקר "KAP 2013" שדיווחו כי אינם מעשנים, התבקשו לדרג את מידת החשיפה שלהם לעישון של אחרים (כלומר, לאנשים שעישנו לידם) במהלך החודש האחרון: במידה רבה מאוד, במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה או בכלל לא. מרואיינים שדיווחו כי מידת החשיפה שלהם היא בינונית או יותר, הוגדרו כחשופים לעישון פסיבי. מרואיינים שנחשפו לעישון, ציינו את המקומות שבהם נחשפו: בעבודה, באירועים או במקומות סגורים (כמו אולמות אירועים או קניונים), במקומות ציבוריים פתוחים (כמו רציפי אוטובוס), בבית ואצל חברים.

כ-40% מהמרואיינים הלא-מעשנים דיווחו כי הם חשופים לעישון. בשני המינים, שיעור החשיפה לעישון היה גבוה באופן משמעותי באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית ($p < 0.001$); שיעור החשיפה היה גבוה פי 1.6 בקרב גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים ופי 1.8 בקרב נשים ערביות בהשוואה לנשים יהודיות. בשתי קבוצות האוכלוסייה שיעור החשיפה לעישון היה דומה בקרב גברים ובקרב נשים (כ-50% בקרב ערבים וכ-30% בקרב יהודים).

בקרב גברים שאינם מעשנים, המקומות המועדים ביותר לחשיפה לעישון הם אירועים ומקומות ציבוריים סגורים (כ-44% בקרב גברים יהודים וכ-42% בקרב גברים ערבים). בקרב נשים יהודיות לא-מעשנות, המקומות המועדים ביותר לחשיפה לעישון הם מקומות ציבוריים פתוחים (כ-43%), בעוד אצל נשים ערביות לא-מעשנות המקום המועד ביותר שדווח הנו הבית (כ-66% בקרב נשים ערביות) (טבלה 2).

תרשים 7: שיעור החשיפה לעישון בקרב לא-מעשנים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

סקר KAP 2013: אחוזים



טבלה 2: מקומות החשיפה לעישון* בקרב לא-מעשנים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

סקר KAP 2013: אחוזים

סה"כ	ערבים		יהודים		מקומות החשיפה לעישון
	נשים	גברים	נשים	גברים	
21.4	8.6	32.4	20.3	33.9	בעבודה
34.3	22.6	42.3	37.9	43.5	באירועים, במקומות ציבוריים סגורים
27.1	15.7	23.7	43.1	35.8	במקומות ציבוריים פתוחים
34.3	65.7	16.9	22.1	8.5	בבית
14.4	17.2	20.7	9.5	7.3	אצל חברים

* ניתן היה לדווח על יותר ממקום אחד.

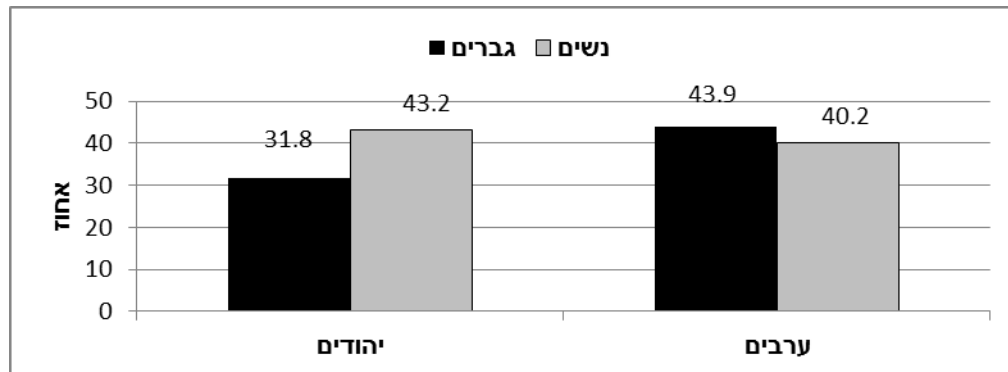
השפעת החוקים להגבלת העישון על ציבור המעשנים

תרשים 8 מציג את שיעור המעשנים המדווחים על הפחתה בעישון בעקבות החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין. המרואיינים בסקר KAP 2013 שדיווחו כי הם מעשנים בהווה, נשאלו עד כמה השפיעו עליהם החוקים שנחקקו בשנים האחרונות להגבלת העישון במקומות העבודה ובמקומות ציבוריים (האם הם מעשנים פחות, מעשנים יותר או שהחוקים לא השפיעו כלל?). ממצאי הסקר עולה כי לחוקים להגבלת העישון יש השפעה לא מבוטלת על ציבור המעשנים: כ-40% מכלל המעשנים דיווחו על הפחתה בכמות העישון בעקבות כניסת החוקים לתוקפם. השיעור הנמוך ביותר של הפחתה בעישון דווח על-ידי הגברים היהודים (כ-32%). שיעורי ההפחתה בעישון היו גבוהים יותר ודומים (בטווח של 40%-44%) בקרב נשים יהודיות, גברים ערבים ונשים ערביות. בהשוואה לממצאי סקר 2010 KAP, שפורסמו ב"דוח שרת הבריאות על העישון בישראל 2012", ניכרת מגמת עלייה בהשפעת החוקים על ההפחתה בעישון בקרב כלל האוכלוסייה, שעמדה על כ-30% בסקר הקודם.³

³ דוח שרת הבריאות על העישון בישראל 2012. משרד הבריאות, מאי 2013.

תרשים 8: שיעור המעשנים המדווחים על הפחתה בעישון בעקבות החוקים להגבלת העישון במקומות עבודה ובמקומות ציבוריים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

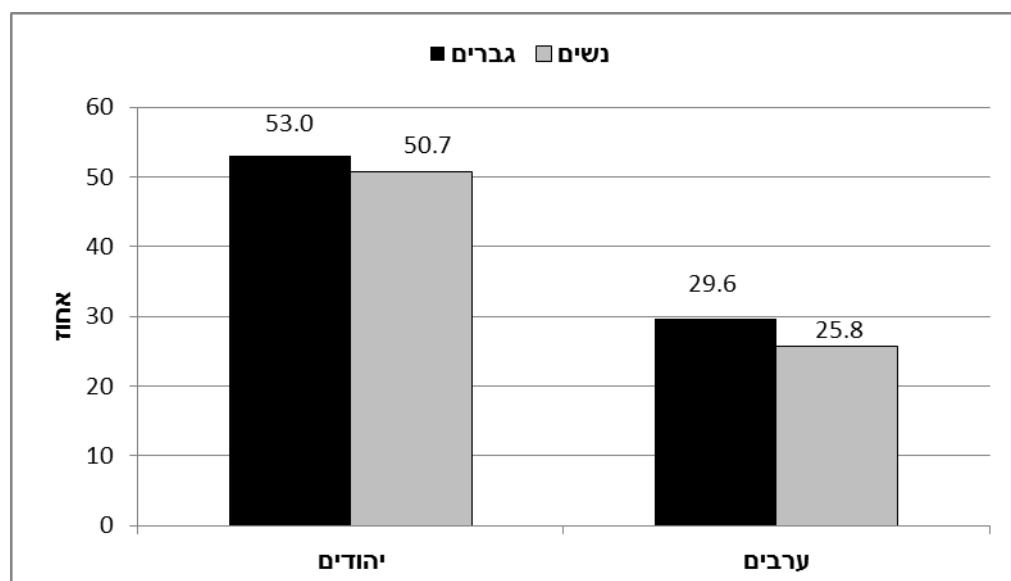
סקר KAP 2013: אחוזים



ידע על תרופות לגמילה מעישון

תרשים 9 מציג את שיעור המעשנים המודעים לתרופות העוזרות להיגמל מעישון וכלולות בסל הבריאות לפי קבוצת אוכלוסייה ומין. המרואיינים בסקר "KAP 2013" שדיווחו כי הם מעשנים בהווה, נשאלו אם ידוע להם על תרופות העוזרות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות ושניתן לקבלן על סמך מרשם רופא. כ-40% מהמרואיינים המעשנים באוכלוסיית הסקר דיווחו שהם מודעים לתרופות לגמילה מעישון הכלולות בסל הבריאות. בשני המינים שיעור המודעים לכך גבוה יותר בקרב יהודים בהשוואה לערבים: פי 1.8 בקרב גברים ופי 2.0 בקרב נשים ($p < 0.001$). בשתי קבוצות האוכלוסייה השיעורים מעט גבוהים יותר בקרב גברים בהשוואה לנשים.

תרשים 9: שיעור המעשנים המודעים לתרופות העוזרות להיגמל מעישון וכלולות בסל הבריאות לפי קבוצת אוכלוסייה ומין, סקר KAP 2013: אחוזים



עישון בעבר

על מנת לנסות ולהבין את הסיבות לשינוי בשיעורי העישון נבדק במסגרת סקרי קאפ מהו שיעור המעשנים לשעבר, מי שדיווחו כי הם אינם מעשנים כיום וכי נהגו לעשן בעבר מדי יום או מדי פעם.

בטבלאות ובתרשימים להלן מוצגים שיעורי המעשנים בסקרי קאפ שנערכו בשנים 2000-2013.

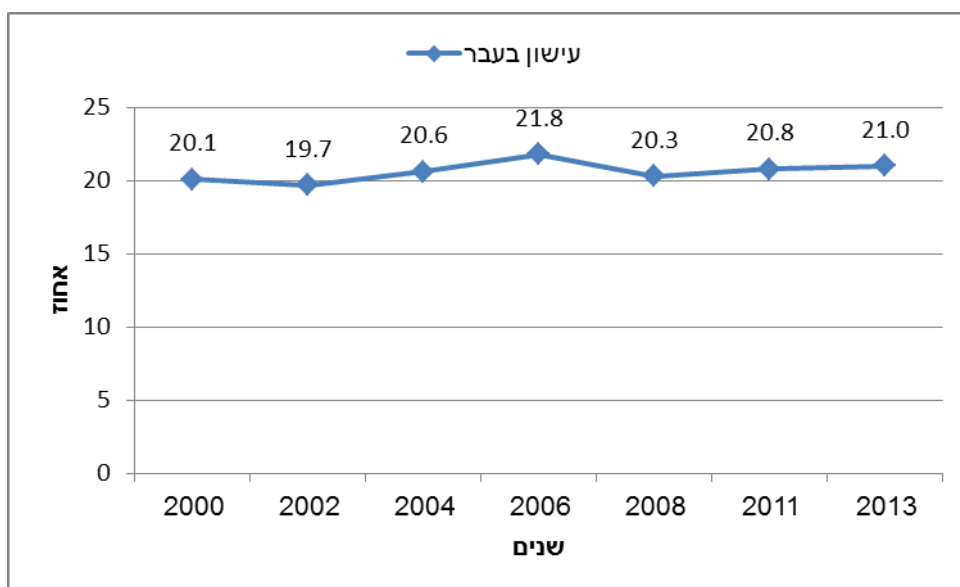
טבלה 3: התפלגות המרואיינים לפי מצב העישון, שיעורים משוקללים לפי מין וגיל (%) –

השוואה בין סקרי KAP בשנים 2013-2000 (יהודים)

שנת הסקר							הרגלי עישון
2013 n=3,144	2011 n=2,739	2008 n=2,587	2006 n=2,272	2004 n=3,368	2002 n=3,295	2000 n=2,940	
17.9	19.8	22.0	22.5	24.8	25.9	27.1	מעשנים בהווה
21.0	20.8	20.3	21.8	20.6	19.7	20.1	עישנו בעבר והפסיקו
61.1	59.4	57.7	55.7	54.6	54.4	52.7	לא עישנו מעולם

תרשים 10: שיעור המרואיינים שדיווחו כי עישנו בעבר, שיעורים משוקללים לפי מין ולגיל

(%) – השוואה בין סקרי KAP בשנים 2013-2000 (יהודים)



מהנתונים ניתן לראות כי בקרב יהודים שיעור המרואיינים שדיווחו על הפסקת עישון עלה אך במעט בסקרים שנערכו בשנים 2013-2000 (טבלה 3 ותרשים 10).

לעומת זאת, מבחינת השינוי בשיעור של מי שדיווחו כי לא עישנו מעולם ישנה מגמת עלייה רציפה. שינוי זה מעיד על הצלחה בצמצום התחלת עישון בקרב צעירים, אך לא ניתן לקבוע בשלב זה בוודאות מהם הגורמים שהביאו לכך.

ממחקרים שונים שנעשו בעולם עולה שמדיניות בעלות השפעה על צמצום התחלת עישון בקרב צעירים כוללות, בין השאר, העלאת מיסוי על מוצרי טבק, חקיקה להגבלת עישון במקומות ציבוריים והגבלת פרסום ושיווק מוצרי טבק, ומדיניות זו מיושמת גם בישראל.

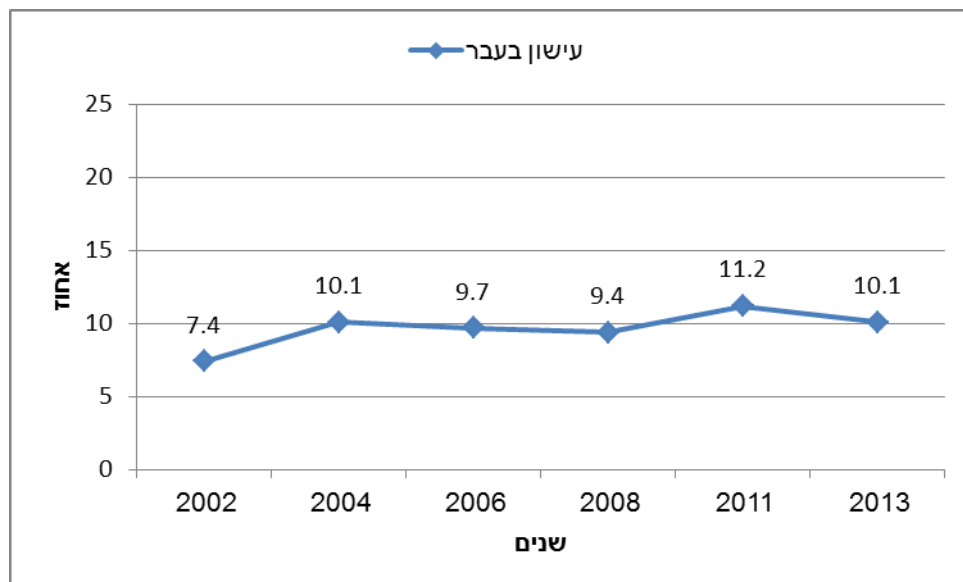
טבלה 4: התפלגות המרואיינים לפי מצב העישון, שיעורים משוקללים לפי מין וגיל (%) –

השוואה בין סקרי KAP בשנים 2013-2002 (ערבים)

הרגלי עישון	שנת הסקר					
	2013 n=2,870	2011 n=2,196	2008 n=1,599	2006 n=746	2004 n=988	2002 n=846
מעשנים בהווה	22.5	24.9	27.2	24.3	25.5	25.7
עישנו בעבר והפסיקו	10.1	11.2	9.4	9.7	10.1	7.4
לא עישנו מעולם	67.4	64.0	63.5	66.0	64.4	66.9

תרשים 11: שיעור המרואיינים שדיווחו כי עישנו בעבר, שיעורים משוקללים לפי מין וגיל

(%) – השוואה בין סקרי KAP בשנים 2013-2002 (ערבים)



מהנתונים לגבי ערבים (טבלה 4 ותרשים 11) עולה כי לא ניתן להבחין במגמת שינוי בשיעור המעשנים לשעבר בין השנים 2004 ל-2013 וכן בשיעור מי שדיווחו כי לא עישנו מעולם.

עישון נרגילה

לפי ממצאי סקר קאפ 2013, 4.3% מהמרואיינים דיווחו כי הם מעשנים נרגילה (בשקלול לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה); 2.6% בקרב יהודים ו-12.6% בקרב ערבים. לשם השוואה, במסגרת סקר הבריאות הלאומי השני שנערך בין השנים 2007-2010 (INHIS-2), השיעור עמד על 1.5% (בשקלול לפי גיל, מין וקבוצת אוכלוסייה).

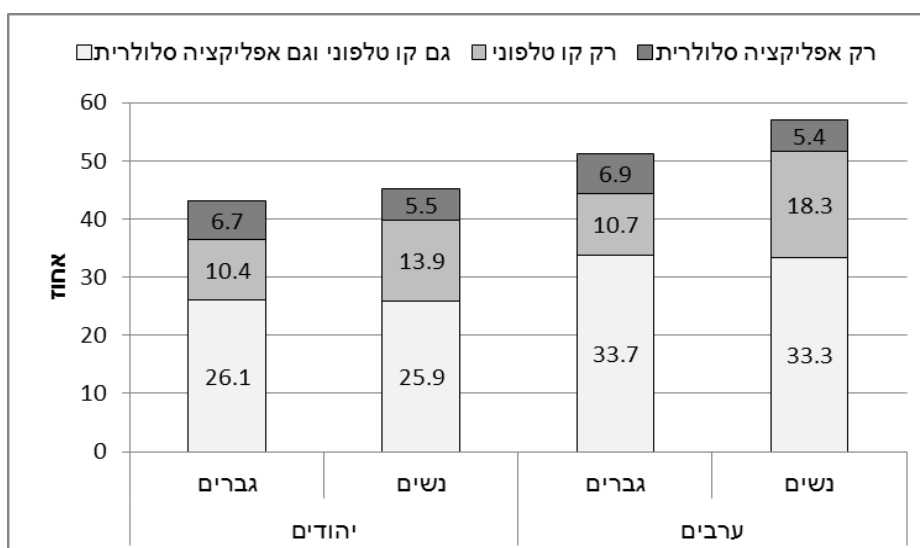
נכונות להשתמש בקו טלפוני ובאפליקציה סלולרית לקבלת תמיכה בגמילה מעישון

תרשים 10 מציג את שיעור המעשנים שהביעו נכונות לפנות לקו טלפוני ו/או להיעזר באפליקציה סלולרית לקבלת תמיכה בגמילה מעישון לפי קבוצת אוכלוסייה ומין. המרואיינים בסקר "KAP 2013" שדיווחו כי הם מעשנים בהווה, נשאלו אם לדעתם יפנו לקו טלפוני ו/או ייעזרו באפליקציה סלולרית (ללא עלות) לקבלת תמיכה בגמילה מעישון, אם תוכניות אלה תסופקנה בעתיד. כמו כן התבקשו המרואיינים לציין את העדפתם לגבי הגוף שיספק את שירותי התמיכה לגמילה מעישון (קו טלפוני ו/או אפליקציה סלולרית): משרד הבריאות, קופת חולים, גוף פרטי או היעדר העדפה לגוף מסוים. כמחצית מהמעשנים באוכלוסיית הסקר הביעו נכונות לפנות לקו טלפוני ו/או להיעזר באפליקציה סלולרית (ללא עלות) לתמיכה בגמילה מעישון; כרבע מהיהודים וכשליש מהערבים הביעו נכונות להשתמש גם בקו טלפוני וגם באפליקציה סלולרית. כ-10% מהגברים (יהודים וערבים) הביעו נכונות להשתמש בקו טלפוני, אך לא באפליקציה סלולרית, בעוד האחוז בקרב נשים המעדיפות זאת היה גבוה יותר (13.9% בקרב יהודיות ו-18.3% בקרב ערביות). כ-7% מהגברים (יהודים וערבים) הביעו נכונות להשתמש באפליקציה סלולרית, אך לא בקו טלפוני, ואחוז הנשים (יהודיות וערביות) המעדיפות זאת היה 5.5%.

כ-40% מהמרואיינים ציינו כי אין להם העדפה לגוף מסוים שיספק שירותי קו טלפוני ואפליקציה סלולרית לתמיכה בגמילה מעישון, כשליש דיווחו על העדפה למשרד הבריאות, כרבע דיווחו על העדפה לקופות החולים ומיעוט קטן (כ-4%) דיווח על העדפה לגוף פרטי (טבלה 3).

תרשים 10: שיעור המעשנים שהביעו נכונות לפנות לקו טלפוני ו/או להיעזר באפליקציה סלולרית (ללא עלות) לקבלת תמיכה בגמילה מעישון לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

סקר KAP 2013: אחוזים



טבלה 3: התפלגות ההעדפה לגוף שיספק שירותי קו טלפוני ואפליקציה סלולרית לקבלת תמיכה בגמילה מעישון בקרב מעשנים לפי קבוצת אוכלוסייה ומין,

סקר KAP 2013: אחוזים

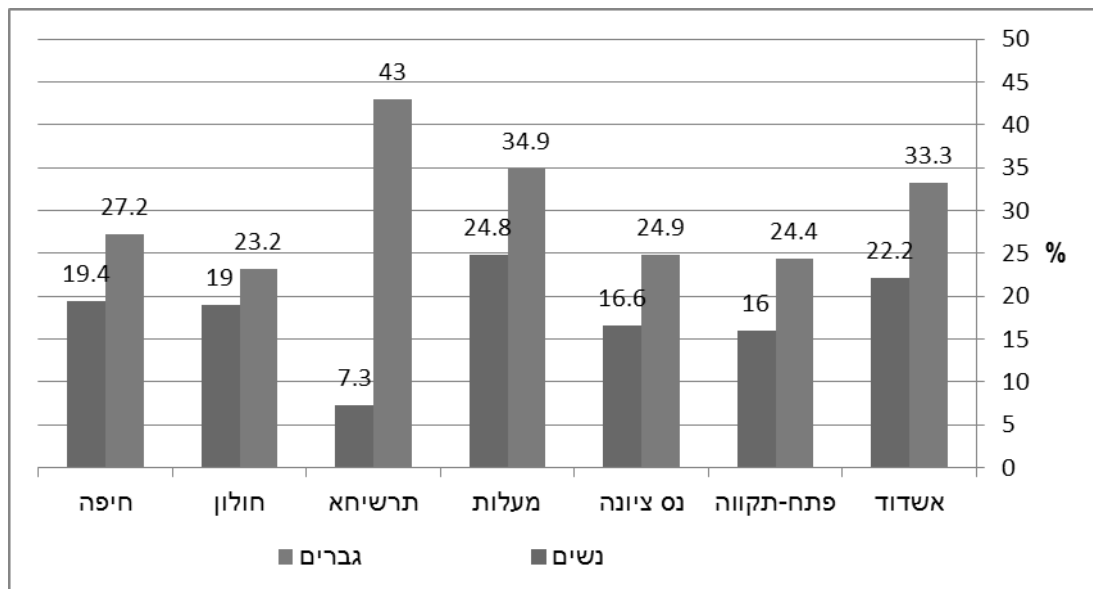
סה"כ	ערבים		יהודים		הגופים
	נשים	גברים	נשים	גברים	
32.8	34.4	41.8	22.4	23.4	משרד הבריאות
24.0	30.1	26.5	20.0	20.5	קופת החולים
3.8	7.5	3.1	2.9	4.3	גוף פרטי
39.4	28.0	28.6	54.6	51.8	היעדר העדפה לגוף מסוים

מידע מפרופילי בריאות עירוניים של רשת ערים בריאות

פרופיל בריאות עירוני הוא כלי בסיס לתכנון אסטרטגי לפיתוח הבריאות והקיימות בעיר. הפרופיל כולל מדדים חברתיים-כלכליים, מדדים של מצב בריאות, מודעות והרגלי בריאות, מדדים של איכות סביבה פיזית וחברתית, מיפוי שירותים והשימוש בהם וכן איפיון רצון התושבים לשיפור איכות חייהם. מידע זה מאפשר לאתר פערים ולהשוות בין אזורים וקבוצות אוכלוסייה בעיר וכן מאפשר לבחון את ההלימה בין השירותים הקיימים לצורכי התושבים ורצונותיהם. בין היתר נאסף מידע על הרגלי עישון (תרשים 11), על מודעות לנזקי העישון, על עמדות כלפי שמירת כל המקומות הציבוריים נקיים מעישון (לוח 1) ועל אחוז המעשנים המוכנים להיגמל מעישון. המידע הקיים מדגים הבדלים משמעותיים בין ערים שונות ומבטא, בין השאר, הבדלים

דמוגרפיים וסוציאקונומיים בין אוכלוסיות בערים שונות ובתוך הערים עצמן. העמדות הנסקרות מקנות לגיטימציה לרשויות המקומיות לפעול ליישום מדיניות כוללת של "עיר נקייה מעישון".

תרשים 11: שיעור המעשנים בקרב גברים ונשים – השוואה בין ערים



מקור: סקרי תושבים שנערכו בין השנים 2008-2012

טבלה 4: עמדות של מעשנים ולא-מעשנים כלפי עישון והגבלותיו ואחוז המעשנים הנמצאים

בשלב "הכנה" לגמילה מעישון

עיר עמדות	אשדוד	פתח- תקווה	נס ציונה	מעלות- תרשיחא	חולון	חיפה	
אחוז המסכימים כי העישון פוגע בבריאות הלא-מעשנים	86.7	94.0	90.0	93.1	88.6	93.8	לא-מעשן
אחוז המסכימים שכלל המקומות הציבוריים צריכים להיות נקיים מעישון	69.5	79.3	90.0	82.1	57.1	84.4	מעשן
אחוז המעשנים בשלב "הכנה" לגמילה מעישון	82.0	83.2	81.5	81.6	85.7	91.1	לא-מעשן
	27.0	34.4	56.3	56.0	53.3	76.9	מעשן
	13.2	5.4	11.4	15.0	13.4	12.7	

מקור: סקרי תושבים

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, סקר HBSC חדש יבוצע במהלך 2014.

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.

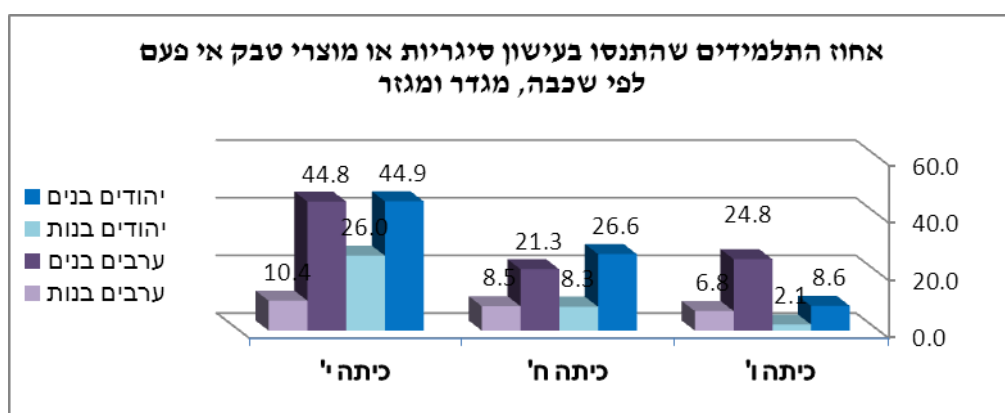
בדו"ח זה יוצגו במפורט דפוסי התנהגות של בני הנוער בהקשר לעישון (טבק, סיגריות, נרגילה). הממצאים המדווחים יציגו שכיחויות ומגמות לפי מגזר, מגדר ולאורך השנים, ובאופן מפורט משנת 1998 ועד 2011.

טבלה 1: עישון סיגריות ומוצרי טבק

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

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

תרשים 1

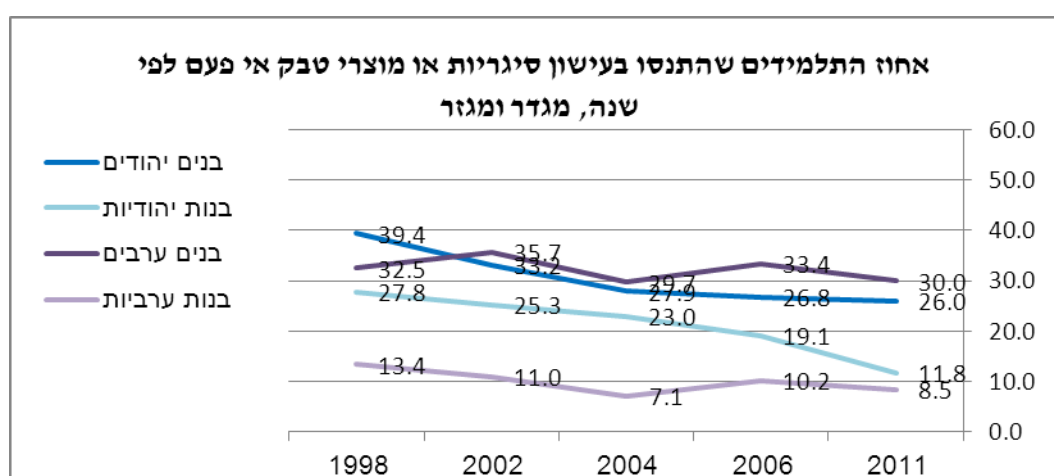


טבלה 2: אחוז התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם

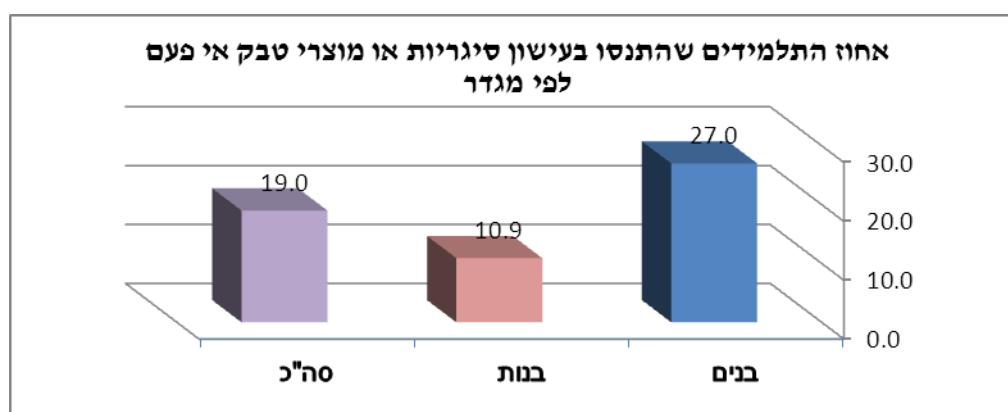
לפי שנה, מגדר ומגזר

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



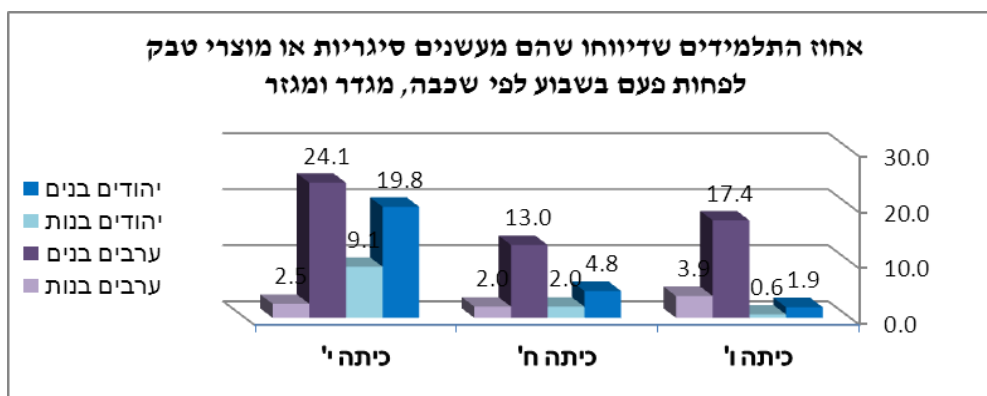
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שהתנסו בעישון סיגריות או מוצרי טבק אי-פעם, נמצא במגמת ירידה מתמשכת מאז שנת 1998, הן בחלוקה לפי מגדר והן בחלוקה לפי מגזר.

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

בשבוע, לפי שכבה, מגדר ומגזר

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

תרשים 4

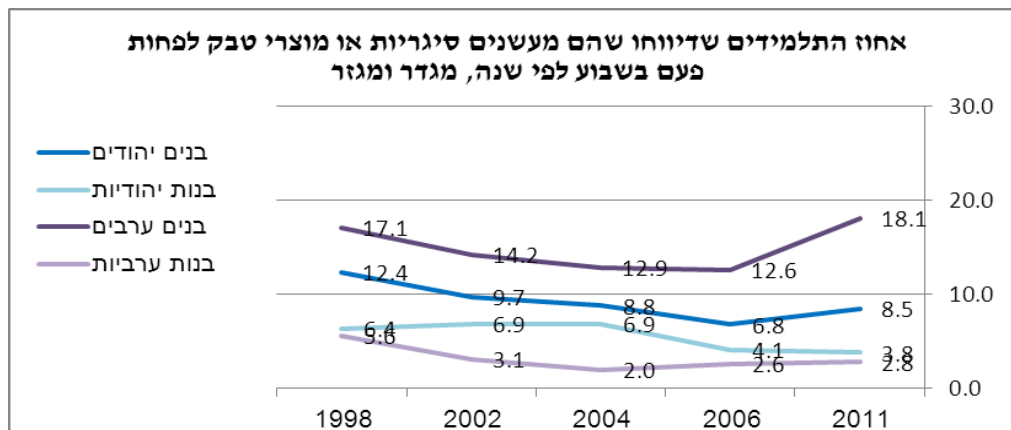


טבלה 4: התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם בשבוע

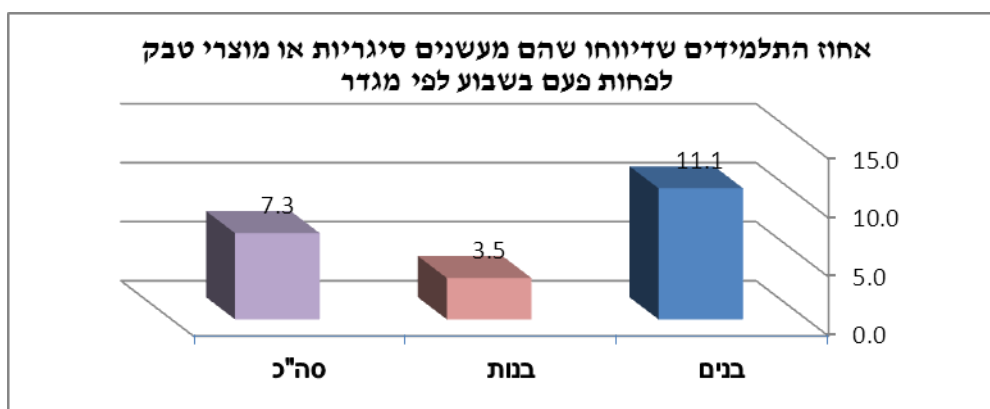
לפי שנה, מגדר ומגזר

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

תרשים 5



תרשים 6



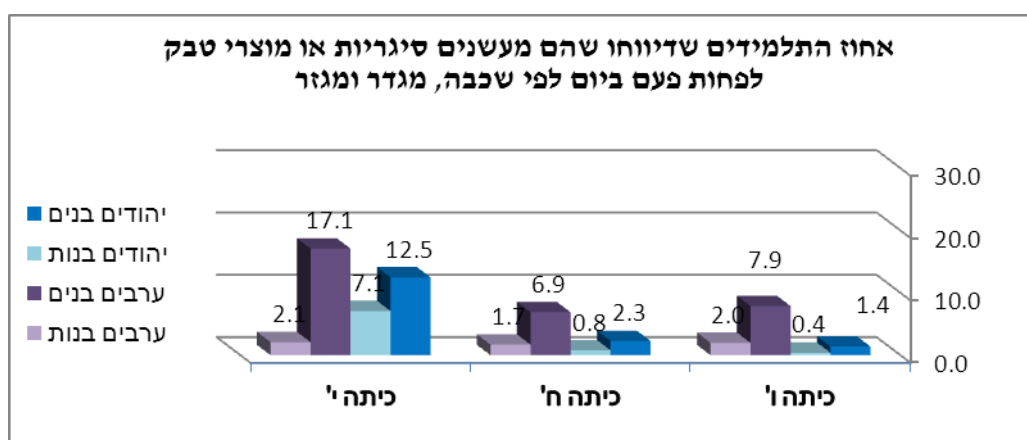
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק אחרים לפחות פעם בשבוע נמצא בעלייה בקרב בנים ובקרב בנות ערביות, אך נמצא בירידה קלה בקרב בנות יהודיות.

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

לפחות פעם ביום, לפי שכבה, מגדר ומגזר

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

תרשים 7

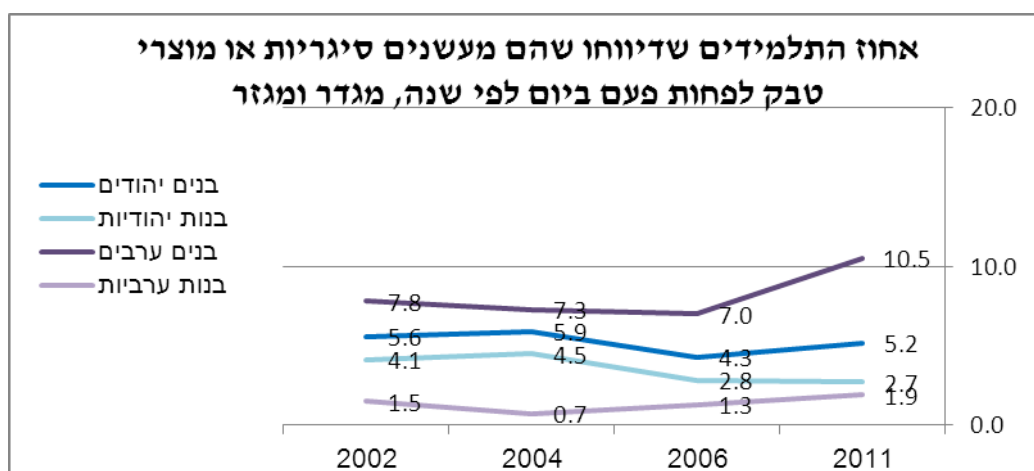


טבלה 6: אחוז התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק

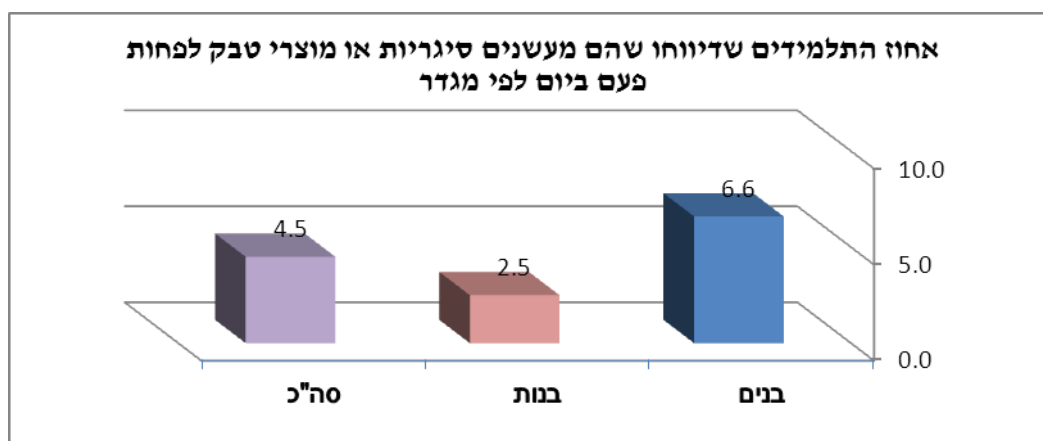
לפחות פעם ביום, לפי שנה, מגדר ומגזר

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



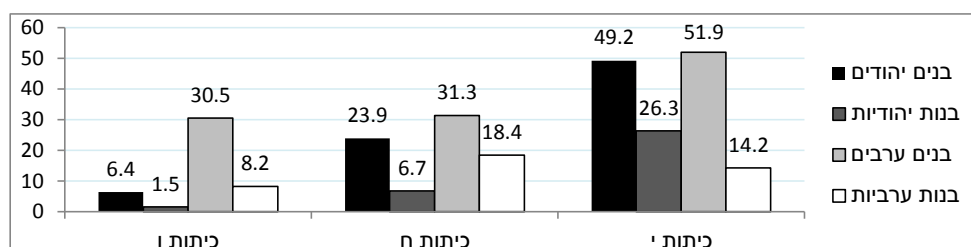
מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שדיווחו שהם מעשנים סיגריות או מוצרי טבק לפחות פעם ביום נמצא בעלייה בקרב בנים ובקרב בנות ערביות. בקרב בנות יהודיות נרשמה ירידה זניחה.

עישון נרגילה

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

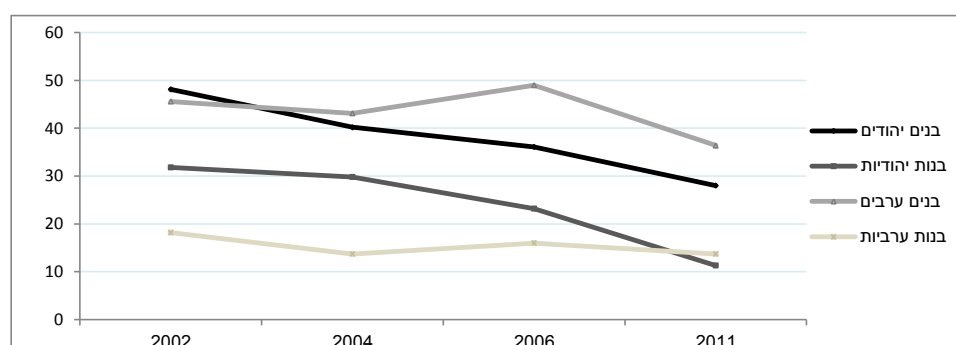
2011	כל המדגם			יהודים			ערבים		
	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות
סה"כ	21.7	30.6	12.0	20.0	28.0	11.3	25.4	36.4	13.7
משיבים	2681	1396	1285	1843	965	878	838	431	407
כיתה ו'	9.6	15.1	3.5	3.9	6.4	1.5	20.8	30.5	8.2
כיתה ח'	18.5	26.3	10.5	15.3	23.9	6.7	24.9	31.3	18.4
כיתה י'	37.1	49.8	22.4	39.2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

תרשים 10



תרשים 11

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

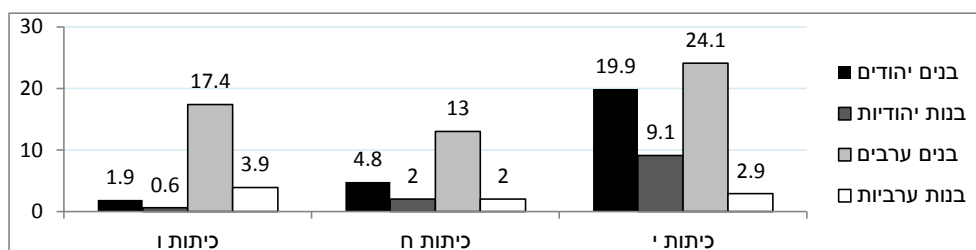


מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שהתנסו אי-פעם בעישון נרגילה נמצא במגמת ירידה בשני המגדרים ובשני המגזרים בעשור האחרון.

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

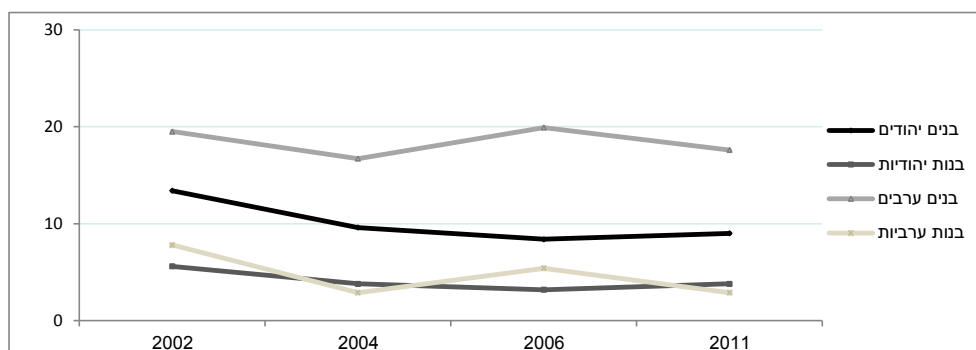
וכיתה

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



תרשים 12

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

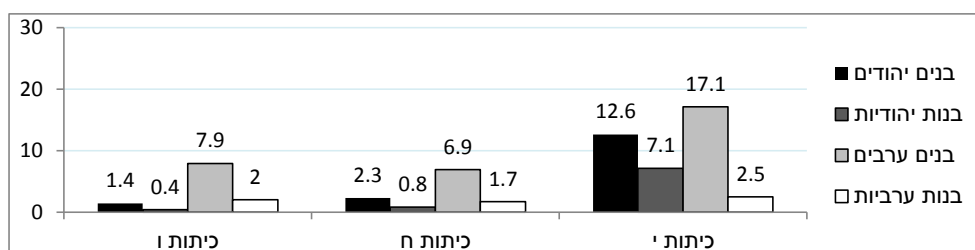


מהנתונים עולה כי שיעור התלמידים שמעשנים נרגילה לפחות פעם אחת בשבוע נמצא בירידה קלה במגזר הערבי אך בעלייה קלה במגזר היהודי.

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

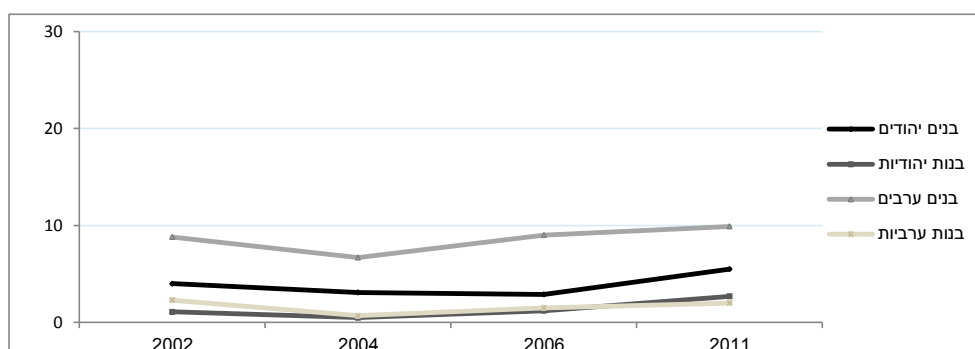
2011	כל המדגם			יהודים			ערבים		
	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות	סה"כ	בנים	בנות
סה"כ	2.3	3.6	0.9	4.2	5.5	2.7	6.0	9.9	2.0
משיבים	2679	1394	1285	1842	964	878	837	430	407
כיתה ו'	1.3	2.2	0.3	0.9	1.4	0.4	5.3	7.9	2.0
כיתה ח'	1.6	2.5	0.8	1.5	2.3	0.8	4.3	6.9	1.7
כיתה י'	3.8	5.9	1.4	10.1	12.6	7.1	9.1	17.1	2.5

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 מטרותן, וחשוב להמשיך ולהשקיע בהן.

פרק ג: פעילות למניעת העישון ונזקיו בישראל

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 במניעה של התחלת העישון ובצמצום העישון בקרב בני הנוער; קופות החולים העוסקות הן בגמילה והן בקידום אורח חיים בריא; האגודה למלחמה בסרטן; רשת ערים בריאות המקדמת יישום והטמעה של מדיניות "עיר נקייה מעישון" בערים החברות ברשת; 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 של מניעת העישון בארץ. המשרד מקדם שיתופי פעולה עם הגופים השונים העוסקים בתחום וברובדי 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.

החלטת הממשלה על תכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

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

תכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

החלטה מספר 3247 של הממשלה מיום 29.05.2011

מ ח ל י ט י מ :

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 התכנית 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 בתיאום 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 בתיאום 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 תכנית 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 ביישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו עוד טרם קבלת ההחלטה בממשלה, אולם משקיבלה התכנית תוקף של החלטת ממשלה, הואצה היכולת לפעול ליישום התכנית, בעיקר בנוגע למרכיבים 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-21 באוקטובר 2013 החלה ועדת הכלכלה של הכנסת לדון בהכנתה לקריאה שנייה ושלישית של הצעת החוק של משרד הבריאות לתיקון חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (תיקון מספר 7). 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 לתת 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, שגורם להטעיית הציבור ובעיקר בני הנוער בנוגע לחומרת הנזק הנגרם מעישון מוצרים אלו.
- ד. האזהרה המופיעה על פרסומת למוצר טבק תגדל ל-30% משטח הפרסומת, לעומת גודל 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 על מכירת אלכוהול לקטינים תוטל אחריות רבה יותר על המוכרים בפיצוציות לוודא שאינם מוכרים טבק לקטינים.
- ח. אזהרות הבריאות על מוצרי טבק יכללו תמונות ולא רק מלל בדומה למקובל במדינות מערביות רבות. שר הבריאות יקבע את מספר האזהרות, את דרך עיצובן, את תחלופתן וכדומה.
- ט. לכל חפיסות הסיגריות יהיה עיצוב אחיד, ללא מיתוג או סימני לוגו, אך על החפיסות יכתב שם המותג על מנת לאפשר הבחנה בין מותגי הסיגריות השונים.
- י. חברות הסיגריות יחויבו לדווח לשר הבריאות (ולמעשה לציבור הרחב) על תכולתם של מוצרי הטבק ועל רעילותם של המרכיבים השונים בהם כפי שמקובל לדווח על תכולה של כל מוצר מזון.
- יא. תיאסר מכירת מוצרי טבק בטעמים של פירות ובטעמים נוספים, מאחר שהם מושכים בני נוער ומקלים על התחלת העישון ועל ההתמכרות לעישון.
- יב. שר הבריאות יסמך מפקחים לצורך אכיפת החוק, וינתנו להם סמכויות נרחבות לפקח ולאכוף את הוראות החוק, כגון החרמה של מוצרי טבק שאינם מסומנים כנדרש בחוק.
- יג. ייקבעו קנסות גבוהים על העבירות השונות לשם הגברת ההרתעה והשמירה על החוק.
- יד. עם אישור החוק באופן סופי בכנסת יכנסו ההוראות השונות לתוקף בהדרגה, חלקן באופן מיידי וחלקן בתוך שלוש שנים על מנת לאפשר להיערך כראוי ליישומן ולאכיפתן.
- עד יציאת הכנסת לפגרת האביב בסוף חודש מארס הספיקה ועדת הכלכלה לאשר לקריאה שנייה ושלישית מספר רב של סעיפים מהצעת החוק:
- איסור סימון של מוצרי טבק בתמונות של פירות, הגדלת גודל האזהרה המופיעה על פרסומת למוצר טבק ל-30% משטח הפרסומת, איסור על ייצור ועל שיווק של מוצרי מזון או צעצועים הדומים למוצרי טבק, איסור על חברות הסיגריות לחלק מוצרי טבק ללא תמורה או בעבור הצטרפות לרשימת דיור וכדומה, הוספת חזקה למוכר מוצרי טבק לקטינים, אזהרות הבריאות

על מוצרי טבק יכללו תמונות ולא רק מלל, וחברות הסיגריות יחויבו לדווח לשר הבריאות על תכולתם של מוצרי הטבק ועל רעילותם של המרכיבים.

הוועדה בחרה שלא לאשר או לשנות חלק מהסעיפים (חפיסות אחידות, איסור פרסום בעיתונות יומית, החלת ההגבלות על חנויות בדיוטי פרי) ובכמה סעיפים טרם התקיים דיון.

לאחר חזרת הכנסת מפגרת האביב יבחן המשך הדיון בהצעת החוק.

בתאריך 7 במאי 2013 חתם שר האוצר על צו להעלאת המס על סיגריות ל-391.5 ש"ח לאלף סיגריות בתוספת 270% מהמחיר הסיטוני, וכמו כן הועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות, מ-12.17 ש"ח ל-15 ש"ח לחפיסה. המס המוטל על סיגרים הועלה בהתאם לצו מ-75%, אך לא פחות מ-59.85 ש"ח, ל-90% אך לא פחות מ-71 ש"ח לק"ג.

המס על טבק לגלגול סיגריות הועלה מ-290.82 ש"ח לק"ג ל-450 ש"ח לק"ג. המס על סיגריות הועלה מ-75%, אך לא פחות מ-12.17 ש"ח ל-20 סיגריות ל-90%, אך לא פחות מ-15 ש"ח לחפיסה של 20 סיגריות. כמו כן הוטל המס בשיעור של כ-10% על מלאי הסיגריות הקיים בידי עוסקים והמס בסכום של 159.18 ש"ח לק"ג על מלאי של טבק לסיגריות.

תוספת ההכנסות נאמדה בכ-800 מיליון ש"ח בשנה מלאה.

הפרוטוקול למניעת סחר לא חוקי במוצרי טבק

במהלך השנים האחרונות, השתתפה מדינת ישראל באמצעות נציגים ממספר משרדי ממשלה (בריאות, משפטים, חוץ ורשות המיסים/מכס) בניסוח הפרוטוקול למניעת סחר לא חוקי במוצרי טבק, כחלק מאמנת המסגרת לפיקוח על הטבק (FCTC) של ארגון הבריאות העולמי.

הפרוטוקול, שהוא פרוטוקול ראשון לאמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ואמנה עצמאית בפני עצמו, מהווה כלי ייחודי וראשוני לשיתוף פעולה בין לאומי למיגור תופעת הסחר הבלתי חוקי במוצרי טבק.

מעבר לאי החוקיות שבתופעת הסחר הבלתי חוקי, החששות המרכזיים שבהתרחבות התופעה ואשר עמן מתמודד הפרוטוקול הינן סכנה לבריאות הציבור ופגיעה ישירה באוכלוסיות מוחלשות עקב הגברת הנגישות והורדת העלות של מוצרי הטבק, הפסדים להכנסות המדינות עקב אי יכולתן למסות מוצרים אלו ומימון פעילויות פליליות חוצות גבולות, בין השאר הסחר הלא חוקי בטבק מהווה דרך מימון חשובה לארגון החיזבאללה, למשפחות פשע וכן משמש להלבנת הון.

הפרוטוקול מעגן מנגנונים מורכבים וייחודיים להתמודדות עם החששות לעיל. לב ליבו של הפרוטוקול הינו אבטחת "שרשרת האספקה" של מוצרי טבק, הכוונה הן לצידוד לייצור טבק והן ייבוא וייצוא של מוצרי טבק וצידוד ייצור, באמצעות הקמת משטר איתור ומעקב בין לאומי, הכולל מערכות מדינתיות פנימיות ונקודות שיתוף מידע עולמית ובאמצעות דרישות רישוי, בדיקת נאותות, שמירת נתונים ואמצעי בטחון ומניעה, כמו גם אמצעים הנוגעים למרחבי פעילויות נוספים, כמו אזורים פטורים ממכס ומכירות דרך האינטרנט ובנוסף, הפרוטוקול גם נוגע במישור הפלילי ומדגיש את הצורך בשיתוף פעולה בינלאומי למיגור התופעה, הסגרה ועוד.

עד כה חתמו על האמנה כ-50 מדינות, לרבות האיחוד האירופי. הצטרפות ישראל לפרוטוקול תסייע, עם יישום הוראות הפרוטוקול ואשרור שלו, לחיזוק המאבק בטרור ובארגוני הפשיעה, בקידום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו ותאפשר אכיפה יעילה יותר של הוראות החוק בנוגע להגבלות על פרסום ושיווק מוצרי טבק.

ועדה לקביעת תכנית לאומית לצמצום העישון בחברה הערבית

בהתאם לסקרים שנעשו בשנים האחרונות עולה כי שיעור המעשנים בקרב גברים בחברה הערבית גבוה משמעותית משיעור העישון בקרב גברים 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 מימן משרד הבריאות שני מחקרי עומק לבחינה של סוגיית העישון והגמילה מעישון בחברה הערבית, מחקרים אלו הסתיימו לאחרונה ואמורים להתפרסם בקרוב. כעת, בהתבסס על ממצאי המחקרים והתובנות שעולות מהן, תגובש התכנית.

פיתוח תכניות לימודים למניעת עישון בקרב בני 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 ייעשה שימוש בבתי הספר במהלך 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 מניעתה של התחלת עישון וצמצום העישון בקרב בני נוער.

במהלך שנת הלימודים תשע"ד התקיימו הכשרות על הפעלת ערכות הפעילות ליועצות ומובילות בית ספריות, וערכות הפעילות הופצו לשימוש בכ-530 בתי ספר.

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 לסייע לבני נוער המכורים לעישון להיגמל מעישון.

חשוב להדגיש שאין כיום בעולם תכנית שהוכחה כיעילה ומומלצת לגמילת בני נוער מעישון, אך בגלל הצורך האמיתי לסייע לבני נוער להיגמל גופים שונים המציעים פתרונות לגמילה מעישון שלא הוכחו כיעילים בקרב בני נוער, מנסים להיכנס למערכת החינוך ולפעול במסגרתה.

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.

בתי ספר נקיים מעישון

כחלק מהחלטת הממשלה על תכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, הוטל על שרי החינוך והבריאות לערוך פיילוט על מנת לבחון את יישום מדיניות "בתי ספר נקיים מעישון" במערכת החינוך.

לשם כך הוקמה וועדת היגוי משותפת למשרד החינוך, הבריאות, ארגון ההורים הארצי ומועצת תלמידים ארצית, בהובלת מנהלת מחוז צפון של משרד החינוך, מחוז שבו מבוצעת בהצלחה בשנים האחרונות תכנית משותפת בין משרדית ורב מגזרית דומה "מחוז צפון נקי מעישון", ונבחנה התאמתה והדרך ליישומה בהיקף ארצי.

כחלק מהפיילוט, כל מחוז משבעת המחוזות של משרד החינוך נדרש לגייס כ-30 בתי ספר, הן ייסודי והן תיכון, שייקחו חלק בפיילוט, מחוז תל אביב של משרד החינוך בחר בשני ערים שבהם הפיילוט יתקיים בכל מוסדות החינוך בעיר - קרית אונו והרצליה.

בהתאם לתכנית, משרד הבריאות לקח חלק פעיל בסיוע לבתי הספר בהם מתקיים הפיילוט והושם דגש על ביצוע תכניות לימודים בנושא העישון, כגון כישורי חיים, הכשרת עמיתים למניעת עישון ועוד, צוותים חינוכיים עברו השתלמויות בנושא ואף הוכשרו להשתמש בערכת למידה חדשה בנושא העישון "מפזרים את מסך העשן" שהופקה כפרויקט משותף למשרדי החינוך, הבריאות והאגודה למלחמה בסרטן.

לצוותי בתי הספר המעשנים הוצע לפנות לגמילה מעישון ואף הובטח סיוע בתיאום סדנאות גמילה מעישון מול קופות החולים שיתבצעו בתוך מוסדות החינוך בתנאי שמספר המשתתפים יאפשר זאת.

במהלך סמסטר ב' של שנת הלימודים יבוטלו חדרי העישון בבית הספר והמודל יופעל במלואו. בהתאם לתכנית, תבוצע הערכה של מידת היישום והיעילות של המדיניות בבתי הספר השונים והקשיים והבעיות שעלו.

וועדת ההיגוי תיבחן את התוצאות ותגבש מסקנות והמלצות להנהלות משרדי החינוך והבריאות לגבי ההמשך, לקראת שנת הלימודים התשע"ה.

פעילות רשת ערים בריאות בישראל

רשת ערים בריאות בישראל פועלת מאז 1990 כחלק מתנועה עולמית, בהנהגת ארגון הבריאות העולמי, למען קידום בריאות של האוכלוסייה וצמצום הפערים הבריאותיים שבה.

ברשת 60 חברים, מהם 44 "ערים בריאות", נציגים של משרדי ממשלה, ארגונים, מוסדות ואנשים פרטיים המעוניינים בקידום הנושא בארץ, והיא מספקת הכשרה למתאמי הבריאות העירוניים, משמשת במה לקבוצות לימוד נושאות וללמידה הדדית ומלווה בהטמעת העקרונות בשטח.

הרשת מתנהלת כיחידה במסגרת מרכז השלטון המקומי בישראל ונסמכת על משרד הבריאות. בכל אחת מהרשויות החברות ברשת קיימת **מחויבות פוליטית** לפעול לפיתוח הבריאות והקיימות, ועל כן הרשויות מתחייבות לגבש "**פרופיל עירוני**", אשר יהווה בסיס לתכנון אסטרטגי לפיתוח הבריאות והקיימות בהן. הפרופיל כולל מדדים חברתיים-כלכליים, מדדים של מצב בריאות, מודעות והרגלי בריאות, מדדים של איכות סביבה פיזית וחברתית, מיפוי שירותים והשימוש בהם וכן אפיון של רצון התושבים לשיפור איכות חייהם. מידע זה מאפשר לאתר פערים ולהשוות בין אזורים וקבוצות אוכלוסייה בעיר וכן מאפשר לבחון את ההלימה בין השירותים הקיימים לצורכי התושבים ורצונותיהם. בין היתר נאסף מידע על הרגלי עישון (תרשים 11 מובא בסוף פרק א), על מודעות לנזקי העישון, על עמדות כלפי שמירת כל המקומות הציבוריים נקיים מעישון ועל אחוז המעשנים המוכנים לגמילה מעישון (טבלה 4 מובאת בסוף פרק א). המידע הקיים מדגים הבדלים משמעותיים בין ערים שונות והעמדות הנסקרות מקנות לגיטימציה לרשויות המקומיות לפעול ליישום מדיניות כוללת של "עיר נקייה מעישון".

עיר נקייה מעישון היא עיר שבה הרשות המקומית מקבלת על עצמה מחויבות לצמצם את ממדי העישון וקובעת מדיניות ברורה לשמירה על סביבות נקיות מעישון. מדיניות זו מיושמת, בין היתר, על ידי אכיפת החוקים המגבילים עישון במקומות ציבור, העלאת רמת המודעות של כלל התושבים לקיומם של חוקים המגבילים עישון במקומות ציבור, הדגשה של חשיבות ההימנעות מחשיפה לעשן סיגריות, בין כמעשן פעיל ובין כמעשן כפוי, עידוד השימוש באמצעים הקיימים לגמילה מעישון וניטור והערכה של הפעילויות שנעשות ותוצאותיהן. צוות בין-תחומי של רשת ערים בריאות ונציגים של משרד הבריאות וקופת החולים מכין בימים אלו חוברת הנחיות מעודכנת באשר ליישום מדיניות זו. נציגים של חמש רשויות אשר היו חברים בצוות, כבר החלו ביישום צעדים אלה ברשויות שלהם (ירושלים, קרית גת, אשדוד, הרצליה ורמלה).

בין הצעדים שבוצעו עד כה בחלק מהערים ניתן לציין איסוף מידע ומיפוי של מצב האכיפה במקומות ציבוריים בעיר, הכשרה והסמכה של כלל פקחי העירייה לפעול לאכיפת החוק למניעת העישון, עדכון כלל בעלי העסקים בעיר בנוגע לאכיפה מתוכננת בנושא, מבצעי אכיפה יזומים, ארגון מפגשים מקצועיים לצוותים רפואיים בעיר בנושא, קמפיין פרסומי לצעירי העיר ששולב בפעילות עירונית לאוכלוסייה זו ועוד.

פעילות האגודה למלחמה בסרטן

הסברה והדרכה

במהלך שנת 2013 התקיימו מטעם האגודה למלחמה בסרטן כ-6,000 הרצאות בנושא נזקי העישון בבתי ספר, בארגונים ובמוסדות. כמו כן האגודה הפיצה ללא תשלום למעלה מ-300,000 חומרי הסברה בנושא נזקי העישון ובהם עלונים, כרזות ומדבקות.

בסוף מאי 2013 התקיימה בבית האגודה למלחמה בסרטן התחרות השנתית של בתי הספר לרגל היום הבין-לאומי ללא עישון. בתחרות הוצגו עבודות שונות בנושא מניעת עישון. התחרות נקראת על שם ד"ר מרקוס ז"ל, יוזם התחרות לפני 15 שנה, ששימש יו"ר הליגה למחלות ריאה ופעל רבות בתחום מניעת עישון וגמילה מעישון.

לתחרות ניגשו עשרות בתי ספר מרחבי הארץ, ולשלב הגמר הגיעו שישה בתי-ספר. התחרות סיכמה שנת פעילות ענפה בבתי הספר בנושא העישון, נזקי העישון, גמילה מעישון, ובחלק מבתי הספר הורחב הנושא וכלל גם "אורחות חיים בריאים": תזונה נכונה, פעילות גופנית ועוד. בטקס הסיום הציגו בני הנוער יחד עם מוריהם את פרי יצירתם. במקום הראשון זכו חט"ב דפנה בקרית ביאליק, בית הספר היסודי בטמרה אלזהרה ובית הספר היסודי עומר אל חטאב במגדל כרום.

בהמשך לשיתוף הפעולה הפורה הקיים בין האגודה למלחמה בסרטן למשרד הבריאות והשירות הפסיכולוגי הייעוצי במשרד החינוך, הופקו 530 ערכות למידה בנושא עישון בשם "מפזרים את מסך העשן" המותאמות לילדים ולבני נוער על סף גיל ההתבגרות - כיתה ו'. הערכה מהווה חלק מהתכנית "כישורי חיים" הנלמדת בבתי הספר היסודיים וכוללת שישה מוקדי פעילות (ערוצים): ערוץ הנוער - העמקת הידע והגברת המודעות לנזקי העישון, ערוץ הילדים - בירור עמדות והתנהגויות, ערוץ הכנסת - עישון וחקיקה, הערוץ הירוק - מודעות ואחריות אישית וסביבתית, ערוץ הפרסומות - השפעות המדיה, וערוץ הבריאות - אזהרות למוצרי טבק ומשמעותן בראי של קידום הבריאות האישית והציבורית. בימים אלה האגודה מסיימת את הפצת הערכות לבתי הספר שמשתתפים בתכנית.

משרד החינוך בשיתוף האגודה למלחמה בסרטן ומשרד הבריאות החל ביישום פיילוט "בתי ספר נקיים מעישון" המהווה חלק מיישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו (במסגרתו נעשית פעילות בתחום החקיקה והאכיפה). מטרת התכנית ליצור סביבה מקדמת בריאות באקלים הבית ספרי על-ידי איסור מוחלט על עישון בין כותלי בית הספר על כל מבקרו (תלמידים, מורים, הורים ועוד), לרבות ביטול חדרי העישון של המורים. מכל מחוז נבחרו כ- 30 בתי ספר (בכ-200 מוסדות) והפיילוט מיושם בסמסטר השני של שנת הלימודים הנוכחית (תשע"ד). כל בתי הספר המשתתפים בפעילות קיבלו את ערכת הלמידה "מפזרים את מסך העשן" וזוכים לליווי מטעם מדריכות משרד החינוך ולהדרכה מחוזית בכל הנוגע לקידום הנושא, ובכלל זה גמילה מעישון של צוותי בתי הספר והורי התלמידים הזקוקים לכך. בד בבד, האגודה מתגברת את ההדרכות בנושא נזקי העישון בבתי הספר המשתתפים בפיילוט. עם סיום הפיילוט והפקת לקחים יבחנו משרדי החינוך והבריאות את יישום המדיניות בכל מערכת החינוך.

מיזמים חדשים

במהלך שנת 2013 השיקה האגודה מיזם חדש וייחודי, בשיתוף משרד התחבורה, המיועד לאלפי הנבחנים במבחן תאוריה בנהיגה ברחבי הארץ המתחילים את דרכם כנהגים חדשים.

במהלך חודש מאי 2013 חילקה האגודה אלפי עלונים לנבחני התיאוריה ברחבי הארץ. העלון כלל מסרים ברורים וחשובים בנושא נזקי עישון, כגון מעורבות בתאונות דרכים, פגיעה בריכוז הנהג המעשן והסחת דעתו מהנהיגה, שאיפת חומרים רעילים והנזקים שהנהג גורם לעצמו ולסביבתו. העלון אשר עוצב על-ידי משרד הפרסום גיתם BBDO ככביש, כלל מדבקה ייחודית שנשאה את הססמה "סיגריה הורגת אותך בהמון דרכים".

במהלך שנת 2013 יצאה האגודה למלחמה בסרטן יצאה בקמפיין פרסומי באמצעי התקשורת השונים שהדגיש את נזקי והשלכותיו לנשים בהיריון, לעובר וליילוד. מודעת הקמפיין המקורית והיצירתית שפנתה לנשים המעשנות בזמן היריון, נשאה את המסר: "כשאת מעשנת – התינוק שלך מעשן". המודעה שהופקה ביוזמת האגודה ובאמצעות משרד הפרסום גיתם BBDO, הוצגה בתחרות "דג הזהב" 2012 ונבחרה ל"מודעת היום" בבלוג הפרסום הגדול והנחשב CREATIVITY ONLINE, המסקר קמפיינים ועבודות קריאייטיב איכותיות מרחבי העולם. האגודה גם פרסמה מחקרים חדשים בתחום נזקי עישון; אחד שעסק בסיכון הגבוה של מעשנים לחלות בלוקמיה ואחר שעסק בהשפעותיו המזיקות של עישון בזמן היריון על סוכרת הריונית ועל השמנת יתר של בנות הדור השני של אימהות מעשנות.

פיתוח והערכת תכנית גמילה מעישון באמצעות מסרונים בישראל

פיתוח גישות חדשות לסייע לגמילה מעישון נמצא בעדיפות גבוהה בכל הנוגע לקידום בריאות הציבור. הפעלת תכניות תמיכה בגמילה מעישון בעזרת מערכת הודעות טקסט לטלפונים ניידים התבררה כשיטה וכיעילה בכמה מדינות, והוחלט לבחון את הפעלתה גם בישראל, הנחשבת למובילה בעולם שימוש בטלפונים ניידים. התכנית בארץ בניהולו של ד"ר חגי לוין, רופא בריאות הציבור ומומחה בגמילה מעישון מבית הספר לבריאות הציבור (האוניברסיטה העברית, הדסה) תתפרס על פני שלוש שנים ותסתייע בצוות סטודנטים ובתמיכת ועדה מייעצת של מומחים לנושא. בוועדה חברים ד"ר יעל בר-זאב, אירית מנטש, מיה אוברמן וחיים גבע הספיל. פיתוח התכנית משותף לאגודה למלחמה בסרטן, למשרד הבריאות, להדסה ולצה"ל, והיא צפויה לכלול מערכת הודעות אינטראקטיבית ואלמנטים רבים שבהם משתמשים ביעוץ אישי לגמילה מעישון.

עישון בבתי הסוהר

במהלך שנת 2013 העבירה האגודה למלחמה בסרטן כ-200 הרצאות בנושא נזקי העישון לסגל שירות בתי הסוהר ולאסירים ברחבי הארץ. כמו כן האגודה פעלה וסייעה לאסירים אשר התלוננו על עישון כפוי בבתי הסוהר שבהם הם שוהים.

עידוד אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים

האגודה נותנת מענה לציבור בהדרכה בנושא החוק האוסר על עישון במקומות ציבוריים והחוק להגבלת הפרסום והשיווק של מוצרי טבק. כמו כן במהלך השנה ולאור פניות רבות פנתה

האגודה לרשויות מקומיות שונות והתריעה על מקומות שבהם החוק מופר תוך הסתייעות בשיתוף פעולה עם יחידת הפיקוח והאכיפה של משרד הבריאות.

פרק ד: 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. מאחר והצבא לא מסר נתונים מעודכנים על שנת 2013, 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.

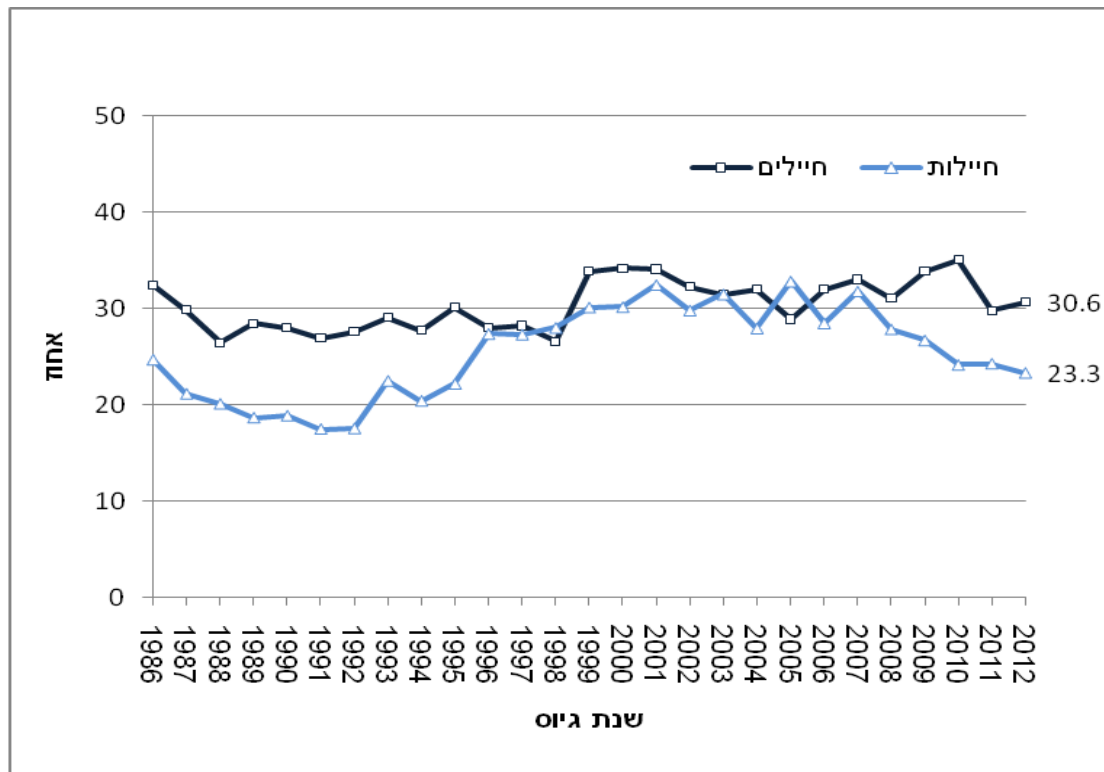
נשים

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%.

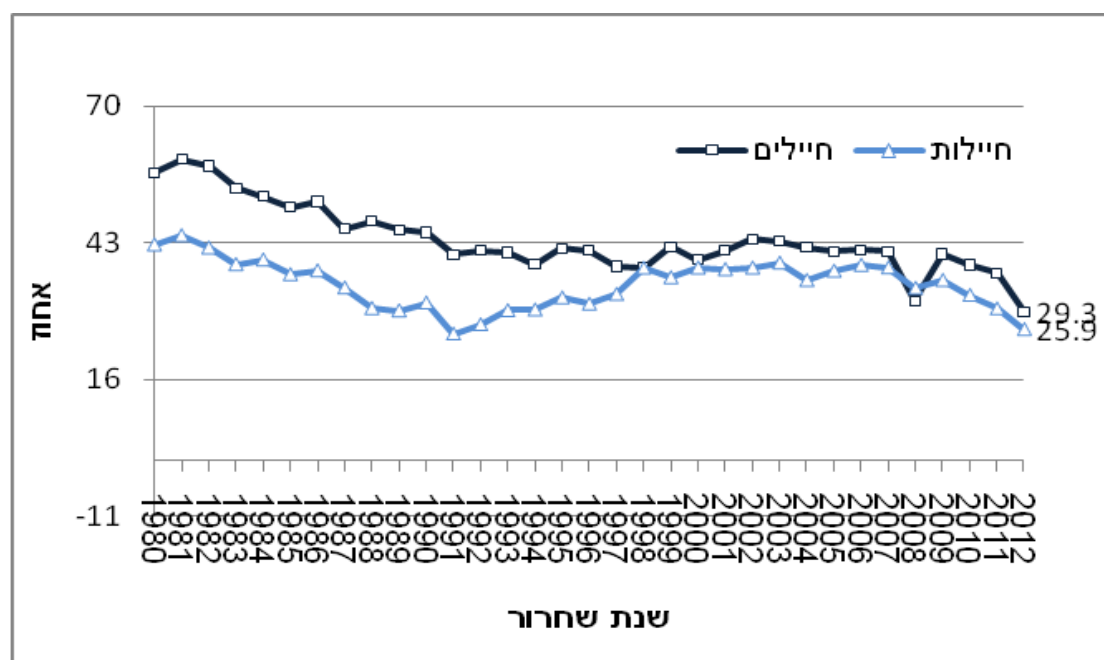
מגמות: מתחילת שנות התשעים ועד לתחילת שנות האלפיים נמשכה מגמה של עלייה משמעותית בשיעור המעשנות בקרב המתגייסות. לאחר שנים אחדות של יציבות בשיעור

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 שיעור 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%.

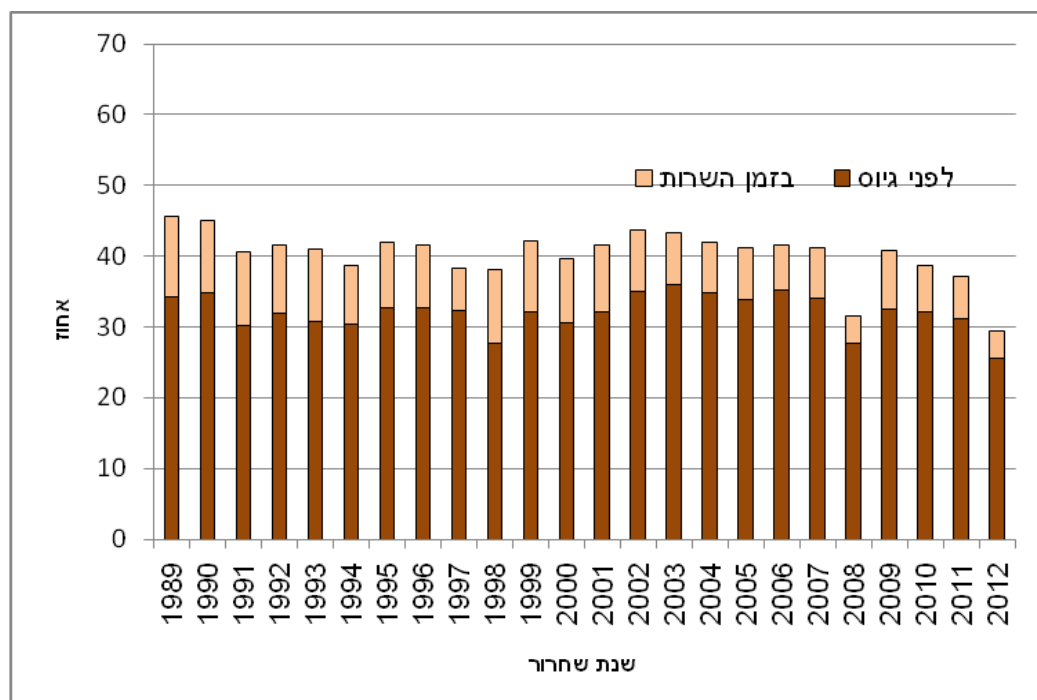
בקרב המשתחררים מצה"ל שיעורי העישון בקרב גברים גבוהים מעט בהשוואה לנשים לאורך מרבית השנים. כך גם בקרב משתחררי שנת 2012, שבה שיעור העישון בקרב הגברים היה גבוה בכ-3% בהשוואה לנשים (29.3%-ו-25.9%, בהתאמה).

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 מסיגרית ליום], לא). המשיבים בחיוב נשאלו: "[מתי] התחלת 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.

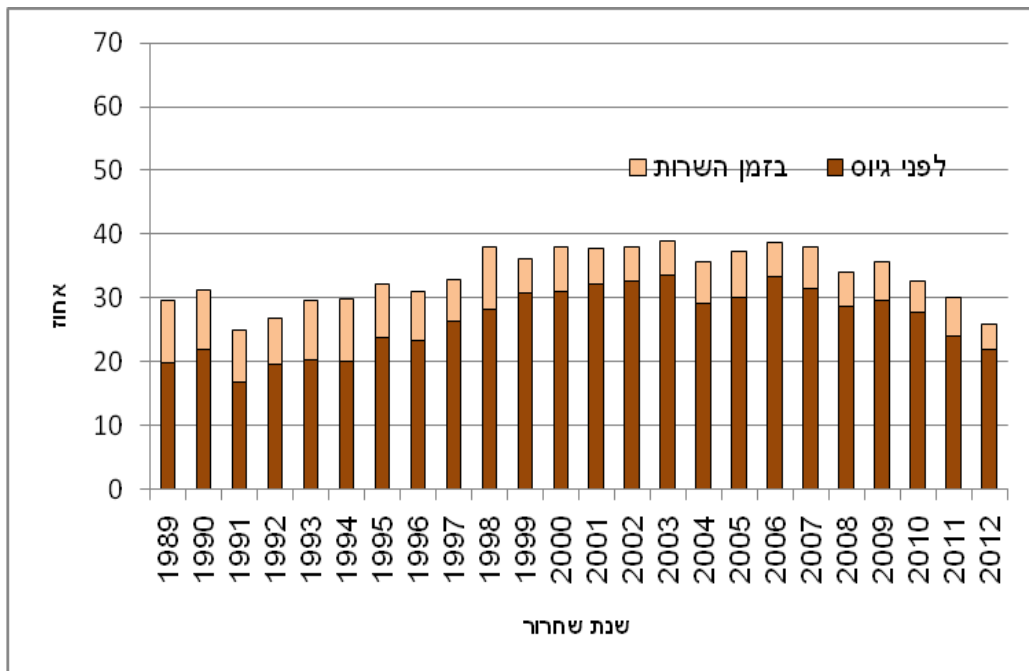
תרשים 3: שיעור העישון בקרב

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

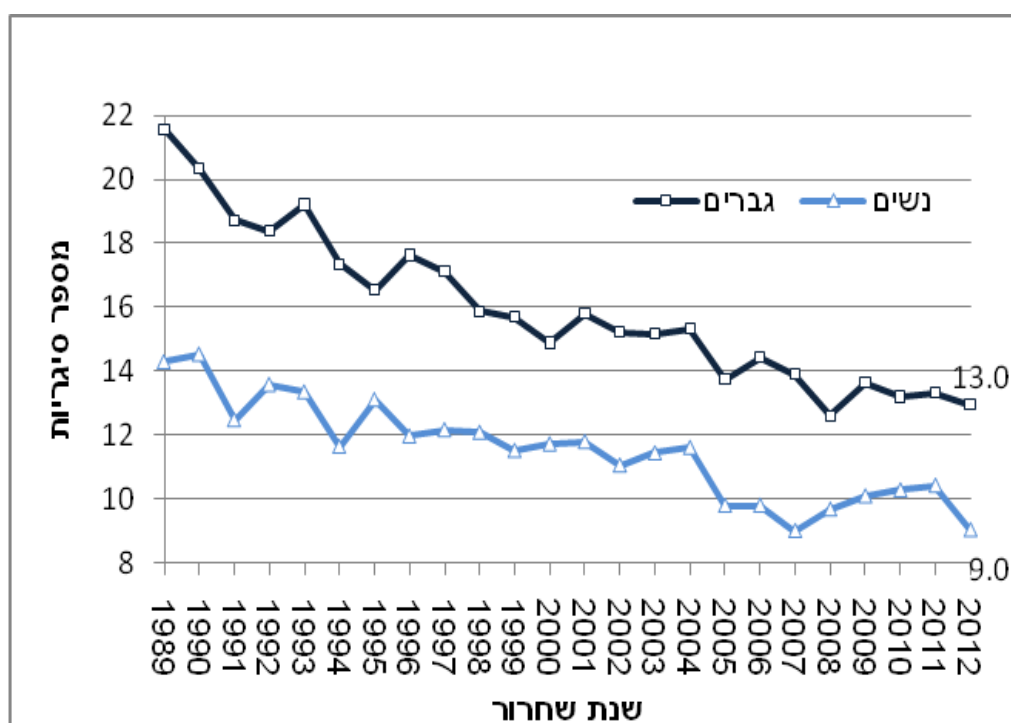


כפי שצוין לעיל, אחוז המעשנים עולה, בקרב חיילים וחיילות כאחד, במהלך השירות הצבאי. אחוז החיילות המעשנות שהחלו לעשן בתקופת השירות הצבאי (על-פי דיווח במדגם המשתחררות) נמוך בממוצע בשנות האלפיים בהשוואה לעשור הקודם (5.7% בממוצע בשנים 1999-2011 לעומת 8.6% בממוצע בשנים 1989-1998). אחוז זה נע בתנודות ללא מגמה 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

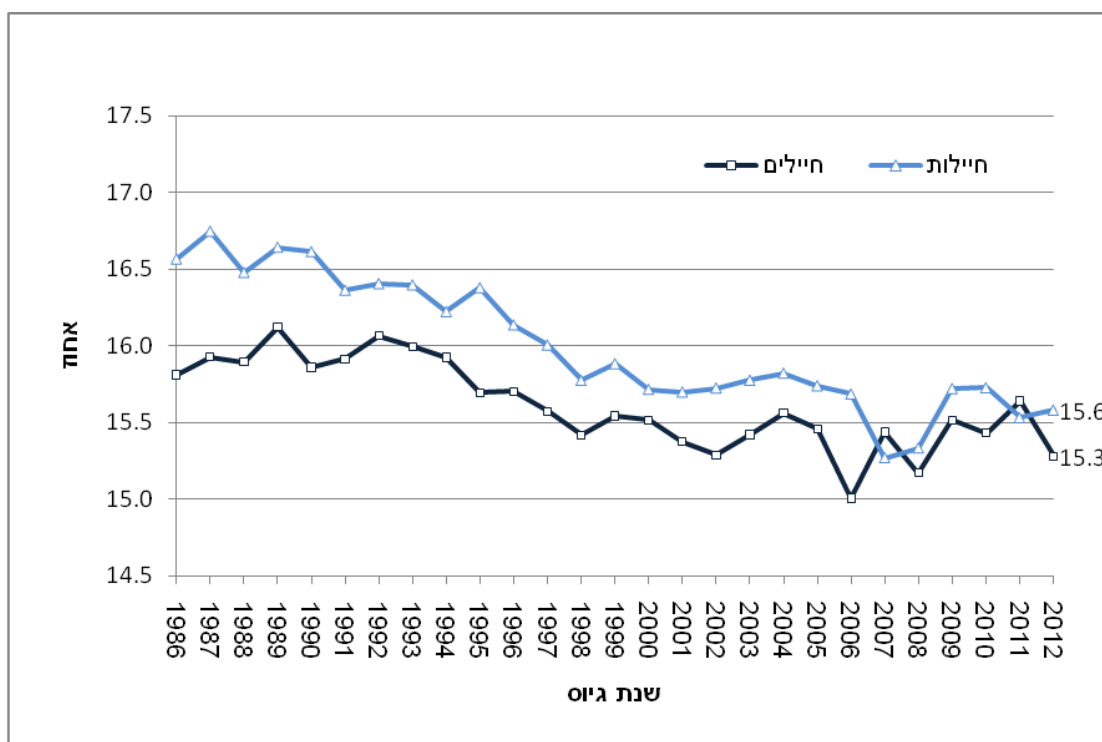
בין השנים 1986-2007 היה הגיל הממוצע בעת תחילת העישון גבוה בקרב המתגייסות לעומת המתגייסים. עם זאת, הפער בגיל התחלת העישון בקרב מתגייסים לעומת מתגייסות הצטמצם עם הזמן (תרשים 6).

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 ה: חקיקה בנושא העישון

1. חקיקה ממשלתית

חקיקה שהושלמה

צו תעריף המכס והפטורים ומס קנייה על טובין (תיקון מס' 13), התשע"ג 2013 (העלאת מס קנייה על סיגריות, טבק לסיגריות, סיגרים וסיגרלות)

בתאריך ה-7 למאי 2013 חתם שר האוצר על צו להעלאת המס על סיגריות ל-391.5 ₪ לאלף סיגריות בתוספת 270% מהמחיר הסיטוני וכמו כן הועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות, מ-12.17 ₪ ל-15 ₪ לחפיסה. המס המוטל על סיגרים הועלה בהתאם לצו מ-75% אך לא פחות מ-59.85 ₪, ל-90% אך לא פחות מ-71 ₪ לק"ג.

המס על טבק לגלגול סיגריות הועלה מ-290.82 ₪ לק"ג ל-450 ₪ לק"ג, המס על סיגרלות הועלה מ-75% אך לא פחות מ-12.17 ₪ ל-20 סיגריות ל-90% אך לא פחות מ-15 ₪ לחפיסה של 20 סיגרלות וכמו כן הוטל מס בשיערו של כ-10% על מלאי הסיגריות הקיים בידי עוסקים ומס בסכום של 159.18 ₪ לק"ג על מלאי של טבק לסיגריות. תוספת ההכנסות נאמדה בכ-800 מיליון ₪ בשנה מלאה.

הצו אושר בוועדת הכספים ב-2 ליוני 2013.

חקיקה שטרם הושלמה

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

וועדת הכלכלה החלה בדיונים להכנתה של הצעת החוק לקריאה שנייה ושלישית ב-21 לאוקטובר 2013 אך הדיונים הופסקו עם יציאת הכנסת לפגרת האביב במרץ 2014 לאחר שמרבית הסעיפים אושרו על ידי הוועדה, במספר סעיפים טרם התקיים דיון ומספר סעיפים מרכזיים נדחו או עברו שינוי מהותי על ידי הוועדה. עם חזרת הכנסת מפגרת האביב באמצע חודש מאי ייבחן המשך הליך החקיקה של הצעת חוק זו.

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. טיוטת החוק פורסמה להערות הציבור וכעת נמצאת בשלבי ניסוח ותיאום אחרונים לקראת הגשתה כתזכיר חוק לאישור וועדת השרים לחקיקה.

תקנות הרוקחים (איסור ייצור או שיווק סיגריה אלקטרונית ומוצריה), התשע"ד – 2014

משרד הבריאות ניסח תקנה בהתאם להמלצות וועדה מקצועית רב תחומית שעסקה בנושא הסיגריה האלקטרונית. על פי התקנה המוצעת, לא ייצר אדם, לא ישווק, ולא יאחסן לצורך שיווק סיגריה אלקטרונית ומוצריה, הכוונה גם לחומרי מילוי ולמחסניות. סיגריות אלקטרוניות הן מוצר חדש יחסית המנסה לחדור לשוק העישון כתחליף או בנוסף למוצרי הטבק הקיימים. הסיגריה האלקטרונית טומנת בחובה סכנות לבריאות הציבור, חלקם פחותות, חלקן דומות וחלקן אף חמורות יותר מאשר הסכנות המוכרות בסיגריות הרגילות ובנוסף לכך היא פוגעת במאמצים לצמצום העישון ונזקיו, בגמילה מעישון ובתהליך שינוי הנורמה החברתית ביחס לעישון. בשונה ממוצרי טבק אחרים, הסיגריה האלקטרונית היא מוצר חדש, אין לו קהל צרכנים גדול שמכור לשימוש בו והלקח ביחס לחוקיות לכאורה של מוצרי הטבק והשפעתם הנוראית על בריאות הציבור כבר נלמדו ולכן הצורך בתקנה המוצעת. התקנה נמצאת כעת בשלבי ניסוח ואישור פנימיים לאחר שכבר פורסמה להערות הציבור והיא תובא בקרוב לאישור וועדת עבודה הרווחה והבריאות.

חקיקה פרטית

הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (תיקון – איסור עישון באצטדיון ספורט), התשע"ד–2014 (פ/19/1221)

מטרתה של הצעת החוק למנוע סבל וסיכון בריאותי כתוצאה מחשיפה לעישון כפוי לצופים במשחקי ספורט. בהתאם להצעה, יאסר עישון באצטדיון למעט שני אזורים נפרדים של מושבים שהוקצו לעישון בידי הנהלת האצטדיון, אם הוקצו, ובלבד שמספר המושבים כאמור אינו עולה על רבע ממספר המושבים באצטדיון כולו, ולמעט חדר נפרד לחלוטין, שהוקצה לעישון בהפסקות בידי הנהלת האצטדיון, אם הוקצה, ששטחו אינו עולה על רבע מהשטח שהוקצה לציבור להמתנה בהפסקות, ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.

הצעת החוק אושרה בקריאה ראשונה בתאריך 12 למאי 2014.

הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (תיקון – איסור עישון בגן שעשועים ציבורי לילדים), התשע"ד–2014 (פ/19/1830)

מטרתה של הצעת החוק הינה להגן על ילדים מפני העישון ונזקיו בסביבה הציבורית שבה הם נמצאים לרוב. החוק הקיים למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג-1983, אכן אוסר על עישון בקרב גן ילדים, מעון ילדים או בית ילדים, אך חסרים בו שני רכיבים משמעותיים הנמצאים בהצעת חוק זו; הרכיב הראשון הוא יצירת טווח נקי מעישון של 10 מטר

מהכניסה למקומות שלעיל, טווח זה הינו הכרחי על מנת למזער את הסכנה של חשיפה לעישון כפוי המגיע מחוץ למקום עצמו, אך משפיע באופן ישיר על בריאות הילדים.

הרכיב השני הוא הוספת גן שעשועים לילדים לרשימת המקומות שבהם נאסר העישון, שכן גן השעשועים הינו מרחב ציבורי שבו שוהים לרוב תינוקות וילדים רכים עם הוריהם, ביניהם לעתים גם נשים הרות.

הצעת החוק אושרה בקריאה טרומית בתאריך 8 לינואר 2014.

פרק ו: אכיפת החקיקה בתחום העישון בישראל

בהתאם לחוק חובת הדיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק ולחוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, ישנה חובה כפולה דיווח על אכיפת החקיקה למניעת עישון במקומות ציבוריים, הן מצד שר הבריאות והן מצד ראשי הרשויות. כמידי שנה, ראשי הרשויות מתבקשים להעביר דיווח מפורט על האכיפה בתחומי הרשות, בין השאר הם מתבקשים לציין 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.

בפרק זה מופיע השנה דיווח על פעילות אגף האכיפה והפיקוח של משרד הבריאות, שהחל בפעילותו בינואר 2013.

טבלת ריכוז נתוני האכיפה של שנת 2013 מכלל הרשויות בארץ תפורסם בתוך מספר שבועות, לאחר שיתקבלו כלל הדיווחים מכל הרשויות.

המחלקה למניעת עישון ואלכוהול, האגף לאכיפה ופיקוח

המחלקה למניעת עישון באגף לאכיפה ופיקוח פועלת ברמה ארצית לקידום, הגדלת וייעול פעילות האכיפה ברשויות המקומיות.

המחלקה הוקמה בינואר 2013 כחלק מהאגף לאכיפה ופיקוח של משרד הבריאות והיא מופקדת על הגדלת היקף פעילות אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון שמתבצעת ע"י הרשויות במקומיות, מעורבת בקידום החקיקה בתחום ופועלת לקביעת מדיניות אכיפה ארצית אחידה למניעת עישון במקומות הציבוריים.

המחלקה מהווה כתובת הן לפניות הציבור הרחב בנושאי עבירות על החוק למניעת עישון והן לגורמי האכיפה ברשויות המקומיות, כגורם מקצועי מנחה, יצירת הקשר נעשית דרך אתר האינטרנט, בפקס או בדואל.

במהלך שנת 2013 יזמה המחלקה מבצעי אכיפה בשיתוף גורמי האכיפה השונים, ביניהם אגפי האכיפה של הרשויות המקומיות, המשטרה ורשויות המכס.

מבצעים אלו לוו גם בפעולות הדרכה והסברה מול הגורמים המבוקרים באשר לדרישות החוק. בנוסף לפעילות האכיפה, המחלקה פועלת בשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד לקיום עיון וימי הדרכה והכשרה לפקחים מהרשויות המקומיות, לצורך הגדלת היקף פעילות האכיפה למניעת עישון במקומות הציבוריים ולהעלאת המודעות לניזקי העישון הכפוי.

בימי עיון אלו לוקחים חלק מפקחים ברשויות המקומיות, סדרנים למניעת עישון בבתי חולים וכן נציגים מדרג ההנהלה של מקומות אלו.

במהלך שנת 2013 הוקם במחלקה מערך לטיפול בפניות ציבור, שהספיק לטפל ב-79 פניות ציבור ופניות מגופים מקצועיים שונים. כן נערכו 21 מבצעי אכיפה יזומים למניעת עישון במקומות ציבוריים לרבות בבתי חולים, משרדי ממשלה, תחנות מרכזיות, תחנות אוטובוס, בריכות שחייה ועוד.

במבצעי האכיפה שנערכו בבתי החולים הוסבר לצוות העובדים האחראים על מניעת העישון באשר לדרישות החוק, ניתנו הנחיות באשר להסדרת פינות עישון תקינות והוסרו פינות עישון שעלולות להוות מטרד בחלקים אחרים של בית החולים.

באחד ממבצעי האכיפה, בית חולים נדרש להסיר פינת עישון שהותקנה במרפסת פנימית הממוקמת מעל לגן ילדים. מיקומה של פינת העישון גרם לכך שגן הילדים זוהם בבדלי סיגריות וכן הסמיכות של הפינה לחלונות המבנה היווה מטרד לחולים בתוך הבניין.

בחלק ממבצעי האכיפה שהתקיימו בשעות הלילה במקומות בילוי (ברים, פאבים) התגלו קשיים בביצוע האכיפה. בחלק מבתי העסק עוכב צוות הפיקוח על ידי המאבטחים במקום לצורך מתן זמן התארגנות והסתרת עדויות על עישון בתוך המקום וכך לעיתים צוות הפיקוח נכנס למקומות אפופי עשן סיגריות ואף מצא בדלי סיגריות, אך לא נצפו כלל מעשנים במקום ולא היה ניתן להטיל קנסות.

במבצעי אכיפה נוספים שהתקיימו בבתי אוכל, הליקוי העיקרי שנמצא היה בחלוקה מוטעית של שטח המקום בין אזור שהעישון בו אסור ואזור שהעישון בו מותר, שאמור להוות עד כ-25% מכלל השטח הפתוח לציבור. יש לציין שחלוקה זו אינה מחויבת על פי חוק וההחלטה אם להקצות אזור עישון נתונה בידי של בעל העסק ובנוסף, במקרים רבים האזורים שהוקצו לעישון אובחנו כאזורים שעלולים להוות מטרד בחלקים אחרים במבנה ולחשוף את הציבור לעישון כפוי. בעלי העסקים נדרשו לעמוד בדרישות החוק ולחלקם אף נרשמו קנסות בגין אי מניעת עישון במקום ציבורי, ע"י צוות הפיקוח של הרשות המקומית.

בנוסף לפעילות האכיפה בבתי העסק, נערכו מבצעי אכיפה למניעת עישון גם במשרדי ממשלה שונים, לרבות במשרד הבריאות ומשרד התיירות וכמו כן, נערכו מבצעי אכיפה במקומות עבודה, כגון במתחם הבורסה ברמת גן.

תובנה מרכזית העולה ממבצעי האכיפה היא כי העישון במקומות אלו מתקיים בעיקר בחדרי המדרגות.

במהלך השנה פעלה המחלקה לקדם את נושא הקמת מערך סדרנים ממונים למניעת עישון בבתי חולים ממשלתיים, נוצר קשר עם נציגים מהנהלות בתי החולים השונים והוחל באיסוף רשימת מועמדים לתפקיד סדרן ממונה למניעת עישון.

לאחר סיום ריכוז המועמדים ווידוא שאכן כולם עומדים בדרישות החוק, יערך יום עיון לצורך הכשרתם המקצועית כסדרנים ממונים.

בנוסף לפעילות אכיפה רשויות המקומיות, המחלקה מבצעת מעקב וניטור מדיה (אינטרנט, עיתונות) אחר פרסומים למוצרי הטבק לצורך בחינת עמידתם בדרישות החוק להגבלת הפרסום והשיווק של מוצרי טבק ולהבנת יעדים ומגמות בפרסום של חברות הטבק בישראל.

כדוגמה ניתן לציין קמפיין פרסומי ארוך ומשמעותי של חברת "דובק" למותג סיגריות השייך לקבוצת הסיגריות הזולות והמופנה כולו למגזר החרדי, על ידי מגוון פרסומים בעיתונות החרדית, פרסומים ומבצעי קידום מכירות ייעודיים לחגים שונים, כגון חלוקת סיגריות בפורים, פרסומים על כשרות הסיגריות לפסח, פנייה לחתנים לרכוש ערכות סיגריות לחלוקה לאורחים בחתונה, הקמת מתחם עישון למבקרים בהילולה במירון ועוד.

בהתאם לתיקון לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק מחודש אוגוסט 2011, נאסר לחלוטין על הצבת מכונות למכירת מוצרי טבק החל מיום 1.1.2014.

תיקון זה נועד להגן על בריאות הציבור דרך צמצום הזמינות של מוצרי טבק לציבור בכלל ולקטינים בפרט וכן צמצום הפרסום של מוצרי טבק הנובע מעצם הימצאותה של המכונה.

כהכנה לכניסת הסעיף לתוקף, כבר במהלך שנת 2013 החלה המחלקה בהיערכות לקידום האכיפה של מכונות אוטומטיות למכירת מוצרי טבק שלא סולקו, וזאת באמצעות פנייה תקשורתית לציבור לגלות ערנות, מעורבות ולדווח על הימצאות מכונות וכן פנייה לבעלי מכונות הסיגריות לפעול בהתאם לחוק ולוודא את סילוקן של המכונות עד למועד כניסת האיסור לתוקף.

במהלך הרבעון הראשון של שנת 2014 התקבלו כ-23 דיווחים על הימצאותן של מכונות לממכר סיגריות במקומות שונים בארץ ונערכו מבצעי אכיפה לאימות הדיווחים ולתיאום הסרתן דרך פנייה לבעלי מקומות בהם הוצבו המכונות וכן דרך בעלי חנויות שסיפקו להן חשמל.

בנוסף, בוצעה פעילות משותפת עם לשכות הבריאות במקומות השונים ונציגי אגפי הרישוי והפיקוח ברשויות המקומיות לקראת הסרתן.

עד כה הוסרו כבר יותר מ-17 מכונות לממכר סיגריות, כל הפניות שנתקבלו נמצאות בטיפול ומעקב.

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 ש"ח 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 בארבע השנים האחרונות. 95% מהם השתתפו בסדנאות לגמילה מעישון, וכ-5% השתתפו ביעוץ טלפוני.

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

2013-2010

קופ"ח / שנה	2010	2011	2012	2013
שירותי בריאות כללית	5,961	9,920	13,440	13,917
מכבי שירותי בריאות	3,135	6,417	6,217	7,127
קופת חולים מאוחדת	1,878	2,145	2,867	3,268
לאומית שירותי בריאות	870	1,164	2,981	2,390
סה"כ	11,844	19,646	25,505	26,702
השינוי ביחס לשנה קודמת (באחוזים)	שנה ראשונה בסל שירותי הבריאות	+65%	+29%	+4%

אף כי יש מדי שנה עלייה בהיקף הפנייה לגמילה מעישון בקופות החולים מאז הכנסת הטכנולוגיה לסל, קצב הגידול השנה היה נמוך לעומת השנים הקודמות.

חשוב להדגיש כי אם מחשבים את היקף הפונים לגמילה מעישון בקופות החולים מסך כל המעשנים במדינת ישראל, שמספרם מוערך בכמיליון, הרי מדובר בכ-2.6% 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 מעישון באוכלוסייה גבוה הרבה יותר מכפי שהקופות מדווחות. יישום התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו, תוך הדגשת המשך ההעלאה 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. אין ספק כי יש צורך להגיע לאחוזי גמילה גבוהים הרבה יותר כדי להשיג את מטרות התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו. עריכת סקרים מעמיקים בקרב מעשנים ומעשנים לשעבר לבחינת חסמים הכרוכים בגמילה מעישון או העדפות לגבי דרכי הסיוע בגמילה תוכל לסייע בטיוב המענה של מערכת הבריאות לצורך בגמילה מעישון ותוכל לשפר את היקפי הגמילה מעישון וכך להשיג את היעדים שהוגדרו. להלן פירוט על היקף הפעילות של קופות החולים והאקדמיה בתחום הגמילה מעישון והכשרת אנשי מקצוע לטיפול בגמילה מעישון.

שירותי בריאות כללית

בשנת 2013 נערכו בשירותי בריאות כללית 1,021 סדנאות (עלייה של 13.44% לעומת שנת 2012), ומספר המשתתפים בהן היה 13,917 איש. הסדנאות נערכו בכל רחבי הארץ, מקרית שמונה ועד אילת, ב-135 ישובים, בהם 31 (23%) יישובים ערביים, וכן בערים שבהן יש אוכלוסייה יהודית וערבית מעורבת. בשירותי בריאות כללית פועלים כיום 180 מנחים של סדנאות גמילה מעישון. נערכות הכשרות והדרכות תקופתיות למנחי הסדנאות לגמילה מעישון במחוזות לשם עדכון ידע, הצגת כלים חדשים ועוד. נמשכה הדרכת צוותים במרפאות ראשוניות בנושא התערבות ראשונית לגמילה מעישון, בין השאר באמצעות לומדה אינטראקטיבית (תכנית אי"ל – "אתם יכולים להשפיע") במסגרת ישיבות צוות.

שירותי בריאות כללית החלה ב-2013 בהפעלת תכנית ניסיונית של שירות קו ייעוץ טלפוני פרו-אקטיבי לגמילה מעישון הניתן על-פי הפניה מהצוות המטפל בשפות עברית, ערבית, רוסית, אמהרית ואנגלית.

כחלק מהקמת המערך נערך קורס להכשרת יועצים טלפוניים לגמילה מעישון מבין מנחי הסדנאות לגמילה מעישון הפועלים בקופה.

שירותי בריאות כללית פעילה גם בתחום החקיקה בכנסת ושותפה לקידומה של חקיקה שמטרתה להפחית את התחלת העישון במיוחד בקרב צעירים ולעודד את הגמילה מעישון.

מכבי שירותי בריאות

בשנת 2013 התקיימו במכבי שירותי בריאות 311 סדנאות בהן השתתפו 5,764 מבוטחים.

בטבלה שלפניכם מפורטת ההשתתפות לפי חלוקה מחוזית:

מחוז	מס' קבוצות	מס' משתתפים
דרום	45	1,018
ירושלים, שפלה	81	1,569
מרכז	65	1,262
שרון	43	927
צפון	77	988

נוסף על הסדנאות הקבוצתיות לגמילה מעישון השתתפו 1,363 מבוטחים מהמחוזות השונים, מהם 55% גברים, ביעוץ טלפוני פרטני במסגרת המרכז הטלפוני לגמילה מעישון. המרכז הטלפוני נותן שירות בכמה שפות ופועל במשך חמישה ימים מלאים בשבוע. עיקר הפעילות מתקיימת בשעות אחר הצהריים והערב. עוד 45 מבוטחים מעשנים קיבלו טיפול לגמילה מעישון במרכז הפרטני הרב-מקצועי בסניף השל"ה בתל-אביב. המרכז הפרטני מציע שישה מפגשי טיפול בהשתתפות רופא ועובד סוציאלי לסירוגין במפגשים פרטניים ועוד אפשרות של מפגש עם דיאטנית ו/או עם יועץ פעילות גופנית. נוסף על פעילותה בקרב מבוטחי הקופה, מכבי שירותי בריאות היא שותפה פעילה בהפעלת קבוצות גמילה מעישון במקומות עבודה, כגון משטרת ישראל, מפעלי תעשייה ובתי חולים. הסדנאות בשנת 2013 התקיימו בפזור גיאוגרפי נרחב מקרית שמונה ועד אילת, ומשפרעם ונהריה עד דימונה וירוחם, ב-78 יישובים שונים, לרוב בתוך סניפי הקופה. התקיימו סדנאות ביישובים דוברי עברית וביישובים מעורבים, בתשעה יישובים ערביים ובארבעה יישובים חרדיים, וכל הסדנאות מתקיימות בהתאמה התרבותית הנדרשת. בסך הכול השתתפו 3.5% מאוכלוסיית המבוטחים המעשנים של מכבי שירותי בריאות בתכנית לגמילה מעישון. המידע המעודכן על אודות סדנאות מתוכננות וסדנאות פעילות זמין למבוטחים בסניפי מכבי, במוקד מכבי ללא הפסקה ובאתר האינטרנט של מכבי. בשנת 2013 הוכשרו 20 עובדי מכבי ממקצועות הבריאות והמנהל בקורס של 80 שעות כמנחי קבוצות גמילה מעישון. כל המסיימים עוסקים בתחום. כיום פעילים 200 מנחים פעילים לגמילה מעישון בשפות עברית, ערבית ורוסית, כמעט כולם הוכשרו במסגרת מכבי שירותי בריאות. מרבית היועצים הפרטניים של המרכז הטלפוני לגמילה מעישון עברו הכשרה כמנחי קבוצות ומנחים בפועל סדנאות גמילה מעישון. כל המנחים מקבלים דרך קבע תמיכה מקצועית והעשרה בתדירות של אחת לרבעון במסגרת מפגשים מחוזיים. היועצים במרכז הטלפוני מקבלים תמיכה קבועה במסגרת תמיכה קבוצתית לצוות המרכז.

תכנית הלימודים של כל קורס הכשרה של מנחי קבוצות לקידום בריאות (סוכרת, הכנה ללידה, קבוצות הורות צעירה ועוד) כוללת פרק על נזקי העישון ועל החשיבות של גמילה מעישון המיועד לאוכלוסיית היעד. כמו כן נושא העישון ונזקיו כלול בכל תכניות ההתערבות בנושא קידום בריאות ברמה הקבוצתית והפרטנית.

קופת חולים מאוחדת

במהלך שנת 2013 התקיימו בקופת חולים מאוחדת 180 קבוצות לגמילה מעישון, שכללו כ- 2,900 משתתפים.

את קבוצות הגמילה מעישון מנחים כ-90 מנחים מכל הארץ, מהצוות הרב-מקצועי ומכל המגזרים. נוסף על סדנאות בשפה העברית התקיימו גם סדנאות ברוסית וערבית, בהתאמה לצורכי המשתתפים, וקבוצות ייעודיות למגזר החרדי בהנחיית מנחים מהמגזר החרדי.

במהלך 2013 קיימה מאוחדת גם קבוצות גמילה מעישון במקומות עבודה.

במהלך שנת 2013 התקיימו שני קורסים ייעודיים להכשרה של מנחי גמילה מעישון בשיתוף עם אוניברסיטת בן-גוריון: קורס אחד למנחים מהצוותים הרב-מקצועיים, לרבות רופאים, אחיות, רוקחים, עובדות סוציאליות וביוטכנולוגיות רפואיות וקורס נוסף ייחודי למנחים מהמגזר החרדי בעלי תואר ראשון בעבודה סוציאלית או בפסיכולוגיה.

כמו כן התקיימו במהלך השנה הדרכות-על למנחים בכל המחוזות. במהלך העלו המשתתפים סוגיות מהעבודה בקבוצות וקיבלו עיבוד רגשי והכוונה בנוגע לדילמות שהציגו.

במהלך השנה התקיימו מפגשי העשרה לצוות הרב-מקצועי שעסקו בנושאי גמילה מעישון, שימוש מושכל בטיפול התרופתי לגמילה מעישון והדרך להעלאת המוטיבציה של המטופלים לעבור את תהליך הגמילה.

לאומית שירותי בריאות

במהלך שנת 2013 התקיימו בלאומית שירותי בריאות 219 סדנאות גמילה מעישון, והשתתפו בהן 2,390 לקוחות.

הסדנאות התקיימו בפריפריה הגאוגרפית והחברתית ובמגזרים השונים ב-121 נקודות שירות בהתאם לחלוקה שלהלן:

מחוז	כמות משתתפים
צפון	363
מרכז	1,118
ירושלים	198
דרום	711

זמני המתנה לסדנאות גמילה מעישון הן שבועיים עד חודש, ורוב הסדנאות נערכו במרכזים הרפואיים של הקופה בשעות הערב.

לאומית שירותי בריאות מחולקת ל-15 אזורים ובכל אזור יש כמה מרכזים רפואיים שבהם מתקיימות הסדנאות עד רדיוס של 30 ק"מ .

בלאומית פועלים 34 מנחים דוברי עברית, שמונה דוברי ערבית, ארבעה דוברי רוסית ולאחרונה נוספו שבעה מנחים חדשים מהמגזר הבדואי ומהמגזר החרדי.

נוסף על סדנאות הגמילה מעישון הופקו חומרי הסברה על אודות הסדנאות בשפות השונות - עברית, ערבית ורוסית, ובמהלך שנת 2013 הונגשו סדנאות רבות למגזר הערבי בשפת האם.

לאומית שירותי בריאות העבירה השנה גם סדנאות גמילה מעישון במסגרת מקומות עבודה, כגון עיריית ירושלים, נמל אשדוד ועוד.

צה"ל

בשנת 2013 התקיימו בצה"ל 16 סדנאות גמילה מעישון.

מדובר בירידה ביחס לשנת 2012, בה התקיימו 22 סדנאות, שנובעת עקב פרישתם משירות צבאי של ארבעה יועצים ותיקים.

בסדנאות הגמילה מעישון שהתקיימו בשנת 2013 השתתפו 255 משרתים, רובם בשירות קבע, וכן התקיימה סדנת פיילוט לחיילים ולקציני חובה בבסיס הטירונים "ניצנים", ובה השתתפו 33 משרתים. כל המשתתפים נגמלו בתום הסדנה. טרם נאספו נתוני מעקב כעבור שישה חודשים מסיום הסדנה.

בסך הכול סיימו את הסדנאות 241 משתתפים, מתוכם נגמלו בהצלחה בתום הסדנה 215 משתתפים.

סדנאות הגמילה התקיימו בעיקר במרכז הארץ במרחב צריפין. כמו כן הועברו שלוש סדנאות במרחב צפון (בבסיסים באזורי רמת הגולן ומפרץ חיפה) וכן שתי סדנאות בדרום: בבסיס טירונים "ניצנים" ובבסיס חיל הרפואה פיקוד דרום שבבאר שבע .

בשנת 2013 פעלו בצה"ל 15 מנחים, במהלך 2013 נפתחו שני קורסים להכשרת יועצי גמילה מעישון, שבהם הוכשרו 29 יועצים חדשים. היועצים החדשים עברו את המבחן בהצלחה ועתה נמצאים בשלב הצפייה בסדנאות.

בשנת 2013 התקיימו שתי השתלמויות מקצועיות למנחים, אחת בנושא ריאיון מוטיבציוני והאחרת בנושא הטיפול התרופתי.

בכל הקורסים של קציני הרפואה הסדירים המשתתפים עוברים כיום הכשרה להתערבות ראשונית בגמילה מעישון. בשנת 2013 התקיימה הכשרה בשני קורסים כאלו, ובסך הכול עברו את ההכשרה כ-20 רופאים.

החברה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון בישראל

החברה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון בישראל החלה את דרכה כעמותה ללא מטרות רווח בשנת 2006 ובשנת 2010 הוכרה כחברה רפואית בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י).

אחת המטרות העיקריות של החברה היא איגוד, פיתוח מקצועי וקידום פעילות העוסקים במניעה ובגמילה מעישון ומשימוש במוצרי טבק בקרב כלל אנשי מקצועות הבריאות. כיום החברה מאגדת יותר מ-350 אנשי מקצוע ממגוון מקצועות הבריאות - רפואה (התמחויות שונות כגון משפחה, בריאות הציבור, תעסוקתית, פסיכיאטריה, פנימית, ילדים, ריאות, קרדיולוגיה), סיעוד, קידום בריאות, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, תזונה קלינית ועוד, העוסקים במניעה ובגמילה מעישון, מקבלים עדכונים מקצועיים ומשתתפים בפעילויות שונות שהחברה יוזמת.

במהלך 2013 יזמה החברה וארגנה כנס מקצועי בנושא תהליכים פסיכולוגיים-התנהגותיים בגמילה מעישון. הכנס כלל מגוון הרצאות וסדנאות בנושא לרבות מודלים לשינוי התנהגות, דמיון מודרך ושימוש בסוגסטיית במהלך סדנה לגמילה מעישון.

ביולי 2013 התקיים מפגש למידה לחברי החברה בנושא "גמילה מעישון בקרב אנשים עם מחלות פסיכיאטריות". המפגש כלל הרצאת אורח מפי ד"ר דבורה סרברסקי, פסיכיאטרית מומחית להתמכרויות וגמילה מעישון מארגנטינה.

החברה ממשיכה בפעילות ענפה שמטרתה עידוד הקהילה הרפואית בארץ לבצע התערבות קצרה לגמילה מעישון בקרב מעשנים ופעילי החברה אף נשאו מספר רב של הרצאות בנושא זה במסגרת כנסים שונים ובמסגרות לימודיות שונות באוניברסיטאות ובקופות החולים.

החברה גם החלה להיות מעורבת באופן פעיל במאמצי החקיקה בכנסת ובפעילות יזומה לקידום חקיקה למניעת נזקים ולצמצום ממדי העישון בישראל. בין השאר השתתפו חברי ועד החברה בישיבות של ועדות בכנסת הנוגעות ליוזמות חקיקה שונות בנושא העישון.

כמו כן בשיתוף איגוד רופאי בריאות הציבור והלשכה המשפטית בהסתדרות הרפואית יזמה החברה הצעת חוק להרחבת איסור העישון במקומות ציבוריים שיכלול גם גני שעשועים לילדים וכן הרחבת איסור העישון בגני ילדים ("בית ילדים") לטווח של עשרה מטרים מהכניסה. הצעת חוק זו נמצאת כבר בשלבי חקיקה מתקדמים.

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 2003-2011 השתתפו בסך הכול 1,878 מעשנים ב-117 סדנאות שהתקיימו דרך המרכז, אך בעקבות כניסת הסדנאות לסל שירותי הבריאות בשנת 2010, הוחלט בסוף שנת 2011 לצמצם את פעילות המרכז בקיום סדנאות ולהתמקד רק בסדנאות באזורים פריפריאליים שבהם הקופות מתקשות לפתוח סדנאות למבוטחים עקב מספר קטן של משתתפים מכל קופה. בשנים 2012-2013 עזר המרכז לפתוח שלוש סדנאות לגמילה מעישון באילת, שבהן השתתפו 68 איש.

ככל מקצוע רפואי אחר, הנחיית קבוצות לגמילה מעישון היא תחום טיפולי הדורש ידע ומיומנות מקצועית ברמה גבוהה, ולכן 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.

במהלך שנת 2013 הסתיימו שלושה קורסים, והוכשרו בהם 48 מנחים (שניים בשיתוף קופת חולים מאוחדת ואחד בשיתוף בית חולים אברבנאל). יש לציין שאחד הקורסים שהתקיימו בשיתוף קופת חולים מאוחדת היה מיועד באופן ספציפי למנחים מהקהילה החרדית, על מנת לתת מענה מיטבי ומותאם לאוכלוסייה זו.

הקורס שנערך בבית חולים אברבנאל התקיים במסגרת פרויקט נרחב של בית החולים הפסיכיאטרי ליישום מדיניות של בית חולים נקי לחלוטין מעישון (ללא פינות עישון כלל לרבות איסור עישון גם בשטח הפתוח) החל מה-1 בינואר 2014. זהו בית החולים הפסיכיאטרי הראשון בארץ שנוקט מהלך זה.

במסגרת הקורס בבית החולים הוכשרו 14 מנחים מקרב סגל בית החולים, לתת מענה הולם למטופלים המעשנים המעוניינים בכך במהלך אשפוזם. זאת ועוד, המרכז באוניברסיטת בן-גוריון ערך כמה מפגשי למידה עם הצוותים הרפואיים בבית החולים במסגרת ההכנה לקראת הפיכת בית החולים לנקי מעישון. כמו כן המרכז מלווה מחקרית את הצלחת התהליך, והוא ביצע תצפית ומדידות PM2.5 באוויר (ריכוז החלקיקים בגודל 2.5 מיקרון באוויר מהווה מדד לחשיפה לעישון פסיבי) במחלקות השונות של בית החולים במהלך חודש דצמבר 2013, לפני הכרזתו כנקי מעישון. מדידות דומות יבוצעו במהלך 2014 כדי להעריך את יעילות התהליך.

נוסף על קורסים אלו המרכז מקפיד גם על קיום מפגשים תכופים למנחים שהוכשרו לשם עדכון, רענון הידע המקצועי והרחבת הידע. המפגשים נערכים אחת לחודשיים לערך.

בשנת 2012 פתח המרכז רשימת תפוצה אינטרנטית דרך הדוא"ל להעברת מידע ומענה מהירים בשאלות מקצועיות. הרשימה פתוחה לכל מנחה המעוניין בכך (ולא רק למי שהוכשרו דרך המרכז) והיא מהווה כלי יעיל וזמין לקבלת תשובות מקצועיות בנוגע למקרים פרטניים של נגמלים. יש לציין כי מנהלת המרכז חברה ברשימת תפוצה בין-לאומית (ATTUD) דומה המאפשרת להעביר מידע מקצועי ולקבל מענה על שאלות ממומחים בין-לאומיים בנושאים אלו. מספר החברים ברשת התפוצה הישראלית של המרכז עומד על כ-130 מנחים לגמילה מעישון. זאת ועוד, המרכז למניעה ולגמילה מעישון אמון על הכשרת סטודנטים בפקולטה למדעי הבריאות בכלל הנושאים הנוגעים לעישון. במהלך שנת 2013 התקיימו הרצאות בנוגע לנזקי עישון והתקיימה דרכת סטודנטים בנושא התערבות קצרה לגמילה מעישון בקרב סטודנטים לרפואה, לסיעוד (תואר ראשון ושני) ולרוקחות.

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, כמו בשנים קודמות, מסרו רק חברות הסיגריות הגדולות את הדיווחים כנדרש, ואילו חברות סיגריות אחרות, יבואני טבק לסיגריות ונרגילות, יבואני סיגרים ואחרים לא העבירו דיווחים כנדרש וכמתחייב על פי חוק.

יצרנים/יבואנים שלא העבירו את דיווחיהם כנדרש, עוברים על החוק וצפויים לקנס של עד 226,000 ₪, ולכפל הקנס כאשר מדובר בתאגיד.

טבלה 1: הוצאות של חברות הטבק על פרסומות, חסויות וקידום מכירות לשנת 2012

הוצאות (בש"ח) בשנת 2012				
סה"כ	קידום מכירות	מתן חסות	פרסומת ודיוור ישיר	
61,341,604	26,145,820	638,500	34,557,284	
+12%	+9%	+282%	+14%	% שינוי (בהשוואה ל-2011)

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

בהשוואה רב-שנתית

	פרסומת ודיוור ישיר	מתן חסות	קידום מכירות	סה"כ
2007	23,898,874	280,976	13,393,267	37,573,117
2008	32,179,471	1,023,530	16,657,204	49,860,205
(ביחס ל- 2007)	+34%	+364%	+24%	+32%
2009	20,054,160	58,539	17,021,573	37,134,272
(ביחס ל- 2008)	-38%	-94%	+2%	-25%
2010	30,894,42	212,068	20,354,291	51,460,780
(ביחס ל- 2009)	+54%	+362%	+19%	+38%
2011	30,321,964	226,088	24,048,457	54,596,509
(ביחס ל- 2010)	-2%	+6%	+18%	+6%
2012	34,557,284	638,500	26,145,820	61,341,604
(ביחס ל- 2011)	+14%	+282%	+9%	+12%

כפי שניתן לראות מהנתונים, חברות הסיגריות ממשיכות להעלות את היקף ההשקעה בהוצאות לפרסום, חסויות וקידום מכירות של מוצרי טבק וזאת בתגובה לפעילות משרד הבריאות לצמצום העישון ונזקיו ותוצאות פעילות זו, הבאה לידי ביטוי בין השאר בירידה בשיעור המעשנים, בירידה בהיקף צריכת הסיגריות הלאומית, בעלייה בהיקף הפניות לגמילה מעישון וביחס החברה לעישון בכלל ולעישון במקומות ציבוריים בפרט.

כדוגמה, נציין מסע פרסום ישראלי של חברת פיליפ מוריס למותג סיגריות ידוע, כחלק ממסע פרסום בין-לאומי למותג ובאמצעות שימוש באותם מרכיבים חזותיים ומסרים. מסע פרסום זה זכה לביקורות רבות בעולם. כמו כן פורסמה עבודת מחקר המוכיחה שמסע פרסום זה כוון במיוחד לצעירים. לאחרונה אף דווח שהוגשה תביעה נגד חברת פיליפ מוריס בעקבות מסע הפרסום הזה, בטענה שכוון לצעירים.

פרק ט: היבטים כלכליים של עישון טבק בישראל

פרק זה נועד להאיר היבטים שונים בתחום הכלכלי הנוגעים לעישון ולצריכת טבק בישראל. מקור המידע המרכזי המספק נתונים על צריכת הסיגריות הלאומית ועל הכנסות המדינה ממסים הוא פרק י"ב בדו"ח מנהל הכנסות המדינה, ובפרק זה ציטטנו במלואו את כל המידע הנוגע למסי קנייה מתוך דו"ח מנהל הכנסות המדינה. חלקו מתייחס לנתונים עד סוף שנת 2012 בלבד, וחלקו כולל נתונים גם על שנת 2013. נאספו נתונים והערכות גם ממנהל תכנון וכלכלה ברשות המסים ומאתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

על-פי ההערכות, עמדו הכנסות המדינה ממס קנייה על סיגריות בלבד בשנת 2013 על כ- 6,102 מלש"ח, מהם כ- 5,322 מלש"ח מיבוא וכ- 780 מלש"ח מייצור מקומי, ולסכום זה יש להוסיף עוד למעלה מ-100 מיליון ש"ח על מוצרי טבק אחרים כדוגמת טבק לגלגול וסיגרים.

טבלה: הכנסות המדינה ממסים על סיגריות בלבד, במיליוני ש"ח

שנה	מקומי	יבוא	סה"כ
2013	780	5,322	6,102
2012	744.7	4,578.9	5,400
2011	772.4	3,753.8	4,526.2

צפי תוספת ההכנסות ממסי טבק לשנה מלאה, בעקבות העלאת המס על מוצרי טבק ב-8 במאי 2013, היה 800 מיליון ש"ח אך בפועל התוספת הגיעה לכ-740 מיליון ש"ח בלבד. הפער נובע משתי תופעות מרכזיות; האחת היא ירידה בשיעורי העישון באוכלוסייה הכללית והאחרת היא מעבר של מעשנים רבים לצריכת טבק לגלגול עצמי של סיגריות, שהמיסוי עליו נמוך מהמיסוי המוטל על סיגריות.

מתוך דו"ח מנהל הכנסות המדינה ממיסים - פרק י"ב - מיסי קנייה – מוצרי טבק

סעיף זה מתייחס להכנסות ממס קניה על סיגריות ומוצרי טבק נוספים, כגון סיגרים, סיגרלות, טבק מעובד להכנת סיגריות, טבק למקטרת, לנרגילה ועוד.

צריכת סיגריות⁴

בשנת 2012 עמדה כמות הסיגריות הנצרכת בישראל על כ-400 מיליון חפיסות, ירידה של כ-4.4% לעומת שנת 2011.

צריכת חפיסות לנפש ירדה בכ-6.1% לעומת שנת 2011 ועמדה על כ-51 חפיסות (ראו לוח יב-5).

החל משנת 2000 חלה ירידה משמעותית בכמות של צריכת החפיסות לנפש, שעמדה בתחילת תקופה זו על כ-64 חפיסות.⁵ ניתן לשער שחלק מסוים מהירידה נובע מההגבלות המוטלות על מעשנים דרך חקיקה יחד עם העלאת שיעורי המס לאורך השנים והתייקרות משמעותית במחיר לצרכן.

בד בבד חל מעבר מצריכת סיגריות מתוצרת מקומית לצריכת סיגריות מיובאות (ראו גרף יב-2א'). בשנת 2000 עמד שיעור החפיסות מיצור מקומי מתוך סך כל החפיסות הנצרכות על כ-48%, ואילו בשנת 2012 שיעור זה עמד על כ-16% בלבד.

הכנסות המדינה ממס קניה על מוצרי טבק

הכנסות המדינה ממס קניה על מוצרי טבק הסתכמו בשנת 2012 בסך של 5.4 מיליארד ש"ח, עלייה ריאלית בשיעור של 7.6% לעומת שנת 2011. בניכוי שינויי חקיקה חלה עלייה ריאלית מתונה יותר בהכנסות בשיעור של 2.1% לעומת שנת 2011. 84% מההכנסות התקבלו בגין סיגריות מיובאות (ראו לוח יב-5).

נוסף על הכנסות אלה, הסתכמו הכנסות ממס על מוצרי טבק בשנת 2012 בכמיליון ש"ח (ראו לוח טו-5 בפרק טו).

⁴ בפרק זה ההתייחסות היא לצריכת סיגריות ששולם בגינה מס, והיא איננה כוללת צריכה מחנויות הדיוטי-פרי או צריכה שאינה מדווחת.

⁵ כאמור, ההתייחסות היא לצריכת סיגריות ששולם בגינה מס (ראו הערה 4).

לוח יב-5

צריכה והכנסות ממס קנייה על מוצרי טבק 2000-2012

שנה	צריכה - סיגריות				הכנסות מס קניה - טבק				שינוי ריאלי בגביה ¹
	ייצור מקומי	יבוא	סה"כ	סה"כ צריכה לנפש	ייצור מקומי סיגריות	יבוא סיגריות	יבוא טבק אחר ²	סה"כ ³	
(במיליוני חפיסות)	(במיליוני שקלים)			(בחפיסות)	(במיליוני שקלים)				(באחוזים)
2000	195	215	411	64	928	1,413	4	2,345	4.0
2001	190	242	433	68	900	1,595	4	2,499	5.4
2002	174	254	428	66	958	1,929	4	2,891	9.5
2003	156	263	419	63	992	2,130	8	3,130	7.5
2004	143	271	413	61	911	2,206	7	3,125	0.2
2005	118	283	400	58	851	2,484	9	3,343	5.6
2006	101	296	397	57	745	2,648	19	3,412	-0.1
2007	101	302	403	57	733	2,730	27	3,490	1.8
2008	96	318	413	57	728	2,894	29	3,651	0.0
2009	87	328	415	56	764	3,330	34	4,128	9.4
2010	83	333	415	55	819	3,821	40	4,680	10.4
2011	78	340	418	55	792	4,129	39	4,960	2.5
2012	64	336	400	51	787	4,579	63	5,429	7.6
שיעור שינוי (באחוזים)					שיעור שינוי ריאלי (באחוזים) ¹				
2011	-5.7	2.2	0.7	-1.2	-6.5	4.5		2.5	
2012	-18.5	-1.1	-4.4	-6.1	-2.3	9.0		7.6	
שיעור שינוי ריאלי בניכוי שינויי חקיקה (באחוזים)									
2011					-14.8	-3.1		-3.7	
2012					-8.5	2.4		2.1	

מקור: נתוני רשות המסים בישראל ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

הערות ללוח:

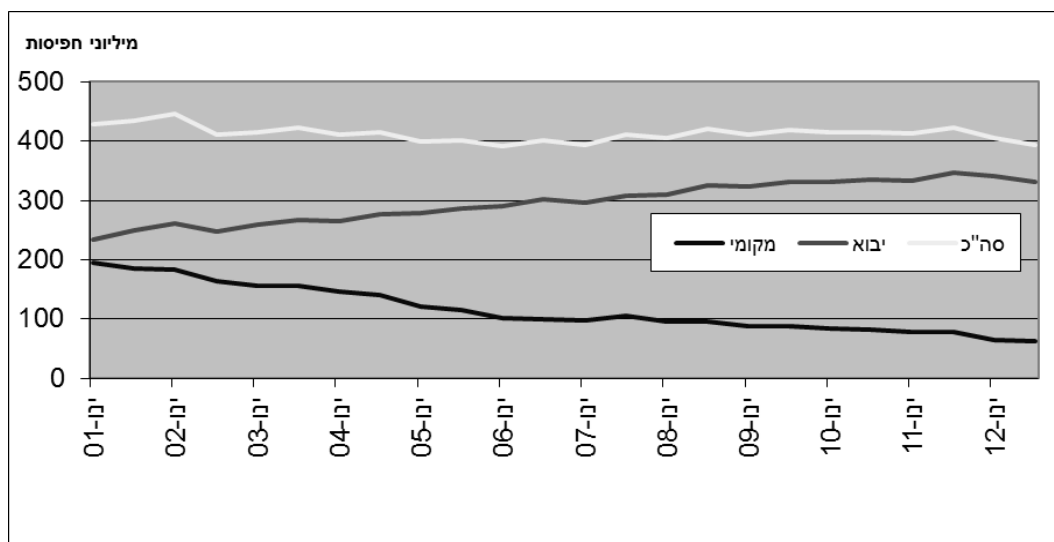
(1) בניכוי השינוי במדד המחירים לצרכן.

(2) בשנים 2000 ו-2001 מוצג אומדן.

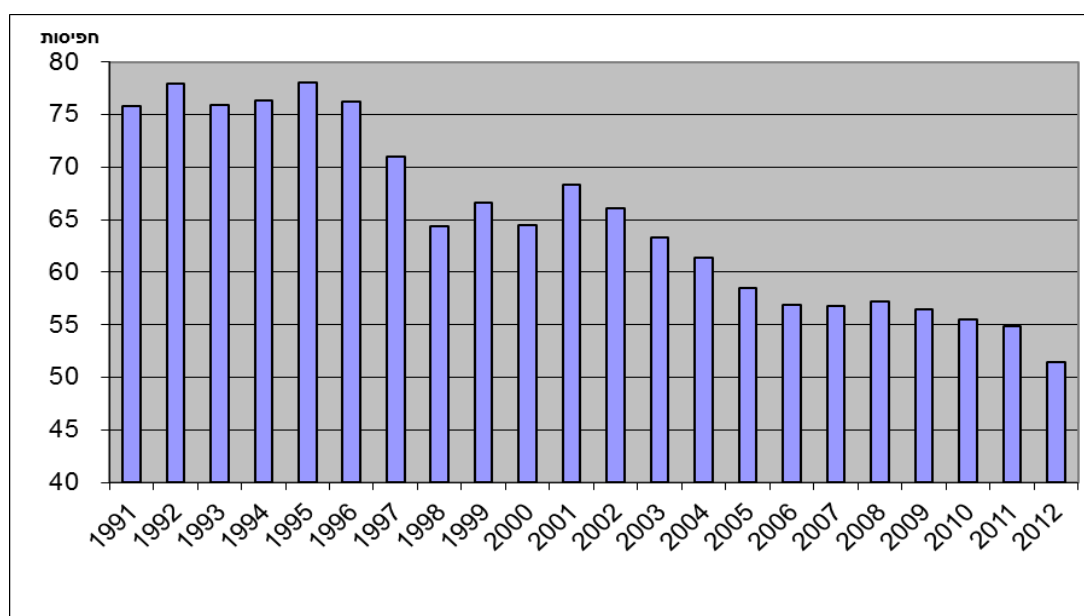
(3) למעט הכנסות מייצור מקומי של מוצרי טבק אחרים המוערכות במיליוני שקלים בודדים בשנה.

גרף יב-2

א. מכירת סיגריות מיבוא ומייצור מקומי 2012-2001
(מיליוני חפיסות, ממוצע נע של שישה חודשים במונחים שנתיים)



ב. צריכת סיגריות לנפש, 2012-1991
(חפיסות לנפש לשנה)



מקור: נתוני רשות המסים בישראל, הלמ"ס ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

שינויים בשיטת המיסוי ובשיעורי המס

סיגריות

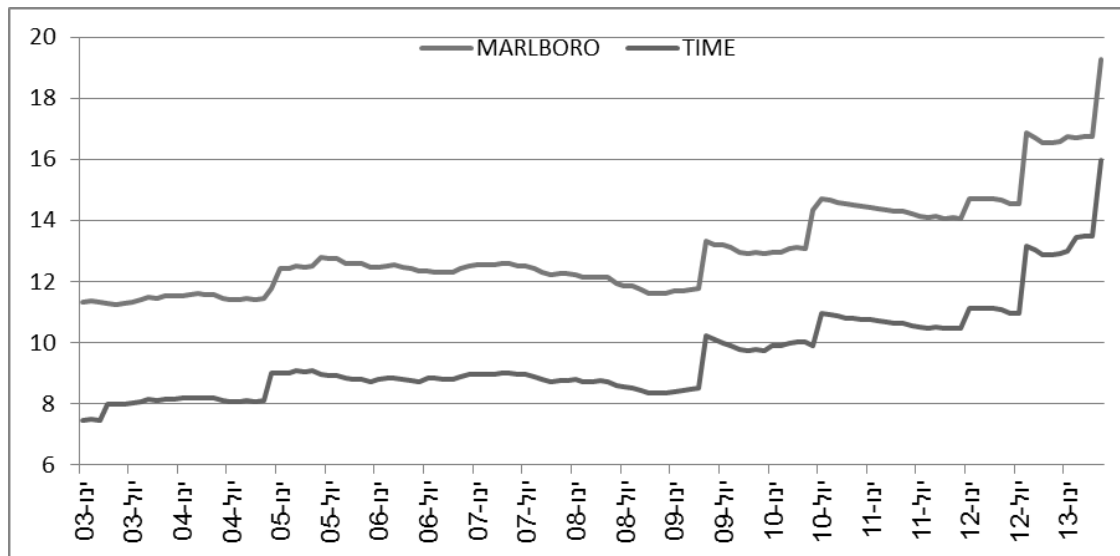
החל משנת 1995 מס קנייה על סיגריות מורכב ממס קצוב (לאלף סיגריות) וממס אחוזי. עד יוני 2009 המס האחוזי חושב מהמחיר לצרכן ללא מע"מ, ועקב בעיות באימות המחיר שונה בסיס המס למחיר הסיטוני. שינוי בסיס המס לא השפיע על היקף ההכנסות.

כפי שניתן לראות בלוח יב-6, חלו ארבע העלאות במיסוי סיגריות החל משנת 2009:

- באפריל 2009 (טרם שינוי בסיס המס) עלה המס משיעור של 49.5 ש"ח לאלף סיגריות בתוספת 62% מהמחיר לצרכן ללא מע"מ לשיעור של 62.5 ש"ח לאלף סיגריות בתוספת 63% מהמחיר לצרכן ללא מע"מ.
- ביולי 2010 (לאחר שינוי בסיס המס) עלה שיעור המס ל-214.5 ש"ח לאלף סיגריות בתוספת 260.6% מהמחיר הסיטוני. בגין העלאה זו התוספת להכנסות נאמדה בכ-700 מיליון ש"ח, בשנה מלאה.
- ביולי 2012 עלה שיעור המס ל-274.5 ש"ח לאלף סיגריות (עודכן ל-278.46 ש"ח בינואר 2013) ובתוספת 278.6% מהמחיר הסיטוני. תוספת ההכנסות נאמדה בכ-800 מיליון ש"ח בשנה מלאה.
- במאי 2013 עלה שיעור המס ל-391.5 ש"ח לאלף סיגריות בתוספת 270% מהמחיר הסיטוני. כמו כן הועלה המס המינימלי לחפיסת סיגריות מ-12.17 ש"ח ל-15 ש"ח לחפיסה. תוספת ההכנסות נאמדה בכ-800 מיליון ש"ח בשנה מלאה.

גרף יב-3 מציג את גובה מס הקנייה הכולל (אחוזי וקצוב) בש"ח במחירים קבועים עבור מותג מיובא (MARLBORO) ועבור מותג מייצור מקומי (TIME). ניתן לראות כי במחירי ינואר 2013 סך מס הקנייה ששולם בגין חפיסת MARLBORO עלה מכ-11.3 ש"ח בינואר 2003 לכ-19.0 ש"ח במאי 2013 לאחר ההעלאה האחרונה במס הקנייה. בתקופה זו סך מס הקנייה ששולם בגין חפיסת סיגריות מסוג TIME עלה מכ-7.5 ש"ח לכ-16.7 ש"ח לחפיסה. נוסף על כך, החל מאפריל 2013 כל נכנס לישראל מגיל 18 ומעלה רשאי להכניס כמות סיגריות שאינה עולה על 200 סיגריות ("פאקט" אחד) לעומת 400 סיגריות עד כה. התוספת להכנסות בגין שינוי זה נאמדת בכ-150 מיליון ש"ח בשנה מלאה.

מס קנייה כולל על סיגריות מסוג MARLBORO ו-TIME בש"ח לחפיסה
(במחירי ינואר 2013)



מקור: רשות המסים בישראל ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

מוצרי טבק אחרים

קבוצה זו כוללת, כאמור, סיגרים, סיגריות, טבק מעובד להכנת סיגריות, טבק למקטרת ולנרגילה.

עד שנת 2011 קבוצה זו תרמה כ-1% מההכנסות ממס קנייה על טבק, ואולי משום כך נטל המס שהוטל עליה היה נמוך יחסית לנטל המס על סיגריות, והוא אף נשחק עם הזמן, שכן המס הקצוב לא עודכן על-פי העלייה במדד המחירים לצרכן.

בחודש דצמבר 2011 מתוך הכרה בנזקי העישון על כל צורותיו הוחלט להעלות את שיעור המס על טבק למקטרת ולנרגילה, כך שיתאים למס שחל על טבק לסיגריות, מ-50 ש"ח לק"ג ל-279.5 ש"ח לק"ג. ההעלאה החדה לא קיבלה את אישורה של ועדת הכספים, ועל כן בפברואר 2012 הורד שיעור המס על טבק למקטרת ולנרגילה ל-115 ש"ח לק"ג, והחל מתווה הדרגתי להשוואת המיסוי. במסגרת מתווה זה שיעור המס על טבק למקטרת ולנרגילה עלה ל-187.16 ש"ח לק"ג בינואר 2013, ל-243.46 ש"ח לק"ג בינואר 2014, והוא יעלה עד ל-290.82 ש"ח לק"ג ב-2015.

כמו כן, המיסוי על טבק לסיגריות עלה מ-286.7 ש"ח לק"ג בינואר 2012 ל-450 ש"ח לק"ג במאי 2013. נוסף על כך, שיעור המס על סיגרים ועל סיגריות עלה מ-54% מהמחיר הסיטוני אך לא פחות מ-40 ש"ח לק"ג ב-2011 עד ל-90% מהמחיר הסיטוני אך לא פחות מ-71 ש"ח לק"ג במאי 2013 (ראו לוח יב-7).

אומדן התוספת המצטברת להכנסות בגין שינויים אלה מוערך בכ-170 מיליון ש"ח בתום שלוש שנים (עד שנת 2015) ונוסף על כך, שיעורי המס הקצוב מעודכנים מעתה בכל שנה בהתאם לשינויים במדד המחירים לצרכן.

לוח יב-6

שינויים בשיעורי מס קנייה על סיגריות בשנים 1995-2013

אך לא פחות (בש"ח לאלף סיגריות)	מס הקנייה מהמחיר הסיטוני ¹		מס הקנייה מהמחיר לצרכן (ללא מע"מ)		מהות השינוי	תאריך
	מס קצוב (בש"ח לאלף סיגריות)	מס אחוזי	מס קצוב (בש"ח לאלף סיגריות)	מס אחוזי		
			37.5	53	העלאה	1995
			41.42	53	העלאה	9.1996
			43.75	55	העלאה	12.1996
			55.1	58	העלאה	25.4.2002
250.0			62.5	59	העלאה	12.12.2004
310.0			49.49	62	העלאה	8.6.2005
400.0			62.5	63	העלאה	30.4.2009
400.0	203.5	225.7			שינוי שיטה	1.6.2009
400.0	194.0	231.7			שינוי תמהיל	1.7.2009
475.0	214.5	260.6			העלאה	6.7.2010
600.0	274.5	278.6			העלאה	26.7.2012
750.0	391.5	270.0			העלאה	7.5.2013

מקור: תעריף המכס ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

הערות ללוח:

(1) לרבות ביבוא, על פי הצהרת היבואן.

שינויים בשיעורי מס קנייה על מוצרי טבק אחרים 2012-2015

תאריך	מהות השינוי	טבק לסיגריות (ש"ח לק"ג)	טבק למקטרת/ לנרגילה (ש"ח לק"ג)	סיגרים, צ'רוטים וסיגריות	
				מס אחוזי	אך לא פחות (ש"ח לק"ג)
01/01/2009	עדכון מחירים	263.27	50.00	54.00	40.00
01/01/2010	עדכון מחירים	273.32	50.00	54.00	40.00
01/01/2011	עדכון מחירים	279.56	50.00	54.00	40.00
13/12/2011	העלאה	279.56	279.56	65.00	50.00
01/01/2012	עדכון מחירים	286.69	286.69	65.00	51.28
13/02/2012	הורדה ¹	286.69	115.00	65.00	51.28
26/07/2012	העלאה	286.69	115.00	75.00	59.00
01/01/2013	העלאה	290.82	187.67	75.00	59.85
08/05/2013	העלאה	450.00	187.67	90.00	71.00
² 01/01/2014	העלאה	450.00	243.46	90.00	71.00
² 01/01/2015	העלאה	450.00	290.82	90.00	71.00

מקור: תעריף המכס ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

הערות ללוח:

(1) מיתון מתווה העלאה שהוכנס בתאריך 13/12/11.

(2) במחירי 2013.

השוואות בין-לאומיות

שיטת המיסוי של סיגריות, המורכבת ממס אחוזי וממס קצוב, נהוגה לא רק בישראל, אלא גם במדינות האיחוד האירופי, וחלקי התמהיל שלה משתנים ממדינה למדינה. במהלך שנת 2012 ובתחילת שנת 2013 צמצמו כמה מדינות (אירלנד, הולנד, גרמניה, צרפת, ופורטוגל) את החלק האחוזי בתמהיל והעלו את החלק הקצוב. לדוגמה, אירלנד צמצמה את המס האחוזי משיעור של כ-18.03% לשיעור של כ-8.83% מהמחיר לצרכן כולל מע"מ, בעוד החלק הקצוב הועלה משיעור של 192.44 אירו לאלף סיגריות לשיעור של 237.69 אירו לאלף סיגריות.

מס קצוב מביא להפנמה נכונה של השפעות חיצוניות שליליות הנובעות מהעישון, כיוון שהשפעות אלו נגרמות ללא קשר למחיר הסיגריות. עם זאת, הטלת מס קצוב היא רגרסיבית יותר מכיוון שהיא מוזילה באופן יחסי סיגריות יקרות לעומת סיגריות זולות יותר.

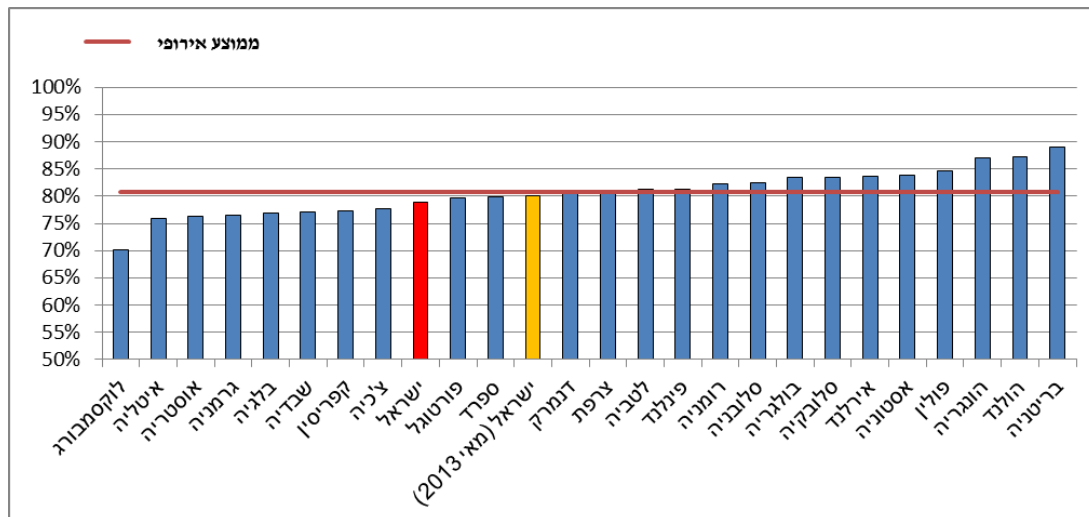
בתאריך 1 בינואר 2013 עמד אחוז המסים מהמחיר לצרכן בישראל על-פי מחיר WAP⁶ על כ-78.97% (ראו לוח יב-7). שיעור זה נמוך מהשיעור המקביל בקרב מרבית המדינות באיחוד האירופי ואף מן הממוצע האירופי (לפי 24 מתוך 27 מדינות⁷) העומד על כ-80.77%. גם אחרי

⁶ Weighted Average Price - אומדן מחיר משוקלל על-פי כמויות יבוא וייצור מקומי לסיגריות מסוג TIME ולסיגריות מסוג MARLBORO.

⁷ ההשוואה נערכה מול 24 מתוך 27 מדינות האיחוד האירופי. אין בידינו נתונים לגבי המדינות יוון, ליטא ומלטה.

ההעלאה במס קנייה על סיגריות במאי 2013 השיעור בישראל, כ-80.13%⁸, נותר נמוך במעט מהממוצע האירופי.

גרף יב-4
שיעור מס הקנייה האפקטיבי על סיגריות בישראל ובמדינות האיחוד האירופי¹ בתאריך ה-1
בינואר 2013
(כאחוז מהמחיר לצרכן²)



מקור: נציבות האיחוד האירופי ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.
הערות ללוח:

- (1) השוואה מול 24 מתוך 27 מדינות האיחוד האירופי.
- (2) החישוב לפי מחיר WAP.

⁸ לפי מחיר WAP המבוסס על אומדן יבוא וייצור מקומי של סיגריות במאי 2013.

לוח יב-8

גובה מס קנייה על אלף סיגריות במדינות שונות בתאריך ה-1 בינואר 2013

שם המדינה	מבנה מס הקנייה		שיעור המס מהמחיר לצרכן ²
	מס אחוזי ¹	מס קצוב באירו	
ארצות הברית ³	-	257.95	-
ארצות הברית ⁴	-	89.03	-
ממוצע אירופי	80.77%
בלגיה	50.31%	21.89	76.84%
בולגריה	23.00%	51.64	83.48%
צ'כיה	28.00%	45.02	77.69%
דנמרק	1.00%	156.46	80.61%
גרמניה	21.80%	94.40	76.44%
אסטוניה	33.00%	45.00	83.89%
ספרד	53.10%	19.10	79.92%
צרפת	51.75%	38.13	80.64%
אירלנד	8.83%	237.69	83.65%
איטליה	54.35%	8.90	75.88%
קפריסין	34.00%	55.00	77.38%
לטביה	34.00%	35.91	81.28%
לוקסמבורג	48.09%	17.25	70.12%
הונגריה	31.00%	43.84	87.01%
הולנד	3.13%	167.84	87.15%
אוסטריה	42.00%	35.00	76.40%
פולין	31.41%	45.79	84.61%
פורטוגל	20.00%	79.39	79.76%
רומניה	20.00%	53.18	82.34%
סלובניה	24.55%	60.79	82.43%
סלובקיה	23.00%	59.50	83.48%
פינלנד	12.29%	22.50	81.35%
שוודיה	1.00%	166.41	77.06%
בריטניה	16.50%	209.71	88.97%
ישראל	278.60%	56.03	78.97%

מקור: נציבות האיחוד האירופי ועיבודי מינהל הכנסות המדינה.

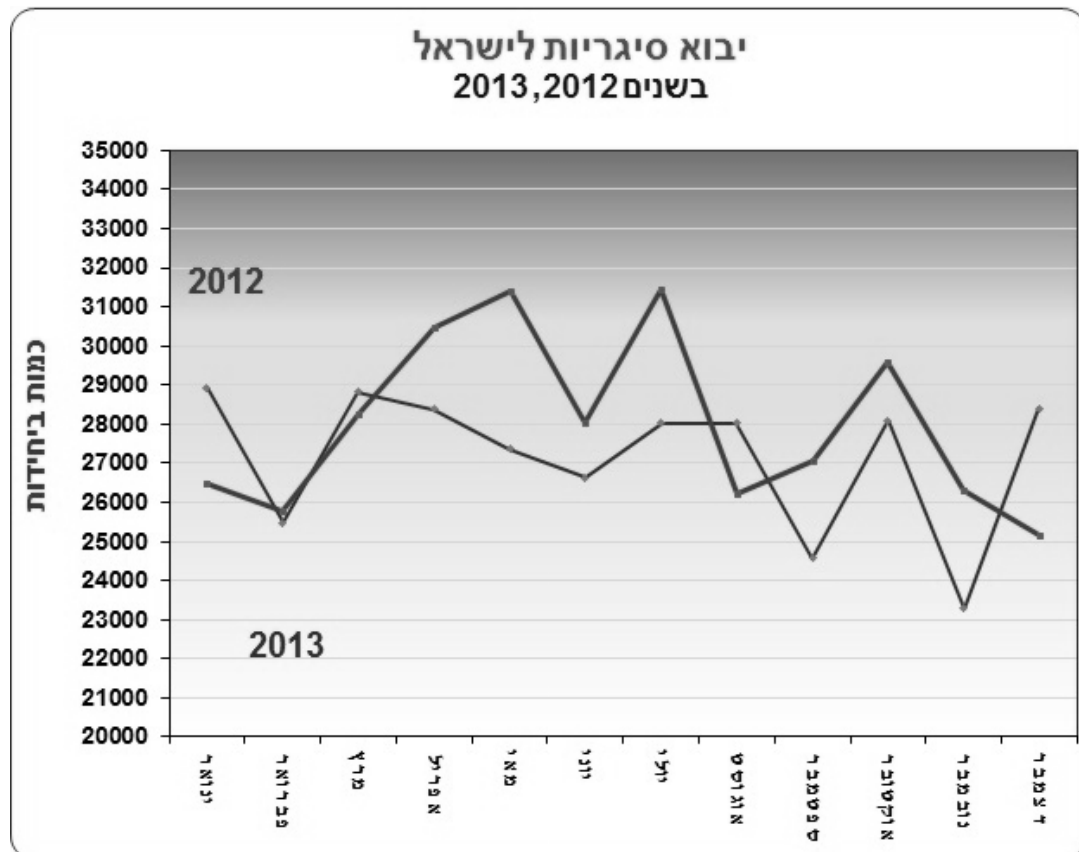
הערות ללוח:

- (1) באירופה מהמחיר לצרכן כולל מע"מ ובישראל מהמחיר הסיטוני.
- (2) החישוב של סך המסים כולל מע"מ ולפי מחיר משוקלל של חפיסה.
- (3) כולל מס פדרלי, מדינתי ועירוני על פי שיעור המס הנהוג בעיר ניו יורק. לפי שער חליפין של 1.33 דולר לאירו.
- (4) כולל מס פדרלי ומדינתי בלבד, על פי שיעור ממוצע המדינות. לפי שער חליפין של 1.33 דולר לאירו.

ב-25 בפברואר 2014 פורסמה בעיתון "גלובס" כתבה של אילנית חיות תחת הכותרת: "בגלל המס: מכירות הסיגריות צנחו אשתקד ב-11%". בכתבה זו מצוטטים נתונים מ"סטורנקסט", חברת מחקר המספקת שירותי מידע בענף הקמעונאות ולפיהם למרות הירידה החדה בצריכה הריאלית המכירות הכספיות עלו אשתקד ב-6.3% והגיעו ל-7.54 מיליארד ש"ח.

אמנם כ-80% מסכום זה נכנסים כמסים לקופת המדינה, אך בסך הכול זוהי הוצאה גדולה מאוד מתקציב משקי הבית. סביר להניח שבמשקי בית שבהם נגמלו מעישון, עדיין מוציאים את אותו הסכום או סכום דומה מהתקציב המשפחתי לטובת צריכה, אך על מגוון מוצרים ושירותים התורמים להנעת הכלכלה בכלל ולמשק הבית בפרט, כגון חינוך, בריאות או שירותים שונים, בניגוד להוצאה על צריכת מוצרי טבק.

תרשים 1: יבוא סיגריות לישראל 2012, 2013



בעוד העלייה בהכנסות המדינה מיוחסת, כמובן, לעלייה בשיעורי המס על סיגריות, את הירידה בכמות הסיגריות יש לייחס להשפעת התכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקי, 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

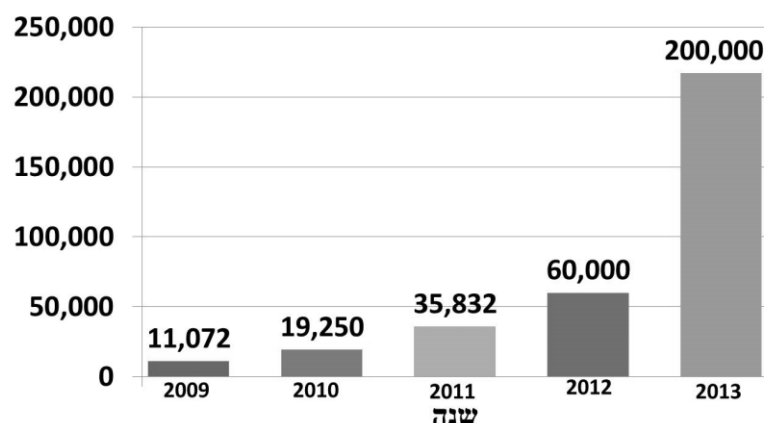
מהניסיון המצטבר בעולם, אחת מדרכי ההתמודדות של מעשנים עם העלאה של מחירי הסיגריות, נוסף על האפשרות הטובה והנבונה ביותר - גמילה מעישון, היא מציאת חלופות זולות יותר, בין היתר מעבר למותגי סיגריות זולים יותר או מעבר לגלגול עצמי של סיגריות. גלגול עצמי של סיגריות מחייב מיומנות טכנית מסוימת לצורך הרכבת הסיגריה מהמרכיבים השונים – נייר לגלגול, פילטר וטבק לגלגול עצמי. לעומת שליפת סיגריה "תעשייתית" מהחפיסה ועישונה, סיגריה לגלגול עצמי מחייבת תשומת לב בהכנתה ואינה מאפשרת התעסקות אחרת בו-זמנית. אחת המשמעויות של היבט טכני זה היא היעדר האפשרות לגלגל סיגריה בזמן נהיגה.

מאחר שכמות הטבק בסיגריה רגילה היא כ-0.8 גרם, ובסיגריה לגלגול עצמי כמות הטבק היא כ-0.45 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". אכן מהנתונים של השנים האחרונות עולה, כצפוי, כי גם חלק מציבור המעשנים בישראל אימץ פתרונות אלו.

מבחינה של נתח השוק של מותגי סיגריות שונים עולה כי בנתח השוק של מותגי הסיגריות הזולים חלה בסך הכול עלייה וכן חלה עלייה 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

יבוא טבק לגלגול עצמי (ק"ג)



מקור: נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ורשות המיסים

כל עוד ישנן חלופות זולות, בין מותגי סיגריות זולים ובין 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.

כאמור לעיל, ב-8 במאי 2013, חתם שר האוצר על צו תיקון לצו תעריף המכס ומס הקנייה, ולפיו יועלה המס המוטל על סיגריות, על טבק לגלגול עצמי, על סיגרים ועל סיגריות. 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 ש"ח לאלף סיגריות ל-391.5 ש"ח לאלף סיגריות. כמו כן נקבע כי המס המינימלי לחפיסת סיגריות יועלה מ-12.17 ש"ח ל-15 ש"ח 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 ש"ח לכל חפיסת סיגריות, ולמעשה היא מעלה את מחיר מותגי הסיגריות הזולות אל מעל לסף ה-20 ש"ח לחפיסה ואת מחיר מותגי הסיגריות היקרות אל מעל לסף ה-30 ש"ח לחפיסה.

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

נוסף על העלאת המס על סיגריות הועלה גם המס על טבק לגלגול עצמי של סיגריות מ-290.82 ש"ח לקילוגרם ל-450 ש"ח לקילוגרם, ועקב כך מרכיב המס במחיר שקית טבק סטנדרטית במשקל 50 גרם עלה מ-14.5 ש"ח ל-22.5 ש"ח. כמו כן הוטל מס בסכום של 159.18 ש"ח לק"ג על מלאי של הטבק לגלגול עצמי של סיגריות. ואולם למרות העלאה זו עדיין טבק לגלגול מהווה חלופה זולה יותר לסיגריות, ולכן גם ניתן לראות גידול של כ-330% בכמות הטבק לגלגול שיובאה במהלך 2013 לעומת ירידה ביבוא הסיגריות.

המשמעות של פער זה במיסוי עקב מעבר לחלופת עישון זולה מהווה פגיעה כפולה; הן אובדן הכנסות למדינה ממיסוי והן פגיעה במימוש הפוטנציאל של מדיניות המיסוי ככלי לצמצום העישון על-ידי עידוד לגמילה מעישון והפחתה של התחלת עישון והתנסות בעישון בקרב צעירים.

עם זאת, חשוב להדגיש כי במסגרת אישור תקציב המדינה והתכנית הכלכלית הוחלט להעלות את המס על טבק לגלגול עצמי מרמתו כיום העומדת על 450 ש"ח לק"ג לרמה של 800 ש"ח לק"ג, העלאה של 80%, אך יישום צעד זה דורש הוצאת צו של שר האוצר וצעד זה טרם בוצע עד למועד פרסום דו"ח זה.

בחודש יוני 2013 חלה העלאה של 1% בגובה המע"מ, שגרמה לייקור נוסף של מחירי הסיגריות. כמו כן ההצמדה למדד בינואר 2014 הובילה להעלאה נוספת של 30 אגורות במחירן. העלאות אלו לא בהכרח מגולגלות לצרכן, ולעתים חברות הטבק סופגות את ההעלאה ולא מעלות מידית את המחיר לצרכן.

כמו כן בדצמבר 2013 העלו מיוזמתן שתי חברות הסיגריות הגדולות בישראל, פיליפ מוריס וגלוברנדס, את מחירי הסיגריות בכ-1 ש"ח, ואילו חברת דובק דווקא הורידה את מחירם של כמה מותגי סיגריות בשקלים אחדים.

מיסוי על טבק והשפעתו על עשירונים שונים באוכלוסייה

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

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

מעיבודים שביצע מרכז המחקר והמידע של הכנסת לנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על הוצאות חודשיות של משקי בית, במסגרת סקירה שנעשתה עבור וועדת הכלכלה ("איסור הפרסום הגורף של מוצרי טבק והשפעותיו הכלכליות על העיתונות" מה-17 באוקטובר 2013), עולה כי ב-2011 חלה ירידה ריאלית של כ-3.5% בהוצאה הממוצעת של משק בית על צריכת מוצרי טבק.

לוח 1 – הוצאה חודשית של משקי בית, לפי חמישוני הכנסה, על רכישת מוצרי טבק (ש"ח, במחירי 2011)¹⁴

שנה	ממוצע	חמישון 1	חמישון 2	חמישון 3	חמישון 4	חמישון 5
2005	124.9	166.9	140.1	118.5	115.0	84.1
2011	120.5	150.1	126.1	126.6	118.8	80.6
שינוי	-3.5%	-10.1%	-10.0%	6.9%	3.3%	-4.2%

ההוצאות של משק בית מחמישון ההכנסה התחתון על מוצרי עישון היא הגבוהה ביותר ועומדת על כ-150.1 ש"ח לחודש, אך דווקא בשני החמישונים התחתונים חלה הירידה החדה ביותר בהוצאה על מוצרי עישון בשנים אלו, בעוד בחמישונים השלישי והרביעי ההוצאה עלתה. בבדיקת נתונים של הוצאות משקי הבית על מוצרי עישון בשנת 2012 שפורסמו לאחרונה על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עולה כי ממוצע ההוצאות על מוצרי עישון עלה לכ-124.3 ש"ח (בהתאמה למדד המחירים), אך עדיין הוא נמוך מההוצאה הממוצעת בשנת 2005. כשמביאים בחשבון את העליות במחירי הטבק בשנים אלו, נתון מעודד זה מצביע על המשך הירידה בצריכה.

אחת התובנות המרכזיות שעולות מהנתונים היא שעיקר המרוויחים ממדיניות המיסוי של מוצרי הטבק, המעלה את המס על מוצרי הטבק, הם דווקא ובעיקר החמישונים התחתונים. נתון זה גם מופיע בספרות העולמית לגבי רגישותם הרבה יותר למחיר של השייכים למעמד סוציואקונומי נמוך, כגון חמישונים תחתונים, וכן בני נוער.

מכירת סיגריות בחנויות דיוטי פרי

עישון של מוצרי טבק גורם נזק בריאותי למעשן ולסובבים אותו הנחשפים לעישון כפוי. מאחר שמיסוי של מוצרי הטבק נועד להפנים את ההשלכות החיצוניות השליליות של העישון, אין סיבה ולא הגיוני 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. כך גם בניו זילנד, 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 (פאקטים) של סיגריות, שהן כ-13 מיליון חפיסות (הצריכה הלאומית השנתית בישראל היא כ-400 מיליון חפיסות).

רובן המוחלט של הסיגריות שנקנות בחנות הדיוטי פרי בנמל התעופה בן-גוריון, מועברות דרך הסדר "פטור ושמור" ונמסרות לקונים עם חזרתם לארץ. הסדר 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 היצאה ועל סמך הצגת דרכון.

בתאריך ה-14 במאי 2012 אישרה ועדת הכספים צווים של שר האוצר בנושאי מיסוי של 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 ניתן רק למי שגילו מעל ל-18 שנה, והפטור צומצם משני פאקטים (400 סיגריות) לפאקט אחד בלבד (200 סיגריות) החל מה-1 באפריל 2013.

זאת ועוד, כחלק מסדרת העלאות מס שנקבעו בצו הועלה המס על טבק לנרגילה ב-130% באופן מידי מ-50 ש"ח לק"ג ל-115 ש"ח לק"ג. בינואר 2013 הועלה המס ל-185 ש"ח לק"ג,

בינואר 2014 הועלה המס ל-243 ש"ח לק"ג, ובתחילת שנת 2015 יגיע המס לכ-290 ש"ח לק"ג.

בפועל, משמעות ההעלאה היא שמחיר של חפיסת טבק לנרגילה קפץ מכ-10 ש"ח לחפיסה של 60 גרם למחיר של כ-35 ש"ח כיום, ובשנת 2015 המחיר יגיע לכ-45 ש"ח לחפיסה ואף יותר. 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 ש"ח.

מקורות

- דו"ח 2013 של מנהל הכנסות המדינה ממיסים, פרק י"ב, מיסי קנייה.
- דו"חות על נתוני ייבוא מוצרי צריכה והשקעה, המחלקה לתכנון וכלכלה, רשות המיסים.
- אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- "בחינת נטל המס לפי עשירוני הכנסה", אילנית בר, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, יולי 2011.
- עיתון "גלובס", כתבה של אילנית חיות מה-25.2.2014: "בגלל המס: מכירות הסיגריות צנחו אשתקד ב-11%".

פרק י: מחקרים חדשים מישראל

בפרק זה מובאים מחקרים או סקרים חדשים שנעשו בישראל ובחנו נושאים שונים הקשורים לעישון בישראל.

השנה מובאים בפרק זה ארבעה מחקרים, סקר וסקירה כללית.

1. המחקר המעריך את התחלואה והתמותה הנגרמת מעישון ועישון כפוי ועלותה למשק הישראלי.

2. סקירה כללית על נזקי העישון

3. מחקר הממפה בקרב גברים ערבים את שלבי השינוי בהקשר למוכנותם להפסיק לעשן ובודק את הקשר בין קבלת עצה מרופא להשתמש בטכנולוגיות החדשות לגמילה מעישון לבין שלבי השינוי להפסקת עישון.

4. מחקר המזהה גורמים ואמצעים שיוכלו לסייע לגברים ערבים בהפסקת עישון, זאת לפי דעתם של גברים ערבים מעשנים באמצעות שיטת ה- Concept mapping.

5. מחקר הבודק את הקשר בין חשיפה לעישון כפוי לבין תחלואה במחלת לב כלילית חדה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.

6. פרק בנושא העישון והחשיפה לעישון כפוי בקרב אימהות וילדיהן כחלק מסקר מב"ת לרך 2009-2012

The Burden of Smoking in Israel – Mortality and Resources (2014).

Gary M. Ginsberg^{1*}

* Corresponding author

Email: gary.ginsberg@moh.health.gov.il

Haim Geva²

Email: geva.haim@gmail.com

¹ Medical Technology Assessment Sector, Ministry of Health, Jerusalem, Israel

² Department of Health Promotion, Ministry of Health, Jerusalem, Israel.

Abstract

Background

Tobacco use is the single most preventable cause of death, with huge attendant resource costs in terms of treating morbidity and lost productivity. This paper estimates smoking attributable mortality (SAM) as health costs in 2014 in Israel.

Methods

Longitudinal data on prevalence of smokers and ex-smokers were combined with diagnostic and gender specific data on Relative Risks (RR) to gender and disease specific population attributable risks (PAR). PAR was then applied to mortality and hospitalization data from 2011, adjusted by population growth to 2014 to calculate SAM and hospitalization days (SHD) caused by active smoking. These were used as a base for calculating deaths and hospital days attributable to passive smoking, smoking by pregnant women and from residential fires caused by cigarettes. Costs estimates of out-of hospital care and productivity losses were based on extrapolations from international literature.

Results

The lagged model estimated active SAM in Israel in 2014 to be 7,247 deaths. Cardio-vascular causes accounted for 47.3% of SAM, malignant neoplasms (36.9%) and respiratory diseases (15.0%). Lung cancer alone accounted for 23.2% of SAM. There were an estimated 818, 18 and 12 deaths from passive smoking, mothers-to-be smoking and residential fires. Total SAM is around 8,095 deaths in 2014.

There were an estimated 331,365 active SAHD days (Table 3). Respiratory care accounted for around one-half of active SAHD (48.6%). Cardio-Vascular causes accounted for 33.0% and malignant neoplasms (12.9%) of which lung cancer

accounted for only 4.4%. Total SAHD was around 370,156 days including 37,419 days from passive smoking. Estimated direct acute care costs of 370,156 days in a general hospital amount to around 881 million NIS. An additional 861 million NIS is estimated for out-of hospital costs including ambulatory care, emergency room visits, out- patient visits and rehabilitation. The total health service costs are therefore 1,742 million NIS (0.2% of GNP). Productivity losses account for a further 1,981 million NIS, giving an overall smoking related cost of 3,723 million NIS (0.43% of GNP).

Discussion

Smoking remains a huge preventable risk factor accounting for approx. 8,095 deaths in Israel, using 3,723 million of resources, 0.43 % of GNP.

Keywords: Mortality, Smoking, Smoking Attributable Mortality, Relative Risk. Costs.

The Burden of Smoking in Israel – Mortality and Resources (2014).

Background

Tobacco use is the single most preventable cause of death [1], associated with more than five million deaths annually worldwide [2]. So reducing the burden of disease from smoking is obviously of paramount importance in the field of public health.

In Israel, population 8,134,000 in January 2014 [3], smoking prevalence among Jews has declined over the period 1980-1997-2010 from 45.0%-32.4%-23.9% among males and from 30.9%-25.0%-16.0% among females [4]. Amongst the non-Jewish population the decline has been far less over the period 1997-2010 from 46.9% to 43.4% among males, with a slight rise from 5.5% to 6.5% among females.

In Israel, the first estimate of smoking attributable mortality (SAM) was made for the 2001 National Gillon Commission to decrease damage from smoking [5]. This estimated 9,527 deaths from active smoking in 1999 and a further 1,385 deaths from passive or enforced smoking by fetuses, children, spouses and workmates. These estimates assumed a nine year lag period for each diagnosis, ignored elevated risks in ex-smokers and did not use age-specific risk categories.

An improved SAM estimate of 8,664 deaths attributable to active smoking in 2003 was published [6], based on the expansion of categories in the US Centres for Disease Control [7] on-line user-friendly computational program, called SAMMEC (Smoking Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs). This estimate was based on

- a) SAMMECs diagnosis list [7] which in turn was based on the 2004 US Surgeon General's Report [8].
- b) The enormous body of US and international literature on health risks due to tobacco use, which includes major studies [9] and compendiums of studies [10]. This was in order to correct for omitted diagnoses in the SAMMEC list such as diabetes which had subsequently been proven to be smoking-related [11].

More importantly, the estimates corrected for the fact that the standard SAMMEC approach did not consider the latency period that occurs between exposure to the risk factor (tobacco) and tobacco-induced mortality. The estimates also expanded age categories to include persons under 35 years old (who were excluded from the SAMMEC estimates).

In 2007, SAM from active smoking was estimated to be 8,932 deaths [12] using similar methodology to the 2003 estimates [6].

This paper estimates SAM in Israel in 2014 in addition to estimating the financial burden of the health services attributable to smoking.

Methods

The basic methodology, which included updated prevalence surveys for current and ex-smokers by age and gender [4], mortality rates and relative risk (RR)

estimates described in detail an earlier paper [6]. All calculations were based on an estimated mid-year population in 2014 of 8,227,200 persons [3].

RR were included by diagnosis according to the following order:-

- a) RR were available for lung cancer, Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD), Pneumonia, Bronchitis and Tuberculosis, Strokes, Coronary Heart Disease, Coronary Arterial Disease and Other Heart Diseases from the US Surgeon General's Report of 2014 [13]. (Table1).
- b) RR were included for diagnoses included in the SAMMEC estimates [7] that were not included in step a).
- c) RR were included from the literature if they were not available in the previous two steps. These included endometrial cancer [14], which happens to be protected by smoking status.

In instances where RR of ex-smokers were not available, these were estimated from similar diagnoses in the SAMMEC [7] and Surgeon Generals Data [13].

Calculation of SAM due to Active Smoking

This was based on the formula applied to each diagnosis, age and gender category and finally aggregated [6]

$$SAM = \text{Number who died in each category} \times \text{Population attributable risk (PAR)}$$

where

$$\text{Population Risk} = (\% \text{ non-smokers} + (\% \text{ former-smokers} \times \text{RR of former smokers}) + (\% \text{ current smokers} \times \text{RR of current smokers}))$$

and

$$PAR = (\text{population risk} - 1) / (\text{population risk})$$

Calculation of SAM due to Passive Smoking and Residential Fires

Deaths caused by passive smoking was estimated by adjusting the US figure [13] of 9.44% of active SAM by the relative differences in present smoking prevalence between the USA (males 16.7%, females 13.6%) [13,15] and Israel (males 24.9%, females 12.6%) in 2010 [4,16].

USA data showing foetal SAM to be 0.232% of active SAM [13] was adjusted

- a) By the ratio of the Israeli National Smoking prevalence in pregnant women of 6.82%, (as a result of 46.5% of pregnant women stopping smoking) [16] to the USA figure of 8.43% [17].
- b) By Israel's 30.6% higher birth rate [18,19]

to give an estimate that foetal SAM accounts for 0.244% of active SAM in Israel.

Deaths caused by residential fires related to cigarette causes was estimated by adjusting the US figure [13] of 0.14% of active SAM deaths by the relative differences by the smoking prevalence between the USA and Israel

Cost of Treating Smoking-Attributable Morbidity

The initial morbidity cost estimates includes only of the direct costs of acute care viewed from a "narrow" health services perspective as there are no readily available data in Israel on costs that fall outside the health system, such as work absences, transportation to receive treatment and out-of-pocket expenses.

Active Smoking Attributable hospitalization days (SAHD) were calculated in a similar way to acute SAM estimates. These were based on actual numbers of diagnosis specific hospitalization utilization rates by age and gender from 2011, being applied to population data in 2014.

Hospitalization costs were calculated by summing:-

- a) The product of the estimated number of hospitalization days in non-ICU units by the 2,251 New Israeli Shekels (NIS) per day tariff of the Ministry of Health [20]

and

- b) Based on ICU accounting for 4.6% of adult non-obstetric general bed use [19], the product of ICU hospitalization days and 5,046 NIS, being 224% times the per-diem cost of non-ICU hospitalizations [21].

An approximation of the other non-acute direct costs (such as for medications, ambulatory care, nursing home care and rehabilitation) attributable to smoking was based on applying the latest estimate from the USA [13] showing that non-acute direct costs were 97.8% of smoking attributable acute care costs.

A further very rough approximation of "indirect costs" based on the USA data [13] showing that lost productivity costs alone were 225% that of the costs of smoking attributable acute hospital care [13].

Results

The updated lagged model estimated SAM in Israel in 2014 to 7,247 deaths (Table 2), after taking into account an estimated 164 fewer deaths, due to the protective effect of smoking on Parkinson's disease [22]. Cardio-vascular causes accounted for 47.3% of SAM, malignant neoplasms (36.9%) and respiratory diseases (15.0%). Six specific diagnoses alone accounted for three-quarters of SAM:- Lung Cancer (23.2%), Coronary Artery Disease (17.9%), COPD including emphysema (12.6%), Myocardial Infarction (10.6%), Cerebrovascular Disease (5.9%) and Coronary Heart Disease (4.9%). Around 59.7% of SAM occurred in males.

There were an estimated 818 further deaths from passive or enforced smoking. A further 18 deaths were attributable to exposure of the foetus to mothers

smoking and 12 due to residential fires caused by cigarettes. Therefore total SAM will be around 8,095 deaths in 2014 or 17.3% of overall expected mortality.

The model estimated that there were 331,365 active SAHD days in Israel in 2014 (Table 3). Respiratory care accounted for around one-half of active SAHD (48.6%). Cardio-Vascular causes accounted for 33.0% and malignant neoplasms (12.9%) of which lung cancer accounted for only 4.4%. Around 62.3% of SAM occurred in males.

There were an estimated 37,419 additional SAHD from passive smoking. A further 810 days were attributable to exposure of the foetus to mothers smoking and 562 due to residential fires caused by cigarettes. Therefore total SAHD will be around 370,156 days in 2014.

Estimated direct acute care costs of 370,156 days in a general hospital amount to around 881 million NIS. An additional 861 million NIS is estimated for out-of-hospital costs including ambulatory care, emergency room visits, out-patient visits and rehabilitation. The total health service costs are therefore 1,742 million NIS, representing 2.7% of the health budget or 0.2% of GNP. Productivity losses account for a further 1,981 million NIS, giving an overall smoking related cost of 3,723 million NIS or 0.43% of GNP.

Discussion

Smoking remains a huge preventable risk factor accounting for approx. 8,095 deaths in Israel (of which 7,247 are from active smoking alone). Approximately one death in every six is attributable to smoking. The monetary impact on health service resources and society is around 1,792 million NIS and 3,723 million, representing 0.2% and 0.43 % of GNP respectively.

The decrease of active SAM from previous estimates is partly a result of the secular downward trend in smoking prevalence that has been continuing for the past 40 years. Another factor is decreases in the size of the RR of diseases such as diabetes, heart and cerebrovascular disease as reported by the US surgeon-general [13]. These however are partially offset by the reported increases in RR of lung cancers [13]. While accounting for nearly a quarter of all acute SAM, lung cancer only accounted for 4.4% of acute SAHD, since chemotherapy and radiotherapy are usually carried out on an out-patient basis, with cancer patients being hospitalized for surgery and hospice care.

Because good data on past and present exposure to second-hand smoke are not currently available in Israel, we only were able to make a rough estimate of the harm due to second-hand smoke exposure based on adapting US data (13). The resultant rough estimate of 818 deaths due to passive smoking could be an under-estimate or over-estimate as the potential relative exposure levels to passive smoking were just based on one year's smoking prevalence data, instead of over a longer time period.

Also underestimated is the 12 deaths attributable to residential fires (0.175% of active SAM) caused by cigarettes since they do not include an estimate for non-residential fires.

The estimate of non-hospital related direct costs can be thought of as being conservative as it was based on being 97.8% of acute hospital costs [13]. This figure

is lower than previously published estimates of 102.1% in Hong-Kong [23], 102.5% in the USA [24], 107.5% in Germany [25], 113.2% in California [26] 135% in Taiwan [27], 161% in China in 2000 [28] and 167% in Hong-Kong (McGhee 2006), 273% in China in 2008 [29].

For indirect costs, our estimate can again be thought of as conservative as it only contained estimates of smoking attributable lost productivity costs, thereby excluding transport costs, out-of-pocket expenditures and premature burial costs.

Smoking kills more Israelis than the combined mortality from obesity [32], lack of physical exercise [33], motor vehicle emissions [34], vehicle accidents, suicides and murders [18].

No one single intervention can totally reduce the considerable burden of disease from smoking. A multi-faceted approach is required, combining legislation, counter-advertising, taxation, prevention and cessation interventions [30].

Fortunately, many potential interventions to reduce the human and monetary burden from smoking have been identified and prioritized according to their cost-utility ratios in Israel. Many very cost-effective interventions have been identified in addition to interventions that are cost-saving (ie: where savings in treatment costs exceed the intervention costs). These include imposition of a higher tax on tobacco, Clonidine, Nortipylone, varenicline (2mg/day), Quitline Counselling and a combination of medication and quitline counselling. Many interventions were found to be very cost-effective (having a cost per quality adjusted life year (QALY) less than GNP per capita):- Nicotine lozenges, varenicline (1mg/day), Nicotine patches with and without nortipylone or Burropion, Buropropion, Nicotine Gum, Group counselling, Nicotine nasal spray, individual counselling, nicotine inhaler [31].

Unfortunately, Israel is an outlier amongst developed nations in that it does not use cost-utility analyses to prioritize the adoption of new health technologies. The reasons for this inadequacy, that indirectly can cause the deaths of many citizens due to mal-allocation of resources [35] are multiple:-

- a) Adoption of a priority ordering of potential new technologies based on "objective" costs per QALY would greatly curtail the degree of freedom currently enjoyed by members of the committee that determines new entries into the basket of health services.
- b) Lack of knowledge and understanding of the tool of cost-utility analysis on the part of doctors, nurses and pharmacists who dominate the Medical Technology Assessment (MTA) department's hierarchy.
- c) Lack of understanding of the role of the relatively new profession of health economists, who predominate in Medical Technology Assessment

positions around the world by integrating epidemiological and economic data, to the extent of administratively barring Health Economists standing as candidates for senior posts in MTA.

- d) Use of the excuse that "values are different" in Israel, based on the narrow (but true) example that Israel gives far more weight to infertility treatments than any other country.

However, the true argument that Israel gives high disability weights to infertility cannot be generalized to be used as an excuse for not adopting cost-utility analyses.. Suffering from lung cancer, myocardial infarction, osteoporosis, stroke or diabetes in Israeli society imposes a similar degree of disability as in other developed countries.

In the event that the Health Ministry continues to not recognize the role of Health Economists or does not establish an institution akin to NICE (National Institute for Clinical Excellence) in the UK, solutions might be needed from outside the Ministry.

There are already established funded bodies like the "authority for the war against road accidents" and the "authority for the war against drugs". The considerable mortality burden (around twenty times higher than that caused by traffic related mortality) attributable to smoking in this paper cries out for the establishment of a "national authority" to co-ordinate to identify and implement a multi-faceted intervention strategy to decrease the considerable burden from smoking in Israel.

Conclusion

Smoking causes a considerable burden in Israel, both in terms of the expected 8,095 lives lost and the financial costs of around 3.7 million NIS (3.4% of GNP). Many cost-effective and cost-saving interventions exist that can reduce this huge burden on society.

Abbreviations

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease;

ICU: Intensive Care Units;

GNP: Gross National Product;

MTA: Medical Technology Assessment;

NIS: New Israeli Shekels;

PAR: Population Attributable Risk;

QALY: Quality Adjusted Life Year;

RR: Relative Risk;

SAHD: Smoking Attributable Hospitalization Days;

SAM: Smoking Attributable Mortality;

SAMMEC: Smoking Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs;

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

GG collected the data, built the model, co-ordinated the study and drafted the manuscript. HG collected data and contributed to the manuscript.

Acknowledgements

The authors wish to thank Dr Tami Shohat of the Israel center for Disease Control for providing data on ex-smokers in Israel. Thanks also to Ziona Haklaili of the Statistics Unit of the Ministry of Health for providing mortality and hospitalization data.

References

1. The World Health Report : 2002: Reducing risks, promoting healthy life. W.H.O. Geneva 2002.
2. WHO Tobacco Free Initiative.
http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/ Accessed 2nd February 2014.
3. Central Bureau of Statistics, Monthly Abstract of Statistics, January 2014, CBS, Jerusalem, Israel.
<http://www1.cbs.gov.il/publications14/yarhon0114/pdf/b1.pdf> Accessed 10th February 2014.
4. Minister of Health's Report on Smoking in Israel 2012. Public Health Services. Ministry of Health, May 2013. (Hebrew).
<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking-2012.pdf>
Accessed 4th February 2014.
5. The Gillon Commission, testimony of Gary Ginsberg. Internet site:
<http://lists.essential.org/pipermail/intl-tobacco/2000q1/000068.html>. Accessed: March 17th 2008, Hebrew language only.
6. Ginsberg GM, Rosenberg E, Rosen L. Issues in Estimating Smoking Attributable Mortality in Israel. Eur J Public Health. 2010 Feb;20(1):113-9. Epub 2009 Aug 19.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC). <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec> (Accessed June 15th 2008).
8. A report of the Surgeon General: Health Consequences of Smoking. 2004. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/> Accessed 10th October 2010.
9. International Agency for Research on Cancer. Monograph Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. World Health Organization. 2004.
10. Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519-1527.
11. Foy CG, Bell RA, Farmer DF et al. Smoking and Incidence of Diabetes Among US Adults, findings from the insulin resistance atherosclerosis study. Diabetes Care 2005;28:2501-7

12. Ginsberg G, Rosen B, Rosenberg E. Cost-Utility Analysis Cost-Utility Analyses of Interventions. to Reduce the Smoking-Related Burden of Disease in Israel. RR-540-10. Brookdale-Smoker Centre for Health Policy Research. <http://brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=115>. Accessed 10th October 2010.
13. US Surgeon General .The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.U.S. Department of Health and Human services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, Rockville, MD. Chapter 11 pp 625-646.2014.
14. Felix AS, Yang HP, Gierach GL, Park Y, Brinton LA. Cigarette smoking and endometrial cancer risk: the role of effect modification and tumour homogeneity. *Cancer causes Control* 2014;25, 479-89.
15. Howden LM, Mayer JA. United States Census Bureau. US Census Briefs. Age and Sex composition 2010. May 2011. <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-03.pdf> Accessed 4th February 2014.
16. National Health and Nutrition survey 2009-2012. Ch 13. Smoking During Pregnancy. Pub Number 352, ICD,C Jan 2014.
17. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Munson ML. Division of Vital Statistics Births: Final Data for 2005. *National Vital Statistics Reports* 56; 6, 2007.
18. Central Bureau of Statistics, Statistical Abstract of Israel 2014 – No. 65, CBS, Jerusalem, Israel. 2014. http://www1.cbs.gov.il/reader/shnatonenew_site.htm Accessed 4th May 2014.
19. Martin JA, Hamilton BE, Michelle JK, Curtin SC, Matthews TJ. Division of Vital Statistics Births: Final Data for 2012. *National Vital Statistics Reports*. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr62/nvsr62_09.pdf Accessed 15th May 2014.
20. Ministry of Health. Price List. <http://www.health.gov.il/subjects/finance/taarifon/pages/pricelist.aspx>. Accessed 15th May 2014.
21. Ginsberg GM, Kark J, Einav S. The price and value of resuscitation: Cost-Utility Analysis of Cardiac Resuscitation Services in Jerusalem. Submitted to *Resuscitation*, March 2014.
22. Hocking B, Grain H, Gordon I. Cost to industry of illness related to alcohol and smoking. A study of Telecom Australia employees. *Med J Aust* 1994;161:407–12.
23. McGhee SM, Ho LM, Lapsley HM, Chau J, Cheung WL, Ho SY, Pow M, Lam TH, Hedley AJ. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tob Control*. 2006 Apr;15(2):125-30.
24. Miller LS, Zhang X, Rice DP, Max W. State estimates of total medical expenditures attributable to cigarette smoking, 1993. *Public Health Reports* 1998;113(95):447-458.
25. Neubauer S, Welte R, Beiche A, Koeneg HH, Beusch K, Leidl R. Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tob Control*. 2006 Dec;15(6):464-71.
26. Max W, Rice DP, Sung HY, Zhang X, Miller L. The economic burden of smoking in California. *Tob Control*. 2004 Sep;13(3):264-7.

27. Yang MC, Fann CY, Wen CP, Cheng TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tob Control*. 2005 Jun;14 Suppl 1:i62-70.
28. Sung HY, Wang L, Jin S, Hu TW, Jiang Y. Economic burden of smoking in China, 2000. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 1:i5-11.
29. Yang L, Sung H-Y, Zhengzhong M, The-wei H, Rao K. Economic costs attributable to smoking in China: update and an 8-year comparison, 2000-2008. *Tobacco Control*. 2011 Jul;20(4):266-72. doi: 10.1136/tc.2010.042028. Epub 2011 Feb 21.
30. Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, Nelson D. "The Impact of Tobacco Control Programs on Adult Smoking". *American Journal of Public Health* 2008; 98:304-309.
31. Ginsberg G, Rosen B, Rosenberg E. Cost-Utility Analysis Cost-Utility Analyses of Interventions. to Reduce the Smoking-Related Burden of Disease in Israel. RR-540-10. Brookdale-Smoker Center for Health Policy Research, Accessed 10th 2014.
32. Ginsberg G, Rosen B, Rosenberg E. Cost-Utility Analysis Cost-Utility Analyses of Interventions to Prevent and Treat Obesity in Israel. RR-550-10. Brookdale-Smoker Center for Health Policy Research. <http://brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=211> Accessed 10th May 2014.
33. Ginsberg G, Rosen B, Rosenberg E. Cost-Utility Analysis Cost-Utility Analyses of Interventions to Increase exercise in Israeli adults. RR-565-11, Brookdale-Smoker Center for Health Policy Research <http://brookdale.jdc.org.il/Uploads/PublicationsFiles/RR-565-11-Physical-Exercise-English-report.pdf>. Accessed 10th May 2014.
34. Ginsberg G.M., Seeri A, Fletcher E, Koutik D, Keresente E, Shemer Y. Mortality and morbidity from vehicular emissions in Tel-Aviv. *World Transport Policy & Practice* 1998; 4; 27-31.
35. Chambers JD, Lord J, Cohen JT, Neumann PJ, Buxton MJ. Illustrating potential efficiency gains from using cost-effectiveness evidence to reallocate Medicare expenditures. *Value Health* 2013;16:629-38.
36. Fox K, Merrill JC, Chang H, Califano JA. Estimating the costs of substance abuse to the Medicaid hospital care programme. *AJPH* 1995;85:48-54.
37. Phillips D, Kawachi I, Tilyard M. The costs of smoking revisited. *NZ Med J* 1992;105:240-2.
38. Nelson DE, Kirkendall RS, Laweton RI et al. Surveillance for Smoking-Attributable mortality and years of potential life lost, by state - United states , 1990.
39. Shultz JM, Novotny TE, Rice DP. Quantifying the disease impact of Cigarette smoking with SAMMEC II software. *Public Health Reports* 1991;106:326-333.

Table 1: Relative Risk (RR) of SAM by smoking status, diagnosis and gender

Refs.		MALES		FEMALES	
		RR Current	RR Former	RR Current	RR Former
	CANCERS:				
7	Bladder	3.27	2.09	2.22	1.89
7	Cervical	Na	Na	1.59	1.14
7	Esophageal	6.76	4.46	7.75	2.79
14	Endometrial	Na	Na	0.65	0.89
7	Laryngeal	14.60	6.34	13.02	5.16
7	Leukemia	1.86	1.33	1.13	1.38
13	Lung	22.25	6.06	21.15	5.75
7	Lip, Bucal, Pharynx	10.89	3.40	3.65	1.76
7	Pancreatic	2.31	1.15	2.25	1.55
7	Renal	2.72	1.73	1.29	1.05
7	Stomach	1.96	1.47	2.22	1.35
13,36	Unspecified	2.31	1.41	1.83	1.26
37	Ureter	6.49	2.67	6.49	2.57
13,36	Other Cancers (a)	23.45	6.41	1.36	1.08
	RESPIRATORY:				
13	Tuberculosis	3.49	1.92	2.51	2.32
13	Bronchitis	19.66	5.67	19.67	7.55
13	COPD inc emphysema	21.08	5.97	19.09	8.05
13	Pneumonia	3.99	1.96	2.21	1.68
13,37	Asthma adults	1.99	1.26	2.18	1.48
13,22,3 6	Other Respiratory (b)	1.94	1.25	3.09	2.17
	VASCULAR				
13	Rheumatic Heart disease	2.17	1.17	2.01	1.18
7	Aortic Aneurism	6.21	3.07	7.07	2.07
36,37	Hypertension	1.85	1.30	1.69	1.20
13	Coronary artery disease	2.87	1.55	3.03	1.49
13	Coronary heart disease	2.71	1.51	3.01	1.49
13,36	Cardiac Dysrhythmias	4.29	1.93	4.29	1.66
13,36	Myocardial infarction	2.01	1.27	8.84	3.35
13,36	Peripheral vascular disease	7.73	2.78	7.73	3.01
7,13,36	Other Heart Diseases (c)	2.17	1.25	2.02	1.19
	Cerebrovascular Disease				
13	ages 35-64	2.47	1.35	2.15	1.35
13	ages 65+	1.74	1.16	1.85	1.26
	DIGESTIVE SYSTEM				
13,36	Chron's disease	4.23	1.95	4.23	1.97
13,36	Peptic ulcers	1.00	1.00	2.01	1.30
13,36	Stomach ulcers	2.06	1.31	1.37	1.11
13,36	Other ulcers	3.83	1.83	4.02	1.90
13,36	Inguinal Hernias	1.40	1.12	1.40	1.12
13,36	Ulcerative Collitis	3.19	1.64	3.19	1.65
	ENDOCRINE-METABOLIC				
13	Diabetes	1.86	1.31	1.62	1.31
	OTHER				
37	Burns	1.62	1.18	1.62	0.00

22	Parkinson's Disease	0.27	0.78	0.27	0.78
22	Viral Disease	2.39	1.57	2.39	1.57

(a) includes breast, respiratory in situ, renal pelvis and vulvar

(b) includes cough, dsypnoea and other respiratory diseases

(c) includes atherosclerosis, tachycardia and other heart diseases

Table 2: Active Smoking Attributable Mortality - Israel 2014

	MALES	FEMALES	TOTAL
CANCERS:			
Bladder	155	27	182
Cervical	0	10	10
Esophageal	63	2	65
Laryngeal	53	7	60
Leukemia	65	13	78
Lung	1120	562	1683
Lip, Bucal, Pharynx	29	8	37
Pancreatic	138	108	246
Renal	60	7	68
Stomach	75	56	131
Unspecified	43	23	67
Ureter	2	1	2
Other Cancers	37	9	46
RESPIRATORY:			
Tuberculosis	3	0	3
Bronchitis	6	4	9
COPD inc emphysema	522	394	916
Pneumonia	10	2	13
Asthma adults	10	22	32
Other Respiratory	55	58	114
CARDIO-VASCULAR			
Rheumatic Heart disease	12	14	27
Aortic Aneurism	60	30	90
Hypertension	163	105	267
Coronary artery disease	808	489	1297
Coronary heart disease	190	164	355
Cardiac Dysrhythmias	36	23	59
Myocardial infarction	266	499	765
Peripheral vascular disease	54	77	132
Other Heart Disease	4	1	5
Cerebrovascular Disease	230	200	430
DIGESTIVE SYSTEM			
Chron's disease	1	4	5
Peptic ulcers	0	3	3
Stomach ulcers	0	1	1
Other ulcers	10	6	16
Inguinal Hernias	1	0	2
Ulcerative Collitis	2	0	2
ENDOCRINE-METABOLIC			
Diabetes	115	80	194
OTHER			
Burns	0	0	0
Parkinson's Disease	-74	-91	-164
Viral Disease	0	1	1
Total	4326	2921	7247

Table 3: Active Smoking Attributable Hospital Days (SAHD) - Israel 2014

	MALES	FEMALES	TOTAL
CANCERS:			
Bladder	7419	883	8303
Unspecified	1085	981	2067
Cervical	0	299	299
Esophageal	984	478	1462
Laryngeal	1519	298	1817
Leukemia	2154	300	2454
Lung	9392	5156	14548
Lip, Bucal, Pharynx	2252	1161	3782
Pancreatic	1530	1059	2589
Renal	2206	166	2372
Stomach	1781	873	2654
Ureter	338	83	421
Other Cancers	395	28	423
RESPIRATORY:			
Tuberculosis	281	37	318
Bronchitis	4499	7520	12019
COPD inc emphysema	29141	17857	46997
Pneumonia	44697	16441	61137
Asthma adults	616	1511	2126
Other Respiratory	20618	17904	38523
CARDIO-VASCULAR			
Rheumatic Heart disease	522	664	1186
Aortic Aneurisms	3071	553	3624
Hypertension	1294	1158	2452
Coronary artery disease	3081	1009	4090
Coronary heart disease	3064	1084	4148
Cardiac Dysrhythmias	149	99	248
Myocardial infarction	12317	13370	25687
Peripheral vascular disease	16070	13285	29355
Other Heart Disease	3975	908	4884
Cerebrovascular Disease	21661	12079	33740
DIGESTIVE SYSTEM			
Chron's disease	1817	1249	3066
Peptic ulcers	0	70	70
Stomach ulcers	312	89	402
Other ulcers	1431	502	1933
Inguinal Hernias	1414	85	1499
Ulcerative Collitis	650	506	1156
ENDOCRINE-METABOLIC			
Diabetes	7272	3103	10375
OTHER			
Burns	2171	-261	1910
Parkinson's Disease	-1488	-913	-2402
Viral Disease	0	0	0
Total Days	209692	121672	331365

נזקי העישון על בריאות האדם

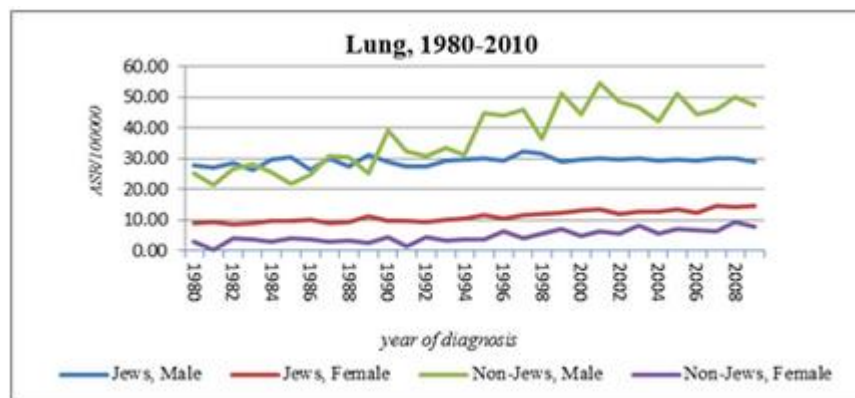
מרינה פקר, פרופ' ניר פלד

השירות לסרטן הריאה, מרכז דוידוף לסרטן, מרכז רפואי רבין והיחידה לחקר ואבחון מוקדם של גידולי בית חזה, מרכז רפואי שיבא, תל השומר.

פרופ' פלד הינו רופא ריאות ואונקולוג אשר עומד בראש הוועדה לסקר, מניעה ואבחון מוקדם של סרטן הריאה מטעם האיגוד הבינלאומי לסרטן הריאות (IASLC).

סרטן ריאות הינו גורם תמותה מוביל בעולם כולו ובישראל בפרט. על פי השנתון הסטטיסטי לישראל שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2013 אובחנו בישראל 2,212 מקרים חדשים של סרטן ריאות, מתוכם נפטרו 1,836 איש. בתיקון לשיעור ל-100,000 תושבים מדובר על 46 מקרים חדשים לכל 100,000, כאשר שיעור התמותה המתוקן עומד על 23.6 ל-100,000. מספר מקרי התמותה מממאירות של קנה הנשימה, הסימפונות והריאה על פי חלוקה לסיבה וקבוצות באוכלוסייה הינו הגבוה ביותר מבין כלל הממאירויות, הוא גבוה יותר ממספר מקרי המוות מסרטן שד העומד על 1,029 וזאת למרות שסרטן שד הוא השכיח ביותר, 4521 מקרים חדשים בשנה (1-2). לפי נתוני הרישום הלאומי לסרטן, שיעור ההיארעות המתוקן לגיל ל-100,000 של סרטן הריאה בגברים יהודים, נשים יהודיות, גברים ערבים, ונשים ערביות לשנת 2010 הוא 29, 15, 47 ו-8, בהתאמה (3).

טבלה 1: שיעורי היארעות של סרטן ריאות ל-100,000 בישראל



שיעור ההישרדות ל-5 שנים של סרטן הריאה עבור כלל השלבים (STAGING) הוא רק כ-16%, בין היתר מכיוון שרוב החולים מאובחנים לראשונה בשלב מתקדם של המחלה. ההישרדות מ-NSCLC עומדת על 17% לעומת 6% בלבד ב-SCLC (4). ברחבי העולם, כ-50% מהגברים הצעירים וכ-10% מהנשים הצעירות יהפכו למעשנים. בישראל, על פי הסקרים שנערכו בשנים 2010-2012, "אורח חיים פעיל בישראל" של משרד התרבות והספורט ו-KAP-2010 של המחלקה לחינוך וקידום בריאות בביצוע המלב"ם, נע אחוז המעשנים בקרב בני 21 שנים ומעלה באוכלוסייה בישראל בין 17.7% ל-20.6% בהתאמה.

נמצא כי שיעור העישון באוכלוסייה היהודית הינו 19.8% לעומת שיעור העישון באוכלוסייה הערבית אשר עומד על 24.9% (5).

עישון טבק

הקשר בין סרטן ריאה לעישון טבק תואר לראשונה עוד ב-1939 ובוסס מאז באין ספור מחקרים. עישון הטבק אחראי לכ-85% של מקרי המוות כתוצאה מסרטן הריאה. עשן הטבק מכיל למעלה מ-60 תרכובות מסרטנות (קרצינוגנים), המגבירים את הסיכון להתמרות סרטניות ברמה התאית, בעיקר בקרב אנשים עם נטייה גנטית. חשוב לציין כי אין רמת חשיפה לטבק שהיא נטולת סיכון, אך הסיכון הוא ביחס ישיר לכמות צריכת הטבק. הסיכון היחסי (Relative risk, RR) לסרטן הריאה הוא בערך פי 20 גבוה יותר במעשנים בהשוואה ללא מעשנים. הפסקת עישון מורידה את הסיכון להתפתחות סרטן ריאה, אך גם במעשנים לשעבר, הסיכון גבוה מאנשים שלא עישנו מעולם. גם חשיפה לעישון פסיבי הוכחה כמגבירה את הסיכון לסרטן הריאה בקרב לא מעשנים, אולם הקשר הוא חלש או משתנה (6-10). מבין הגורמים האחרים לסרטן ריאה ניתן למנות חשיפה תעסוקתית (הכוללת את החומרים ארסן, כרום, אסבסט, ניקל, קדמיום, בריליום, סילקה וגזי דיזל), רקע של סרטן, סיפור משפחתי של סרטן ריאה, רקע של מחלות ריאה, ביניהם חסמת הריאות (COPD) ופיברוזיס ריאתית.

במחקר שנערך בישראל ב-2011 נמצא כי העלות הכוללת עבור אבחון וטיפול בסרטן ריאה משתנה בין השלבים השונים של האבחון. כאשר המחלה מאובחנת בשלב המוקדם ביותר שניתן לריפוי העלות היא הנמוכה ביותר לעומת מחלה בשלב מתקדם בו העלות גדלה משמעותית ומכאן שאבחון בשלב מוקדם של המחלה מוריד את העלויות באופן משמעותי (11).

טבלה 2: עלות הטיפול בסרטן ריאות בהתאם לשלב המחלה

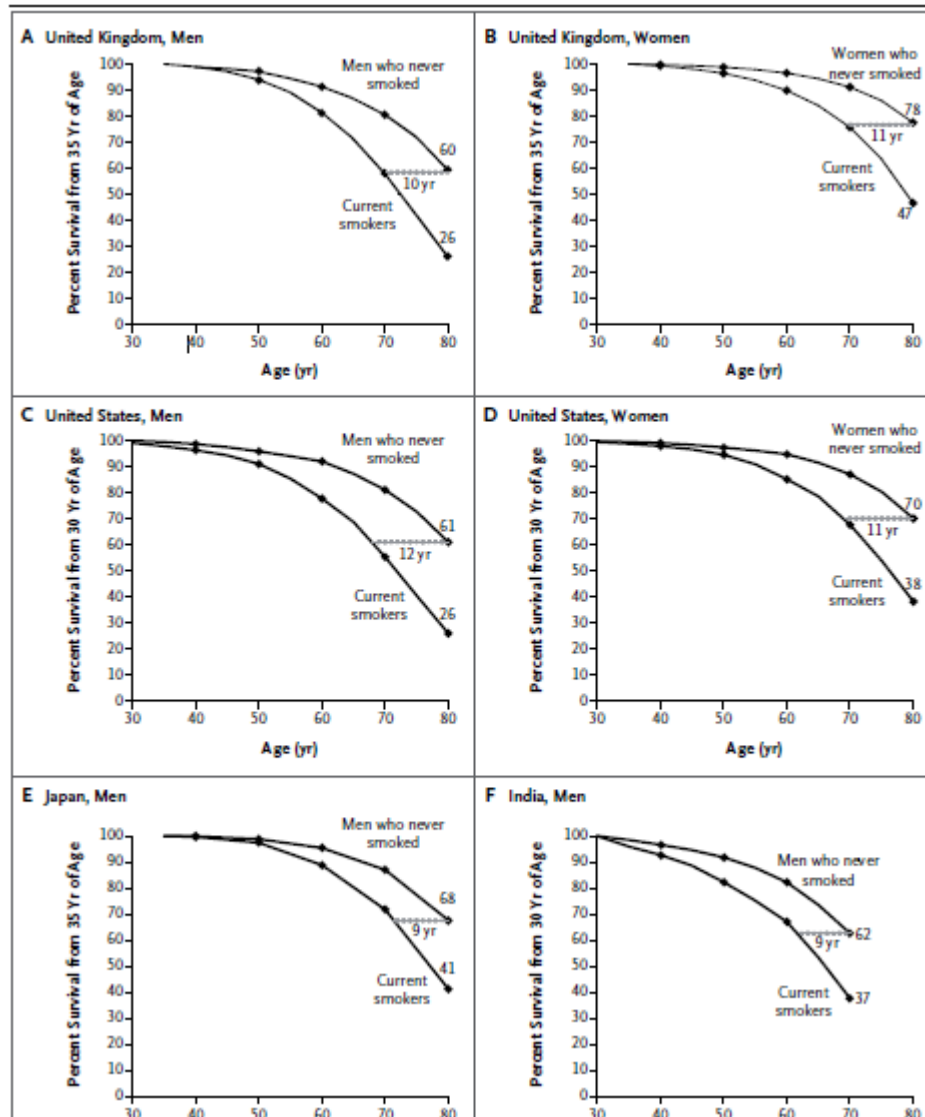
Type of care	Stage I		Stage II-III	Stage IV
	Cured	Progressed		
Diagnostic workup	1,810 ± \$1,123	5,217 ± 1,950	3,121 ± 1,918	2,456 ± 2,019
Hospitalization	4,302 ± 4,739	12,452 ± 8,228	4,436 ± 4,093	6,721 ± 7,472
Chemotherapy	2,477 ± 3,572	7,457 ± 10,336	3,299 ± 5,740	4,903 ± 7,371
Radiation therapy	360 ± 815	964 ± 2,360	6,571 ± 6,102	4,075 ± 5,580
Supportive care	292 ± 469	844 ± 1,358	191 ± 356	817 ± 3,364
Total	9,241 ± 11,277	26,934 ± 24,786	17,618 ± 9,271	18,972 ± 14,297

CT, computed tomography; FNA, fine needle aspiration; LDCT, low-dose computed tomography; PET, positron emission tomography.

נוסף לעומס הכלכלי הכבד על המערכת בטיפול בסרטן ריאה, העישון עצמו גורם לאבדן תוחלת חיים כפי שניתן לראות באיור מספר 2. בארה"ב אובדן החיים מוערך בכ-12 שנים בקרב גברים ואילו בקרב נשים בכ-11 שנים, וזאת בהשוואה בין מעשנים לבין אוכלוסייה שלא עישנה מעולם (12). העישון לא פוגע רק במעשן אלא גם בסובבים אותו, בכך שהוא גורם לעישון כפוי. עישון הוא גורם המוות הגדול ביותר הניתן למניעה בישראל ובעולם, יותר מאשר מלחמות ישראל, פיגועי טרור ותאונות דרכים גם יחד ולכן החשיבות הגדולה במאבק לצמצום העישון בין השאר

באמצעות חקיקה, שהחלה כבר ב-1983 בחוק למניעת עישון במקומות ציבוריים והחוק להגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק.

תרשים 1: השוואה של תוחלת החיים בין מעשנים לכאלו שאינם מעשנים, במבחר מדינות



מחלות סרטן:

נוסף לסרטן ריאה נמצא קשר בין עישון ומחלות סרטן אחרות, בין השאר סרטן הפה והלוע, סרטן הגרון, סרטן הושט, סרטן צוואר הרחם, סרטן הואגינה, סרטן המעי הגס והחלחולת וסרטן שלפוחית השתן.

סרטן הפה , הלוע וסרטן הגרון

סרטן הפה מהווה את הממאירות השמינית בשכיחותה. בשנת 2010 אובחנו בארה"ב 2,500 מקרים חדשים של סרטן הפה והלוע ומתוכם נפטרו 6,500 איש. אחוזי ההישרדות עומדים על כ-50% למשך 5 שנים. מבין גורמי הסיכון שנמצאו קשורים לסרטנים מסוג זה מצויים במקומות

הראשונים עישון טבק וצריכת אלכוהול מוגברת. גורמים אלו פועלים באופן סינרגיסטי והם אחראים לכ-75% ממקרי ה-Squamous Cell Carcinoma, כאשר העישון מהווה את הגורם העיקרי והוא תלוי מינון. במחקר שבדק 203 מעשנים אשר נרפאו מסרטן באזורים אלו בצורה פרוספקטיבית לתקופה של 7 שנים, 40% מאלו שהמשיכו לעשן לקו בסרטן באזורים החשופים לעישון לעומת 6% בלבד בקבוצה שהפסיקה לעשן. (13, 25-27)

סרטן הושט - סרטן נדיר יחסית אך עם זאת קטלני. ב-2010 אובחנה המחלה ב-16,640 אמריקאים ומתוכם נפטרו 14,500, מכאן שהפרוגנוזה גרועה: פחות מ-5% מהחולים שורדים למשך 5 שנים. המחלה שכיחה יותר בשחורים ביחס ללבנים ויותר בגברים ביחס לנשים. המחלה מופיעה לרוב אחרי גיל 50 ונמצאה בהקשר למצב סוציאוקונומי נמוך. הקליניקה לרוב קצרה - דיספגיה וירידה במשקל מהווים את הסימנים הראשונים, אולם כאשר סימנים אלו מופיעים לרוב המחלה כבר אינה ברת מרפה, שכן דיספגיה מופיעה רק לאחר חסימה של 60% מחלל הושט. במחקר שנערך בין השנים 1986-1992 נבחנו 830 מקרים ו-1779 מקרי ביקורת אשר לקו ב-squamous-cell carcinoma של הושט. נבחנו מאפיינים של כמות, משך ההפסקה וסוגי האלכוהול והטבק שנצרכו. כל אלו נמצאו קשורים קשר הדוק לסרטן הושט בשני המינים (22, 28).

סרטן צוואר הרחם - הסרטן השני בשכיחותו בקרב נשים ברחבי העולם וגורם תמותה מוביל. גורם הסיכון העיקרי הינם זנים high risk של human Papilloma virus -HPV. השלבים הראשונים יכולים להיות אסימפטומטיים לחלוטין. מחקרים רבים הראו את הקשר בין עישון לעליה בסיכון לסרטן צוואר הרחם בנשים החיוביות ל-HPV (23,28).

סרטן שלפוחית השתן - הסרטן הרביעי השכיח ביותר בגברים באיחוד האירופי, כאשר גורם הסיכון העיקרי הינו עישון (24).

טבלה מספר 2 : מספר מקרים חדשים של סרטן מסוגים שונים בשנת 2010

סוג הסרטן		יהודים				ערבים	
		גברים		נשים		גברים	
		מספר מקרים	ASR	מספר מקרים	ASR	מספר מקרים	ASR
סרטן ריאה	709	14.91	28.97	41	47.87	205	7.75
פה							
גרון	27	0.63	4.08	-	-	28	6.22
ושט	49	0.94	1.82	1	0.17	8	1.75
צוואר הרחם (חודרני)	195	5.59	-	14	2.53	-	-
צוואר הרחם (טרומ סרטני)	758	25.25	-	36	4.8	-	-
שלפוחית השתן	247	4.59	26.15	22	4.39	106	23.77

מחלות ריאה

חסמת הריאות - COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) היא מחלת ריאה מולטיפקטוריאלית, המאופיינת בהגבלה בלתי הפיכה בזרימת האוויר. המחלה כוללת מספר מופעים:

- אמפיזמה - הגדרה אנטומית הכוללת הרס והגדלה של נאדיות הריאה.
 - ברונכיטיס כרונית - הגדרה קלינית הכוללת שיעול כרוני וליחה. כאשר המצב מופיע ללא חסימה כרונית של דרכי האוויר, אינו נכלל תחת ההגדרה של COPD.
 - מחלה של דרכי האוויר הקטנות - מצב בו הברונכיאלים הקטנים מוצרים.
- שלושת הסימנים הנפוצים ל-COPD הינם - שיעול, יצור ליחה, וקוצר נשימה במאמץ. בבדיקה הגופנית שכיח למצוא אקספיריום מאורך וציפצופים אקספירטורים, סימני ניפוח יתר - הכוללים חזה חביתי ותנועה דלה של הסרעפת (מאובחן בניקוש), שימוש בשרירי עזר וכיחלון. מחלה בשלב מתקדם מאופיינת על ידי דלדול סיסטמי (אובדן שריר ורקמת שומן תת עורית) וירידה משמעותית במשקל. הדלדול מהווה גורם פרוגנוסטי רע ובלתי תלוי ב-COPD. התחלואה הנלווית למחלת ה-COPD כוללת מחלות לב, ריאה, מחלות מטבוליות, אוסטאופורוזיס, חרדה ודיכאון. מחלות אלו משפיעות לרעה בין היתר על תהליך השיקום. בטיפול ב-COPD במחלה פעילה ישנן רק שלוש התערבויות - הפסקת עישון, טיפול בחמצן בחולים עם היפוקסמיה כרונית והורדת נפח הריאה בניתוח במטופלים נבחרים עם אמפיזמה/נפחת - טיפולים אלו הודגמו כמשפיעים לטובה על המהלך הטבעי של חולי COPD.
- במחקר שנערך על 19,709 אלף חולים (מעשנים כבדים, מעל 15 סיגריות ליום), החל מהאשפוז הראשון עקב COPD ועד שנת 1998, מעקב שנמשך 14 שנה, נערכה השוואה בין חולים אשר הפחיתו משמעותית את כמות העישון (מעל ל-50%) לבין אלו שהפסיקו לחלוטין. נמצא כי הפסקת עישון הפחיתה את התחלואה בכ-40% ואילו יעילותה של הפחתה בכמות העישון שנויה במחלוקת (14).

מחלות לב וכלי דם

היצרות והתקשחות כלי הדם בלב ובמח עקב עישון ממושך גורמת להקטנת זרימת הדם לאיברים אלו ובכך מעלה את הסיכון למחלות לב וכלי דם. מחקרים הראו כי הסיכון להופעת מחלות אלו יורד ב-33% בתוך שנתיים לאחר הפסקת עישון ומשתווה לסיכון בקרב לא מעשנים לאחר 14 שנה מהפסקת העישון.

- **אירועים מוחיים** - במחקר שנערך בניו זילנד ובדק את השפעת העישון הכפוי על ארועים מוחיים נמצאה עליה משמעותית בשיעור האירועים המוחיים בגברים ונשים, הן במעשנים והן במעשנים כפויים לעומת לא מעשנים כלל (15).
- **מחלת לב איסכמית** - עישון סיגריות תורם באופן משמעותי לתחלואה קרדיווסקולרית, השפעתו היא בכל השלבים מטרשת עורקים ועד לאירועים תטרומבוטיים הבאים לידי

ביטוי במחלה קלינית. נמצא כי גם העישון הפעיל וגם העישון הכפוי שניהם תורמים לאירועי לב וכלי דם. הניסויים הקליניים האחרונים תומכים בהשערה כי חשיפה לעישון סיגריות מגבירה את הלחץ החימצוני כמנגון אפשרי לפגיעה בתפקוד הלב וכלי הדם (16).

- **כליה** - במחקר הכולל 582 מטופלים בעלי מחלת כליה דלקתית ומחלת כליה שאינה דלקתית נמצא כי עישון מעלה את הסיכון לכשל כלייתי (end-stage renal failure), בשני המקרים (17).

- **כריתת רגלים** - במחקר פרוספקטיבי, 188 כרותי רגלים סווגו בהתאם למצב העישון שלהם - כלא מעשנים, מעשנים לשעבר, מעשנים קלים ומעשנים כבדים. נתונים אלה הושוו עם הנתונים מקבילים בקרב חולים עם שבר בירך, לאחר התאמת גיל. בוצעה חלוקה לגברים ונשים וכאלו שחולי סוכרת וחולים ללא סוכרת. נמצא כי בקרב המעשנים הגיל הממוצע בעת הקטיעה נמוך בהרבה. נמצא כי מתוך 188 קטועי גפיים רק 23 היו לא מעשנים ללא מחלת הסוכרת, ובני פחות מ-80. המחקר מסיק כי קיים קשר בין העישון וקטיעה בעקבות איסכמיה (18).

- **יל"ד** - במחקר שעקב במשך 11 שנים אחר 379 חולים נורמוטנסיבים, 124 פיתחו יתר לחץ דם. לאחר התאמת פקטורים שונים נמצא כי גברים שעישנו מעל 20 סיגריות ליום היו בסיכון של פי שניים לפתח יתר לחץ דם (19).

שונות:

- **כיב פפטי** - עישון סיגריות זוהה כגורם סיכון עיקרי לכיב פפטי במחקרים קליניים ואפידמיולוגים רבים. מטה אנליזה מצאה כי בין 89-95% מהאירועים החמורים במערכת העיכול הקשורים לכיב פפטי יכולים להיות מיוחסים לשימוש ב-NSAIDs, זיהום ב-H.PYLORI ועישון סיגריות (20).

- **השפעה על פוריות** - נזקי העישון פוגעים בפוריות הנשים והגברים כאחד. כאשר הנזק החמור ביותר מתרחש במהלך ההריון, היות והניקוטין חודר את השיליה וגורם לתופעות חמורות בעובר בניהן: עליה בקצב הלב ולחץ הדם, פגיעה בהתפתחות והפחתה בתנועות הנשימה. לנשים מעשנות סיכון מוגבר ללידת פגים, עוברים במשקל לידה נמוך ומוות עוברי (30-31).

- **השפעות אסתטיות** - הניקוטין מאיץ את תהליך הזדקנות העור וגורם ליצירת כתמים על עור הפנים, הידיים והשיניים (32-33).

סקר מוקדם לאוכלוסייה בסיכון

במחקר רב היקף שנערך בארה"ב, National Lung Screening Trial (NLST), נמצא כי בדיקות לגילוי מוקדם לסרטן הריאה ע"י CT במינון קרינה נמוך בנבדקים בסיכון גבוה, הפחית בכ-20% את התמותה מסרטן הריאה וב-6.7% את התמותה הכוללת, בהשוואה לצילומי חזה.

בעקבות ממצאים אלו, המליצו מספר איגודים בארה"ב וכן קבוצה רב-תחומית מצרפת, לשקול ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן הריאה בהתוויה קלינית, באוכלוסייה בסיכון גבוה, תוך הסבר למטופל על יתרונות וחסרונות הבדיקה (21).

סיכום עלויות (מתוך נייר העמדה):

מחקר להערכת עלות-תועלת שעדיין לא התפרסם נערך בישראל ע"י שמואלי ושחם, במערך הדימות והמחלקה האונקולוגית בהדסה, בשיתוף עם בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטה העברית. המחקר כלל 842 מעשנים ומעשנים לשעבר, שעברו בהדסה בדיקת לגילוי מוקדם של סרטן הריאה ע"י LDCT בשנים 1998 עד 2004. נערכה השוואה בין קבוצה זו לבין חולים שבהם אובחן סרטן ריאה באופן קליני. בקבוצת החולים שאובחנו באופן קליני ("usual care"), נתוני ההתפלגות לשלבי הסרטן ותוחלת החיים על פי שלב אבחון המחלה נלקחו מנתוני רישום הסרטן הלאומי בשנים 1994-2006, ועלויות הטיפול בכל שלב של המחלה התקבלו מסריקה של גיליונות רפואיים של חולי סרטן הריאה שטופלו בהדסה בשנים 2003-2004. ניתוח הנתונים כלל את כל בדיקות המעקב שבוצעו לנבדקים, כולל נבדקים עם בדיקות סרק חיוביות. כמו כן נלקחו בחשבון הטיות אפשריות כגון: self selection, overdiagnosis, lead time. תוצאות המחקר הצביעו על כך שתוספת העלות עבור כל שנת חיים שמתווספת כתוצאה מבדיקת ראשונית (baseline) לגילוי מוקדם ע"י LDCT בהשוואה לטיפול המקובל היא \$172 בלבד, והערך המתקבל כשמביאים בחשבון גם איכות חיים (quality adjusted life year) (gained, QALY) הוא \$241 (במחירים של שנת 2004). ערכים אלו נשארו נמוכים גם כאשר שונו ההנחות שעליהן התבסס החישוב – לדוגמה, עלויות גבוהות יותר והטיות אפשריות, כמפורט לעיל. כלומר, המחקר הראה שבדיקות ראשוניות לגילוי מוקדם של סרטן הריאה בישראל ע"י LDCT כרוכות בהשקעה נמוכה של מערכת הבריאות, בקריטריונים המקובלים של הערכת טכנולוגיות רפואיות.

מעל 700 אלף איש מתים מידי שנה ביבשת אירופה מנזקי עישון וכחלק מהמאבק לצמצום עודכנה לאחרונה הדרכת הבריאות האירופאית ובתוך שנתיים (עד 2016) נדרשות מדינות האיחוד להתאים את החקיקה מדינתית לדרכת הבריאות כוללות בין השאר איסור פרסום סיגריות אלקטרוניות, קביעת סף מקסימלי לכמות ניקוטין בסיגריות אלקטרוניות, אזהרות בריאותיות על למעלה מ-65% משטח חפיסת הסיגריות, איסור מכירת סיגריות מסוגנות וסיגריות בטעמים, חיוב סימון באזהרות הבריאותיות גם בסיגריות לגלגול ועוד. לדברי הפרלמנט תקנות אלו צפויות להוביל לצניחה של לפחות 2% במספר המעשנים בחמש השנים שמתחילת תוקף התקנות (30).

סקר למחלות הנובעות מנזקי העישון:

כמפורט מעלה, העישון כרוך בתחלואה רבה ורחבה הנוגעת במגוון רחב של מערכות בגוף. לאורך השנים האחרונות מתגבשת ההכרה בחשיבות הגדרת אוכלוסייה זו כאוכלוסיית סיכון למחלות השונות, על מנת להגיע לאבחון מוקדם ולטיפול משמעותי למחלות אלו, זאת בנוסף למאמץ תמידי להפסקת עישון ולהכוונת המעשנים לתכניות גמילה מעישון. אחת ההמלצות החשובות ביותר היא עריכת סקר באוכלוסיית המעשנים לסרטן הריאה, אשר התגבש ואף מומלץ על ידי מרבית הגופים המקצועיים העוסקים בתחום מחלות הריאה וסרטן הריאה.

ככלל, בדיקת סקר המבוססת על צילום C.T בעצימות נמוכה, המבוצע מדי שנה למשך 3 שנים, עשוי להפחית את התמותה מסרטן הריאה בשיעור של 20% ואת כלל התמותה ב-7%, כפי שנמצא במחקר ה-NLST שהובא לעיל.

ההמלצות הרשמיות של הארגונים המקצועיים כוללת סקר שבו יבוצע צילום C.T בעצימות נמוכה, בהתאם לטבלה הבאה:

TABLE 6 Eligible criteria for lung cancer early detection by low-dose computed tomography, according to guidelines or recommendations issued in 2012–2013 by different organisations

Guidelines by organisation	Date	Age years	Smoking history	Smoking cessation	Category/level [#]
NCCN [92]	Feb 2012	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	1
		≥ 50	Any and one risk factor [†]		2B
ALA [93]	Apr 2012	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	NA
Collaborative work of ACCP, ASCO, NCCN [94]	May 2012	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	2B
AATS [95]	June 2012	55–79	≥ 30 pack-years	Any active or former smoker	1
		50–79	≥ 20 pack-years and added risk ≥ 5% of developing lung cancer within 5 years [†]		2
		Any	Any and ≥ 4 years remission after bronchogenic carcinoma		3
ACS [96]	Jan 2013	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	NA
French taskforce: IFCT, GOLF [97]	March 2013	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	NA
ACCP [98, 99]	May 2013	55–74	≥ 30 pack-years	<15 years	2B
USPSTF [100]	July 2013	55–79	≥ 30 pack-years	<15 years	B

NCCN: National Comprehensive Cancer Network; ALA: American Lung Association; ACCP: American College of Chest Physicians; ASCO: American Society of Clinical Oncology; AATS: American Association for Thoracic Surgery; ACS: American Cancer Society; IFCT: Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique; GOLF: Groupe d'Oncologie de Langue Française; USPSTF: US Preventive Services Task Force; NA: not applicable.
[#]: refer to text; [†]: radon exposure, occupational exposure (silica, cadmium, asbestos, arsenic, beryllium, chromium, diesel fumes, and nickel), cancer history (survivors of lung cancer, lymphomas, cancers of the head and neck, or smoking-related cancers), family history of lung cancer, disease history (chronic obstructive pulmonary disease or pulmonary fibrosis); [‡]: such as chronic obstructive pulmonary disease with forced expiratory volume in 1 s of ≤ 70% of predicted, environmental or occupational exposures, any prior cancer or thoracic radiation, genetic or family history.

האם גברים ערבים יפסיקו לעשן? ניתוח גורמים לפי תיאורית השינוי בשלבים

ד"ר ניהאיה דאוד, עוסמאן אמירה, ד"ר סמאח חאייק, אחמד מוחמד, אמיר קעדאן, ד"ר קתלין אבו-סעד, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'. (דצמבר 2013).

(מתוך תקציר דוח מחקר פנימי אשר הוגש למכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות בישראל)

רקע

למרות התקדמות גדולה במדיניות מניעת והפסקת עישון בישראל, שיעור העישון בקרב הגברים הערבים כמעט כפול מזה שבקרב יהודים. במחקר הנוכחי השתמשנו בתיאוריה של שלבי השינוי ע"מ ללמוד על המוכנות של גברים ערבים להפסיק לעשן, במיוחד לאור כניסתן של טכנולוגיות (סדנאות ותרופות לגמילה מעישון) לסל שירותי הבריאות בשנת 2010.

מטרות

למפות בקרב גברים ערבים את שלבי השינוי (חוסר עניין, חשיבה, הכנה, פעולה והתמדה וסיום) בהקשר למוכנותם להפסיק לעשן, ולבדוק את הקשר בין קבלת עצה מרופא להשתמש בטכנולוגיות החדשות לגמילה מעישון לבין שלבי השינוי להפסקת עישון.

שיטה

מחקר חתך ארצי שכלל מדגם אקראי שכבתי של 964 גברים ערבים מעשנים בהווה או בעבר, בגילאי 18-64. אחוז ההיענות במחקר היה 83%. הגברים רואיינו פנים מול פנים באמצעות שאלון מובנה בשפה הערבית.

ממצאים עיקריים

אחוז המעשנים כעת במדגם היה 71.4% ומעשנים בעבר 28.6%. בקרב המעשנים כעת 70.8% עישנו סיגריות, 8.1% עישנו נרגילה ו-20.9% עישנו גם סיגריות וגם נרגילה. כמחצית מהמשתתפים במחקר (50.3%) היו בשלב חוסר עניין להפסיק לעשן, כ-20% בשלב החשיבה, כ-12% בהכנה, והשאר (18.6%) בשלבי הפעולה, ההתמדה או הסיום. כ-60% דווחו שהרופא מעולם לא שוחח אתם על גמילה מעישון, ובכ-90% מהמקרים הרופא לא המליץ על סדנא או תרופות לגמילה מעישון. בניתוח רב משתני נמצא כי ניסיונות להפסקת עישון בעבר, מחלות כרוניות, מעשן נוסף בתוך הבית, תחושת אפליה, ידע ועמדות בנושא עישון, תהליכי השינוי, ועמידה בפיתויים היו קשורים באופן מובהק לנכונות להפסיק לעשן. קבלת עצה מרופא לגמילה מעישון לא נמצאה קשורה לנכונות להפסיק לעשן.

מסקנות

אחוז גבוה של גברים ערבים נמצאים בשלב חוסר עניין להפסיק לעשן. קבלת המלצה מרופא לא הייתה קשורה לנכונות שלהם להפסיק לעשן. לכן, על מנת להעביר גברים ערבים משלב של חוסר עניין נראה שחשוב להעלות את המודעות שלהם לנזקי העישון. כמו כן חשוב שיותר רופאים ימליצו על הפסקת עישון.

השלכות לקובעי מדיניות

המחקר סיפק מידע חיוני שיכול לעזור בתכנון התערבות אפקטיבית לגמילה מעישון, במיוחד בכל הקשור לניצול טכנולוגיות הגמילה מעישון והמלצת רופא לפנות לגמילה מעישון.

מיפוי גורמים ואמצעים שיכולים לסייע בהפסקת עישון בקרב גברים ערבים בישראל לפי

שיטת ה- Concept mapping

ד"ר ניהאיה דאוד, דועאא זייד, רותי ויינשטיין, אחמד מוחמד, אמיר קעדאן, פאתן גטאס, ד"ר מוחמד חטיב, ניבה בסודו-מנור, חיים גבע-הספיל, פרופ' איתמר גרוטו. (מאי 2014).
(תקציר פוסטר שהוגש בכנס בריאות הציבור בישראל מאי 2014, ת"א)

תקציר

בישראל, סקרים לאומיים מעידים על שיעור כמעט כפול של עישון בקרב גברים ערבים לעומת גברים יהודים. אולם, קיים מחסור בידע לגבי מגוון השיטות והאמצעים שיכולים לסייע במניעת והפסקת עישון בקרב גברים ערבים.

במחקר זה השתמשנו בשיטת ה-Concept mapping המשלבת שיטות איכותניות וכמותיות ומציגה בצורה גראפית את רעיונות המשתתפים בקשר לשאלת מחקר מרכזית. השיטה כוללת ארבעה שלבים: 1. Brainstorming - סיעור מוחות 2. Sorting - סיווג הרעיונות או ההיגדים שעלו בשלב סיעור המוחות. 3. Rating - דירוג לפי חשיבות של ההיגדים או הרעיונות שעלו בשלב סיעור המוחות. 4. Mapping - יצירת מפות רב ממדיות בעקבות ניתוח הירארכי של אשכולות באמצעות תוכנת ה-Concept Systems.

מטרת המחקר

זיהוי גורמים ואמצעים שיכולו לסייע לגברים ערבים בהפסקת עישון, זאת לפי דעתם של גברים ערבים מעשנים, באמצעות שיטת ה-Concept mapping.

שיטות

אוכלוסיית המחקר כללה גברים ערבים מעשנים (כעת או בעבר) בגיל 18-64. שלב סיעור המוחות כלל 127 משתתפים ב-12 קבוצות. הם גיוסו בשיטת כדור השלג. הקבוצות התקיימו באזור הצפון, במרכז, ובדרום. בתחילת המפגש המשתתפים מלאו שאלון קצר ולאחר מכן הם נתבקשו לענות על השאלה (focal question): **אחוז הגברים הערבים המעשנים הנו גבוה יחסית. במסגרת קבוצה זו אנו מעוניינים לבדוק מה לדעתכם הגורם או האמצעי הטוב ביותר שיכול לעזור לגברים ערבים מעשנים להפסיק לעשן.** בשלב המיון והדירוג השתתפו 202 גברים ערבים מעשנים במסגרת 12 קבוצות. באמצעות שאלון הם דירגו את הרעיונות, שנמצאו בשלב סיעור המוחות, על סולם לפי חשיבות. בנוסף הם סווגו את הרעיונות לקבוצות ותייגו אותם בשמות. בשלב המיפוי, הממצאים של הדירוג והמיון הוצגו במפות, באמצעות תוכנת ה-Concept Systems והמשתתפים נתבקשו לחוות את דעתם על המפות.

ממצאים

שלב סיעור המוחות הניב 477 רעיונות להפסקת עישון. אלה קובצו ע"י צוות המחקר תחילה ל-111, ולאחר מכן צומצם ל-58 היגדים. שלב המיון הניב 11 אשכולות של אמצעים להפסקת עישון שדורגו לפי החשיבות מהגבוהה לנמוך: העלאת המודעות לנזקי העישון, סמכות האב ותפקידו, תפקיד הרופא הראשוני, אכיפת החוק למניעת עישון, הגורם הפסיכולוגי, שיפור

תפקיד קופות חולים, פעילות רב מערכתית, שינוי המדיניות הממשלתית כלפי החברה הערבית, עידוד הפעילויות למניעת והפסקת עישון, תפקיד החברה הערבית באכיפה ומניעה והעלאת מחירים.

מסקנות

הממצאים מעידים על מורכבות הבעיה של העישון בקרב הגברים הערבים, מדגישים את הצורך בפתרון רב מימדי לסוגיה ומדרגים מגוון אמצעים לפתרונה.

בדיקת הקשר בין עישון כפוי ומחלות לב כלילית חריפה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.

עואודה חאלד, ביה"ח פוריה ואוניברסיטת חיפה

רקע

מחקרים אפידמיולוגיים רבים הדגימו את הקשר בין עישון כפוי למחלות לב. שיעורי העישון בקרב גברים ונשים ערבים הינן 48.8% ו- 5.2% בהתאמה. נשים ערביות נמצאות בסיכון גבוה פי 2.4 להתקף לב מאשר נשים יהודיות על אף שהן מעשנות פחות מנשים יהודיות, אולם עישון כפוי מצד הבעל והסביבה לא נחקר עדיין כגורם סיכון עצמאי למחלת לב כלילית חריפה בקרב נשים ערביות.

יעד ומטרה כללית

לבדוק את הקשר בין חשיפה לעישון כפוי לבין תחלואה במחלת לב כלילית חריפה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.

מטרות ספציפיות

1. בדיקת הקשר בין רמות חשיפה שונות לעישון כפוי, לבין מחלת לב כלילית חריפה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.
2. בדיקת הקשר בין ריבוי גורמי סיכון למחלות לב בנוסף לעישון כפוי, לבין מחלת לב כלילית חריפה בקרב נשים ערביות ישראליות באזור הצפון.
3. בדיקת עמדות הנשים הערביות הישראליות באזור הצפון כלפי החשיפה לעישון כפוי.

תבנית המחקר – מקרה-מבחן

אוכלוסיית המחקר

המקרים: נשים ערביות ישראליות המתגוררות באזור הצפון, לא מעשנות, בגילאי 35-70, אשר אושפזו בין ינואר 2008 עד סוף דצמבר 2011 במערך הקרדיאלי בבית חולים פוריה וכן שוחררו עם האבחנה של מחלת לב כלילית ראשונית חריפה.

הביקורות: נשים ערביות ישראליות המתגוררות באותו אזור, לא מעשנות, בגילאים 35-70, ללא מחלות לב ברקע.

גודל המדגם: 146 נשים, 73 מקרים ו-73 ביקורות, מזווגות לפי 3 קריטריונים: גיל ± 3 שנים, סטטוס מחלת סוכרת ואזור מגורים.

שיטה

146 נשים מקרים וביקורות אשר חתמו על הסכמה להשתתף במחקר רואיינו פנים מול פנים בביתן ע"י אחיות מיומנות ומודרכות באופן אחיד באמצעות שאלון כללי ושאלון חשיפה לעישון כפוי המתורגמים לערבית. בנוסף לכך, מדידות אנתרופומטריות (משקל, גובה, היקף מותן/ירך) ומדידת לחץ דם התבצעו בזמן הראיון לכל המשתתפות.

עיבודים סטטיסטיים

בבדיקת הקשר בין משתנים דיכוטומיים למחלת לב כלילית בין קבוצת המקרים לביקורות השתמשנו במבחן McNamara's המתאים למדגמים מזווגים. למשתנים רציפים המתפלגים

נורמאלית השתמשנו במבחן t למדגמים מזווגים. בהמשך בוצע עיבוד רב משתני של הנתונים באמצעות רגרסיה לוגיסטית מותנית לקבלת יחס צולב כאומדן לסיכון היחסי מתוקנן למשתנים מבלבלים.

תוצאות

שיעור ההיענות היה מעל ל-90%, בשתי קבוצת המחקר. חשיפה לעישון כפוי במהלך הנישואין בחמש השנים האחרונות, חשיפה לעישון כפוי ברמה יותר משש שעות ביום, יתר לחץ דם (HTN) והיסטוריה משפחתית של מחלת לב כלילית (FH of CHD), נצפו כגורמי הסיכון החזקים ביותר הקשורים במחלות לב כלילית חריפה. לאחר תקנון למשתנים HTN, FH of BMI ≥ 25 , שנמצאו שונים באופן מובהק בין קבוצת המקרים והביקורות, החשיפה לעישון כפוי (כמשתנה דיכוטומי) לאחר הנישואים בחמש השנים האחרונות נותרה גורם סיכון משמעותי ומובהק למחלת לב כלילית עם יחס צולב של 6.1, 95% רווח בר-סמך 1.93-19.3. בחשיפה לעישון כפוי ברמה 2-6 שעות ביממה יחס סיכון היה 5.69, 95% רווח בר-סמך 1.48-21.73. בחשיפה לעישון כפוי ברמה של יותר מ-6 שעות ביום, יחס הסיכון היה 26.11, 95% רווח בר-סמך 4.26-159. כמו כן, היסטוריה משפחתית של מחלות לב נשאר גורם סיכון מובהק למחלת לב כלילית עם יחס סיכון 4.54, 95% רווח-סמך 1.52-13.55.

בבדיקת עמדות נשים ערביות כלפי עישון בבית, במקומות ציבוריים ובאירועים משפחתיים, נשים מקבוצת המקרים נטו באופן מובהק להסכים יותר עם מניעה ואיסור עישון במקומות אלו. אולם באומדן יכולתן להשפיע על סביבתן להימנע מעישון הציגו עמדה חלשה יותר ביחס לנשים מקבוצת הביקורת.

מסקנות

נראה כי עישון כפוי הינו גורם סיכון עצמאי וחזק למחלת לב כלילית חריפה בנשים ערביות. הקשר נותר מובהק גם לאחר תיקנון לגורמי סיכון ידועים אחרים. נשים ערביות עם מחלת לב כלילית ראשונית חריפה מביעות עמדה נחרצת יותר נגד עישון במקומות ציבוריים או בבית וכלפי הצורך באיסור, אך חשו שהן בעלות יכולת השפעה חלשה על החשיפה לעישון בסביבתן.

המלצות

מחקר זה הינו הראשון מסוגו בארץ וממצאיו מדגישים את חשיבות צמצום החשיפה לעישון כפוי כחלק מכל תכנית מניעה ראשונית למחלת לב כלילית באוכלוסייה הערבית. על תכניות המניעה לפעול להגברת המודעות בקרב גברים ונשים ערבים לסיכון הכרוך בעישון כפוי ולהעניק להם את הכלים והביטחון לשנות את הרגלי העישון בבית ובמקומות ציבוריים. בנוסף, יש מקום למחקר דומה, גדול יותר שיכסה אזורים נוספים בארץ, לצורך הערכת הנזקים הבריאותיים השונים הקשורים בחשיפה לעישון כפוי בקרב אוכלוסייה זו. הפעלת תכנית מניעה במטרה לצמצם ישנו צורך מוכח לפיתוח תכנית מניעת חשיפה לעישון כפוי בקרב נשים ערביות באמצעות הפחתת שיעורי העישון הפעיל בקרב גברים ערביים, והעצמת נשים ערביות לעמוד על זכותן ועל זכות ילדיהן לנשום אוויר נקי.

עישון בקרב אמהות וילדיהן מתוך סקר מב"ת לרך 2009-2012

הסקר הלאומי לגבי מצב הבריאות והתזונה (מב"ת) בקרב תינוקות ופעוטות בישראל (סקר מב"ת לרך) בוצע על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לתזונה במשרד הבריאות ובשיתוף המחלקה לחינוך וקידום בריאות, המחלקה לאם, לילד ולמתבגר והמחלקה לסיעוד בשירותי בריאות הציבור. הסקר החל בספטמבר 2009 והסתיים ביוני 2012.

אוכלוסיית הסקר כללה את כל האימהות שאושפזו ללידה בבתי החולים נבחרים בארץ בתאריכים נבחרים בין ספטמבר 2009 ועד פברואר 2010.

כחלק מהסקר, בשלבים השונים, נשאלו האימהות מספר שאלות בנושא הרגלי עישון וחשיפה לעישון כפוי, הטבלאות המובאות להלן נלקחו מתוך הפרק העוסק בנושא הרגלי עישון.

טבלה 13.1: עישון האם לפני הריון ובמהלכו לפי קבוצת אוכלוסייה (שאלון גיל חודשיים)

מספרים מוחלטים ואחוזים (שאלון 2: שאלות 79, 80)

סה"כ משוקלל לקב' אוכלוסייה TOTAL WEIGHTED FOR POPULATION GROUP	קבוצת אוכלוסייה POPULATION GROUP				עישון האם לפני הריון MATERNAL SMOKING – PRIOR TO PREGNANCY	
	ערביות Arabs N=609		יהודיות Jews N=710			
	%	N	%	N		
15.2	1.5	9	19.7	140	כן Yes	
84.8	98.5	600	80.3	570	לא No	
	ערביות Arabs N=9		יהודיות Jews N=140		עישון האם במהלך הריון * Maternal smoking– during pregnancy*	
	%	n	%	N		
	22.2	2	12.9	18	המשיכה לעשן כמו קודם Continued to smoke as before	המשיכה לעשן Continued Smoking
	55.6	5	26.4	37	הפחיתה בעישון Reduced smoking	
	---	---	1.4	2	הגבירה את העישון Increased smoking	
	77.8	7	40.7	57	סה"כ Total	
	22.2	2	59.3	83	הפסיקה לעשן Ceased smoking	

* בקרב מעשנות

טבלה 13.2: עישון האם לפי קבוצת אוכלוסייה

מספרים מוחלטים ואחוזים (שאלון 2: שאלה 78 שאלון 3: שאלה 64 שאלון 4: שאלה 54 שאלון 5: שאלה 53)

סה"כ משוקלל לקב' אוכלוסייה Total Weighted for population group	קבוצת אוכלוסייה Population group				עישון האם בראיון גיל חודשיים Maternal smoking at 2 months interview
	ערביות Arabs N=609		יהודיות Jews N=710		
	%	N	%	n	
10.2	1.5	9	13.1	93	כן Yes
89.8	98.5	600	86.9	617	לא No
	ערביות Arabs N=408		יהודיות Jews N=553		עישון האם בראיון גיל חצי שנה Maternal smoking at 6 months interview
%	%	N	%	n	
11.6	0.5	2	15.2	84	
88.4	99.5	406	84.8	469	לא No
	ערביות Arabs N=378		יהודיות Jews N=515		עישון האם בראיון גיל שנה Maternal smoking at 1 year interview
%	%	n	%	n	
11.7	0.5	2	15.3	79	
88.3	99.5	376	84.7	436	לא No
	ערביות Arabs N=345		יהודיות Jews N=532		עישון האם בראיון גיל שנתיים Maternal smoking at 2 years interview
%	%	n	%	n	
11.5	1.7	6	14.7	78	
88.5	98.3	339	85.3	454	לא No

טבלה 13.3: חשיפת התינוק לעשן סיגריות בראיון גיל חודשיים לפי קבוצת אוכלוסייה
 מספרים מוחלטים ואחוזים (שאלון 2: שאלות 82, 83, 84)

סה"כ משוקלל לקב' אוכלוסייה TOTAL WEIGHTED FOR POPULATION GROUP	קבוצת אוכלוסייה POPULATION GROUP				התדירות בה נחשף התינוק לעישון סביל FREQUENCY OF THE INFANT'S EXPOSURE TO PASSIVE SMOKING	
	ערבים Arabs N=609		יהודים Jews N=710			
%	%	N	%	n		
0.8	1.6	10	0.6	4	כל יום Every day	כן Yes
0.9	2.8	17	0.3	2	כמעט כל יום Almost every day	
29.8	47.6	290	23.9	170	לפעמים Occasionally	
31.5	52	317	24.8	176	סה"כ Total	
68.5	47.9	292	75.2	534	אף פעם Never	
	ערביות Arabs N=609		יהודיות Jews 709N=		תדירות העישון בתוך הבית כאשר התינוק נמצא בבית Frequency of smoking in the house when the infant is present	
%	%	N	%	N		
2.1	3.0	18	1.8	13	כל יום Every day	כן Yes
1.3	4.1	25	0.4	3	כמעט כל יום Almost every day	
4.0	8.7	53	2.4	17	לפעמים Occasionally	
7.4	15.8	96	4.6	33	סה"כ Total	
92.6	84.2	513	95.3	676	אף פעם Never	
	ערביות Arabs N=609		יהודיות Jews N=709		תדירות העישון בתוך הרכב כאשר התינוק נמצא בתוך הרכב Frequency of smoking in the car when the infant is present	
%	%	N	%	N		
0.1	0.5	3	---	----	כל יום Every day	כן Yes
0.3	1.3	8	---	----	כמעט כל יום Almost every day	
2.4	6.9	42	1.0	7	לפעמים Occasionally	
2.9	8.7	53	1.0	7	סה"כ Total	
94.2	90.8	553	95.3	676	אף פעם Never	
2.9	0.5	3	3.7	26	לא רלוונטי Not relevant	

כ-25% מהתינוקות היהודים ו- 52% מהתינוקות הערבים היו חשופים לעישון סביל בראיון גיל חודשיים.

פרק יא: דו"ח הרופא הכללי של ארה"ב על עישון ובריאות

מעבר לנתונים המוצגים בדו"ח זה בהתאם לדרישת החוק, מדי שנה מוצגים בדו"ח פרקים שונים שנועדו להציג מידע רלוונטי נוסף ביחס לעישון ולהרחיב את בסיס הידע הקיים לגבי העישון מהיבטים שונים.

בפרק זה מובא תרגום של תקציר המנהלים של דו"ח הרופא הכללי של ארה"ב על עישון ובריאות, שמציין 50 שנה מאז פרסום הדו"ח הראשון של הרופא הכללי. הדו"ח מציג מידע חדש לצד סקירה של 50 השנה שחלפו מבחינה אפידמיולוגית, בסיס המידע הרפואי הקיים ביחס לעישון ונזקיו וממליץ על המדיניות הנדרשת על מנת להביא לסיום מגיפת העישון בארה"ב.

ההשלכות הבריאותיות של עישון – 50 שנים של התקדמות

דוח הרופא הכללי של ארה"ב

תקציר מנהלים

2014

משרד הבריאות ושירותי אנוש,
לשכת שירות בריאות הציבור של הרופא כללי,
רוקוויל, מרילנד

סקירה כללית

בארצות הברית של המאה העשרים, מגיפת התחלואה שמקורה בעישון מדורגת בין אסונות בריאות הציבור הגדולים של המאה. לעומתה, הירידה בשיעור המעשנים בעקבות הפיקוח על הטבק חייבת להיחשב לאחת ההצלחות הגדולות ביותר בתחום בריאות הציבור. עם זאת, שיעור ההתקדמות הנוכחי בפיקוח על טבק אינו מהיר דיו ויש עוד הרבה שצריך לעשות כדי לשים קץ למגיפת הטבק. הרמות הגבוהות והבלתי מתקבלות על הדעת של תחלואה ותמותה שניתן לייחס לעישון, על העלויות הנלוות אליהן, ימשיכו ללוות אותנו עוד עשורים רבים אם לא יחול שינוי בגישה שלנו להאטה ואף עצירת המגיפה. אם יימשך העישון בשיעור הנוכחי בקרב צעירים בארה"ב, צפויים 5.6 מיליון אמריקאים, שגילם כיום פחות מ-18 שנים, למוות בטרם עת כתוצאה ממחלה הקשורה בעישון (פרק 12).

מעל 20 מיליון אמריקאים מתו כתוצאה מעישון מאז פורסם בשנת 1964 הדוח הראשון של הרופא הכללי על עישון ובריאות (טבלה 1) (פרק 12). רובם היו מבוגרים עם היסטוריה של עישון, אך כמעט 2.5 מיליון היו לא מעשנים, שמתו ממחלות לב או מסרטן הריאה, כתוצאה מחשיפה לעישון כפוי. 100,000 נוספים היו תינוקות שנפטרו מתסמונת מוות פתאומי (המכונה גם 'מוות בעריסה' או SIDS), או מסיבוכים כתוצאה מכך שנולדו בטרם עת, נולדו במשקל נמוך או מצבים אחרים שנגרמו מעישון של ההורים, בייחוד האם.

טבלה 1 מקרי מוות בטרם עת שנגרמו מעישון פעיל ועישון כפוי, 1965-2014

סיבת המוות	סה"כ
סוגי סרטן הקשורים בעישון	6,587,000
מחלות של הלב וכלי הדם ומחלות מטבוליות	7,787,000
מחלות ריאה	3,804,000
מצבים הקשורים בהריון ובלידה	108,000
דליקות בבתי מגורים	86,000
סוגים של סרטן הריאה כתוצאה מעישון כפוי	263,000
מחלות לב כליליות כתוצאה מעישון כפוי	2,194,000
סה"כ	20,830,00

מקור: המרכזים לבקרה ומניעה של מחלות, המרכז הלאומי למניעת מחלות כרוניות וקידום הבריאות, המשרד לענייני עישון ובריאות, נתונים שלא פורסמו.

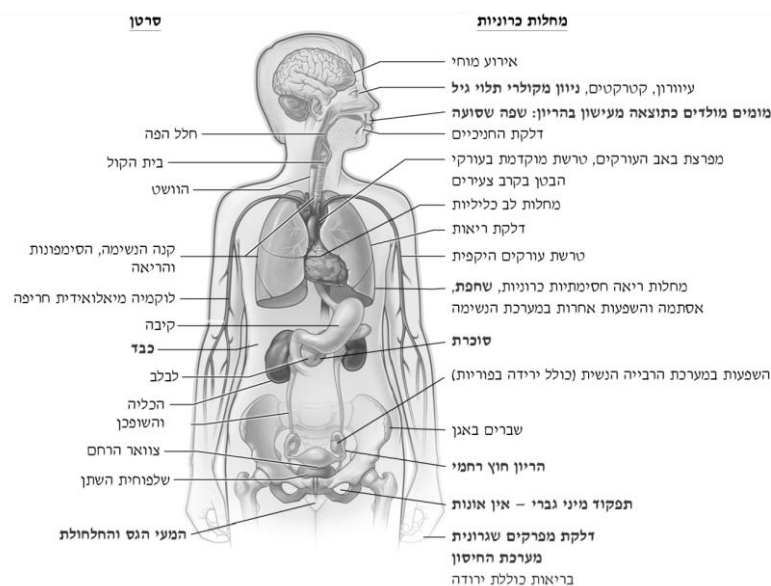
כפי שניתן לראות מהנתונים הללו, הנזקים הנגרמים מהדפוסים ההיסטוריים של השימוש בטבק בארצות הברית, ובייחוד כתוצאה מעישון סיגריות, הם אדירים. יותר מפי-10 אזרחי ארה"ב מתו טרם זמנם כתוצאה מעישון סיגריות מאשר כל הנפלים בכל המלחמות שנלחמה ארצות הברית בכל תולדותיה. בזה אחר זה, שבו מחקרים שונים ואיששו את היקף הנזק הנגרם לגוף האדם מחשיפה לרעלנים וחומרים מסרטנים המצויים בעשן הטבק. מאז 1964, תועד ב-31 הדוחות הקודמים של הרופא הכללי גוף ראיות הממשיך לגדול, אך כבר אפשר לראות בו גוף הוכחות

מכריע, לגבי ההשלכות השליליות של השימוש בטבק על התאים והאיברים בגוף האדם ועל בריאותו הכוללת. הנתונים הסטטיסטיים מתחום הבריאות מלמדים כי כל האוכלוסיות מושפעות.

דוחות קודמים של הרופא הכללי עקבו אחר התפתחותן של הסיגריות, עד שהפכו למה שהן כיום: מוצרים ממכרים וקטלניים שהם פרי תכנון הנדסי קפדני, המכילים חומרים כימיים שיש בהם, כשהם לעצמם, נזק נוסף, ואולם שריפת הטבק מייצרת תערובת כימית מורכבת ובה מעל 7,000 תרכובות הגורמות למגוון רחב של מחלות ומקרי מוות בטרם עת כתוצאה מכך (משרד הבריאות ושירותי אנוש של ארה"ב [USDHHS] 2010). אף כי שכיחות העישון ירדה באופן משמעותי במחצית המאה שחלפה, לא חלה ירידה בסיכוני התחלואה והתמותה הקשורים בעישון. למעשה, המעשנים של ימינו – גברים ונשים כאחד – נתונים בסיכון גבוה בהרבה ללקות בסרטן הריאה ובחסמת הריאות/מחלות ריאה חסימתיות כרוניות (COPD) מאשר מעשנים ב-1964, על אף שהם מעשנים פחות סיגריות (ראו פרקים 6, 7 ו-11 וכן איור 12.2 ואיור 13.16).

דוח הרופא הכללי משנת 2004 לימד כי העישון משפיע כמעט על כל איבר בגוף (USD-HHS 2004). בדוח משנת 2006 נאמר כי על פי הראיות המדעיות, אין רמת חשיפה נטולת סיכונים לעישון כפוי (USD-HHS 2006). הראיות החדשות בדוח הנוכחי מוסיפות תמיכה במסקנות אלה. חמישים שנים לאחר הדוח הראשון ב-1964, מדהים לגלות כי הראיות המדעיות בדוח הנוכחי מרחיבות עוד יותר את רשימת המחלות ויתר ההשפעות הרפואיות השליליות הנגרמות מעישון ומחשיפה של לא-מעשנים לעשן טבק. הממצאים החדשים מובלטים באיורים A1.1 ו-B1.1 ומראים כי סיכוני התחלואה גבוהים עוד יותר משהוצג בדוחות הקודמים.

איור A1 ההשלכות הבריאותיות שנמצא קשר סיבתי בינן לבין עישון



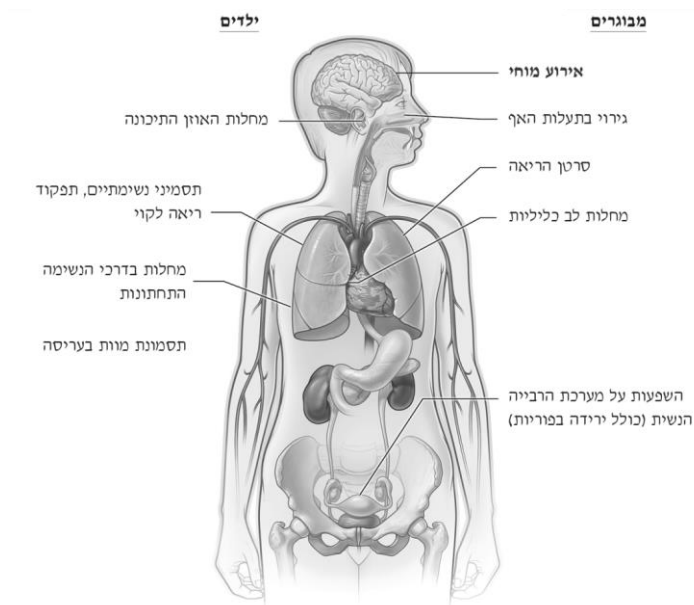
מקור: USDHHS 2004, 2006, 2012.

הערה: המצבים המסומנים בהדגשה הם מחלות שבדוח זה נמצא קשר סיבתי בינן לבין עישון.

בין הממצאים החדשים:

- סרטן הכבד וסרטן המעי הגס והחלחולת נוספו לרשימה הארוכה של סוגי סרטן הנגרמים מעישון;
 - עישון כפוי הוא אחד מהגורמים לאירועים מוחיים;
 - עישון מגביר את הסיכון למוות מסרטן וממחלות אחרות, בקרב חולי סרטן ובקרב מי שהחלימו מסרטן;
 - עישון הוא אחד הגורמים לסוכרת ועישון גורם להשפעות שליליות כלליות על הגוף, כולל דלקות, ופוגע במערכת החיסון. העישון הוא אחד מהגורמים לדלקת מפרקים שגרונית.
- ב-50 השנים שחלפו מאז הדוח של 1964 הושגה התקדמות רבה בפיקוח על הטבק וחלו שינויים בגישה – מאמצעים בדידים, כמו למשל אזהרות קטנות בטקסט בלבד על גבי חפיסות, ליישום של תוכניות פיקוח מקיפות, כולל איסור על עישון בתוך מבנים, תמיכה בהפסקת עישון, הגבלות על פרסום וקידום מכירות, קמפיינים באמצעי התקשורת והעלאות מס בכדי לגרום לעליית מחירים (פרקים 2 ו-14). ירידה נרשמה בשיעור המעשנים, כמו גם בשיעור התמותה במחלות מסוימות הנגרמות מעישון, כמו למשל מחלות לב וסרטן הריאה, שעישון הוא הגורם העיקרי שלו, אך יחד עם זאת, בשנים 2005-2009, גרם העישון ליותר מ-480,000 מקרי מוות בטרם עת מדי שנה בקרב אמריקאים בגילאי 35 ומעלה (פרק 12). מעל 87% ממקרי המוות כתוצאה מסרטן הריאה, 61% מכלל מקרי המוות ממחלות ריאה ו-32% מסך כל מקרי המוות ממחלות לב כלליות הם מקרי מוות שניתן ליחסם לעישון פעיל ועישון כפוי. בנוסף, אם תימשך המגמה הנוכחית, 5.6 מיליון בני נוער בארה"ב שגילם פחות מ-18 שנים ימותו טרם זמנם כתוצאה מעישון (פרק 12).

איור B1 ההשלכות הבריאותיות שנמצא קשר סיבתי בין לבין עישון כפוי



מקור: USDHHS 2004, 2006.

הערה: המצבים המסומנים בהדגשה הם מחלות שבדוח זה נמצא קשר סיבתי בין לבין עישון כפוי.

רבים מהממצאים בדוח זה הם בעלי רלוונטיות מיוחדת מבחינתן של נשים שהן מעשנות פעילות. לראשונה אי-פעם, סיכוייהן של נשים אלה למות מהמחלות הרבות הנגרמות מעישון משתווים לסיכוייהם של גברים (פרק 12). הסיכון היחסי למוות ממחלת לב כלילית בקרב נשים גילאי 35 ומעלה גבוה יותר כיום מאשר אצל גברים. בשל העלייה הגדולה ברמת הסיכון לנשים בעשורים האחרונים, נשים שהן מעשנות פעילות כיום נמצאות בסיכון מוגבר למוות מסרטן הריאה ברמה זהה לזו של גברים.

מלבד השלכות העישון על מצב הבריאות והרווחה האישית, האומה כולה משלמת מחיר כלכלי כבד על העישון. כיום, הערכת הפסדי פרודוקטיביות כתוצאה ממוות בטרם עת מוערכים במעל ל-150 מיליארד דולר בשנה (פרק 12). בנוסף, על פי ההערכות, הערך של אובדן פרודוקטיביות כתוצאה ממוות בטרם עת בגלל עישון כפוי עומד כיום על כ-5.6 מיליארד דולר בשנה. העלות השנתית של טיפול רפואי ישיר במבוגרים אשר ניתן לייחסו לעישון עומדת כיום, על פי ההערכות, על מעל ל-130 מיליארד דולר (פרק 12).

הדוח המקיף מתעד את ההשלכות ההרסניות של 50 שנות שימוש בטבק בארצות הברית. הוא מעדכן נתונים ומספר רב של השפעות בריאותיות כתוצאה מעישון פעיל ועישון כפוי ומפרט מגמות בבריאות הציבור בהקשר עם השימוש בטבק – מעודדות ולא מעודדות כאחת. ממצאי הדוח מעידים על התקדמות יציבה בצמצום שכיחות העישון ונותנים תוקף לאסטרטגיות הפיקוח על טבק אשר הוכח באופן עקבי כי הן יעילות. עוד בוחן הדוח אסטרטגיות בעלות פוטנציאל לחסל סוף-כל-סוף את התמותה והתחלואה כתוצאה ממגיפת הטבק ומתאר אמצעים ספציפיים אשר יש לנקוט באופן מיידי כדי להדיח את העישון מהמקום הראשון שהוא תופס זה עשורים רבים ברשימת גורמי התמותה והתחלואה הניתנים למניעה בקרב אזרחי ארצות הברית. ולבסוף, הדוח מתעד את אמצעי ההתערבות האפקטיביים הזמינים כיום וקורא ליישומם המלא.

מסקנות עיקריות מהדוח

1. מגיפת עישון הסיגריות הנמשכת זה מאה שנה גרמה לטרגדיה אדירה וניתנת למניעה בתחום בריאות הציבור. מאז דוח הרופא הכללי ב-1964, ניתן לייחס מעל 20 מיליון מקרי מוות בטרם עת לעישון הסיגריות.
2. האסטרטגיות האגרסיביות של תעשיית הטבק, שהוליכה את הציבור שולל במזיד לגבי הסיכונים הכרוכים בעישון סיגריות, היא שיצרה והמשיכה לקיים את מגיפת הטבק.
3. מאז דוח הרופא הכללי משנת 1964, נמצא קשר סיבתי בין עישון סיגריות למחלות בכמעט כל איברי הגוף, כמו גם ירידה במצב הבריאות ונזק לעוברים. אפילו 50 שנים לאחר הדוח הראשון של הרופא הכללי, ממשיך המחקר לזהות מחלות חדשות הנגרמות מעישון, כולל מחלות נפוצות כמו סוכרת, דלקת מפרקים שגרנית וסרטן המעי הגס והחלחולת.

4. נמצא קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין סרטן, מחלות בדרכי הנשימה ומחלות לב וכלי דם, כמו גם להשפעות שליליות על בריאותם של תינוקות וילדים.
5. עלייה חדה נרשמה ב-50 השנים האחרונות בסיכוני התחלואה הכרוכים בעישון אצל נשים וכיום רמת הסיכון שלהן משתווה לזו של גברים לגבי סרטן הריאה, חסמת הריאות/מחלות ריאה חסימתיות כרוניות ומחלות לב וכלי דם.
6. מלבד התחלואה הרבה, יש לעישון סיגריות השפעות שליליות רבות על הגוף, כמו למשל מצבים דלקתיים ופגיעה במערכת החיסון.
7. אף כי היקף העישון של סיגריות ירד משמעותית מ-1964 ועד היום, עדיין יש הבדלים גדולים מאוד בשימוש בטבק בין קבוצות המוגדרות על פי גזע, מוצא אתני, רמת השכלה ומצב סוציו-אקונומי ואף בין אזורים שונים במדינה.
8. מאז דוח הרופא הכללי משנת 1964, הוכחה היעילות של תוכניות מקיפות לפיקוח על טבק בכל הנוגע לריסון השימוש בטבק. הישגים נוספים הם בגדר האפשר ביישום מלא, נחוש וממושך של האמצעים הללו.
9. בארצות הברית, נטל התחלואה והתמותה כתוצאה מהשימוש בטבק נגרם רובו ככולו מעישון של סיגריות ומוצרי טבק בעירים אחרים; חיסול מהיר של השימוש באלה יביא להקטנה דרמטית בנטל האמור.
10. במשך 50 השנים האחרונות, יצרו דוחות הרופא הכללי על עישון ובריאות מסד מדעי בעל חשיבות קריטית לפעולה בתחום בריאות הציבור, במטרה לצמצם את השימוש בטבק ולמנוע תחלואה ותמותה בטרם עת הקשורות בטבק.

דוח הרופא הכללי לשנת 2014 מכיל שלושה חלקים:

חלק 1: מבט היסטורי, סקירה כללית ומסקנות;

חלק 2: ההשלכות הבריאותיות של עישון פעיל ועישון כפוי: הראיות לשנת 2014;

חלק 3: מעקב ושימת קץ למגיפה.

להלן תקציר התוכן של כל אחד מהחלקים.

חלק 1: מבט היסטורי, סקירה כללית ומסקנות

כאשר ד"ר לותר ל. טרי פרסם את הדוח הראשון של הרופא הכללי על עישון ובריאות בינואר 1964, רק מעטים יכלו להעלות בדעתם את ההשלכות ארוכות הטווח שיהיו לדבר על בריאות האומה. הדוח סקר מעל 7,000 מאמרים מחקריים הקשורים בעישון ובתחלואה. חלק מהראיות שהתגלו מקורן בראשית המאה העשרים, אך רובן התקבלו במחקרים שהחלו במחצית המאה. הדוח הראשוני הסיק כי קיים קשר בין עישון לבין שיעור תמותה מוגבר מכל הסיבות בקרב גברים, כי עישון הוא גורם של סרטן הריאה וסרטן הגרון בקרב גברים, כי עישון הוא, כנראה, גורם של סרטן הריאה בקרב נשים וכי זהו הגורם החשוב ביותר בדלקת הסימפונות (ברונכיטיס) (המשרד לבריאות, חינוך ורווחה של ארה"ב, 1964). הכיסוי התקשורתי שקיבל הדוח היה נרחב ופרסומו דורג כאחד מהסיפורים החדשותיים החשובים של המאה העשרים (USA Today, 1999).

על אף האמור לעיל, השינוי בעמדות הציבור בנוגע לעישון והשפעותיו הבריאותיות השליליות היה איטי והיקף תופעת העישון הצטמצם באיטיות לאחר פרסום הדוח. ב-1964, יותר ממחצית הגברים וכמעט שליש מהנשים עישנו דרך קבע; כ-15 שנים נדרשו עד ששיעור המעשנים בקרב הגברים ירד ברבע או יותר (פרק 2). הראיות המדעיות סייעו בהרצת קמפיינים בתחום בריאות הציבור, אשר עסקו בסכנות העישון. תעשיית הטבק ניסתה להיאבק בקמפיינים הללו באמצעות פרסום אגרסיבי. התעשייה נקטה מגוון של שיטות כדי לייצר ספק אודות הממצאים על עישון ובריאות והפעילה אסטרטגיות שיווקיות שטשטשו את סכנות העישון בכך שהשתמעה מהן שיש סוגים מסוימים של סיגריות שאינם מסוכנים כמו השאר. למעשה, שיעור העישון בקרב נשים עלה בשנים שלאחר הדוח הראשון של הרופא הכללי.

עם זאת, במהלך העשורים שלאחר מכן, גובשו ביחס לשיווק ולפרסום של מוצרי טבק חוקים ועקרונות מדיניות ברמה המקומית, המדינתית והפדרלית, ואלה חייבו סימון ואריזה והגבילו את הגישה של צעירים למוצרים אלה ואת החשיפה לעישון כפוי. בכל מקום, החלו הנורמות החברתיות שבמסגרתן עישון היה מקובל להשתנות במסגרת עלייתה של תנועה עממית שמטרתה הייתה להגן על מי שאינם מעשנים. דוחות הרופא הכללי על השפעות השימוש בטבק על אוכלוסיות ספציפיות, עדכון רשימת המחלות הספציפיות הקשורות בעישון סיגריות

ובהתמכרות לניקוטין ונושא העישון הכפוי – כל אלה העניקו תנופה למגמת התרחקות הדרגתית אך יציבה מהעישון כנורמה חברתית מקובלת. השכיחות של עישון בקרב מבוגרים היא כיום פחות ממחצית השכיחות של 1964 וכך גם בקרב צעירים. סקר של מכון גאלופ משנת 2011 דיווח כי לראשונה, רוב האמריקאים תומכים באיסור עישון בכל המקומות הציבוריים (ניופורט 2011).

העלילה המתמשכת של השימוש בטבק המתוארת בדוח הנוכחי של הרופא הכללי מציגה את המורכבות והאופי הדינמי של הבעיה. דוח זה בוחן את העישון מנקודת המבט של בריאות הציבור; כתופעה תרבותית וחברתית; כהסתעפות של הקמפיינים האגרסיביים והכוזבים של תעשיית הטבק במטרה להטעות את הציבור לגבי הסכנות הבריאותיות; ומהיבטים משפטיים, היבטי מדיניות והיבטי חינוך הציבור.

חלק 2: ההשלכות הבריאותיות של עישון פעיל ועישון כפוי: הראיות לשנת 2014

משנת 1964 ועד היום, גדל מאוד גוף הראיות לגבי עישון ובריאות; רשימת ההשלכות השליליות של עישון הטבק התארכה בהתמדה; ומשנות ה-70 ואילך, הצליח המדע לקשור בין שאיפת עשן מיד שנייה (עישון כפוי) על ידי מי שאינם מעשנים, לבין מחלות ספציפיות ולהשפעות שליליות אחרות. גם בדוח הנוכחי, המתפרסם מחצית היובל לאחר הדוח הראשון, יש די ראיות כדי להסיק קשר סיבתי נוסף בין עישון פעיל ועישון כפוי לבין תחלואה.

ניקוטין והתמכרות: בדוח הרופא הכללי משנת 1988 נמצא כי הניקוטין הוא חומר ממכר (USDHHS 1988). מסקנה זו קיבלה אישוש שוב ושוב גם בדוחות הבאים, וכך גם מקומה המרכזי של ההתמכרות לניקוטין בהתחלת העישון ובקושי להיגמל ממנו (USDHHS 2010, 2012). בנוסף, ניקוטין הוא חומר פרמקולוגי פעיל שרמת הרעילות שלו גבוהה והוא חודר לגוף ומתפשט בו בנקל. מעבר לגרימת התמכרות, הוא מפעיל מספר רב של מסלולים ביולוגיים שיש בהם רלוונטיות לגדילת העובר והתפתחותו, למערכת החיסון, למערכת הלב וכלי הדם, למערכת העצבים ולגרימת סרטן. לחשיפה לניקוטין במהלך ההתפתחות העוברית, שהיא חלון הזדמנויות בעל חשיבות קריטית למוח, השלכות שליליות מתמשכות על התפתחות המוח. חשיפה לניקוטין במהלך ההריון תורמת גם לתוצאות שליליות ברבייה, כמו למשל לידה בטרם עת ומוות תוך רחמי.

סרטן: בארה"ב, סרטן הריאה, המחלה הקטלנית הראשונה (מתוך רשימה הולכת וגדלה) שזוהתה בדוח הרופא הכללי כמחלה הנגרמת מעישון (פרק 6), היא כיום גורם המוות השכיח ביותר מסרטן בקרב נשים וגברים כאחד. שני מחקרים שבוצעו על ידי האגודה למלחמה בסרטן של אמריקה היוו מקורות חשובים של מידע על הסיכון ללקות בסרטן הריאה בקרב מעשנים. שני המחקרים הללו עקבו אחר יותר ממיליון גברים ונשים בארה"ב מ-1959 במסגרת המחקר הראשון, ופעם נוספת ב-1982, במסגרת המחקר השני. הדוח הנוכחי מכיל השוואה בין

התוצאות מהמחקרים הללו לבין נתונים שנלקחו ממספר אוכלוסיות גדולות שהתקיים אחריהן מעקב בשנים 2000-2010 (Thun et al. 1997a,b, 2013). אף כי בשלושת המחקרים, הסכנה ללקות בסרטן הריאה עבור מי שמעולם לא עישן נותרה ברמה דומה, הסיכון למעשנים עלה בהתמדה. בקרב נשים, נרשמה עלייה דרמטית בסיכון ללקות בסרטן הריאה. במחקר משנת 1959, הסיכון ללקות בסרטן הריאה בקרב נשים מעשנות היה גבוה פי-2.7 מאשר הסיכון בקרב נשים שמעולם לא עישנו; במחקר של 2000-2010 נמצא כי חלה עלייה של כמעט פי-עשר (25.7) בסיכון הנוסף של נשים מעשנות. בקרב גברים מעשנים, הסיכון הוכפל ואף למעלה מכך (מ-12.2 ל-25.0) בתקופה שבין המחקר הראשון לבין האחרון. הסיכונים היחסיים הללו גדלו באותה תקופה, למרות הירידה בשכיחות העישון ובמספר הממוצע של סיגריות שצרך כל מעשן. אף כי חלה ירידה בשכיחות של קרצינומה קשקשית של הריאה (סרטן ריאה מסוג השכיח ביותר שאובחן בקרב מעשנים בתחילת מגיפת סרטן הריאה) עם הירידה בשיעור המעשנים, נרשמה עלייה דרמטית בשכיחות של אדנוקרצינומה של הריאה. מן הראיות עולה כי ייתכן שלשינויים בהרכב ובעיצוב הסיגריה עצמה הייתה השפעה מסוימת על הסיכון היחסי ללקות בסרטן הריאה, כמו גם על היסט בסוגי סרטן הריאה בקרב קבוצות גיל של מעשנים בתקופה הנוכחית (Thun et al. 2013).

במסגרת הדוח האחרון של הרופא הכללי הוערכו גם הראיות לגבי סוגים אחרים של סרטן והמסקנה היא כי עישון הוא גורם לסרטן הכבד ולסרטן המעי הגס והחלחולת, הרביעי ברשימת סוגי הסרטן הנפוצים בארצות הברית, האחראי למספר השני בגודלו של מקרי מוות מסרטן מדי שנה (פרק 6). עוד נאמר בדוח כי יש ראיות, אם כי אינן מספיקות, לכך שעישון פעיל ועישון כפוי גורמים לסרטן השד וכי עישון אינו מהגורמים לסרטן הערמונית. בנוסף, נמצא כי עישון מגביר את הסיכון למוות מסרטן וממחלות אחרות, בקרב חולי סרטן ובקרב מי שהחלימו מסרטן, כולל חולי סרטן השד וסרטן הערמונית.

מחלות במערכת הנשימה: בדוח הרופא הכללי מ-1964 נמצא כי עישון הוא בין הגורמים ל"ברונכיטיס כרוני" מונח שהיה מקובל באותה תקופה למה שמכונה כיום חסמת הריאות/מחלות ריאה חסימתיות כרוניות, או COPD (Fletcher et al. 1959). הואיל והמעשן שואף את העשן אל תוך הריאות ורכיבי העשן שוקעים ונספגים בריאות, העישון נקשר כבר מזמן להשפעות שליליות על מערכת הנשימה וידוע כגורם של מחלות ממאירות ולא ממאירות כאחת, גורם המחמיר מחלות ריאה כרוניות וגורם המגביר את הסיכון ללקות בזיהומים במערכת הנשימה. הספרות המדעית, המלמדת על קשר עם מספר רב של מחלות במערכת הנשימה, נרחבת בהיקפה, כמו גם הראיות התומכות בהיתכנות הביולוגית של העישון כגורם לקשרים הללו (פרק 7). בדוח נסקרו הראיות המעודכנות בנושא חסמת הריאות/מחלות ריאה חסימתיות כרוניות (COPD). התמותה מ-COPD ממשיכה לעלות והעישון ממשיך להיות הגורם האחראי לרוב-רובם של המקרים (פרק 7). אשר לסרטן הריאה, השוואת הממצאים של שני המחקרים

של האגודה למלחמה בסרטן באמריקה עם ממצאים ממחקרים חדשים יותר (בשנים 2000-2010) מלמדת על עלייה בסיכון ללקות ב-COPD, בייחוד בקרב נשים. במחקרים מן העת האחרונה נמצא כי הסיכון היחסי ללקות ב-COPD בקרב נשים עלה עלייה גדולה והגיע ל-22.4, בהשוואה למי שמעולם לא עישנו, והא כיום ברמה דומה לזו של גברים (Thun et al. 2013).

אשר לאסתמה ומחלות ריאה חסימתיות אחרות, נמצאו ראיות שדי בהן כדי להסיק כי עישון מחמיר את האסתמה בקרב מבוגרים מעשנים (פרק 7). היתרונות של יישום מדיניות איסור על עישון הוכחו בקרב עובדים הסובלים מאסתמה (Eisner et al. 1998; Menzies et al. 2006; Ayres et al. 2009; Wilson et al. 2012). הראיות שהובאו בחשבון בדוח זה מצביעות על צמצום מספר האשפוזים בגין מחלות במערכת הנשימה בעקבות יישום מדיניות איסור העישון (Tan and Glantz 2012). שחפת הייתה בעבר גורם תמותה מוביל בארצות הברית ועל אף שהמחלה כיום נדירה בהרבה בארצות הברית, נוכחותה ברחבי העולם נותרה בולטת. מהראיות שדווחו בעשור האחרון ניתן להסיק כי עישון מגביר את הסיכון לשחפת ולתמותה משחפת (פרק 7).

מחלות של הלב וכלי הדם: אף כי בארצות הברית, סרטן הריאה נחשב במקרים רבים לגורם התמותה הראשון במעלה כתוצאה מעישון, למעשה, על פי הנתונים השנתיים, מחלות לב וכלי דם אחראיות ליותר מקרי מוות בקרב מעשנים גילאי 35 ומעלה מאשר סרטן הריאה (פרק 8). עישון כפוי גורם להרבה יותר מקרי מוות כתוצאה ממחלות לב וכלי דם מאשר כתוצאה מסרטן הריאה ובדוח החדש נמצא כי עישון כפוי הוא גם אחד מהגורמים לאירועים מוחיים. על פי ההערכות, העישון הכפוי מגדיל את הסיכון ללקות באירוע מוחי ב-20 עד 30%. גם כך, יש ראיות ברורות לכך שהצמצום בעישון פעיל ועישון כפוי תרם לירידה בשיעור התמותה ממחלות לב וכלי דם משלהי שנות ה-60 ועד היום. הוכח כי חוקים ומדיניות של איסור העישון מצמצמים את השכיחות של התקפי לב ואירועים לבביים אחרים בקרב אנשים שגילם פחות מ-65 שנים ומן הראיות הקיימות עולה כי ייתכן שקיים קשר בין החוקים והנחיות המדיניות הללו לבין הירידה באירועים מוחיים הקשורים באספקת דם למוח.

סוכרת: בדוחות קודמים מטעם הרופא הכללי נמצא כי העישון מסבך את הטיפול בסוכרת וכי מעשנים שאובחנה אצלם סוכרת נתונים בסיכון מוגבר למחלות כליה, עיוורון וסיבוכים במערכת הדם המובילים לכריתת גפיים. הדוח הנוכחי מוצא כי העישון הוא אחד מהגורמים לסוכרת מסוג 2 וכי הסיכון להתפתחות סוכרת גבוה ב-30 עד 40% יותר בקרב מעשנים פעילים, בהשוואה ללא-מעשנים (פרק 10). יתר על כן, הסיכון ללקות בסוכרת עולה ככל שעולה מספר הסיגריות שהמעשן צורך.

הפרעות במערכת החיסון והפרעות אוטו-אימוניות: הדוח הנוכחי מוצא כי העישון הוא אחד הגורמים להשפעות שליליות כלליות על הגוף, כולל דלקות, וכי הוא פוגע בתפקוד מערכת

החיסון (פרק 10). אחת התוצאה של הפגיעה במערכת החיסון היא סיכון מוגבר ללקות בזיהומים בריאות בקרב מעשנים. לדוגמה, סיכון ההידבקות בשחפת (*Mycobacterium tuberculosis*) ומוות כתוצאה משחפת גבוה יותר בקרב מעשנים מאשר בקרב לא-מעשנים (פרק 7). בנוסף, ידוע כי עישון פוגע באיזון של מערכת החיסון ומגדיל את הסיכון ללקות במספר הפרעות במערכת החיסון והפרעות אוטו-אימוניות. דוח זה מוצא כי העישון הוא אחד מהגורמים לדלקת מפרקים שגרנית וכי העישון משבש את היעילות של טיפולים מסוימים נגד מחלה זו (פרק 10).

השפעות על מערכת הרבייה: כיום ידוע כי ניתן לייחס לעישון מספר השפעות שליליות נוספות על מערכת הרבייה (פרק 9). אחת ההשפעות הללו היא הריון חוץ-רחמי, שבו השרשת העובר מתרחשת בחצוצרה או בנקודות אחרות מחוץ לרחם. רק לעתים נדירות שורד העובר הריון חוץ-רחמי וזהו מצב שיש בו סכנת מוות לאם. הדוח מוצא כי עישון אצל האם בשלבים המוקדמים של ההריון הוא אחד הגורמים לשפה שסועה בקרב תינוקות ומן הראיות עולה כי ניתן לקשור בין עישון לבין מומים מולדים נוספים. בדוח נמצא גם, כי די בראיות שנאספו עד כה כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין אין אונות בגברים.

מחלות עיניים: הרשתית היא רקמה עדינה ורגישה לאור המצפה את פנים העין. המקולה היא החלק הרגיש ביותר ברשתית, החלק היוצר את הראייה החדה. התנוונות מקולרית תלוית-גיל (AMD) הורסת את המקולה בהדרגה ובסופו של דבר, התנוונות זו עשויה להוביל לאובדן הראייה במרכז שדה הראייה. הדוח הנוכחי מוצא כי העישון הוא אחד הגורמים ל-AMD (פרק 10). מן הראיות בדוח עולה גם כי הפסקת העישון עשויה להפחית את הסיכון ללקות ב-AMD אך כי הירידה בסיכון עלולה להתבטא רק 20 שנים ומעלה לאחר הפסקת העישון.

בריאות כללית: ידוע זה זמן רב כי מעשנים סובלים מרמת בריאות כללית נמוכה יותר מלא-מעשנים, החלק בגיל צעיר וכלה בחייהם הבוגרים (פרק 11). אף כי הדגש הושם על העישון כגורם של מחלות ספציפיות וניתנו למניעה, יש לראות בו גם גורם רב-עוצמה של בריאות לקויה באופן כללי. פערי הבריאות הללו, לא זו בלבד שהם פוגעים באיכות החיים של מעשנים, אלא אף משפיעים על יכולתם להימנות על כוח העבודה ומגדילים את העלות שלהם למערכת הבריאות.

שיעור תמותה מתוקן: הראיות בדוח הנוכחי שבות ומאשרות כי העישון הוא אחד הגורמים החשובים בתמותה בטרם עת (פרק 11). ב-50 השנים האחרונות, כאשר דורות של גברים ונשים שהחלו לעשן בשנות ההתבגרות שלהם והמשיכו בכך גם בגיל הביניים ומעלה החלו לסבול מהתוצאות הבריאותיות של שנות עישון רבות, עלה בהדרגה הסיכון היחסי לתמותה מתוקנת, אשר ניתן לקשור אותו בעישון סגריות כיום. הסיכון היחסי מתוקן לפי גיל, המשווה בין שיעור התמותה המתוקן בקרב מעשנים פעילים לבין מי שמעולם לא עישנו, הכפיל את

עצמו ואף למעלה מכך בקרב גברים וגדל ביותר מפי-שלוש בקרב נשים, בשנים שמאז פורסם הדוח הראשון של הרופא הכללי על עישון ובריאות. חייהם של מעשנים מתקצרים משום שהם מפתחים מחלות מהרשימה גדולה של מחלות שנגרמות מעישון וכתוצאה מכך, גדל הסיכוי שלהם למות מאירועי בריאות שכיחים, כמו למשל סיבוכים בעקבות ניתוחים שגרתיים, או דלקת ריאות. עישון מקצר את החיים הרבה יותר מאשר רוב גורמי הסיכון האחרים לתמותה בקרב עת; על פי ההערכה, מעשנים מאבדים מעל עשור של שנות חיים. הפסקת העישון עד גיל 40 מקטינה את ההפסד הזה בכ-90%. הפסקת העישון עד גיל 60 מקטינה את ההפסד הזה בכ-40%. לעומת זאת מתברר כי הקטנת מספר הסיגריות ביום אפקטיבית הרבה פחות מאשר הפסקה גמורה, לצורך הימנעות מהסיכון של מוות בטרם עת מכל גורמי המוות הקשורים בעישון.

חלק גדול מדוח הרופא הכללי לרגל יובל ה-50 לדוח הראשון בעניין זה מוקדש לבחינת הראיות על אינספור ההשפעות הבריאותיות, המחלות הניתנות למניעה והתמותה המתוקנת מעישון. פרקי הדוח המבליטים ממצאים בתחומי בריאות ספציפיים מדוחות קודמים של הרופא הכללי ואף מציגים את המידע העדכני. להלן מסקנות ספציפיות לפרקים בהקשר עם ההשפעות הבריאות של העישון, מתוך חלק 2 של הדוח.

פרק 5: ניקוטין

1. יש די ראיות כדי להסיק כי מינון גבוה דיו של ניקוטין הוא בעל רעילות גבוהה ביותר.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי הניקוטין מפעיל מספר רב של מסלולים ביולוגיים שדרכם מגדיל העישון את הסיכון לתחלואה.
3. יש די ראיות כדי להסיק כי לחשיפה לניקוטין במהלך ההתפתחות העוברית, שהיא חלון הזדמנויות בעל חשיבות קריטית להתפתחות המוח, השלכות שליליות מתמשכות על התפתחות המוח.
4. יש די ראיות כדי להסיק כי לניקוטין השפעה שלילית על בריאות האם והעובר במהלך ההריון וכי הוא תורם למספר רב של השפעות שליליות, כמו למשל לידת פג ולידת ולד מת.
5. הראיות מצביעות על כך שלחשיפה לניקוטין בגיל ההתבגרות, שאף הוא חלון הזדמנויות בעל חשיבות קריטית להתפתחות המוח, השלכות שליליות מתמשכות על התפתחות המוח.
6. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין חשיפה לניקוטין לבין הסיכון ללקות בסרטן.

פרק 6: סרטן

סרטן הריאה

1. יש די ראיות כדי להסיק כי הסיכון ללקות באדנוקרצינומה של הריאה כתוצאה מעישון סיגריות עלה מאז שנות ה-60 של המאה שעברה.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי הסיכון ללקות באדנוקרצינומה של הריאה בקרב מעשנים הוא

- תוצאה של שינויים בעיצוב ובהרכב של סיגריות משנות ה-50 של המאה שעברה ועד היום.
3. הראיות אינן מספיקות כדי לקבוע במפורש אילו שינויים בעיצוב הם-הם האחראים להגברת הסיכון ללקות באדנוקרצינומה, אך יש ראיות המצביעות על כך שלפילטרים מאווררים ולתרכובות ניטרוסמין ספציפיות לטבק שריכוזן הוגבר יש יד בדבר.
 4. הראיות מלמדות כי הירידה בשכיחות של קרצינומה קשקשית מקבילה לירידה בשכיחות העישון.

סרטן הכבד

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין סרטן הכבד.

סרטן המעי הגס והחלחולת

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין פוליפים אדנומטיים וסרטן המעי הגס והחלחולת.

סרטן הערמונית

1. הראיות אינן מצביעות על קשר סיבתי בין עישון לבין סיכון ללקות בסרטן הערמונית.
2. אולם הראיות מצביעות על סיכון גבוה יותר למוות כתוצאה מסרטן הערמונית בקרב מעשנים, בהשוואה ללא-מעשנים.
3. בקרב גברים הסובלים מסרטן הערמונית, הראיות מצביעות על סיכון גבוה יותר למחלקה בשלב מתקדם ולסרטן מבודל פחות בקרב מעשנים, בהשוואה ללא-מעשנים ובנוסף, (ללא קשר לשלב ולדרגה ההיסטולוגית) גם על סיכון מוגבר להתקדמות המחלה.

סרטן השד

1. יש די ראיות כדי לזהות מנגנונים שבאמצעותם עשוי העישון של סיגריות לגרום לסרטן השד.
2. הראיות אמנם מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עשן טבק לבין סרטן השד.
3. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין סרטן השד.
4. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין סרטן השד.

השלכות בריאותיות שליליות בקרב חולי סרטן ואנשים שהחלימו מסרטן

1. בקרב חולי סרטן ואנשים שהחלימו מסרטן, יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין השפעות בריאותיות שליליות. הפסקת העישון משפרת את הפרוגנוזה של חולי סרטן.
2. בקרב חולי סרטן ואנשים שהחלימו מסרטן, יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין תמותה מתוקננת מוגברת ותמונה ספציפית מסרטן.

3. בקרב חולי סרטן ואנשים שהחלימו מסרטן, יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין סיכון מוגבר ללקות בסרטן משני מסוגים שידוע כי הם נגרמים מעישון, כמו למשל סרטן הריאה.
4. בקרב חולי סרטן ואנשים שהחלימו מסרטן, הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין (1) סכנת הישנות הסרטן, (2) תגובה טובה פחות לטיפול וכן (3) רעילות מוגברת הקשורה בטיפולים.

פרק 7: מחלות במערכת הנשימה

מחלות ריאה חסימתיות כרוניות

1. יש די ראיות כדי להסיק כי בארצות הברית, העישון הוא הגורם העיקרי למחלות ריאה חסימתיות כרוניות (COPD) בקרב גברים ונשים כאחד. העישון גורם לכל המרכיבים בפנוטיפ של COPD, כולל נפחת (אמפיזמה) ונזק לדרכי הנשימה בריאה.
2. עלייה חדה בתמותה ממחלות ריאה חסימתיות כרוניות (COPD) נרשמה בגברים ובנשים מאז דוח הרופא הכללי משנת 1964. מספר הנשים המתות מ-COPD עולה כיום על מספר הגברים.
3. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי נשים מועדות יותר לפתח מחלות ריאה חסימתיות כרוניות בגיל צעיר יותר.
4. יש די ראיות כדי להסיק כי חסר באלפא-1 אנטיטריפסין כמו גם cutis laxa הם סיבות גנטיות למחלות ריאה חסימתיות.

אסתמה

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין השכיחות של אסתמה בקרב מתבגרים.
2. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין החמרה של אסתמה בקרב ילדים ומתבגרים.
3. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין השכיחות של אסתמה בקרב מבוגרים.
4. יש ראיות שדי בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין החמרה של אסתמה בקרב מבוגרים.

שחפת

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין סיכון מוגבר ללקות בשחפת.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין תמותה כתוצאה משחפת.
3. הראיות אינן מצביעות על קשר סיבתי בין עישון לבין סיכון להישנות של מחלת השחפת.
4. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון פעיל לבין הסיכון

להידבק בשחפת.

5. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין הסיכון להידבק בשחפת.

6. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין הסיכון ללקות בשחפת.

לייפת ריאה אידיופטית

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין לייפת ריאה אידיופטית.

פרק 8: מחלות של הלב וכלי הדם

1. יש ראיות שדי בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין סיכון מוגבר לאירוע מוחי.

2. העלייה המשוערת בסיכון ללקות באירוע מוחי כתוצאה מעישון כפוי הוא כ-20%-30%.

3. יש ראיות שדי בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין יישומם של חוקים או הנחיות מדיניות האוסרים על עישון לבין ירידה בשיעור האירועים הלבביים בקרב אנשים שגילם פחות מ-65 שנים.

4. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין יישומם של חוקים או הנחיות מדיניות האוסרים על עישון לבין ירידה בשיעור האירועים בכלי הדם המזינים את המוח.

5. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין יישומם של חוקים או הנחיות מדיניות האוסרים על עישון לבין ירידה בתוצאים אחרים של מחלות לב, כולל אנגינה ומוות לבבי פתאומי שלא בבית החולים.

פרק 9: השפעות על מערכת הרבייה

מומים מולדים

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון בראשית ההריון לבין שפה שסועה ביילוד.

2. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון של האם בראשית ההריון לבין קלאב פוט, גסטרוסקיזיס ומומים במחיצת העלייה בלב.

הפרעות נוירו-התנהגותיות בילדות

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון האם בתקופת ההריון לבין הפרעות התנהגות משבשת והפרעות קשב וריכוז בקרב ילדים.

2. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון של האם בתקופת ההריון לבין חרדה ודיכאון בילדים.

3. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון של האם בתקופת ההריון לבין תסמונת טורט.
4. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון של האם בתקופת ההריון לבין סכיזופרניה בילדים.
5. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון של האם בתקופת ההריון לבין לקות שכלית.

הריון חוץ-רחמי

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לפעיל של האם לבין הריון חוץ-רחמי.

הפלה טבעית

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון של האם לבין הפלה טבעית.

תפקוד מיני גברי

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין אין אונות.

פרק 10: תוצאים ספציפיים אחרים

מחלות עיניים: ניוון מקולרי תלוי-גיל

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין סוגי ניאוסקולריים וניוונים במקרי ניוון מקולרי תלוי-גיל.
2. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין הפסקת העישון לבין צמצום הסיכון לניוון מקולרי תלוי-גיל מתקדם.

מחלות שיניים

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון פעיל של סיגריות לבין עששת.
2. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון כפוי לבין עששת בילדים.
3. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין כשל של שתלי שיניים.

סוכרת

1. יש די ראיות כדי להסיק כי עישון סיגריות הוא אחד מהגורמים לסוכרת.
2. בקרב מעשנים פעילים, הסיכון להתפתחות סוכרת גבוה ב-30 עד 40% יותר בהשוואה ללא-מעשנים.
3. קיים קשר מינון-תגובה חיובי בין מספר הסיגריות שהמעשן צורך לבין הסיכון להתפתחות

מערכת החיסון ומחלות אוטואימוניות

1. יש די ראיות כדי להסיק כי רכיבים בעשן של סיגריות משפיעים על רכיבים במערכת החיסון. חלק מההשפעות הללו גורמות להפעלת המערכת ואחרות גורמות לדיכוייה.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי עישון סיגריות פוגע במערכת החיסון וכי פגיעה במערכת זו קשורה בסיכון מוגבר לזיהומי ריאה.
3. יש די ראיות כדי להסיק כי עישון סיגריות פוגע בשיווי המשקל של מערכת החיסון וכי פגיעה במערכת זו קשורה בסיכון מוגבר למספר הפרעות שאדם מעשן מועד ללקות בהן כאשר הוא סובל מבעיות במערכת החיסון.

דלקת מפרקים שגרונתית

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין דלקת מפרקים שגרונתית.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי עישון סיגריות מצמצם את היעילות של מדכאי $TNF-\alpha$ (tumor necrosis factor-alpha).

זאבת אדמנתית מערכתית

1. אין די ראיות כדי להסיק על קיומו או היעדרו של קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין זאבת (SLE), דרגת החומרה של זאבת או התגובה לטיפולים להקלת זאבת.

מחלת מעי דלקתית

1. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין מחלת קרוהן.
2. הראיות מצביעות על כך, אך אין די בהן כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון סיגריות לבין אפקט מגן מפני קוליטיס כיבית.

פרק 11: תמותה כללית ותמותה מתוקננת

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים קשר סיבתי בין עישון לבין ירידה כללית בבריאות. הירידה הכללית בבריאות בקרב מעשנים מתבטאת, בין השאר, בדיווח עצמי על בריאות לקויה, עלייה בהיעדרות מהעבודה ושימוש מוגבר (תוך עלות מוגברת) בשירותי בריאות.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי עישון סיגריות מגדיל את הסיכון לתמותה מתוקננת בקרב גברים ונשים כאחד.
3. יש די ראיות כדי להסיק כי בארצות הברית, חלה ב-50 השנים האחרונות עלייה בסיכון למוות כתוצאה מעישון סיגריות, הן בקרב גברים והן בקרב נשים.

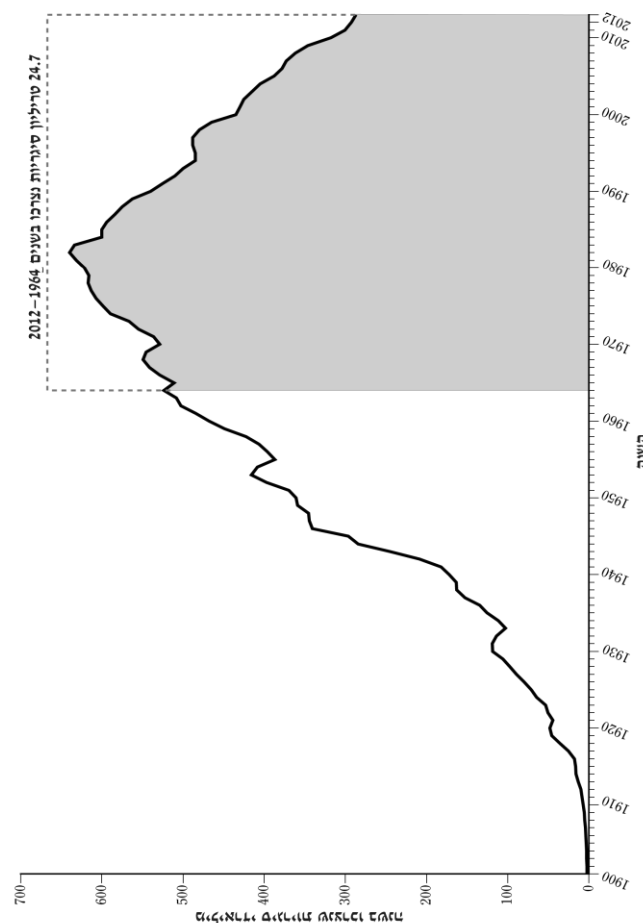
חלק 3: מעקב ושימת קץ למגיפה

החלק האחרון של דוח הרופא הכללי לרגל יובל ה-50 לפרסום הדוח הראשון על עישון ובריאות

עוסק בעלות האנושית והכלכלית של מגיפת העישון בארצות הברית, במגמות עכשוויות בשימוש בטבק ובפיקוח על טבק, במצבם של אמצעי התערוכות ותוכניות שנועדו לטפל במגיפת העישון וחזון לעתיד שיהיה נטול תמותה ותחלואה הנגרמים מהשימוש בטבק.

לאורך כל המסמך, חוזר הדוח ומדגיש את הנזק האדיר שנגרם לבריאות האומה כתוצאה מעישון סיגריות. הנתונים שהצטברו ב-50 השנים האחרונות מציגים באופן גרפי את האובדן ההרסני של חיים ואת הבזבז הכלכלי שנגזר מהייצור, השיווק, המכירה והצריכה של מוצרי טבק בערים. במחצית המאה שחלפה, צרכו מעשנים כמעט 25 טריליון סיגריות, על אף הירידה המשמעותית בצריכה למעשן (איור 2). העלויות השנתיות שניתן לייחס לעישון בארצות הברית נעות בין 289 ל-333 מיליארד דולר, כולל לפחות 130 מיליארד דולר הוצאות ישירות על טיפול רפואי במבוגרים, מעל 150 מיליארד דולר בגין אובדן של פרודוקטיביות כתוצאה ממות בטרם עת ויותר מ-5 מיליארד דולר בגין אובדן של פרודוקטיביות כתוצאה ממוות בטרם עת מעישון כפוי (פרק 12).

איור 2 סה"כ צריכת הסיגריות, ארצות הברית, 1900-2012



מקור: Miller 1981; משרד החקלאות, 1987, 1996, 2005, a,b2007; המרכזים לבקרה ומניעת מחלות, 2012. הערה: הנתונים המוצגים מייצגים צריכה שנתית כוללת של סיגריות. דבר זה שונה מאיור 2.1, המציג על נתוני הצריכה השנתית של מבוגרים (גילאי 18 ומעלה), לנפש.

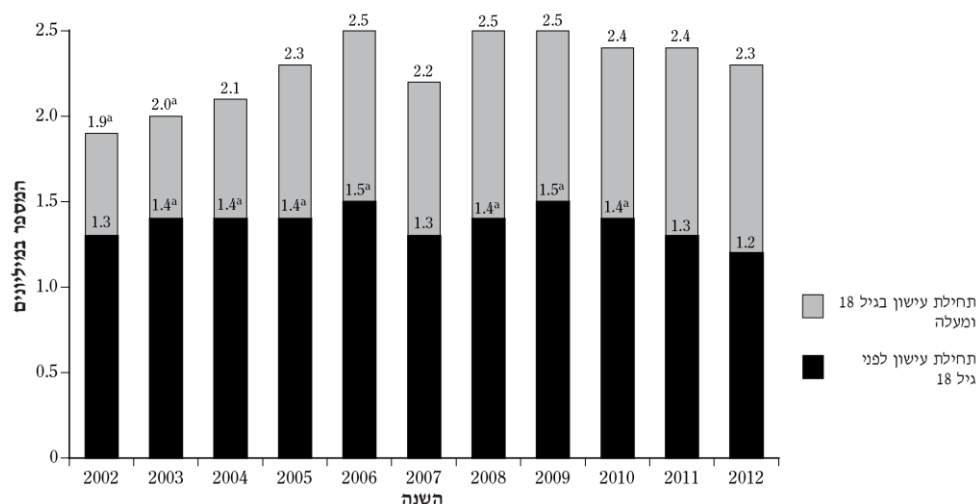
על אף האזהרות לגבי סכנות העישון המושמעות כבר עשרות שנים, כמעט 42 מיליון מבוגרים (פרק 13) ומעל 3.5 מיליון תלמידי חטיבות ביניים וחטיבות עליונות ממשיכים לעשן סיגריות (USDHHS 2012). פערים משמעותיים בשימוש בטבק ממשיכים להירשם בקרב אוכלוסיות ממוצא גזעי/אתני מסוים ובקרב קבוצות המוגדרות על פי רמת ההשכלה, המצב הסוציו-אקונומי, בני מיעוטים מיניים (כולל יחידים חד-מיניים, ביסקסואליים וטרנסג'נדרים ויחידים בעלי קשרים חד-מיניים או משיכה חד-מינית) ובעלי מחלות נפש מסוימות. רובם (88%) החלו לעשן לפני גיל 18 וכמעט כולם החלו להשתמש בקביעות בסיגריות לפני גיל 26 (USDHHS 2012). המיעוט המתחיל לעשן לאחר גיל 18 גדל והולך בהדרגה בעשור האחרון (איור 3).

הפרסום ופעילויות הקידום של תעשיית הטבק גורמים לבני נוער ולצעירים להתחיל לעשן וההתמכרות לניקוטין היא שגורמת לאותם צרכנים להמשיך לעשן לאחר גילים אלה (פרק 14) (USDHHS 2012). מדי שנה, על כל מבוגר שמת בטרם עת מסיבה הקשורה בעישון, מעל שני בני נוער או צעירים הופכים למעשנים (פרק 13) (USDHHS 2012). אף כי חלה ירידה בשכיחות העישון בקרב בני נוער בגיל תיכון, המספר הכולל של בני נוער וצעירים שהחלו לעשן גדל מ-1.9 מיליון ב-2002, ל-2.3 ב-2012 (איור 3). עם זאת, הושגה התקדמות בצמצום התחלת העישון בקרב בני נוער לפני גיל 18, ובמספר הכולל של בני נוער שהחלו לעשן לפני גיל 18 נרשמה ירידה – מ-1.5 מיליון ב-2009 ל-1.2 מיליון ב-2012.

אף כי תשומת הלב התמקדה בראש ובראשונה בעישון סיגריות, דוח זה של הרופא הכללי, כמו גם דוחות אחרים מן העת האחרונה, מכילים סקירה של סיכוני הבריאות ומדגישים את הצורך לפקח על דפוסי השימוש במוצרי טבק בעירים מכל הסוגים, ובייחוד על השימוש בסיגריות וסיגריות לגלגול עצמי עם טבק בתפזורת. ברוב במקרים, מוצרים אלה משמשים לצד סיגריות. על פי מגמות מן העת האחרונה, נרשמה משנת 2009 ועד היום יציבות יחסית (25%-26%) בשיעור הבוגרים, גילאי 18 ומעלה, המעשנים סיגריות, סיגרים או סיגריות לגלגול עצמי עם טבק בתפזורת וחלה ירידה קטנה בלבד בשיעורם של אלה מ-2002 (טבלה 2).

אף כי ממגמות של העת האחרונה מסתמן צורך מודגש בהמשך המאמץ הנמרץ לקיים פיקוח על טבק, הרי שבכל זאת הושגו בחמשת העשורים האחרונים הישגים משמעותיים.

איור 3 התחלת עישון בשנה האחרונה בקרב יחידים גילאי 12 ומעלה, לפי הגיל בעת השימוש הראשון, 2012-2002



מקור: המינהל להתמכרויות ושירותי בריאות הנפש, המרכז לסטטיסטיקה ואיכות הבריאות ההתנהגותית, סקר ארצי על השימוש בסמים ובריאות, 2012-2002.
^a ההפרש בין אומדן זה לבין האומדן לשנת 2012 מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.05.

טבלה 2: אחוז השימוש במוצרי טבק בחודש החולף, בקרב יחידים גילאי 18 ומעלה, 2012-2002

החומר	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
סה"כ מוצרי טבק ^a	27.3	26.9	27.8	28.1	^b 28.8	^b 29.2	^b 30.1	^b 29.9	^b 29.6	^b 30.2	^b 30.8
סיגריות	22.0	21.7	22.6	^d 23.0	^b 23.7	^b 24.1	^b 24.8	^b 24.7	^b 24.7	^b 25.2	^b 25.8
טבק נטול עשן	3.6	3.3	3.6	3.5	3.6	3.3	3.5	3.3	^b 3.1	3.4	3.5
סיגרים	5.4	5.2	5.4	5.4	5.5	5.5	5.7	5.8	5.8	5.5	5.5
טבק למקטרות	1.0	0.8	0.9	0.8	^d 0.8	0.8	1.0	0.9	^d 0.8	^b 0.7	0.8
סיגריות או סיגרים	24.8	24.6	25.5	^d 25.8	^b 26.4	^b 27.0	^b 27.7	^b 27.7	^b 27.6	^b 27.9	^b 28.5
סיגריות, c או טבק מקטרות	25.2	24.9	25.8	26.1	^b 26.7	^b 27.3	^b 28.0	^b 28.0	^b 27.9	^b 28.2	^b 28.8

מקור: המינהל להתמכרויות ושירותי בריאות הנפש, המרכז לסטטיסטיקה ואיכות הבריאות ההתנהגותית, סקר ארצי

על השימוש בסמים ובריאות, 2012-2002.

^a מוצרי טבק כוללים סיגריות, טבק נטול עשן (למשל, טבק ללעיסה או הסנפה), סיגרים או טבק למקטרות.

^b ההפרש בין אומדן זה לבין האומדן לשנת 2012 מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.01.

^c המונח 'עישון בחודש החולף' משמעותו עישון ב-30 הימים שקדמו לסקר ועישון של 100 סיגריות ומעלה במהלך החיים. משיבים שמספר הסיגריות שעישנו בימי חייהם אינו ידוע לא נכללו בניתוח.

^d ההפרש בין אומדן זה לבין האומדן לשנת 2012 מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.05.

למעשה, ההצלחה ההיסטורית בפיקוח על טבק נחשבת לאחד מהישגים המובילים של המאה העשרים בתחום בריאות הציבור (המרכזים לבקרה ומניעת מחלות [CDC]; Ward and Warren 2007). כיום, יש בארצות הברית יותר מעשנים לשעבר מאשר מעשנים פעילים, ושיעורי ההצלחה של הפסקת עישון גדלים בהתמדה בקרב קבוצות הגיל הצעירות (פרק 13). רמת עניין גבוהה בהפסקת עישון נרשמת בכל מגזרי החברה. שינויים נרשמים גם בדפוסי השימוש בטבק. יותר ויותר בני אדם מעשנים באופן לא סדיר וצורכים פחות סיגריות; יחד עם זאת, יש עלייה בשימוש במוצרי טבק שאינם סיגריות, בדרך כלל במקביל עם סיגריות.

הנטל של תחלואה ותמותה בטרם עת שניתן לייחס לעישון והעלות הגבוהה של נטל זה לאומה, ימשיכו ללוות אותנו עוד עשרות שנים, אלא אם כן שכיחות העישון תרד בקצב מהיר יותר מאשר עכשיו. הראיות בדוח זה מלמדות כי ייתכן שהאומה לא תצליח להשיג את יעדי *Healthy People 2020*, שהם צמצום שכיחות העישון בקרב מבוגרים ל-12% בלבד. אומדנים ממודלים מצביעים על כך שבהינתן שמירה על המצב שהיה קיים בפיקוח על טבק בשנת 2008, השכיחות החזויה של עישון בקרב מבוגרים בשנת 2050 עלולה להישאר ברמה של עד 15% (פרק 15). המגמות הנרשמות בשיעור המעשנים בקרב צעירים ומבוגרים מלמדות על התקדמות, אך בקרב צעירים ומבוגרים כיום שכיחות העישון יורדת בקצב איטי בלבד ומספרם בפועל של בני נוער וצעירים המתחילים לעשן נמצא במגמת עלייה מ-2002 (איור 3). בנוסף, גדלה והולכת השכיחות של השימוש במספר רב של מוצרי טבק, בייחוד בקרב מעשנים צעירים. נותר בעינו החשש כי השימוש באותם מוצרים חדשים עלול להגביר את שיעור התחלות העישון בקרב בני נוער וצעירים, לעכב את הפסקת העישון ולהאריך את משך מגיפת העישון.

תעשיית הטבק משיכה למצב את עצמה במטרה לשמור על רמת המכירות על ידי גיוס בני נוער וצעירים ועל ידי השמירה על מעשנים קיימים כצרכנים של כל המוצרים המכילים ניקוטין שחברות הטבק מייצרות, כולל סיגריות (ראו פרקים 13, 14 ו-15). כפי שמתואר בפרק 14, השופטת המחוזית גלדיס קסלר, הציגה את פסק דינה הסופי והוציאה צו מתאים ב-17 באוגוסט 2006 ומצאה כי נאשמי תעשיית הטבק הפרו את חוק RICO (*Racketeer Influenced and Corrupt Organizations* – ארגונים המושפעים מסחטנות וארגונים מושחתים) בכך ששיקרו, הטעו והונו את הציבור, "כולל מעשנים וצעירים שאותן חברות חיזרו אחריהם בלהט בתור 'מעשנים חליפיים', ביחס להשפעות הבריאותיות ההרסניות של העישון ושל עשן טבק בסביבה" (*U.S. v. Philip Morris* 2006:852). חוק הפיקוח על טבק (*Tobacco Control Act*) משלב, בתורת ממצאים עובדתיים של הקונגרס, את קביעותיה של השופטת קסלר, לאמור "החברות הגדולות לייצור סיגריות בארצות הברית ממשיכות להתמקד בצעירים ולשווק להם", כי החברות חתרו "לעודד צעירים להתחיל לעשן לאחר החתימה על 'הסכם הפשרה הגדול' בשנת 1998" וכי הן "עיצבו את הסיגריות שהן מייצרות בדיוק במטרה לשלוט ברמות הולכת הניקוטין ולספק מנות של ניקוטין שדי בהן כד ליצור התמכרות ולתמוך בה, ותוך כדי כך גם הסתירו חלק גדול

מהמחקרים שלהן בהקשר עם ניקוטין" (49) – (Tobacco Control Act 2009, §2(47)).

לפיכך, דוח זה מתייחס לשאלה הבאה: אילו פעולות דרושות כדי לשים קץ למגפת הטבק? ישנן דרכים שונות למימוש חזון זה. האם יש להתמקד בשימת קץ לשימוש בסיגריות? האם ראוי להתרכז דווקא בשימת קץ לשימוש במוצרי הטבק המזיקים ביותר תוך צמצום הנזק ביתר המוצרים המותרים? או שמא כדאי להתמקד דווקא בשימת קץ לשימוש בכל מוצרי הטבק?

הממצאים המדעיים מדוח הרופא הכללי לשנת 2012 (USDHHS 2012) מלמדים כי יש אסטרטגיות מבוססות-ראיות אשר מסוגלות להביא לירידה מהירה (עד למספר חד ספרתי) בשיעור התחלות העישון ובשיעור השכיחות של עישון בקרב צעירים. כדי להשיג יעד זה, יש ליישם את האסטרטגיות הללו באופן מלא ולהמשיך בכך ברמת אינטנסיביות מספקת ולאורך זמן מספיק. ללא פעולה מוגברת וממושכת מעין זו, צפויים 5.6 מיליון צעירים במדינתנו, שגילם כיום פחות מ-18 שנים, למוות בטרם עת כתוצאה ממחלה הקשורה בעישון. ואולם ניתן למנוע מיליונים מתוך אותם מקרי מוות חזויים, על ידי העמדת הפיקוח על טבק בראש סדר העדיפויות הכולל שלנו בכל הנוגע למחויבות ואסטרטגיה בתחום בריאות הציבור.

הראיות המדעיות הן חד-משמעיות: שאיפת תרכובות הנוצרות משריפת טבק וקיימות בעשן הטבק, בייחוד בסיגריות, היא קטלנית. כבר נאמר כי "הסיגריה היא גם מוצר פגום, כלומר לא רק מוצר מסוכן, אלא מוצר מסוכן באופן בלתי סביר, בכך שהוא קוטל מחצית מהמשתמשים או בטווח הארוך. ואף ממכר בכוונת מכוון" (Proctor 2013, p. i27). עם התארכות רשימת המחלות הנגרמות מעישון במהלך השנים, עומדת כיום הערכת מספר מקרי המוות שניתן לייחס לעישון פעיל ועישון כפוי מדי שנה על 500,000 נפשות (פרק 12). עלייה זו נרשמת על אף הירידה במספר הסיגריות הנצרכות לנפש ובשכיחות העישון, דבר שיש בו כדי להדגיש את שיפור ההבנה שלנו במידת הקטלניות של הסיגריות. הסיכון הגבוה הכרוך בעישון סיגריות והדפוסים ההיסטוריים והמודרניים של שימוש בטבק בארצות הברית מובילים לאחת המסקנות הראשיות בדוח זה:

בארצות הברית, נטל התחלואה והתמותה כתוצאה מהשימוש בטבק נגרם רובו ככולו מעישון של סיגריות ומוצרי טבק בעירים אחרים; חיסול מהיר של השימוש באלה יביא להקטנה דרמטית בנטל האמור.

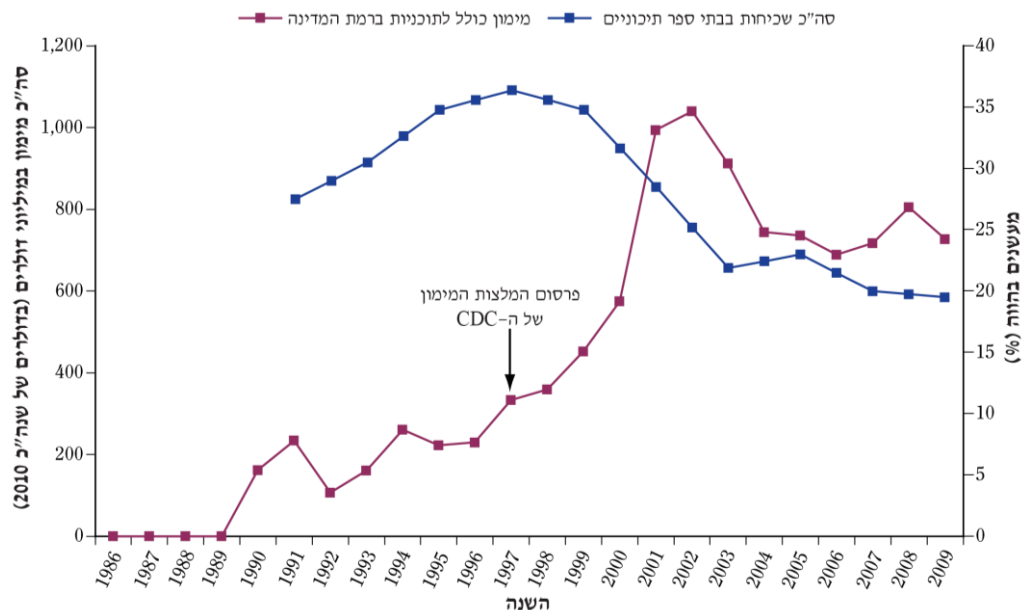
האם אכן ניתן במדינה זו לצמצם במהירות את השימוש בסיגריות ובמוצרי טבק בעירים אחרים? כפי שכבר צוין לעיל, כבר זוהו והופעלו אסטרטגיות מבוססות-ראיות, המסוגלות להביא לירידה מהירה בהתחלות עישון ובשיעורי השכיחות עד לרמה חד-ספרתית (USDHHS 2012). פרק 14 סוקר מגוון רחב של אמצעי התערבות מוגדרים היטב ואפקטיביים לצמצום שיעור המעשנים, במידה שיושמו באופן רצוף וברמות מימון שיעלו בקנה אחד עם המלצות ה-CDC (איור 4).

דוח זה ואלה שקדמו לו מתווים תוכניות והנחיות מדיניות אפקטיביות: העלאת המחיר לצרכן של סיגריות ומוצרי טבק אחרים, מדיניות האוסרת על עישון בתוך מבנים, קמפיינים בולטים באמצעי התקשורת, גישה מלאה לטיפול גמילה ומימון תוכניות מקיפות וכלל-מדיניות לפיקוח על טבק, על פי הרמות שהומלצו על ידי ה-CDC.

עם זאת, אין די בחמש הפעולות המתוארות לעיל. בבחינת האפשרויות לצמצום הנטל הבריאותי הנגרם מעישון, הוגדר מספר רב של פעולות מומלצות נוספות בסקירות ראיות ובמסמכים מנחים שונים שנדונו בדוח זה. לדוגמה, הניסיון ממדינות נבחרות מלמד כי בכל רמות הממשל, ניתן להגביר את גביית המסים ולמזער את שיעור ההשתמטות מתשלום מס באמצעות מספר גישות מדיניות מבטיחות, כמו למשל החלה של מס בלו על סיגריות ואכיפתן באמצעות טכנולוגיות מתקדמות, שיפור הניהול של רישיונות והיתרים הקשורים בטבק ועיצוב בולים שיהיה קשה יותר לזייפם. ניתן אף להרחיב את הנהלים הללו, המשתייכים לרמת המדינה, ולהחיל אותם ברמה הארצית, יחד עם מערכת מעקב ופיקוח. בהקשר של הפיקוח על טבק, להקם מערכת מעקב ופיקוח שתהיה מסוגלת לעקוב אחר מוצרי טבק משלבי הייצור וההפצה ועד למכירה ולזהות נקודות בשרשרת האספקה אשר חובה לשלם בהן מסים ולוודא שהמסים ישולמו. הפעלה של מערכות מעין זו תשמר את ההשפעות החיוביות של מיסוי על בריאות הציבור ובמקביל גם תגן על הסדרת המוצרים בשוק.

אין ספק, שחובה ליישם באופן מלא ומתמשך את אמצעי התערבות הבדוקים הללו, וברמות המומלצות. מלבד יוזמות הממשל הפדרלי, יש גורמים נוספים בחברה העשויים להשפיע באופן משמעותי על נורמות חברתיות. בשנתיים החולפות, נראה שחלה עלייה בהצגת הטבק ובתדמיתו בסרטים בארה"ב (פרק 14). על פי ההערכות, בשנת 2012, נחשפו בני נוער לכ-14.9 מיליון התרשמויות (התרשמות אחת מוגדרת כאירוע אחד של שימוש בטבק שרואה על המסך צופה אחד בקהל) של שימוש בטבק על המסך במסגרת של סרטים שדורגו כמתאימים לבני נוער (Polansky et al. 2013). בני נוער הנחשפים לתמונות של עישון בסרטים הם בעלי סיכוי גבוה יותר לעשן; לנחשפים לעישון על המסך ברמות הגבוהות ביותר סיכוי כפול להתחיל לעשן בהשוואה לאלה שרמת החשיפה שלהם היא הנמוכה ביותר (USDHHS 2012). פעולות שיהיה בהן כדי למנוע הצגה של שימוש בטבק בסרטים שהופקו ודורגו כמתאימים לילדים ומתבגרים יוכלו להשפיע השפעה משמעותית על מניעת הצטרפות של בני נוער לציבור משתמשי הטבק.

איור 4: סך כל המימון לתוכניות פיקוח על טבק ברמת המדינה, 1986-2010 (מותאם לדולרים של שנת כספים 2010)



מקור: Project ImpactTEEN; University of Illinois at Chicago; CDC, Youth Risk Behavior Survey, 1991-2009. הגדרת המונח 'מעשנים בהווה' היא 'תלמידי תיכון שעישנו לפחות סיגריה אחת ב-30 הימים האחרונים – ארצות הברית. הערה: CDC = המרכזים לבקרה ומניעת מחלות.

נוכח האתגר של מימוש החזון בדבר חברה ללא תמותה ותחלואה הקשורה בטבק, החל בתחום הפיקוח על טבק דיון בנושא המכונה כיום בספרות 'סוף המשחק'. הספרות בנושא בוחנת אסטרטגיות שניתן להפעיל מעבר ליישום המורחב של אמצעי ההתערבות הבדוקים בתחום הפיקוח על טבק, במטרה להאיץ את קצב הירידה בשימוש בסיגריות ובמוצרי טבק בעירים אחרים ולשים קץ למגיפת התחלואה והתמותה בטרם עת הנגרמות משימוש בטבק.

פרק 15 דן באסטרטגיות 'סוף משחק' השונות ובודק את במידת ההיתכנות והישימות שלהן. הועלתה טענה, שלפיה ראוי לשקול יישום של אסטרטגיה כלל-ארצית משולבת לפיקוח על טבק – על בסיס של יישום מוגבר של אסטרטגיות שכבר הוכחו (מיסוי, אזורי איסור עישון, הגברת התמיכה והסרת המכשולים מניסיונות הפסקה, תוויות אזהרה, קמפיינים בתחום בריאות הציבור והגבלות על פרסום, מבצעי קידום וחסויות), ואשר תכלול את אסטרטגיות 'סוף משחק' בעלות ההיתכנות הגבוהה ביותר (van der Eijk 2013). להלן רשימה לא ממצה של דוגמאות לאפשרויות 'סוף משחק' שיוכלו להשלים את אמצעי ההתערבות המוכחים בהשגת היעד הכולל שלנו, דהיינו חברה נטולת תמותה ותחלואה כתוצאה משימוש בטבק:

1. צמצום תכולת הניקוטין כדי להפוך את הסיגריות לממכרות פחות (Benowitz and Henningfeld 2013); וכן הרחבת ההגבלות על מכירה, בייחוד ברמה המקומית, כולל איסור על קטגוריות שלמות של מוצרי טבק (Berrick 2013; Malone 2013).

ניתן לתמוך באסטרטגיות 'סוף משחק' באמצעות גישות והתקנים להולכת ניקוטין שיפותחו בעתיד ואשר יהיה בהן תחליף טוב יותר לסיגריות. כפי שתואר בפרק 14, מגוון של מוצרים חדשים יוצאים כיום לשוק בקצב גובר והולך. בשנת 2012 רכשה חברת Lorillard את חברת Blu Electronic Cigarettes; בשנת 2013 השיקה חברת הטבק R.J. Reynolds את השימוש בסיגריות אלקטרוניות מסוג VUSE בשווקים מסוימים ואילו Altria הכריזה כי תתחיל בשיווק סיגריה אלקטרונית ב-2014 (Reynolds American 2013; Lorillard 2013; Esterl 2013; Wells Fargo Securities Research 2013).

בנוסף, חברות בעלות ידע מועט ביותר או אפסי בפיתוח ובשיווק של מוצרי טבק מקובלים פיתחו ושיווקו אף הן מערכות אלקטרוניות להולכת ניקוטין (WHO 2009; Henningfeld and Cobb and Abrams 2011; Zaatar 2010). הואיל והמוצרים החדשים הללו נכנסים לשוק במהירות, נותרו פתוחות שאלות משמעותיות בנושאים הבאים: (1) כיצד להעריך את הרעילות ואת השפעות הבריאות הפוטנציאליות של יותר מ-250 מותגי הסיגריות האלקטרוניות; (2) סדר הגודל של הסיכון המופחת מסיגריות אלקטרוניות לעומת המשך השימוש בסיגריות קונבנציונליות בקרב מעשנים יחידים; (3) הצורך לשקול את היתרונות האישיים הפוטנציאליים לעומת סיכונים הקשורים באוכלוסייה; (4) כיצד יש לפקח על הפרסום והשיווק של המוצרים החדשים הללו; וכן (5) גם בהנחה שניתן לייצר סיגריות אלקטרוניות שיהיו בטוחות דיין למשתמש ויציעו יתרונות נטו בתחום בריאות הציבור, נותרו בעינן שאלות משמעותיות לגבי האופן שבו יש לפקח עליהן (Benowitz 2013). כדי להתמודד באופן מלא עם השאלות הללו, יהיה צורך בהמשך המחקר ובתשומת לב לתוצאות, כמו גם באמצעי פיקוח. עם זאת, צפוי כי הקידום של סיגריות אלקטרוניות ומוצרי טבק חדשניים אחרים יציע יותר יתרונות בסביבה שבה מתחוללת ירידה מהירה באטרקטיביות, בנגישות, בקידום ובשימוש בסיגריות.

מסקנות ספציפיות מתוך חלק 3 של הדוח

פרק 12: תחלואה, תמותה ועלויות כלכליות שניתן לייחס לעישון

1. מאז דוח הרופא הכללי ב-1964, ניתן לייחס מעל 20 מיליון מקרי מוות בטרם עת לעישון פעיל ועישון כפוי. העישון היה ונותר הגורם הניתן למניעה המוביל לתמותה בטרם עת בארצות הברית.
2. על אף הירידה בשכיחות העישון, הנטל השנתי של תמותה כתוצאה מעישון בארצות הברית נותר מעל 400,000 נפשות כבר יותר מעשור ועל פי ההערכות, הוא עומד כיום על כ-480,000 מקרי מוות בשנה, כאשר מיליונים נוספים חיים עם מחלות הקשורות בעישון.
3. בשל הירידה האיטית בשכיחות העישון, צפוי כי הנטל השנתי של תמותה שניתן לייחס לעישון ימשיך להיות גבוה עוד עשורים רבים, כאשר 5.6 צעירים שגילם כיום 0 עד 17 צפויים למוות בטרם עת כתוצאה ממחלקה הקשורה בעישון.
4. אומדן העלויות הכלכליות השנתיות שניתן לייחס לעישון בארצות הברית לשנים

2009-2012 נע בין 289 לבין 332.5 מיליארד דולר, כולל 132.5-175.9 מיליארד דולר הוצאות ישירות על טיפול רפואי במבוגרים, 151 מיליארד דולר בגין אובדן (על פי האומדן לשנים 2005-2009) ו-5.6 מיליארד דולר (בשנת 2006) בגין אובדן של פרודוקטיביות כתוצאה מעישון כפוי.

פרק 13: דפוסי שימוש בטבק בקרב בני נוער, צעירים ומבוגרים בארה"ב

1. בארה"ב ירדה השכיחות של עישון סיגריות בקרב מבוגרים – מ-42% ב-1965 ל-18% בשנת 2012.
2. השכיחות של עישון סיגריות ירדה עד לרמתה הנוכחית תחילה בקרב גברים (1965 עד שנות ה-90) ולאחר מכן בקרב נשים (מאז שנות ה-80). עם זאת, הואט בשנים האחרונות קצב הירידה בשכיחות העישון בקרב מבוגרים (גילאי 18 ומעלה).
3. רוב התחלות העישון של סיגריות מתרחשות לפני גיל 18 (87%) וכמעט כל המעשנים (98%) החלו להשתמש בקביעות בסיגריות לפני גיל 26.
4. נותרו בעינם הבדלים גדולים מאוד בשימוש בטבק בין קבוצות המוגדרות על פי רמת השכלה, מצב סוציו-אקונומי ואזור.
5. כיום יש בארצות הברית יותר מעשנים לשעבר מאשר מעשנים פעילים. מעל מחצית האנשים שעישנו אי-פעם הפסיקו לעשן. שיעור הפסקת העישון בקרב שכבות הגיל הצעירות נמצא במגמת גידול ורמת עניין גבוהה בהפסקת עישון נרשמת בכל מגזרי החברה.
6. ניתן לראות שינוי גם בדפוסי השימוש בטבק: פחות קביעות בשימוש בסיגריות ועלייה בהיקף השימוש במוצרים אחרים.

פרק 14: המצב הנוכחי של הפיקוח על טבק

1. יש די ראיות כדי להסיק כי קיים מגוון של אמצעי פיקוח שונים על טבק אשר יעילותם הוכחה ברמת כלל-האוכלוסייה וברמת הפרט.
2. יש די ראיות כדי להסיק כי פרסום ופעילויות קידום מטעם חברות הטבק גורמים להתחלה והמשך של עישון בקרב מתבגרים וצעירים.
3. הפיקוח על מוצרי טבק הוא בעל פוטנציאל לתרום לבריאות הציבור על ידי צמצום הרכיבים הממכרים והמזיקים במוצרי טבק ועל ידי מניעה של טענות כוזבות או מטעות בדבר סיכון מופחת מצד תעשיית הטבק.
4. יש די ראיות כדי להסיק כי תביעות משפטיות נגד חברות הטבק צמצמו את השימוש בטבק בארצות הברית בכך שהובילו לעלייה במחיר המוצרים, הגבלות על שיטות השיווק ופתיחת מסמכים של התעשייה לניתוח מדעי ומודעות אסטרטגית.
5. יש די ראיות כדי להסיק כי העלייה במחירי מוצרי הטבק, כולל עלייה כתוצאה מהעלאת מס הבלו, מונעים התחלת שימוש בטבק, מעודדים הפסקת שימוש ומצמצמים את השכיחות והאינטנסיביות של השימוש בטבק בקרב צעירים ומבוגרים כאחד.

6. יש די ראיות כדי להסיק כי הנחיות מדיניות האוסרות על עישון בתוך מבנים יעילות בצמצום העישון הכפוי ומובילות לצמצום העישון בקרב הפרטים הנוגעים בדבר.
7. יש די ראיות כדי להסיק כי קמפיינים באמצעי תקשורת ההמונים, תוכניות מקיפות בקהילה ותוכניות מקיפות וכלל-מדינתיות לפיקוח על טבק מונעים התחלת שימוש בטבק ומצמצמים את שכיחות השימוש בו בקרב צעירים ומבוגרים כאחד.
8. יש די ראיות כדי להסיק כי טיפולי גמילה מטבק הם אמצעי יעיל במגוון רחב של אוכלוסיות מעשנים, כולל מעשנים בעלי תחלואה נלווית משמעותית במישור הנפשי והגופני.

פרק 15: השינוי בתחום הפיקוח על טבק – המצב הנוכחי וכיוונים עתידיים

1. מהניסיון שנצבר מאז שנת 1964 והתוצאות ממודלים הבוחנים תרחישים עתידיים של פיקוח על טבק ניתן להסיק כי הירידה בהיקף השימוש בטבק בעשורים הקרובים לא תהיה מהירה דיה כדי לעמוד ביעדים שנקבעו. ללא הגברת היקף הפעולה, היעד של חיסול הנטל הטררגי של תחלואה ומקרי מוות בטרם עת שניתן למונעם לא יוגשם במהירות מספקת.
2. נמשך היישום החסר של אמצעי התערבות מבוססי-ראיות לפיקוח על טבק אשר יעילותם הוכחה והיקף הפעילות נמוך בהרבה מרמות המימון שהומלצו על ידי המרכזים לבקרה ומניעת מחלות. יישום של הנחיות מדיניות ותוכניות לפיקוח על טבק, כפי שהומלץ במסמך הקץ למגיפת הטבק: תוכנית אסטרטגית לפיקוח על טבק מאת משרד הבריאות ושירותי אנוש של ארה"ב ובמסמך הקץ לבעיית הטבק: תוכנית אב לאומה מאת המכון לרפואה על בסיס מתמשך ובאינטנסיביות מוגברת, יוכל להאיץ את הירידה בהיקף השימוש בטבק בקרב צעירים ומבוגרים וגם להאיץ את קצב ההתקדמות לקראת היעד של שימת קץ למגיפת הטבק.
3. אסטרטגיות 'סוף משחק' חדשות גובשו ומטרת כולן לחסל את עישון הטבק. חלקן עשוי להתברר כשימושי בארצות הברית, בייחוד צמצום תכולת הניקוטין במוצרי טבק והגבלות חמורות יותר על מכירתם (כולל איסור על קטגוריות שלמות של מוצרי טבק).

האצת התנועה הכלל-ארצית לצמצום היקף השימוש בטבק

המסקנות המרכזיות המובאות בדוח זה הן ראייה לכך שדרושה פעולה דרמטית:

- שיעור ההתקדמות הנוכחי בפיקוח על טבק אינו מהיר דיו. יש להרחיב את העשייה.
- העלויות של תחלואה ותמותה שניתן לייחס לעישון ימשיכו ללוות אותנו ברמה גבוהה עוד זמן רב, אלא אם יואץ קצב ההתקדמות בפיקוח על טבק. הנטל הנוכחי הוא ברמה בלתי קבילה.
- כמעט 500,000 מקרי מוות בטרם עת מדי שנה כתוצאה מעישון פעיל ועישון כפוי הם נטל בלתי נסבל. אפילו 100,000 או 200,000 מקרי מוות שניתן לייחסם לעישון מדי שנה הם רמה גבוהה מדי; ועם זאת, מדובר בתחזית מציאותית לגמרי לגבי הנטל עד מחצית המאה

- העשרים ואחת, במידה שלא תושג התקדמות מהירה בפיקוח על טבק.
- בארצות הברית, נטל התחלואה והתמותה כתוצאה מהשימוש בטבק נגרם רובו ככולו מעישון של סיגריות ומוצרי טבק בעירים אחרים; חיסול מהיר של השימוש באלה יביא להקטנה דרמטית בנטל האמור.
- ניתן להפיק לקחים חשובים מהצלחות אחרות שהושגו בתחום בריאות הציבור. בהתמודדות עם מגיפות עולמיות כמו אבעבועות שחורות ופוליו, חיסולן של אותן מחלות היה היעד המובהק. מאותה התמקדות נחושה ביעד גובשו, יושמו, הוערכו, שופרו ונוהלו במשך עשרות שנים מיטב האסטרטגיות והפעולות, על בסיס הידע המדעי והמעשי בתחום בריאות הציבור. התוצאות ברורות לעין: מחלת האבעבועות השחורות חוסלה לפני עשרות שנים והפוליו על סף חיסול. על האומה להתחייב בנחישות ליעד זה, של יצירת חברה משוחררת מתמותה ומתחלואה הקשורות בטבק, על ידי דרבון כל מגזרי החברה למעורבות והתמקדות נחושה לא פחות.
- ב-50 השנים האחרונות ירד ביותר ממחצית שיעור המעשנים בארצות הברית (מ-42.7% ב-1965 ל-18% ב-2012). תוכנית הפעולה האסטרטגית הקץ למגיפת הטבק: תוכנית פעולה אסטרטגית לפיקוח על טבק עבור משרד הבריאות ושירותי אנוש של ארה"ב (USDHHS 2010a), מכיל מסגרת קריטית להנחיה ותיאום המאמצים לצמצום שיעור העישון לפחות מ-10% בקרב צעירים ומבוגרים כאחד בתוך 10 שנים, במטרה למנוע מיליוני מקרי מוות הקשורים בעישון. מחויבות כלל-ארצית מעין זו תחייב פעולה מוגברת וממושכת כדי לחסל במהירות את השימוש בסיגריות ובסוגים אחרים של מוצרי טבק בעירים. עם גיבושן של אסטרטגיות 'סוף משחק', יש ליישם את הפעולות הבאות:
- מאבק בשיווק של תעשיית הטבק על ידי תמיכה בקמפיינים בולטים באמצעי התקשורת הארציים, כמו קמפיין 'עצות ממעשנים לשעבר' של ה-CDC ומבצעי המניעה בקרב בני נוער של ה-FDS, וזאת בתדירות וברמת חשיפה גבוהה, 12 חודשים בשנה, למשך עשור ומעלה;
- העלאת מס הבלו על סיגריות כדי למנוע מצעירים להתחיל לעשן ולעודד מעשנים להפסיק;
- מימוש ההזדמנות הגלומה בחוק הגנת החולה וטיפול בר השגה (Affordable Care Act) כדי לספק לכל המעשנים גישה חופשית לטיפול גמילה מטבק שיעילותם הוכחה, לרבות ייעוץ ותרופות, ובייחוד למעשנים הסובלים מתחלואה נלווית משמעותית במישור הנפשי והגופני;
- הרחבת הפסקת העישון לגבי כל המעשנים בסביבות טיפול ראשוניות ומתמחות באמצעות מערכות וספקי שירותי הבריאות, שיבחנו כיצד ניתן לבסס תקן טיפול יעיל לטיפולים שידוע כי הם אפקטיביים;
- יישום אפקטיבי של סמכות ה-FDA לפיקוח על מוצרי טבק כדי לצמצם את תכולת

הרכיבים הממכרים ואת הנזק של מוצרי טבק;

- הרחבת מאמצי המחקר בתחום הפיקוח על טבק ומניעת השימוש בו, כדי להרחיב את ההבנה בנוף המשתנה ללא הרף של תחום הפיקוח על טבק;
 - מימון מלא של תוכניות מקיפות וכלל-מדיניות לפיקוח על טבק, לפי הרמות המומלצות על ידי ה-CDC;
 - הרחבת תקנות מקיפות לאיסור העישון בתוך מבנים והחלתן על 100% מאוכלוסיית ארה"ב.
 - ד"ר גרו ברונטלנד, לשעבר מזכ"ל ארגון הבריאות העולמי, צדקה בדבריה כאשר טענה ב-1999 כי יש להעריך את הפעולה הנוכחית מנקודת המבט של נכדינו והיננים שלנו (Asma et al. 2002). כאשר הדורות הבאים ישקיפו לאחור ויבחנו את הפעולות שלנו ואת הידע על מגיפת הטבק, האם יהיה די במאמצים הנוכחיים שלנו כדי להוכיח את המחויבות לבריאות הציבור ולצדק חברתי, כפי שהוגדרו בתוכניות וביעדים הלאומיים שלנו?
- המאבק שאומה זו מנהלת מזה חמישה עשורים נגד מגיפת הטבק מנע בהצלחה מיליוני מקרי מוות בטרם עת אשר בלעדי ההתערבות הזאת, היו מתרחשים – הישג היסטורי לפי כל קנה מידה. ביובל החמישים לדוח פורץ הדרך של הרופא הכללי משנת 1964, על האומה לשוב ולהתמסר לא רק לקידום המאמצים לפיקוח מוצלח על הטבק המושקעים כבר זמן רב, כי אם גם להרחבה והאצת המאמצים הללו מתוך הכרה מלאה באתגר שעוד לפנינו.

Asma S, Yang G, Samet J, Giovino G, Bettcher DW, Lopez A, Yach D. Tobacco. In: Roger D, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. *Oxford Textbook of Public Health*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2002: 1481–502.

Ayres JG, Semple S, MacCalman L, Dempsey S, Hilton S, Hurley JF, Miller BG, Naji A, Petticrew M. Bar workers' health and environmental tobacco smoke exposure (BHETSE): symptomatic improvement in bar staff following smoke-free legislation in Scotland. *Occupational and Environmental Medicine* 2009;66(5): 339–46.

Benowitz NL, Henningfeld JE. Reducing the nicotine content to make cigarettes less addictive. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1):i14–i7.

Berrick AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1):i22–i6.

Centers for Disease Control and Prevention. Consumption of cigarettes and combustible tobacco—United States, 2000–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2012;61(30):565–9.

Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements—United States, 1900–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999;48(12):241–3.

Chapman S, Wakefield MA. Large-scale unassisted smoking cessation over 50 years: lessons from history for endgame planning in tobacco control. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1):i33–i5.

Cobb NK, Abrams DB. E-cigarette or drug-delivery device? Regulating novel nicotine products. *New England Journal of Medicine* 2011;365(3):193–5.

Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 1998;280(22):1909–14.

Esterl M. Philip Morris to tap e-cigarette market next year. *Wall Street Journal* November 20, 2013.

Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act, Public Law 111-31, *U.S. Statutes at Large* 123 (2009): 1776.

Fletcher CM, Gilson JG, Hugh-Jones P, Scadding JG. Terminology, definitions, and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. A report of the conclusions of a Ciba guest symposium. *Thorax* 1959;14:286–99.

Hatsukami DK. Ending tobacco-caused mortality and morbidity: the case for performance standards for tobacco products. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1): i36–i7.

Henningfeld JE, Zaatari GS. Electronic nicotine delivery systems: emerging science foundation for policy. *Tobacco Control* 2010;19(2):89–90.

Lorillard. Presentation at Lorillard Investor Day; June 27, 2013.

Malone RE. Tobacco endgames: what they are and are not, issues for tobacco control strategic planning and a possible U.S. scenario. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1): i42–i4.

Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khai-ralla MZ, Barnes M, Fardon TC, McFarlane L, Magee GJ, Lipworth BJ. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 2006;296(14):1742–8.

Miller R. U.S. cigarette consumption, 1900 to date. In: Harr W, editor. *Tobacco Yearbook*. Bowling Green (KY): Cockrel Corporation, 1981:53.

Newport F. For first time, majority in U.S. supports public smoking ban: little support for making smoking illegal, however, July 15, 2011; <<http://www.gallup.com/poll/148514/first-time-majority-supports-public-smoking-ban.aspx>>; accessed: December 19, 2012.

Polansky JR, Titus K, Lanning N, Glantz SA. *Smoking in Top-Grossing U.S. Movies, 2012*. San Francisco: San Francisco: University of California San Francisco, Center for Tobacco Control Research and Education, 2013.

Proctor RN. Why ban the sale of cigarettes? The case for abolition. *Tobacco Control* 2013;22(Suppl 1):i27–i30.

Reynolds American Incorporated. Reynolds American: Transformation through innovation. Presentation for webcast at Reynolds American Investor's Day Conference; November 18. 2013.

Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012;126(18):2177–83.

Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, Hartge P, Gapstur SM. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *New England Journal of Medicine* 2013;368(4):351–64.

Thun MJ, Heath CW Jr. Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society prospective studies since 1959. *Preventive Medicine* 1997;26(4):422–6.

Thun MJ, Lally CA, Flannery JT, Calle EE, Flanders WD, Heath CW Jr. Cigarette smoking and changes in the histopathology of lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 1997;89(21):1580–6.

U.S. Department of Agriculture. *Tobacco Outlook*. TBS-263. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economics Research Service, 2007; <<http://usda.mannlib.cornell.edu/usda/ers/TBS//2000s/2007/TBS-10-24-2007.pdf>>; accessed: July 15, 2013.

U.S. Department of Agriculture. *Tobacco Outlook*. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, 1996; <<http://usda01.library.cornell.edu/usda/ers/TBS/1990s/1996/TBS-04-08-1996.asc>>; accessed: August 15, 2013.

U.S. Department of Agriculture. *Tobacco Outlook*. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, 2005; <<http://usda01.library.cornell.edu/usda/ers/TBS//2000s/2005/TBS-09-16-2005.pdf>>; accessed: August 15, 2013.

U.S. Department of Agriculture. *Tobacco Outlook*. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economics Research Service, 2007; <<http://usda.mannlib.cornell.edu/usda/ers/TBS//2000s/2007/TBS-04-24-2007.pdf>>; accessed: August 15, 2013.

U.S. Department of Agriculture. *Tobacco: Situation and Outlook Report*. TS-199. Washington: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, 1987.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General— Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

U.S. Department of Health and Human Services. *Ending the Tobacco Epidemic: A Tobacco Control Strategic Action Plan for the U.S. Department of Health and Human Services*. Washington: Office of the Assistant Secretary for Health, 2010a.

U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease—The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010b.

U.S. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

U.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964.

PHS Publication No. 1103.

United States v. Philip Morris, 449 F. Supp. 2d 1 (D.D.C. 2006).

USA Today. 100 events that shifted history. *USA Today* February 24, 1999.

Ward JW, Warren C, editors. In: *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth-Century America* New York: Oxford University Press, 2007.

Wells Fargo Securities Research and Economics. E-cigs revolutionizing the tobacco industry. Presentation at 2013 E-Cigarette Forum; November 21, 2013; New York.

Wilson T, Shamo F, Boynton K, Kiley J. The impact of Michigan's Dr. Ron Davis smoke-free air law on levels of cotinine, tobacco-specific lung carcinogen and severity of self-reported respiratory symptoms among non-smoking bar employees. *Tobacco Control* 2012;21(6):593–5.

World Health Organization. *Tobacco Industry Interference with Tobacco Control*. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2009; <<http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en/>>; accessed: April 1, 2013.

הפקה: לפ"מ