

תוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

הצעה להחלטה

מחליטים,

- בהתבסס על המלצותיה של הועדה הציבורית למניעת נזקי העישון מיום 18 לינואר 2011 (להלן – הועדה הציבורית) המפורטות בדו"ח הרצ"ב, מחליטים:
- א. להטיל על שר הבריאות להקים יחידה למאבק בעישון בתוך משרדו שתוביל ותתאם את יישום התוכנית הלאומית לצמצום העישון.
 - ב. להטיל על שר הבריאות להפיץ תוך 90 ימים תזכיר חוק לתיקון חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג - 1983 כך שייקבעו בו הוראות שישפרו את ההגנה על הציבור ועל העובדים מפני חשיפה לעישון כפוי, וכל זאת בתאום עם משרד המשפטים ויתר משרדי הממשלה הנוגעים בדבר.
 - ג. להטיל על שר הבריאות להפיץ תוך 90 ימים תזכיר חוק לתיקון חוק להגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשמ"ג 1983 כך שיקבעו בו מגבלות מחמירות על פרסומת למוצרי טבק, וכן מגבלות נוספות על שיווקם של מוצרי טבק, איסור על מכונות אוטומטיות למכר מוצרי טבק, הסמכת שר הבריאות לחייב סימון מוצרי טבק באזהרות גרפיות וחובת דיווח על רכיבי מוצרי טבק, וכל זאת בתאום עם משרד המשפטים ויתר משרדי הממשלה הנוגעים בדבר.
 - ד. להטיל על שר האוצר לבחון את המלצות הועדה הציבורית בהקשר של שיעורי המיסוי על מוצרי טבק, ולהגיש את המלצותיו לממשלה תוך 90 ימים.
 - ה. להטיל על השר להגנת הסביבה להקים צוות משותף עם משרד הבריאות, שיעסוק בגיבוש תוכנית לצמצום הנזקים מבדלי הסיגריות, שתוגש לממשלה בתוך שנה.
 - ו. שר החינוך יקבע תכנית לניסוי של בתי הספר נקיים מעישון במספר מוסדות חינוך, בהתייעצות עם ארגוני המורים ומשרד הבריאות.

דברי הסבר

רקע כללי

העישון מוגדר כגורם המוות הגדול ביותר הניתן למניעה. על פי הערכות לגבי ישראל, מחלות שונות הקשורות לעישון גובות את חייהם של כ-10,000 איש מידי שנה, מהם כ-9,000 איש כתוצאה מעישון אקטיבי וכ-1000 איש כתוצאה מחשיפה לעישון כפוי. עלותו הישירה של העישון למערכת הבריאות מוערכת ב-1.75 מיליארד ₪, ולכך יש להוסיף את המשמעויות הנגזרות מהתחלואה הרבה הקשורה לעישון, כגון: אבדן ימי עבודה, אבדן כושר עבודה, נכויות, תמותה מוקדמת ועוד.

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

לאור היקף התופעה בחברה הישראלית והנורמטיביות של העישון בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה, ומאחר שהשפעות העישון חורגות מתחום הבריאות ומשפיעות על החברה והכלכלה בכלל, יש צורך תוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו, המתבססת על הנחיותיה והמלצותיה של אמנה זו וכן על המלצותיהן של וועדות שונות, שעסקו בנושא זה בעשור האחרון בישראל. תוכנית זו נוגעת לתחומים השונים הקשורים לעישון, חלקם באחריות משרד הבריאות אך חלקם נוגעים ומשפיעים על תחומים באחריות משרדי ממשלה אחרים.

נתונים תומכי החלטה ומידע מחקרי -

העישון ונזקיו

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

נזקי העישון הפעיל ידועים זה עשרות שנים. לעומת זאת, נזקי העישון הכפוי זכו לפרסום נרחב רק בשנים האחרונות. על פי דו"ח ה- Surgeon General משנת 2006 העישון הכפוי גורם לתמותה מוקדמת ולמחלות בקרב מבוגרים וילדים שאינם מעשנים, בין השאר על ידי השפעות מיידיות מזיקות למערכת הלב וכלי הדם וגורם לאורך השנים למחלות לב כליליות ולסרטן הריאות. בקרב עוברים, תינוקות וילדים הוא מזיק במיוחד: נמצא כי חשיפה לעשן סיגריות בגילאים אלו גורמת להפחתת משקל הלידה, מגדילה את הסיכון למוות בעריסה (Sudden Infant Death Syndrome),

גורמת למחלות האוזן. התיכונה, לאסתמה, לדלקת ריאות ולפגיעה בתפקודי הריאות. השפעות שליליות נוספות ממשיכות ומלוות את האדם גם בבגרותו. בנוסף, ילדים להורים מעשנים נמצאים בסיכון גבוה לשימוש בטבק בעצמם.

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

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

חשוב לציין, כי העישון מהווה גורם מרכזי לפערי בריאות בין אוכלוסיות חלשות ואוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה. "דו"ח פני החברה" של הלמ"ס, לשנת 2008 מצא, כי בעוד שבערי המרכז מוציאים יותר על חינוך בהשוואה לערי פריפריה, הרי שבערי פריפריה מעשנים יותר וההוצאה על מוצרי טבק כפולה בהשוואה למרכז. בנוסף לכך, מדו"ח הלמ"ס לשנת 2008 עולה, כי משפחה ללא ילדים מוציאה בממוצע 95.2 ₪ בחודש על סיגריות, משפחה עם שני ילדים מוציאה כבר 107.8 ₪ בחודש ואילו משפחה שבה שלושה ילדים ויותר תוציא 113.1 ₪ בחודש על סיגריות.

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

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

שיעורי העישון בישראל

העישון בישראל נמצא במגמת ירידה זה שלושה עשורים. כיום, פחות מרבע מאוכלוסיית ישראל מעשנים מדי יום, אך קיימת שונות רבה בין קבוצות באוכלוסייה. לפי סקר KAP שנערך ב-2009–2008 ע"י המחלקה לחינוך וקידום בריאות והמרכז לבקרת מחלות של משרד הבריאות (שנערך בקרב 4,186 נשאלים בסקר טלפוני), אחוז המעשנים הכולל באוכלוסייה הוא 22.8%, אחוז המעשנים בקרב הגברים היהודים (27.9%) גדול פי 1.6 לעומת הנשים (16.6%). אחוז המעשנים בקרב גברים ערביים (48.8%) גבוה פי 9.3 מהשיעור בנשים ערביות (5.2%). ככל שרמת החינוך עולה, שיעור העישון יורד. הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי - הימצאות העישון נמוכה יותר בקרב דתיים. בקרב החיילים בשנת 2009, 33.9% מהמתגייסים מעשנים ובקרב המשתחררים אחוז המעשנים עומד על 40.8%. בקרב החיילות בשנת 2009, 26.5% מהמתגייסות מעשנות ובקרב המשתחררות אחוז המעשנות עומד על 35.6%. אצל המתגייסים והמשתחררים משני המינים ניכרת מגמת יציבות בשיעור העישון מאז תחילת העשור. נתונים משנת 2006 מראים ש-5.8% מבני הנוער בכיתות ו', ח' ו-י מעשנים לפחות פעם בשבוע. 4.1% מהבנות היהודיות מעשנות, לעומת 2.6% אצל הערביות. 12.6% מהבנים הערבים מעשנים לעומת 6.8% מהבנים היהודים. נתונים אלו מצביעים על מגמת ירידה בהשוואה לסקר של 1998.

בשנת 2009 ערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה סקר בריאות, בו רואיינו כ-9,000 בתי אב, המייצגים כ-30,000 איש. בסקר נבדק, בין השאר, מצב העישון ועלה, כי שיעור המעשנים בכלל האוכלוסייה, מגיל 20 ומעלה, עומד על 20.9%. בקרב הגברים השיעור הוא 28% (בקרב גברים ערבים 46% ובקרב גברים יהודים 25%) ובקרב הנשים השיעור הוא 13% (נשים יהודיות 14% ובקרב נשים ערביות 4%). בחלוקה לפי גילאים ניתן למצוא את שיעורי המעשנים הגבוהים ביותר בטווחי הגילאים 20-54, כאשר שיעורי העישון עולים עם הגיל (בגילאי 45-54 שיעור של 26.7%, בגילאי 35-44 שיעור של 24.2%, בגילאי 25-34 שיעור של 22.5% ובגילאי 20-24 שיעור של 20.0%).

היבטים ביצועיים -

מצורף נספח "היבטים ביצועיים".

השפעות אפשריות להחלטה (כלכלה, חברה, סביבה וממשל) -

בריאות חברה וכלכלה

- א. העישון גורם למוות, תחלואה ונכות. צמצום העישון ונזקיו יחסוך בטווח הקצר, הבינוני והארוך בהוצאות מערכת הבריאות, יחסוך אבדן ימי עבודה, תשלומי קצבאות על נכויות והוצאות אחרות.
- ב. מייחסים לעישון תרומה משמעותית ליצירת פערי בריאות באוכלוסייה וכן תרומה ליצירת הפער בין תוחלת החיים של גברים ונשים. צמצום העישון באוכלוסייה יצמצם לפחות באופן חלקי פערים אלו.
- ג. העלות השנתית הכוללת של התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו מהווה כ-0.2% מסך הכנסות המדינה ממיסים על טבק, וכ-0.6% מהעלות הישירה המוערכת של העישון למערכת הבריאות.

ד. בשנת 2009 עמדו ההכנסות על כ-4.1 מיליארד ₪ כאשר 81% מההכנסות ממס קניה על סיגריות מקורן ביבוא, כהמשך למגמת הגידול הרב-שנתי בצריכת סיגריות מייבוא וצמצום בצריכת סיגריות מייצור מקומי. על פי צפי מנהל הכנסות המדינה ממיסים, בשנת 2010 הכנסות המדינה ממס קניה על סיגריות עמדו על כ-5 מיליארד ₪, מתוכם כ-750 מלש"ח מייצור מקומי והיתר מיבוא.

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

צמצום שיעור המעשנים באוכלוסיה יאפשר למשפחות רבות, כולל משפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, הפניית משאבים מצריכת טבק לצריכת מוצרי צריכה ושירותים אחרים.

ו. איסור עישון במשרדי ממשלה ישפר את האוויר והאווירה במקום העבודה מבחינתם של העובדים והציבור הלא מעשנים, אך עשוי לגרום להתמרמרות מסוימת מצד העובדים המעשנים.

עמדת שרים אחרים שההצעה נוגעת לתחום סמכותם -

שר האוצר אינו מתנגד להצעה, מלבד לנושא הקמת קרן לצמצום העישון כמפורט בעמדת היועץ המשפטי של משרד האוצר.

שר המשפטים תומך בהצעה.

השר להגנת הסביבה תומך בהצעה.

שר התעשייה המסחר והתעסוקה אינו מתנגד להצעה.

שר החינוך תומך בהצעה.

שר התחבורה תומך בהצעה אך מתנגד לסעיף איסור עישון ברציפי רכבת וסעיף איסור עישון בתחנת אוטובוס מקורה.

חלופות להצעת ההחלטה -

הזיקה שבין ההצעה לבין יעדי הממשלה -

החלטות קודמות של הממשלה בנושא -

החלטת ממשלה מספר 170 מתאריך ה-12 במאי 2009, לצמצם את הפטור הקיים במס קניה על יבוא סיגריות למי ששב לישראל מחו"ל, לחבילה אחת ("פקט" שבו עשר חפיסות) במקום שתיים. משמעות ההחלטה היא העלאה של 200 מיליון ₪ בהכנסות המדינה ממיסים על סיגריות בשנת 2011, כפי שמופיע בתקציב המדינה.

עמדת היועץ המשפטי של המשרד יוזם ההצעה -

אין מניעה משפטית לאישור הצעת ההחלטה. רצ"ב חוות דעתה של סגנית היועצת המשפטית של משרד הבריאות.

מוגש על-ידי ראש הממשלה ושר הבריאות

כ"א באייר התשע"א

25 במאי 2011

חוות דעת משפטית הנלווית להצעת החלטה לממשלה ולוועדות השרים

נושא הצעת ההחלטה: תוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקין

תמצית ההצעה בהתייחס להיבטיה המשפטיים:

1. מוצע לתקן חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג-1983, כלהלן:
(א) תוסף הוראה הקובעת חזקה בדבר הפרת חובות של מחזיק של מקום ציבורי בניגוד לסעיף 2א לחוק אם איכות האוויר במקום הציבורי חורג מתקן איכות אויר שיקבע בתקנות וכן, תוקם קרן לצמצום העישון;
(ב) תתוקן התוספת לחוק, בה מפורטים המקומות המוגדרים כציבוריים לעניין החוק, ותנאי הגבלת העישון בהם.
2. מוצע לתקן את חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשמ"ג-1983, כלהלן:
(1) תורחב ההגדרה של "פרסומת" ויימחקו פטורים בהגדרה של "שיווק";
(2) יוסף סעיף "מטרה";
(3) יוטל איסור מקיף על פרסומת למוצרי טבק, בסייגים מסוימים;
(4) יוטל איסור על סימון אריזות מוצרי טבק בתמונת פרי;
(5) יוטל איסור על מכונות אוטומטיות למכירת מוצרי טבק;
(6) יורחב האיסור על חלוקת מוצרי טבק ללא תמורה ועל מתן זכות להשתתף בהגרלה;
(7) תוטל חובת דיווח על רכיבי מוצרי טבק;
(8) יוסמך השר לקבוע סימון מוצרי טבק בתמונות אזהרה ולקבוע הוראות סימון נוספות;
(9) יוסמך שר הבריאות להגביל את השימוש במוצרי טבק בטעם פירות או ממתקים.

קשיים משפטיים, ככל שישנם, ודרכי פתרונם:

חלק מהוראות החוק המוצעות כנ"ל ישפיע על חופש העיסוק וחופש הביטוי של חברות הטבק. יחד עם זאת, הוראות אלה נועדות לתכלית ראויה, כפי שבא לידי ביטוי במטרות שני החוקים. כמו כן, הוראות אלה מידתיות, ונדרשות לאחר שצעדים קודמים, בחקיקה הקיימת, המטילים מגבלות במידה מצומצמת יותר, לא הספיקו כדי להשיג את המטרה. זאת ועוד, הוראות אלה עולות בקנה אחד עם חובות מדינת ישראל לפי אמנה בינלאומית, בה חברה ישראל, אמנת המסגרת לפיקוח על טבק, וכן, ההנחיות ליישומה של האמנה, המיושמות במדינות רבות בעולם.

עמדות היועצים המשפטיים של משרדים אחרים שהצעת ההחלטה נוגעת להם:

היועץ המשפטי של משרד התמ"ת הודיע של אין הערות.
היועצת המשפטית של משרד התרבות והספורט הודיעה שאין הערות משפטיות.
היועץ המשפטי של נציבות שירות המדינה הודיע כי נציבות שירות המדינה אינה מתנגדת להצעה.
היועצת המשפטית של משרד התחבורה מתנגדת להצעה בכל הנוגע למשרדה.
היועצת המשפטית של משרד החינוך מאשרת את ההצעה לענין ההוראה הנוגעת למשרדה.
היועץ המשפטי של משרד האוצר מתנגד להקמת קרן לצמצום העישון, היות וקיום קרן כזו בניגוד לעקרונות חוק יסוד: משק המדינה וחוק יסודות התקציב.
טרם התקבלה עמדתה של היועצת המשפטית של המשרד להגנת הסביבה.

עמדת היועץ המשפטי של המשרד שהשר העומד בראשו מגיש את ההצעה:
אין מניעה משפטית לאישור הצעת ההחלטה.

אילנה מישר סגנית בכירה ליועצת המשפטית א. ש. ג.
שם תפקיד חתימה

היבטים ביצועיים

מטרות ויעדים	מטרת ההחלטה:	אימוץ דו"ח הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו והמלצותיו
	יעדי ההחלטה:	1. אישור הממשלה לתוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו 2. תקצוב התוכנית ותקני כוח אדם נדרשים

תקציב	עלות תקציבית כוללת: (לרבות הרשאה להתחייב או הפחתה של הכנסה, במלש"ח)	2011	2012	2013	2014	2015
		10	10	10	10	10

סיווג החלטה	תחום פעולה מרכזי:	חוץ וביטחון ישראל והעם היהודי אכיפת חוק	<u>חברה וכלכלה</u> תשתיות וסביבה תרבות, סמלים וטקסים	נושאים אזרחיים המגזר הציבורי אחר
	סיווג ראשי: (יש לבחור סיווג אחד)	החלטה ביצועית	<u>החלטה להנעת תהליך</u>	אופן עבודת הממשלה חקיקה ממשלתית אחר
	סיווגי משנה: (ניתן לבחור יותר מסיווג אחד)	<u>החלטה ביצועית</u>	החלטה להנעת תהליך	אופן עבודת הממשלה <u>חקיקה</u> <u>ממשלתית</u> אחר
		החלטה הצהרתית	החלטה על מינוי שינוי החלטות קודמות	מתן אישור פורמאלי

היבטים ביצועיים

שילובי התארגנות:

פעולות נדרשות	מועד השלמה	גורם ביצוע אחראי
השלמת תיקוני החקיקה הנדרשים לצורך ביצוע התוכנית	ינואר 2012	מנכ"ל משרד הבריאות
תקצוב התוכנית הלאומית והקצאת תקנים נדרשים	יוני 2011	מנכ"ל משרד הבריאות

מדדי תפוקה ותוצאה:

תפוקות/תוצאות ההחלטה	ערך נוכחי	מועד (חודש ושנה)	יעד במועד	גורם אחראי/מזווח
בתוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו הוגדרו יעדים לקראת שנת 2020 (פירוט נרחב מופיע בפרק ט"ז בדו"ח הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו)				מנכ"ל משרד הבריאות
פירוט לגבי שני היעדים העיקריים: א. צמצום מימדי העישון הפעיל ב. מניעת החשיפה לעישון כפוי	22.8 (+21) 29.5% (ילדים בבתי"ס)	31/05/2020 31/05/2020	14.8% 0%	מנכ"ל משרד הבריאות

מועד דיווח לממשלה על תפוקות ותוצאות:

מידי שנה ב-31 למאי, היום הבינלאומי ללא עישון, מתפרסם דו"ח שר הבריאות על מצב העישון בישראל, ובו דיווח נרחב, מעודכן ומפורט על תמונת מצב העישון בישראל, כפי שמתחייב ב"חוק חובת דיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק, התשס"א-2000"

מחקר הערכה:

- ☒ יישום התוכנית ילווה במחקר הערכה על תוצאותיה והשלכותיה
- ☐ יישום התוכנית לא ילווה במחקר הערכה על תוצאותיה והשלכותיה

היבטים תקציביים

☐ להחלטה אין עלות תקציבית ישירה.

☒ להחלטה יש עלות תקציבית כמפורט להלן:

סכום (במלש"ח)					המשרד	
2015	2014	2013	2012	2011		
10	10	10	10	10	תקציב משרד הבריאות (במידת האפשר – תקציב ממשלת ישראל)	מקורות
5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	ביצוע מרכיבי התוכנית שאינם תלויים בתוספת תקני כוח אדם – מחקר, ניטור, הסברה, התערבויות בקהילה, פיתוח תכנית ייעודית לחברה הערבית	שימושים
4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	הפעלת מערך סטודנטים	
					סה"כ הפחתה בהכנסות המדינה (במלש"ח):	
10	10	10	10	10	עלות תקציבית כוללת (במלש"ח):	
					מתוכה: הרשאות להתחייב (במלש"ח):	

☐ בנוסף לכתוב לעיל, להחליטה יוקצו בהסכמת שר האוצר תקנות תקציביות ייעודיות כדלהלן:

[illegible]



דו"ח הוועדה הציבורית

לצמצום העישון ונזקיו



משרד הבריאות

www.health.gov.il

תוכן עניינים

2	.....	תקציר מנהלים	א.
3	.....	חברי הוועדה	ב.
4	.....	הצורך בתוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו	ג.
10	.....	פעילות הוועדה לצמצום העישון ונזקיו	ד.
11	.....	רקע לעבודת הוועדה	ה.
המלצות הוועדה לצמצום העישון ונזקיו			
15	.....	מדיניות כוללת ומקיפה	ו.
16	.....	הקמת גוף מרכזי	ז.
20	.....	חקיקה בתחום העישון	ח.
21	.....	הגנה על הציבור מפני החשיפה לעישון כפוי ונזקיו	ט.
31	.....	צמצום הצטרפות צעירים למעגל המכורים לעישון	י.
42	.....	מדיניות והמלצות לגבי מיסוי מוצרי טבק	יא.
50	.....	סיוע למעשנים להיגמל מעישון	יב.
56	.....	צמצום העישון בחברה הערבית	יג.
57	.....	שימוש בהסברה ותקשורת	יד.
59	.....	צמצום הזיהום מבדלי הסיגריות	טו.
60	.....	קביעת יעדי תוצאה לקראת שנת 2020	טז.
64	.....	סימוכין	יז.
68	.....	נספח 1 – אסטרטגיות והתערבויות לצמצום העישון שנסקרו במסגרת "תת-וועדת טבק 2020"	
78	.....	נספח 2 – טיוטת הצעה לתיקון חוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון	
79	.....	נספח 3 – טיוטת צו לתיקון התוספת לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון	
83	.....	נספח 4 – טיוטת הצעה לתיקון חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק	
91	.....	נספח 5 – מועילות ושיעורי גמילה עבור טיפולים תרופתיים להפסקת העישון	

א. תקציר מנהלים

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

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

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

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

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

ב. חברי הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו

יו"ר הוועדה

ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות

חברי הוועדה

בעז סופר, לשעבר סמנכ"ל בכיר לתכנון וכלכלה, רשות המיסים בישראל

פרופ' אליעזר רובינזון, יו"ר המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות ויו"ר האגודה למלחמה בסרטן

ד"ר לאה רוזן, המחלקה לקידום בריאות, ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב

ד"ר אלי רוזנברג, מנהל המחלקה לבריאות העובד וממונה ארצי על היוזמה "לעתיד בריא 2020", משרד הבריאות

משתתפים נוספים

נאוה אשכנזי, ע. מנכ"ל, משרד הבריאות

רותי ויינשטיין, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות

ד"ר בעז לב, המשנה למנכ"ל, משרד הבריאות

עו"ד אילנה מישור, סגנית בכירה ליועמ"ש, משרד הבריאות

יאיר עמיקם, סמנכ"ל הסברה ויחסים בינלאומיים, משרד הבריאות

מרכז הוועדה: חיים גבע-הספיל, המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות

ג. הצורך בתוכנית לאומית לצמצום העישון ונזקיו

העישון ונזקיו¹

עישון והשימוש בטבק הם גורמי התחלואה והתמותה המרכזיים אשר ניתנים למניעה בעולם המערבי.² העישון גורם לנזקים כמעט לכל אברי הגוף ובין היתר, גורם לסרטן, למחלות לב וכלי דם, ולמחלות ריאה.³ ההערכה הרווחת היא שעישון מתמשך מוריד את תוחלת החיים בכ-10 עד 15 שנים בממוצע. מחצית ממקרי המוות כתוצאה משימוש במוצרי טבק מתרחשים בגיל העמידה, שנות החיים הפוריות ביותר מבחינת כלכלית, משפחתית ואישית.⁴ מעשנים רבים מעוניינים להפסיק לעשן, אך עבור רובם האופי הממכר של הניקוטין וההתמכרות להרגל מקשים מאוד על תהליך הגמילה.⁵ בישראל, שיעור המעשנים שהצליחו להיגמל הוא 42.2%.⁶ בארצות הברית המספר עבר כבר מזמן את ה-50% וכיום יש שם יותר מעשנים לשעבר מאשר מעשנים.

נזקי העישון הפעיל ידועים זה עשרות שנים. לעומת זאת, נזקי העישון הכפוי זכו לפרסום נרחב רק בשנים האחרונות. על פי דו"ח ה- Surgeon General משנת 2006⁷ העישון הכפוי גורם לתמותה מוקדמת ולמחלות בקרב מבוגרים וילדים שאינם מעשנים, בין השאר על ידי השפעות מיידיות מזיקות למערכת הלב וכלי הדם וגורם לאורך השנים למחלות לב כליליות ולסרטן הריאות. בקרב עוברים, תינוקות וילדים הוא מזיק במיוחד: נמצא כי חשיפה לעשן סיגריות בגילאים אלו גורמת להפחתת משקל הלידה, מגדילה את הסיכון למוות בעריסה (Sudden Infant Death Syndrome), גורמת למחלות האוזן התיכונה, לאסתמה, לדלקת ריאות ולפגיעה בתפקודי הריאות. השפעות שליליות נוספות ממשיכות ומלוות את האדם גם בבגרותו.⁸ בנוסף, ילדים להורים מעשנים נמצאים בסיכון גבוה לשימוש בטבק בעצמם.⁹

¹ שני תת-הפרקים הראשונים מבוססים ברובם על פרק הרקע מדו"ח תת הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון סביל של יוזמת "לעתיד בריא 2020" של משרד הבריאות, תוך ביצוע העדכונים הנדרשים.

² WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Fresh and Alive: MPOWER. Internet site: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed March 10, 2008.

³ A report of the Surgeon General: Health Consequences of Smoking. 2004. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>

⁴ R Doll, R Peto, K Wheatley, R Gray, I Sutherland Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, BMJ 1994;309:901-911

⁵ You Can Quit Smoking. Consumer Guide, June 2000. U.S. Public Health Service. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/consquits.htm>

⁶ Israel Central Bureau of Statistics. National Health Survey 2003-2004.

⁷ US Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Smoking. US Dept. of Health & Human Services, 2006. Internet Site <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>

⁸ Cook DG, Strachan D, Health effects of passive smoking 10: summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999;54:357-366.

⁹ Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Wegbster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Review). The Cochrane Library 2006, Issue 3.

בישראל מעריכים שהתמותה על רקע עישון פעיל מגיעה לכ-8,932 מקרים בשנה^{10,11}, ומשערים שכ-1,000 אנשים נוספים מתים עקב חשיפה לעישון כפוי. שיעור התמותה מעישון גדול יותר משיעור התמותה מתאונות דרכים (כ-360 מקרים בשנה) או מאובדנות (כ-500 מקרים בשנה). על אף זאת, מקרי המוות על רקע עישון זוכים לפחות תשומת לב ציבורית ממקרי המוות האחרים. מעריכים כי 80,398 שנות-חיים-המתקננות-למוגבלות (DALYs), או 12.2% מסך אובדן השנים שיש לזקוף לתמותה ולתחלואה בישראל, נובעות מהשימוש בטבק¹². אם המגמות הקיימות תמשכנה, למעלה מ-300,000 ילדים החיים כיום בישראל, ימותו ממחלות המושפעות מעישון¹³.

בשנת 2008 צריכת הסיגריות עמדה על 418 מיליון חפיסות, שהן כ-8.2 מיליארד סיגריות, ירידה של כ-2% בהשוואה לשנת 2007. הכנסות המדינה ממיסי קנייה בלבד היו כ-3.6 מיליארד ₪ (בשנת 2009 ההכנסות הגיעו ל-4.1 מיליארד ₪ והצפי לשנת 2010 עומד על 5 מיליארד ₪), מיסוי זה תרם 29% מסך גביית מיסי הקנייה (ללא בלו דלק), ההכנסות היוו כ-2% מסך ההכנסות וכ-0.5% מהתמ"ג¹⁴. רמת המיסוי על סיגריות עומדת היום על כ-75% ממחיר החפיסה לצרכן, וגמישות המחיר של סיגריות היא נמוכה (-0.25-0.50)¹⁵, אך צפוי, על פי מודל מקובל, כי העלאת המיסוי ב-10% תביא לירידה של 4% בצריכה¹⁶. השפעה זו צפויה להתבטא יותר (באופן יחסי) בקרב בני נוער, בקרב מעשנים צעירים ובקרב מעשנים מרקע סוציו-אקונומי נמוך.

חשוב לציין, כי העישון מהווה גורם מרכזי לפערי בריאות בין אוכלוסיות חלשות ואוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה. "דו"ח פני החברה" של הלמ"ס, לשנת 2008 מצא, כי בעוד שבערי המרכז מוציאים יותר על חינוך בהשוואה לערי פריפריה, הרי שבערי פריפריה מעשנים יותר וההוצאה על מוצרי טבק כפולה בהשוואה למרכז. בנוסף לכך, מדו"ח הלמ"ס לשנת 2008 עולה, כי משפחה ללא ילדים מוציאה בממוצע 95.2 ₪ בחודש על סיגריות, משפחה עם שני ילדים מוציאה כבר 107.8 ₪ בחודש ואילו משפחה שבה שלושה ילדים ויותר תוציא 113.1 ₪ בחודש על סיגריות.

¹⁰ Ginsberg, Gary M.; Rosenberg, Elliot; Rosen, Laura. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. European Journal of Public Health, Volume 20, Number 1, 8 February 2010, pp. 113-119(7)

¹¹ Rosenberg E, Lev B, Bin Nun G, McKee M, Rosen L. Healthy Israel 2020: A visionary national health targeting initiative. Public Health 2008; 122: 1217-1225.

¹² Table: Ten leading selected risk factors, Highlights for Health, Israel 2004, World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHISR/burden/20041123_26

¹³ ילדים שימותו מעישון = 2,326,400 ילדים * 27.7% האוכלוסיה שמעשנת * 50% תמותה עקב העישון = 322,206

¹⁴ הכנסות ממס קניה על ייצור מקומי (ללא בלו) ועל ייבוא בשנת 2008, לפי קבוצות מוצרים. דו"ח מנהל הכנסות המדינה ממיסים שנת 2008, פרק י"ב, עמוד 286.

¹⁵ גמישות של מחיר (Price elasticity of demand) הוא מדד כלכלי של תגובת הצרכן לשינויים במחיר של תוצר. אם הוא נמוך, הצרכן לא יקנה הרבה יותר תוצר כשהמחיר יורד ולא יקנה הרבה פחות כשהוא עולה. כמו דלק ומים, לטבק יש גמישות מחיר נמוכה יחסית, שמשמעותה שלמרות שהמחיר משתנה, הצרכן קונה פחות או יותר אותה כמות של סיגריות.

¹⁶ Zaza S, Briss P, Harris K. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health? Oxford University Press, NYC, NY, 2005.

לעישון יש גם השלכות כלכליות משמעותיות מאוד. נזקי העישון לשירותי בריאות כללית בלבד, מוערכים במיליארד ₪ בשנה¹⁷. בהתאם להערכות לגבי תמותה ותחלואה מעישון בישראל, ניתן להעריך את עלות העישון בשנת 2008 לבדה בכ-1.75 מיליארד ש"ח, שהם כ-0.25% מהתמ"ג¹⁸.

מדינות רבות בעולם, כולל רבות מ-50 המדינות בארה"ב, השקיעו סכומים ניכרים כדי לצמצם את העישון וזכו לירידה משמעותית בשיעורי העישון. לדוגמה, במדינת מסצ'וסטס, שגודל אוכלוסייתה דומה לזו שבישראל, הצליחו במשך כעשור לצמצם ב-50% את צריכת הסיגריות והורידו את שיעור העישון בכשליש (מ-27% ל-18%)¹⁹. מדינת קליפורניה השקיעה בתוכנית למניעת עישון והורידה את שיעור העישון מ-21% לפחות מ-15%, שיעור שהוא נמוך משמעותית מזה המצוי בישראל.

שיעורי העישון בישראל

העישון בישראל נמצא במגמת ירידה זה שלושה עשורים. כיום, פחות מרבע מאוכלוסיית ישראל מעשנים מדי יום,²⁰ אך קיימת שונות רבה בין קבוצות באוכלוסייה. לפי סקר KAP שנערך ב-2008–2009 ע"י המחלקה לחינוך וקידום בריאות והמרכז לבקרת מחלות של משרד הבריאות (שנערך בקרב 4,186 נשאלים בסקר טלפוני), אחוז המעשנים הכולל באוכלוסייה הוא 22.8%, אחוז המעשנים בקרב הגברים היהודים (27.9%) גדול פי 1.6 לעומת הנשים (16.6%). אחוז המעשנים בקרב גברים ערביים (48.8%) גבוה פי 9.3 מהשיעור בנשים ערביות (5.2%). ככל שרמת החינוך עולה, שיעור העישון יורד. הן במגזר היהודי והן במגזר הערבי - הימצאות העישון נמוכה יותר בקרב דתיים. בקרב החיילים בשנת 2009, 33.9% מהמתגייסים מעשנים ובקרב המשתחררים אחוז המעשנים עומד על 40.8%. בקרב החיילות בשנת 2009, 26.5% מהמתגייסות מעשנות ובקרב המשתחררות אחוז המעשנות עומד על 35.6%. אצל המתגייסים והמשתחררים משני המינים ניכרת מגמת יציבות בשיעור העישון מאז תחילת העשור²¹. נתונים משנת 2006 מראים ש-5.8% מבני הנוער בכיתות ו', ה' ו-י' מעשנים לפחות פעם בשבוע. 4.1% מהבנות היהודיות מעשנות, לעומת 2.6% אצל הערביות. 12.6% מהבנים הערבים מעשנים לעומת 6.8% מהבנים היהודים. נתונים אלו מצביעים על מגמת ירידה בהשוואה לסקר של 1998.

בשנת 2009 ערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה סקר בריאות, בו רואיינו כ-9,000 בתי אב, המייצגים כ-30,000 איש. בסקר נבדק, בין השאר, מצב העישון ועלה, כי שיעור המעשנים בכלל האוכלוסייה, מגיל 20 ומעלה, עומד על 20.9%. בקרב הגברים השיעור הוא 28% (בקרב גברים ערבים 46% ובקרב גברים יהודים 25%) ובקרב הנשים השיעור הוא 13% (נשים יהודיות 14% ובקרב נשים ערביות 4%).

¹⁷ Clalit suit against tobacco companies:

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

¹⁸ Ginsberg, Gary M.; Rosenberg, Elliot; Rosen, Laura. Issues in estimating smoking attributable mortality in Israel. European Journal of Public Health, Volume 20, Number 1, 8 February 2010, pp. 113-119(7)

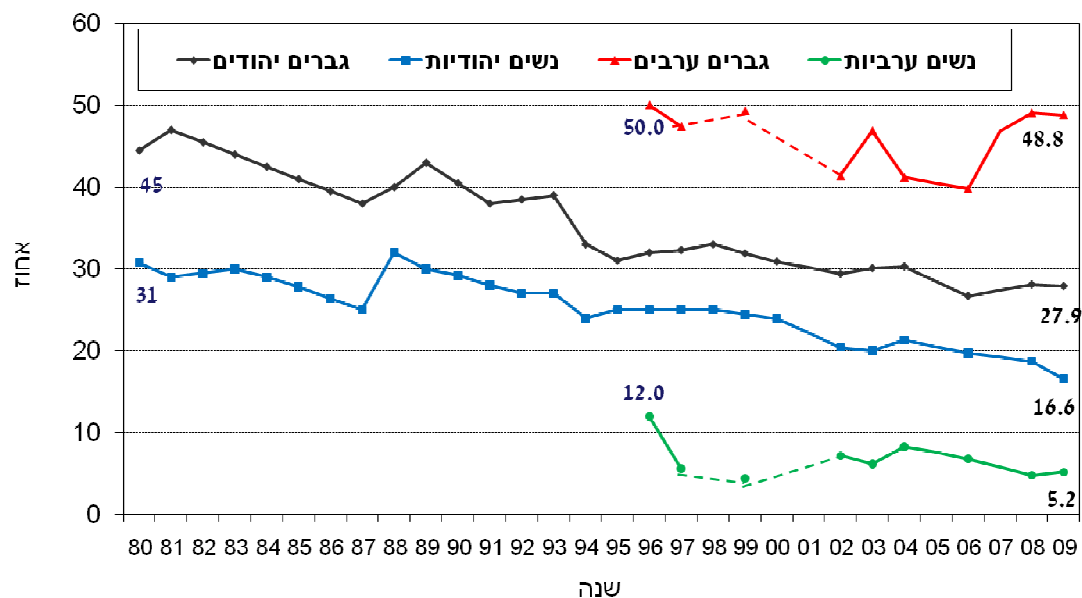
¹⁹ Koh H. Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program. Tobacco Control 2002;11:ii1-ii1.

²⁰ Report of the Health Minister to the Knesset on Smoking 2009

²¹ על פי נתוני דו"ח שר הבריאות לשנת 2009, מדגם של 5% מהמתגייסים וכן מהמשתחררים בשנת 2009.

בחלוקה לפי גילאים ניתן למצוא את שיעורי המעשנים הגבוהים ביותר בטווחי הגילאים 20-54, כאשר שיעורי העישון עולים עם הגיל (בגילאי 45-54 שיעור של 26.7%, בגילאי 35-44 שיעור של 24.2%, בגילאי 25-34 שיעור של 22.5% ובגילאי 20-24 שיעור של 20.0%).

מגמות בשיעורי המעשנים בישראל, 2009-1980



חקיקה בתחום העישון

חקיקה הינה אחד האמצעים היעילים ביותר לצמצום העישון מסיבות רבות: העלות-תועלת, היקף האוכלוסייה המושפעת והמסר החינוכי והחברתי המועבר בצעד זה, בעיקר כלפי בני הנוער והצעירים בחברה.

למעשה, הדרך להטמיע את מרבית השינויים וההמלצות של הוועדה היא דרך תיקוני חקיקה, חקיקה ראשית וחקיקה משנית. רוב החקיקה נמצאת בסמכות שר הבריאות, אך חלקה בסמכות שר האוצר, שר התמ"ת והשר להגנת הסביבה, כפי שיפורט בהמשך.

החקיקה בישראל, ביחס לעישון במקומות ציבוריים ולרגולציה על פרסום ושיווק מוצרי טבק, נקבעה בשנת 1983 והייתה מן ההמתקדמות בעולם, אך באופן מעשי האכיפה של סעיפים בנוגע למניעת העישון במקומות ציבוריים, לא הייתה מספקת.

למעלה מ-25 שנה עברו, מאז החקיקה הראשונית, היו תיקוני חקיקה משמעותיים, שייצגו את ההתקדמות המדעית וההבנה באשר לנזקי העישון, החשיפה לעישון כפוי, מאמצי השיווק והשפעת הפרסומות של חברות הטבק על עישון בקרב צעירים. כמו כן, ייצגו את השינוי הנורמטיבי והחברתי ביחס לעישון.

מהלך דומה ניתן לראות כמעט בכל מדינות העולם המערבי, אם כי אצל חלק לא מבוטל מהן לא היו השינויים הדרגתיים כמו בישראל, אלא קיצוניים יחסית – כגון מעבר ממצאות של עישון במקומות ציבוריים ללא הגבלה למציאות של איסור עישון מוחלט וגורף, ללא אפשרות של הקצאת חדרי עישון, או הטלת איסור גורף ומוחלט על פרסומת למוצרי טבק וכדו'.

הצטרפות מרבית מדינות העולם לאמנת המסגרת לפיקוח על הטבק היא האחראית במידה רבה מאוד על מגמת יישור הקו ביחס לחקיקה הנדרשת בתחום העישון, על היבטיו השונים. כפי שצוין לעיל, החקיקה המרכזית בנושא השימוש והשיווק של מוצרי טבק בישראל מבוססת על שני חוקים: חוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, תשמ"ג-1983 וחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, תשמ"ג-1983, אך ישנם גם חוקים ותקנות נוספים הנוגעים להיבטים של דיווח לציבור על נזקי העישון, הגנת הצרכן והיבטי מיסוי.

חוק מניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, תשמ"ג-1983

מטרתו של החוק למנוע את החשיפה לעישון כפוי במקומות ציבוריים שונים המפורטים בתוספת לחוק (כגון במקומות עבודה, תחבורה ציבורית, ברים ומסעדות, קניונים, בתי חולים ועוד), חשיפה שהוכחה כגורמת למוות, תחלואה ונכות. כמו כן, להסדיר את נושא האכיפה והאחריות ליישום הוראות החוק. בסקירה משווה של חקיקה דומה מהעולם, ניתן לחלק את החקיקה ביחס לעישון במקומות ציבוריים ל-3 רמות: הטובה ביותר היא 100% נקי מעישון (אירלנד, סקוטלנד, וילס, אנגליה, ניו זילנד, אורוגוואי, ברמודה, הונג קונג ומדינות שונות או מחוזות בארה"ב, קנדה, אוסטרליה וארגנטינה), השנייה היא נקי מעישון עם חריג של חדרי עישון (דרום אפריקה, אוגנדה, נורבגיה, איטליה, שבדיה, מלטה, איסלנד, סלובניה, צרפת, פינלנד, לטביה, ספרד, סינגפור ובמדינות שונות בארה"ב, בקנדה ובאוסטרליה) והרמה השלישית היא הגדרת אזורים ללא עישון, אך אלו ללא הפרדה פיזית מאזורים המוגדרים כמותרים לעישון. ישראל נמצאת ברמה השנייה מבחינה זו.

בהקשר של עישון במקומות עבודה, חשוב להזכיר את פינלנד וגרמניה, שהגדירו את העישון הכפוי כ"מסרטן" והוסיפו את החובה למנוע חשיפה לעישון כפוי גם במסגרת דיני העבודה (בטיחות וגיהות). בהקשר זה חשוב לציין, כי באחרונה פרסם משרד הבריאות את רשימת סיווג החומרים המסרטנים המעודכנת, פרי עבודתה של הוועדה הבינמשרדית לחומרים מסרטנים, מוטגנים וטרטוגנים, וברשימה זו, תחת סיווג "גורמים המוכרים כמסרטנים בבני אדם", מופיעה, לצד טבק ועשן סיגריות, גם חשיפה לעישון כפוי.

היבט נוסף וחשוב של החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים הוא ההשפעה העקיפה על הרגלי העישון. מסקר שערך ה-ICDC לקראת דו"ח שר הבריאות על העישון לשנת 2009 ועסק בנושא הגמילה מעישון, נמצא כי 31.6% מהמעשנים היהודים ו-27.7% מהמעשנים הערבים דיווחו כי הם מעשנים פחות מאז שתוקן החוק להגבלת העישון במקומות ציבוריים, מכאן שהמגמה להרחיב את ההגנה על הציבור מפני חשיפה לעישון כפוי משיגה תוצאה חיובית גם בהקשר של הפחתת העישון ואף עידוד לגמילה מעישון.

חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, תשמ"ג-1983

מטרתו של החוק לעשות רגולציה על פרסום מוצרי טבק מבחינת האמצעי והמקום (בישראל איסור הפרסום הוא חלקי בלבד בשונה מהמקובל באיחוד האירופי – איסור פרסום גורף ומוחלט) וכמו כן רגולציה על שיווק מוצרי טבק (כגון איסור מכירה לקטינים, חובת סימון אזהרה על מוצרי טבק, שילוט

בנקודות מכירה ועוד). בנוסף, החוק מחייב את חברות הטבק בדיווח ושקיפות מסוימת בהוצאות על פרסום ושיווק אל מול משרד הבריאות ואל הציבור הרחב.

חוקים נוספים בתחום העישון

- חוק חובת הדיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק, התשס"א - 2000 – מחייב את שר הבריאות לדווח לכנסת על היקפי העישון, נזקיו פעילות האכיפה ופעילויות נוספות הנעשות בתחום העישון בישראל.
- פקודת הטבק [נוסח חדש] – נותנת לשר האוצר סמכות לבצע רגולציה על כל נושא המסחר בטבק. מהותה של הפקודה היא ענייני מיסוי, אך היא קובעת למשל את אופן מכירת הטבק, כך לדוגמה, על פי תקנות לפי פקודת הטבק, נקבע כי מכירת סיגריות תיעשה רק בחפיסות של 20 יחידות וכדו'. הפקודה והוראותיה הן באחריות ובסמכות שר האוצר.
- צו הגנת הצרכן (סימון טובין), התשמ"ג - 1983 – קובע איסור על סימון מטעה, לרבות איסור סימון מוצרי טבק בכינויים כגון "לייט" ו"מיילד". הצו באחריות שר התמ"ת.
- מיסוי על מוצרי טבק כולל פטור לייבוא אישי, פטור בדיוטי פרי וכדו' – צווים או תקנות של שר האוצר, באישור וועדת הכספים.
- תקנות הגבלת העישון במקומות ציבוריים (קביעת שלטים), התשמ"ד - 1984 – מגדירות את הדרישות לגבי השילוט האוסר עישון במקומות ציבוריים שונים, מבחינת עיצוב השלט, התוכן, המיקום וכדו'.
- תקנות הגבלת העישון במקומות ציבוריים (סדרנים), התשמ"ח - 1988 – הגדרות בסיסיות לגבי סדרן, כגון תנאים, אופן זיהוי וכדו'.
- תקנות הגבלת העישון במקומות ציבוריים (כללים בדבר הכשרת סדרנים ממונים), התשס"ז - 2007 – קביעת כללים להכשרה הנדרשת לצורך הסמכת סדרנים ממונים.
- תקנות בריאות העם (איסור עישון בבתי חולים), התשס"ד - 2004 – קביעת האיסורים והתנאים לגבי עישון במבנה בית חולים.
- צו סדר הדין הפלילי (עבירות קנס – מניעת העישון במקומות ציבוריים), התשס"ח - 2007 – קביעת עבירות לפי חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים כעבירות קנס.
- צו הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (שינוי נוסחי אזהרה), התשס"ג - 2002 – קביעת האזהרות הנדרשות לפרסום וסימון מוצרי טבק, גודל, עיצוב, מיקום וכדו'.
- תקנות הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (צורת הצגתה של הודעה), התשס"ה - 2005 – קביעת השילוט הנדרש במקום מכירה או השכרה של מוצרי טבק וכלי עישון.
- צו המכס (איסור יבוא), התשס"ה - 2005 – איסור ייבוא מוצרי טבק שעל אריזתם פרסומת אסורה.

ד. פעילות הוועדה לצמצום העישון ונזקיו

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

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

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

חשוב לציין, שיישום ההמלצות במציאות הישראלית, היה גורם חשוב באימוץ ההמלצות. יש לזכור, שעישון מוצרי טבק לכשעצמו אינו אסור על פי החוק, אם כי מוטלות עליו מגבלות שונות, בעיקר בהיבט של מניעת עישון במקומות ציבוריים וחשיפה לעישון כפוי. גם מוצרי טבק כדוגמת סיגריות, סיגרים, נרגילות ואחרים אינם אסורים על פי החוק והמגבלות עליהם הן בעיקר בהיבט של שיווק ופרסום, כגון מכירה לקטינים ופרסום המעודד עישון.

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

ה. הרקע לעבודת הוועדה

מנדט הוועדה, מקורות המידע והעבודה המכינה לדיוני הוועדה התבססו על מספר מקורות וגורמים שפעלו בתחום, קודם לוועדה זו.

"וועדת גילון"

ביוני 1999 הגישה ההסתדרות הרפואית (הר"י) עתירה לבג"צ, שעניינה בקשה להכריז על הניקוטין והטבק כסם מסוכן. תשובת משרד הבריאות, דרך פרקליטות המדינה, היתה שנושא העישון גורם לנזקים בריאותיים חמורים ויהיה נכון יותר להתייחס לנושא בצורה רחבה ומקיפה, באמצעות גיבוש המלצות למדיניות לצמצום העישון ולהפחתת נזקיו.

לצורך כך, מונתה וועדה ציבורית וניתן לה מנדט להתייחס לנושא ההגבלות על העישון וכן להיבטים של יבוא, יצוא, מכירה, הפצה ופרסום של מוצרי טבק.

החברים ב"וועדת גילון" היו השופט אלון גילון (יו"ר), פרופ' ערן דולב, פרופ' אליעזר רובינזון, הגב' שושנה ארבל אלמוזנינו וד"ר בנימין קלנר.

הוועדה החלה את עבודתה בדצמבר 1999, קיימה עשרות ישיבות, שמעה עדויות של עשרות מומחים מהארץ ומהעולם וכן מהציבור הרחב ואספה מסמכים רבים.

"וועדת גילון" בחנה את נושא העישון באופן רחב, תוך התייחסות להיבטים רבים, כגון מניעה, גמילה וכן מהיבט כלכלי.

הוועדה דנה בישיבותיה השונות, בין השאר, בפעילות המבוצעת על ידי משרדי הממשלה השונים הנוגעים בתחום העישון – משרד הבריאות, משרד החינוך, משרד התמ"ת, משרד האוצר, משרד הביטחון, תוך התייחסות ומתן דגש בפרט לנושאים הבאים: מניעת עישון בבני נוער, מניעת עישון בצה"ל, עישון בקרב נשים, מיסוי של מוצרי טבק כולל מס ייעודי וצביעת ההכנסות לטובת המאבק בעישון, ישימות מדיניות "בתי חולים נקיים מעישון" ו"בתי ספר נקיים מעישון", אחריות וסמכות המשרד להגנת הסביבה בתחום העישון, חשיפה לעישון כפוי במקומות ציבוריים, אכיפת החקיקה הקיימת ברשויות המקומיות, יוזמות חקיקה שונות, גמילה מעישון והסדרת נושא המכונות האוטומטיות לממכר סיגריות.

אולם, למרות הזמן הרב שעבר מאז סיום פעילות הוועדה, בסופו של דבר לא הוגש דו"ח מסכם או המלצות. עניין זה נדון ונבדק בידי גורמים שונים, כולל מבקר המדינה ומרכז המחקר והמידע של הכנסת. כאמור, פעילותה של הוועדה הנוכחית באה להמשיך ולסיים את העבודה של "וועדת גילון", שעסקה בנושא לפני כ-10 שנים, ולהגיש המלצות למדיניות לאומית, כוללת ומקיפה לצמצום העישון ונזקיו.

תת-הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי של יוזמת "לעתיד בריא 2020"

במסגרת היוזמה האסטרטגית של משרד הבריאות "לעתיד בריא 2020", הוקמה תת-וועדה לנושא הטבק, שהמנדט שלה היה לבנות יעדים ומטרות כמיתות להשגה עד שנת 2020 בתחום העישון, על ידי בחירת אסטרטגיות והתערבויות מוכחות מדעית וישימות (היעדים מופיעים בפרק ט"ז להלן, האסטרטגיות וההתערבויות מופיעות בנספח 1).

לוועדה זו חברו אנשי מקצוע מן השורה הראשונה בישראל ובעולם, ואלה נקטו בגישה נתמכת-ראיות ואף

בחננו את האסטרטגיות המיטביות שנבחנו בפועל על ידי מדינות שונות בעולם ובמיוחד האיחוד האירופי וארה"ב.

דו"ח תת הוועדה נוקט בגישה מערכתית, רב-תחומית וכוללת לנושא העישון. על מנת ליישם את המלצותיה המליצה תת-הוועדה לרכז את הטיפול במכלול הפעולות בידי גוף ביצוע מרכזי. תפקיד גוף זה יהיה לרכז מאמץ כדי ליישם מדיניות מועילה וישימה לצמצום העישון והחשיפה לעישון כפוי. מדיניות זו כוללת את התחומים הבאים: העלאת המיסוי על מוצרי טבק, הרחבת הנגישות לשיטות גמילה מועילות, חקיקה להקטנת המשיכה של נוער ומבוגרים למוצרי טבק ולמנוע את החשיפה לעישון כפוי, שיפור האכיפה של החקיקה הקיימת והחדשה המוצעת, תמיכה בהתערבויות קהילתיות מוכחות ושימוש מושכל בתקשורת. ניטור והערכה של התהליכים והתוצאים, יחד עם מחקר אפידמיולוגי והתערבותי, משלימים את תחומי המדיניות שהוועדה הועידה לגוף מרכזי זה.

אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק – ה-FCTC (Framework Convention on Tobacco Control)
העצרת הכללית של ארגון הבריאות העולמי אימצה את אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ב-21 למאי 2003 והיא נכנסה לתוקף ב-27 לפברואר 2005. מטרת האמנה היא להגן על דור ההווה ועל דורות העתיד מפני ההשלכות ההרסניות של צריכת טבק והחשיפה לעשן טבק על הבריאות, החברה, הסביבה, והכלכלה, באמצעות כינון מסגרת ליישום אמצעים לפיקוח בתחום הטבק, ברמה המקומית, האזורית והבינלאומית, על מנת לצמצם באופן משמעותי והדרגתי את שכיחות השימוש בטבק והחשיפה לעשן טבק. לאמנה הצטרפו עד כה 171 מדינות וחברות, כולל מדינת ישראל, שחתמה על האמנה ב-20 ביוני 2003 ואשררה את האמנה ב-24 לאוגוסט, 2005, בתקופת כהונת שר הבריאות דאז, דני נוה. את אמנת המסגרת, ההנחיות המורחבות וחומרים נוספים ניתן לראות באתר האינטרנט הבא:

<http://www.who.int/fctc/en>

מאחר שהוראות האמנה הן כלליות, גובשו ואומצו על ידי המדינות החברות באמנה, הנחיות לרבים מסעיפי האמנה, המהוות המלצה על ה-"Best Practice", הגישות היעילות ביותר עבור המדינות, לעמוד במחויבותן לאמנה.

עד היום גובשו 7 הנחיות מורחבות לסעיפים מרכזיים של האמנה:
Article 5.3 – הגנה על מדיניות בריאות ציבורית לצמצום העישון מפני אינטרסים כלכליים ואחרים של תעשיית הטבק.

Article 8 – הגנה מפני חשיפה לעישון כפוי
Articles 9 & 10 – הסדרת רכיבי מוצרי טבק והסדרת גילוי מידע אודות מוצרי טבק (הנחיות חלקיות בשלב זה)

Article 11 – אריזה וסימון של מוצרי טבק
Article 12 – חינוך, תקשורת, הדרכה והעלאת מודעות הציבור לנושא השימוש במוצרי טבק והשלכותיו
Article 13 – פרסום, קידום מכירות וחסויות של/ע"י חברות טבק
Article 14 – שירותים לצמצום התלות בעישון ועידוד הגמילה מעישון

תוכנית MPOWER

תוכנית אסטרטגית נוספת שפרסם ארגון הבריאות העולמי היא ה- MPOWER. תוכנית זו מציגה מדיניות הכוללת שישה מרכיבים מרכזיים, שיישום שלהם במקביל יכול, להערכת ארגון הבריאות העולמי, להוביל להיפוך מגמה של מגיפת העישון ולסיומה.

שמה של התוכנית מורכב משש האסטרטגיות המוצעות בתוכנית:

Monitor tobacco use and prevention policies – ניטור של היקף השימוש בטבק ומדיניות לצמצום העישון: ניטור, מחקר והערכה הם מרכיב חיוני במאבק לצמצום העישון. מטרתו של המידע שייאסף מניטור זה, לבחון ולהבטיח את הצלחת יישום שאר חמשת מרכיבי התוכנית. רק ניטור, מחקר והערכה יכולים להביא להבנה מעמיקה של הבעיות הקשורות לעישון והסיבות להיווצרותן וכך לסייע בתיכנון, יישום ושיפור של ההתערבויות לצמצום העישון.

Protect people from second hand smoke – הגנה על האוכלוסיה מפני חשיפה לעישון כפוי: מחקרים קבעו כי אין סף בטוח בחשיפה לעישון כפוי. חשיפה זו עלולה לגרום למגוון רחב של מחלות, בדומה למחלות הנגרמות למעשני הסיגריות עצמם ולכן החובה לקבוע מדיניות, המגדירה סביבות נקיות מעישון ומספקת הגנה מחשיפה לעישון כפוי. הפרלמנט האירופי (561 חברים מתוך 660 החברים) אישר את הצהרה זו לגבי סביבות נקיות מעישון וקבע: "רק איסור עישון מוחלט בכל מקומות העבודה הסגורים, כולל במקומות בהם מוגשים אוכל ושתייה, וכן בכל הבניינים הציבוריים והתחבורה הציבורית, יכולים לספק הגנה על העובדים ועל ציבור הלא מעשנים".

Offer help to quit tobacco use – סיוע בגמילה מעישון: אנשים מכורים לניקוטין הם קורבנות של מגיפת העישון. כבכל התמכרות, תהליך הגמילה הוא מורכב, ויש קושי לעשותו לבד. על מערכות הבריאות מוטלת החובה לטפל ולסייע למכורים להיגמל מן ההתמכרות לעישון.

Warn about the dangers of tobacco – העלאת המודעות לסכנות העישון: למרות שמרבית המעשנים מודעים לעובדה שהעישון מזיק לבריאות, הם לא מודעים להיקף הסכנות והתחלואה הקשורה לעישון. העלאת המודעות יכולה להיעשות במגוון דרכים, כגון: שימוש בהסברה ובתקשורת, וכן שימוש בחפיסות הסיגריות עצמן להעברת מסרים ברורים, גראפיים, בדבר נזקי העישון.

Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship – שיווק ופרסום מוצרי טבק תורמים רבות לתחלואה ולתמותה מעישון. הגבלות על פרסום ושיווק מוצרי טבק, איסור מתן חסויות מצד חברות הטבק והגברת השקיפות לגבי תכולה ורעילות של מוצרי הטבק, לצד צעדים נוספים, יסייעו בצמצום ההשפעה הזו.

Raise taxes on tobacco – העלאת המיסוי על מוצרי טבק הוא הצעד היעיל ביותר לצמצום העישון, הן על ידי הפחתת צריכת הסיגריות והן על ידי עידוד מעשנים לפנות לגמילה מעישון.

הצטרפות מדינת ישראל לארגון ה-OECD

הצטרפותה של מדינת ישראל לארגון ה-OECD מחייבת גם את מערכת הבריאות. כחלק מהמחויבויות והיעדים שהמדינה לקחה על עצמה מתוקף חברותה במועדון יוקרתי זה, ישנה גם התייחסות לנושא קידום הבריאות באוכלוסייה, ובין השאר מחויבות למאבק בעישון. בחודש אוקטובר 2010, בכינוס של שרי הבריאות של מדינות ה-OECD, סוכם: "חשוב במיוחד לנקוט בראייה ארוכת טווח, כשמעוניינים לקבל תמורה טובה יותר לתקציבים המושקעים במניעת מחלות. צריך לתת חשיבות רבה למניעת התפרצותם של מחלות כרוניות הקשורות לאורח חיים. מחלות כרוניות הן האתגר הרפואי הגדול ביותר העומד בפנינו, וכשמתמודדים איתן חייבים לקחת בחשבון גורמים סביבתיים וחברתיים ולנקוט בגישה מאוזנת המכסה את הפרט ואת המחויבות החברתית בגישה ומדיניות בין-סקטוריאלית. אנו מאושרים שעשינו התקדמות כה גדולה בתחום צמצום צריכת הטבק ברוב מדינות ה-OECD... כאשר אנו מתמידים במאמצים ומשקיעים תקציבים בתבונה במניעה, מתקבלות תועלות בריאותיות שלא מתקבלות בשום אלטרנטיבה אחרת."

נייר עמדה נוסף עסק בסדרי עדיפויות של מערכת הבריאות כשהתקציב מוגבל, ובו צויין כי קיים חוסר איזון ברור בין הצורך וההשקעה בתחום המניעה ובין הצורך וההשקעה בתחום הטיפול, כמעט בכל מדינות ה-OECD. מהנתונים עולה, שבממוצע רק כ-5% מהתקציב המושקע במערכת הבריאות, מוקדש למניעת מחלות ולקידום בריאות, כך שתחום המניעה לא זוכה למשאבים רבים. עבודות שונות הוכיחו כדאיות מבחינת עלות-תועלת, כך למשל לגבי חיסונים למחלות מדבקות, התערבויות לצמצום העישון וצריכת אלכוהול וכן מאבק בהשמנה. קריאה נוספת ברוח זו הופנתה לקובעי המדיניות: "עליכם להתנגד לקיצוצים בהשקעה בתחום המניעה. אמנם ייתכן שיעברו שנים עד שתוכניות התערבות יראו תוצאות, אך כפי שהוכח לגבי התערבויות בתחום צמצום העישון, הן כדאיות מבחינת עלות-תועלת ומניבות תוצאות, כפועל יוצא מאורח חיים בריא יותר."

תוכניות אסטרטגיות של מדינות אחרות

במהלך שנת 2010 פורסמו שתי תוכניות לאומיות מקיפות, המציגות אסטרטגיות לצמצום העישון, שהיוו דוגמה ומודל לתוצר המתבקש של הוועדה: התוכנית הראשונה שפורסמה (1 לפברואר 2010) היא "תוכנית אסטרטגית מקיפה לצמצום העישון באנגליה". הדו"ח זמין בכתובת הבאה:

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111789.pdf

התוכנית השנייה שפורסמה (10 בנובמבר 2010) היא "מסיימים את מגיפת העישון – תוכנית פעולה אסטרטגית לצמצום העישון" של המחלקה לשירותי בריאות ורווחה של ארה"ב. הדו"ח זמין בכתובת הבאה:

<http://www.hhs.gov/ash/initiatives/tobacco/tobaccostrategicplan2010.pdf>

המלצות הוועדה לצמצום העישון ונזקיו

ו. מדיניות כוללת ומקיפה

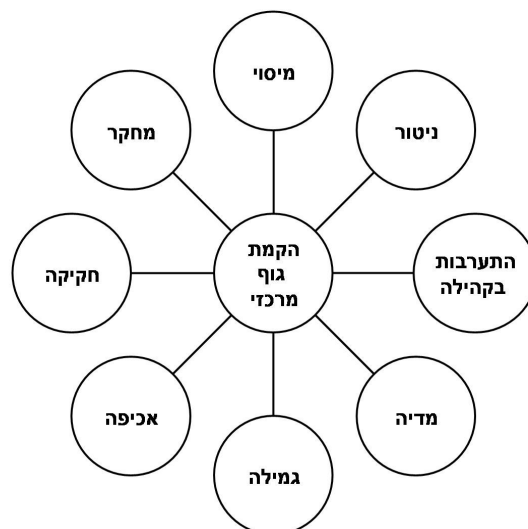
ישנן גישות רבות שניתן לנקוט בהן כדי להשיג תוצאה מסוימת או מספר תוצאות בו-זמנית: העלאת המיסוי על מוצרי טבק והרחבת איסור עישון במקומות ציבוריים הן דוגמאות טובות להמחיש זאת. שתיהן משפיעות במקביל על מניעת התחלת העישון בקרב צעירים, מעודדות הפסקת עישון בקרב מבוגרים, מפחיתות את צריכת הסיגריות הלאומית ומקטינות את החשיפה לעישון כפוי.

אולם, לשילוב של הגישות השונות, דהיינו נקיטת מספר גישות ויישומן במקביל, ישנה השפעה סינרגיסטית ורחבת טווח אף יותר מאשר לכל גישה בנפרד, כפי שהוכח במקומות רבים בעולם, והומלץ כגישה ומדיניות היעילה ביותר. לכן, ההשקעה ביישום אותן גישות משיגה תוצאה טובה יותר, ומשפרת את יחס העלות-תועלת, ומכאן החשיבות הרבה במדיניות כוללת. במחקר שהעריך את משמעויות הפעלתה של תוכנית כזו בישראל⁹ הוערך שהפעלה מקבילה של 13 התערבויות, שלא בתחום המיסוי, יחד עם העלאת נטל המס מ-74% ל-100% תחסוך למדינה כחצי מיליארד ₪ ותוסיף קרוב ל-60,000 שנות חיים בריאות לאזרחי המדינה.

שיקול נוסף בהעדפת הגישה הכוללת הוא בהיעדר האפשרות לתעדף את הגישות השונות, כך שתיושם גישה אחת ולא אחרת. לא ניתן ולא נכון להשקיע את כל המשאבים במניעה ולהתעלם מהגמילה או לחילופין, לפעול להקצת העישון ולצמצום החשיפה לעישון כפוי, אך במקביל לאפשר פרסום סיגריות, המציג אותם כפעילות חברתית מקובלת. כמו כן, החמרת ההגבלות על עישון במקומות ציבוריים חייבת להיות מלווה בהסברה לציבור הרחב לצורך השגת היענות וציות לחוק, העלאת המיסוי על הסיגריות צריכה להיות מלווה בשיפור האפשרויות לגמילה מעישון וכדו'.

בנוסף, יש בשילוב הגישות מן ההיגיון והצדק. כך לדוגמה, במקרה של החמרת המגבלות על עישון במקומות ציבוריים שונים והעלאת מחירי הסיגריות, שמטילים מגבלות חברתיות וכלכליות מסוימות על המעשנים, ראוי שלצד זה יונגשו וישופרו אמצעי הגמילה העומדים לרשות המעשנים.

מכלול הנושאים שיש להתייחס אליהם מודגם בתרשים הבא:



ז. הקמת גוף מרכזי

כללי

העלות הכבדה של העישון לחברה הישראלית מבחינה בריאותית, כלכלית, חברתית והשלכות נוספות, לצד מורכבות התופעה מבחינה רפואית (התמכרות), חוקית (העישון לכשעצמו אינו אסור על פי החוק) וחברתית (זוכה ללגיטימציה מסוימת), והקושי הרב אך ההכרחי לצמצמו ככל האפשר, מצדיקים השקעת משאבים לשם כך. הדרך היעילה ביותר למיקסום המשאבים המושקעים מבחינת כוח אדם, תקציב וזמן, היא הקמת גוף מרכזי ייעודי לנושא צמצום העישון. גוף זה יעסוק ו/או יפקח על כלל הנושאים הקשורים לתחום וזאת מבלי להוסיף, לגרוע או לשנות את תחומי האחריות בין משרדי הממשלה השונים.

כאמור לעיל, הגוף המרכזי המדובר יעסוק בהיבטי תכנון מדיניות, פיקוח ובקרה על יישומה וכן באכיפת חקיקה בתחום העישון, בעיקר חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון וחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק. הוא גם ייועד לעסוק באכיפת הוראות חקיקה נוספות שנמצאות כיום בתחום האחריות של משרדי ממשלה אחרים, כדוגמת סעיפים שונים בפקודת הטבק שבאחריות משרד האוצר, אך זאת רק לאחר תיאום והסכמה בין המשרדים הרלוונטיים.

מערך החקירות והמודיעין

מקורות מידע - חשוב לפרוס רשת צפופה של מקורות מידע, שינוח, יעובד ויהפוך ל"חומר" שניתן לעבוד איתו. אין זה משנה אם מדובר במיסים, בעבירות פליליות, כלכליות, עבירות בניה ועוד. חוזקו של כל מערך מידע הינו בהצלבה של מספר מקורות רב ככל שניתן, ומיקוד כוחות האכיפה והפעולה בעיקר בהינתן חפיפה בין מספר מקורות ו/או הצדקה לפעולה כנגד.

כמובן, שמערכים אלה שואבים את המידע ממקורות שונים ולעיתים קל לכסות על עבירה ולגרום למקור המידע להישאר ריק ומיותר, ולעיתים מדובר במצב קשה להסתרה.

במקרה זה של אכיפת חוק מניעת העישון יש לוודא את קיומם של מקורות מידע, שיהיו זמינים ונגישים ככל שניתן, מכיוון שבכל מערך של התרעה ואכיפה, המימד החשוב ביותר הוא מימד הזמן – ככל שאירוע האכיפה או הביקורת קרובים למועד ביצוע העבירה, כך האכיפה וההרתעה יעילים יותר. לכן, יש לפתוח ערוצים רבים ככל שניתן – ורצוי אמצעים אלקטרוניים לא מאוישים, כגון שליחת מסרונים, דיווחים דרך הפייסבוק, אתר האינטרנט של משרד הבריאות, דרך מערך ממשל זמין, טוויטר וכיו"ב ובנוסף לכך, הטלפונים החכמים הנפוצים כיום בציבור רק יקלו על המגמה שתלך ותגבר.

מקור מידע נוסף אפשרי הינו התקנת גלאי עשן, שיתריעו בין אם בניטור ממוחשב זמין ובין אם במעין קופסא שחורה על חריגות, בדומה למערך הקיים לגבי ניטור איכות אוויר או מזידת רעש באולמות אירועים, עם זאת יש לשקול היטב את השימוש באמצעים שכאלה, מאחר שהדבר יחייב חקיקה מפורשת, תוך הטלת עלויות לא מבוטלות, בין אם על בעל העסק ובין אם על המערך הממשלתי.

שמירת המידע שהתקבל תיעשה רק לאחר סינון ראשוני. עיבוד המידע יכול להניב מספר תוצאות אפשריות, בהן שימוש בו לצורכי בניית תוכנית עבודה חודשית או שנתית. כמו כן, במקרים של הצטברות

קיצונית של מידע לגבי מתחם מסוים, הוא אף יכול להביא לקבלת החלטה על פשיטה מהירה, תוך כדי בדיקה שלא מדובר על תלונות חוזרות של אותו מדווח/מתלונן ובדיקה שמדובר במידע "מצטבר" במהלך השבוע האחרון, על מנת לצמצם אפשרות של נקמנות אישית. תוצאה אפשרית נוספת היא שליחת התרעות ממוחשבות לבעל העסק, שיחייב מצד אחד רישום של בעלי העסקים אולם מצד שני היעילות יכולה להיות גבוהה ביותר - כך למשל, תתקבל הודעה ממוחשבת לטלפון של בעל העסק, שתתריע בזמן אמת - בהצטבר מספר מסויים של תלונות במהלך פרק זמן נתון.

מניעת עישון

החוק במתכונתו הנוכחית, הגיע להישגים יפים יחסית, הגם שמשאבי האכיפה הינם דלים למדי. מדובר בדוגמא טובה של אכיפה אזרחית על ידי הציבור, קרי העובדה שהיו לא מעט תביעות אזרחיות כנגד בעלי עסקים, שלא פעלו כנדרש בחוק ולא מנעו עישון בתחומם, סיקור של הנושא על ידי התקשורת, עלייה במודעות הציבורית לחוק ולהוראותיו השונות, לזכויות הלא מעשנים לנשום אויר נקי מעשן סיגריות, עלייה במודעות לנזקי העישון השונים, וכפועל יוצא מכך, בסופו של דבר, גם יותר ויותר בעלי עסקים הפועלים לטובת ציבור הלא מעשנים.

הגוף המרכזי לצמצום בעישון

היחידה תוקם בתוך משרד הבריאות ותהיה כפופה לו. היחידה תורכב מתקנים קבועים ומכוח אדם זמני, שיוכל לפעול במודל המניפה, כלומר, להתפרס ולהתכווץ בהתאם לצרכים התפעוליים המבצעיים ובהתאם לתוכנית העבודה השנתית או החודשית.

מטה

- יחידת המטה, שתוקם ותמוקם במשרד הבריאות, תכלול מנהל יחידה ברמת מנהל אגף בכיר (דרגה 42-44 בדירוג מח"ר); עם רכב צמוד.
- מקדם בריאות - תפקידו ליזום ולתכנן תוכניות התערבות ולקדם שיתופי פעולה עם גורמים וגופים שונים הרלוונטיים לנושא צמצום העישון, על היבטיו השונים.
- מידען - כמות המידע, התוכניות, המדיניות והמחקרים השונים (הן מחקרים רפואיים והן הערכת יעילות של תוכניות ומדיניות לצמצום העישון והיבטים רבים נוספים) המתפרסמים בנושא העישון היא אינסופית ויש צורך בבעל תפקיד מוגדר שיבחר את המידע, ימיינ, יסנן ויעביר לגורמי המקצוע את החומרים הרלוונטיים, כך שיוכלו לעסוק בנושאים השונים באופן יעיל.
- אפידמיולוג - על מנת לקבל תמונת מצב אמיתית ומקיפה ככל הניתן לגבי שיעורי העישון, לאן נכון להקצות משאבים ולצמצם פערים. יש צורך בבעל תפקיד שיתכנן ויהיה אחראי על הוצאה לפועל של סקרים כלל ארציים, ובמיוחד באוכלוסיות ספציפיות ומיוחדות.
- ביוסטטיסטיקאי - בנוסף לאפידמיולוג, יוכל לעבד ולהסיק את המסקנות מפעילות הניטור וההערכה, במיוחד כאשר מדובר על סקרים בהיקף מצומצם וממוקד. כמו כן, יוכל לבצע עיבודי מידע שיאפשרו בין השאר השוואה איכותית למדינות אחרות בעולם.

- מומחה לגמילה – תחום מקצועי הדורש מומחה לנושא, שיוכל לעקוב אחרי ההתקדמות בתחום ולהמליץ על התאמות של הפרקטיקה הרפואית. בנוסף, יאפשר בקרה ומעקב אחר הנושא הטיפולי בגמילה מעישון בתוך קופות החולים ובצה"ל.
 - שלושה רכזים אל מול הרשויות המקומיות (כ-250 במספר, כ-83 רשויות לכל רכז), ברמת מנהל תחום בכיר (דרגה 41-43 בדירוג מח"ר); עם רכב צמוד. יאפשרו מעקב, בקרה ותיאום פעילות בתחום האכיפה מול הרשויות שבאחריותן.
 - אחראי מוקד "כוח 100" – ברמת מנהל תחום בכיר (דרגה 41-43 בדירוג מח"ר); עם רכב צמוד.
 - 10 תקנים לפקחים – יבצעו בפועל את פעילות האכיפה, יחד עם "כוח 100".
 - שני אנשי מחשבים (דרגה 40-42) – אנשים אלה יהיו אחראים אל מול "ממשל זמין" ועל התחזוקה השוטפת של המערכות. מוצע שלא להוסיף אותם למערך המחשוב הכללי של משרד הבריאות על מנת שיופעלו למטרות יחידת האכיפה בלבד.
 - שני כלכלנים (דרגה 40-42) – יהיו אחראים על עיבוד המידע ובניית תוכנית העבודה.
 - יועץ משפטי ייעודי – בנוסף להכנת חקיקה וייעוץ משפטי שוטף ליחידה, ירכזו הליכים פליליים, שיטפלו במיקור חוץ.
 - מתמחה למשפטים.
 - איש לוגיסטיקה בתקן מינהלי (דרגה 19-21).
 - 2 מזכירות (דרגה 17-19).
- בסה"כ היחידה תמנה 29 תקנים. עלות שנתית של עובד מדינה בממוצע מגיעה לכ-200,000 ₪ כך שהמשמעות היא עלות שכר של כ-5.8 מל"ח בשנה ללא דיור, מחשוב, ריהוט ומיקור חוץ לכתבי אישום.

שדה

- הקמת מוקד ארצי של מאגר סטודנטים (100 סטודנטים) שיתחייבו לעבודה של 50 שעות עבודה חודשיות – במינוח המקצועי עב"צ (עובד בלתי משובץ).
- ההתקשרות תהיה לשנה עם אופציה לשנה נוספת.
- תקופת ההכשרה הנדרשת תהיה קצרה (2-4 ימים).
- היחס בין כוח האדם הקבוע (פקחים קבועים) לכוח האדם הזמני (סטודנטים), יעמוד על 1:10.
- הסטודנטים ישמשו הן לצורכי אכיפה בלוויית עובדי ציבור והן לצורכי מודיעין סמוי, קרי ביקורים במקומות ציבוריים המוגדרים בחוק על מנת לבצע בקרה ואיסוף מידע על יישום הוראות החוק.
- יש להניח שבהינתן שכמות השעות המינימאלית לחודש תעמוד על 50 שעות והמרבית על 150 שעות לחודש, הרי שבממוצע כל סטודנט יעבוד 100 שעות בחודש. בהתחשב בכך שעלות של סטודנט, בתוספת עלות מעביד, מסתכמת בקרוב ל-4,000 ₪ בחודש, התקציב השנתי הנדרש עומד בסה"כ על 6.2 מל"ח.

שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות ומשרד הפנים

אכיפת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים היא בסמכותן של הרשויות המקומיות ומכיוון שכעת גם משרד הבריאות ייקח חלק באכיפת החוק, יש צורך בתיאום ושיתוף פעולה בין גורמי האכיפה בשלטון המקומי ובשלטון המרכזי. **לכן, מוצע להקים צוות היגוי שיורכב ממנכ"ל משרד הבריאות, מנכ"ל משרד הפנים ומיו"ר השלטון המקומי, במטרה להגדיר במפורש את גבולות הגזרה של כל גוף, ואת היקפי שיתופי הפעולה.** כך למשל, תוכנית העבודה חייבת להיות מורכבת הן משעות עבודה שגרתיות, כמו גם שעות עבודה לא שגרתיות, שבהן אין פעילות משמעותית של פקחים עירוניים, כמו שעות הערב, סופי שבוע ושבתות וחגים (יש להסדיר היתר מיוחד של משרד התמ"ת להעסקת עובדים יהודים/לא יהודים).

ללא שימוש במכפילי הכוח של הרשות המקומית עם יחידה ייעודית של משרד הבריאות, האפקטיביות של ההרתעה והאכיפה תהיה קטנה משמעותית.

תוכנית עבודה

תוכנית העבודה תתבסס על המידע שייצטרב במשרד הבריאות וברשויות המקומיות. המידע ייאסף מכל מקורות המידע שכבר הוזכרו לעיל ובכלל זה עובדי הרשויות המקומיות שמסתובבים בשטח ועובדי משרד הבריאות הרלבנטיים.

השיבוצים יתוכננו כך שבכל פעילות ישובצו נציגים מ"כוח 100" בשילוב עם נציגים של הרשות המבצעת או של הרשות המקומית הרלבנטית.

תוכנית העבודה תורכב ממספר רבדים:

א. "סריקות משבצת" – גורמי אכיפה מכסים באופן שיטתי אזורים בעייתיים ללא כל קשר למידע שהתקבל. המונח מגיע מסריקה של משבצת במפה, באופן ממוקד.

ב. כיסוי של כל איזור רגיש ומועד לפורענות אחת לתקופה, בבחינת פעילות מונעת – התקופה תוגדר בהתאם לכוח האדם ולקצב ההכשרה של העובדים וכמובן של הקמת היחידה. לצורך כך יוגדר כל עסק ויינתן לו קוד לפי הרגישות "שלו" לעישון, כלומר מעין "ניקוד". לאחר עריכת הניקוד הסופי ניתן יהיה לקבל בקלות את מפת העסקים הרגישים לעישון לפי פילוח של נפות, רשויות מקומיות, ערים וכדומה.

ג. פעולות אכיפה קשות – בהינתן מידע ובהחלטה על פעולה נקודתית וממוקדת. יש להשאיר מראש אחוז מסוים מתוכנית העבודה שיוקדש לפעולות שכאלה. כזכור, יש לקבוע את המדרג וסדרי העדיפויות תוך סנכרון אל מול עובדי הרשות המקומית. מוצע כי במקרים קשים יש לשקול אבטחה משטרתית.

ח. חקיקה בתחום העישון

המלצות הוועדה נוגעות לתיקונים בשני החוקים המרכזיים – חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון וחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, אשר שניהם באחריות שר הבריאות ובסמכותו להתקין תקנות הנוגעות לביצוען.

תיקוני חקיקה (ראשית או משנית) נוספים שיידרשו לצורך השגת יעדי התוכנית במלואה והנוגעים לתחומי אחריות של משרדי ממשלה אחרים, כגון מדיניות מיסוי מוצרי טבק, סחר במוצרי טבק וזיהום בדלי סיגריות, ייקבעו לאחר תיאומים והסכמות בין המשרדים הרלוונטיים.

חשוב להדגיש כי חלק מתיקוני החקיקה אינם ליישום מיידי אלא בתוך פרק זמן מוגדר מתום הליך החקיקה וכן ישנן המלצות לנתינת סמכות לשר הבריאות לקבוע חקיקת משנה בנושא זה או אחר, במטרה לייעל ולשפר את היכולת של השר והמשרד, לנווט ולהוציא לפועל את התוכנית הלאומית לצמצום העישון.

ט. הגנה על הציבור מפני החשיפה לעישון כפוי ונזקיו

המלצות לתיקוני חקיקה לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג 1983 הוועדה ממליצה לתקן את החוק, בחקיקה ראשית וכן את התוספת לחוק, בצו של שר הבריאות, באישור וועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

תיקון החוק

א. הסמכת גורמים נוספים לאכיפת החוק

בנובמבר 2007 נכנס לתוקף תיקון 2 לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים, שהטיל, בין השאר, אחריות על בעל המקום למנוע עישון בתחום המקום הציבורי שבהחזקתו, הגדיל משמעותית את הקנסות על עבירות לפי חוק זה וכן חייב את הרשות המקומית להסמיך פקחים לאכיפת הוראות החוק. כיום, לאחר כ-3 שנים מאז כניסתו לתוקף ולאחר מעקב ובקרה רציפים של משרד הבריאות אחר פעילות האכיפה של החוק על ידי הרשויות המקומיות, ניתן לקבוע כי אין די בהוראות החוק לגבי האכיפה ולא ניתן להסתמך רק על הרשות המקומית לצורך כך.

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

ב. קביעת הוכחה לעבירה

סמכות פקח לתת קנס על עבירה של עישון במקום ציבורי או לבעל עסק שלא עשה כל שניתן למנוע את העישון היא כאשר העבירה נעשית מול עיניו של הפקח.

לאחר בחינה של כ-3 שנים, נמצא כי פעמים רבות לא ניתן לקנוס את המעשן או את בעל המקום מאחר שעד הגעת הפקח למקום בו נעברה העבירה כובו הסיגריות או כלי העישון האחרים ולמעשה לא נעברת כל עבירה מול עיני הפקח. מצב זה נפוץ במיוחד במועדונים ופאבים, שם לעיתים קרובות מעוכב הפקח בכניסה למקום, בזמן שמזהירים את הנמצאים במקום ומבקשים מהם לכבות את הסיגריות שבידיהם. לכן, לצורך השגת יכולת אכיפה טובה יותר בעיקר בהיבט של אחריות המחזיק במקום הציבורי ולהגשים את מטרת החוק, **מוצע כי תיקבע בחוק חזקה לפיה מעל לסף זיהום אויר מסויים (הגדרת הסף והמיכשור למדידתו ייקבעו בתקנות) רואים בבעל המקום כאילו לא עשה כל שניתן למנוע את העישון בתחום המקום הציבורי שבהחזקתו, ובכך ישנה עבירה על הוראות החוק.**

ג. ביטול חובת הודעה מוקדמת על כוונה וביצוע פיקוח

סעיף 7 לחוק מתנה פיקוח במקומות מסויימים, בהודעה מראש למחזיק במקום, על הכוונה להיכנס ולפקח. מאחר שהודעה מראש למחזיק במקום פוגעת באפקט ההרתעה ומקשה על אכיפה יעילה, **מוצע לקבוע כי לא תידרש הודעה מראש על הכוונה להיכנס ולבצע פיקוח במקום.**

ד. הקרן לצמצום העישון

סעיף 6 לחוק קובע שקנסות ששולמו עקב הפעלת סמכותו של עובד רשות מקומית, בשל עבירה על חוק מניעת העישון, יועברו לקופת אותה רשות מקומית.

תמריץ כלכלי זה נועד לאפשר לרשויות המקומיות לעמוד בעלויות הפיקוח וכן לעודד אותן לאכוף את הוראות החוק, כך שבעצם אכיפת החוק, בנוסף לתועלת הברורה בקידום בריאות הציבור ורווחתו, ישנו גם מקור מימוני לרשות המקומית.

במשך הזמן, הציבור ככלל וציבור המעשנים והמחזיקים במקומות ציבוריים בפרט, מפנימים את הוראות החוק ומקפידים על יישומו וכתוצאה מכך מספר הקנסות המוטלים על מעשנים במקומות ציבוריים בניגוד לחוק או על בעלי מקום ציבורי המאפשרים זאת, הולך ויורד, אולם אלו שעדיין בוחרים לעבור על הוראותיו ולפגוע בבריאות הציבור, ראוי שייקנסו, וקנסות אלו ישמשו להמשך הטמעת החוק ואכיפתו. עם זאת, כפי שפורט לעיל, רשויות מקומיות רבות נמנעות מביצוע אכיפה של חוק זה, ואחת הסיבות שהן מציינות היא היעדר תקציב לצורך כך.

שאלת סדרי העדיפויות של העירייה בהפעלת הפיקוח העירוני והקצאתו למשימות הפיקוח השונות הן בתחום הסמכות של ראש הרשות המקומית, אך לא ניתן לטעון כי העירייה נדרשת לתקציב ייעודי לפיקוח על העישון, כאשר החוק קבע מנגנון היכול לכסות את עלויות אלו באופן מיידי ומאפשר הכנסות מאכיפת החוק לשימוש הרשות המקומית כמיטב שיקול דעתה. כפי שהוסבר לעיל, מאחר שהאכיפה כיום אינה מספקת, משרד הבריאות, הממונה על חוק מניעת העישון, מעוניין להפעיל מערך אכיפה ארצי.

בהעדר הוראה אחרת בחוק, הכנסות מקנסות המוטלות על ידי עובדי מדינה, לא יופנו למשרד הממשלתי בו הם עובדים, אלא יועברו לקופת המדינה ולכן, לא ייועדו לטובת קידום האכיפה או למניעת נזקי העישון. לכן, מוצע להקים קרן לצמצום העישון במסגרת משרד הבריאות. מטרת הקרן תהיה לרכז אמצעים כספיים לפעולות הנדרשות לצמצום העישון ולמניעת נזקי, כשתקנות בדבר סדרי הפעלת הקרן יקבעו על ידי שר הבריאות. כספי הקרן יבואו מקנסות לפי חוק זה, מהקצבות מתקציב המדינה ומתרומות והן יועדו למטרותיה בלבד ויוצאו לפי הוראות שר הבריאות בהסכמת שר האוצר. כן תיקבע חובת דיווח שנתי לועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, בסוף כל שנת תקציב, על פעולות הקרן, הכנסותיה והוצאותיה.

תיקון התוספת לחוק

א. איסור עישון באירועי תרבות

סעיף 1 לתוספת לחוק מגדיר איסור עישון באולם המשמש בדרך כלל לבית קולנוע, לתיאטרון, לקונצרטים, לאופרה או למחול. מאחר שישנם אולמות המשמשים להופעות אחרות, כגון הופעות של בדרנים או להקות, מוצע להוסיף את המונח "להופעות" לרשימה, כך שיובהר שהעישון אסור גם במקומות אלו.

ב. איסור עישון בבתי חולים

בתי חולים ומרפאות הם מקומות ציבוריים המספקים שירותי בריאות ושירותים אחרים לחולים וכן לקהל מבקרים רב. החוק כיום אוסר לחלוטין על עישון בתוך המבנה, ואינו מתיר הקצאת חדרי עישון, אך מתיר לעשן מחוץ למבנה. כיום ניתן לראות מבקרים רבים ואף חולים, העומדים בפתחי הבניינים או בחצרות

בבתי חולים ומרפאות ומעשנים, ומאלצים את קהל החולים והמבקרים הנכנס לבניינים אלו לעבור בתוך עננים של עשן סיגריות, וכך להיחשף בניגוד לרצונם לעישון כפוי.

סקר שנערך באוגוסט 2009 בארה"ב מצא כי במרבית בתי החולים מיישמים מדיניות של 100% נקי מעישון בכל שטח בית החולים – הן במבנה והן בשטח הקמפוס.

בעבודת מחקר שבוצעה בבי"ח הדסה עין כרם, שהיה בית החולים הראשון בארץ שיישם מדיניות של בית חולים נקי מעישון, עוד בטרם נדרש על פי חוק, נמדדה ברחבת הכניסה לבניין המרכזי וברחבת הכניסה לחדר המיון רמת זיהום אויר של עד פי 30 מהרמה המומלץ על ידי הרשות האמריקאית להגנת הסביבה (EPA) וכן נמדדו רמות גבוהות של זיהום אויר בתוך אולמות הכניסה הסמוכים.

פרופסור בן עמי סלע, מנהל המכון לכימיה פתולוגית ומומחה בנושא העישון, כתב במאמר ממרץ 2004: "בשלה השעה לאמץ במוסדות הרפואה בישראל את עקרונות אי-העישון על פי המתכונת האמריקאית. רפואה חכמה חייבת להקדיש מחשבה ומשאבים למניעת מחלות שרפואה טובה אמורה לרפא... יש לתקן את בתינו מבפנים, על ידי תקנות אי-עישון בכל מוסדות הרפואה הציבוריים בישראל... וישלח גם המסר החינוכי האמין והנכון של הממסד הרפואי בישראל, לפיו אין להרשות לגורם מחלות כה קטלני כעישון, דריסת רגל במקום בו מנסים לרפא חולים, שבחלקם חלו כתוצאה מעישון".

למרות האמור לעיל, לאור בעיית ההתמכרות לעישון של חלק מקהל החולים וההרגל של המבקרים המעשנים להתמודד עם מצבי לחץ באמצעות עישון, ומצד שני הצורך הברור למנוע חשיפה לעישון כפוי בתוך הבניינים, **מוצע לקבוע כי ייאסר עישון באזורי הכניסה לבניינים ובחצרות בטווח של 10 מטר מהכניסה.**

ג. איסור עישון בבתי ספר

חוק חינוך חובה מחייב את ההורים לשלוח את הילדים והנערים למערכת החינוך על שלביה השונים. מערכת החינוך מצידה, מחוייבת לספק לילדים סביבה חינוכית ובריאותית ראויה. במרץ 2005 הוגש למשרדי הבריאות והחינוך דו"ח הוועדה הבינמשרדית להפיכת בתי הספר לנקיים עישון. הוועדה כללה נציגים מקצועיים בכירים ממשרדי החינוך והבריאות, נציג ועד הורים ארצי ומומחים נוספים לנושא, כשמנדט הוועדה היה לגבש המלצות להנהלות משרדי הבריאות והחינוך, לתכנית פעולה לבתי ספר נקיים מעישון. חשוב להדגיש כי במהלך עבודתה של הוועדה, הופיעו בפניה בין השאר גם נציגי תלמידים ונציגי מורים.

החזון שהציגה הוועדה היה להגיע למצב שכלל מוסדות החינוך יהיו נקיים מעישון עד שנת 2010, כשהרציונאל היה שכלל מוסדות החינוך מהווים מסגרת אופטימלית לפעילות למניעת התחלת העישון והורדת שיעורי העישון בקרב בני הנוער בישראל. הוועדה ציינה בדו"ח שהגישה כי עישון סיגריות ונרגילה כרוך בנזק רב לבריאות, סבל אנושי, ופגיעה קשה בהון הלאומי ומאחר שהרגלי עישון נרכשים בגיל ההתבגרות, בתי הספר מהווים מסגרת אופטימלית להתמודדות עימם. עוד ציינה הוועדה כי פעילויות להפחתת שיעורי העישון בתלמידים הוכחו כיעילות במידה והן נעשות כתוכנית כוללת, עם חינוך והסברה, שיתוף פעיל של בני הנוער, פעולות אכיפה ויצירת סביבה תומכת לפעולות אלה, כשאחת

ההמלצות המרכזיות בהיבט זה היתה "פעילות לשינוי התקנות בחוק, במטרה להרחיבו לכדי איסור מוחלט במוסדות החינוך".

סעיף 8 של האמנה הבינלאומית לפיקוח על הטבק מתייחס לצורך והחובה להגן על הציבור מחשיפה לעישון כפוי. הנחייה זו, שמשמעותה להגן על הבריאות, נתפסת כחובה בסיסית ומרכזית, ונדרשת גם על פי האמנות השונות לזכויות אדם והאמנה לזכויות הילד.

בנוסף לכך, ישנה הסכמה מדעית ובינלאומית שרק סביבה שהיא 100% נקייה מעישון תאפשר את השגת ההתחייבות של הגנה מפני חשיפה לעישון כפוי. כל מיני פתרונות הנדסיים או החרגות (כגון מערכות סינון אוויר או חדרי עישון) אינם מספקים הגנה, מאחר שאין רמה מקובלת או סבירה של חשיפה לעישון כפוי.

המרכז למניעה ובקרת מחלות בארה"ב (CDC) פרסם המלצות לתוכניות בית ספריות למניעת שימוש והתמכרות לטבק; ההמלצה הראשונה היא לפתח ולאכוף מדיניות האוסרת לחלוטין עישון בכל שטח בית הספר, המבנה והחצר, על ידי תלמידים, מורים, הורים ומבקרים.

כבר בשנת 2000 הוצגו נתונים במדינת אורגון בארה"ב, לפיהם יישום מדיניות איסור עישון מוחלטת בבתי ספר, הובילה לירידה של 21.7% בשיעורי עישון בקרב תלמידי כיתות ח' ונצפה אפילו יחס ישר בין רמת יישום ההמלצות ובין היקף הירידה בשיעורי העישון.

אחד המחקרים המרכזיים בתחום מניעת העישון בקרב בני נוער נערך במשך 15 שנה והקיף 40 בתי ספר בהאצ'נסון, במדינת וושינגטון בארה"ב. המחקר מצא שנקיטת גישה של שיעורים בכיתות, שעסקו בהיבטים חינוכיים וחברתיים ונמשכו לאורך 7 שנים, לא השיגה שינוי והפחתה של שיעורי העישון בצעירים. מכאן הצורך הברור בגישה משולבת הכוללת גם שיעורים בכיתות אך גם מדיניות בית ספרית האוסרת עישון לחלוטין, מודלים שיהיו דוגמה אישית – קרי מורים, מעורבות של הורים והקהילה ומרכיבים נוספים.

הצורך במדיניות של איסור מוחלט חוזר ומודגש גם בהיבט יכולת האכיפה של המדיניות, מאחר שרק איסור מוחלט אכן מאפשר אכיפה מלאה, בעוד שכאשר ישנם חריגים, כדוגמת אזורי עישון מבודדים בחצר או חדרי עישון למורים בלבד או לסגל בית הספר, הדבר מוביל לתחומים אפורים, לעיגול פינות, ולמעשה אינו אפשרי לאכיפה והמסר המועבר לתלמידים הוא מסר כפול ומזיק, של העצמת עין וחוסר יכולת או רצון להתמודד עם אכיפה.

מנהלי בתי ספר המבקשים כיום לאכוף מדיניות של בתי ספר נקיים לחלוטין מעישון, שאינה מחויבת על פי החוק, נתקלים לעיתים בהתנגדות של הורים, מורים, תלמידים וסגל בית הספר, ואינם מצליחים להשלים את המרכיבים הנדרשים להובלת תוכנית כוללת ומוצלחת למניעת עישון בתלמידים.

יכולתם של מנהלי בתי הספר מבחינת כלים וסמכויות הנתונים בידיהם לצורך אכיפת המדיניות, כמו גם מדיניות המוכתבת על ידי משרד החינוך בחוזרי מנכ"ל משרד החינוך, מוגבלים מאוד ומאלצים אותם פעמים רבות, לוותר מראש ולהימנע ממאבקים בנושא זה מול לחצים "מבית" ו"מחוץ".

בשנים האחרונות, עם העלייה במודעות הציבור לנזקי העישון והעישון הכפוי, התקבלו בגופי הבריאות העוסקים בנושא העישון תלונות רבות מאנשי צוות בבתי ספר – כגון מורים, מזכירות ואף תלונות מהורים לתלמידים, על כך שתלמידים נחשפים לעישון בבתי ספר בניגוד לחוק.

חשוב להזכיר, שגם בסקרים שונים עולה תמונה דומה. סקר "מב"ת צעיר", סקר לאומי שנערך בשנים 2003-2004 על ידי משרד הבריאות בקרב 6,274 תלמידים מ-179 בתי ספר, מצא כי 29.5% מכלל התלמידים (33.9% מהבנים ו-25.8% מהבנות) דיווחו על עישון בקרבם בבית הספר.

ילדים וצעירים הם אוכלוסיות רגישות במיוחד לנזקים בחשיפה לעישון כפוי. מבחינה בריאותית, הוכח שדי בחשיפה קצרה כדי לגרום לנזקים שונים, כגון התקפי אסטמה ובעיות נשימה אחרות. מבחינה התנהגותית, נמצא כי למבוגרים משמעותיים בסביבתו הקרובה של הילד, כגון מורים, הורים, אחים או כוכבי טלוויזיה, וכן לסביבה החינוכית בה נמצא הילד, יש השפעה על גיבוש עמדות ותפיסות ביחס לנושאים שונים, ולכן למורה מעשן ולעישון בתוך בית הספר יש השפעה שלילית משמעותית, המגדילה את הסיכוי שהתלמיד יתחיל לעשן.

סעיף 5 בתוספת לחוק, כנוסחו כעת, מגביל את העישון בבתי ספר אך מתיר למורים לעשן בחדר עישון בכפוף לתנאים מסויימים (קיום סדרי אוורור תקינים בחדר והיעדר מטרד עשן בחלקים אחרים של הבנין). מבדיקה שנעשתה במספר רב של בתי ספר בהם נמצאים חדרי עישון, נמצא כי חדרים אלו אינם עומדים בדרישות אלה מסיבות שונות, כגון היעדר איורור מספק או עשן המתפזר מחוץ לחדר. בנוסף, מתן אפשרות למורים לעשן בבית הספר מעורר פעמים רבות התמרמרות בקרב תלמידים מעשנים בכיתות התיכון הגבוהות, הדורשים "זכות" דומה.

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

סביבה בריאה וחינוכית זו תסייע לצמצם את חשיפת הילדים לעישון כפוי, תעביר מסר חינוכי ברור לתלמידים כנגד העישון, ויחד עם פעילויות חינוכיות והתערבויות אחרות המתבצעות בבתי הספר בנושא, תוביל לצמצום העישון בקרב בני הנוער ועשויה אף לעודד גמילה מעישון בקרב מורים ואנשי סגל.

יש לציין כי שר הבריאות פנה לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בבקשה לאישור של צו לתיקון סעיף זה בתוספת לחוק, בהתאם לנוסח המוצע כאן, אולם לאור התנגדות שר החינוך לנוסח המוצע, משרד הבריאות ביקש שלא לקיים דיון בוועדה בינתיים.

חשוב גם להדגיש, כי הסתדרות המורים מתנגדת להצעה זו, אך לעומת זאת, ארגון המורים העל-יסודיים, כן מברך על ההצעה.

בשלב זה, הוועדה לא ממליצה על שינויים במצב הקיים במוסדות להשכלה גבוהה או מוסדות לחינוך על תיכוני.

ד. איסור עישון באוטובוסים וזוטובוסים

סעיפים 7 ו-8 לתוספת לחוק קובעים איסור עישון באוטובוס, זוטובוס ומונית בזמן שיש בהם נוסעים. כיום, לאור הידע שנצבר לגבי הנזק בחשיפה לעישון כפוי, ברור כי גם עישון באוטובוס או זוטובוס וכיבוי הסיגריה לפני העלאת הנוסעים חושפים את הנוסעים לעישון כפוי ברמה משמעותית. מאחר שההוראות הפנימיות בכלל חברות התחבורה הציבורית ממילא אוסרות על נהגים לעשן בתוך באוטובוסים ללא תלות בהימצאות נוסעים ובמטרה להעלות את מודעות הנהגים והציבור ולשפר את יכולת האכיפה וההרתעה, **מוצע לאסור לחלוטין על עישון באוטובוס וזוטובוס, ללא תלות בהימצאות נוסעים או בזמני הפעילות של הקו או כל תנאי אחר.** לגבי מוניות, בשלב זה, לא ייעשה כל שינוי מהוראות החוק.

ה. איסור עישון בתחנות אוטובוס

תחנות אוטובוס מקורות משמשות להמתנה ומחסה לנוסעים, ולמרות שהן אינן חדר סגור לחלוטין, עישון בתוך התחנה או בפתחה חושף את הממתנים בתחנה לעישון כפוי. **מוצע, כי ייאסר עישון בתוך תחנת אוטובוס מקורה וכן במרחב שבינה ובין הכביש.** כמו כן, **מוצע להוסיף תחנות אוטובוס מרכזיות למקומות האסורים לעישון, על מנת להדגיש את איסור העישון בהן, כפי שכבר קיים מתוקף פרט 14 לתוספת לחוק, אך תינתן אפשרות להקצות בהן חדרי עישון.**

ו. איסור עישון ברכבת ישראל

קרוב ל-40 מיליון נוסעים משתמשים בשירותי רכבת ישראל בשנה. רכבת ישראל אוסרת כיום על עישון באולמות המתנה סגורים וכן בתוך הרכבת, אולם אזור הרציפים, שברובם הגדול אינם אולמות סגורים אלא רציפים פתוחים, חלקם מקורים, מוגדרים מבחינת רכבת ישראל כאזורי עישון, למרות שרק כ-20% מהנוסעים הינם מעשנים. בנוסף, נוסעים לא מעטים, היורדים מהרכבת, מציתים סיגריה מיד עם ירידתם מהרכבת לרציף, ובהמשך, חוצים את המסדרונות התת קרקעיים ו/או את אולמות ההמתנה עם סיגריה דולקת ובכך עוברים על החוק, כשלרכבת ישראל אין את היכולת או הרצון להתעמת עם נוסעים אלו או למנוע את העבירה לזמן קצר לכאורה. במטרה למנוע את חשיפת כלל הנוסעים לעישון כפוי ברציפים, במעברים ובאולמות ההמתנה, **מוצע לקבוע כי העישון ייאסר בכל שטח מקורה בתחנת הרכבת, לרבות ברציפים וכן בין אזור מקורה ברציף ובין פסי הרכבת, אך תינתן אפשרות להקצות בהם חדרי עישון. כמו כן, מוצע לבטל את האפשרות הקיימת היום, להקצות ברכבת קרון לעישון.**

ז. איסור עישון בבתי אוכל

כניסתו לתוקף של תיקון 2 לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים חידדה את ההנחיות לגבי איסור העישון במקומות בילוי שונים המוגדרים "בתי אוכל", למעט בחדר עישון. במקרים רבים ב"בתי אוכל" כדוגמת מסעדות ובתי קפה, הנהלת המקום מגדירה, בנוסף לחדר עישון, גם את כל מקומות הישיבה באזורים הפתוחים או המקורים חלקית, הנמצאים מחוץ למבנה, כאזורי עישון, ומאפשרים למעשנים

לקבל שירות תוך כדי עישון. כתוצאה מכך, נוצרה מציאות שבה למרות שהמעשנים מהווים רק כ-20% מהציבור, אחוז השטח המוקצה לטובת עישון גדול משמעותית מכפי הצורך וכך אלו שאינם מעשנים ומבקשים לשבת באזור החיצוני, נאלצים לשבת באזור אפוף עשן ולהיחשף לעישון כפוי בעל כורחם. בנוסף, החוק כיום אינו ברור מספיק ביחס להגדרת מקום חיצוני, האם הוא נכלל בכלל האוסר עישון בבית אוכל.

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

ח. איסור עישון במקומות עבודה

ישנה הסכמה מדעית חד משמעית וברורה, לאור מחקרים רבים וניסיון מצטבר מהעולם, כי הדרך היחידה למנוע חשיפה לעישון כפוי ולסכנותיו במקומות ציבוריים ובמקומות עבודה היא איסור עישון מוחלט באותו המקום. פתרונות של חדרי עישון, מערכות סינון אויר וכדו' אינם מספקים פתרון טוב ואינם מונעים חשיפה לעישון כפוי.

החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים חוקק לפני למעלה מ-25 שנה. בשנת 1994 (לפני 15 שנה), נקבע בתוספת לחוק סעיף המגביל את העישון במקומות עבודה, ומאז היו עוד שני תיקונים, אך הם לא שינו מהותית את ההסדר שנקבע לגבי הגבלת העישון במקום העבודה, וכך, בהתאם להוראות סעיף 15 לתוספת, ניתן להקצות במקום עבודה חדר עישון או אולם כחדר עישון, בתנאים המפורטים. בנוסף, חדר או אולם שעובדים בו רק מי שהם מעשנים ייחשב כאזור עישון מבלי שיהיה צורך בהיתר מפורש של האחראי במקום.

כאמור לעיל, כיום, לאחר כ-3 שנים מאז כניסתו לתוקף של תיקון 2 לחוק למניעת עישון במקומות ציבוריים, ולאחר מעקב ובקרה רציפים של משרד הבריאות אחר פעילות האכיפה של החוק על ידי הרשויות המקומיות, ניתן לקבוע באופן חד משמעי כי לא מתבצעת אכיפה של החוק במקומות עבודה אלא רק במידה מסוימת, במקומות ציבוריים אחרים המפורטים בתוספת, כדוגמת מקומות בילוי.

בהתאם לירידה בשיעור המעשנים בחברה הישראלית והמודעות הגבוהה לנזקי החשיפה לעישון כפוי, על פי המחקרים ובהתאם להנחיות אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק וההמלצות הבין-לאומיות, הצעד המתבקש הוא איסור עישון מוחלט במקומות עבודה וביטול האפשרות להקצות חדרי עישון בבניינים.

עם זאת, מומלץ כי צעד זה ייושם בהדרגתיות, בהבנה ובהסכמה של הציבור והעובדים.

הוראות החוק מאפשרות למעשה לכל עובד להכריז על חדרו כחדר עישון, אם הוא עומד לכאורה בדרישות החוק. מצב זה לא סביר, בין השאר מפני שאין בידי כל עובד את המידע והידע הנדרש כדי לקבוע, אם אכן ניתן להגדיר את חדרו כחדר עישון על פי החוק. בנוסף לכך, אפשרות זו מעמידה מנהלים במקומות עבודה במצב בעייתי בפני עובדים הדורשים לקבוע את חדרם כחדר עישון. כמו כן, אין הוראה מפורשת בסעיף זה, המציינת כי חדר עישון יהיה נפרד לחלוטין, כפי שקיים בשאר ההוראות בתוספת לחוק, לגבי חדרי עישון.

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

ט. איסור עישון במשרדי ממשלה

בהמשך לסעיף הקודם ביחס למניעת עישון במקומות עבודה, הוועדה מצאה לנכון להתחיל את המהלך של ביטול חדרי עישון במקומות עבודה במשרדי ממשלה, בשל היותם מקומות הנותנים שירות לקהל ובהיותם באחריות הישירה של הממשלה. כמו כן, ראוי שמשרדי ממשלה יהיו דוגמה לציבור, כמקום עבודה ראשון וכסמל, הדואג לשמירת בריאותם של העובדים והמבקרים בו, שהעישון בו יאסר על פי חוק, כשהמלצה היא בשנים הבאות להרחיב את האיסור לכל מקומות העבודה. יודגש, כי ישנם משרדי ממשלה שונים בהם העישון אסור לחלוטין, ללא אפשרות הקצאת חדרי עישון, על פי החלטת ההנהלה של המשרד, כך במשרד ראש הממשלה, במשרד המשפטים, במשרד הבריאות ובמשרדים נוספים.

לכן, מוצע לקבוע כי בכל משרדי הממשלה העישון יאסר ולא תינתן אפשרות להקצות חדרי עישון בבניין.

י. איסור עישון באולמות שמחה

בדומה לעישון באזורים חיצוניים במקומות בילוי, גם באולמות שמחה נוצר מצב לא סביר ביחס לעישון ללא הגבלה באזורים החיצוניים של האולם ולכן מוצע שיהיה ניתן להתיר חלק מהאזור החיצוני שאינו מקורה כאזור עישון, ובתנאי ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה באזור ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

יא. איסור עישון בגני אירועים

בשונה מאולמות שמחה, גני אירועים הם מקומות פתוחים או מקורים חלקית, ולא נכללו במקומות הציבוריים המוגדרים בחוק זה. מאחר שקיימת תופעה משמעותית של עישון בגני אירועים, וכתוצאה מכך חשיפה רבה לעישון כפוי, מוצע לקבוע שיהיה ניתן להתיר אזור עישון רק בחלק מהאזור שאינו מקורה, ובתנאי ששטחו רציף ואינו עולה על 25% באזור ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

יב. איסור עישון בבריכות שחייה

בבריכות שחיה סגורות אסור לעשן, אולם בבריכות שחיה פתוחות אין כיום כל מגבלה על עישון. אנשים המעשנים על שפת הבריכה גורמים לאנשים, משפחות וילדים להיחשף לעישון כפוי בזמן רחצה בתוך המים, לעיתים ללא אפשרות לברוח מהעשן.

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

יג. איסור עישון במחסים

בשנים האחרונות התעוררו מצבים ביטחוניים, שחייבו אוכלוסיות נרחבות לשהות במקלטים, מיגוניות ומחסים אחרים, והסתבר שבזמני הלחץ היו מעשנים שעישנו בתוך מקומות אלו תוך כדי חשיפה של שאר

השוהים לעישון כפוי. לנוכח האיוורור המוגבל בדרך כלל במקומות האלו, וחוסר הברירה של אלו שאינם מעשנים לעזוב את המקום, מדובר על חשיפה משמעותית ולמשך לזמן ארוך יחסית.

לכן, מוצע לקבוע כי ייאסר העישון במקלטים ציבוריים ובמחסים כהגדרתם בחוק.

יד. עידוד רשויות מקומיות להרחבת איסור עישון במקומות ציבוריים נוספים

התוספת לחוק מפרטת את המקומות הציבוריים בהם אסור לעשן. עם זאת, רשאי בעל מקום או המחזיק בו לאסור את העישון במקום, גם כשלא קיימת חובה לכך על פי החוק.

רשות מקומית, כמחזיקה במקומות ציבוריים שונים, שאינם מפורטים בחוק, רשאית לקבוע על פי שיקול דעתה מקומות נוספים בהם יהיה אסור לעשן, כגון חופי ים, גינות ציבוריות ומגרשי משחקים לילדים, ולכן יש בסמכות הרשות המקומית אף להתקין חוקי עזר.

אולם, למרות סמכות זו, נמנעות רשויות מקומיות מלנקוט יוזמות מקומיות ומסתמכות רק על החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים. בכדי לעודד ראשי רשויות לנקוט יוזמות מקומיות ולהוציא לפועל את סמכותם למניעת או הגבלת עישון במקומות שונים בתחום הרשות ולאכוף זאת ביעילות, **מוצע לקבוע כי החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים יחול גם על כל מקום אחר שיקבע ראש רשות מקומית בחוק עזר.**

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

מקומות אלו משמשים את הציבור הרחב. לא סביר שקהל המתפללים והמבקרים יאלץ להיחשף לעישון כפוי בתוך מקומות אלו או כאשר שוהים בחצר שלהם, בימי חול, בשבתות או בחגים.

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

טז. איסור עישון במתנ"סים

מתנ"סים (מרכזי תרבות נוער וספורט) מספקים שירותים שונים לקהילה, בכל טווח הגילאים ובתחומים חינוכיים, חברתיים, תרבותיים ועוד. כיום ילדים, בני נוער, קשישים ואחרים המגיעים למתנ"ס, עשויים להיחשף לעישון כפוי במבנה ובחצר בזמן פעילות או בהמתנה. מאחר שמדובר על סביבה הדומה במאפייניה לבתי ספר, **מוצע לקבוע כי העישון ייאסר במבנה המתנ"ס ובחצר שלו למעט אזור נפרד בחצר, שהוקצה לעישון, ובתנאי שהאזור אינו מקורה ושטחו רציף ואינו עולה על 25% מהחצר וכי שאר החצר שמורה ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בה אסור.**

יז. איסור עישון באיצטדיונים ואמפיתיאטראות

איצטדיונים ואמפיתיאטראות הם מקום ציבורי הפתוח לקהל, בין בחינם או בתשלום ומאפשרים צפייה בפעילות ספורטיבית או תרבותית. כיום החוק לא אוסר על עישון בתוך איצטדיונים ואמפיתיאטראות פתוחים, והקהל המבקש לשבת ולצפות בפעילות נאלץ להיחשף לעישון כפוי מצד מעשנים במקום. יש לכך היבט חמור במיוחד כאשר המקומות מסומנים, ולא ניתן לעבור למקום אחר ולהימנע מחשיפה זו לעישון כפוי.

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

יח. איסור עישון בבתי אבות ודיור מוגן

בתי אבות ודיור מוגן הם מקומות המשמשים את האוכלוסייה הבוגרת, שהינה גם רגישה במיוחד לנזקי העישון הכפוי. למרות שמדובר על סוג של מקום מגורים, לא סביר שדייר מעשן ייכפה על דיירים אחרים ועל המבקרים חשיפה לעישון כפוי. למרות שהמחזיק במקום רשאי לקבוע איסור עישון, לאור הסיכון הבריאותי המיוחד, מוצע לקבוע כי ייאסר עישון בכל מקום בבית אבות או דיור מוגן, למעט בחדר מגורים, ובלבד שאין גר בו מי שאינו מעשן ולמעט חדר נפרד לחלוטין שהוקצה לעישון ובלבד שיש בו סידורי אורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.

י. צמצום הצטרפות צעירים למעגל המכורים לעישון

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

לפעילות החינוכית תפקיד חשוב במניעת עישון בבני נוער, בהטמעת ידע, בגיבוש עמדות ובהכוונה להתנהגות. רוב הצעירים בישראל, עד גיל 18, נמצאים חלק נכבד מזמנם בתוך מערכת החינוך על מוסדותיה השונים, הן בחינוך הפורמלי והן בחינוך הלא פורמלי, ולכן היכולת לעסוק בכך נמצאת בעיקר בידי משרד החינוך. יודגש, כי דו"ח זה לא בא לעסוק בפעילות העניפה והמגוונת של מערכת החינוך בנושא מניעת וצמצום העישון בקרב צעירים, אם כי בהחלט קיים שיתוף פעולה נרחב בין משרדי הבריאות והחינוך בכל הקשור לבריאות התלמיד, על היבטיה השונים, ובכלל זה היבט המניעה.

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

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

אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ממליצה על איסור פרסום מוחלט וגורף למוצרי טבק, המלצה שיושמה במרבית מדינות העולם המערבי בשנים האחרונות, ובחלקן אפילו שנים רבות קודם לאמנה.

הגבלות אלו הן חלק בלתי נפרד מהמאבק בעישון, ונמצאו כמשפיעות בעיקר על עישון בקרב צעירים, ועל תדמית העישון בחברה בכלל.

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

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

יודגש, כי לדעת הוועדה ההמלצות להחמרת הוראות החוק בענין זה עומדות בעקרונות החוקתיים והן מידתיות לאור נזקי העישון הכבדים, וכי הן נדרשות על מנת לצמצם את נזקים אלה ככל הניתן.

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

א. שינוי שם החוק

שם החוק צריך להתאים ולשקף את מטרותיו והוראותיו. מאחר שהשינויים המומלצים על ידי הוועדה הם לאיסור פרסום מוחלט וגורף, מוצע לשנות את שם החוק מ"**הגבלת הפרסומת והשיווק**" ל"**איסור הפרסומת והגבלת השיווק**". שינוי זה יהיה במועד ג.

ב. שינוי הגדרת "פרסומת"

תעשיית הטבק התמודדה עם מגבלות פרסומיות ושיווקיות, שהוטלו עליה במדינות רבות בעולם בדרכים שונות, כגון: הפניית משאבים לדרכי פרסום שאינן אסורות על פי החוק וכן מציאת דרכי פרסום חדשות שהחוק כמובן עדיין לא מתייחס אליהן.

כדוגמאות למהלך זה ניתן לציין את השימוש ב"תוכן שיווקי", פרסום למוצר תוך כדי תוכנית ולא באמצע הפסקת פרסומות, למשל, על ידי צילום תקריב והצגת המוצר או שימוש בו כך שהמותג יהיה ברור לעין, או עישון והחזקת החפיסה באופן בולט או צילום של חפיסה המונחת על שולחן או התייחסות "כבדרך אגב" לתכונות המוצר וסגולותיו.

אמצעי נוסף שמשמש את תעשיית הטבק לקשר עם קהל הצרכנים וקהל הצרכנים הפוטנציאלי הוא השימוש בחפיסות הסיגריות. העיצוב, השימוש בצבעים, ציורים ותמונות על חפיסות הסיגריות מהוות אמצעי זיהוי של המותג אך גם אמצעי יעיל ואפקטיבי להעברת מסר שיווקי, לאיפיון תדמית המשתמש ולקידום המכירות של המוצר⁶⁰.

כחלק מיישום המלצות אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק להגביל ככל הניתן את אמצעי הפרסום של מוצרי הטבק, **מוצע לעדכן את הגדרת "פרסומת" ולהוסיף גם מסר המופץ באופן מסחרי, שמטרתו לעודד רכישת מוצר טבק או לעודד את העישון, לרבות מסר הנמסר בעל פה או בהתנהגות. תחולת השינוי תהיה במועד א.**

ג. שינוי הגדרת "שיווק"

בהגדרת המושג "שיווק" בחוק זה נקבעו שלושה חריגים שלגביהם ההגבלות על שיווק מוצרי טבק לא חלות. פטור אחד חל על ייצוא, שאין לו כל משמעות על הפעילות בארץ, אולם שני הפטורים הנוספים חלים על ייבוא על ידי זכאים לפטור מתשלום מכס, שלו משמעות מועטה ביותר, הפטור השלישי והמשמעותי ביותר, הוא פטור החל על מכירת מוצרי טבק בחנויות פטורות ממכס, במעברי הגבול של ישראל, בנמלי האויר, הים והיבשה. לאור פטור זה בהגדרה של "שיווק", מוצרי הטבק עצמם, הנמכרים בחנויות אלו, אינם מחוייבים בסימון האזהרות כפי שהחוק קבע לגבי סימון מוצרי טבק, במטרה ליידע את רוכשים על הסכנות בשימוש במוצרי טבק.

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

ד. הוספת סעיף מטרה לחוק

בהתאם לידע המדעי שנצבר מאז שחוקק החוק ב-1983, כיום ברור כי איסור מקיף על פרסומות, חשוב במיוחד על מנת להגן על ילדים וצעירים מהשפעותיה של הפרסומת, המייצרת תדמית חיובית, מושכת ומסקרנת למוצרי הטבק ולעישון שלהם. לכן, לחוק זה, לאחר שיתוקן בהתאם להמלצות הוועדה, חשיבות רבה לצורך הגנה על בריאות הציבור.

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

ה. איסור פרסום למוצרי טבק

סעיף 3 לחוק קובע איסור על פרסומת למוצרי טבק במגוון אופנים ואמצעים, כגון בטלוויזיה, קולנוע, רדיו, שלטי חוצות, עיתונים המיועדים לבני נוער ועוד, אך מתיר פרסום בעיתונים יומיים ובמגזינים כדוגמת "לאישה". כיום ברור שהצעירים חשופים במידה רבה לעיתונות יומית ולמגזינים, גם אם הם לא הקהל העיקרי אליו פונה העיתון או המגזין.

בנוסף לכך, הניסיון מלמד כי חברות הטבק מוצאות דרכים חדשות או תחומים אפורים כדי להמשיך ולפרסם את מוצרי הטבק. כדוגמה לכך ניתן לציין את השימוש במסכים דמויי פלזמה בנקודות מכירה בקניונים ובחנויות שונות, במקום שימוש בכרזות. דוגמה נוספת ומרכזית שראוי לציין היא השימוש הנרחב באינטרנט לפרסום מוצרי טבק, באתרים ישראלים רבים, ובמיוחד באתרים המושכים צעירים רבים, כגון אתר נענע10, אתר ערוץ 2 MAKO ואחרים. בנוסף, ניתן להבחין בפעילות שיווקית רבה באירועים המיועדים בעיקרם לצעירים, כגון אלה הנועדים לסטודנטים ב"יום הסטודנט" או אירועים העוסקים בעולם התוכן של צעירים.

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

חשוב לציין, כי מרכז המחקר והמידע של הכנסת הכין סקירה עדכנית של חקיקה משווה מהעולם, בנושא ההגבלות על פרסום ושיווק מוצרי טבק. מסמך זה ילווה את המשך החקיקה.

ו. הגבלת פרסומת בשלטים

סעיף 4 לחוק מאפשר לעשות פרסומת למוצרי טבק ב"שלט מותר", שהוא שלט שהוצג כדין על פני בית עסק או בתוכו, או על רכב של יצרן, יבואן, סוכן, משווק, מפיץ או מוכר של מוצרי טבק, או על פני מקום ממכר של מוצרי טבק או בתוכו.

פרסום זה, המותר על פי החוק, מהווה כיום את אחד האמצעים הבולטים ביותר לפרסום מוצרי טבק ומהווה מעין תעודת לגיטימיות למוצרי טבק ולשימוש בהם, במיוחד כאשר הפרסום מופיע על רכבים (כגון פרסום מותגי Marlboro ו-Davidoff), או על מסכים מוארים, מסכי פלזמה או דמויי מסכי פלזמה, בנקודות מכירה הנמצאות בתוך קניונים הומי ילדים וצעירים וכן פרסום על פרגולות ושלטי חוצות גדולים וצבעוניים, המוצבים על חנויות בהן מוכרים סיגריות, הפונים לרחובה של עיר ומציגים את מותג הסיגריות שמימן את השילוט.

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

ז. הגבלת הצגת מוצרי טבק למכירה

פרסום מוצרי טבק בנקודות מכירה לא נעשה רק על ידי מסכים דמויי פלזמה או שלטים, אלה פעמים רבות גם דרך הצגת החפיסות והמותגים הצבעוניים באופן בולט במיוחד בקרבת קופות המכירה. עצם ההצגה הבולטת של מוצרי הטבק מהווה אמצעי פרסומי ושיווקי יעיל, בדומה לנהוג לגבי הצבת ממתקים וצעצועים בקרבת קופות המכירה בסופרמרקטים, והשפעתם על הילדים הנחשפים להם ברורה.

במחקרים שונים שנערכו במדינות שונות, לקראת הטלת איסור על הצגת מוצרי טבק למכירה, נבדקו, בין השאר, ישימות האיסור, ההשלכות הכלכליות וההשפעה על עישון בקרב צעירים. בדיקות אלו הוכיחו כי צעד זה בעל השפעה חיובית על מניעת התחלת עישון בקרב צעירים וכן על היבטים נוספים⁶¹.

איסור זה הינו המלצה של אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק וכאמור לעיל, מדינות שונות בעולם כבר מיישמות איסור הצגת מוצרי טבק בנקודות המכירה, כגון איסלנד, תאילנד, אירלנד, פרונינציות בקנדה ובמדינות שונות באוסטרליה. כמו כן, מדינות נוספות שוקלות לאמץ צעד זה, כגון בריטניה.

עם זאת, לאחר בחינת היקף יישום ההמלצה בעולם ולאור שיקולים נוספים, בשלב זה הוועדה לא ממליצה על איסור הצגת מוצרי טבק בנקודות מכירה, אך סביר להניח שצעד זה יהיה מתבקש ונדרש בתוך שנים בודדות, ולכן מוצע לקבוע, כי לשר הבריאות תינתן סמכות לקבוע הוראות, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, בדבר הצגת מוצרי טבק למכירה. תחולת השינוי תהיה במועד א.

ח. הגבלת שימוש בתמונות על אריזות מוצרי טבק

אריזות מוצרי טבק מהוות אמצעי פרסומי ושיווקי חשוב ומהוות ביחד עם הפרסומות, דרך תקשורת והעברת מסרים בין חברת הטבק לצרכנים שלה וגם לבני נוער, שהם צרכנים פוטנציאליים של חברת הטבק.

סעיף 5 לחוק מתייחס להגבלות על פרסום מוצרי טבק ומגביל את השימוש בשמם או בדמותם של אנשים או איברים וכן אוסר שימוש בבעלי חיים, לרבות דמויות מצוירות. עם זאת, החוק מחריג ומאפשר שימוש בכאלו שהיו כבר בשימוש קודם לתיקון החוק בשנת 2001, אולם אין כיום הגבלה על שימוש בתמונות פרי, הנפוצות בעיקר באריזות טבק לנרגילה.

נרגילה היא כלי עישון מסורתי, אשר נעשה בו היום שימוש רב בעיקר בקרב צעירים, בין השאר מכיוון שעישון נרגילה מאפשר עישון במשותף וקיימת תפיסה מוטעית בקרב צעירים והורים לגבי מידת הנזק בעישון נרגילה, בשונה מהמודעות הקיימת לגבי נזקי עישון סיגריות.

בנוסף, על אריזות הטבק לנרגילה מקובל להציג פירות שונים, כגון תפוח, תותים, בננות ואחרים, כמייצגים את טעם וניחוח עשן הטבק וצרכני טבק זה, שרובם צעירים, טועים לחשוב שמדובר על מוצר עישון שאינו מזיק כלל או הנזק בו קטן עד זניח, שכן פירות כידוע מומלצים לאכילה וכוללים סיבים, ויטמינים ומינרלים חשובים והם בעלי ריח נעים.

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

ט. איסור מתן חסות על ידי חברות טבק

כפי שצוין לעיל, מגבלות חוקיות שונות שהוטלו במשך השנים על חברות טבק הובילו אותם לחפש ולמצוא דרכים חדשות דרכן יוכלו לפרסם, לשווק ולקדם את מוצריהם.

כפי שניתן לראות מהנתונים שנמסרו על ידי חברות הטבק והיבואנים בישראל לשר הבריאות, גדל התקציב המופנה למתן חסויות על ידי חברות הטבק משנת 2007 לשנת 2008 ב-364%, יותר מפי 10 מהעלייה בהוצאות למאמצי שיווק אחרים, כדוגמת פרסומות ודיוור ישיר (עליה של 34%) או מבצעי קידום מכירות (עליה של 24%) באותה תקופה.

חשוב לציין, כי חסויות אלו ניתנות לאירועים בהם נמצאים צעירים רבים, גם אם לא ניתן להגדיר את האירוע כמיועד בעיקרו לילדים או בני נוער עד גיל 18, שבמקרה זה מתן החסות אסור. באירועים אלה הצעירים נחשפים לחברות הטבק ולנדיבותן הרבה וכן למאמצי שיווק וקידום מכירות שונים, המבוצעים באותן אירועים. רק בשנת 2010 ניתן לציין את שוק הבירה בנווה צדק בחסות מותג הסיגריות "נובלס", את יריד האומנות "צבע טרי" בחסות חברת הסיגריות "פיליפ מוריס" ואירועים אחרים.

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

י. מכונות אוטומטיות לממכר טבק

חוק הגבלת הפרסומת והשיווק אוסר על מכירת מוצרי טבק לקטינים ואף מאפשר למוכר לדרוש הצגת תעודה המעידה על כך שגיל הרוכש לפחות 18 שנים.

עם זאת, הוראות אלו כמעט ואינן נאכפות, שכן אין בידי הרשות המקומית סמכות אכיפה של הוראות אלו ומשטרת ישראל לא מציבה את אכיפת הוראות אלו בסדר חשיבות גבוה, בשונה מהיחס לגבי מכירת אלכוהול לקטינים.

אך למרות זאת, מאחר שמכירת מוצרי טבק לקטין היא עבירה, במקומות רבים נמנעים מלמכור טבק לקטינים וכן לעיתים הקטינים עצמם נמנעים מלהגיע ולדרוש מהמוכר לעבור על החוק.

בשונה ממכירת טבק על ידי מוכר, אין כיום מגבלות בחוק על הצבת מכונות אוטומטיות לממכר טבק, אם כי סעיף 7 לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק מסמיך את שר הבריאות, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, לקבוע מקומות בהם חל איסור על הצבת מכונות למכירת מוצרי טבק.

בישראל על פי הערכות מוצבות כ-1,500 עד 2,000 מכונות כאלו וצעירים רבים מנצלים את תפוצתן ונגישותן של המכונות לרכישת מוצרי טבק באין מפריע, כך לדוגמה, ניתן למצוא את מכונות אלו על מדרכות ברחובות ראשיים, בתחנות רכבת, בקרבת מוסדות חינוך ועוד, כשהן ללא פיקוח ונגישות לצעירים.

אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ממליצה על איסור מוחלט להציב מכונות אוטומטיות לממכר טבק. לאיחוד האירופי ישנה המלצה לאיסור על מכונות אוטומטיות באסטרטגיה האירופית לפיקוח על טבק, ונכון לשנת 2007, 22 מדינות באירופה אסרו על הצבת מכונות כאלו ומדינות נוספות, שלא אסרו לחלוטין, הטילו מגבלות לנגישות צעירים.

כשנבחנו הגישות להתמודד עם הבעיה, ניתנה תשומת לב מיוחדת לאופן בו התמודדה בריטניה עם הבעיה. בשנת 1991 חוקק חוק האוסר על מכירת מוצרי טבק לקטינים ממכונות אוטומטיות, אך חוק זה לא נאכף, ונמצא כי 58% מרכישות הטבק במכונה מתבצעות על ידי קטינים.

ולכן, בשנת 2009 חוקק חוק נוסף המסמיך את הרשות הממשלתית לאסור באופן גורף מכירת סיגריות ממכונות. תקנות ליישום חוק זה הותקנו במרץ 2010 והן ייכנסו לתוקף באוקטובר 2011.⁶²

בארה"ב נכנסו לתוקף ביוני 2010 תקנות פדראליות המתירות הצבת מכונות רק במקומות בהם חל איסור על כניסה או נוכחות קטינים, כדוגמת בארים, מועדונים, מועדוני הימורים וכדו'. גם קודם לתקנות אלה, נקבע איסור דומה ברוב מדינות ארה"ב.

בשראל יש מספר רשויות מקומיות שבחרו להתמודד עם התופעה באמצעות חקיקה מקומית, המטילה חובה לפקח על המכונות או לקבוע בהן אמצעי זיהוי גיל, כגון עיריית מודיעין מכבים רעות, בה תתאפשר רכישה במכונה רק עם אסימון מיוחד שיינתן למי שיוכיח שגילו לפחות 18 שנים. בעיריית רעננה המליצה ועדת רישוי עסקים להתיר הצבת מכונות רק בתוך בתי עסק ותחת פיקוח מתמיד וכן לדרוש מהמשטרה לפקח על איסור מכירה לקטינים.

נכון למועד כתיבת הדו"ח, ישנה הצעת חוק פרטית שהוגשה בנושא, הצעת חוק פ/2728/18 (של ח"כ אורי אריאל, זאב ביילסקי, מיכאל בן-ארי, יואל חסון, דב חנין וכרמל שאמה), המבקשת לאסור לחלוטין הצבת מכונות אוטומטיות.

הוועדה, לאחר שקילת מגוון היבטים בנושא, החליטה להמליץ על נקיטת מהלך הדרגתי.

מוצע לקבוע, כי בשלב הראשון, ייקבע השר, בהתאם לסמכות המוקנית לו בחוק, רשימה של מקומות בהם אסור להציב מכונות אוטומטיות לממכר טבק, כשהעיקרון יהיה לאסור על הצבתן בכל מקום הנגיש לצעירים או במקומות רגישים ובעלי השפעה חברתית-נורמטיבית, כדוגמת בסיסי צה"ל או מוסדות להשכלה גבוהה. התחולה תהיה במועד ב.

בשלב השני יתוקן החוק על מנת לאסור לחלוטין להציב או להחזיק במכונות אוטומטיות לממכר טבק. התחולה תהיה במועד ג.

חשוב להדגיש, כי מרכז המחקר והמידע של הכנסת הכין מסמך עדכני בנושא זה ("הפיקוח על הפעלתן של מכונות לממכר סיגריות – סקירה משווה" מתאריך 13 ביוני 2010).

יא. איסור חלוקת סיגריות

סעיף 8 לחוק אוסר על שיווק והפצת מוצרי טבק ללא תמורה או כאשר מצורפים אליהם פרס, מתנה או זכות להשתתף בהגרלה או בתחרות.

בשנים האחרונות נחשפו מספר מקרים רב בהם חברות טבק, כחלק מפעילות שיווקית וקידום מכירות, הציבו דוכנים או דיילות, וחילקו סיגריות בתמורה למסירת פרטים וכתובת, הצטרפות לרשימות דיוור של דואר אלקטרוני או במענה לסקר צרכנים. בחלק מהמקרים התמורה היחידה לחלוקת הסיגריות ללא תשלום כספי היתה מסירת חפיסת סיגריות של מותג סיגריות אחר, גם אם זו הכילה רק סיגריה אחת. במקרים אחרים חולקו כרטיסי הגרלה או זכאות להשתתף בתחרויות נושאי פרסים בתמורה להצטרפות לרשימות דיוור, אמצעי הנפוץ למדי בימים אלו באתרי אינטרנט ישראלים שונים או בעיתונים ומגזינים, כגון למוותגי L&M, Marlboro, Pall Mall, Parliament ועוד.

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

יב. שינוי אזהרות על מוצרי טבק וגודל האזהרה

סעיף 9 לחוק קובע חובת הכללת אזהרה על חפיסות ו/או עטיפות מוצרי טבק, ונותן לשר הבריאות סמכות לקבוע בתקנות, באישור וועדת הכלכלה, נוסחי אזהרה שונים.

כיום בישראל ישנם 12 נוסחי אזהרות בריאות מילוליות למוצרי טבק, המופיעות בשפות עברית וערבית, בחלק הקדמי והאחורי של החפיסה (בהתאמה), כשכל האזהרות מחויבות להופיע בתדירות זהה כפי שמוגדר וכשגודל האזהרה בין 30-32% של כל צד של האריזה.

אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ממליצה לעשות שימוש באזהרות גראפיות לסימון מוצרי טבק, המלצה שיושמה על ידי 35 מדינות נכון לשנת 2010 (כגון: קנדה, ברזיל, סינגפור, תאילנד, ונצואלה, ירדן, אוסטרליה, אורוגוואי, פנמה, בלגיה, צ'ילה, ניו-זילנד, רומניה, בריטניה, מצרים, איראן, פרו ושווייץ) ובשנת 2012 תיושם בלפחות 38 מדינות, כולל בארה"ב, צרפת, ספרד ונורווגיה. כמו כן, המלצת האמנה הינה כי האזהרות יהיו בגודל 50% או יותר מגודל האריזה.

ישנן סיבות רבות וטובות מדוע אין להסתפק באזהרות המילוליות הקיימות ולעבור להשתמש באזהרות גראפיות, כך למשל ניתן לציין כי יעילות התמונה גבוהה בהרבה מאשר יעילות מסר מילולי, זהו אמצעי תקשורת יעיל וזול להבאת מידע לציבור, הוא נגיש לכלל האוכלוסייה, כולל כאלו שלא קוראים או מבינים את השפות עברית ו/או ערבית, המעשן הממוצע מתעסק עם החפיסה (והמסר שעליה) כ-20 פעם ביום (7,300 פעמים בשנה), המסר מגיע לכולם - צעירים ומבוגרים, מעשנים ואלו שאינם מעשנים, בעת

השימוש וגם כפסולת, 24 שעות ביממה וניתן להעביר מסרים שונים ורבים. המחקרים שליוו את המדינות שיישמו את האמצעי הזה ב-9 השנים האחרונות, מצאו כי צעד זה יעיל במניעת התחלת עישון בקרב צעירים, בהעלאת המודעות לנזקי העישון, הפחתת עישון בקרב מבוגרים ובעידוד לגמילה מעישון. חשוב להזכיר, כי ישנה גישה מחמירה עוד יותר ביחס לסימון חפיסות מוצרי טבק, והיא ביטול מוחלט של העיצוב והמיתוג הקיים. במחקר שהשווה ובדק תפיסות, אטרקטיביות ובטיחות יחסית בשימוש בקרב מעשני סיגריות מחפיסות רגילות ומחפיסות חסרות צבע ומיתוג נמצאו הבדלים בדיווחים על רמת האטרקטיביות ותפיסת הסיכון בשימוש⁶⁰.

אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק ממליצה לשקול את האפשרות לחייב את חברות הטבק לשווק את הסיגריות בחפיסה אחידה ובצבעי שחור לבן בלבד, המלצה שממשלת אוסטרליה אימצה והצהירה על כוונתה לחוקק בחודש אפריל 2010 כשהתחולה תהיה ב-1 ביולי 2012. גם נציבות האיחוד האירופי צפויה לדון ביישום ההמלצה כדרכטיבה מחייבת במדינות איחוד האירופי. למרות זאת, כרגע הוועדה אינה ממליצה על צעד זה.

ביולי 2009 מונה צוות עבודה הכולל נציגים ממשרד הבריאות, קופות החולים, האקדמיה ומומחים נוספים בתחום התקשורת והמשפט, במטרה לתכנן מדיניות סימון מוצרי טבק בישראל. הדגש בעבודת הצוות הוא על אזהרות גראפיות, כשהתוצר המרכזי של צוות זה יהיה ניסוח תקנות ליישום אזהרות גראפיות בישראל.

לכן, מוצע לקבוע באופן מפורש, כי לשר הבריאות סמכות לקבוע בתקנות, באישור וועדת הכלכלה של הכנסת, אזהרות בתמונות גראפיות וכן לקבוע הוראות נוספות בדבר סימון מוצרי טבק. תחולת השינוי תהיה במועד א.

לאחר שיגובשו במשרד הבריאות תקנות לאזהרות גראפיות, הן יובאו לאישור וועדת הכלכלה של הכנסת.

יג. מידע אודות רכיבי מוצרי טבק

מוצרי טבק הם מוצר צריכה, בעל השפעה ממכרת, אשר עשוי להביא לקיצור חייהם של מחצית מהמשתמשים בו, יחד עם נזקים בריאותיים שונים למעשן ולסובבים אותו. לכן, ראוי שלציבור יהיה מידע נגיש בדבר מרכיבי המוצר או החומרים הנפלטים ממנו בעת השימוש בו – דהיינו בזמן העישון. מכיוון שלרשימת השמות הכימיים של המרכיבים הנמצאים או הנוצרים בזמן העישון אין משמעות לגבי רוב צרכני הסיגריות, אין די בשמות הרכיבים בלבד, ונדרש גם הסבר לגבי השפעתם הטוקסיקולוגית או הביולוגית.

כמו כן, ראוי שחברות הטבק יפעלו בשקיפות ויחשפו את כלל המרכיבים העשויים להשפיע על החלטתו של הצרכן לגבי השימוש במוצר, אף אם מודעות זו לא תשפיע בהכרח על ההחלטה לשימוש אישי במוצר, היא בהחלט עשויה להשפיע על ההחלטה של המעשן למנוע את חשיפת הסביבה הקרובה אליו לעשן הסיגריות, במיוחד ילדים, נשים וסובבים אחרים. זאת ועוד, המידע עשוי להשפיע גם על המשתמשים הפוטנציאליים, בני הנוער, שהידעה וההבנה שעישון משמעותו שאיפת חומרים כימיים רעילים מוכרים, כדוגמת בנזן, ציאניד, CO, אצטון, אמוניה ורעלים אחרים, עשויה לגרום להם לחשוב ולשקול שנית בדבר הכדאיות של עישון מוצרי טבק.

חשוב להדגיש, שמרבית הסיגריות הנצרכות בישראל מקורן בייבוא, ולגבי רוב המותגים המידע קיים ומפורסם לציבור דרך האינטרנט או בדרך אחרת כמתחייב בחקיקה בחו"ל ולכן הטלת חובה כזו גם בישראל לא צפויה לגרום לקשיים או עלויות משמעותיות לחברות הטבק. כמו כן, אין כוונה לדרוש מחברות הטבק הקמת מעבדות לבדיקת כלל המרכיבים והשפעתן הטוקסיקולוגית תוך ניסויים בבעלי חיים ומודלים אחרים, אלא ניתן להסתפק במידע המדעי הקיים והזמין בעולם ובמאגרי מידע מקצועיים, לגבי חומרים כימיים שונים והשפעתן על הבריאות.

בהקשר זה חשוב לציין כי לאחרונה אושרו ואומצו הנחיות חלקיות לסעיפים 9 ו-10 של אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק, המחייבות לבצע רגולציה על מוצרי הטבק, כגון הפחתת האטרקטיביות של מוצרי טבק, הפחתת האפקט הממכר שלהם או הפחתת הרעילות שלהם, וכן דרישה לדיווח מצד חברות הטבק לרשויות ממשלתיות וחשיפת המידע לציבור, מתוך הכרה שלצעדים אלו יש פוטנציאל לתרום להפחתת התמותה והתחלואה המוקדמת הנגרמת ממוצרי הטבק.

חשוב להזכיר בהקשר זה את החוק שאושר בארה"ב ביוני 2009, **Family Smoking Prevention And Tobacco Control Act**, שמטרתו להגן על בריאות הציבור באמצעות מתן סמכות לרשות המזון והתרופות האמריקאית (ה-FDA) לבצע רגולציה על מוצרי טבק, כולל לגבי רמות עטרן, ניקוטין, ומרכיבים אחרים המסוכנים לבריאות. את נוסח החוק ניתן לראות בכתובת הבאה:

<http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/UCM237080.pdf>

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

יד. סמכויות פיקוח

למעט הסמכות שבסעיף 14 לחוק, המוקנית למי שהוסמך על ידי שר הבריאות להיכנס למקום ממכר, ייצור או החסנה של מוצרי טבק כדי לבדוק סימונם באזהרה, אין הסדר בחוק בענין פיקוח על קיום הוראותיו. על מנת להבטיח את יישום החוק באופן אפקטיבי, מוצע לקבוע הוראות מפורטות אשר יסדירו את הסמכויות של מפקחים, כפי שמקובל בחקיקה מודרנית. כמו כן, לאור הוספת הוראות חדשות אלה, סעיף 14 לחוק מתייתר. תחולת השינוי תהיה במועד א.

יודגש, כי תיקון זה לחוק מותנה בהקמת הגוף המרכזי במשרד הבריאות, כמפורט לעיל.

טו. תיקונים טכניים נוספים

מאחר שמוצע לבטל סעיפים שונים בחוק, יש צורך לתקן ולהתאים סעיפים שונים, כגון מספור סעיפים והפניות לסעיפים וכדו' וכן לקבוע את תאריכי התחולה השונים של ההוראות החדשות, בהתאם למועדים המומלצים – מועד א' – בתוך 3 חודשים מאישור החקיקה, מועד ב' - לאחר שנה ומועד ג' – לאחר שלוש שנים.

בטבלה הבאה מוצגים באופן מרוכז וכללי הנושאים השונים אותם מוצע לתקן בחקיקה וכן חלוקת מועדי התחילה של התיקונים השונים. כפי שניתן לראות, מדובר על מהלך ארוך וזהיר, הנפרס לפחות על פני 4 שנים, החל מתחילת הליך החקיקה ויידוע הציבור וחברות הטבק בהצעה לתיקון החוק ועד לכניסתם לתוקף של השינויים במועד ג', 3 שנים לאחר סיום הליך החקיקה ופרסומו ברשומות.

טבלת סיכום תיקוני חקיקה לחוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק ומועדי תחילה

	הנושא	השינוי	מועד תחילה		
			א'	ב'	ג'
1	שינוי שם החוק	"איסור הפרסומת" במקום "הגבלת הפרסומת"			✓
2	שינוי הגדרות "פרסומת"	הגדרה מורחבת	✓		
3	שינוי הגדרות "שיווק"	ביטול פטור מהגבלות "שיווק" על דיוטי-פרי ועל ייבוא אישי			✓
4	מטרת החוק	הוספת פירוש מטרת החוק	✓		
5	איסור פרסומת	איסור פרסום מוחלט		✓	
		קביעת חריגים		✓	
6	פרסומת בשלטים	איסור פרסום במקום מכירת טבק, למעט טבלת מותגים ומחירים			✓
7	הצגת מוצרי טבק למכירה	תינתן לשר סמכות לקבוע תקנות בנושא	✓		
8	סימון מוצרי טבק	איסור סימון אריזות מוצרי טבק בפירות		✓	
9	מתן חסויות	מתן חסות ייחשב כפרסומת וייאסר		✓	
10	הצבת מכונות מכירה	קביעת תקנות לאיסור הצבת מכונות במקומות מוגדרים		✓	
		איסור מכונות			✓
12	מתנות	איסור הפצה/חלוקה של מוצרי טבק בתמורה להשתתפות בסקר צרכנים או תמורה סימלית	✓		
		איסור שימוש בהגרלות	✓		
13	אזהרות בריאות	מתן סמכות לשר לקבוע אזהרות גראפיות	✓		
14	דיווח בדבר רכיבים של מוצרי טבק	חובת דיווח על חברות הטבק לגבי תכולה ורעילות של מוצרי הטבק		✓	
		חובת דיווח על שר הבריאות לפרסם את המידע שקיבל		✓	
15	רגולציה על תכולת מוצרי טבק	מתן סמכות לשר הבריאות לקבוע תקנות לאסור או להגביל שימוש בחומרי טעם פירות או שוקולד במוצרי טבק		✓	
16	אחריות פרסומאי ובעל אמצעי פרסום	תיקון טכני - תיאום מספרי סעיפים	✓		
17	פיקוח ואכיפה	קביעת סמכויות לפיקוח ואכיפה	✓		
18	תפיסות	השמדת מוצרי טבק שנתפסו	✓		
19	מועדי תחילה של הסעיפים השונים	מועד א – לאחר 3 חודשים מועד ב – לאחר שנה מועד ג – לאחר 3 שנים	✓		

יא. מדיניות והמלצות לגבי מיסוי מוצרי טבק

בישראל מוטל מס על כלל מוצרי הטבק – סיגריות, סיגרים, טבק לנרגילה ועוד. נטל המס איננו אחיד ובפרק זה נסקור בקצרה את המוצרים השונים ואת נטל המס ונביא השוואה בינלאומית. בישראל נהוגה שיטה המשלבת בין מס אחוזי לבין מס קצוב לכל חפיסה שאיננו תלוי במחיר לצרכן, בעלות היצור או בעלות היבוא. שיטת המס המעורבת נהוגה במרבית המדינות בעולם, כאשר בחלקן קיים דגש על מס קצוב, בעוד שבאחרות חלקו של המס לפי ערך גבוה יותר²². "ישנם סוגים שונים של מיסים על טבק, אבל האפקטיבי מכולם הוא בדרך כלל מס קניה בסכום קצוב המוטל על כמות נתונה של טבק, דוגמת תשלום מס על כל חפיסה או קרטון סיגריות" (אירגון הבריאות העולמי, דו"ח על מגיפת הטבק העולמית, 2008).

בנוסף לכך, הרי ש"אם מטרתו העיקרית של המיסוי היא לעודד הקטנת צריכה של סיגריות, הרי שלמיסים הקצובים ישנם טיעונים טובים. היות והם מבוססים על כמויות המוצרים הנרכשות, נטל המס לכל סיגריה זהה". (הבנק העולמי, הכלכלה של הטבק, ערכת כלים).

כמו כן, הטלת מס לפי ערך בלבד תוזיל את הסיגריות הזולות לעומת היקרות, בעוד שהטלת מס קצוב תוזיל את היקרות לעומת הזולות. ולכן, מאחר שמחירן הממוצע של סיגריות מיובאות גבוה ממחירן הממוצע של סיגריות מתוצרת מקומית, נקבע תמחיל מס הבנוי גם ממס אחוזי וגם ממס קצוב.

הכנסות ממיסוי סיגריות

בשנת 2010 צפוי כי הכנסות המדינה ממס קניה על סיגריות יעמדו על כ-5 מיליארד ש"ח, מתוכם כ-750 מל"ש"ח מייצור מקומי והיתר מיבוא.

בשנת 2009 עמדו ההכנסות על כ-4.1 מיליארד ש"ח כאשר 81% מההכנסות ממס קניה על סיגריות מקורן ביבוא, כהמשך למגמת הגידול הרב-שנתי בצריכת סיגריות מייבוא וצמצום בצריכת סיגריות מייצור מקומי.

העלאת נטל המס ושינוי שיטת המיסוי על סיגריות

במהלך השנתיים האחרונות, נעשו מספר שינויים מהותיים במס הקניה החל על סיגריות, הן מבחינת העלאת מס הקניה, והן מבחינת שינוי שיטת חישוב המס: **שינוי שיטת המס** – עד למחצית שנת 2009, מס הקניה על סיגריות לפי ערך חושב מהמחיר לצרכן ללא מע"מ, כאשר בתחילת חודש יוני 2009, שונה בסיס המס לקביעת החבות במס כך שיהיה מבוסס על המחיר הסיטוני במקום על המחיר לצרכן. בהיעדר מחיר אחיד לסיגריות, נוצר מצב לפיו קיים פער בין המחיר בפועל למחיר המומלץ, לעיתים באחוזים ניכרים. עפ"י השיטה החדשה, החל מה-1 ביוני 2009, בסיס המס הוא המחיר הסיטוני השכיח לפני מס, שיטה שאיננה יוצרת חיכוך בין היצרנים והיבואנים לבין רשות המסים. מדובר בשינוי טכני במהותו, שאינו משפיע על נטל המס ואף אינו משפיע על תמחיל המס בין מס קצוב למס אחוזי.

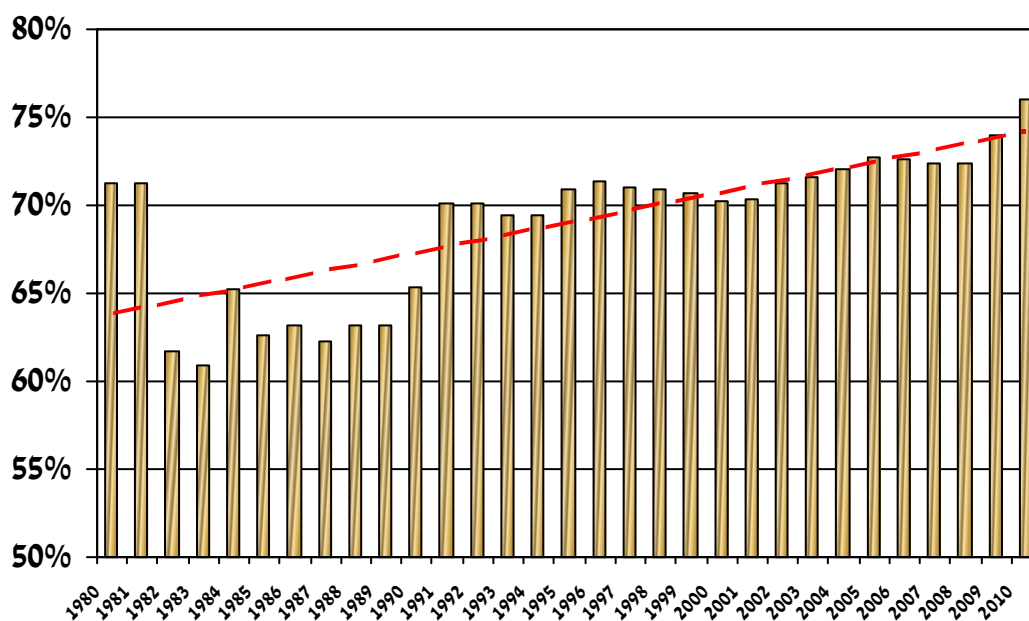
²² במדינות הבאות נהוג מס קניה קצוב בלבד: ארה"ב, יפן, נורווגיה, קנדה, שוודיה, שווייץ.

העלאת מס הקניה

עד ליוני 2009 מס הקניה על סיגריות היה בנוי משני רכיבים - מס קצוב בגובה של כ- 1 ש"ח לחפיסה ומס לפי ערך (אחוזי) בשיעור של 62% מהמחיר לצרכן ללא מע"מ. במסגרת הצעדים לצמצום הגירעון בתקציב המדינה, הועלה במועד זה המס ל-62.5%, בתוספת 1.17 ש"ח לכל חפיסת סיגריות. לאור שינוי השיטה, כאמור לעיל, עומד מס הקניה על שיעור של 231.7% מהמחיר הסיטוני בתוספת 4 ש"ח לכל חפיסת סיגריות. (מכיוון שמדובר בבסיסי מס שונים, מחיר לצרכן כולל מלוא המיסים למעט מע"מ, בהשוואה למחיר הסיטוני ללא מיסים, הרי ש-1.17 ש"ח לחפיסה שקול ל- 4 ש"ח לחפיסה, בהתאמה; הסיבה לכך היא מתמטית – כאשר עולה מס הקניה הקצוב, הרי בשיטה הישנה שיעור מס הקניה הושת על המחיר לצרכן ללא מע"מ אך כולל מס קניה – לפיכך, כאשר מועלה המס הקצוב, הרי שמושת על העלאה זו גם מס אחוזי. לפיכך מתקיימת שקילות מלאה בין שתי השיטות).

ביוני 2010 הועלה מס הקניה פעם נוספת, וכעת הוא עומד על 260.6% מהמחיר הסיטוני בתוספת 4.29 ש"ח לחפיסה, אך לא פחות מ-9.5 ש"ח. העלאת המס המינימלי לחפיסה נועדה ליצור מצב לפיו, "סף הכניסה" נדחף כלפי מעלה כדי להשפיע על המחיר המינימלי בו ניתן למכור סיגריות בישראל (כמובן שאין בכך כדי לבטל את יכולת היבואן או היצרן למכור סיגריות במחירי הפסד ובכך לספוג לפחות חלק מהמס, אולם יש להניח כי לא ניתן לפעול כך אלא לטווח הקצר).

תרשים מס' 1: שינויים בנטל המס על סיגריות, בשנים 1980-2010



לוח מס' 1: הכנסות ממס קניה על סיגריות בשנים 1991-2009

(במיליוני ש"ח שוטפים, ובאחוזים)

שנה	ייצור מקומי	ייבוא	סך-הכל		משקל היצור המקומי (%)	
			הכנסות	שינוי ריאלי (%)	בהכנסות	בתצרוכת
1991	392	208	600	25.9	65.3	73.6
1992	463	292	755	12.5	61.3	69.4
1993	541	374	915	9.1	59.1	67.4
1994	570	490	1,060	3.3	53.8	61.3
1995	586	650	1,236	5.9	47.4	56.3
1996	737	884	1,621	17.8	45.5	55.0
1997	848	1,058	1,906	7.9	44.5	53.9
1998	938	1,074	2,012	0.0	46.6	53.7
1999	858	1,369	2,227	5.2	38.5	48.3
2000	938	1,413	2,351	4.4	39.9	47.8
2001	900	1,595	2,495	5.1	36.1	44.0
2002	966	1,847	2,813	12.7	34.3	41.4
2003	992	2,100	3,092	9.12	32.1	37.3
2004	902	2,199	3,101	0.73	29.5	34.6
2005	858	2,484	3,342	6.36	25.7	29.4
2006	745	2,648	3,393	0.58-	22.0	25.4
2007	733	2,730	3,463	1.54	21.2	25.1
2008	727	2,894	3,621	0.24-	20.1	23.2
2009	761	3,330	4,091	9.4	18.6	21

מקור: רשות המיסים בישראל, דו"ח לשנת 2009.

מיסוי סיגרים

סיגרים וטבק למקטרת מסוכנים לבריאות, כפי שכל סוג של טבק מסוכן לבריאות. יתרה מכך, סיגר גדול מכיל יותר טבק מאשר בקופסת סיגריות. מעשני הסיגרים הינם בעלי סיכון של עד פי ארבע לחלות בסרטן הריאות מאנשים שכלל לא מעשנים, בסיכון גבוה יותר מאשר מעשני סיגריות לסרטן בחלל הפה והלוע, ובנוסף לכך לסיגר השפעות מזיקות למערכת הלב וכלי הדם, לכבד ולעיניים.

עד לשנת 2002 סיגרים היו חבים במכס בלבד (מכס המוטל על ארצות שלישיות בלבד בשיעור של 15.2% + 7.74 נ"ל לק"ג), ללא כל חבות במס קניה. מכיוון שהנזק מסיגרים אינו פחות מהנזק מסיגריות, אין הצדקה ליצור פער משמעותי – אם בכלל. בזמנו, נטען כי מיסוי גבוה עלול לדחוף לרכישה של סיגרים בחו"ל והבאתם לארץ ב"יבוא אישי", כלומר בהברחה, וזאת בנוסף לעובדה, כי היקף היבוא של סיגרים לארץ נמוך, הן באופן יחסי לסיגריות והן באופן מוחלט (ערך היבוא של סיגרים נמוך ומסתכם במיליוני דולרים בודדים בכל שנה, ומכאן שגם ההכנסות אינן מהוות תרומה משמעותית לקופת המדינה). בזמנו נטען כי לאור קלות ההברחות, אין להטיל מס קניה על סיגרים, אולם כלל זה מוחל אך ורק

במוצרים שאינם מזיקים למשק, כמו מכשירי אלקטרוניקה במידת כיס (נגני מוזיקה, טייפ מנהלים וכדומה), בעוד שלא יעלה על הדעת לעשות כן במוצר מזיק כמו סיגרים.

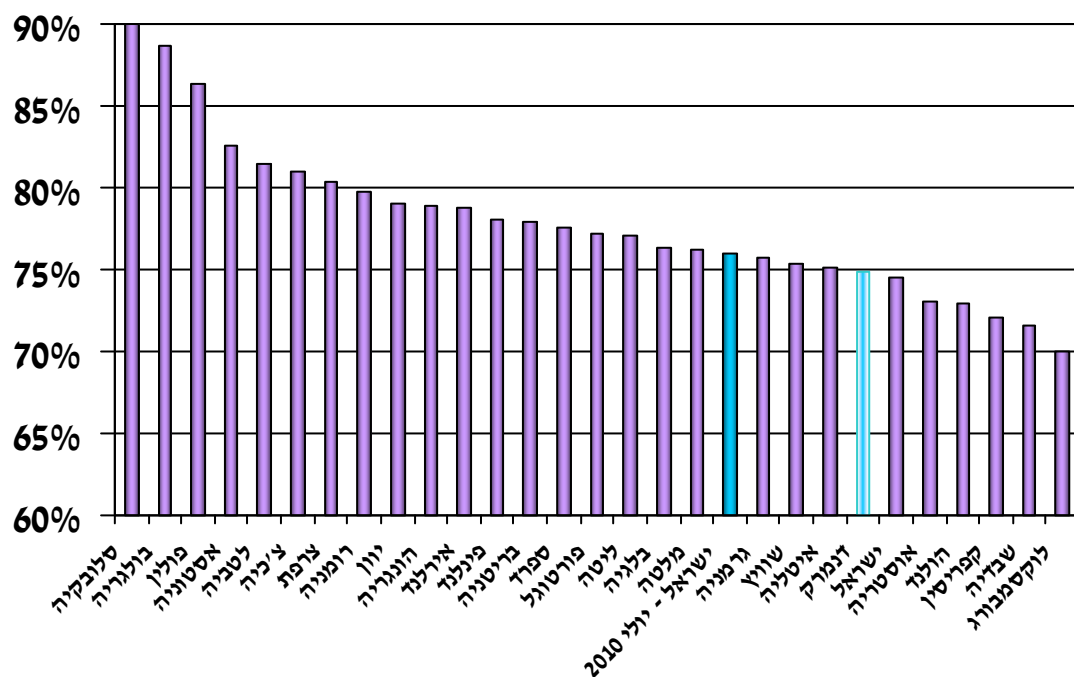
יתרה מזאת, לא סביר כי דווקא סיגרים, הנצרכים בד"כ ע"י אוכלוסייה מבוססת, יהיו חבים במיסים נמוכים יותר מסיגריות, הנצרכות ע"י כלל האוכלוסייה. לאור זאת, הוטל בשנת 2002 מס קניה בשיעור של 54%, שהוא תוצאה של הכפלת היחס בין המס על סיגרים באירופה באותה עת למס על סיגריות, בנטל המס המקומי על סיגריות.

השוואה בינלאומית ושינויים על פני זמן של נטל מס

יצוין, כי בכל מדינות האיחוד האירופי, ללא יוצא מן הכלל, קיים מס קניה על סיגרים וסיגריות. ככל שמדובר בסיגרים, המס הוא אחוזי, ככלל. יש לציין כי המס החל על סיגרים בכל מדינות אירופה נמוך מהמס החל על סיגריות (נטל המס על סיגרים הוא במוצע כ-40% מנטל המס על סיגריות). בשנת 2002, נערך חישוב לעניין נטל המס על סיגריות ביחס לסיגרים בארץ ונקבע כי שיעור המס יעמוד על 54%. אמנם, בשנים האחרונות נרשמה עליה בנטל המס על סיגריות, אולם לאור המקדם הנמוך יחסית, מוצע שלא לשנות את מס הקניה על סיגרים.

ככל שמדובר בסיגריות, הרי שבחלק מהמדינות מס הקניה מוטל בשיעור קצוב, בחלק מהמדינות המס מוטל בשיעור לפי ערך מהמחיר לצרכן ובחלקן קיים מס משולב של השניים, בנוסף למע"מ דיפרנציאלי שמגיע אף ל-20%. עם זאת, כפי שניתן לראות בתרשים מס' 2 ובלוח מס' 2, גם לאחר השינוי וההעלאה ביולי 2010, שהעלתה את נטל המס בנקודת אחוז (מ-74% ל-75%), עדיין נטל המס בישראל נמוך מהמוצע האירופי (78%) בכ-3 נקודות אחוז נוספות, ולכן מומלץ להעלות פעם נוספת את המיסוי, כך שישתווה למוצע האירופי, לפחות.

תרשים מס' 2: השוואה בינלאומית – נטל המס על סיגריות כולל מע"מ



לוח מס' 2: נטל המס על סיגריות (נטל מס כולל, ונטל מס הקניה בניטרול מע"מ).

כ- % מהמחיר לצרכן, בישראל ובמדינות נבחרות

מדינה	נטל מס כולל	נטל מס קניה
בלגיה	76.34%	58.98%
בולגריה	88.70%	72.03%
צ'כיה	78.64%	61.97%
דנמרק	74.84%	54.84%
גרמניה	74.06%	58.09%
אסטוניה	82.57%	65.90%
יוון	85.70%	67.00%
ספרד	78.25%	63.00%
צרפת	80.39%	64.00%
אירלנד	78.77%	61.41%
איטליה	75.17%	58.50%
קפריסין	72.08%	59.04%
לטביה	81.46%	64.10%
ליטא	77.09%	59.73%
לוקסמבורג	70.06%	57.02%
הונגריה	78.93%	58.93%
מלטה	76.25%	61.00%
הולנד	72.97%	57.00%
אוסטריה	73.02%	56.35%
פולין	86.38%	68.35%
פורטוגל	78.97%	61.61%
רומניה	83.18%	63.83%
סלובניה	75.87%	59.20%
סלובקיה	83.29%	67.32%
פינלנד	78.65%	59.95%
שבדיה	71.60%	51.60%
בריטניה	76.74%	61.85%
ממוצע	78.15%	61.21%
ישראל	75.03%	63.10%

מוצרי טבק אחרים – טבק הרחה, טבק לנרגילה ועוד

כיום, מוטל מס קניה בגובה של כ-50 ₪ לק"ג לטבק לנרגילה. לאור העקרונות שיש לשאוף למיסוי אחיד ככל שניתן על כלל מוצרי הטבק, **מוצע להעלות את המס לכ-250 ₪ לק"ג.** מס זה משקף בקירוב, את המס המוטל על חפיסת סיגריות, ב"תרגום" למשקל ממוצע של הטבק בכל חפיסה וחפיסה. הטווח יכול להיות רחב למדי, אולם בקירוב, ניתן לומר כי בכל חפיסת סיגריות ישנו טבק בשווי מתוקנן לק"ג, של כ-250 ₪.

המלצות ארגון הבריאות העולמי ביחס למדיניות מיסוי מוצרי טבק

ארגון הבריאות העולמי פירסם לפני מספר חודשים מדריך למדיניות מיסוי מוצרי טבק, שמטרתו לסייע למדינות ליישם את המדיניות המומלצת ביותר למיסוי מוצרי טבק, במטרה להשיג שתי מטרות מרכזיות, הפחתת עישון והעלאת הכנסות המדינה ממיסוי זה.

העלאה משמעותית של המיסוי ושל מחירם הסופי של מוצרי טבק היא האמצעי היעיל ביותר והכדאי ביותר מבחינת עלות – תועלת להשגת הפחתת עישון, במיוחד בקרב צעירים ובקרב עניים, כפי שהוכח כבר במדינות רבות.

מאחר שהביקוש למוצרי טבק הוא קשיח יחסית ומרכיב המיסוי במחיר הסופי הוא משמעותי, העלאת מיסוי תוביל לעלייה משמעותית בהכנסות המדינה ממיסוי על מוצרי טבק.

מדיניות מיסוי מוצרי הטבק בישראל, כפי שפורטה בפרק זה, תואמת ברובה הגדול את המלצות ארגון הבריאות העולמי, אך בכל זאת חשוב לציין מהן ההמלצות השונות של ארגון הבריאות העולמי:

1. "העלאת נטל המיסוי הייעודי (בלו) למוצרי טבק במטרה לקדם את בריאות הציבור על ידי הפחתת התמותה והתחלואה הנגרמת מעישון" - בישראל נצרכות מידי שנה כ-400 מיליון חפיסות סיגריות ולכן כל העלאה של 1 ₪ במחיר החפיסה משמעותו תוספת של כ-400 מיליון ₪ להכנסות המדינה, לפחות בטווח הקצר והבינוני. עם זאת, בטווח הארוך, המשך הכבדת נטל המיסוי לצד יישום מדיניות לאומית לצמצום העישון, כדוגמת זו המומלצת בדו"ח זה, צפוי שתוביל לירידה בעישון, שיתבטא בירידה בצריכת הסיגריות ובירידה בהכנסות המדינה ממיסוי מוצרי טבק, אך כאמור, העלויות של העישון והנטל על מערכת הבריאות יצטמצמו אף הם.
2. "קביעת נטל מיסוי ייעודי גבוה כן שיהווה לפחות 70% מהמחיר לצרכן" – כאמור לעיל, נטל המיסוי הכולל בישראל מגיע לכ-75% מהמחיר לצרכן (בעוד הממוצע האירופי עומד על כ-78%), וכאמור לעיל, מוצע להשוות את נטל המיסוי לממוצע זה) כך שגם המלצה זו מיושמת. חשוב להדגיש כי מדובר רק בהעלאה של מיסוי ייעודי למוצרי טבק, דבר שיוביל להתייקרות מוצרי הטבק ביחס למוצרי צריכה ושירותים אחרים וכתוצאה מכך יוביל להפחתת העישון.
3. "פשוט יותר הוא טוב יתר" – פשוט מבנה המס יקל על גביית המס, יפחית הימנעות מתשלום מס והעלמת מיסים, ישפר את ההכנסות ממיסים וכן ישפיע בצורה משמעותית יותר על צריכת מוצרי טבק, שכן הדבר יפחית את הכדאיות בהחלפת מותג או מוצרי טבק שונים בתגובה לעליית מיסוי.
4. "בהעלאת נטל המס יש להעדיף מס קצוב מאשר מס אחוזי" – מס קצוב יקטין את פער המחירים בין סיגריות יקרות וסיגריות זולות, וכך יצמצם את האפשרות של המעשנים לעבור למותגים זולים בתגובה להעלאת מיסוי. בכך יש גם מסר ברור שכל מוצרי הטבק מזיקים ללא תלות במותג.
5. "יש להסתמך יותר על מיסוי טבק ייעודי מאשר על מיסי ייבוא" – זה המצב בישראל, מאחר שישנם הסכמי סחר חופשי עם רובם המוחלט של המדינות מהם מיובאות הסיגריות, אך יש לבדוק אם כך המצב גם לגבי ייבוא טבק לנרגילה.

6. "התאמת נטל המס בין מוצרי טבק שונים" – במטרה למנוע מעבר ממוצרי טבק יקרים למוצרי טבק זולים יותר. הכבדת נטל המס על כלל מוצרי הטבק תוביל בהכרח לעלייה בהכנסות לעומת מצב של הכבדת הנטל על מוצר אחד, שיעביר צרכנים לצורך מוצר זול יותר על חשבון המוצר היקר.
7. "ביטול פטורים ממס ברכישת מוצרי טבק" – סעיף 6 באמנת המסגרת לפיקוח על הטבק קורא לאסור או להגביל מכירה או ייבוא של מוצרי טבק ללא תשלום מיסים, כפי שמתבצע למשל בדיוטי-פרי בנמלי הים, היבשה והאוויר בישראל. צעד זה יגביר את האפקט הבריאותי הנוצר מהעלאת מחירי מוצרי הטבק ובו בזמן יגדיל את הכנסות המדינה.
- חשוב להזכיר, כי ישנה החלטת ממשלה בנושא (החלטה מספר 170 מתאריך ה-12 במאי 2009), לצמצם את הפטור הקיים במס קניה על יבוא סיגריות למי ששב לישראל מחו"ל, לחבילה אחת ("פקט" שבו עשר חפיסות) במקום שתיים. כפי שצויין בהצעת תקציב המדינה לשנים 2011-2012, צעד זה צפוי להגדיל את הכנסות המדינה ב-200 מיליון ש"ח בשנת 2011.
8. "התאמת נטל המס לאינפלציה" – ללא התאמה רציפה לאינפלציה או מידי זמן (בהתאם לרמתה), ערכו של המיסוי הייעודי יפחת לנוכח עליית המחירים הכללית.
9. "יש להעלות את נטל המס על מוצרי טבק כך שיהיו פחות נגישים" – במטרה להגביר את ההשפעה הבריאותית של העלאת המיסוי ובמקביל להעלות את ההכנסות ממיסוי, יש לדאוג להעלאת מחירים אמיתית בהשוואה, למשל, לעלייה במשכורת. במדינות בהם המשכורות עולות בשיעור מהיר יותר מאשר מחיר מוצרי הטבק, ישנה עלייה בצריכת מוצרי טבק.
10. "יש לקבוע התאמה אוטומטית של המיסוי על הטבק לאינפלציה" – אם לא תיקבע התאמה אוטומטית, הערך האמיתי של מיסוי הטבק יישחק לאורך זמן, כשלעומת זאת מחירי כל שאר מוצרי הצריכה עולים. כתוצאה מכך יירדו הכנסות המדינה ממיסוי טבק וכל ההשפעה הפוטנציאלית של העלאת המיסוי על צריכת הטבק תיעלם.
11. "יש לשלב מדיניות מיסוי כחלק מתוכנית כוללת למאבק בעישון" – מדיניות כוללת למאבק בעישון תוביל לירידה בעישון ולהפחתת עלויות נזקי העישון, תסייע בגיבוש תמיכה ציבורית ופוליטית להעלאת נטל המס על מוצרי טבק ותמקסם את ההשפעה של נטל המיסוי על קידום בריאות הציבור.
12. "יש לצבוע חלק מהכנסות המדינה ממיסוי מוצרי טבק לטובת קידום המאבק בעישון או קידום בריאות בכלל" – כפי שהודגם לגבי שנים קודמות וגם השנה בישראל, העלאת נטל המס מובילה לעלייה משמעותית בהכנסות המדינה ממיסוי. במדינות רבות נמצא, כי שימוש בחלק מהכנסה זו לטובת המאבק בעישון הביא לתמיכה ציבורית רחבה במדיניות הכבדת נטל המס. חשוב לזכור, כי הכנסות המדינה ממיסים עברו את רף ה-4 מיליארד ש"ח בשנת 2009 וצפוי שיעברו את רף ה-5 מיליארד ש"ח בשנת 2010, כך שגם צביעה "רכה" של אפילו חלק קטן מהכנסות אלו, לטובת קידום המאבק בעישון, הינו הגיוני.
13. "מוצרי טבק בעלות נמוכה אינם לטובת החלשים" – מוצרי טבק זולים מעלים את שיעורי צריכת מוצרי הטבק בקרב אוכלוסיות מוחלשות, כתוצאה מכך הם נושאים בנטל רב יותר ושאינו פרופורציונאלי מבחינת העלות הכלכלית והבריאותית של העישון ובכך מנציחים את העוני העתידי.

העלאת נטל המס לעומת זאת, תוביל לירידה בשיעורי העישון בקרב אוכלוסיות חלשות וכך תביא לחלוקה פרוגרסיבית של היתרונות הבריאותיים והכלכליים בצמצום העישון וזו המדיניות האמיתית לטובת החלשים.

14. "לא לתת לדאגה ביחס לרגרסיביות של נטל מס גבוה על מוצרי טבק למנוע העלאות נוספות" – כשלוקחים בחשבון את העלות הבריאותית והכלכלית של העישון על האוכלוסיות החלשות, וכן את היתרונות והתועלת בצמצום העישון, יחד עם העובדה שהרגישות של השכבות החלשות למחיר גבוהה יותר, וכן העובדה שבהעלאת נטל המס ייתכן כי מי שמשלם יותר בסך הכל אלו דווקא השכבות החזקות יותר והן רגישות פחות להעלאה במחיר, הרי שהעלאת נטל המס עשויה בכל זאת להיות פרוגרסיבית.

אם למרות זאת עדיין יש ספקות וחששות לגבי ההשפעה על האוכלוסיות החלשות, ניתן להחליט על הקצאת חלק מההכנסות ממיסוי הטבק באופן ספציפי וממוקד לטובת התערבויות בקרב האוכלוסיות החלשות, כגון סבסוד נוסף של אמצעי גמילה מעישון או תוכניות קידום בריאות ייעודיות.

15. "לא לתת לשיקולים ביחס לאבטלה להשפיע על העלאת מיסוי" – גם אם תהיה עליה באבטלה כתוצאה מהעלאת נטל המס שתשפיע על הייצור המקומי, הרי שצפויה דווקא עליה בתעסוקה במגזרים אחרים לנוכח העברת תקציב שהושקע ברכישת מוצרי טבק לטובת רכישת מוצרי צריכה ושירותים אחרים. גם במקרה זה, ניתן להפנות חלק מההכנסות ממיסוי הטבק לטובת מציאת פתרונות לאותם אלו שיאבדו את מקום עבודתם בחברות הטבק כתוצאה מעליית המיסוי.

16. "החמרת הענישה כנגד אלו העוסקים בהברחות טבק" – גם התיאוריות הכלכליות וגם העדויות המדעיות מצביעות על כך שהחמרת הענישה בגין התנהגות שאינה חוקית מפחיתה את רמת הפשיעה. לכן, יש לקבוע עונשים כבדים יותר על הברחות טבק והעלמות מס וכך יצטמצם היקף התופעה, כמו כן השקעה במערך האכיפה יצדיק את עצמו בכך שיביא בסופו של תהליך לעלייה בתקבולי המס.

יב. סיוע למעשנים להיגמל מעישון

כחלק מהמדיניות הכוללת ביחס לעישון, התייחסה הוועדה גם לנושא הגמילה מעישון. ארגון הבריאות העולמי הכיר בהתמכרות לעישון (ולניקוטין) כמחלה כרונית והתלות בניקוטין אף מופיעה במדריך האבחנתי והסטטיסטי של מחלות הנפש (DSM-IV).

על פי סקר של המרכז הלאומי לבקרת מחלות (ICDC) משנת 2010 שנערך בקרב מעשנים, נמצא כי המעשן היהודי מעשן בממוצע 12.5 סיגריות ליום בעוד שהמעשן הערבי הממוצע מעשן 19.2 סיגריות ליום. מבחינת ניסיונות גמילה מעישון בעבר נמצא, ש-67% מכלל המעשנים דיווחו כי ניסו להפסיק לעשן ומעל ל-75% הצליחו בכך למשך תקופה הנעה בין 3 ימים ועד 15 שנה.

בהקשר זה חשוב לציין את הנתון לפיו בקרב גברים יהודים יש מספר גדול יותר של מעשנים שנגמלו מאשר מעשנים כיום, בניגוד לקבוצת הנשים היהודיות והגברים והנשים הערבים, שלגביהם ההיפך הוא הנכון.

52% מהמעשנים היהודים ו-54% מהמעשנים הערבים דיווחו, כי הם מעוניינים להפסיק לעשן, מביניהם 33% ממעשנים היהודים ו-68% מהמעשנים הערבים מתכננים להיגמל בחודש הקרוב. מבחינת התייחסות קופות החולים לנושא נמצא, כי 98% מהמעשנים היהודים וכלל המעשנים הערבים דיווחו כי קיבלו פנייה אישית מקופת החולים לבוא ולהשתתף בסדנא לגמילה מעישון.

כאשר מעשן מעוניין בגמילה מעישון, עומדים לפניו מספר רב של אפשרויות.

האפשרות הראשונה והמומלצת ביותר היא לפנות לשירותי הבריאות – לקופת החולים המבטחת.

ההתערבויות המומלצות בתחום המרפאת/קליני כוללים את הבאות: ייעוץ קבוצתי, ייעוץ אישי, ייעוץ באמצעות הטלפון, ייעוץ דרך האינטרנט וטיפול תרופתי.

סדנאות גמילה מעישון הינן סדנאות קבוצתיות, הכוללות כ-15 איש, מורכבות מ-8 מפגשים חד-שבועיים האורכים שעה וחצי כל אחד, ועיקרן הוא טיפול התנהגותי משולב בשבירת הרגלי העישון הישנים ובהקניית הרגלים חדשים, תוך שימוש במידת הצורך ובהתאמה אישית בתחליפי ניקוטין או בתרופות מרשם לגמילה מעישון.

עד שנת 2010, סדנאות אלו הועברו בקופות החולים בעלות של כ-450 ש"ח למשתתף בסדנא, כשבמרבית המקרים הייתה השתתפות/סבסוד של 50% מעלות הסדנא מצד הביטוחים המשלימים. לאחר הכנסת הסדנאות לסל, הן החלו להינתן ללא תשלום. למרות שעבר זמן קצר בלבד מתחילת שנת 2010 והרחבת סל השירותים בטכנולוגיות לגמילה מעישון, נתונים ראשוניים שנאספו בקופות החולים מראים כי מספר המשתתפים בסדנאות הגמילה מעישון עלה במאות אחוזים וכי אלפי מעשנים עברו מתחילת השנה סדנאות גמילה במסגרת קופות החולים. בנוסף, דווח על רשימות ממתנים לפתיחת סדנאות גמילה בקופות החולים השונות.

בנוסף או במקום סדנאות קבוצתיות, בחלק מהקופות ניתן לקבל גם ייעוץ אישי לגמילה מעישון, על ידי מומחים שהוכשרו לכך בקופת החולים. מעבר לעובדה שכאן מדובר בייעוץ אישי ולא קבוצתי למטופל, קיימת בשיטה זו גמישות רבה יותר בהתאמת שעות הפגישה, ונדרשות פחות פגישות מאשר בסדנא

קבוצתית. עם זאת, גם בשיטה זו מומלץ לשלב (בהתאם לצורך), תרופת מרשם לגמילה מעישון ו/או תחליפי ניקוטין.

הטיפול התרופתי המומלץ על ידי משרד הבריאות האמריקאי לגמילה מעישון, מופיע בנספח 5. ככלל, תרופות הקו-הראשון כוללות שלש תרופות: varenicline (Champix), תרופה שאושרה בחו"ל ובישראל בשנים האחרונות, bupropion (Zyban or Wellbutrin), תרופה נוגדת דכאון הנמצאת בשימוש בישראל קרוב לעשור, והותיקים מכולם, תחליפי הניקוטין למיניהם. מטרתם לספק למעשן המכור את הניקוטין שהוא רגיל לצרוך אך בכמות נמוכה יותר, מבוקרת וללא שאר המרכיבים הרעילים הנמצאים בסיגרית. שימוש בתחליפי ניקוטין מאפשר למעשן הנמצא בתהליך הגמילה להתמודד עם שינוי ההרגלים בלי לסבול מתסמיני הגמילה הפיזיים העשויים להקשות עליו להתמיד בתהליך.

עד לשנת 2010 עלות תרופות המרשם לגמילה מעישון, הנמכרות בקופות החולים, נעה סביב מאות שקלים בודדים לטיפול הנמשך כחודשיים, תלוי בתרופה. בשנת 2010, בהתאם להמלצת וועדת סל התרופות, נכנסו לסל הבריאות סדנאות גמילה מעישון וכן התרופות bupropion ו-varenicline (אך לא תחליפי ניקוטין). תרופות אלה ניתנות למטופלים הזקוקים להן, תוך תשלום בגובה ההשתתפות עצמית בלבד (15% מהמחיר), ובתנאי שהמטופל משתתף בסדנא לגמילה מעישון מטעם קופות החולים.

כפי שצוין לעיל, לצד הטלת מגבלות שונות על העישון ועל המעשנים, אמצעים שבעצמם הם בעלי השפעה חיובית על עידוד הגמילה מעישון (אם כי על ידי יצירת לחץ "שלילי"), על מערכת הבריאות לפעול לעידוד הגמילה מעישון גם באמצעים "חיוביים", כגון על ידי מסעות הסברה להעלאת המודעות לנזקי העישון ולאפשרויות הגמילה מעישון, הנגשת שירותי הגמילה מעישון והוזלה שלהם והרחבת אפשרויות והטכנולוגיות לגמילה מעישון, בהתאם למקובל ולמומלץ, בהסתמך על מחקרים רפואיים ומדעיים עדכניים.

לאחר שהוועדה סקרה את האמצעים השונים לגמילה מעישון ואת הערכת היעילות והעלות-תועלת שלהם וכן סקרה את ההמלצות המקובלות בעולם ושמעה המלצות ממומחים בארץ, היא המליצה על השינויים הבאים בתחום הגמילה מעישון.

א. ייעוץ אישי לגמילה מעישון

סדנאות קבוצתיות לגמילה מעישון לא מתאימות לכל מעשן וישנם מעשנים שאינם יכולים לקחת חלק בסדנאות אלו, הן מסיבות של חוסר נוחות ו/או התאמה לאופי הפעילות בקבוצה והן מסיבות של חוסר התאמה טכנית, כגון חוסר בזמניות של סדנאות או מעשן העובד בשעות שאינן מאפשרות הצטרפות לקבוצה.

מאחר שחלק מקופות החולים מציעות כיום למבוטחים גם שירות של ייעוץ אישי לגמילה מעישון, מומלץ לקבוע, כי גם ייעוץ אישי לגמילה מעישון יוכר כסדנא לגמילה מעישון, ויזכה את המשתתף ברכישת תרופות המרשם בהשתתפות עצמית בלבד, בדומה להשתתפות בסדנא קבוצתית.

ב. קו טלפוני לגמילה מעישון

ההתמכרות לעישון היא התמכרות קשה, ולכן גם הגמילה מהתמכרות זו עשויה להיות קשה מאוד. בדומה למעשנים שאינם יכולים לקחת חלק בסדנאות גמילה קבוצתיות, ישנם מעשנים שגם האפשרות לייעוץ אישי לגמילה מעישון מעמיד בפניהם קושי מסיבות אישיות או טכניות והם אינם יכולים לנצל את האפשרות הזו.

מטרות הקו הטלפוני הן סיוע ישיר למעשנים והנגשת שירותי הגמילה בצורה שוויונית ובפריסה גיאוגראפית מלאה. מומלץ שמרכז הגמילה ייזום שיחות אלו. קיימת אפשרות גם להתמקד בקהלי יעד ספציפיים (למשל אלו עם גורמי סיכון מרובים). קו טלפון לגמילה גם יכול לעבוד בצורה סבילה, כלומר לענות לשיחות נכנסות (אם כי השיטה היוזמת עדיפה). אחד היתרונות בקו טלפוני בניגוד לסדנאות הוא הפחתה של מחסומים בדרך לגמילה – השירות לא מאיים.

במחקרים שונים שסקרו את השיטות והטכנולוגיות לגמילה מעישון, נמצא כי סיכויי ההצלחה להיגמל מעישון בעזרת ייעוץ טלפוני לגמילה מעישון, המהווה למעשה מעין סדנא לגמילה מעישון הניתנת באופן פרטני דרך הטלפון, דומה לסיכויי ההצלחה בגמילה כאשר משתמשים בטיפול תרופתי, בתחליפי ניקוטין, בייעוץ אישי ולעיתים מגיע ליעילות דומה לזו של סדנא קבוצתית.

בעבודת ניתוח עלות-תועלת של התערבויות לצמצום עומס התחלואה הקשורה לעישון בישראל, שבוצעה על ידי צוות חוקרים עבור יוזמת "לעיתיד בריא 2020", נמצא כי הטכנולוגיה של קו טלפוני לאומי לגמילה מעישון, אשר לפחות בחלקו יוזם שיחות למטופלים, היא חוסכת-משאבים (cost-saving), בעוד שהתערבות של ייעוץ טלפוני לגמילה מעישון, למרות שהיא דורשת השקעת משאבים מסויימים, היא בעלת עלות מועילות טובה מאוד (very cost effective).

בישראל יש ניסיון בהפעלת קו כזה על ידי מכבי שירותי בריאות. מכבי שירותי בריאות מפעילה קו טלפון יוזם לגמילה מעישון וטיפול כבד ב-1,000 מבטחים (עם אחוזי גמילה של 70% בטיפול משולב תרופתי וייעוצי), לאחר מעקב של כ-6 חודשים (אם כי נדרש עדיין לבחון את התוצאות אל מול קבוצת בקורת ולאורך זמן).

תמיכה נוספת לכדאיות הפעלת שירות כזה ניתן למצוא בעובדה שבכל המדינות בארה"ב מופעל שירות זה וכן 29 מדינות באיחוד האירופי. כלי זה אף החל משמש אמצעי לייעוץ לשיפור תחומי אורח חיים נוספים (כגון התזונה ופעילות גופנית), כך שערכו רב עוד יותר.

לכן, בהסתמך על העדויות המדעיות והניסיון שנצבר בעולם ובארץ, ממליצה הוועדה לחייב את קופות החולים במתן שירותי גמילה מעישון באמצעות קו טלפוני. לצורך כך, תוגש הצעה לוועדת סל הבריאות לכלול את הטכנולוגיה הזו בסל.

ג. הכללת תחליפי ניקוטין בסל הבריאות

תחליפי ניקוטין ניתנו על ידי שירותי בריאות כללית במועד הקובע לגבי קביעת סל התרופות, כשחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולכן הם הוגדרו בסל התרופות הבסיסי, אך נקבע לגביהם כי הם יינתנו בעלות מלאה למבוטח. המשמעות היא טיפול בעלות יומית במחיר הדומה למחיר של חפיסת סיגריות, לטיפול הנמשך כחודשיים.

תחליפי ניקוטין יכולים להינתן כטיפול יחיד (לאחרונה דווח במחקר השוואתי כי שילוב של שני סוגי תחליפי ניקוטין, ארוך טווח וקצר טווח, כגון שימוש במדבקה בנוסף למסטיק או סוכרית מציצה, שיטה הנקראת "Patch Plus", הינה האמצעי היעיל ביותר להפסקת עישון⁵⁸), להינתן עם טיפול תרופתי אחר (ראה מועילות מוגברת של שילובים בנספח 5), או להינתן ביחד עם שיטות נוספות לגמילה מעישון, וכך להגביר את יעילות הטיפול באופן משמעותי. לכן מקובל להשתמש בתחליפי ניקוטין כמעט בכל תהליך גמילה, בין אם כטיפול יחיד ובין אם בשילוב עם סדנא לגמילה מעישון ו/או עם תרופת מרשם לגמילה. מאחר שתחליפי הניקוטין אינם מוגנים בפטנט, עלותם נמוכה יחסית לעלות התרופות לגמילה מעישון. לכן, הוועדה ממליצה להוזיל את עלות תחליפי הניקוטין כך שיהיו זמינים יותר לאלו המבקשים להיגמל מעישון. לצורך כך, תוגש הצעה לוועדת סל הבריאות לכלול את הטכנולוגיה הזו בסל.

ד. בחינת נושא הסדרת תחום הגמילה מעישון בחקיקה

מאחר שנושא הגמילה מעישון הינו תחום שאינו מוסדר ע"י משרד הבריאות ואינו מוגדר בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הרפואיים, למעשה כל אחד יכול לטעון שהוא "מומחה" לגמילה מעישון ולהציע "טיפול" לגמילה כראות עיניו. מעשן הרוצה להיגמל שלא דרך קופת חולים, יכול לפנות ל"מומחי גמילה" פרטיים, אשר רק חלקם פועלים בהתאם להמלצות הרפואיות המקובלות. עלות שירותי המומחה עלולה להגיע ל-2,000 ש"ח (בהשוואה לסדנאות ללא עלות הניתנות בקופות החולים). כך גם לגבי קבלת "טיפולים" אחרים, המבוססים על אבני קוורץ ואנרגיות חשמליות, על שטיפות מוח, על שיקויים צמחיים ועוד.

הוועדה דנה בנושא הפיקוח על תחום הגמילה, באפשרות לקבוע סטנדרטים, אמות מידה, מסגרת הכשרה, קווים מנחים לטיפול וכדו'.

המכנה המשותף למקצועות פרא-רפואיים אחרים שהוכרו בחקיקה או הנמצאים בהליכי הכרה ומאפשרים פיקוח וקביעת סטנדרטים מחייבים הוא אקדמיזציה, כלומר תואר אקדמי באותו המקצוע, אך במקרה של גמילה מעישון הדבר אינו זהה לחלוטין, מאחר שהעוסקים בתחום מגיעים ממגוון מקצועות, רפואיים, פרא-רפואיים, מדעי החברה, מדעי ההתנהגות ועוד, וההכשרה המקצועית עצמה לנושא הגמילה מעישון אורכת כמה עשרות שעות בסה"כ וכוללת הכשרה עיונית ומעשית.

בנוסף לכך, קופות החולים צברו ניסיון מקצועי רב בתחום ויש להן מערך הכשרה מקצועי, סטנדרטים ופרוטוקולים לטיפול המבוססים על ה-Best practice.

עם זאת, לאחרונה נבדק נושא הגמילה מעישון בקופות המבטחות ונמצא שהוא אינו ברור ומוסדר דיו, ועלול להיווצר מצב שמבוטחים לא מקבלים את כל הטיפול כפי שהוגדר בסל. בנוסף לכך, ישנם הבדלים מסויימים בהכשרת העוסקים בתחום בין הקופות השונות. שונות זו אף קיימת בהכשרה הניתנת לסטודנטים בבתי הספר לרפואה השונים בישראל.

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

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

ה. הרחבת הזכאות לסבסוד תרופות מרשם לגמילה לפרוטוקול טיפול נוסף

הפרוטוקולים לטיפול בגמילה מעישון בעזרת תרופות מרשם כוללות טיפול של 8 שבועות או 12 שבועות, כאשר במידה והמעשן לא נגמל בתום התקופה, ניתן לשקול המשך טיפול בתרופה לתקופה נוספת של 8 עד 12 שבועות (בהתאם לפרוטוקול הטיפולי המונפק עם התרופות השונות).

על פי ההתוויות וההנחיות שנקבעו בסל, לא נקבעו משך הזמן בו תינתן אפשרות לרכישת תרופות גמילה מסובסדות, דהיינו טיפול יחיד של 8 עד 12 שבועות, כפי שאכן נוהגים בכל קופות החולים, או טיפול של עד חצי שנה, כנהוג רק בחלק מקופות החולים. במידה ויש צורך והמלצה של מומחה לגמילה למטופל שלו להמשיך בטיפול מעבר לתקופה הראשונה, הוא אינו זכאי בהכרח לסבסוד על תרופות הגמילה ומשלם את המחיר אותו משלם נגמל הרוכש את התרופות ללא השתתפות בסדנא, למרות שמדובר על נגמל שהשתתף בסדנא ונמצא באמצע תהליך הגמילה.

מאחר שמדובר על חלק קטן בלבד של נגמלים הנזקק לטיפול ממושך (כפול) בתרופות המרשם, המשמעות הכספית היא זניחה, ויש עניין למצות את מלוא הפוטנציאל של התהליך שעובר הנגמל וכבר סובסד – סדנא קבוצתית ולקחת תרופת מרשם, ממליצה הוועדה להרחיב את ההתוויה ולהבהיר כי גם במקרה ויש צורך בהמשך טיפול תרופתי, יינתן הסבסוד לרכישת התרופות לנגמל בדיוק כפי שניתן בתחילת הטיפול.

ו. שימוש באינטרנט לגמילה מעישון

לאינטרנט יש פוטנציאל לסייע להרבה מאוד מעשנים בנגישות לייעוץ לגמילה מעישון. השימוש באינטרנט לתוכניות גמילה יכול להתאים להרבה מאוד מעשנים שלא ישתמשו בשירותי ייעוץ לגמילה דרך קופות החולים מחוסר רצון או מחוסר נוחות.

בסקירה של קורקן לגבי האינטרנט כאמצעי לסיוע בגמילה מעישון, נקבע שנדרשים מחקרים נוספים כדי לקבוע, אם ועד כמה, תוכניות גמילה דרך האינטרנט יכולות לסייע לגמילה מעישון. במחקרים שכן בוצעו עד היום, נמצאה רק עדות מוגבלת ליעילות לטווח ארוך.

תוכנות אינטרנטיות המעניקות מידע ותמיכה באופן אישי ומותאם עשויות להיות בעלות יעילות גבוהה יותר מאשר תוכנות המספקות מידע באופן כללי, וכאשר הם משתלבות עם התערבויות נוספות, כמו תרופות מרשם או תחליפי ניקוטין, סביר שיעילותן אף תעלה.

תוכניות לגמילה מעישון דרך האינטרנט עשויות להיות מפתות בעיקר בקרב צעירים וצעירות, כגון סטודנטים, שהם קהל יעד חשוב, אך בעל נגישות נמוכה לשירותי הגמילה המקובלים בקופות החולים. חברת התרופות פייזר פיתחה תוכנה המסייעת בגמילה מעישון ומותאמת באופן אישי לנגמל. היא מלווה אותו לכל אורך תהליך הגמילה ומנטרת תופעות שונות או שינויים פיזיולוגיים ותחושתיים, העשויים או האמורים להופיע בשלבים השונים. התוכנה גם מספקת חיזוקים ותמיכה בהתאם להתקדמות התהליך.

לפיתוח תוכנה כזו נדרשים משאבי זמן ותקציב משמעותיים, אך מאחר שהחברה מוכנה לאפשר שימוש בתוכנה, ולמרות שהתוכנה מותאמת לתהליך גמילה מעישון הכולל שימוש בתרופת המרשם של החברה, ניתן להתאים את התוכנה לשימוש של כלל הציבור ובלא שתכלול מסרים שיווקיים, בתקציב קטן יחסית. לאור האמור לעיל, הוועדה ממליצה לבחון את האפשרות לרכוש ולהתאים תוכנה עברית קיימת לגמילה מעישון לשימוש זמין וחופשי לכלל הציבור, תוך ביצוע הערכה מחקרית מלווה של התוצאות.

יג. צמצום העישון בחברה הערבית

משנת 1996 החל איסוף מידע לגבי תופעת העישון בחברה הערבית בנפרד אך במקביל לאיסוף הנתונים לגבי העישון בחברה היהודית וכתוצאה מכך, יש בידינו נתונים הסוקרים את 14 השנים האחרונות מבחינת העישון בחברה הערבית בפילוחים שונים, הניתנים להשוואה לחברה היהודית. מהנתונים עולה, כי שיעור העישון בקרב הגברים בחברה הערבית גבוה באופן משמעותי מאשר בקרב הגברים היהודים (48.8% לעומת 27.9%), בעוד ששיעורי העישון בקרב נשים ערביות נמוך בהשוואה לנשים יהודיות (5.2% בהשוואה ל-16.6%). לא ניתן לקבוע בוודאות מהן הסיבות להבדלים החדים בשיעורי העישון בחברה הערבית לעומת החברה היהודית וכן בין הגברים לנשים בתוך החברה הערבית, אולם ניתן לייחס חלק מהבדלים אלו לסיבות הבאות:

- א. הבדלי תרבות – העישון וחלוקת סיגריות הם חלק מטקסים שונים של שמחה, כגון חתונות ומהווים מרכיב תרבותי.
- ב. מצב סוציו-אקונומי – ככלל, האוכלוסייה הערבית במצב סוציו-אקונומי נמוך יותר וישנו קשר מוכר בין מצב סוציו-אקונומי נמוך לשיעורי עישון גבוהים.
- ג. השכלה – ככלל, רמת ההשכלה באוכלוסייה הערבית נמוכה יותר, וישנו קשר מוכר בין רמת השכלה נמוכה לשיעורי עישון גבוהים.
- ד. נגישות לשירותי בריאות שונים – רק בשנים האחרונות התפתחו והותאמו שירותי הגמילה מעישון לאוכלוסייה הערבית, הן מבחינת התאמה תרבותית והן מבחינה לשונית.
- ה. פטליזם – בחברה הערבית רווחת התפיסה לפיה מעשי האדם מוגבלים והכל נתון בידי האל ונקבע מראש, ומכאן שאין טעם להתאמץ ולשנות התנהגויות להן השלכות על מצב הבריאות.
- ו. מעמד/תפקיד האישה - למרות שינויים משמעותיים בשנים האחרונות, החברה הערבית הינה חברה מסורתית ופטריאכלית, בה לאישה יש תפקיד מרכזי בתוך הבית ובעיקר עם הילדים ולכן עישון בקרב נשים פחות מקובל.
- כאמור לעיל, ישנן סיבות רבות אפשריות, אך באופן כללי ניתן להבין כי נושא העישון בחברה הערבית מורכב ומושפע מהיבטים רבים ושונים.
- במטרה להתמודד עם הבעיה באופן ייסודי ומעמיק, הוחלט במשרד הבריאות על הקמת וועדה ייעודית לנושא, לצורך גיבוש תוכנית לאומית לצמצום העישון במגזר הערבי, הכוללת מומחים מהמשרד, מקופות החולים, מהאקדמיה, מהדרג הפוליטי ועוד.
- כשיוגשו המלצות הוועדה הן ייבחנו וישולבו כחלק מתוכנית העבודה הכללית בנושא העישון.**

ד. שימוש בהסברה ותקשורת

בשנת 2007, חברות הטבק בישראל השקיעו 37.5 מיליון ₪ בפרסום, דיוור ישיר, מתן חסויות ומבצעי קידום מכירות. בשנת 2008 קפץ סכום זה ל-49.8 מיליון ₪ ומנתונים ראשוניים לשנת 2009 ניתן להעריך כי תקציב זה ימשיך ויגדל.

חוץ מפרסום גלוי זה, ניתן לראות מעשנים גם בתוכניות טלוויזיה רבות הזוכות לאחוזי צפייה מרשימים במיוחד בקרב צעירים, כך לדוגמה מספר המעשנים הרב בתוכנית "האח הגדול", "עספור", "כוכב נולד" ואחרות.

"מדיה חדשה" מתייחס לכל אותן המדיות שעד לפני שנים מועטות לא נתפסו כאמצעי פרסומי, כדוגמת האינטרנט בכלל ובמיוחד אתרי שיתוף קבצים ורשתות חברתיות, שהיום הם גיישים ונפוצים לשימוש בקרב צעירים בכל מקום ובכל זמן, גם דרך מכשירי הטלפון הסלולריים, הכוללים חבילות גלישה באינטרנט, כחלק בסיסי ובלתי נפרד ממאפייני הטלפון. המדיה החדשה הפכה להיות אמצעי פרסומי יעיל ביותר וזול, במיוחד כאשר קהל היעד הם הצעירים בחברה. לכן, כיום כל מסע פרסום הפונה לצעירים, עושה שימוש במדיה הזו ולפחות מבחינה זו, עלותה הזולה ביחס לשימוש בטלוויזיה לצורכי פרסום, היא יתרון.

ההשפעה של הצגת העישון בתוכניות טלוויזיה, בסרטים, בפרסומות בעיתונים ובאמצעים אחרים היא בעיקר על צעירים, והיא מקבעת את העישון כפעילות לגיטימית בחברה.

בניגוד לחברות הטבק, שלהן כיס עמוק ומשאבים להשקיע בפרסום, לגופים הנאבקים בעישון משאבים מצומצמים מאוד לפעול ליצירת תדמית הפוכה לזו שמקדמת את העישון. עם זאת, ברור כי לצד פעילות לצמצום אפשרויות הפרסום המעודד עישון, נדרשת גם פעילות הסברתית ותקשורתית לשלילת העישון ובמיוחד למניעת התחלת עישון בקרב צעירים.

שימוש בתקשורת לצורך הסברה והעברת מסרים שונים בנושא העישון יכול להיות כלי יעיל מאוד למניעת התחלת עישון, לעידוד וקידום גמילה מעישון ולעיצוב נורמות חברתיות ביחס לעישון ככלל. הדבר נכון במיוחד כאשר שימוש זה נעשה במקביל למגוון צעדים אחרים וכמכשיר תומך.

עיצוב וגיבוש מסרים בהתאם למטרות השונות שיוגדרו, או עבור אוכלוסיות מוגדרות, יכולים לסייע רבות בטיפול והתמודדות עם נושאים נקודתיים הדורשים תשומת לב מיוחדת, כגון אוכלוסיות עם בעיית נגישות לשירותי בריאות, קבוצות שבהן שיעורי עישון חריגים או אוכלוסיות רגישות כדוגמת נשים בהריון וכדו'.

בנוסף לאמור לעיל, השימוש בתקשורת כחלק מהמאבק בעישון נדרש גם כחלק מהמחויבות ליישום הוראות אמנת המסגרת לפיקוח על הטבק.

שימוש בתקשורת הוא אמצעי בעל עלות תקציבית משמעותית ופוטנציאל השפעה רב ולכן חשוב למקסם את האמצעי הזה ולעשות בו שימוש נרחב ככל הניתן.

נכון למועד כתיבת הדו"ח, התקציב המוקדש לנושא העישון מתוך תקציב משרד הבריאות עומד על כ- 500,000 ₪.

מאחר שהתקציב מוגבל ואינו מאפשר פעילות רציפה בערוצים המרכזיים, ומאחר שבתקופה הקרובה מתוכנן מהלך חקיקתי משמעותי כחלק מרכזי מהמדיניות לצמצום העישון, וכן צפויה התנגדות משמעותית מצד תעשיית הטבק, בין השאר על ידי פעילות לוביסטית בקרב חברי הכנסת והשרים, **הוועדה ממליצה**

על שימוש בתקציב הפרסום לטובת קידום המהלך החקיקתי.

לאחר שמסקנות הוועדה יוגשו ויאושרו בממשלה, יחל מסע הסברה בתקשורת, שישירת מספר מטרות במקביל, כשהמטרה המרכזית היא תמיכה ומתן רוח גבית לתהליך החקיקה, בציבור בכלל ובקרב חברי הכנסת בפרט.

בדומה לפעילות בשנים הקודמות, יועדף שיתוף פעולה עם גופים נוספים הפועלים למניעת העישון, כדוגמת האגודה לסרטן וקופות החולים, כדי למקסם את משך מסעות ההסברה ולהגביר את מידת החשיפה של הציבור לתכנים השונים.

טו. צמצום הזיהום מבדלי הסיגריות

הנושא של צמצום הזיהום מבדלי סיגריות אינו בתחום הסמכות או האחריות של שר הבריאות, אולם המפגע הקשה של בדלי הסיגריות נוגע ישירות לבעיית העישון.

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

בדלי הסיגריות עשויים לרוב מפלסטיק (צלולוזה אצטית), ומכילים בתוכם ריכוז גבוה של רעלים וחומרים מסרטנים שנספגו בבדל במהלך עישון הסיגריה (כגון מתכות כבדות), וכאשר בדל הסיגריה בא במגע עם מים, חומרים אלו משתחררים לסביבה.

בדלי סיגריות ניתן למצוא כמעט בכל מקום, בין השאר במגרשי משחקים ובחופי הים, מקומות בהם נמצאים ומשחקים תינוקות ופעוטות, העלולים לבלוע את בדלי הסיגריות ולסבול מנזקים בריאותיים שונים, כך לדוגמה בארה"ב מדווחים מידי שנה כ-150 מקרים של בליעת בדלים על ידי ילדים.

ישנה רלוונטיות לנושא בדלי הסיגריות במסגרת דו"ח הוועדה, מאחר שהרחבת החקיקה למניעת עישון במקומות ציבוריים, עליה ממליצה הוועדה, עשויה להעלות את כמות בדלי הסיגריות המושלכים בכניסה למקומות ציבוריים (באנגליה דווח על עלייה של 43% בכלוך מבדלי סיגריות לאחר כניסתו לתוקף של החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים).

היבט "סביבתי" זה של העישון ראוי לתשומת לב והתייחסות, גם בהיבט ההסברתי וגם בפעילות חינוכית ומניעתית ביחס לעישון. במקומות רבים בעולם, הפעילות החינוכית למניעת עישון בצעירים, כוללת גם איסוף בדלים.

כפי שצויין לעיל, הנושא אינו בתחום סמכותו ואחריותו של משרד הבריאות אלא של המשרד להגנת הסביבה, אולם מאחר שיש אינטרס משותף לשני המשרדים בהתמודדות עם הבעיה ובצמצומה, **הוועדה ממליצה על הקמת צוות בין משרדי (בריאות והגנת הסביבה) על מנת לדון בבעיה, בהתמודדות איתה ובדרכים לצמצומה.**

טז. קביעת יעדי התוכנית לקראת שנת 2020

תת הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי של יוזמת "לעתיד בריא 2020" עסקה, בין השאר, בנושא קביעת יעדים, מטרות והתערבויות להשגת היעדים לקראת שנת 2020. תת-הוועדה נעזרה במיטב הידע המדעי בספרות המקצועית, בחוות דעת של מומחים מישראל ומהעולם, ובניסיון הנרכש במדינות מערביות הדומות במאפייניהן לישראל. היא התבססה על היכולות ועל המשאבים המוקצים לנושא בישראל ע"י מערכות החינוך, הבריאות והאוצר. זהו הרקע לכך שהוועדה ממליצה לאמץ את היעדים והמטרות שהוצבו בדו"ח תת-הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי של יוזמת "לעתיד בריא 2020".

יש להדגיש כי היעדים והמטרות שנקבעו ייבחנו ויותאמו בהתאם לצורך ולהתקדמות בצורה עתידית.

שני יעדי העל שהוגדרו הם כדלקמן:

א. צמצום מימדי העישון הפעיל

ב. מניעת החשיפה לעישון כפוי

בטבלה להלן סוכמו היעדים, נתוני הבסיס והוגדרו המטרות/אחוזי השיפור לשנת 2020. יעדים לגביהם קיימים נתוני בסיס ואשר הוגדרה להם מטרה להשגה עד שנת 2020 מופיעים בטבלה בכתב רגיל, פרטי יעדים עבורם נתוני הבסיס אינם שלמים או שטרם נקבעה להם מטרה לשנת 2020 מכונים "יעדים בפיתוח" ומופיעים בטבלה בכתב נטוי.

סעיף	יעד	נתוני בסיס	מטרה לשנת 2020
1	הפחתת השימוש במוצרי טבק באוכלוסיה		
1.1	הפחתת הימצאות העישון		
1.1.1	הפחתת השימוש במוצרי טבק (עישון סיגריות / נרגילות) בקרב קטינים (בני 12-16) ^{24,23}	עישון בשבוע האחרון: 3.6% (2006)	1.3% (הפחתה של 60%)
1.1.2	שינוי בשימוש במוצרי טבק (עישון סיגריות) בקרב חיילים המתגייסים לצה"ל	בנים: 33.9% בנות: 26.5% (2009)	בנים: 18.6% בנות: 14.6% (הפחתה של 45%)

²³ סקר האפידמיולוגי של הרשות למלחמה בסמים 2005

(נתונים אחרים: מהסקר של יוסי הראל 2004, דו"ח שר הבריאות 2004-2005, עמוד 14).

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=46&catId=586&PageId=3346>

²⁴ Report of the Health Minister to the Knesset on Smoking 2007-2008, p 30.

סעיף	יעד	נתוני בסיס	מטרה לשנת 2020
1.1.3	הפחתת השימוש היומי במוצרי טבק בקרב משוחררים מצה"ל	בנים: 40.8% בנות: 35.6% (2009)	בנים: 26.5% בנות: 23.1% (הפחתה של 35%)
1.1.4	הפחתת השימוש היומי במוצרי טבק בקרב מבוגרים מגיל 21 ומעלה	22.8%	14.8% (הפחתה של 35%)
1.1.5	מניעת מעבר מעישון לא קבוע לעישון יומי.	יעד בפיתוח	
1.2	הפחתת התצרוכת הלאומית של סיגריות (צריכת סיגריות לנפש)	55 חפיסות לנפש לשנה	30.3 חפיסות לנפש לשנה (הפחתה של 44%)
1.3	מניעת התחלת העישון		
1.3.1	מניעת התחלת העישון בקרב בני נוער (10-17)	יעד בפיתוח	
1.3.2	מניעת התחלת העישון בקרב מבוגרים צעירים (18-30)	יעד בפיתוח	
1.4	העלאת שיעור הנגמלים באוכלוסיה		
1.4.1	העלאת שיעור המעשנים המנסים להיגמל	יעד בפיתוח	
1.4.2	העלאת שיעור המעשנים המצליחים להיגמל ²⁵	42.2%	לא נקבע
1.4.3	הורדת הגיל הממוצע של הנגמלים מעישון	יעד בפיתוח	
2	מניעת החשיפה לעישון כפוי		
2.1	צמצום החשיפה לעישון כפוי בקרב נשים הרות	יעד בפיתוח	
2.2	צמצום החשיפה לעישון כפוי בקרב תינוקות	יעד בפיתוח	

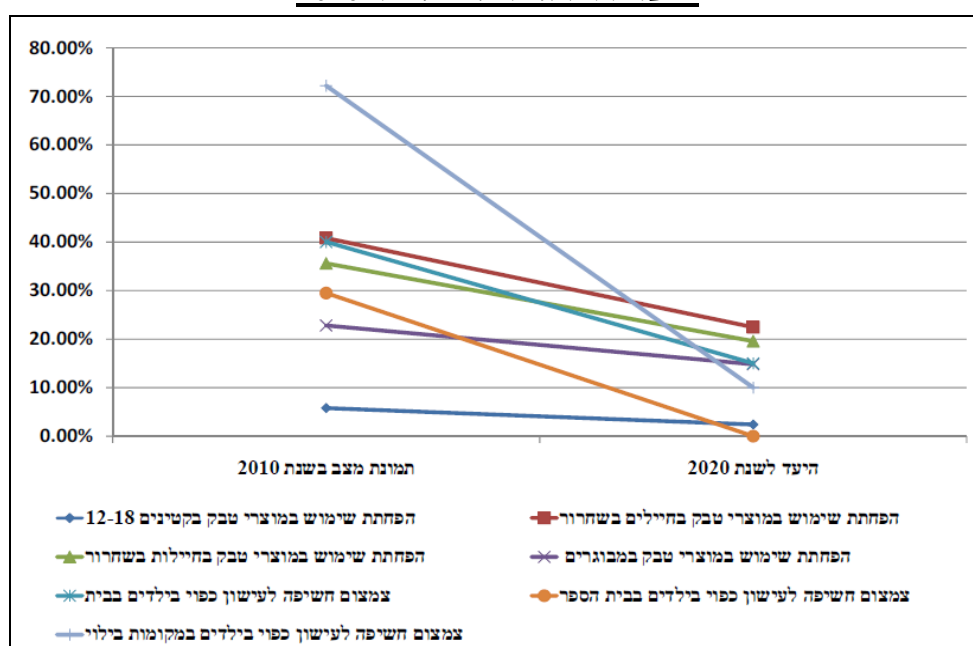
²⁵ Israel Central Bureau of Statistics. National Health Survey 2003-2004.

סעיף	יעד	נתוני בסיס	מטרה לשנת 2020
2.3	צמצום החשיפה לעישון כפוי בקרב ילדים (3-18) שגיא! הסימניה אינה מוגדרת.	כיתה ז-יב : 40% בבית, 29.5% בבית הספר, 72.2% במקומות בילוי	<u>השינוי</u> <u>מידת ההפחתה</u> 15% 62.5% 0% 100% 10% 86%
2.4	צמצום החשיפה לעישון כפוי בקרב מבוגרים. ⁵⁹	נשים בבית: 55% גברים בבית: יעד בפיתוח נשים בעבודה: 3.3% גברים בעבודה: 39.9%	טרם נקבע
2.5	צמצום עישון כפוי במקומות ציבוריים, בתי ספר, מקומות עבודה, בתים, כלי רכב, גנים ציבוריים, מגרשי ספורט, מעונות, ועוד.	יעד בפיתוח	

יעדי תוצאה לקראת שנת 2020

כדי שיהיה ניתן לבחון ולהעריך לאורך זמן את היעילות של הצעדים השונים, הנקטים כחלק מהמדיניות הכוללת לצמצום העישון ונזקיו (תיקוני החקיקה, מסעות ההסברה, שיפור הנגישות לפתרונות הגמילה והצעדים הנוספים) ולבצע התאמות ושינויים כנדרש, יש צורך בקביעת יעדים ברורים וישימים אליהם ניתן לכוון ולפעול להשגתם. יעדי התוצאה המרכזיים (שהם כמותיים ומוגדרים) מוצגים בגרף הבא:

7 יעדי תוצאה מרכזיים לשנת 2020



לגבי חלק מהנושאים להם יש צורך להגדיר יעדים, עדיין לא נאספו נתונים כמותיים המאפשרים לקבוע מצב נתון או יכולת להגדיר יעד כמותי ברור. זה אחד הנימוקים למיסוד גוף מרכזי בעל יכולת ניטור והערכה, אשר יפעל בצורה מערכתית וארוכת טווח לצמצום העישון ונזקיו.

סימוכין

1. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Lifestyle, Chapter 4, page 87, from Table 4.10. <http://www.who.int/whr/2002/en/>
2. Fact Sheet, Health Effects of Cigarette Smoking, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/health_effects.htm
3. R Doll, R Peto, K Wheatley, R Gray, I Sutherland Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors, BMJ 1994;309:901-911
4. You Can Quit Smoking. Consumer Guide, June 2000. U.S. Public Health Service. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/consquits.htm>
5. Israel Central Bureau of Statistics. National Health Survey 2003-2004.
6. A report of the Surgeon General: Health Consequences of Smoking. 2004. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
7. US Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Smoking. US Dept. of Health & Human Services, 2006. <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/> accessed 31 July 2007.
8. Cook DG, Strachan D, Health effects of passive smoking 10: summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999;54:357-366.
9. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Wegbster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Review). The Cochrane Library 2006, Issue 3.
10. The Gillon Commission, testimony of Gary Ginsberg. <http://lists.essential.org/pipermail/intl-tobacco/2000q1/000068.html>
11. Table: Ten leading selected risk factors , Highlights for Health, Israel 2004, World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHISR/burden/20041123_26
12. הכנסות ממס קניה על ייצור מקומי (ללא בלו) ועל ייבוא בשנת 2004 , לפי קבוצות מוצרים. סיכום שנתי 2004 לפעילות רשות המסים בישראל, פרק 3, עמוד 40.
13. תעריף המכס ומס-קניה, סעיף 2000, מאתר רשות המיסים בישראל. <http://www.mof.gov.il/taxes>
14. גמישות של מחיר (Price elasticity of demand) הוא מדד כלכלי של תגובת הצרכן לשינויים במחיר של תוצר. עם הוא נמוך, הצרכן לא יקנה הרבה יותר תוצר כשהמחיר יורד ולא יקנה הרבה פחות כשהוא עולה. כמו דלק ומים, לטבק יש גמישות מחיר נמוכה שזאת אומרת שלמרות שהמחיר משתנה הצריכה קונה פחות או יותר אותה כמות של סיגריות.
15. Zaza S, Briss P, Harris K. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health? Oxford University Press, NYC, NY, 2005.
16. Jha P & Chaloupka, F (ed) Tobacco Control in Developing Countries. OUP Publishers, World Bank and World Health Organization, 2000
17. Clalit suit against tobacco companies: פרטים שנמסרו בת"א 1571/98 – שירותי בריאות כללית פיליפ מוריס ואחרים
18. המוסד לביטוח לאומי. 2006. השיעור לחלוקת כספי ביטוח בריאות ליום 1.1.2007

19. Koh H. Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program. Tobacco Control 2002;11:ii1-ii1.
20. הרל י. מולבו מ, טילינגר א. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. טבת תשס"ד דצמבר 2003.
21. Jerusalem Post. No Ifs, Ands, or Butts. Feb 13, 2007
22. WHO Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization Publications 2003.
23. Ministry of Health Knowledge, Attitudes, and Practices Survey (KAP), 2006.
24. Guide Community Preventive Services 2005 (online) "The Community Guide - Tobacco, Reducing Tobacco Use Initiation, Increasing the unit price for tobacco."
25. Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. Cochrane 2006 Issue 4. Update Apr 27 2000.
26. Guide Community Preventive Services 2005 (online) "The Community Guide - Tobacco, Reducing Environmental Tobacco Smoke, Smoking Bans and Restrictions .
27. Lovata C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviors. Cochrane 2006 Issue 4. Update: 13 May 2003.
28. Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane 2006 Issue 2. Update 9 Nov, 2004.
29. Guide to Community Preventive Services 2005.
<http://www.thecommunityguide.org/tobacco/> Tobacco. "Restricting Minors' Access to Tobacco Products, Active Enforcement etc...". Task Force on Community Preventive Services.
30. Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease, Topic Page. November 2003. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm>
31. NICE Guidelines on Smoking Cessation, Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 3/2006. Australia – NSW Dep. Of Health, 2005. www.nice.org.uk/page.aspx?o=SmokingCessationMain
32. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane 2006 Issue 4. Update: July 13, 2004.
33. *Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease*, Topic Page. November 2003. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm>
34. NICE: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. www.nice.org.uk/page.aspx?o=SmokingCessationMain
35. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.

36. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. . Cochrane 2006 Issue 4. Update: Apr 7, 2004.
37. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 4
38. Anderson J Treating tobacco use and dependence. Chest 2002;121:932-941
39. Hughes JR, Shiffman S, Callas P & Zhang J A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. Tobacco Control 2003;12:21-27
40. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, VanSchayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane 2006 Issue 4. Update 16 Nov 2004.
41. Guide to Community Preventive Services 2005.
<http://www.thecommunityguide.org/tobacco/> . Tobacco " Increasing Tobacco Use Cessation, Reducing Client Out-of-Pocket Costs for Cessation Therapies." Task Force on Community Preventive Services.
42. Lumley J, Oliver SS, Charmberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane 2007 Issue 1. Update: 1 July 2004.
43. Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease, Topic age. November 2003. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm>
44. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4. Update 11 April 2006
45. Guide Community Preventive Services 2005.
<http://www.thecommunityguide.org/tobacco/> Increasing Tobacco Use Cessation, Multi-component interventions that include client telephone support." Task Force on Community Preventive Services.
46. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4. Update Feb 16, 2005
47. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 4. Update: 8 Feb 2005.
48. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane 2006 Issue 4. Update 28 April 2005.
49. Walters ST, Wright JA & Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. Addictive Behaviors Vol 31, 2, February 2006, Pg 264-277.
50. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:369-374
51. Lovata C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviors. Cochrane 2006 Issue 4. Update: 13 May 2003.

52. Sargent et al. Pediatrics 2005; 116: 1183-1191 (doi:10.1542/peds.2005-0714)
53. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 2. Update: 19 Feb 2005.
54. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002; 325: 188-191
55. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane 2006 Issue 1. Update: 17 Jan 2002.
56. Roseby R, Waters E, Plyany A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3 2002. Updated 19 March 2002.
57. תכנית התערבות למניעת עישון בקרב מבוגרים צעירים בתנאים סגורים: ישום ותוצאות חגי לוי, ג'ון בורובסקי, יעל בר-זאב, אפרת שרייר, סלמאן זרקא. הרפואה הצבאית 2007; 4: 202-207.
58. Megan E. Piper; Stevens S. Smith; Tanya R. Schlam; Michael C. Fiore; Douglas E. Jorenby; David Fraser; Timothy B. Baker: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies. Arch Gen Psychiatry, Nov 2009; 66: 1253 - 1262.
59. דו"ח שר הבריאות על העישון לשנת 2008, עמ' 23
60. Freeman B, Chapman S, Rimmer M. The case for the plain packaging of tobacco products. Addiction 2009; 103(4): 580-590.
61. Wakefield M, Germain D, Durkin S and Henriksen L. An experimental study of effects on schoolchildren of exposure to point-of-sale cigarette advertising and pack displays. Health Educ. Res. 2006; 21: 338-34
62. <http://www.parliament.uk/briefingpapers/commons/lib/research/briefings/snha-05536.pdf>

נספח 1

אסטרטגיות והתערבויות לצמצום העישון שנסקרו בתת-הוועדה להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי במסגרת יוזמת "לעתיד בריא 2020"

פירוט מקורות ההוכחה	אסטרטגיות והתערבויות
מיסוי של מוצרי טבק ושימוש באמצעים כלכליים.	
העלאת המיסוי על כל מוצרי הטבק למיניהם (יבוא ותוצרת הארץ). ^{1 G (B)}	Guide: מומלץ. על פי ההערכה, העלאת המחיר ב- 10%, תוביל לירידה של 4% בשיעורי העישון.
חקיקה	
מניעת החשיפה לעשן הטבק	
איסור מוחלט על עישון במקומות ציבוריים, כולל בכל מקומות העבודה. ^{1 C (A-B), G(B)}	קוקרן: יעיל. התערבויות להשגת מקום עבודה נקי מעישון (סקירה שסוכמה בצורה תיאורית בלבד) ²⁶ Guide: מומלץ, השיגה הקטנת כמות העישון הכפוי ב-72% וחשיפה ב-60%.
איסור עישון בכלי רכב כאשר נוסעים בהם קטינים. ^{2 OE}	מומלץ ע"י ה- IOM
איסור עישון במקומות פתוחים מיוחדים כגון בריכות שחיה, תחנות אוטובוס ורכבת, חופי רחצה. ³	(על סמך חו"ד מומחים בלבד)
מניעת פרסומת וקידום מכירות / גילוי מרכיבי הטבק / מניעת איסור קבלת מימון למחקרים מחברות טבק	
איסור על פרסומת למוצרי טבק ומתן חסויות, כולל איסור על הצגת מוצרי הטבק בנקודות המכירה, ^{C (A-B), F} יחד עם חובת הצגת כרזה צבעונית להסברת נזקי העישון. ²	קוקרן: על סמך מחקרים חתכיים (אך לא מחקרים התערבותיים) ניתן להסיק כי חשיפה לפרסומים של מוצרי טבק מגבירה הימצאות העישון בגיל העשרה (אין OR) ²⁷ <i>FCTC Article 13</i> כל צד, בכפוף לחוקה או עקרונות חוקתיים, מתחייב להטיל איסור מקיף על פרסום, קידום מכירות ומתן חסות ע"י תעשיית הטבק.
הערה: מופיע גם בסעיף העוסק בשימוש באמצעי תקשורת המוניים	
סימון אריזות מוצרי טבק עם אזהרות גראפיות גדולות, והוספת מידע על גמילה. ^{2 F}	<i>FCTC Article 11</i> על כל חפיסה וכל קופסא של מוצר טבק, לרבות כל אריזה או תווית חיצונית של מוצר זה, לשאת אזהרות בריאותיות המתארות את ההשפעות המזיקות של השימוש בטבק וכן

²⁶ Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. Cochrane Database of

Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD001294. DOI: 10.1002/14651858.CD001294.

²⁷ Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.

מסרים מתאימים אחרים על פי הצורך. על האזהרות והמסרים לענות על הדרישות הבאות: (א) יאשרו ע"י הרשות הלאומית המוסמכת (ב) יתחלפו בצורה קבועה (ג) יהיו גדולים, ברורים, נראים לעין וקריאים (7) יתפרשו על לפחות 30% מאזורי התצוגה העיקריים, אולם רצוי שיתפרשו על 50% או יותר מאזורי התצוגה העיקריים. (ה) יכול שיכללו תמונות או צלמיות	
פירוט מקורות ההוכחה	אסטרטגיות והתערבויות
<i>FCTC Article 10</i> על כל חפיסה וקופסה להכיל מידע על מרכיבים רלוונטיים והרכב העשן הנפלט ממוצרי טבק כפי שיוגדרו ע"י גורמים לאומיים המוסמכים	חובת גילוי מלא של מרכיבים וחומרים הנוצרים בעת הבעירה של מוצרי טבק ומתן מידע לגבי ההשפעות הטוקסיקולוגיות ^{2F}
<i>FCTC Article 9</i> בתיאום עם גורמים לאומיים המוסמכים, לאחר המלצת ועידת המדינות החברות באמנה, יאומצו ויישמו צעדים תחקיקתיים, ניהוליים ואחרים לבדיקה, מדידה ופיקוח על תכולת מוצרי טבק ועשן טבק	חובת בדיקה של מוצרי טבק ע"י הרשויות, במימון היצרן, לאחר גיבוש המלצות במסגרת האמנה ^{2F}
²⁸ OE	איסור על ארגונים אקדמיים וגופי מימשל ובריאות לקבל חסויות ומענקי מחקר מחברות טבק ³
הגבלה על מכירת מוצרי טבק	
<i>FCTC Article 16</i> יש להבטיח כי מכונות המכירה של מוצרי טבק הממוקמות בתחום סמכותה המשפטית של המדינה לא יהיו נגישים לקטינים ולא יקדמו מכירה של מוצרי	איסור מכירת מוצרי טבק במכונות אוטומטיות. ^{2F}
<i>FCTC Article 6</i> מומלץ לאסור או להגביל קנייה ו/או ייבוא של מוצרי טבק הפטורים ממס ומכס על ידי נוסעים בינ"ל.	איסור מכירת מוצרי טבק באמצעות האינטרנט ובהנחיות הפטורות ממס, ובכל דרך אחרת שאינה מותנית בתשלום מס מלא. ^{2F}
אכיפת החקיקה	
<i>FCTC Article 8</i> יש לאמץ ברמה הלאומית ולעודד ברמות האחרות שימוש באמצעים משפטיים, מנהליים, ואחרים על מנת לספק הגנה מפני חשיפה לעשן טבק במקומות עבודה סגורים, בתחבורה הציבורית, בשטחים ציבוריים סגורים, ובשטחים ציבוריים אחרים על פי הצורך. קוקרן: היעדר ראיות ²⁹	הצורך: הגבלות על פרסומת, סימון אזהרות, מניעת מסחר בלתי חוקי. ^{2F} הצלחה: אכיפה יעילה של החקיקה הקשורה לעישון ולמוצרי טבק (כגון: מניעת עישון כפוי,

²⁸ Pascal A Diethelm, Jean-Charles Rielle, Martin McKee ׀ The whole truth and nothing but the truth? The research that Philip Morris did not want you to see. Lancet 2005; 366: 86–92

איסור מכירה לקטינים ^{2C(I), G(I)}	Guide: היעדר ראיות
עידוד וסיוע לגמילה מעישון	
אסטרטגיות והתערבויות	פירוט מקורות ההוכחה
<p>1. הפעלת קו ייעוץ טלפוני לתמיכה בתהליך הגמילה מעישון^{1 C(A-B),T(A), G(R)}</p> <p>קוקרן: יעילה. שיעורי גמילה גבוהים יותר בקרב מקבלי ייעוץ טלפוני לעומת אלו שלא קיבלו. OR = 1.41 [1.27,1.57]. מספר ייעוצים רב יותר – מעלה את שיעורי הגמילה.³⁰</p> <p>Guide: מומלץ. שיעור הגמילה עלה ב-3 ל-100.</p> <p>USPHS: יעיל. OR = 1.6 [1.4, 1.8]. שיעור הנגמלים המשוער = 12.7 [11.3, 14.2] לעומת 8.5 אצל המקבלים ייעוץ מינימלי, עזרה עצמית או היעדר ייעוץ.</p> <p>שילוב של יעוץ טלפוני וטיפול תרופתי משפר משמעותית את שיעורי הגמילה לעומת טיפול תרופתי בלבד. OR = 1.3 (1.1 - 1.6). שיעור נגמלים משוער = 28.1 (24.5 - 32) לעומת 23.2</p>	<p>2. בדיקת סטטוס העישון של כל המטופלים ע"י הרופא או אנשי צוות בריאות נוספים^{1 P(A), 2OSR} ורישומם בתיק הרפואי.</p>
<p>2. מתן טיפול תרופתי (תרופות מרשם ותחליפי ניקוטין)</p> <p>USPHS: המלצה חזקה. OR (לעומת ייעוץ בלבד) = 1.7 (1.3–2.1), שיעור גמילה משוער: 22.1 (18.1–26.8) לעומת 14.6.</p> <p>USPHS: ייעוץ בנוסף לטיפול תרופתי: OR = 1.4 [1.2, 1.6], שיעור הגמילה המשוער = 27.6 [25.0, 30.3] לעומת 21.7 מטיפול תרופתי בלבד.</p> <p>טיפול תרופתי בנוסף לייעוץ: OR = 1.7 [1.3, 2.1], שיעור הגמילה המשוער = 22.1 [18.1, 26.8] לעומת 14.6 מייעוץ בלבד.</p> <p>מעל 8 מפגשי ייעוץ + טיפול בנוסף לטיפול: OR = 1.7 [1.3, 2.2], שיעור הגמילה המוחלט = 32.5 [27.3, 38.3] לעומת 21.8 עקב 0-1 מפגשי ייעוץ בנוסף לטיפול</p>	<p>משולב בייעוץ^{1 T(A)}</p> <p>משולב במספר רב של מפגשי הייעוץ^{1 T(A)}</p>

²⁹ Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD001497. DOI: 10.1002/14651858.CD001497.pub2.

³⁰ Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.

³¹ NICE: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. www.nice.org.uk/page.aspx?o=SmokingCessationMain

<p>קוקרן: יעילה. גמילה מעישון שנמשך עד סוף ההריון $RR = 0.94$ [0.93, 0.95], דהיינו 6 נשים יותר שנגמלו לכל 100 נשים שנחשפו להתערבות לעומת קבוצת הביקורת. סיכון למשקל נמוך בלידה $RR = 0.81$ [0.70, 0.94], סיכון ללידה מוקדמת $RR = 0.84$ [0.72, 0.98], תוספת משקל בלידה של 33 גר' [11,55].³² USPSTF³³: המלצה חזקה (ברמת A) לייעץ מותאם לנשים בהריון במשכים בין 5-15 דקות.</p> <p>USPHS: ייעוץ ממושך (הרוב כללו לפחות שני מפגשים פנים-אל-פנים, ומחקר אחד ייעוץ אחד פנים אל פנים וייעוץ טלפוני מרובה) שיפר שיעורי הגמילה עד סוף ההריון בצורה משמעותית. $OR = 1.8$ [1.4, 2.3], שיעור גמילה משוער = 13.3 [9.0, 19.4] לעומת 7.6% עבור טיפול רגיל (שכלל ייעוץ קצר, הפניה, או חלוקת מידע).</p> <p>הערה: יש לציין שחלוקת מידע בצורת חוברות ומנחי גמילה עצמיים גם היה יותר יעיל בצורה משמעותית לעומת טיפול רגיל. $OR = 1.9$ [1.2, 2.9], שיעור גמילה משוער: 15.0 [10.1, 21.6] לעומת 8.6%.</p>	<p>2.ד'. דגש על ייעוץ לגמילה מעישון לנשים הרות - $1 C(A-B), T(A), P(A)$</p>
<p>קוקרן: יעילה. סדנאות (קבוצות) לעומת עזרה עצמית: $OR = 2.04$ [1.6, 2.6]. סדנאות לעומת אינבו: $OR = 2.17$ [1.37, 3.45].³³</p>	<p>2.ה'. סדנאות לגמילה מעישון. $1 C(A-B)$</p>
<p>קוקרן: יעילה. $OR = 1.39$ [1.24, 1.57]. במחקרים שכללו תחליפי ניקוטין $OR = 1.27$ [1.02, 1.59]. הערה: ייעוץ אישי ממושך לא היה יעיל יותר מייעוץ קצר $OR: 0.96$ [0.74, 1.25].³⁴</p>	<p>2.ו'. ייעוץ אישי לגמילה $C(A-B)$</p>
<p>USPHS: ייעוץ העלה את שיעורי הגמילה בצורה משמעותית. שיעורי הגמילה המוחלטים נמוכים למדי. בנוסף, נצפתה חוסר אחידות (הטרוגניות) גדולה בין העבודות שנותחו. $OR = 1.8$ [1.1-3.0], שיעור גמילה משוער = 11.6 [7.5, 17.5] לעומת 6.7 לטיפול רגיל.</p> <p>הערה: אין המלצה להשתמש בטיפול תרופתי לגמילה בבני נוער.</p>	<p>2.ז'. ייעוץ גמילה מעישון לנוער $2 T(B)$</p>

³² Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub2.

³³ Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.

³⁴ Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

<p>קוקרן: אין די ראיות על שיפור בשיעורי גמילה. עם זאת, הגברה הפעילות המקצועית של הצוותים³⁵</p> <p>Guide: אין די ראיות</p> <p>USPHS: הראה שהכשרת הצוות הרפואי שיפר שיעורי גמילה בצורה משמעותית</p> <p>OR = 2.0 [1.2, 3.4], שיעור גמילה משוער = 12.0 [7.6, 18.6] לעומת 6.4 ללא התערבות (אך דורג ברמת B עקב מיעוט עבודות זמינות (שתיים בלבד)).</p> <p><i>FCTC Article 12</i></p> <p>יש לאמץ וליישם צעדים תחקיקתיים, מנהליים ואחרים לספק הכשרה יעילה ומתאימה או תוכניות הסברה ומודעות בנושא המניעה והגמילה מטבק המכוונות לאנשים כגון עובדי בריאות, וכו'</p>	<p>2. ח'. הכשרת צוותים רפואיים בנושא ייעוץ לגמילה מעישון² C(IE), G(IE), T(B), F</p>
<p>קוקרן: שיפור של 2% [0,0.05] בשיעור הגמילה.</p> <p>מימון מלא לעומת אי-מימון: OR לגמילה למשך ששה חודשים = 1.48 [1.17,1.88].</p> <p>מימון מלא לעומת מימון חלקי: אמנם OR = 2.49 [1.59, 3.90] אך שינוי בשיעור הגמילה לא היה מובהק מבחינה סטטיסטית.³⁶</p> <p>Guide: 7.8% תוספת מטופלים המצליחים להיגמל.</p> <p>USPHS: מימון מלא לעומת אי-מימון: OR = 1.6 [1.2, 2.2]. הבדל מוחלט בשיעור עישון = 10.5 [8.1, 13.5] לעומת 6.7.</p> <p><i>FCTC Article 14</i></p> <p>יש להגגיש טיפול בהתמכרות לטבק, לרבות מוצרים תרופתיים, הן מבחינה פיזית והן מבחינה כלכלית</p>	<p>2. ט'. טיפולים תרופתיים ולא תרופתיים, המוכחים כיעילים לגמילה מעישון לסל הבריאות¹ G(B), T(A), F</p>
<p>קוקרן: יעילה. עזרה עצמית לעומת היעדר עזרה OR = 1.24 [1.07, 1.45] (לאחר שנופו שני מחקרים שתמכו בתוצאה הנ"ל אך לא היו דומים מספיק לאפשר מיזוגם בניתוח). שימוש בחומרים מותאמים אישית OR: 1.42 [1.26, 1.61]. לא נראה שהוספת חומרים כאלה לשיטות יעילות, כמו ייעוץ מצוות רפואי, או טיפול תרופתי, מעלה את האפקטיביות שלהן.³⁷</p> <p>USPHS: יעילות גבולית. OR = 1.2 (-1.02-</p>	<p>4. פיתוח והפצת חומרים ומידע לעזרה עצמית^(A-) T C B) (אין המלצה) 1</p>

³⁵ Lancaster T, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.

³⁶ Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub2.

³⁷ Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.:

CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.

1.3) בסקירה מערכתית אחת ו-OR = 1 (0.9-1.1) בסקירה אחרת.	
שימוש באמצעי תקשורת המוניים	
פירוש מקורות ההוכחה	אסטרטגיות והתערבויות
<p>קוקרן: למניעה: עשוי להועיל, אך ככלל, הראיות אינן חזקות (סקירה תיאורית ללא³⁸OR)</p> <p>לגמילה: עשוי להועיל במסגרת תוכניות גמילה מקיפות כדוגמת אלו שהופעלו במדינות מסצ'וסטס או קליפורניה (סקירה תיאורית, אין OR³⁹)</p> <p>Guide: מומלצת. הקטין מספר אנשים צעירים שהשתמשו במוצרי טבק ב-2.4%. במבצעים שארכו מעל לשנתיים התוצאות היו מוצלחות עוד יותר: עוד 2 נגמלים/100 שנחשפו להתערבות). 12.8% ירידה בתצרוכת, ירידה בהימצאות מעשנים: 3 אנשים -100 מעשנים.</p> <p><i>FCTC Article 12</i></p> <p>יש לעודד ולחזק את המודעות הציבורית בנושא הטיפול בטבק תוך שימוש מתאים בכל הכלים התקשורתיים הזמינים.</p>	<p>שילוב אמצעי תקשורת המוניים בהתערבויות כוללניות (כולל חקיקה, קהילה, בתי ספר, ועוד^F, C(B), G(A)¹)</p>
(על פי חו"ד מומחים בלבד)	<p>שיפור יכולת ההבחנה של הציבור בדרכי הפעולה ובמסרים התומכים שתקשורת המוניים משתדלת להחדיר בנושא העישון³</p>
<p>קוקרן: יעיל. פרסום של מוצרי טבק הוא יעיל בהגברת הימצאות העישון (אין OR)⁴⁰ הערה: אין הוכחה מחקרית ישירה ליעילות האיסור</p> <p><i>FCTC Article 13</i></p> <p>כל צד, בכפוף לחוקה או לעקרונות חוקתיים, מתחייב להטיל איסור מקיף על פרסום, קידום מכירות ומתן חסות ע"י תעשיית הטבק.</p>	<p>איסור על פרסומת למוצרי טבק ומתן חסויות, C^{(AB), F} כולל איסור על הצגת מוצרי הטבק בנקודות המכירה²</p> <p>הערה: סעיף זה קשור גם לסעיף "חקיקה" ולכן מופיע בשניהם</p>
<p>T: מבטיח מאד, אך אין ממצאים משכנעים עדיין.</p> <p>OSR: תוצאות מעורבות.⁴¹</p>	<p>הקמת מערכת מידע וייעוץ באינטרנט. 3T(B-C)</p>

³⁸ Sowden AJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 4. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.

³⁹ Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004704. DOI: 10.1002/14651858.CD004704.pub2.

⁴⁰ Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.

<p>(על פי חו"ד מומחים בלבד)</p> <p><i>FCTC Article 12</i></p> <p>כל צד יאמץ תוכניות הדרכה או הגברת רגישות ומודעות לנושא הפיקוח על טבק בקרב גורמים כגון עובדי בריאות, עובדים בקהילה, עובדים סוציאליים, מקצוענים בתחום התקשורת, מחנכים, מקבלי החלטות, מנהלים ואחרים.</p>	<p>שינוי התדמית התקשורתית החיובית של המעשן (אצל לפחות חלק מרובדי החברה)³</p> <p>צמצום פרסום תמונות של ידוענים (למשל זמרים/שחקנים/פוליטיקאים וכו') (מעשנים)^{2F}</p>
<p>OE: OR להתנסות בעישון גדל עם החשיפה לפרסום במדיה, אך מדובר במחקר חיתוכי ולא התערבותי⁴⁵</p>	<p>הפחתת הצגת אנשים מעשנים (בעיקר סיגריות) בסרטים, בטלוויזיה ובתיאטרון^{42, 43, 44} OE</p>
<p>התערבויות בקהילה</p>	
<p>קוקרן: סקירה איכותנית, אין OR. ייעוץ אישי, ייעוץ קבוצתי, או שימוש תכשירי ניקוטין יעילים במידה דומה. אין תועלת ברורה מהתערבויות ארגוניות כגון תחרויות או תמריצים או תוכניות מקיפות.⁴⁶</p> <p>Guide: ראיות מספיקות. שילוב מגוון התערבויות (אסור עישון, ייעוץ פרטני וקבוצתי, וטלפוני, חינוך לבריאות, פיתוח רשתות חברתיות, וכן תמריצים כספיים ותחרויות) הוריד שיעורי העישון ב 15%. עם זאת מציינים שהתמריצים ותחרויות לא תרמו בצורה מובהקת לעליה בשיעורי הגמילה.⁴⁷</p> <p>OSR: יעיל. איסורים על עישון במקום העבודה מקטינים הימצאות העשן ב- 3.9% ואת צריכת מוצרי טבק ב 29%⁴⁸</p>	<p>התערבות במקום העבודה¹ C (A-B), G (B) OSR</p>
<p>LE: יעיל. סיכון יחסי של 2.7 למדיניות בית</p>	<p>יישום מדיניות "בתי ספר נקיים מעישון" OSR, LE</p>

⁴¹ Walters S, Wright JA, Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. Addictive Behaviors 2006;31:264-267.

⁴² Sargent JD, Dalton M, Beach M. Exposure to cigarette promotions and smoking uptake in adolescents: Evidence of a dose-response relation. Br Med J. 2000;9:163.

⁴³ Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA, Beach ML, Heatherton TF. Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. Br Med J. 2001;10:16.

⁴⁴ Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM, et al. Exposure to movie smoking: Its relation to smoking initiation among US adolescents. Pediatrics. 2005;116:1183-1191

⁴⁵ National Cancer Institute. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. Tobacco Control Monograph No. 19. Bethesda, MD:U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub.No. 07-6242, June 2008.

⁴⁶ Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub3.

⁴⁷ Guide to Community Preventive Services. Decreasing tobacco use in worksite settings: incentives and competitions to increase smoking cessation among workers. www.thecommunityguide.org/tobacco/worksite/incentives.html

⁴⁸ Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002; 325: 188-191

ספר ⁴⁹	
OSR: יעיל (אין OR) ⁵⁰	
קוקרן: ראיות מוגבלות להצלחה ⁵¹	תכניות בית ספריות למניעת עישון C(IE long term 2effects)
LE: יעיל. אין עליה בשיעור ההימצאות של העישון בין הגיוס לבין סוף הטירונות. ⁵²	יישום מדיניות צה"ל "צבא נקי מעישון", תכניות למניעת העישון בקרב חיילים ^{2 LE}
קוקרן ראיות מוגבלות להתערבויות אינטנסיביות ⁵³ Guide: היעדר ראיות	תכניות להורים ומורים להגן על הילדים מחשיפה לעישון סביבתי ^{3 C (IE) G(IE)}
ניטור	
פירוט מקורות ההוכחה	אסטרטגיות והתערבויות
OE (MPOWER) ² : ניטור שימוש בטבק ומדיניות למניעה FCTC Article 20: הצדדים מתחייבים לפתח ולקדם מחקר לאומי ולתאם תוכניות מחקר ברמה האזורית וברמה הבינלאומית בנושא פיקוח על תחום הטבק. T: יש להשאיר גיבוש ומתן התערבויות לטיפול בטבק שהינן נתמכות בהנחיות מקצועיות כחלק ממדדי האיכות הלאומיים. על המדדים הסטנדרטיים לכלול מדדי תוצא הנובעים ממתן טיפולי הגמילה מטבק (כגון: שיעורי גמילה לטווח הקצר והארוך ואף קבלת טיפול לעודד גמילה)	מיסוד ותמיכה במערכות ניטור לאומיות כולל הצטרפות למאמצי ניטור בינ"ל ^{T(C), F_l}
ניטור-נושאים פרטניים	
הימצאות השימוש במוצרי טבק באוכלוסייה	

⁴⁹ Knishkow Y B Verbov G, Amitai Y, Stein-Zamir C, Rosen L Reaching Jewish Ultra-Orthodox Adolescents: Results from a Targeted Smoking Prevention Trial. (Unpublished manuscript. Presented at the 14th World Conference on Tobacco OR Health, Mumbai, 2009).

⁵⁰ Aveyard P, Markham WA, Cheng KK. A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. Soc Sci Med. 2004 Jun;58(11):2253-65.

⁵¹ Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.

⁵² (תכנית התערבות למניעת עישון בקרב מבוגרים צעירים בתנאים סגורים: יישום ותוצאות חגי ליון, ג'ון בורובסקי, יעל בר-זאב, אפרת שרייר, סלמאן זרקא. הרפואה הצבאית 2007;4:202-4)

⁵³ Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database of Systematic Reviews 200, Issue 4. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub2.

"מערכת הניטור העולמית של בני נוער" (Global Youth Surveillance System), הכוללת סיקור תלמידים, מורים ובתי ספר בנושא העישון והפעילויות הקשורות אליו, היא דוגמה לכך.
ידע עמדות וגישות כלפי השימוש במוצרי טבק, כפי שמומלץ ע"י ארגון הבריאות העולמי
החשיפה לעשן כפוי (על ידי דיווח עצמי ובעזרת בדיקות ביוכימיות)
תהליך קביעת המדיניות הממשלתית למיגור נגע העישון, יישומה ותוצאותיה
ההכנסות הממשלתיות ממכירת מוצרי טבק
ההוצאות הממשלתיות, הציבוריות והוצאות קופות החולים כתוצאה מהשימוש בטבק
פעולות חברות הטבק לקידום מכירות מוצריהם
איפיון מוצרי טבק (כמות הניקוטין ומרכיבים אחרים)
מחקר
איתור התערבויות מוצלחות למניעת השימוש במוצרי טבק, לגמילת המשתמשים בהם, ולמניעת החשיפה לעישון כפוי (יש להדגיש מחקר במקומות העבודה ושימוש בשיטות שיווק חברתי ולמניעת חשיפה של קטינים)
ההשפעה הבריאותית של השימוש במוצרי טבק וחשיפה לעישון
חקר ההשפעות הכלכליות של השימוש בטבק

מקראה: לאחר כל המלצה מופיעים אותיות/צופנים המציינים את בסיס הראיות לאותה התערבות. להלן

משמעות הצופנים:

C (Cochrane Collaboration) = תשלובת קוקרן

B-A: יעיל

I: היעדר ראיות

הערה: קוקרן מציגה סיכומים כמותניים או איכותניים של הראיות שהיא בוחנת. כשמופיעים סיכומים

כמותיים, מצויין ה- OR (Odds Ratio) עם הרווח-בר-סמך (CI) לצידו.

P (US Preventive Services Task Force) = כוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית

A = מאד מומלץ

B = מומלץ

C = אין המלצה לכאן או לכאן

D = ממליץ שלא לבצע

I = היעדר ראיות

G = Task Force on Community Preventive Services or the The Community Guide

(כוח המשימה האמריקאי לשירותים קהילתיים)

A = מאד מומלץ

B = מומלץ

I = היעדר ראיות

(USPHS 2008) US Department of Health and Human Services- Public Health = T
Service Clinical practice guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008
Update

A = ראיות עקביות הרלוונטיות להמלצה מתוך הרבה מחקרים קליניים אקראיים שתוכננו היטב (RCTs)
B = ראיות מסוימות ממחקרים קליניים אקראיים התומכים בהמלצה, אך התמיכה מסויגת מה: לדוגמא,
מדובר במעט מחקרים, הממצאים אינם לגמרי עקביים, או שהמחקרים לא היו לגמרי רלוונטיים להמלצה.
C = המלצת פאנל מומחים בהיעדר מחקרים קליניים מבוקרים ואקראיים
F (Framework Convention on Tobacco Control) = אמנת המסגרת לפיקוח על טבק
OSR (Other Systematic Review) = סקירה מערכתית אחרת (לא של קוקרן או כוחות המשימה-
לדוגמא, של NICE הבריטי (National Institute for Clinical Effectiveness) OE (Other)
evidence) = ראיות אחרות בספרות הבינ"ל (לא סקירה מערכתית, לאו דווקא מהתערבות)
LE (Local evidence) = ראיות מקומיות
דוגמאות: C (A-B) מלמד שקוקרן מצא שההתערבות היא בעלת מובהקות סטטיסטית.
P (A) מלמד שכוח המשימה האמריקאי למניעה קלינית מאד ממליץ על ההתערבות.

ראשי תיבות נוספים (של ארגונים)
IOM (Institute of Medicine) = גוף מדעי מתוך האקדמיה הלאומית למדעים (National
Academy of Sciences) המייעץ לקונגרס בארה"ב)
IUAC (International Union Against Cancer) = האיגוד הבינ"ל כנגד סרטן

נספח 2

הצעת חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (תיקון מס' 4), התשע"א-2011

- תיקון סעיף 2א** 1. בסעיף 2א לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג-1983¹ (להלן - החוק העיקרי), בסופו יבוא:
- "(ד) נמצא בבדיקה כי האוויר במקום ציבורי מזוהם מפליטות שמקורן בבעירת מוצר טבק, יראו את המחזיק של המקום הציבורי כמי שלא מילא אחר הוראות סעיף קטן (א).
- (ה) שר הבריאות יקבע את מאפייני איכות האוויר המצביעה על זיהום לענין סעיף קטן (ד), ואת סוג המכשיר בו תבוצע הבדיקה.
- תיקון סעיף 6** 2. האמור בסעיף 6 לחוק העיקרי יסומן (א) ואחריו יבוא:
- "(ב) קנסות ששולמו עקב הפעלת סמכותו של עובד מדינה יועברו לקרן לצמצום העישון.
- תיקון סעיף 7** 3. בסעיף 7 לחוק העיקרי -
- (1) במקום המילה "וכן" יבוא ", ואחרי "לענין חוק זה" יבוא "וכן עובד מדינה ששר הבריאות הסמיכו לענין חוק זה, ובלבד שמתקיימות לגבי הוראות סעיף 8א(ג)(1) עד (5);
- (2) הסיפה המתחילה במילה "ובלבד" - תימחק.
- הוספת סעיף 9א** 4. אחרי סעיף 9 לחוק העיקרי יבוא:
- "הקרן לצמצום העישון
- (א) מוקמת בזה קרן לצמצום העישון במסגרת משרד הבריאות (להלן - הקרן).
- (ב) מטרת הקרן תהיה לרכז אמצעים כספיים לפעולות הנדרשות לצמצום העישון ולמניעת נזקיו.
- (ג) שר הבריאות יתקין תקנות בדבר סדרי הפעלת הקרן.
- (ד) כספי הקרן יועדו למטרותיה בלבד ויוצאו לפי הוראות שר הבריאות בהסכמת שר האוצר.
- (ה) כספי הקרן יבואו מקנסות לפי חוק זה, הקצבות מתקציב המדינה ותרומות.
- (ו) שר הבריאות ידווח לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת בסוף כל שנת תקציב על פעולות הקרן, הכנסותיה והוצאותיה."

נספח 3

צו למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון (שינוי התוספת לחוק), התשע"א-2010
בתוקף סמכותי לפי סעיף 1(ג) לחוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג -
1983¹, ובאישור ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, אני מצווה לאמור:

שינוי התוספת 1. בתוספת לחוק -

- (1) בפרט 1, אחרי "לתיאטרון", יבוא "להופעות";
- (2) בפרט 2, בסופו יבוא "לרבות באזור הכניסה או היציאה לבנין, בטווח של 10 מטר מהדלת.";
- (3) במקום פרט 5 יבוא:

"5. (א) כל מקום המשמש מוסד חינוך כמשמעותו בחוק לימוד חובה, התש"ט - 1949² (להלן - מוסד חינוך), לרבות מגורי תלמידים, ולמעט מבנה מבודד בחצר של מוסד חינוך שגודל החצר שלו עולה על 50 דונם, שהוקצה בידי ההנהלה, אם הוקצה, לעישון עבור הצוות, ובלבד שהמבנה אינו משמש את תלמידי מוסד החינוך ושיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.

(ב) כל מקום בבנין המשמש מוסד להשכלה גבוהה או מוסד לחינוך על תיכוני, שתלמידיו בגיל העולה על 18 שנים, לרבות מגורי תלמידים ולמעט חדרי ההנהלה וחדרי הסגל, שחל עליהם פרט 15, ולמעט חדר נפרד לחלוטין, שהוקצה לעישון בידי הנהלת המוסד, אם הוקצה, וחדר מגורים שבו גר רק מעשן, ובלבד שיש בהם סידורי אוורור תקינים והעישון בהם אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.";
- (4) במקום פרט 7 יבוא:

"(7) אוטובוס וזוטובוס; בפרט זה, "אוטובוס" ו"זוטובוס" - כמשמעותם בתקנות התעבורה, התשכ"א-1961³ (להלן - תקנות התעבורה).";
- (5) במקום פרט 8 יבוא:

"(8) מונית בעת שיש בה נוסעים; בפרט זה, "מונית" - כמשמעותה בתקנות התעבורה.";
- (6) בפרט 9, הסיפה המתחילה במילה "בעת" - תימחק;
- (7) אחרי פרט 9 יבוא:

"9א. תחנת אוטובוס מקורה, לרבות בסככה וכיוצא בזה ולרבות אזור שאינו מקורה הנמצא בין אזור מקורה והכביש, ותחנה מרכזית כהגדרתה בפקודת התעבורה [נוסח חדש]⁴, למעט חדר נפרד לחלוטין שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום.

9ב. אזור מקורה, לרבות בסככה וכיוצא בזה, בתחנת רכבת, לרבות רציף, ולרבות אזור שאינו מקורה הנמצא בין אזור מקורה ופסי הרכבת, ולמעט חדר נפרד לחלוטין שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום."

(8) בפרט 11, בסופו יבוא:

"הוראות פרט זה יחולו על אזור הנמצא מחוץ למבנה בית האוכל (להלן – אזור), למעט חלק של האזור שהוקצה לעישון בידי הנהלת בית האוכל, אם הוקצה, ובלבד שאותו חלק של האזור אינו מקורה בדרך כלשהי, לרבות בסככה וכיוצא בזה, וקיים לגביו אחד מאלה:

(1) שטחו אינו עולה על 15 מ"ר; או

(2) שטחו רציף ואינו עולה על 25% של שטח הישיבה מחוץ למבנה ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור."

(9) במקום פרט 15 יבוא:

15. מקום עבודה, למעט חדר נפרד לחלוטין שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, לאחר התייעצות עם העובדים, אם הוקצה, ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של הבנין ואין עובדים בו או נמצאים בו אנשים שהם או חלק מהם אינם מעשנים; לענין חוק זה, "מקום עבודה" – כל מקום בבנין שעובדים בו אנשים ושאינו משמש למגורים ולרבות מקום כאמור שמי שמבצע בו עבודה הוא במסגרת שירות בכוחות הביטחון המנויים בפסקאות (1) עד (5) שבסעיף 11."

(10) אחרי פרט 15 יבוא:

"15א. כל מקום במשרד ממשלתי."

(11) בפרט 17 בסופו יבוא:

"הוראות פרט זה יחולו על אזור הנמצא מחוץ למבנה אולם השמחות (להלן – אזור), למעט חלק של האזור שהוקצה לעישון

בידי הנהלת המקום, אם הוקצה, ובלבד שאותו חלק של האזור שהוקצה לעישון אינו מקורה בדרך כלשהי, לרבות בסככה וכיוצא בזה, ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה באזור, ושאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.";

(12) בסופה יבוא:

18" גן אירועים, והאזור הנמצא מחוץ למבנה (להלן – אזור), למעט חלק של האזור שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה, ובלבד שאותו חלק של האזור שהוקצה לעישון אינו מקורה בדרך כלשהי, לרבות בסככה וכיוצא בזה, ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה באזור וכי שאר האזור שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

19. בריכת שחייה בשטח בתוך גדר סביב לבריכה ולא פחות מ-2.5 מטר ממנה.

20. מקלט ציבורי ומחסה ציבורי כהגדרתם בסעיף 11 לחוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951.⁵

21. כל מקום אחר שיקבע ראש רשות מקומית בחוק עזר.

22. כל מקום בבנין של בית כנסת, כנסיה, ח'ילווה או מסגד ובחצר שלו, למעט אזור נפרד בחצר שהוקצה לעישון, אם הוקצה בידי הנהלת המקום, ובלבד שאותו חלק של האזור שהוקצה לעישון אינו מקורה בדרך כלשהי, לרבות בסככה וכיוצא בזה ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% מהחצר וכי שאר החצר שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

23. כל מקום בבנין של מתנ"ס ובחצר שלו, למעט אזור נפרד בחצר שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה, ובלבד שאותו חלק של האזור שהוקצה לעישון אינו מקורה בדרך כלשהי, לרבות בסככה וכיוצא בזה ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% מהחצר וכי שאר החצר שמור ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בו אסור.

24. אצטדיון או אמפיתיאטרון למעט אזור שיוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה, ובלבד ששטחו רציף ואינו עולה על 25% ממקומות הישיבה ושאר מקומות הישיבה

שמורים ללא מעשנים וסומן בבירור שהעישון בהם אסור.
25. כל מקום בבית אבות או דיור מוגן, למעט בחדר מגורים,
ובלבד שאינו גר בו מי שאינו מעשן, ולמעט חדר נפרד
לחלוטין שהוקצה לעישון בידי הנהלת המקום, אם הוקצה,
ובלבד שיש בו סידורי אוורור תקינים והעישון בו אינו
גורם למטרד בחלקים אחרים של המקום."

בנימין נתניהו
ראש הממשלה ושר הבריאות

_____התשע"א (_____) (2010)
(חמ 2083 – 3)

-
1. ס"ח התשמ"ג, עמ' 148 ; התשס"ח, עמ' 216.
 2. ס"ח התש"ט, עמ' 287.
 3. ק"ת התשכ"א, עמ' 1425.
 4. דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 7, עמ' 173.
 5. ס"ח התשי"א, עמ' 78.

נספח 4

הצעת חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק (תיקון מס' 6) (איסור פרסומת), התשע"א – 2010

שינוי שם 1. בשם חוק הגבלת הפרסומת והשיווק של מוצרי טבק, התשמ"ג – 1983 (להלן – החוק העיקרי), במקום "הגבלת הפרסומת והשיווק" יבוא "איסור הפרסומת והגבלת השיווק".

תיקון סעיף 1 2. (1) בסעיף 1 לחוק העיקרי – אחרי הגדרת "מותג" יבוא:
(1) "המנהל" – המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לענין חוק זה;
"מפקח" – עובד מדינה ששר הבריאות מינה אותו לפי סעיף 9ד להיות מפקח לענין חוק זה;
(2) בהגדרת "פרסומת", במקום "פרסומת בעל פה" יבוא "מסר המופץ באופן מסחרי, שמטרתו לעודד רכישת מוצר טבק או לעודד את העישון, לרבות מסר הנמסר בעל פה או בהתנהגות וכן,";
(3) בהגדרת "שיווק", פסקאות (2) ו-(3) – יימחקו.

הוספת סעיף 1א 3. אחרי סעיף 1 לחוק העיקרי יבוא:
"מטרה 1א. מטרתו של חוק זה להגן על בריאות הציבור, ובמיוחד על בריאותם של ילדים וצעירים, באמצעות קביעת איסור על פרסומת למוצרי טבק ואיסור או הגבלה על פעולות אחרות העשויות להקל על השימוש במוצרי טבק בקרב ילדים וצעירים או למשוך ילדים או צעירים להשתמש בהם, וכן באמצעות מתן מידע לציבור."

תיקון סעיף 3 4. (א) בסעיף 3 לחוק העיקרי, האמור בו יסומן (א) והמלים "באחד מאלה": "ופסקאות (1) עד (7) – יימחקו.
(ב) אחרי סעיף קטן (א) יבוא:
" (ב) הוראות סעיף קטן (א) לא יחולו על:
(1) פרסום שנמסר בדואר או ברשת האינטרנט לממוען בגיר המזוהה בשמו, שנתן הסכמה מפורשת מראש לקבלת פרסום למוצר טבק או פרסום לשם מסחרי;
(2) פרסום בתוך חנות למכירת מוצרי טבק ואביזרים לעישון בלבד, בתנאי שאינו גלוי לעין מחוץ לחנות;
(3) פרסום במסגרת העיסוק בסחר במוצרי טבק, הנמסר לאדם אחר העוסק בסחר במוצרי טבק;

(4) פרסום אחר, שאינו מהווה חריג משמעותי מהכלל כאמור
בסעיף קטן (א) ושקטינים וצעירים אינם עשויים
להיחשף לו, שקבע שר הבריאות, אם קבע, באישור
ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת."

5. תיקון סעיף 4 בסעיף 4 לחוק העיקרי –

(1) בסעיף קטן (א), במקום המלים "למעט בשלט מותר" יבוא "לרבות
במקום למכירת מוצרי טבק";
(2) סעיפים קטנים (ב) ו-ג) – יימחקו;
(3) במקום סעיף קטן (ד) יבוא:
" (ד) אין בהוראות סעיף זה כדי למנוע, במקום למכירת מוצרי טבק,
הצגה של רשימה, שגודלה אינו עולה על 30 x 21 סנטימטרים, ובה
שמות מוצרי הטבק למכירה ומחיריהם בלבד."

6. הוספת סעיף 4א אחרי סעיף 4 לחוק העיקרי יבוא:

"הגבלת הצגת 4א. לא יציג אדם מוצרי טבק למכירה בניגוד
מוצרי טבק להוראות שיקבע שר הבריאות, באישור ועדת
למכירה הכלכלה של הכנסת."

7. בסעיף 5 לחוק העיקרי –

(1) במקום סעיף קטן (א) יבוא:

"(א) לא יסמן אדם אריזתו של מוצר טבק באחד מאלה:

- (1) בשמם או דמותם של בני אדם, של איבר מאיבריהם, או של
בעלי חיים, לרבות דמויות מצוירות או מונפשות;
- (2) בתמונת פרי, לרבות מצוירת או מונפשת."

8. ביטול סעיפים 6 עד 7 לחוק העיקרי – יימחקו. 7 ו-6

9. סעיף 7א(ה) לחוק העיקרי – יימחק.

10. תיקון סעיף 7ב בסעיף 7ב לחוק העיקרי, במקום הסיפה המתחילה במילה "במקום" יבוא
"ולא יחזיק בה".

11. בסעיף 8 לחוק העיקרי –

(1) במקום סעיף קטן (ב) יבוא:

"(ב) לא יפיץ ולא יחלק אדם לצרכן מוצר טבק ללא תמורה, או בתמורה סימלית, לרבות בגין השתתפות בסקר צרכנים, רישום ברשימת דיוור או מסירת פרטים אישיים."

(2) בסופו יבוא:

(ג) לא ינהל ולא יערוך אדם הגרלה המיועדת, בין השאר, לקידום מכירת מוצר טבק או מותג."

12. במקום סעיף 9 לחוק העיקרי יבוא:

אזהרה 9. (א) לא ישווק אדם מוצר טבק בחפיסה או באריזה אחרת, אלא אם כן מודפסת עליה אזהרה או מסר אחר כפי שקבע שר הבריאות.

(ב) בתקנות לענין סעיף קטן (א) רשאי שר הבריאות, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, לקבוע אזהרות שונות, ומתחלפות מעת לעת וכן לשנות את הגודל המזערי של האזהרה ופרטיה ולקבוע הוראות בדבר מיקום האזהרות, עיצובן, צורתן ותוכןן, לרבות אזהרות בתמונות גרפיות ואופן חלופתן והחלפתן.

(ג) שר הבריאות רשאי לקבוע, באישור ועדת הכלכלה של הכנסת, הוראות נוספות בדבר סימון מוצרי טבק."

13. הוספת סעיף 9ב. אחרי סעיף 9א לחוק העיקרי יבוא:

"דיווח בדבר רכיבים 9ב. (א) יצרן או יבואן של מוצרי טבק יגיש לשר של מוצרי טבק הבריאות בכל שנה, עד יום 31 בדצמבר, רשימות כלהלן בדבר מוצרי הטבק שהוא ייצר או ייבא באותה שנה:

(1) רשימה של כל רכיב בתערובת הטבק שבמוצרי הטבק, מטרת השימוש בו ושיעורו המרבי במוצרי הטבק;

(2) רשימה של כל רכיב בתערובת הטבק שבכל מותג מוצרי טבק ושיעורו המרבי במותג; ואולם חומר טעם וריח, ששיעורו במותג נמוך מ-0.1% ממשקל הטבק במותג, ושאינו נמנה ברשימות החומרים המסרטנים, החשודים כמסרטנים או

מסרטנים אפשריים של הסוכנות
הבינלאומית לחקר הסרטן (International
Agency for Research on Cancer –
(IARC) - ניתן לציין ברשימה זו כחומר
טעם וריח, ללא פירוט;

(3) רשימה של כל רכיב שאינו חלק מתערובת
הטבק שבמוצרי הטבק ושעורו המרבי
במוצרי הטבק;

(4) רשימה בה מידע תמציתי לציבור בדבר
רעילותו של כל הרכיב המפורט בפסקאות
(1) ו-(3), בצורתו הגולמית ובעת השימוש
בו (מידע טוקסיקולוגי), לרבות בדבר
השפעתו של הרכיב על בריאותו של
המשתמש במוצר הטבק ועל התמכרותו
לאותו מוצר.

(ב) הרשימות כאמור בסעיף קטן (א) יוגשו לשר
הבריאות במסמך מודפס ובאמצעי אלקטרוני
או מגנטי; ואולם מהרשימה המוגשת לשר
הבריאות באמצעי אלקטרוני או מגנטי, יושמט
המידע בדבר מתכון (פורמולציה) של שם
מסחרי או של מותג מסוים, המהווה סוד
מסחרי.

(ג) שר הבריאות יפרסם את הרשימות שהוגשו לו
לפי סעיף זה, בלא המידע המהווה סוד מסחרי
כאמור בסעיף קטן (ג), באתר האינטרנט של
משרד הבריאות או בדרך מתאימה אחרת כפי
שימצא לנכון.

(ד) שר הבריאות רשאי, באישור ועדת הכלכלה
של הכנסת, להתקין תקנות לענין סעיף זה,
לרבות לענין חובת סימון רכיבים המשמשים
בייצור מוצרי טבק על גבי חפיסות מוצרי
הטבק ואופן בדיקת שיעור הרכיבים כאמור.

שימוש בחומרי טעם 9ג. שר הבריאות רשאי להתקין תקנות, באישור

ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת,
לאסור או להגביל את השימוש בחומרי טעם
פירות או שוקולד במוצרי טבק.

מינוי מפקחים 9ד. (א) שר הבריאות רשאי להסמיך מפקחים,
מבין עובדי המדינה, לשם פיקוח על ביצוע
הוראות חוק זה.

(ב) לא יוסמך מפקח לפי הוראות סעיף קטן
(א), אלא אם כן התקיימו בו כל אלה:

(1) משטרת ישראל הודיעה, לא יאוחר
משלושה חודשים מפניית שר
הבריאות אליה, כי היא אינה מתנגדת
להסמכתו למפקח מטעמים הנוגעים
לשלום הציבור ובטחונו, לרבות
בשל עברו הפלילי;

(2) הוא קיבל הכשרה מתאימה בתחום
הסמכויות שיהיו נתונות לו לפי חוק
זה, כפי שהורה שר הבריאות
בהסכמת השר לביטחון הפנים.

(3) הוא עומד בתנאי כשירות נוספים,
ככל שהורה שר הבריאות, בהסכמת
השר לביטחון הפנים.

(ג) הודעה על הסמכת מפקח לפי סעיף זה
תפורסם ברשומות.

סמכויות פיקוח ואכיפה 9ה. (א) לשם פיקוח על ביצוע הוראות חוק זה,
רשאי מפקח, לאחר שהזדהה לפי סעיף 9ו-

(1) להיכנס למקום שבו מייצרים או משווקים
מוצרי טבק כדי לבדוק אותם ואת תהליכי
ייצורם או שיווקם, או למקום בו קיים חשד כי
מפרסמים מוצרי טבק בניגוד להוראות חוק זה
או למקום בו מייצרים פרסומת כאמור ואולם,
לא ייכנס מפקח למקום המשמש למגורים בלבד,

אלא על פי צו של בית משפט;

(2) לדרוש מכל אדם הנוגע בדבר למסור לו כל ידיעה ומסמך שיש בהם כדי להבטיח או להקל על ביצוע הוראות חוק זה; בפסקה זו, "מסמך" – לרבות פלט, כהגדרתו בחוק המחשבים, התשנ"ה-1995;

(3) ליטול דוגמאות של מוצרי טבק לשם מסירתן לבדיקה במעבדות שאישר המנהל לעניין זה, או של פרסומת למוצרי טבק, לשמור אותן ולנהוג בהן בכל דרך אחרת.

(ב) התעורר חשד לביצוע עבירה על הוראות חוק זה, רשאי מפקח –

(1) לחוקר כל אדם הקשור לעבירה כאמור, או שעשויות להיות לו ידיעות הנוגעות לעבירה כאמור; על חקירה לפי פסקה זו יחולו הוראות סעיפים 2 ו-3 לפקודת הפרוצדורה הפלילית (עדות), בשינויים המחוייבים;

(2) לבקש מבית משפט צו חיפוש על פי סעיף 23 לפקודת סדר הדין הפלילי (מעצר וחיפוש)[נוסח חדש], התשכ"ט-1969 (להלן – פקודת מעצר וחיפוש), ולבצעו; על חיפוש לפי פסקה זו יחולו הוראות סעיפים 24(א)(1), 26 עד 28 ו-45 לפקודת מעצר וחיפוש, בשינויים המחוייבים;

(ג) סירב אדם להיענות לדרישות מפקח, על פי סמכותו בהתאם להוראות סעיף זה, וקיים חשש שיימלט או שזהותו אינה ידועה, רשאי המפקח לעכבו עד לבואו של שוטר, ויחולו על העיכוב האמור הוראות סעיף 75(ב) ו-(ג) לחוק סדר הדין הפלילי (סמכויות אכיפה – מעצרים), התשנ"ו-1996, בשינויים המחוייבים.

(ד) נתפסו לפי סעיף קטן (ב)(3) מוצרי טבק

או פרסומת, והחליט המפקח שהם אינם מתאימים להוראות חוק זה, יפרט בכתב את הנימוקים להחלטתו, יסמנם במילים "פסולים לשיווק" ויורה על השמדתם.

זיהוי מפקחים 19. מפקח לא יעשה שימוש בסמכויות הנתונות לו לפי חוק זה, אלא בעת מילוי תפקידו ובהתקיים שניים אלה:

(1) הוא לובש מדי מפקח, בצבע ובצורה שהורה לעניין זה שר הבריאות, ובלבד שהמדים כאמור אינם נחזים להיות מדי משטרה, והוא עונד באופן גלוי תג המזהה אותו ואת תפקידו; (2) יש בידו תעודה החתומה בידי שר הבריאות, המעידה על תפקידו ועל סמכויותיו, שאותה יציג על פי דרישה.

השגה על החלטת מפקח 19. (א) הרואה עצמו נפגע מהחלטת מפקח לפי סעיף 9(ד), רשאי להשיג עליה בפני המנהל.

(ב) מגיש השגה כאמור בסעיף קטן (א) (להלן – ההשגה) לא יעשה כל פעולה בחפץ, לא יעבירו ממקומו, לא יפתח אריזתו ולא יעשה בו כל שינוי אלא לפי אישור בכתב מאת המפקח.

(ג) החלטה בהשגה כאמור בסעיף קטן (א), תהיה החלטה מנומקת, בכתב, ותינתן בתוך שלושים ימים.

12. תיקון סעיף 12. בסעיף 12 לחוק העיקרי, במקום "עד 7" יבוא "עד 5".

14. תיקון סעיף 14. בסעיף 14 לחוק העיקרי – יימחק.

תחילה הוראת מעבר 16. (א) תחילתו של חוק זה, למעט ההוראות המפורטות בסעיפים קטנים (ב) עד (ה), שלושה חודשים מיום פרסומו (להלן – יום התחילה).

- (ב) תחילתו של סעיפים 1, 2(2) ו-10 לחוק זה שלוש שנים מיום פרסומו של חוק זה (להלן – היום הקובע);
- (ג) תחילתו של סעיפים 3, 5, 7, 13 לחוק זה, שנה מהיום הקובע.
- (ד) דיווח ראשון לפי הוראות סעיף 9ב לחוק העיקרי, כנוסחו בסעיף 9 לחוק זה, יימסר לשר הבריאות עד ליום ראשון ב[חודש ושנה], למעט לענין סעיף 9ב(4) בכל הנוגע להשפעת הרכיבים על המשתמש במוצר הטבק ועל התמכרותו לאותו מוצר טבק, אשר דיווח ראשון לגביו יימסר לשר הבריאות עד ליום ראשון ב[חודש ושנה].

נספח 5

מטה-אנליזה (2008): מועילות ושיעורי גמילה עבור תרופות בודדות ושילובי תרופות בהשוואה לאינבו, לאחר 6 חודשים מאז הפסקת העישון (על בסיס 83 עבודות).
מקור: דו"ח משרד הבריאות האמריקאי

Fiore M et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, May 2008.
www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm

התרופה	יחס הסיכויים המשוער (Estimated odds ratio (95% C.I.))	שיעור הגמילה המשוער (95% C.I.)	עוצמת הראיות (A = ראיות חזקות)
אינבו	1.0	13.8	
טיפול בתרופה אחת			
2) Varenicline מ"ג/יום) ⁵⁴	3.1 (2.5–3.8)	33.2 (28.9–37.8)	A
ניקוטין בתרסיס אף ⁵⁵	2.3 (1.7–3.0)	26.7 (21.5–32.7)	A
מדבקת ניקוטין במינון גבוה (<25 מ"ג) ²	2.3 (1.7–3.0)	26.5 (21.3–32.5)	A
מסטיק ניקוטין, טיפול ממושך (<14 שבועות) ⁵⁶	2.2 (1.5–3.2)	26.1 (19.7–33.6)	A מתן 4 מ"ג מסטיק למעשנים כבדים – B
1) Varenicline מ"ג/יום) ¹	2.1 (1.5–3.0)	25.4 (19.6–32.2)	A
משאף ניקוטין ⁵⁷	2.1 (1.5–2.9)	24.8 (19.1–31.6)	A
Clonidine מ"ג/יום 0.1-0.75 ⁵⁸	2.1 (1.2–3.7)	25.0 (15.7–37.3)	A (חלופה שנייה : טרם אושר ע"י ה-FDA)
⁵⁹ Bupropion SR (שחרור מושהה) 150 מ"ג X 2/יום	2.0 (1.8–2.2)	24.2 (22.2–26.4)	A
⁶⁰ מדבקת ניקוטין (6-14 שבועות)	1.9 (1.7–2.2)	23.4 (21.3–25.8)	A
מדבקת ניקוטין, טיפול ממושך (<14 שבועות)	1.9 (1.7–2.3)	23.7 (21.0–26.6)	A
⁶¹ נורטילין 25 מ"ג/יום	1.8 (1.3–2.6)	22.5 (16.8–29.4)	A (חלופה שנייה : טרם אושר ע"י ה-FDA)
מסטיק ניקוטין, שימוש לפי הצורך ³ (6-14 שבועות)	1.5 (1.2–1.7)	19.0 (16.5–21.9)	A
טיפול משולב			
מדבקת ניקוטין, טיפול ממושך, <14 שבועות) +	3.6 (2.5–5.2)	36.5 (28.6–45.3)	- טרם אושר ע"י ה-

⁵⁴ Champix 0.5 mg, 1 mg

⁵⁵ Not available in Israel

⁵⁶ Nicotinell chewing gum 2 mg, 4 mg, Nicorette mint 2mg, 4 mg

⁵⁷ Nicotine inhaler 10 mg

⁵⁸ Clonnirit 0.025 mg, Normopressan 0.150 mg

⁵⁹ Zyban SR 150 mg, Wellbutrin XR 150 mg

⁶⁰ Nicorette patches 5 mg, 16.6 mg, 24.9 mg, Nicotinell TTS 7 mg, 14 mg, 21 mg, Niquitin CQ patches (or clear) 7 mg, 14 mg, 21 mg

⁶¹ Nortylin 10 mg, 25 mg

FDA			ניקוטין (מסטיק ⁵ /תרסיס ²), לפי הצורך
A	28.9 (23.5–35.1)	2.5 (1.9–3.4)	מדבקת ניקוטין²¹ Bupropion + מ"ג/יום⁶ SR (שחרור מושהה)
חלופה שנייה: טרם אושר ע"י ה-FDA	27.3 (17.2–40.4)	2.3 (1.3–4.2)	מדבקת ניקוטין ²¹ מ"ג/יום + נורטילין ⁸ 75-100 מ"ג/יום
טרם אושר ע"י ה-FDA	25.8 (17.4–36.5)	2.2 (1.3– 3.6)	מדבקת ניקוטין ¹⁵ מ"ג + משאף ניקוטין ⁴
חלופה שנייה: טרם אושר ע"י ה-FDA	24.3 (16.1–35.0)	2.0 (1.2–3.4)	מדבקת ניקוטין ²¹ מ"ג/יום + תרופה נוגדת דיכאון מהדור השני (paroxetine ⁶² 20 mg/d, venlafaxine ⁶³ 22 mg/d)

⁶² Parotin 20 mg, 30 mg, Paroxetine-Teva 20 mg, Paxxet 20 mg, 30 mg, Seroxat 20 mg

⁶³ Viepax 37.5 mg, 75 mg, Viepax XR 75 mg, 150 mg, Efexor-XR 75 mg, 150 mg, Venla 37.5 mg, 75 mg, Venlafaxine XR 75 mg, 150 mg



בריאות נבונה מאריכה חיים

כסלו תשע"א | דצמבר 2010



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות, ירושלים
Ministry of Health, Jerusalem

מנהל הכללי
Director General

048223122 P.01/01

חברי הוועדה הציבורית לצמצום העישון ונזקיו
(נספח לדו"ח הוועדה ינואר 2011)

פרופ' אליעזר רובינסון

חבר הוועדה

מר בועז טופר

חבר הוועדה

ד"ר אלי רוזנברג

חבר הוועדה

ד"ר לאה חזן

חבר הוועדה

ד"ר רזני גמזו

יו"ר הוועדה

244984

רח' בן-טבאי 2, ירושלים 93591 ת"ד 1176, ירושלים 93591 טל: 02-6705706 פקס: 02-6783266
2, BEN TABAI ST. JERUSALEM 93591 P.O.B. 1176 TEL: (02) 6705706 FAX: 972-2-6783266

חזרה P.01