

האוניברסיטה העברית
הפקולטה למדעי החברה
בית הספר למדיניות ציבורית
תכנית המצטיינים ללימודי תואר שני

נייר מדיניות בנושא :

גמילת עישון

מוגש לידי :

מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' אבי ישראל

מגישה : אנה מלמן

מטלה סופית בסדנה מתקדמת בניתוח מדיניות
ד"ר ערן פייטלסון, ד"ר ענת גופן שריג, גבי ג'ני אושר
יולי 2009

תוכן עיניינם

2.....	תמצית מהלים.....
3.....	רקע.....
4.....	עלויות למדינה.....
4.....	היקף השימוש בטבק בישראל ומגמותיו.....
6.....	המדיניות הנוכחית.....
7.....	הגדרת הבעיה.....
7.....	שאיפה להיגמל.....
8.....	מכשולים לגמילה.....
10.....	היעדר סיוע למעשנים.....
11.....	חלופות.....
11.....	חלופה א': יצירת "קו לנגמל" לאומי.....
11.....	חלופה ב': הרחבת הגישה לטיפול גמילה התהנהגותית.....
12.....	חלופה ג': סבסוד טיפול תרופתי.....
12.....	הערכת חלופות.....
16.....	המלצה.....
17.....	נספח אסטרטגי.....
17.....	גיוס תמיכה וצמצום עלויות.....
18.....	יישום טכני.....
19.....	תוכנית מוגבלת.....
19.....	מארג מדיניות.....

רשימת מקורות.....21

נספח א': חישוב עלויות.....24

נספח ב': מיפוי שחקנים.....25

תמצית מנהלים

עישון הוא גורם המוות הניתן ביותר למניעה בישראל. 24% אחוז מכלל האוכלוסייה מעשנים, ושיעורם גדול יותר בקרב השכבות החלשות ושכבות השוליים. מספר משמעותי של מעשנים אמנם מודעים לסכנות הטמונות בשימוש בטבק ושואפים להיגמל, אך אינם מצליחים לממש שאיפה זו עקב התמכרות, הנאה מעישון, נגישות הסיגריות ולחץ חברתי. לפיכך, יש צורך בתכניות נגישות שתסייענה למעשנים הרוצים להיגמל. נייר זה ממליץ על יישומו של שירות טלפוני לאומי לסיוע בגמילה. לנייר מצורפת אסטרטגיה ליישום פוליטי וטכני של תכנית זאת.

רקע

השימוש בטבק הוא גורם המוות הניתן למניעה במידה הרבה ביותר. הוא גם גורם הסיכון לשישה מתוך שמונת הגורמים הנפוצים ביותר בעולם (WHO 2008, ע' 7) ולשלושת הגורמים למוות הנפוצים ביותר

בישראל: מחלות לב, סרטן, ושבץ מוחי (ICDC 2008, ע' 32). בישראל, הטבק גורם למותם של 10,000 בני אדם כל שנה. כלומר, עשרים בני אדם בכל יום. מתוך 10,000 מתים אלה, 8,500 הם מעשנים ו-1,500 קרבנות של עישון פסיבי (אתר "האגודה למלחמה בסרטן" ו Siegel-Itzkovich פברואר 2009).¹ 20% ממקרי המוות בישראל קשורים לטבק ("להיפטר מהעישון בישראל", ע' 2). עישון אקטיבי ועישון פסיבי כאחד גורמים להתקפי לב, לסרטן, למחלות נשימתיות, לנפחת ולמחלות לב.

סרטן הריאות אחראי למותם של מעשנים פי עשר יותר מאשר של לא-מעשנים. יתר על כן, 30% ממקרי המוות מסוגי סרטן אחרים - ביניהם סרטן הפה, הגרון, הוושט, הלוע, שלפוחית השתן, הכליה, הלב, וצוואר הרחם - קשורים לעישון. מעשנים עלולים לסבול ממחלות כליליות, מחלות כלי דם, התקפי לב, שבץ מוחי ומוות פתאומי פי שניים יותר מלא-מעשנים. 75% מהתקפי הלב אצל גברים מתחת לגיל 45 הם בקרב מעשנים. שיעור המוות מכיב הקיבה גדול פי 2.9 מהשיעור בקרב לא-מעשנים. בין ההשלכות הנוספות לחשיפה לטבק נכללות גם אין-אונות (שיעור כפול בקרב גברים מעשנים בגיל 30 מאשר בקרב הלא-מעשנים באותו גיל), ירוד, אוסטאופורוזיס, ומחסור בוויטמין C (אתר "האגודה למלחמה בסרטן").

לנשים לא-מעשנות הגרות עם בן זוג מעשן יש סיכון גדול פי 25% לסבול מסרטן הריאות מאשר נשים הגרות עם בן זוג שאינו מעשן. קצרת, ברונכיטיס, ודלקת ריאות נפוצות יותר בקרב ילדים החשופים לעישון טבק פסיבי (Ending the Tobacco Problem 2007, ע' 3).

עלויות למדינה

העלויות למדינה גבוהות בשל ממדי התחלואה הקשורה לשימוש בטבק ולחשיפה לעישון. אומדן העלות הישירה של הנזקים הנובעים מעישון ב-2008 הייתה 1.75 מיליארד ש"ח, 0.25% מהתמ"ג (דו"ח שר הבריאות 2008, ע' 91 ו Linder-Ganz 2009). העישון גורם לחצי מיליון ימי אשפוז בשנה, ו-14% מכלל

¹ עישון פסיבי מתייחס ללא-מעשנים שחשופים לטבק בגלל העישון של אחרים. לפי ארגון הבריאות העולמי: "The smoke produced by burning tobacco products is known as second-hand tobacco smoke or environmental tobacco smoke. Tobacco smoke in enclosed spaces is breathed by everyone, exposing both smokers and non-smokers to its harmful effects. This is commonly referred to as involuntary smoking or passive smoking" (http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/en/index4.html).

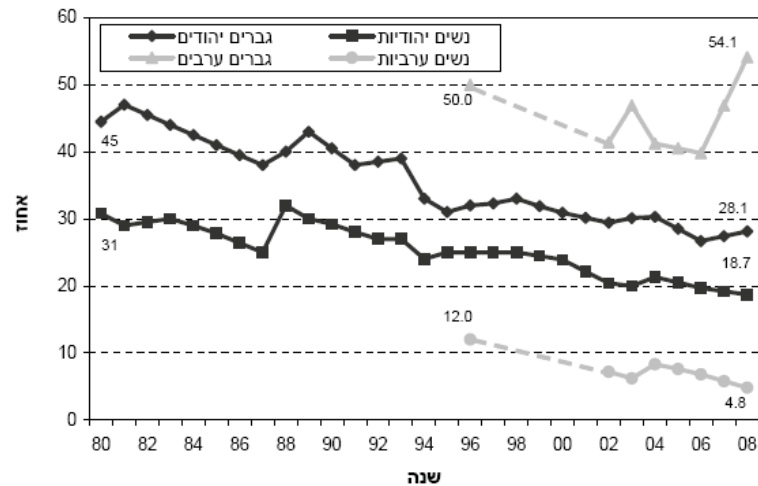
המיטות מאכלסות חולים הסובלים ממחלה הקשורה לעישון (אתר "האגודה למלחמה בסרטן"). יתר על כן, יש בזבוז של 64,440 ימי עבודה עקב הפסקות סיגריות וימי מחלה בשל מחלות הקשורות לעישון, שווה ערך ל-2.8 מיליארד ש"ח בשנה (Feinmesser 2009).

גמילה מצמצמת את ההשפעות השליליות של השימוש בטבק וחוסכת למדינה גם בטווח הקצר וגם בטווח הארוך. מחקר רפואי מצא שגמילה עד גיל 30 מבטלת כמעט את כל הסיכונים המיותרים הקשורים בעישון, וגמילה עד גיל 50 מצמצמת בחצי את הסיכון למוות ב-15 השנים הבאות (CDC 2007, ע' 40). בנוסף לכך, גמילה מעישון מצמצמת את שכיחות העישון בחברה, ובשל כך מצמצמת את העלויות למדינה ואת החשיפה המזיקה לעישון פסיבי. בכל זאת, הגמילה קשה משום שטבק הוא חומר ממכר. תלות בטבק היא תהליך ביולוגי וחברתי המשפיע על מידת הקושי של הגמילה. יתר על כן, הגמילה קשה משום שהמוני משתמשים מאמינים שגמילה אינה אפשרית (de Costa e Silva 2003, ע' 15).

היקף השימוש בטבק בישראל ומגמותיו

שיעור העישון בישראל היה במגמת ירידה עד השנים האחרונות. ב-2007 ו-2008 היו השיעורים הן בקרב גברים יהודים והן בקרב גברים ערבים בעלייה, והירידה בקרב נשים יהודיות הואטה (ראו תרשים 1), למרות ההתרבות בשנים האחרונות של תכניות חינוך על נזקי עישון והרחבת החוק למניעת עישון במקומות ציבוריים שהגבילה עוד יותר את המקומות בהם מותר לעשן. מגמות של נפיצות העישון מושפעות גם על ידי מספר האנשים המתחילים לעשן כל שנה וגם על ידי מספר האנשים המפסיקים.

תרשים 1. מגמות בשיעורי העישון בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, לפי קבוצת אוכלוסייה ומין (-1980-2008)



(1) הנקודות המסומנות מציגות שנים בהן התקיים סקר. בשאר השנים הנתונים מבוססים על אומדנים.

(2) משנת 2000, הנתונים המוצגים משוקללים לגיל.

(3) בין השנים 1996-2002 לא נערכו סקרי בריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל.

מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2008, משרד הבריאות, מאי 2009, ע' 27, <http://www.health.gov.il/download/pages/smoke18052009.pdf>.

ב-2008, ה-Israel National Health Interview Survey מצא ש-24.4% מכלל המבוגרים בישראל מעשנים. בנוסף לכך, 40.2% מכלל האוכלוסייה - מעשנים ולא-מעשנים - חשופים לעישון פסיבי בבית או במקום העבודה (דו"ח שר הבריאות 2008, ע' 23). כמו גם במדינות אחרות, העישון נפוץ יותר בקרב מעוטי יכולת, בעלי השכלה נמוכה ובמגזרים השוליים, על אף נפיצתו בכל המגזרים בדרגה כלשהי.

לפי סכום החפיסות הנרכשות, צריכת הסיגריות נמצאת בעלייה מ-2006.² למרות זאת, עם העלייה במספר המעשנים באותה תקופה, צריכת הסיגריות לנפש אכן ירדה (דו"ח שר הבריאות 2008, ע' 85), מה שמראה שלתכניות החינוכיות הקיימות ולמגבלות שהוטלו על המעשנים יש השפעה מסוימת על צמצום הצריכה הכולל, אם לא על מניעת עישון מלכתחילה. אמנם העישון בכללו מזיק, אך גם הסיכונים לבריאות עולים בד בבד עם העלייה בצריכת הטבק.

המדיניות הנוכחית

² ב-2006, נרכשו 397 מיליון חפיסות סיגריות, ואילו ב-2007 המספר עלה ל-403 מיליון. בכל זאת, בשנות ה-90, הייתה צריכת הסיגריות הממוצעת לנפש הייתה מעל 80 חפיסות לשנה, ואילו ממוצע הצריכה ב-2007 היה 55 חפיסות לנפש לשנה.

כדי להשיג את היעד ולצמצם את שיעור העישון בישראל ל-15% מהשיעור הנוכחי של 24% עד 2020, כבר יושמו כמה תכניות שונות ונחקקו חוקים להילחם נגד נפישות השימוש בטבק, רובם מתמודדים עם מניעה. מאמץ גדול וכסף רב הושקעו בחינוך בקרב צעירים, מטעם המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות במשרד הבריאות וגם מטעם משרד החינוך. התכניות מתפרסות החל ממודעות על התמכרות לחומרים ממכרים ונזקי עישון עד ביום משפטי חיקוי נגד חברות טבק. התכניות זוכות להצלחה צנועה בהגבלת העישון, כפי שמראות המגמות המתרחשות לאחרונה.

ב-2007 תוקן החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים: הורחבו המקומות בהם העישון מוגבל והועלה גובה הקנס לאלה העוברים על החוק. המטרה של החוק הזה היא להגן על המעשנים הפסיביים ולסלק את העישון מהתחום הציבורי והוא אינו מיועד לצמצם את מספר המתחילים או להגדיל את מספר הנגמלים. אף על פי כן, החל מיישום תקנת החוק ב-2007, 63% מכלל המעשנים מדווחים שהם מעשנים פחות בפרהסיה ו-13% צמצמו את צריכת הסיגריות הכוללת שלהם.

רוב התכניות והחוקים הקיימים מיועדים למניעת עישון, ואילו תכניות המעודדות גמילה ותומכות בנגמלים מוגבלות יותר. קופות החולים וכמה עמותות מכשירות רופאים ומקצוענים אחרים בטיפול בריאותי במודעות לסיכוני עישון, בעידוד מטופלים להיגמל, ובייעוץ למעשנים תוך כדי תהליך הגמילה. מ-2003, מכבי שירותי בריאות יוזמת קורס של שמונים שעות להכשרת רופאים ומקצוענים; ב-2008 הוכשרו עשרים אנשים חדשים. העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון גם היא מציעה קורסי הכשרה מקצועיים להכשרת רופאים בתפקידים תומכים בתהליך הגמילה, במודעות לתרופות מסייעות, בעידוד ובייעוץ נגד התמכרות.

חלק קטן של הלשכות העירוניות של משרד הבריאות (כגון בבאר שבע), קופות החולים וכמה עמותות מציעות קבוצות תמיכה ופורומים באינטרנט למעשנים המנסים להיגמל. הסדנאות האלה אינן כלולות בסל הבריאות הבסיסי. רוב קופות החולים מציעות סדנאות במחיר מסובסד למבוטחים בביטוחים המשלימים. כאשר הסדנאות האלה מוצעות בחינם, ההשתתפות עולה. ב-2004, יזמה קופת חולים כללית תכנית שבה חברים עם ביטוח משלים יכולים להירשם לסדנת גמילה קבוצתית בחצי המחיר, והקופה משפה אותם אם שישה חודשים

אחרי תום הסדנה הם עדיין מתנזרים מעישון. ההשתתפות בסדנאות שולשה אחרי יישום היזמה (אתר World Conference on Tobacco). קופת חולים מאוחדת מעבירה סדנאות המכוונות במיוחד לחרדים וגם מעבירה קורסים אישיים. ב-2009, פתחה מכבי שירותי בריאות שירות תמיכה טלפוני וסדנאות אישיות.

חלק מהקופות מציעות גם שירותים נוספים. מבוטחים בביטוח משלים בקופת חולים מכבי יכולים לרכוש בחצי מחיר תרופות המסייעות בגמילה מעישון הניתנות לפי מרשם.

גם בצה"ל יש סדנאות לגמילה. ב-2008 היה שיעור ההצלחה של סדנאות אלה בטווח הארוך מעל 50% (דו"ח שר הבריאות 2008, ע' 55).

הגדרת הבעיה

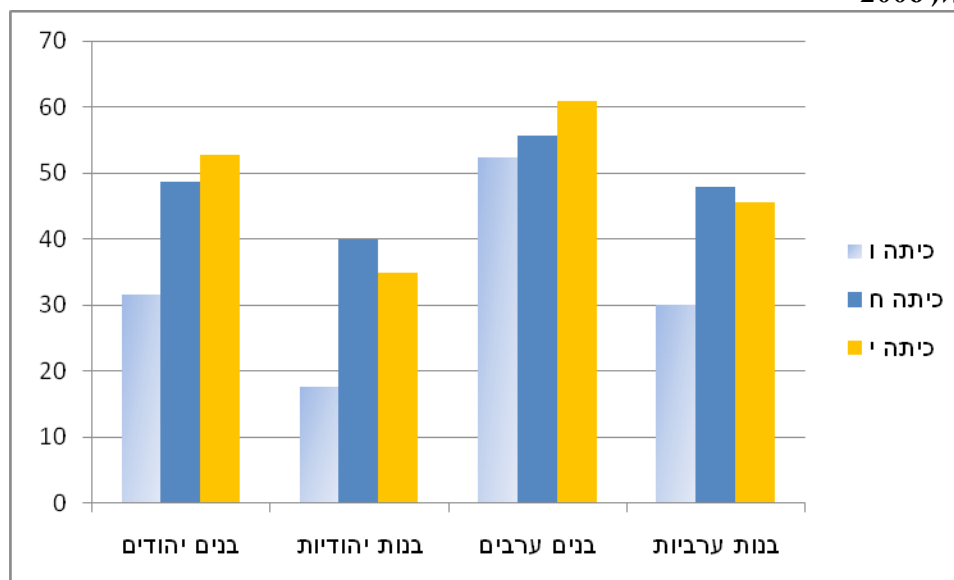
שאיפה להיגמל

הנתונים על מספר המעשנים המדווחים שהם רוצים להפסיק משקפים את העובדה שאנשים מודעים להשפעות השליליות של העישון. ב-2007, 39.3% מכלל הנשים ו-46.5% מכלל הגברים דיווחו שהם רוצים להיגמל (דו"ח שר הבריאות 2007-2008, ע' 22). אך יש הפרש גדול בין מספר האנשים המבטאים שאיפה להיגמל ובין אלה שאכן מפסיקים לעשן או לפחות מנסים להיגמל. גם תלמידי חטיבות הביניים והתיכונים המעשנים מדווחים שהם רוצים להפסיק, על אף שהשיעור משתנה לפי גיל, מגזר ומגדר (ראו תרשים 2). תלמידים רבים מנסים להיגמל אבל חוזרים לעישון (ראו תרשים 3).

בישראל, רק 3%-5% מכלל המעשנים המנסים להיגמל בלי עזרה מצליחים (mafsikim.org). אפילו עם עזרה, רבים חוזרים לעישון. ב-2007, 45% מבין המשתתפים בסדנאות של קופת חולים מכבי חוזרים לעשן וכך גם 50% מהמשתתפים בסדנאות של קופת חולים כללית (דו"ח שר הבריאות 2007-2008, ע' 62). דווקא לסדנאות המוצעות על ידי עמותות יש שיעור הצלחה גבוה יותר של 60%-80% (mafsikim.org). בממוצע, יש

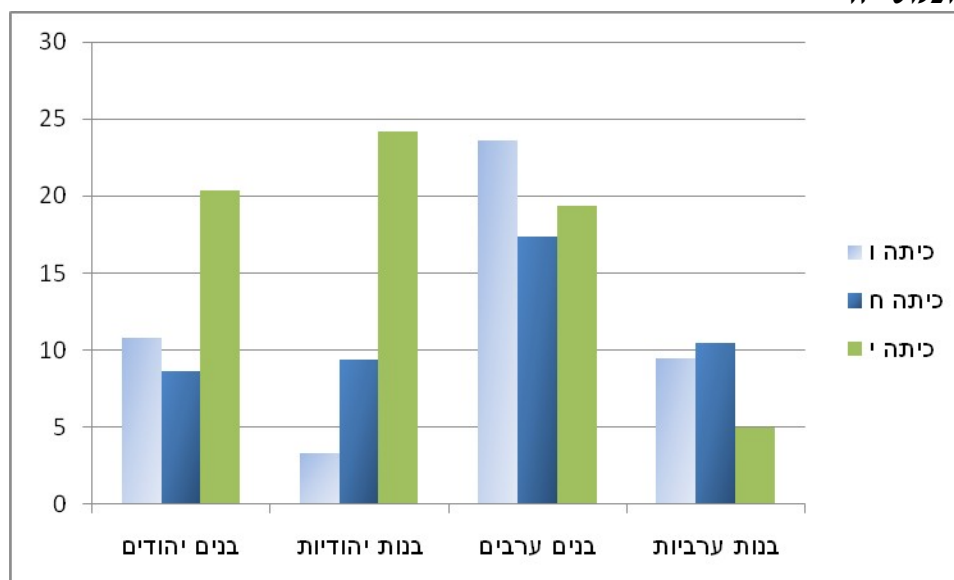
לסדנאות האלה יותר שעות ייעוץ מאשר לאלה של קופות החולים. בנוסף, מתברר שהניסיונות של גברים להיגמל מוצלחים יותר מאלה של נשים.

תרשים 2. אחוז התלמידים המעשנים המעוניינים להפסיק לעשן סיגריות לפי מין, כיתה וקבוצת אוכלוסייה, 2006



מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, דו"ח שר הבריאות על עישון 2007-2008, מאי 2008, ע' 32, http://www.health.gov.il/Download/pages/smoke2007_2008.pdf

תרשים 3. אחוז התלמידים המעשנים אשר ניסו בעבר להפסיק לעשן סיגריות וחזרו לעשן, לפי מין, כיתה וקבוצת אוכלוסייה



מקור: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, דו"ח שר הבריאות על עישון 2007-2008, מאי 2008, ע' 33, http://www.health.gov.il/Download/pages/smoke2007_2008.pdf

מכשולים לגמילה

גמילה מעישון קשה מבחינה פסיכולוגית, גופנית וכלכלית. מבוגרים ותלמידים כאחד אינם משלימים עם כוונתם להפסיק או חוזרים לעישון בשל הקבלה החברתית את העישון המקשה על הניסיונות להתנזר, ומחמת האופי הממכר של טבק; בלעדי סיוע בגמילה, רוב המשתמשים מידרדרים, תופעה המחריפה בגלל העובדה שהעישון נפוץ ומקובל.

מבחינה פסיכולוגית וגופנית, גמילה מהתמכרות היא תהליך קשה, במיוחד כשהתמריץ לעשות זאת נמוך. בחברה שבה עישון נחשב כמקובל והוא נפוץ (במיוחד בקרב אוכלוסיות שבהן שיעור העישון גבוה מאוד, כגון בקרב גברים ערבים ואצל עולי חבר עמים), הגמילה קשה מאוד עקב האופי הממכר של סיגריות. מעשנים המדווחים שהם רוצים להפסיק אבל אפילו לא מנסים להיגמל אומרים שזה בגלל התהליך המפחיד והקשה של גמילה ובגלל אמונתם שהם ייכשלו (mafsikim.org).

מחקר מקיף מראה שהדרך היעילה ביותר לגמילה מעישון היא באמצעות טיפול ייעוצי או טיפול תרופתי בניגוד לניסיונות אישיים (Feinmesser 2009 ו CDC 2007, ע' 40). בכל זאת, מערכות תמיכה ראויות אינן נגישות במידה מרובה למעשנים הרוצים להיגמל. כשליש מהמעשנים מנסים להיגמל בלי סיוע (de Costa e Silva 2003, ע' xvi) אך רק 3%-5% יכולים להתמיד בהתנזרות במשך זמן ארוך יותר משנה בלי סיועי הפסקה.

מבחינה כלכלית, גמילה מעישון יקרה. תכניות ייעוץ ותרופות זמינות רק לחברי קופות חולים המשלמים לביטוח משלים, שהם 70% מכלל האוכלוסייה (Siegel-Itzkovich אוגוסט 2009). אך שיעורי העישון גבוהים יותר בקרב השכבות החלשות שהביטוח המשלים פחות נפוץ אצלם ולכן תמיכה בגמילה פחות נגישה בשבילם.

הגישה לטיפול ייעוצי מוגבלת, במיוחד בהשוואה לגישה לסיגריות. אפילו אנשים המבטאים שאיפה להיגמל מתפתים לעשן, עקב ההתמכרות לניקוטין, לחץ חברתי, הנאה מעישון והפחד מהגמילה. במוצק, חפיסת סיגריות עולה 20 ש"ח, וסיגריות נגישות באופן רחב. בכל זאת, מעשן בעל ביטוח בריאות בסיסי חייב לשלם בין 400 ש"ח (לאומית) ובין 890 ש"ח (כללית) לסדנת ייעוץ קבוצתית. המחיר לבעלי ביטוח משלים הוא חצי מהמחיר הזה. אם המעשן רוצה להסתייע בתרופות, המחירים עולים. המחיר לשתי תרופות המרשם המומלצות ביותר, צ'מפיקס וזייבן, הוא 1,600 ש"ח ו-830 ש"ח, בהתאמה. תחליפים בלא מרשם כמו מדבקות ניקוטיל עולים 90 ש"ח לחפיסה, ומעשנים חייבים להשתמש בהם שלושה עד שישה חודשים במוצק, שזה בסך הכול אלף עד אלפיים ש"ח. מדבקות ניקוטין זולות מעט יותר, כך שניתן להוציא כמעט אלף ש"ח עד לגמילה (רז-חיימוביץ' 2009).

לוח 1: עלות לסיועי גמילה וסיגריות

מוצר	עלות לחודש (לא מסובסד)	עלות לחודש (מסובסד)	עלות לטיפול מלא (לא מסובסד)	עלות לטיפול מלא (מסובסד)	עלות ממוצעת לסיגריות לאותו זמן*
סדנה מאוחדת -	200	100	400 (חודשיים)	200	1200-600
סדנה - מכבי	225	112.50	450 (חודשיים)	225	1200-600
סדנה - כללית	222.50	195	890 (חודשיים)	780	1200-2400
סדנה - לאומית (רק בבאר שבע)	400	200	400	400	600-300
צ'מפיקס	533	414-320	1600 (חודשיים)	1242-960	1800-900
זייבן	414	280-214	830 (חודשיים)	428-560	1200-600
מדבקות ניקוטיל	90/חפיסה 360/חודש	360	2160-1080 (3 חודשיים)	1260-1080	1800-900 (3 חודשיים) 3600-1800 (6 חודשיים)
מדבקות ניקוטין	98/חפיסה 333/חודש	333	970 (חודשיים)	970	1800-900
מסטיק ניקורט	52-34/חפיסה	52-34	לא ידוע	לא ידוע	??

* מבוסס על מעשן "ממוצע" בישראל, המעשן 10-20 סיגריות ביום (דו"ח שר הבריאות 2008, ע' 22).

נתונים מ: מיכל רז-חיימוביץ, "לרגל יום ללא עישון": אילו שיטות לגמילה מעישון קיימות בשוק - וכמה זה עולה? "גלובס", 1 ביוני 2009.

רק מבחינה כלכלית, רוב סיועי הגמילה זולים יותר מסיגריות לאותו פרק זמן, אפילו במחיר לא מסובסד. בכל זאת, חישוב כזה אינו שוקל את נגישות הסיגריות מצד אחד ואת המאמץ הפסיכולוגי והגופני הנדרש ממעשן לאורך זמן מהצד האחר (Feinmesser 2009). הנגישות לסיגריות וקבלת העישון כהתנהגות נורמטיבית בחברה, פוגעים במוטיבציה להפסיק ובגמילה מוצלחת. בניגוד לנפוצות הסיגריות, המעשנים חייבים לחפש סיועי גמילה. בנוסף לכך, רכישת חפיסת סיגריות אחת זולה כשהיא לעצמה, על אף העלויות הנוספות, ואילו סיועי גמילה דורשים הוצאה גדולה בהתחלה, על אף שהם זולים יותר באופן כללי.

היעדר סיוע למעשנים

כפי שעפרה פיינמסר כותבת, "התמכרות היא מעבר לשליטתם של רוב המכורים לסיגריות והם זקוקים לסיוע" (Feinmesser יוני 2009). דרושים סיועי גמילה מקיפים ונגישים יותר כדי להגביר את המוטיבציה להיגמל ואת הצלחת הניסיונות להיגמל.

חלופות

חלופה א': יצירת "קוויטליין" (להלן: ה"קו לנגמל") לאומי (שירות ייעוץ טלפוני)

עיקר התכנית: יישום שירות טלפוני עם מספר חינוך שישרת את כל תושבי הארץ. מעשנים יוכלו להתקשר למספר הזה בכל שעה עד חצות כדי לקבל מידע על גמילה וסיוע פסיכולוגי. צוות השירות יספק תמיכה וייעוץ פסיכולוגי מכוון למגזרים מסוימים ויספק הפניות, מספרים וכתובות של אתרי אינטרנט לקופות חולים ולמרפאות מקומיות המספקות מרשמים לתרופות ועורכות סדנאות מקומיות. ה"קו לנגמל" יציע ייעוץ גם בערבית וגם ברוסית בנוסף לעברית ועל אנשי הצוות יימנו מומחים ערבים, רוסים, וחרדים היכולים לתת עצה ותמיכה בתוך ההקשר החברתי במגזרים האלה, בהם העישון נפוץ ולעתים קרובות רמת הלחץ גבוהה.

ה"קו לנגמל" יפעל גם באופן אקטיבי ומעת לעת יזום התקשרות למבקרים קודמים למטרת בדיקה והצעה של תמיכה נוספת.

רציונל: מחקר מצא שאפילו שלוש דקות של ייעוץ מגבירות את שיעור ההינזרות בקרב מעשנים המנסים להיגמל (Rosenberg 2006). בארצות הברית, יישום שירות טלפוני הגדיל את ההינזרות ב-30-50 אחוזים)

Ending the Tobacco Problem 2007, ע' 5). יצירת שירות טלפוני חינם ויישומי מייסדת גישה למעשנים הרוצים להיגמל, במיוחד לאלה שבהיעדר משאבים או גישה לייעוץ או לתרופות (או אפילו המודעות שיש תרופות), או לאלה שהמוטיבציה שלהם היא רק לחייג מספר טלפון ולא לנקוט צעדים הדורשים יזמה מעבר לכך. סקרים במדינות אחרות מגלים שה"קו לנגמל" הוא המגע הראשון עם סיוע גמילה כלשהו לרוב המבקרים (de Costa e Silva 2003, ע' 21), נתון הנכון אף יותר לגבי מעשנים במגזרים החלשים יותר. ה"קו לנגמל" הוא גם כלי מועיל למעשנים היכולים להתקשר אליו במשך תהליך הגמילה כשהם נתקפים בפיתוי לעשן סיגריה. השירות הפרואקטיבי שהצוות מעניק, מגביר את ההינזרות הממושכת באמצעות בדיקות, תמיכה נוספת ולחץ.

חלופה ב': הרחבת הגישה לטיפול גמילה התנהגותית (סדנאות קבוצתיות)

עיקר התכנית: סדנאות טיפול קבוצתיות יסובסדו לכל המעשנים בלי קשר לביטוח הבריאות שיש להם. המעשנים ישלמו סכום קטן בשעת ההרשמה והם יקבלו את כספם בחזרה אם יוכיחו שהם ממשיכים להתנזר מסיגריות במשך יותר משנה אחרי תום הסדנה. מספר הסדנאות הקיימות יוגדל וכך גם הגישה אליהן. גם משך הסדנאות יוארך ויהיה לפחות שלושה חודשים, עם פגישה נוספת אחרי שישה חודשים למי שמעוניין. יהיו סדנאות במתנ"סים, במקומות עבודה ובבתי כנסת. הטיפול חייב להיות מכוון למגזר הקהילה (השונה במקומות שונים), והצוות יתמודד עם ניואנסים תרבותיים מסוימים המשפיעים על התנהגות עישון.

רציונל: אפילו עשר דקות של ייעוץ מגבירות את ההתנזרות פי 30% (de Costa e Silva 2003, ע' 20). בהרחבת הגישה והיכולת לעמוד במחירו של טיפול התנהגותי, המוטיבציה להיגמל עולה. כפי שהצלחת תכנית השיפוי המסובסד של קופת חולים כללית מראה, צמצום עלויות ההשתתפות מגביר את מספר המעשנים המבקשים סיוע לגמילה. טיפול התנהגותי מועיל מפני שהוא מספק למעשנים הכשרה עם זיהוי הגורמים להתנהגות ודרכים להתמודד עם מצבים בהם אחרים מעשנים ואיך להתנתק מהם; הסדנאות מספקות תמיכה חברתית; והן מספקות מסגרת לתמיכה מתמשכת גם אחרי תום הטיפול.

חלופה ג': סבסוד טיפול תרופתי

עיקר התכנית : תרופות מרשם ותרופות ללא מרשם ייכללו בסל הבריאות הבסיסי הזמין לכל האוכלוסייה. מומלץ לכלול את צ'מפיקס או את זייבן כתרופות המרשם בגלל היעילות שלהן כמחסומים לניקוטין. חייבים לסבסד גם כלים אחרים כמו מדבקת ניקוטין ומסטיק ניקוטין. המעשנים יחויבו לשלם חלק קטן של המחיר.

רציונל : טיפול תרופתי מכפיל את שיעור ההתנזרות בקרב אנשים המשתמשים בו (WHO 2008, ע' 32), ולכן חשוב להרחיב את הנגישות אליו. סבסוד התרופות מגביר את הנגישות באמצעות מחירים סבירים יותר. יתר על כן, כשהתרופות ללא מרשם זולות יותר, הביקוש יעלה ואז גם ההיצע יעלה והן יהיו נפוצות יותר בבתי המרקחת והמרכולים, כמו סיגריות.

הערכת חלופות

יעילות

יש להעריך את היעילות משני היבטים : קלות וכוח המשיכה של הנגישות, כולל כמה אנשים יכולים להרוויח מן החלופה (יעילות המוטיבציה) ; והתוצאות הממשיות של הגמילה בזכות השימוש בחלופה (יעילות הגמילה).

יישום "קו לנגמל" לאומי הוא יעיל במקומות אחרים, במיוחד עם הספקת גישה לסיוע לקהילות עניות ושוליות יותר. בישראל זה הוא המגזר הערבי, בו יש שיעור עישון גבוה בקרב הגברים (וכלל, יש לגברים סיכוי יותר טוב להיגמל). למשל, בבריטניה, עשרה אחוזים מהתושבים מדרום-מזרח אסיה, אוכלוסייה שאינה מחפשת סיוע באמצעי דרכים אחרות, משתמשים ב"קו לנגמל" (WHO 2008, ע' 30). מעשנים שכבר שוקלים גמילה, עשויים להשתמש ב"קו לנגמל" יותר מאשר באמצעי סיוע אחרים, לפחות בהתחלת התהליך, מפני שזה קל, חינוך, נגיש ואינו דורש התחייבות. יש ל"קו לנגמל" את הפוטנציאל לשרת את כל המעוניין. לפיכך, יעילות המוטיבציה היא ברמה גבוהה. אמנם, ה"קו לנגמל" אינו מספק תמיכה קבוצתית וקל לנשור אך על יש לו פוטנציאל לתמיכה פסיכולוגית יציבה והשירות הפרואקטיבי יכול להמשיך ולבדוק את המבקרים. לפיכך, רמת יעילות הגמילה היא בינונית עד גבוהה.

לגבי הרחבת הגישה לטיפול גמילה התנהגותי, מספר הנגמלים המצליחים יגדל כשהיקף הטיפול יורחב. לסדנאות בארץ וגם במדינות אחרות יש שיעור הצלחה סביר, במיוחד משום שהן מספקות מסגרת לתמיכה,

מייצרות תמיכה חברתית ומציעות מגוון רב של כלים להתמודד עם תהליך הגמילה הקשה. כתוצאה מכך, רמת היעילות של הגמילה בטיפול התנהגותי היא גבוהה. בכל זאת, הגישה מוגברת כאשר הסדנאות זולות או בחינם, אך חלופה זו עדיין דורשת התחייבות, כך שהיא מכוונת לאנשים החושבים ברצינות על גמילה. יתר על כן, בדרך כלל, האנשים המשתתפים בסדנאות הם אינם מהמגזרים העניים ביותר על אף התמריצים הכלכליים. לפיכך, רמת יעילות המוטיבציה היא בינונית.

גם ליעילותו של סבסוד טיפול תרופתי יש תקדים. אם צ'מפיקס או זייבן אינם עולים הרבה וסיועי גמילה כגון מסטיק ומדבקות קלים לרכישה הן מבחינת מחיר והן מבחינת נגישות, ניתוח עלות-תועלת בין עישון ובין גמילה משתנה והגמילה נחשבת כיותר מושכת ממה שהייתה בעבר. בכל זאת, לא כל אחד, במיוחד בקהילות שוליות יותר, מודע לתרופות. לפיכך, רמת יעילות המוטיבציה היא בינונית-גבוהה. יש לתרופות יכולת לעבוד, ולכן גם רמת יעילות הגמילה היא גבוהה.

עלות

כל החלופות הן cost-effective בטווח הארוך בצמצום מספר האנשים המושפעים על ידי מחלות הקשורות לעישון ובהחזרת כסף למשק באמצעות היעילות המוגברת של מעשנים לשעבר אשר אינם צריכים יותר הפסקות סיגריה וימי מחלה. בכל זאת, יש לכל חלופה עלויות ישירות בטווח הקצר (ראו נספח א' לפרטי החישובים).

תחזוק ה"קו לנגמל" יעלה 1.8 מיליון ש"ח לשנה, כולל שכר הצוות ותקציב ל-150,000 שיחות טלפון (6% מכלל המעשנים מתוך ההנחה שמקצתם יתקשרו יותר מפעם אחת).³ בשלב ההתחלתי, יהיו גם עלויות נוספות כדי לכסות את פרסום השירות. סך העלות לשנה הראשונה הוא 500,000 ש"ח.

הרחבת הטיפול ההתנהגותי יכולה לעלות 340,000 ש"ח למאה סדנאות חדשות עם עשרים איש בכל אחת מהן. סכום זה כולל הוצאות של 540,000 ש"ח על הצוות, הכשרת צוות חדש, שכירת מקום וחומרים. אם

³ מבוסס על קו מנחה לתקציב המומלץ על ידי ה Center for Disease Control (CDC), Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007 (Atlanta: US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, October 2007), p. 41 והותאם לישראל.

מחשבים את ההכנסות מגמול של 200 ש"ח מכל משתתף, שרק מחצית מכך תשופה, מגיעים להכנסות של 200,000 ש"ח.

העלות לסבסוד טיפול תרופתי תהיה 42.2 מיליון ש"ח,⁴ כולל הספקת צ'מפיקס (7 ש"ח למ"ג) או זייבן (4 ש"ח למ"ג) או תרופה בלא מרשם. סכום זה כולל את הרווח מהחלק אותו משלמים המטופלים.

ישימות פוליטית

רמת הישימות הפוליטית של ה"קו לנגמל" היא גבוהה. שר הבריאות יעקוב ליצמן כבר תומך באמצעים דומים (Siegel-Itzkovich מאי 2009), וקופות החולים והעמותות הרלווטיות גם כן יתמכו בו. הקו יקבל תמיכה גם מעמותות ומארגונים של החברה האזרחית במגזר הערבי היכולים להשתתף בפעולה כדי לשפר את רמת הבריאות במגזר הזה. יכולה להיות התנגדות מאגף התקציבים במשרד האוצר אבל העלויות אינן גבוהות כל כך וניתן, במידת ההכרח, למצוא מקורות שונים לתקציב. התנגדות נוספת תבוא מצד אלה החושבים שהשירות אינו יעיל לגבי גמילה.

רמת הישימות הפוליטית של טיפול התנהגותי היא בינונית. מצד אחד, שר הבריאות כבר תומך בתכניות כאלה. מהצד האחר, יש כאלה, ביניהם גם משרד האוצר, שהתכניות האלה מיותרות בעיניהם כי כבר יש תכניות אחרות והם לא יבינו את החשיבות בהרחבת הגישה. יתר על כן, בסך הכול אחוז קטן מהאוכלוסייה ירוויח מהסדנאות משום שמספר המקומות בסדנאות מוגבל, גם אם ירחיבו אותן. תהיה בעיה גם עם קופות החולים המציעות סדנאות משלהם. מצד אחד, זה באינטרס שלהם לתמוך בצעדים לגייס מעשנים לגמילה; הסדנאות הנוספות פוגעות בקופות החולים משום שהסדנאות שהן מציעות יכולות לשמש כדי לגייס מבוטחים חדשים. אפילו אם מעניקים לקופות החולים סמכות על הסדנאות הנוספות, תהיה התנגשות ביניהן.

רמת הישימות הפוליטית של סבסוד טיפול תרופתי היא נמוכה-בינונית. ב-2009, צ'מפיקס וזייבן היו ברשימה הארוכה של תרופות המומלצות להיכנס לסל הבריאות אך לא אושרו ברשימה הסופית, במידת מה עקב הטענה שהכללתן תהיה בזבוז בשל אי האמון ברצונם של המעשנים להיגמל. יחד עם זאת, סוג זה של תרופות

⁴ שם ולפי רשימת עלויות לתרופה של Pfizer.

מסייעות לגמילה היה אחד משלושה (מתוך יותר מ-400) סוגי תרופות שלא התקבלו או שכמעט התקבלו והייתה ביקורת רבה על כך שלא התקבלו. הסיכוי לסבסדם ב-2010 הוא עניין של כוח בידי קבוצות אינטרסים שונים ביחס לכוח המתנגדים לעישון או תומכים בגמילה. ההכרעה נפלה על ידי ועדה שכללה נציגים של משרד הבריאות ומשרד האוצר, רופאים בכירים ואנשי ציבור, שלכל אחד מהם אינטרסים שונים. מצד אחד, העובדה שהתרופות לא התקבלו ב-2009 היא שלילית; אך הרחקת התרופות האלה זכתה לביקורת חריפה ממקצוענים בריאותיים ומקבוצות אינטרס, כך שייתכן שתהיה תמיכה מספקת בשנה הבאה. הסיכוי שמסטיק ומדבקות יסובסדו נמוך גם כן.

ישימות טכנית

רמת הישימות הטכנית של ה"קו לנגמל" היא בינונית-גבוהה. האתגר הגדול ביותר הוא שתכנית זו דורשת גיוס והכשרה ראויה של מקצוענים בתחומי הרפואה, הפסיכולוגיה, או עבודה סוציאלית, כולל ערבים, רוסים, ודתיים היכולים לייעץ למעשנים במגזרים האלה. אחרי בחירת צוות, קל מאוד ליישם את השירות. ניתן לשים את השירות תחת הסמכות של הממונה למניעת עישון במשרד הבריאות. העניין השני לגבי ה"קו לנגמל" הוא פרסום השירות, אך למעשה אין זה קשה כל כך לפרסם אותו.

רמת הישימות הטכנית של הרחבת טיפול התנהגותי היא בינונית. גם פה חייבים לגייס ולהכשיר צוות ראוי. הישימות מסובכת עוד יותר עקב הצורך לתאם את הספקת הסדנאות החדשות עם סדנאות הקופות שכבר קיימות, ליישם את הסדנאות במגזרים שונים ולמצוא מקומות לישיבות. יתר על כן, מוכרחים להקים משרד שינטר את המתנזרים המתמידים ויתאם שיפויים לנגמלים מצליחים.

רמת הישימות הטכנית של תרופות מסובסדות היא גבוהה. אם התרופות הן חלק מסל הבריאות, הרופא יכול לכתוב מרשם או שהמטופל יכול לרכוש את התרופה בלא מרשם בלי שום סיבוך.

תרשים מסכם של הערכת חלופות

סבסוד טיפול תרופתי	הרחבת גישה לטיפול גמילה התנהגותי	"קו לנגמל" לאומי	
+++	++	++++	יעילות

מוטיבציה	גמילה	+++	++++	++++
עלות	2.3 מיליון ש"ח	340,000 ש"ח	42.2 מיליון ש"ח	
ישימות פוליטית	++++	++	+	
ישימות טכנית	+++	++	++++	

המלצה

בהתבסס על הניתוח לעיל, המדיניות המומלצת היא יישום "קו לנגמל" לאומי לתמיכה בגמילה מעישון. הסיבה להמלצה זו היא יכולתה של מדיניות זו לשרת קהל רחב, במיוחד קהל העלול לא לחפש טיפול התנהגותי בשל הגבלות זמן ולחץ חברתי. על אף ש"קו לנגמל" אינו יעיל יותר - מבחינת הגמילה - מחלופות הטיפולים, הוא מספק שירות הכרחי למגזרים חלשים שאינם מקבלים שירות. על אתגרי הישימות הפוליטית והטכנית, ניתן להתגבר. בהרחבת הנגישות לסיוע בגמילה, שיעור המעשנים הנגמלים יעלה, והנזק מעישון, הן מבחינה בריאותית והן מבחינה כלכלית, ירד.

נספח אסטרטגי

בכל העולם, תכניות למען שליטה בטבק משיגות את יעדיהן כשהן מקיפות. תכניות לגמילה מעישון הן רק היבט אחד במדיניות מוצלחת לצמצום נפיצות העישון בחברה הישראלית. סיועי גמילה הם חלק בסיסי של תכנית מקיפה, הואיל וכל תכנית מוצלחת תתמודד עם גמילה בנוסף למניעה. ואם מעודדים מעשנים להיגמל, חיוני ליישם תכניות ראויות לסייע להם. יתר על כן, כשמעשנים נגמלים, נפיצות העישון יורדת, ההתקבלות החברתית בטווח הארוך מצטמצמת, גורם שבסופו של דבר יסייע למניעה. תוך כדי פיתוחם של היבטים אחרים של תכנית השליטה בטבק בישראל, יש לשקול יישומה של תכנית לגמילה שתסייע למעשנים שכבר מביעים שאיפה להיגמל אך חסרים את המוטיבציה או את היזמה לעשות כך בלי תמיכה. בנוסף לכך, כשתכניות למניעה יתפשטו ויצליחו לשנות את הנורמות, מספר האנשים שיחליטו להיגמל יגדל, בד בבד עם הגברת התמיכה בנגמלים.

הצלחתן של תכניות שליטה בטבק בכלל ושל תכניות לגמילה מעישון בפרט, גדולה יותר כשהן מקיפות. לפיכך, הנספח הזה יתווה אסטרטגיה ליישום פוליטי וטכני מוצלח של "קו לנגמל" לאומי, שהוא רק צעד ראשון מתוך תכנית מקיפה. "קו לנגמל" מוצלח יפנה את הפונים לטיפולים התנהגותיים ותרופתיים; בטווח הארוך, רצוי להבטיח שטיפולים אלו יהיו נגישים למעשנים.

הנספח הבא יתווה אסטרטגיה ליישום פוליטי וטכני של ה"קו לנגמל", שיציין בעיות אפשריות ואיך ניתן להתמודד אתן. בסופו, יציע הנספח המלצות לצעדים הבאים אחרי יישום ה"קו לנגמל" כדי להבטיח את הצלחת השליטה בטבק.

גיוס תמיכה וצמצום עלויות

משרד הבריאות, כמו גם הממונה למניעת עישון, ד"ר אלי רוזנברג, כבר תומכים בתכנית זו ואף קופות החולים תומכות בה. ניתן לגייס כל הקופות את לשדל בעד השירות. ניתן לגייס גם את ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י).

המתנגד המרכזי הוא אגף התקציבים של משרד האוצר עקב העלות. הטענה המרכזית לשכנוע האוצר לתקצב כספים לתכנית הזאת היא הדגשת העובדה שגמילה מעישון חוסכת למדינה ולמשק הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. בכל זאת, גם אם טענות אלה אינן משכנעות, ניתן למצוא תקציב ממקורות אחרים.

ניתן לתקצב את התכנית בתקציב שכבר יש למשרד הבריאות למען מניעת עישון, במיוחד למימון פרסום ה"קו לנגמל", כי כבר יש תקציב לפרסום (ב-2008 הוקצבו לכך 1.5 מיליון ש"ח, סכום שיכול לכסות את עלויות הפרסום).

ניתן לסכם עם "בזק" על מחירים נמוכים מאוד לכל שיחה. ניתן גם לשתף פעולה עם העמותה הרפואית למניעת עישון ועם האגודה למלחמה בסרטן; לשתיהן כבר יש משאבים כספיים ואנושיים שהם יכולים לתרום. ניתן לחקור אפשרות שיתוף פעולה עם ארגוני חברה אזרחית ערביים כגון "חברת הגליל - החברה הלאומית הערבית לבריאות, מחקר ושירותים". באינטרס שלהם לספק שירותים בריאותיים שישרו את רמת החיים

של ערביי ישראל. ניתן לגייס אותם גם לקואליציה לשידול האוצר ולסיפוק משאבים, צוות ומתנדבים. ניתן לגייס ולהכשיר רשת מתנדבים בעלי רקע ראוי כדי לצמצם את התקציב לצוות. ניתן לדרוש מהעמותות המצוינות לעיל, מקופות החולים ומההסתדרות הרפואית בישראל, לעזור בגיוס המתנדבים ל"קו לנגמל" ובהכשרתם.

יישום טכני

אחרי קבלת התקציב, האתגרים המשמעותיים ביותר להצלחה הם גיוס צוות/מתנדבים ופרסום. את שתי המשימות האלה ניתן לשים תחת סמכותו של הממונה למניעת עישון.

גיוס היועצים יחול באמצעות העמותות, הר"י, והקופות, המעסיקים כוח אדם המלמד בסדנאות. חיוני להתייעץ עם ארגונים ערביים לגבי גיוס יועצים ומתנדבים ערבים. חיוני לגייס צוות מקצועי ומתנדבים היכולים להזדהות עם קהילות מסוימות.

ה"קו לנגמל" לא יצליח בלי פרסום. הדרך היעילה ביותר לפרסום היא באמצעות יישום אזהרות גרפיות על חפיסות סיגריות עם מספר טלפון אליו אפשר להתקשר לקבלת סיוע בגמילה. כך, כאשר מעשן כבר מתלבט אם להיגמל או לאו, הפרסום מזכיר לו את הסיכונים ומספר הטלפון עומד מול עיניו כל פעם שהוא לוקח סיגריה. התכנית הזו שיפרה רבות את המוטיבציה של המעשן להיגמל במדינות רבות כגון קנדה, ברזיל, ניו זילנד, ואוסטרליה (WHO 2009). יישום אזהרות כאלה אינו מסובך וניתן לדרוש מחברות הטבק ליישם את הפרטים האלה על חפיסות הסיגריות במקום האזהרה שכבר יש. ניתן גם לפרסם את הקו הטלפוני ברדיו, בטלוויזיה, ועל לוחות מודעות, במיוחד באזורי ריכוז של ערבים ורוסים. ניתן לשים עלונים ומדבקות המפרסמים את המספר במרפאות. חיוני להודיע לרופאים על השירות ולעודד אותם להמליץ עליו למטופלים שלהם.

תכנית מוגבלת

אם אין די כספים או מתנדבים, ניתן ליישם שירות מוגבל יותר, עם קווי טלפון הפתוחים רק בשעות הערב (אנשים עלולים להתקשר פחות ממקומות העבודה). העדיפות בפרסום היא במגזר הערבי.

מארז מדיניות

כאשר ה"קו לנגמל" יצליח בתמיכה ביותר אנשים, חיוני להגביר את הגישה לטיפולים תמיכתיים אחרים. לפי הארגון הבריאותי העולמי, ה"קו לנגמל" המוצלח ביותר הוא זה הבא בד בבד עם טיפול תרופתי (WHO 2008 ע' 30). לפיכך, ניתן לשדל בעד הוספה לסל הבריאות של תרופות מסוימות העוזרות בגמילה.

גיוס תמיכה בעד הוספת צ'מפיקס וזייבן לסל הבריאות

צ'מפיקס הייתה אחת משלוש תרופות שלא התקבלו ב-2009 ומשכה את תשומת הלב של התקשורת וביקורת רבה. ניתן להפיק תועלת מעובדה זו ולהתחיל לשדל.

חשוב לציין שאמנם החלופה הזאת יקרה מאוד, אך כבר יש תקציב של מעל 400 מיליון ש"ח לסל (זו פשוט שאלה של אילו תרופות להכניס לסל). התומכים המרכזיים במדיניות זו הם הממונה למניעת עישון בתוך משרד הבריאות ועמותות המוקדשות לצמצום נפיצות העישון כגון "אוויר נקי", "מאבק בטבק", ויותר חשוב, ארגונים של מקצוענים רפואיים כגון "העמותה הרפואית למניעה וגמילה מעישון". המתנגדים הם בעלי עניין שונים החושבים שתרופות אחרות למחלות אחרות חיוניות יותר. ההסתדרות הרפואית בישראל היא דו-ערכית לגבי תמיכה בהוספת סיועי גמילה לסל. כדי לקבל את תמיכת הרופאים במדיניות הזאת בפרט ובעידוד גמילה בכלל, ניתן לגייס את האגודה הזאת דרך ישיבות עם הממונה למניעת עישון. התשומה שלהם היא בעלת ערך בתהליך ההחלטות אילו תרופות להוסיף.

ניסיונות שידול לעודד הוספת התרופות לסל חייבים להיות מכוונים לאנשי הוועדה המחליטה מה לכלול ולתקשורת כדי לייצר לחץ ציבורי בעד התרופות. הממונה למניעת העישון במשרד הבריאות יתאם את השידול.

מסרים לוועדה, לאוצר ולציבור חייבים להדגיש את העובדה שסיוע לנגמלים חוסך למדינה. תיתכן התקפת נגד שהטיפול למעשנים בא על חשבונם של חולים במחלות קשות ושמעשנים אינם זכאים לסיוע כה יקר מפני שהם החליטו לעשן. המענים הראויים לכך הם כדלהלן:

- התמכרות היא מחלה

- סיוע למעשנים להיגמל מסייע לכל הקרבנות של עישון פסיבי
- יש בסל תרופות בסל העוזרות לפחות ממאה אנשים - צ'מפיקס וזייבן יכולות לסייע לאלפים
- יותר משמונים תרופות נכללות בכל שנה; התרופות החיוניות ייכללו בכל מקרה

נקודה למשא ומתן עם בעלי עניין שונים: אפשר להפחית את מספר האנשים שיקבלו את התרופות כדי לצמצם את ההוצאות.

תמריץ נוסף לגמילה

כאשר ייושמו תכניות לגמילה מעישון, יהיה צורך לתמרץ עוד יותר את המעשנים להיגמל. הדרך היעילה ביותר לעשות זאת היא בהעלאת מחירי הסיגריות באמצעות מס (WHO 2008, ע' 40 ו- *Ending the Tobacco Problem* 2007, ע' 3). יתרונה של מדיניות זו הוא שהיא גם מדיניות למניעה. בכל זאת, יישומה של עליית מס משמעותית יעזור רק אחרי שכבר תהיה מערכת תמיכה נגישה לנגמלים; לעליית מס בלי תמיכה לגמילה יש השפעה שלילית של פגיעה בבני השכבות החלשות, שלא יוכלו להיגמל אלא יבזבזו את הכסף על סיגריות במקום על מוצרים חיוניים.

רשימת מקורות

מאמרים

רז-חיימוביץ', מיכל, "לרגל יום ללא עישון: אילו שיטות לגמילה מעישון קיימות בשוק - וכמה זה עולה?" **גלובס**, 1 ביוני 2009.

Feinmesser, Ofra, "Don't Tax Smokers, Help Them," *Globes*, June 3, 2009

Israeli Health Ministry to Add 83 New Drugs to 2009 Health Service Basket," *Global Insight*, "December 24, 2008, <http://www.globalinsight.com/SDA/SDADetail15417.htm>

Knesset Finance Committee Increases Health Basket But Restricts Supplementary Policies in “Israel,” *Global Insight*, December 28, 2007,

<http://www.globalinsight.com/SDA/SDADetail11286.htm>

Linder-Ganz, Ronny, “Saving Tomorrow’s Patients: A new Study Lists the Most Effective Ways to Get Israelis to Quit Smoking,” *Ha’aretz*, June 5, 2009

Lovato, C., G. Linn, L.F. Stead, and A. Best, “Impact of Tobacco Advertising and Promotion on Increasing Adolescent Smoking Behaviors,” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3. (2003

Siegel Iztovich, Judy, “Prepare to Quit or Plan to Die Prematurely,” *Jerusalem Post*, February 7, 2009

Siegel Iztovich, Judy, “Litzman Considers Harsher Methods to Cut Smoking Rate,” *Jerusalem Post*, May 31, 2009

Siegel Iztovich, Judy, “Health Ministry: Vast Majority of Israelis Hold Supplemental Insurance,” *Jerusalem Post*, August 4, 2008

דוחות ומסמכים

המרכז הלאומי לבקרת מחלות, דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2008, משרד הבריאות, מאי 2009,

<http://www.health.gov.il/download/pages/smoke18052009.pdf>

המרכז הלאומי לבקרת מחלות, דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2007-2008, משרד הבריאות, מאי

2008, http://www.health.gov.il/Download/pages/smoke2007_2008.pdf

לוטן אורלית, "חקיקה האוסרת עישון במקומות ציבוריים", הכנסת - מרכז המחקר והמידע, 15 ביולי 2006.

"להיפטר מן העישון בישראל אחת ולתמיד", סיכום כנס ברמת רחל, ירושלים, 5-6 במארס 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007* (Atlanta: US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, October 2007).

Da Costa e Silva, *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence* (World Health Organization, 2003).

Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation, Institute of Medicine, Report Brief May 2007.

Israel Center for Disease Control (ICDC), *60 Years of Health in Israel*, No. 316 (December 2008).

Pfizer Fee Model Study, 2008.

Rosenberg, Elliot, "Healthy Israel 2020: Guidelines for Developing an Evidence-Based National Tobacco Control Program," Israeli Ministry of Health, presented at Ramat Rachel, Jerusalem, March 6, 2006.

World Health Organization (WHO), *Showing the Truth, Saving Lives: The Case for Pictorial Health Warnings* (Geneva: World Health Organization, Tobacco Free Initiative, 2009).

World Health Organization (WHO), *MPOWER: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic* (Geneva: World Health Organization, Tobacco Free Initiative, 2008).

אתרים

ארגון הבריאות העולמי, <http://www.who.int/features/factfiles/tobacco>

אתר לגמילה מעישון, <http://mafsikim.com>

ההסתדרות הרפואית בישראל, <http://www.ima.org.il>

"האגודה למלחמה בסרטן", <http://www.cancer.org.il/template/default.asp?maincat=41>

משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il>

World Conference on Tobacco OR Health,

<http://2006.confex.com/uicc/wctoh/techprogram/P6590.HTM>

נספח א': חישוב עלויות

חלופה א': "קו לנגמל"

יש בערך 1.7 מיליון מעשנים; אומדן ש-6% מאוכלוסיית המעשנים ישתמשו במשך שנה 102,000 בני אדם כחצי המבקרים יתקשרו יותר מפעם אחד 150,000 שיחות בממוצע כל שיחה תהיה 7 דקות 1,500,000 דקות שיחה

0.35 ש"ח לדקה
 עלות השיחות: 367,500 ש"ח לשנה
 שכר הצוות: 20 עובדים במשרה מלאה; 6,000 ש"ח לחודש
 סכום השכר: $20 \times 1.4 \times 6000 = 12 \times 6000$ x מיליון ש"ח
 שכר לפרסום בקו: 600,000 ש"ח
עלות: $367,500 + 1.4 \text{ מיליון} + 500,000 = 2.3 \text{ מיליון ש"ח לשנה}$

חלופה ב': סדנאות
 הוספת 100 סדנאות
 20 משתתפים לכל סדנה
 2000 משתתפים
 הכנסות:
 כל משתתף ישלם 200 ש"ח לסדנה 400,000 ת ש"ח
 המדינה נותן הכסף בחזרה לנגמלים מוצלחים צפוי שיהיה חצי מהמשתתפים (200,000 ש"ח)
 סכום ההכנסה: 200,000 ש"ח
 הוצאות:
 שכר יועץ: 150 ש"ח לשעה x 12 שעות לסדנה x 100 סדנאות 180,000 ת ש"ח
 שכר מקום: ממוצע (תלוי על המקום והעיר): 300 ש"ח לשעה 360,000 ת ש"ח
 סכום ההוצאות: 540,000 ש"ח
עלות: $540,000 - 340,000 \leftarrow 200,000 \text{ ש"ח לשנה}$

חלופה ג': סבסוד טיפול תרופתי
 יש בערך 1.7 מיליון מעשנים; ניתן לספק תרופות ל-5% מאוכלוסיית המעשנים 90,000-ת בני אדם
 חולקים בין צ'מפיקס, זייבן, ומדבקת ניקוטין
 הוצאות:
צ'מפיקס:
 1.8\$ למ"ג
 מחזור שלם: 180 מ"ג
 324\$ לבן אדם
 9.7\$ מיליון ל-38.8 $\leftarrow 30,000$ מיליון ש"ח
זייבן:
 0.95\$ למ"ג
 מחזור שלם: 120 מ"ג
 114\$ לבן אדם
 3.4\$ מיליון ל-13.6 $\leftarrow 30,000$ מיליון ש"ח
מדבקת ניקוטין:
 360 ש"ח למחזור שלם לבן אדם
 10.8 מיליון ש"ח ל-30,000
 סה"כ ההוצאות: 63.2 מיליון ש"ח
 הכנסות:
 כל מטופל ישלם 1/3 המחיר של התרופה
 סה"כ ההכנסות: 21 מיליון ש"ח
עלות: $63.2 \text{ מיליון} - 21 \text{ מיליון} = 42.2 \text{ מיליון ש"ח לשנה}$

נספח ב': מיפוי שחקנים

תיאור הלקוח: מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' אבי ישראלי

משרד הבריאות מספק את שירותי הבריאות לכל תושבי המדינה. המשרד כבר החליט שהעישון הוא תופעה שאינה בריאה אם כי נפוצה בחברת הישראלית והוא מחויב להתמודד אתה כדי לשפר את בריאותם של מעשנים ושל לא-מעשנים כאחד. לפיכך, קבע המשרד יעד של ירידה בשיעור העישון כחלק מהחזון שלו במסגרת תכניתו "לעתיד בריא". היעד הוא לצמצם שיעור העישון בישראל ל-15% עד 2020. המנכ"ל אבי ישראלי, בתוקף תפקידו כראש המשרד, אחראי על הפיקוח ועל הישימות של דרכים המתאימות לצמצום את שיעור העישון בישראל, כולל מדיניות של עידוד לגמילה מעישון.

שחקן נבחרים	אינטרסים	עמדות	משאבים
שר האוצר יובל שטייניץ	לממן תוכניות המדינה במידה סבירה ויעילה; לצמצם הוצאות המדינה; להגביר עמדתו בממשלה	נגד תוכניות יקרות בעד העלאת מס על מוצרי טבק אבל לא למען מימון תוכניות נגד עישון/ בעד גמילה	כח פוליטי כח קבלת החלטות
סגן שר הבריאות יעקוב ליצמן	לקדם רמת הבריאות בישראל, כולל צמצום בעישון—מניעה וגמילה	בעד צמצום תופעת העישון בישראל; תומך בקו לנגמל, סדנאות, חוקים נגד עישון, הגבלות על פרסום מוצרי טבק	כח פוליטי מתון כח קבלת החלטות
ביוקורטים			
משרד האוצר— אגף התקציבים הממונה על הכנסות המדינה - רו"ח פרידה ישראלי	לממן תוכניות המדינה במידה סבירה ויעילה; לגבות הכנסות למען המדינה; לצמצם בזבוז ציבורי יכולת לגבות המסים	מצד אחד יש סיכוי לשכנע את האוצר לתמוך בנושא מפני שזקק מסיגוריות עולה מחיר חריף לממשלה נגד מימון החלופה דרך העלאת מיסים על מוצרי טבק	כח פוליטי כח קבלת החלטות כח ישימות
משרד הבריאות— המחלקה לחינוך וקידום הבריאות ממונה לעתיד בריא 2020 אלי רוזנברג	לצמצם תופעת העישון בישראל—מיקוד על מניעה ליזם ולישם תוכניות נגד עישון	חייבים לממן תוכניות למניעת עישון ולגמילת עישון, לתמוך בחקיקה ואכיפת חקיקה נגד עישון במידה חזקה, ולשנות את הנורמות נגד עישון תומך במיוחד בגמילת דרך: סבסוד טרופות, העלאת מס, סדנאות וקו טלפוני	כעת יש תקציב לתוכניות רבות נגד עישון בהתאם עם היעדים של "Healthy Israel 2020" כח ישימות לתוכניות מניעתיות ולגמילה תמיכת חלק בולט של האוכלוסיה

משרד החינוך— שפ"י חוזר מנכ"ל מיוחד על עישון סיגריות ונגילות	להודיע תלמידים על סיכון עישון ושנות נורמות על עישון—מוקד על מניעה ולא גמילה	נגד עישון נגד עישון במיוחד בבתי חינוך	תקציב די גדול לתוכניות חינוכיות עם מוקד על מניעה
קופות חולים	לספק שירותי בריאות עם תקציב גדול לסל בריאות	נגד נזקי עישון בעד צמצום התופעה, לרבות גמילה מנדנדים לגבי הוספת תרופות למילת עישון לסל הבריאות רוצים תקציב וסמכויות לסדנאות	תלויים במשרד האוצר ומשרד הבריאות
ההסתדרות הרפואית בישראל	קידום זכויות הרופאים בארץ קידום בריאות בישראל	בעד צמצום העישון מנדנדים לגבי הוספת תרופות לגמילה לסל הבריאות	הון אנושי יכולת לעודד תוכניות אצל רופאים
מגזר השלישי			
קבוצות אינטרס נגד עישון כגון: האגודה למלחמה בסרטן העמותה הרפואית למניעה ולגמילה מעישון (כולל עמותת "אוויר נקי")	צמצום תופעת עישון דרך מניעה, גמילה, חקיקה, אכיפה, רגולציה, ושינוי נורמות	בעד מס גבוהה על סיגריות; בעד כל תמיכה לגמילה שאפשר כולל קו טלפוני וטיפולים התנהגותיים ותרופתיים לגמילה	תקציב מתורמים פרטיים סדנאות שלהם, פרסומים שלהם יכולת לגבש תמיכה ציבורית תמיכת חלק בולט של האוכלוסיה לגיטימציה
ארגוני חברה אזרחית ערביים כגון: חברת הגליל - החברה הלאומית הערבית לבריאות, מחקר ושירותים	סיפוק שירותים בריאותיים לשיפור את רמת החיים של ערביי ישראל	ניתן לסייע לשכבות בשוליים	תקציב מתורמים פרטיים לגיטימציה וקשרים במגזר הערבי