

# נהיגת חולים המשתמשים בקנביס רפואי - הצורך בחקיקה מיידית

אברהם טננבוים ושלמה אלמוג<sup>1</sup>

## תקציר

החוק הישראלי המתייחס לנהיגה תחת השפעת קנביס הוא מיושן, בעייתי, ואיננו מתייחס כלל לחולים הצורכים קנביס מסיבות רפואיות. התוצאה היא שרבים מורשעים בעבירה של נהיגה תחת השפעת סמים, למרות שבפועל לא ראוי להרשיעם בביצוע העבירה. מדובר בתופעה המוכרת לא רק בארץ אלא בעולם כולו, ונעשים מאמצים משפטיים ואחרים לפתרה. לאחר הצגת הבעיה נצביע על שינויי החקיקה הדרושים שעיקרם הוא קביעת מדד מעבדתי אובייקטיבי להגדרת נהיגה תחת השפעת קנביס והחלתו על חולים הנוטלים קנביס רפואי.

## מבוא

כידוע, אסורה הנהיגה על מי שמוגדר כשיכור בחוק. לפי החוק הישראלי, "שיכור" הוא כל מי שנתון תחת השפעת אלכוהול או תחת השפעת סם מסוכן (כולל קנביס).<sup>2</sup> החוק הישראלי אינו מחריג נהגים המשתמשים בקנביס בהיתר מסיבות רפואיות.

ה-THC-9 Δ (להלן: "THC"), החומר הפסיכואקטיבי העיקרי של הקנביס, מתפנה מהדם במהירות רבה ורמתו יורדת משמעותית בתוך כשעה ומחצה מהשימוש בו בעישון או באינהלציה. במהלך חילוף החומרים בגוף החומר האמור מתפרק לתוצרים שונים, שחלקם אינם פסיכו-אקטיביים. התוצר העיקרי שבהם הוא "חומצת ה-THC" המופרשת באיטיות רבה וניתנת לגילוי בנחלי גוף שונים בפרק זמן של ימים, שבועות ולעיתים חודשים אחרי השימוש. פרק הזמן של התפרקות חומצת ה-THC תלוי בכמות הסם הנצרך, בדפוס השימוש בו (מזדמן או קבוע) ובנתונים פיזיים אישיים של המשתמש.

מסיבות היסטוריות וטכניות שיוסברו בהמשך, כל מי שהוכח לגביו בבידקת מעבדה שבגופו נמצאו תרכובות קנבינואידיות<sup>3</sup> או תוצר חילוף חומרים שלהם, כגון חומצת ה-THC, נחשב בישראל כשיכור. התוצאה היא שגם מי שהשתמש בקנביס תקופה משמעותית קודם לנהיגה נחשב אוטומטית כשיכור, וזאת למרות שנהג ללא השפעת סם בעת שנבדק. התוצאה קשה שבעתיים ביחס לחולים הזקוקים לקנביס לצורך רפואי. חולים אלה משתמשים באופן קבוע בקנביס מספר פעמים ביום, ולכן הם יפרישו "חומצת THC" בכל נקודת

זמן ביממה, לאורך כל תקופת הטיפול בסם ועוד מספר שבועות עד חודשים לאחר מכן. על-פי החוק הקיים, הם תמיד ייחשבו לשיכורים ולמעשה אסורה עליהם הנהיגה כליל.

לטענת המחברים, לאור הדברים האמורים אין מנוס מהתערבות המחוקק וממתן הגדרה כמותית ואובייקטיבית למושג "שיכור מקנביס". זאת על בסיס ריכוז-סף בדם של החומר הפעיל THC בקרב צרכני קנביס, כאשר בהתאם לקונצנזוס רחב בעולם המערבי, מוצע לקבוע סף של חמישה ננוגרם THC למיליליטר דם.

מכאן ואילך תהיה דרכנו כדלהלן:

א. נציג את הדעות השונות על השפעת השימוש בקנביס על הנהיגה. ב. נסביר את הקושי הקיים במדידת כמות הקנביס בדם ואת הפתרונות הלא-מוצלחים הקיימים.

ג. נתאר את השימוש בקנביס רפואי והקושי החוקי לנהוג, הפוגע בחולים הנזקקים לו.

ד. נפרט בקצרה את הדין הנוהג בישראל והפסיקה בעניין חולים המשתמשים בקנביס רפואי.

ה. נסקור את המצב הקיים בעולם ונציע את שינויי החקיקה הדרושים לדעתנו בדין המתייחס למשתמשים בקנביס רפואי.

ו. נתייחס לנושאים קשורים שיש לתקנם בחוק הקשורים לדין החל על נהיגה תחת השפעת קנביס.

ז. נסכם את שינויי החקיקה הדרושים לפי מידת דחיפותם ונחיצותם.

## האם ועד כמה מסוכנת הנהיגה תחת השפעת קנביס?

עד כמה שהשאלה שבכותרת נראית מפתיעה ממבט ראשון, היא אינה פשוטה. מחקרים לא מעטים, הן אפידמיולוגיים והן מחקרי מעבדה, נערכו בתחום אך מסקנותיהם היו רחוקות מלהיות זהות וחד-משמעיות.

בכיוון האפידמיולוגי נבדק הסיכוי של משתמשי הקנביס להיות מעורבים בתאונות דרכים יחסית לסיכוי של לא-משתמשים (odds-ratio). זאת בהסתמך על מגוון רחב של פרמטרים, החל מדיווחים עצמיים של הנהגים ועד לבדיקות דם, ובשילוב עם שיטות חישוב שונות לנטרול השפעת גורמים אחרים (cofounders) כגון גיל, נטייה להתנהגות מסוכנת על הכביש, שימוש באלכוהול ועוד. כך למשל,

1 ד"ר אברהם טננבוים הוא שופט בדימוס של בית המשפט השלום בירושלים ומרצה בבית הספר למשפטים במכללה האקדמית צפת. ד"ר שלמה אלמוג הוא מנהל בדימוס של המעבדה לטוקסיקולוגיה ופרמקולוגיה קלינית במרכז הרפואי שיבא ומרצה בכיר בחוג לפיזיולוגיה ופרמקולוגיה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א. יצויין כי לאחר שמאמר זה ירד לדפוס התפרסם מחקר של מרכז המחקר והמידע של הכנסת שדן בסוגיות מסוימות העולות במאמר זה. להרחבה ראו: אוריאלה אלמסי **נהיגה וקנביס רפואי** (ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 2015).

2 התלבטנו באיזה מונח עברי להשתמש עבור המילה הלועזית **Cannabis**. האקדמיה ללשון עברית ממליצה להשתמש במונח קנבוס (תקשורת ישירה עם מזכירות האקדמיה ללשון עברית, יוני 2015) וראו גם מאמרו של יעקב עציון "אריג הקנבס וקיסור הקנבוס" **מפעל המילון ההיסטורי של האקדמיה ללשון העברית** (2013) [hebrew-academy.org.il/2013/06/11](http://hebrew-academy.org.il/2013/06/11/hebrew-academy.org.il/2013/06/11) אריג-הקנבס-וקיסור-הקנבוס; לשונאים אחרים טענו כי התעתיק הנכון הוא כאנאביס (מלועזית Cannabis). ראו

כדוגמת משתמשי הקנביס הרפואי) מפתחים במשך הזמן סבילות (tolerance) לסם, שבאה לידי ביטוי בהפחתה הדרגתית של חלק גדול מהשפעות הסם תחת אותו מינון. מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי הסיכוי לתאונות דרכים בקרב משתמשים כרוניים הוא קטן יותר מאשר של משתמשים מזדמנים בשלב האקוטי, קרי בסמוך למועד השימוש.<sup>9</sup>

סקירתנו זו אינה מתיימרת להיות סקירה מקיפה של כל החומר בספרות בשאלת ההשפעה של קנביס על הנהיגה.<sup>10</sup> אולם, דומה שעל ארבע מסקנות יקשה מאוד לחלוק, ונפרטן בקצרה:

השימוש בקנביס משפיע לרעה על יכולת הנהיגה, וזאת בעיקר בפרק הזמן הקצר שאחרי השימוש (עד שלוש שעות אחרי השימוש ובעיקר בשעה הראשונה). אמנם, משתמשי הקנביס מודעים למצבם והם נוהגים לנקוט משנה זהירות בנהיגתם תחת השפעה אולם כל אלה לא משנים את העובדה שנהיגתם מסוכנת יותר (בעיקר במקרים של מאורע פתאומי המחייב תגובה מהירה). מסקנה זו מגובה בקונצנזוס רחב בקרב קהיליית המומחים בעולם המערבי, שאחד מביטויי העיקריים הוא דו"ח המועצה הלאומית לבטיחות של ארה"ב מ-2013.<sup>11</sup>

הפגיעה הגלובלית בבריאות הציבור עקב נהיגה תחת השפעת קנביס קטנה יותר מאשר זו של אלכוהול. מחקרים רבים ומטה-אנליזות של אסופות מחקרים מראות בבירור, כי הגורם הראשון במעלה לתאונות דרכים מקרב כל החומרים המסוכנים הוא האלכוהול. על-פי מחקרים בחו"ל, האלכוהול מהווה גורם סיכון עיקרי למוות מתאונות דרכים בקרב הצעירים, וככלל - בעוד שהסיכוי לתאונות דרכים עם מעורבות של שימוש בקנביס נאמד בפי 1.91, הרי שהסיכוי עולה לכדי מוצע של פי 9.79 בשימוש באלכוהול, כאשר בריכוזי אלכוהול בדם של 120 מ"ג ומעלה, הסיכוי להיות מעורב בתאונה עולה ל-77.76%.<sup>12</sup> הסיבה לכך היא שדפוס השימוש של אלכוהול, שונה במהות מזה של קנאביס. באלכוהול יש תופעה של binge drinking, המתבטאת בשתייה מופרזת כאשר המוקד הוא שתייה עד לשוכרה בתוך פרק זמן יחסית קצר. לעומת זאת, המשתמשים בקנביס אינם נוהגים

מחקר שהתבסס על מאגר גדול של נתוני תאונות קטלניות בארה"ב הגיע למסקנה כי סיכויי המשתמש בקנביס להיות מעורב בתאונות דרכים קטלנית גבוה ב-29% מאשר נהג שאיננו משתמש.<sup>4</sup> המחקר התבסס על קרוב ל-32,500 תאונות קטלניות, מתוכן ב-1647 תאונות דווח על שימוש בקנביס (ללא אלכוהול). קבוצות מחקר אחרות ערכו מטה-אנליזה של אסופות מחקרים אפידמיולוגיים שהשוו בין נהגים תחת השפעת קנביס לבין נהגים ללא השפעה זו.<sup>5</sup> ממצאי מטה-אנליזה אחת העלו, כי הסיכוי של הנהוג תחת השפעת קנביס להיות מעורב בתאונות דרכים עם נפגעים גבוה פי 1.92 מאשר מי שאיננו משתמש.<sup>6</sup> תוצאות מטה-אנליזה אחרת העלו תוצאות דומות, של פי 2.66.<sup>7</sup>

דרך שנייה לאומדן מידת הסיכון של נהיגה תחת השפעת קנביס נערכה באמצעות ניסויים שנעשו עם מתנדבים שצרכו קנביס, הן באמצעות סימולטורים לנהיגה והן באמצעות נהיגה אמיתית מנוטרת. בשני המקרים קיבלו הנבדקים קנביס במינונים שונים של THC. התוצאות היו דומות למדי: השפעת הקנביס על תפקודי הנהיגה הייתה תלוית-מינון. משתמשי הקנביס חשו עלייה ברמת אי-הנוחות והמאמץ הפיזי המושקע בנהיגתם. הם היו מודעים למצבם ולכן נטו לנהוג יותר לאט וביתר זהירות, אולם נהיגתם הייתה פחות בטוחה. הפרמטרים הרגישים ביותר להשפעת הסם היו גודל הסטייה של הרכב ממרכז מסלולו המתוכנן (נסיעה בזיגזג) ואחוז הזמן שהנהג סטה לשוליים במהלך נסיעתו. מסתבר שהתפקודים המוחיים האוטומטיים נפגעים כבר במינוני THC נמוכים יחסית (בעיקר שמירת מרחק, שינויים במהירות הנסיעה ומהירות תגובה), ואילו התפקודים הקוגניטיביים נפגעים במינוני THC גבוהים יותר (כגון יכולת הריכוז, קריאה והבנת השטח, שיפוט, שיקול הדעת, התמקדות, גמישות מחשבתית, הסקת מסקנות).<sup>8</sup>

סוג אחר של מחקרים ביקשו לבדוק את ההשפעות המוחיות של שימוש קבוע בקנביס על יכולות הנהיגה, כאשר במסגרת זו נבדקה יכולתם של משתמשים כרוניים בקנביס לעומת משתמשים מזדמנים. תוצאות המחקרים הראו כי משתמשים כרוניים בקנביס

מוטי ארגמן "למה כאנאביס ולא קנביס או קנאביס" כאנאביס מריחואנה וחשיש [www.cannabook.net/דיועות-ומאמרי-אורחים/למה-כאנאביס-ולא-קנביס-או-קנאביס/](http://www.cannabook.net/דיועות-ומאמרי-אורחים/למה-כאנאביס-ולא-קנביס-או-קנאביס/)

לאחר ששקלנו וראינו את מגוון השמות המופיע בספרות הגענו למסקנה כי הביטוי קנבוס איננו מוכר מספיק ולכן בחרנו בביטוי קנביס המוכר יותר והקרוב ביותר לשם הרשמי.

3 תרכובות כימיות הייחודיות לקנביס.

4 Michel Bedard, Sacha Dubois & Bruce Weaver, *The Impact of Cannabis on Driving*, 98 Canadian Journal of Public Health 6 (2007)

5 בדברנו על מטה-אנליזה אנו מדברים על מחר שיטות סטטיסטיות המאפשרות ניתוח והגעה למסקנה מחספר רב של מחקרים הבודקים שאלה זהה/דומה שכל אחד מהם השתמש במתודות שונות ובנתונים אחרים. ממצאי מטה-אנליזות מקובלים כאמינים יותר מממצאי מחקר בודד.

6 Mark Asbridge, Jill A. Hayden, Jennifer L. Cartwright, *Acute Cannabis Consumption and Motor Vehicle Collision Risk: Systematic Review of Observational Studies (and Meta-Analysis)*, 344 British Medical Journal 536 (2012)

7 Mu-Chen Li et al., *Marijuana Use and Motor Vehicle Crashes*, 34 Epidemiology Reviews 65 (2012)

8 Adi Ronen et al., *Effects of THC on Driving Performance, Physiological State and Subjective Feelings Relative to Alcohol*, 40 Accident Analysis and Prevention 926 (2008); Michael G. Lenné et al., *The Effects of Cannabis and Alcohol on Simulated Arterial Driving: Influence of Driving Experience and Task Demand*, 42 Accident Analysis and Prevention 859 (2010); Johannes G. Ramaekers et al., *Marijuana, Alcohol and Actual Driving Performance*, 15 Human Psychopharmacology, Clinical (and Experimental) 551 (2000)

9 J. G. Ramaekers et al., *Neurocognitive Performance During Acute THC Intoxication in Heavy and Occasional Cannabis Users*, 23 Journal of Psychopharmacology 266 (2009)

10 לסקירה מלאה, מקיפה ועדכנית, ראו את סקירתו של ד"ר שלמה אלמוג: שלמה אלמוג קנאביס רפואי ונהיגה (טרם פורסם) (להלן: **אלמוג 2015**). למיטב ידיעתנו זוהי הסקירה המקיפה ביותר הקיימת כיום בעברית.

11 National Safety Council Committee on Alcohol and Other Drugs: *Position on the Use of Cannabis (Marijuana) and Driving*, 37 Journal of Analytical Toxicology 47 (2013).

להשתמש בו מעבר לכמות הנדרשת לאופוריה.

כמובן, גם עליית הסיכון לתאונה פי שניים (עקב השימוש בקנביס) היא חמורה, אך צריך לזכור כי השימוש (החוקי!) בטלפון נייד מגביר את הסיכון לתאונה פי ארבעה (!) ובכל זאת אין איסור על השימוש בו באופן גורף בשעת נהיגה.<sup>13</sup> בכל מקרה יש לזכור, כי שילוב של אלכוהול וקנביס הוא סינרגיסטי ומסוכן להפליא גם כאשר מדובר בריכוזי אלכוהול בדם מתחת לסף השכרות ומינוני קנביס בתחום הצריכה הרגילה.

שימוש כרוני בקנביס איננו מגביר את הסיכון בנהיגה בהשוואה לשימוש מזדמן. ישנם נזקים ידועים בשימוש כרוני בקנביס אולם אלו אינם מתבטאים ביכולת הנהיגה מייד אחרי נטילת קנביס. המסקנה המעשית היא שנוטלי הקנביס באופן קבוע אינם מסוכנים יותר לנהיגה ממשתמשים מזדמנים.

למיטב ידיעתנו לא פורסם עד כה שום מחקר מדעי הן באומדן הסיכון בנהיגה למי שמתמשש בקנביס רפואי. כל הידע בתחום לקוח ממשתמשים כרוניים בקנביס לצרכים חברתיים (recreational use). צריך להביא בחשבון כי בשימוש חברתי, הצרכן מעשן להנאתו עד השגת התחושה הסובייקטיבית של אופוריה. לעומת זאת, בשימוש רפואי, המטופל מעשן או עושה אינהלציה של קנביס על-פי הצורך במטרה להקל על מכאוביו (טיטריציה עצמית). מינון הקנביס הנדרש לשם כך הוא בדרך כלל יותר קטן ומשום כך, הסיכון היחסי של המטופל להיות מעורב בתאונת דרכים, ייתכן שהוא נמוך יותר. יתרה מכך, המטופל בקנביס רפואי הוא לרוב אדם נורמטיבי, שומר חוק, מבוגר יחסית, אשר מודע לסיכון הטמון בנהיגה לא-בטוחה תחת השפעת קנביס. משום כך, ייתכן שהוא נוטה יותר להימנע מלעשות שימוש-יתר בסם. חשוב לשוב ולהדגיש, כי מדובר בהשערה בלבד משום שנכון להיום לא פורסמו מחקרים מדעיים בנושא.

דומנו שעל הנקודות שהעלינו אין חולק. השאלה שיש לבחון היא כמובן מהן ההשלכות על המדיניות השיפוטית הנובעות מעובדות אלו? בסוגיה זו נעסוק בהמשך רשימתנו.

## צמח הקנביס והבעייתיות במדידת השפעתו על הכשירות לנהוג

מסתבר שלפחות במצב המדעי הנוכחי, קשה עד מאוד למצוא מדדים

טובים שיעידו על נוכחות ה-THC (כאמור- החומר הפעיל בקנביס) בגוף האדם. לצורך הצגת הסיבות לכך, נקדים כמה עובדות קצרות על צמח הקנביס. ראשית, ישנם זנים רבים מאוד של קנביס (בשמו המדעי Cannabis Sativa) והם נבדלים בהשפעותיהם. לחלקם אין כלל השפעות פסיכו-אקטיביות ונעשה בהם שימוש לצרכים תמימים (כגון ייצור בגדים וחבלים). החומר הפסיכו-אקטיבי בקנביס הוא כאמור THC-9-Δ, אותו זיהה פרופ' רפי משולם מהאוניברסיטה העברית בירושלים לפני שנים רבות.<sup>14</sup> זהו החומר הפעיל במוצרי הסם של קנביס (מריחואנה וחשיש) ולו מיוחסת השפעת הסם. השפעה זו כוללת עליזות, מצב רוח טוב, צחוק בלתי נשלט, שלווה, ניתוק מהמציאות, וכמובן הפגיעות הפסיכומוטוריות והקוגניטיביות אותן הזכרנו קודם לכן.

הדרך העיקרית בה נצרך הסם היא דרך מערכת הנשימה, בעישון ובאינהלציה, אם כי קיימות גם דרכים אחרות כמו מתן דרך הפה: בטיפות שמנוניות, בקפסולות, בתרסיס לחלל הפה ובדברי מאפה. בפועל, קרוב לתשעים אחוז מצרכניו של הקנביס משתמשים בו בעישון, מסיבות של יעילות. ספיגת החומר מהריאות למחזור הדם היא מהירה מאד, כמעט מיידית, כאשר רמת ה-THC בדם מגיעה לשיאה תוך 3-1 דקות מתום העישון. בסמוך מאוד לכך מגיעות גם ההשפעה הפסיכו-אקטיבית וההשפעה על הכאב לשיאן (בסביבות 10-20 דקות).<sup>15</sup>

נעשו מחקרים לא מעטים בנוגע לריכוז ה-THC בדם הנחשב למסוכן לנהיגה, כאשר הריכוז מבוטא ביחידות של ננוגרם THC לכל מיליליטר דם.<sup>16</sup> ועדות בינלאומיות של מומחים מובילים בתחום, כמו ועדת Grotenhermen<sup>17</sup> והפרויקט האירופאי DRUID (Driving Under the Influence of Drugs)<sup>18</sup> בחנו באיזה ריכוז של THC ההסתברות להיות מעורב בתאונת דרכים גבוהה יותר בהשוואה ללא משתמשים? לסף השכרות שחושב (3.3-4.5 ננוגרם למ"ל נסיוב דם) נוסף פקטור של אי-ודאות המדידה המעבדתית ולכן הומלץ לאסור נהיגה בתחום הערכים 7.0-10.0 ננוגרם THC למ"ל נסיוב הדם (או 3.5-5.0 ננוגרם THC למ"ל דם מלא). הבריטים, ששילבו את ממצאי הפרויקט האירופי עם מטה-אנליזה של מחקרים שהם ערכו קבעו סף-שכרות ל-THC העומד על 10 ננוגרם למ"ל נסיוב-דם.<sup>19</sup>

אולם גם בהינתן הסכמה על סף שכרות לקנביס, קיימת בעיית מדידה משום שכשם שהשפעת ה-THC מהירה בעישון/אינהלציה,

12 Tove Hels et al., *Risk of Severe Driver Injury by Driving with Psychoactive Substances*, 59 Accident Analysis & Prevention 346 (2013)

13 מחקרים רבים הראו את הסיכון בשיחה בטלפון תוך כדי נהיגה. ראו למשל הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים הקובעת כי: "בזמן שיחה בטלפון הנייד הסיכון להיות מעורבים בתאונות דרכים הוא בערך פי ארבעה. שיחה בטלפון נייד פוגעת בביצועי הנהיגה: היא מעלה את זמן התגובה, היא מפחיתה את היכולת לגלות ולהזהר אובייקטים בזמן, היא מגדילה את מספר הסטיות מנתיב הנסיעה והיא פוגעת ביכולת לשמור מרחק מכילי רכב אחרים". הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים "היסח הדעת - שימוש בטלפון נייד בעת נהיגה" [www.rsa.gov.il/mishtamaheyderech/nahageimasaiot/hesechadaatPhone/Pages/default.aspx](http://www.rsa.gov.il/mishtamaheyderech/nahageimasaiot/hesechadaatPhone/Pages/default.aspx)

14 Yechiel Gaoni & Raphael Mechoulam, *Isolation, Structure and Partial Synthesis of an Active Constituent of Hashish*, 86 J. Amer. Chem. Soc. 1646 (1964)

15 Marilyn A Huestis, *Human Cannabinoid Pharmacokinetics*, 4.8 Chemistry & Biodiversity 1770 (2007)

16 המחקרים מדברים על דם מלא ונסיוב דם. נסיוב דם הוא מה שמכונה הסרום blood serum. למעשה זהו דם לאחר שסולקו ממנו תאי (הכדוריות האדומות והלבנות). מקובל כי המדידה קלה ומדויקת יותר בנסיוב הדם וכי היחס הוא בערך 1:2. למשל, 7 ננוגרם בנסיוב הם שווה ערך ל-3.5 ננוגרם בדם מלא. המחקרים שציטטנו השתמשו לעיתים בדם מלא ולעיתים בנסיוב דם, ולשם הדיוק ציטטנו אותם בדרך שבה הם השתמשו.

17 Franjo Grotenhermen et al., *Developing Limits for Driving Under Cannabis*, 102 Addiction 1910 (2007)

18 G. Berghaus, *Meta-Analysis of Empirical Studies Concerning the Effects of Medicines and Illegal Drugs Including Pharmacokinetics on Safe Driving*, Driving under the influence of drugs, alcohol, and medicines (DRUID) 6th framework programme (2011) [http://www.druid-project.eu/Druid/EN/deliverables-list/downloads/Deliverable\\_1\\_1\\_2\\_B.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.druid-project.eu/Druid/EN/deliverables-list/downloads/Deliverable_1_1_2_B.pdf?_blob=publicationFile) (להלן: Berghaus).

19 Kim Wolf et al., *Driving Under the Influence of Drugs: Report from the Expert Panel on Drug Driving* (2013)

ביותר של THC שניתן לגלותה באמצעות מכשירי מדידה (בפועל 1.0 ננוגרם למ"ל נסיוב דם). משמעה של מדיניות זו היא שנהג מוגדר כ"שיכור" אם בגופו (דם, שתן, נוזלי גוף אחרים) נתגלתה כמות כלשהי של תרכובות קנבינואידיות או תוצרי חילוף חומרים שלהם (בין אם פעילים ובין אם לאו). הרציונל למדיניות זו הם אותם מחקרים אפידמיולוגיים המראים, כי עצם השימוש בקנביס מהווה גורם סיכון לתאונות דרכים, ללא כל תלות בבדיקות מעבדה של מרכיבי קנביס כאלה או אחרים. בנוסף, שולטת התפישה לפיה יש צורך במדיניות הסברה לאומית המעבירה מסר ברור, קצר וחד לפיו קנביס ונהיגה לא ייתכנו יחדיו. הנימוק השלישי, אותו מובילה שבדיה, מבוסס על שיקול פרקטי. כל ערך-סף לשכרות שייקבע יגרום לכך שרוב הנהגים שהשתמשו בקנביס טרם נהיגתם יתחמקו מאימת הדין. זאת בשל הפינני המהיר של ה-THC מהדם והעובדה שבפועל לקוח זמן מאד התאונה ועד לבדיקת הדם. כתוצאה מכך נפגעות האכיפה וההרתעה ולכן יש צורך בגישה של "אפס סובלנות".

**הגישה השלישית: "Per-se limits"**

גישה זו תופסת תאוצה בשנים האחרונות, בעיקר במדינות אירופה, ולפיה נהג יוגדר כשיכור, אם בדמו נמצא ריכוז THC מעל לסף-שכרות מוגדר. סף השכרות מבוסס על הוכחות אפידמיולוגיות ומחקרים מבוקרים בתנאי מעבדה ושטח ועל סימולטורים לנהיגה. כך למשל, מדינות מסוימות (כמו: שוויץ, נורבגיה ופורטוגל) העמידו את הרף על כמות של 4.0-2.0 ננוגרם במ"ל נסיוב דם, בין היתר כדי להיות משוכנעים באמינות המדידה. לעניינים אלה נשוב בהמשך.

**השימוש בקנביס רפואי בעולם ובישראל והניסיון להסדרת השימוש בו**

השימוש רפואי בקנביס ידוע כבר אלפי שנים,<sup>21</sup> אולם בניגוד לסברה המקובלת, לא כל שימוש בקנביס רפואי קשור לחומר פסיכו-אקטיבי. בנוסף למרכיב ה-THC שהוא הגורם להשפעה הפסיכו-אקטיבית של הקנביס, קיימים רכיבים רבים אחרים בעלי תועלת רפואית שהעיקרי שבהם הוא ה-Cannabidiol ("להלן: "CBD"). ל-CBD אין השפעות פסיכו-אקטיביות כך שאין כל בעיה בנטילתו בחלוקה גסה ניתן לומר שהשימוש ב-THC מתאים לטיפול בכאב לסוגיו (כאב נוירופטי, כאב סרטני, כאב מפציעה/ניתוח, כאב מעורב), ואילו ה-CBD מתאים לטיפול במחלות דלקתיות, במחלות פסיכיאטריות שונות ובכאלו הפוגעות במערכת החיסונית.<sup>22</sup> מטבע הדברים, יש לעיתים מחלות המשלבות אלמנטים של כאב ודלקת גם יחד, שטיפול בהן המשלב בין שני הרכיבים האמורים יהיה יעיל יותר. כיום ניתן לגדל זנים שונים של קנביס בעלי ריכוז שונה של כל מרכיב, כאשר ישנם זנים שהם עשירים ב-(20-25%) THC ועניים ב-(0.5-2.0%) CBD ויש זנים שריכוז ה-CBD שבהם גבוה

כך גם פינניו מהדם הוא מהיר. ריכוז ה-THC בדם יורד תוך שעה אחת לפחות מעשרה אחוזים מהשיא, ותוך כארבע שעות לפחות מחמישה אחוזים מהשיא.

לכך יש להוסיף, כי בניגוד לאלכוהול, קשה מאד לחשב לאחור את ריכוז הקנביס בדם בשעת התאונה. מכיוון שבאלכוהול ידוע פחות או יותר קצב הפירוק של האלכוהול בכבד, ניתן לבצע "חישוב לאחור" ולנבא את ריכוז האלכוהול בדם בשעת התאונה על בסיס דגימת דם שנלקחה מספר שעות לאחר מכן. לעומת זאת בקנביס הדבר אינו פשוט כלל ועיקר משום שתהליכי הפיזור, המטבוליזם והסילוק הם הרבה יותר מסובכים ומחייבים שימוש באלגוריתמים מתמטיים מורכבים. יתרה מכך, גורמים רבים משפיעים על פירוק וסילוק ה-THC ואלו שונים מאדם לאדם כך שהחישוב לאחור מניב תוצאות בעלי רמת אי-ודאות גבוהה.

לכן, הדרך הנכונה לכאורה להערכת ההשפעה של הקנביס על תפקודי הנהיגה היא בדיקת דם שתקבע את ריכוז ה-TCH שבדם. אולם, בדיקת דם זו צריכה להיעשות בסמוך מאוד לקרות התאונה וטכנית קשה מאוד לעשות כן משום שבדרך כלל יש צורך לקחת את הנבדק/ת לבית חולים או למתקן דומה, והמציאות היא שפרק הזמן עד לבדיקה זו נמדד בשעות.

בעייתיות זו גרמה למחוקקים שונים לזנוח את רעיון בדיקת הדם ל-THC ולנסות לבדוק תוצרים מטבוליים של THC שנמצאים בדם זמן רב אחרי השימוש בקנביס. אחד התוצרים העיקריים הוא המטבוליט - 11-nor-9-carboxyTHC הידוע גם כ-"חומצת THC" (אותו הזכרנו קודם). חומר זה אינו פעיל מבחינה ביולוגית וניתן לגלות אותו בדם ובשתן מספר ימים ולעיתים אפילו שבועות וחודשים רבים אחרי השימוש בפועל בקנביס.

על רקע כלל המחקרים והבעיות שצוינו, התפתחו גישות שונות ברחבי העולם בנוגע לאופן קביעת האיסור על נהיגה תחת השפעת קנביס, המשלבות שיקולים מדעיים טהורים עם שיקולי מדיניות חברתית. ניתן להצביע על שלוש גישות בהקשר זה:

**הגישה האחת: "בדיקת מאפיינים"**

בדיקה זו פותחה מלכתחילה להוכחת נהיגה תחת השפעת אלכוהול. היא התבססה על "מבחן אצבע-אף"; מבחן הליכה בקו ישר הלך ושוב עקב בצד אגודל; מבחן יציבות בעמידה על רגל אחת; ומבחן ההתרשמות הכללית של השוטר בשטח. המחקרים הוכיחו, כי "בדיקת מאפיינים" אינה כלי מספיק רגיש לאבחון נהיגה תחת השפעת קנביס.<sup>20</sup>

**הגישה השנייה: "אפס-סובלנות"**

מדינות שונות במערב (כמו: שבדיה, בלגיה, צרפת, גרמניה, דנמרק ומדינות מסוימות בארה"ב), לרבות ישראל, אימצו מדיניות של "אפס סובלנות" וקבעו את גבול איסור הנהיגה החל בכמות הקטנה

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/167971/drug-driving-expert-panel-report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167971/drug-driving-expert-panel-report.pdf)  
 Katherine Papafotiou et al., *The Relationship Between Performance on the Standardized Field Sobriety Tests, Driving Performance and the Level of Δ9-THC in Blood*, 155 *Forensic Science International* 172 (2005); W. M. Bosker et al., *A Placebo Controlled Study to Assess Standardized Field Sobriety Tests Performance During Alcohol and Cannabis Intoxication in Heavy Cannabis Users and Accuracy of Point of Collection Testing Devices for Detecting THC in Oral Fluids*, 223 *(Psychopharmacology)* 439 (2012).  
 Mitch Earleywine, *Understanding Marijuana: A New Look at the Scientific* (2005) 21  
 Javier Fernández-Ruiz et al., *Cannabidiol for Neurodegenerative Disorders: Important New Clinical Applications for this Phytocannabinoid?*, 75 *British Journal of* 22

הבריאות, הפועלת מכוח האמנה לסמים נרקוטיים, והיא האחראית על הסדרת תחום הקנביס. הנהל קובע בתחילתו כי "קנביס אינו תרופה, אינו רשום כתרופה, ויעילותו ובטיחותו בשימוש למטרות רפואיות טרם הוכחו. יחד עם זאת קיימות עדויות לכך שקנביס עשוי לסייע לחולים הסובלים ממצבים רפואיים מסויימים, ולהקל על סבלם". אפשר להתווכח על ניסוח זה, המנסה לתפוס את החבל משתי קצותיו, אולם בפועל הקנביס מאושר לשימוש לחולים במחלות הקשורות לכאב, לגסטרואנטרולוגיה, לנוירולוגיה (כולל פרקינסון וטרשת נפוצה), לפסיכיאטריה, לאונקולוגיה, ועוד. ציין, כי הליך קבלת הקנביס הרפואי בישראל מסובך הרבה יותר ממתן תרופות רגילות וכרוך בהמתנה, אישור כל ששה חודשים, מעקב של הרופאה המטפלת, ועוד. נמתחה לא מעט ביקורת על מורכבות ההליכים ועל מהירותם, אך אלו חורגים מנושא דיוננו. השורה התחתונה היא כי על-פי משרד הבריאות, בחודש מרץ 2015 טופלו בישראל כ-22,300 חולים בקנביס רפואי.<sup>30</sup> אף על פי כן, אין בישראל כל חקיקה המתייחסת לנהיגה תוך כדי שימוש בקנביס רפואי ולכן נתייחס בפרק הבא.

### חוסר ההתייחסות בחקיקה הישראלית לקנביס בכלל וקנביס רפואי בפרט

החקיקה בישראל הקשורה לנהיגה, מכלילה תחתיה את השימוש בכלל החומרים הפסיכו-אקטיביים ואיננה מתייחסת להבדלי הסיכון בנהיגה שבהם. החוק הרלוונטי הוא פקודת התעבורה [נוסח חדש], ותקנות התעבורה, התשכ"א-1961 שהותקנו על-פיה (להלן: "פקודת התעבורה" ו-"תקנות התעבורה" בהתאמה).<sup>31</sup> מדובר בפקודה אותה ירש המחוקק הישראלי מהשלטון הבריטי ולמעשה היא איננה אלא העתקה של פקודת התעבורה שחוקקה בקפריסין. הפקודה תוקנה למעלה ממאה פעמים והתקנות תוקנו יותר מארבע מאות פעם, כאשר התיקונים לא תמיד מתקיימים בהרמוניה.<sup>32</sup> על-פי סעיף 62(3) לפקודת התעבורה, נהיגה בשכרות היא

(15%-10%) וריכוז ה-THC בהם דל (פחות מ-2%). ברור לכן שהבעיות החוקיות הקשורות להשפעה הפסיכו-אקטיבית של הקנביס קשורות לזנים שבהם המרכיב הרפואי הדומיננטי יותר הוא THC.

על-פי כל האמנות הבינלאומיות קנביס אסור לצריכה,<sup>23</sup> אולם כולן מכילות סעיפים המתירים מחקר ושימוש רפואיים. מכאן שאין חולק כי השימוש הרפואי מותר גם על-פי פרשנות מחמירה של האמנות.<sup>24</sup>

למרות הידיעה על התכונות הרפואיות של הקנביס, הרי שרק בסוף המאה העשרים ותחילת המאה העשרים ואחת החל שימוש נרחב בו למטרות רפואיות. "אבי הקנבינואידים", פרופ' רפי משולם, טען לא פעם, כי המחקר הקליני בקנביס רחוק מלהיות מספק ויש לעשות הרבה יותר כדי לנצל את יתרונותיו.<sup>25</sup> הסיבות למיעוט המחקר אינן ברורות. יש טענות שמאחר שלא ניתן לרשום עליו פטנט, אין תמריץ מספיק לחברות התרופות לעסוק בכך ואילו אחרים טענו, כי לאור העובדה שהקנביס אסור בחוק, קיים חשש לחקור אותו ולהצביע על יתרונותיו.<sup>26</sup> אם כך ואם כך, הממסד הרפואי כולו מסכים כיום על יעילותו של הקנביס בטיפול במחלות שונות. במדינות רבות השימוש הרפואי בקנביס מוסדר בחוק ובנהלים. בארצות הברית המצב מסובך יותר. ישנן כיום עשרים ושלוש מדינות שבהן מותר השימוש הרפואי בקנביס, ובחמש עשרה מדינות נוספות מותר השימוש במוצרי קנביס שבהן המרכיב הדומיננטי הוא ה-CBD והמרכיב הפסיכו-אקטיבי (THC) הוא שולי יחסית.<sup>27</sup> יחד עם זאת, למרות ההיתר הרפואי העקרוני, השימוש בקנביס רפואי עדיין אינו מוסדר כיאות, שכן הוא אינו משווק כתרופה אלא כתפוחות גולמיות של הצמח לעישון, כמיצוי בתוך שמן, כתרסיס לחלל הפה או בתוך מאפה. מכאן שברוב המקרים הרופא, כמו גם החולה, אינם יודעים את ההרכב של החומרים הפעילים בתכשיר, את כמותם ואת פגות תוקפם.<sup>28</sup>

בישראל קיים נוהל חדש יחסית לשימוש בקנביס.<sup>29</sup> בהתאם להחלטות הממשלה הוקמה יחידה לקנביס רפואי במשרד

Clinical Pharmacology 323 (2013).

**23** מדובר על האמנה בדבר סמים נרקוטיים, 1961 - האמנה בדבר חומרים פסיכוטרויפיים, 1971 - ואמנת האו"ם נגד סחר בסמים נרקוטיים וחומרים פסיכוטרויפיים - 1988.

**24** כך למשל כבר בפתיחה של האמנה העיקרית, האמנה בדבר סמים נרקוטיים מופיע כי הצדדים:

"Recognizing that the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision" must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes  
 לנוסח המלא של האמנה ראו: www.unodc.org/pdf/convention\_1961\_en.pdf.

Raphael Mechoulam, *The Endocannabinoid System: Looking Back and Ahead*, 25th annual symposium of the International Cannabinoid Research Society, Wolfville, Nova Scotia, Canada. (2015).

**26** ראה בעניין זה הרצאתו המעניינת של פרופ' רפי משולם המספר על ניסיונו בתחום, ועל השימוש ב-CBD לטיפול יעיל ומצליח בסכיזופרניה ובאפליפסיה (מיום 5.1.2014). www.youtube.com/watch?v=NVPuumTVnM0.

ראו גם דבריו ודברי חוקרים אחרים בראיון עימם. עידו הרטגון "ישראל הופכת למעצמת מחקר רפואי בקנביס" הארץ 12.12.2013. לא ברורה (ראו: 39-note-39: Legal and Medical Status of Cannabis en.wikipedia.org/wiki/Legal\_and\_medical\_status\_of\_cannabis#cite\_note-39) לנבי החקיקה בארה"ב ראה את מסמך המימשל הפדרלי בעניין STATE MEDICAL MARIJUANA LAWS המעודכן ליום 16.6.2015 www.ncsl.org/

.research/health/state-medical-marijuana-laws.aspx





אם בעתיד התנאים בהם ניתן לנהוג בעת השימוש בקנביס ישתנו ויעוגנו בחוק ובתקנות יובא הדבר לידיעת המטפלים והמשתמשים". הישיבה סוכמה בכך שיש צורך לתקן את התקנות ויפה שעה אחת קודם.<sup>38</sup>

האיסור החוקי לא היה רק תיאורטי. מספר נהגים בעלי רישיון לקנביס רפואי הועמדו לדין על נהיגה תחת השפעת סמים והורשעו משום שלא הייתה מחלוקת עובדתית כי השתמשו בקנביס. בהחלטה שניתנה בבית המשפט עליון באמרת אגב הובאה עמדת הפרקליטות שלהלן:

"בתוך כך, מדגישה המשיבה כי יכולים להיווצר מצבים בהם הפער בין פקודת התעבורה [נוסח חדש] ובין [נוסח חדש], התשל"ג-1973 יצור קושי משפטי, וכי ישנם סמים המסופקים ברישיון אשר יש לאפשר לנהוג בהשפעתם בתנאים מסוימים. בהקשר זה מציינת המשיבה כי תקנות להסדרת הנושא נמצאות בשלבי התקנה, וכי בינתיים מוסדר הנושא באמצעות הפעלת שיקול הדעת של התביעה ואי העמדה לדין במקרים גבוליים. כך, בהקשר של קנאביס, מפעילה המשיבה את שיקול דעתה בהעמדה לדין, ובמקרה שבו חלפו שש שעות, קבוע בהנחיות הקליניות, אפשר שתבחר שלא להעמיד לדין חרף ביצועה של עבירה."<sup>39</sup>

נכון למועד זה טרם הותקנו התקנות, מצב שאיננו תקין. בינתיים עומדים החולים המשתמשים בקנביס בפני מצב בלתי אפשרי שכן למרות קבלת התרופה באופן חוקי, באופן רשמי נאסר עליהם לנהוג.<sup>40</sup> עמדת הפרקליטות והתביעה המשטרית, לפיה הפתרון הוא באמצעות הפעלת שיקול דעתן, בעייתית ביותר משום שבדומה לכל גוף מנהלי, עליהן לפעול באופן מוסדר ועל פי הנחיות ברורות. כך למשל בבג"ץ זקין נאמר:

"לכן רק טבעי וראוי הדבר שהמדינה ורשויות אחרות יקבעו

לעצמן מדיניות, ובמידת הצורך והאפשר גם הנחיות כתובות, שיקבעו סדר עדיפות לאכיפת החוק. אכן, מדיניות או הנחיות כאלה צריכות לעמוד במבחנים המקובלים לגבי כל החלטה מינהלית, כגון מבחנים של מטרה כשרה, שיקולים ענייניים, סבירות ועוד. אולם, אם הן עומדות במבחנים אלה, אכיפת החוק על-פי מדיניות או הנחיות כאלה אינה אכיפה פסולה. אכיפה כזאת, אף שהיא אכיפה חלקית, אינה אכיפה בררנית."<sup>41</sup>

יצוין כי הוועדה הבין-משרדית לקנאביס רפואי מינתה תת-ועדה להגדרת "נהיגה תחת השפעת קנביס רפואי" (ועדת אלמוגי) וזו עתידה להמליץ למשרד הבריאות על נהלים שיתבססו על פרמטרים מדעיים מדידים, מבלי להזדקק לשיקול דעת של התביעה.

לסיכום האמור עד כה, סוגיית הנהיגה תחת השפעת קנביס בישראל, מעלה כיום תמונה עגומה. השימוש בקנביס אכן משפיע לרעה על הנהג, אך ההשפעה רחוקה מלהיות משמעותית כמו של אלכוהול ואפילו פחותה מהתנהגויות מזיקות נפוצות אחרות אשר אינן אסורות באופן גורף (כגון דיבור במכשירים ניידים בזמן נהיגה). למרות זאת, משיקולים שונים ניתן לפי החוק הישראלי להסתפק בתוצרי קנביס הנוכחים בגוף אף שבועות אחרי השימוש כדי להרשיע נהג בנהיגה תחת השפעת קנביס. לא זאת אף זאת, עונש המינימום המוטל לפי החוק הישראלי הוא עונש חמור של פסילה למשך שנתיים ימים. בחינת מצבם של המשתמשים בקנביס רפואי, מעלה תמונה עגומה שבעתיים. במקרה כזה עלול להיות מורשע מי שריכוז ה-THC בדמו הוא מתחת ל"סף השכרות" המוצע למשתמשי קנאביס רפואי ברישיון ושבדגימות דם ושתן שלו נמצא תוצר חילוף חומרים (בלתי פעיל) של THC, ולהיות חשוף לעונש חמור ודרקוני שלא

גם החוליים שלה, וחלק מהחוליים האלה מתבטא בשיכרות, כשהשיכרות הזאת, בזמן נהיגה, מביאה לתאונות דרכים.... ראו פרוטוקול ישיבה 237 של הכנסת ה-13 (4.7.1994).

35 ראה חוק לתיקון פקודת התעבורה (מס' 35), התשנ"ה-1995, ס"ח 1519, שהתקבל ביום 1.4.1995.

36 ס' 39א לפקודת התעבורה.

37 אריאל נוי "משרד הבריאות: חכו 6 שעות בין עישון קנביס לנהיגה" **חדשות וואלה** 18.1.2011 [news.walla.co.il/item/1781996](http://news.walla.co.il/item/1781996)

38 פרוטוקול ישיבת פורום ועדת ההיגוי הבין-משרדית לנושא הקנביס הרפואי, 1 (13.6.2013) [www.health.gov.il/PublicationsFiles/cannabis-V-P-14032013.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/cannabis-V-P-14032013.pdf) (14.3.2013).

39 בג"ץ 3174/12 שריג נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 8.8.2012). נציין שאין הרבה פסקי דין שניתנים בבית המשפט העליון העוסקים בענייני תעבורה. זאת משום שהערעור על בתי המשפט לתעבורה הוא בפני בית המשפט המחוזי. גם כאן דברי בית המשפט העליון הם מעין 'אימרת אגב' משום שלא ניתנה רשות ערעור. אולם בפועל הם מחייבים. עוד נוסף, כי בית המשפט העליון לא נכנס לגופו של עניין מהסיבה הפשוטה שבתיק זה לא היה חולק כי הנאשם כנראה עישן את הקנביס פרק זמן קצר לפני הנהיגה. ממילא קשה היה לו לטעון כי לא נהג תחת השפעת קנביס.

40 בישיבה זו טען פרופ' משולם כ"יבאם על המטופלים בקנאביס רפואי ייאסרו לנהוג. הרי שיעמדו הם בפני סוגיה קשה: לקבל את הקנאביס בצורה חוקית ולא לנהוג או לנהוג ולרכוש את התרופה בצורה לא חוקית". פרוטוקול ישיבת פורום ועדת ההיגוי הבין-משרדית לנושא הקנביס הרפואי, 2 (14.3.2013) [www.health.gov.il/PublicationsFiles/cannabis-V-P-14032013.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/cannabis-V-P-14032013.pdf)

41 בג"ץ 6396/96 זקין נ' ראש-עיריית באר-שבע, פ"ד נג (3) 289, 304-305 (1999). מקרה דומה בו עמד בית המשפט העליון על חשיבותם של קריטריונים ברורים לצורך פסילת רישיונם של נהגים היה במסגרת החלטה שניתנה ברע"פ 3676/08 זנו נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 27.7.2009). שם דובר על סעיף מפורש בפקודת התעבורה (סעיף 56) שבו נאמר, כי רשות הרישוי יכולה לפסול את רישיונו של נהג שהוא "פרוע או מופרע". בהתאם לסעיף זה הסמיך משרד הרישוי את מנהלי האיזורים לפסול רישיונותיהם של נהגים שלהם גיליון הרשעות ארוך בעבירות תעבורה. אך לא היו כל עקרונות ברורים לכמה שנים לפסול את רישיונותיהם ומה נחשב 'רביעי עבירות'. בית המשפט העליון פסל החלטה זו של רשות הרישוי בנימוק שאין לרשות קריטריונים ברורים ושונים. ובלשון בית המשפט: "בית משפט זה עמד על כך - בהקשרים שונים - כי רשות מנהלית אינה יכולה להפעיל את סמכותה ללא אמות מידה ברורות, ענייניות ושוות (בג"צ 59/88 צבן נ' שר האוצר, פ"ד מב (4) 705, 706-707 (1989); בג"צ 637/89 "חוקה למדינת ישראל" נ' שר האוצר, פ"ד מו (1) 191, 200 (1991); בג"צ 556/85 בסט נ' שר הביטחון, פ"ד לח (1) 177, 183-184 (1984)... כך התקבלו החלטות לפסול את רישיונותיהם של הנהגים, אך לא ברור מדוע... וכי כיצד ידע הפקיד בעצמו לבחון את המסוכנות הנשקפת מצד נהג פלוני, כאשר אין בידיו רשימה מוגדרת וברורה של עבירות המעידות על מסוכנות

יועד 'לעבירה' שעבר, והכל בשל מחלה שהוא סובל ממנה. כמדומנו, כי אין חולק שהמצב צריך תיקון וכל הגופים שהזכרנו המליצו וממליצים על כך.

## מה צריכה להיות הנישה בישראל?

לטעמנו, גישה ה-Per se Limits עליה עמדנו קודם, לפיה יש לקבוע סף שכרות מוגדר, היא התואמת את צרכי החולים הצורכים קנביס רפואי. לגבי אוכלוסייה זו המלצתנו היא לאמץ את ערך-סף לשכרות מקנביס שיעמוד על 10-5 ננוגרם THC למ"ל נסיוב דם, בהתאמה להמלצות ועדות המומחים השונות בעולם המערבי, כפי שפירטנו לעיל. הפתרון של קביעת סף-שכרות לקנביס אינו הפתרון המושלם. הבעייתיות של פער הזמן בין קרות התאונה לבין מועד נטילת הדם נותרה בעינה. משום כך, יהיה צורך להדריך את השוטרים לצמצם למינימום את פרק הזמן הזה. אנו מעריכים, כי בהמשך הדרך יקבע "סף שכרות" לקנביס מבדיקת רוק ואז פער זמן זה יצטמצם משמעותית, מאחר שהשוטר ייטול מהנהג בזירת האירוע את דגימת הרוק לבדיקה מעבדתית מלאה. נכון להיום, לא פורסמו מספיק מחקרים מדעיים המבססים סף-שכרות לקנביס על-פי בדיקת רוק.

יחד עם זאת נציין, כי באותם המקרים של צרכני קנביס רפואי שבהם נמצא ריכוז THC מדיד בדם בשילוב עם אלכוהול, יש לשקול אפשרות של הורדת סף השכרות. גם המלצה זו עולה בקנה אחד עם המלצות ועדות המומחים השונות בעולם המערבי.

את סף השכרות המוצע ל-THC, כדרכו של עולם, תוקפים משני הצדדים. תומכי הלגליזציה טוענים שהוא נמוך מדי ומתנגדי הלגליזציה טוענים שהוא גבוה מדי. כאן המקום לציין, כי חלוקת קנביס רפואי לחולים הזקוקים לכך במרשם רופא מוסמך וקביעת ערך סף לשכרות לקבוצה זו אינה לגליזציה של הסם. צעד זה נועד למצוא את האיזון העדין והמידתי בין הצורך להעניק לחולים הזקוקים לכך את הטיפול הרפואי הראוי בצד הצורך להוריד את הסיכון הפוטנציאלי בנהיגה בדרכים.

## שאלות נוספות שראוי לעסוק בהן

ברשימתנו הקצרה התמקדנו בשאלת נהיגתם של חולים המשתמשים בקנביס רפואי, אולם ישנן עוד שלוש שאלות שלדעתנו יש צורך בדיון ציבורי לגביהן:

א. האם לא מן הראוי לקבוע מדד מעבדתי אובייקטיבי להגדרת נהיגה תחת השפעת קנביס לכל הנהגים ולא רק על חולים הנוטלים קנביס רפואי? יכולה לעלות טענה, כי ראוי להפעיל מדד אובייקטיבי ראוי לא רק לחולים וזאת משום

שכפי שהסברנו, מי שבדמו תוצרי קנביס בלבד ייתכן שלא היה כלל תחת השפעה בעת שנהג. מבחינה משפטית טהורה, ניתן היה להאשימו אולי בשימוש בקנביס, אך לא בנהיגה תחת השפעה.

ייתכן שיש היגיון בטענה זו, אך עלינו לזכור שהמדיניות הבסיסית של המחוקק בישראל היא "אפס סובלנות" בהקשר לסמים מסוכנים ונהיגה, ובכלל זה קנביס. קביעת "סף השכרות" לקנביס, במטופלי קנביס רפואי ברישיון משרד הבריאות, הינה בגדר החרגה ממדיניות זו. היא מסתמכת על סעיף 264(א) בפקודת התעבורה לפיו: "סם מסוכן - כהגדרתו בפקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש], התשל"ג-1973, למעט סם שקבע שר הבריאות ובתנאים שקבע"<sup>42</sup>. יתרה מכך, בל נשכח שבפקודת התעבורה ישנן חזקות משפטיות רבות שאינן תואמות את המצב העובדתי. כך לדוגמה, על פי סעיף 3א לפקודת התעבורה, נהג רכב ציבורי או נהג חדש שבגופו מצוי אלכוהול בריכוז העולה על 50 מיקרוגרם בליטר אוויר נשוף נחשב ל-"שיכור"<sup>43</sup>. אין כל חולק שעובדתית נהג כזה איננו שיכור ואיננו תחת השפעת האלכוהול. לא זאת אף זאת, רמה כזו היא כה נמוכה עד שהנהג/ת כלל אינם יכולים להבחין בה, אך בכל זאת קבע המחוקק שייחשבו כשיכורים. ההיגיון מאחורי קביעה זו היה שעל הנהגים הצעירים/ציבוריים להיזהר ולהימנע אפילו מרמה נמוכה של אלכוהול. אותו היגיון ניתן להחיל על כל רמה של קנביס.

דוגמא אחרת לחזקה משפטית שאיננה נכונה עובדתית היא חזקת הבעלות. על פי סעיף 27ב(א) לפקודת התעבורה "נעשתה עבירת תעבורה ברכב, רואים את בעל הרכב כאילו הוא נהג ברכב באותה שעה"<sup>44</sup>. בכל מקרה שבו לא ידוע מי הנהג שהשתמש ברכב, הבעלים הוא האחראי והעונש שיוטל עליו הוא העונש המוטל על נהגים שעברו עבירה מעין זו. אנו מטילים עליו אחריות כנהג בתאונת דרכים קשה למרות שאין ספק שעובדתית לא נהג. ההיגיון בהטלת אחריות זו הוא לגרום לבעלי הרכב להקפיד על שמירתו ועל מניעת מתן השימוש בו לנהגים לא אחראים. אחריות זו מוטלת גם כשברור שעובדתית בעל הרכב לא היה הנהג, כגון במקרים בהם היה בכלל בחו"ל, או שהראיות מצביעות על נהגת בעוד בעל הרכב הינו גבר, וכיוצא בזה. תיאורטית מן הראוי היה להטיל על בעל הרכב אחריות על עבירת ההתרשלות בשמירה על הרכב, ולא אחריות על תאונה שבועדאי לא היה מעורב בה, אך זוהי קביעת המחוקק למרות ביקורות וטענות כי למעשה מרשיעים אנו חפים מפשע.<sup>45</sup>

אלו רק דוגמאות שכן פקודת התעבורה והתקנות מלאות חזקות כרימון. מי שדוחף רכב בכוח גופו כאילו נהג בו,<sup>46</sup> מי ששכח להגיע למשפטו כאילו הודה בעבירה, ואפילו הוא

גבוהה, שהרי לא חומרת העבירות אותן ביצעו הנהגים אקוטית היא, אלא המסוכנות העולה מהן. כיצד על הפקיד להחליט כאשר אין בידו הנחיות לעניין המשקל שיש לייחס לכל אחת ואחת מן העבירות הנחשבות למסוכנות, או על היחס בין עבירות אלו לבין שאר העבירות המצויות בעברו התעבורתי של הנהג? וכי נתפלא כי במצב מעין זה לא נמצא רציפות ואחידות בהחלטות רשות הרישוי? ... רק לאחר שייקבעו כללים אובייקטיביים, ענייניים וברורים, תוכל זו לממש את סמכותה הכתובה עלי חוק, ולבוא בגדרי מתחם שיקול



זועק ככרוכיאל שלא היו דברים מעולם,<sup>47</sup> מי שנשלח אליו דואר רשום כאילו קיבל אותו,<sup>48</sup> ועוד.

במשטר משפטי כגון זה, הרי שאלת המדד אובייקטיבי לנהיגה תחת השפעת קנביס כרוכה בשאלות העקרונית של חזקות משפטיות בפקודת התעבורה. לכן לא עסקנו בה ברשימתנו זאת, אך ודאי שמן הראוי לעסוק בה.

ב. מה צריכה להיות המדיניות כלפי שימוש בתרופות המכילות סמים מסוכנים? עלינו לזכור, כי יחד עם הקנביס הרפואי קיימות תרופות שונות המכילות מרכיבים המוגדרים בחוק כסמים מסוכנים שהשימוש בהם מסוכן לנהיגה. כך למשל תרופות משככות כאב כמו: morphine, codeine, oxocodone, hydrocodone, fentanyl, remifentanyl, pethidin. השימוש בתרופות אלה, גם כשנלקחות במינונים המומלצים על-ידי הרופא המטפל, מהווה לעיתים גורם סיכון לתאונות דרכים.<sup>49</sup> אולם אין כל התייחסות לכך בחוק. מעבר לתרופות אלו, קיימים סמים שניתנים ברישיון כחלק מהטיפול במכורים כגון methadone ו-buprenorphine. הבעיה ידועה בישראל ובעולם כולו מימים ימימה והמחוקק אינו מזדרז לתת לה מענה. הטיעון המרכזי לאי-התערבות המחוקק הוא שלא ניתן להפוך את המדינה ל"מדינת משטרה" ויש צורך למצוא את האיזון העדין והמידתי בין הצורך הרפואי לבין הסיכון הכרוך בנהיגה. הפתרון המשפטי אינו בהכרח הפתרון הרצוי. לעיתים מדיניות של הסברה והזרכת החולים המטופלים בתרופות מסוג זה עשוי להיות פתרון הולם. נציין, כי בהוראות השימוש המצורפות לתרופות אלו מצויינת השפעתן על הנהיגה אולם בתרופות רבות מופיעות אזהרות ללא סוף על הנהיגה, והציבור למעשה כמעט שאינו מתייחס לאזהרות אלו. דומנו, כי מן הראוי לטפל גם בנושאים אלו לא פחות מאשר בקנביס. ג. האם לא מן הראוי לנתק את הקשר בין הקנביס לאלכוהול? אין למעשה כל קשר ישיר בין נהיגה בשכרות לבין נהיגה תחת השפעת קנביס ו/או תרופות. הסיכון שונה, האוכלוסיות אינן זהות, מנגנוני האכיפה שונים. נראה לנו שחסרונותיו של החיבור המלאכותי בין השניים גדולים מיתרונותיו. עונש המינימום הקשה של שנתיים פסילה בעבירות של נהיגה

תחת השפעת אלכוהול זכה לביקורות לא מועטות, מה גם שכפי הנטען במחקר הוא נאכף בצורה בררנית ולא בהכרח צודקת.<sup>50</sup> יש לדעתנו לשקול הפרדה מוחלטת בין העונשים על נהיגה תחת השפעת אלכוהול לנהיגה תחת השפעת קנביס ו/או תרופות אחרות. על העונש להיות הולם לסיכון ולא עונש אחד לכל סוגי הסמים והתרופות.

## סוף דבר וקריאה לחקיקה מיידית

לדעתנו, יש צורך דחוף בחקיקה מיידית למשתמשים בקנביס רפואי ברישיון. לצורך כך אנו מציעים תיקונים במספר שלבים, אותם דירגנו לפי קלות ביצועם הטכנית ולפי ההסכמה הציבורית לגביהם:

השלב הראשון והפשוט הוא קבלת חקיקה הקובעת במפורש, כי בנהיגה תחת השפעת קנביס ותוצריו, יש להביא בחשבון לעניין העונש את עובדת היות הנהג/ת משתמש ברישיון ולהחריג סיטואציה זו מעונש המינימום. חקיקה כזו תפתור את בעיית הענישה העודפת ותביא לתוצאות צודקות והוגנות יותר. לא הפרקליטות או התביעה המשטרית תקבענה כיצד להעניש נהגים שהינם צרכני קנאביס רפואי אלא בתי המשפט, בהליך גלוי ויודע. לדעתנו, תהיה הסכמה גורפת לחקיקה שכזו וניתן לעשות זאת באופן מידי.<sup>51</sup>

בשלב השני יש לקבוע את רמת ה-THC בדם שרק מעליה ייחשב נהג המשתמש בקנביס רפואי כשיכור. לדעתנו, הכמות הסבירה היא 10.0 ננוגרם למיליליטר נסיוב הדם (או 5.0 ננוגרם למיליליטר דם מלא).<sup>52</sup> בעניין זה ייתכנו דעות שונות, אך החשוב הוא להגיע למדד מוסכם כאשר יחד עם המדד ראוי לקבוע שבית המשפט יכול להתחשב לעניין הענישה בריכוז ה-THC שנמצא בדם הנהג/ת.

אפשר להתווכח על פרטים אלו או אחרים בהצעותינו, אך קשה לראות כיצד ניתן להתנגד אליהן כמכלול. המציאות היא שהחוק כרגע, ככל שנוגע למטופלים בקנביס רפואי, אינו צודק לחלוטין ומאיים להעניש חפים מפשע על לא עוול בכפם מלבד מחלה שלא הם בחרו אותה.<sup>53</sup> מן הראוי לשנותו ויפה שעה אחת קודם.

הדעת אשר התווה לה המחוקק" (שם, בעמ' 21-23).

42 ס' 264(א) לפקודת התעבורה.

43 שם, בס' 3א.

44 שם, בס' 227(א).

45 ראו ביקורת של איתן לבונטין על כך: איתן לבונטין "על הרשעת חפים מפשע ביודעין" משפטים 581 (2007).

46 ת' 164 לתקנות התעבורה, התשכ"א-1961.

47 ס' 240(א)(2) לחוק סדר הדין הפלילי (נוסח משולב), התשמ"ב-1982.

48 ת' 44(א) לתקנות סדר הדין הפלילי, תשל"ד-1974.

49 ראו Berghaus, לעיל ה"ש 18; 5(3) Traffic Injury and Prevention 241 (2004) J. Michael Walsh JM, de Gier JJ, Christopherson AS, Verstaete Aet al.

50 ראו בעניין זה מאמרם של המלומדים ד"ר שומרון מויאל ופרופ' מימי אייזנשטדט: שרון מויאל ומימי אייזנשטדט "פערי ענישה בעבירות נהיגה בשכרות" משפטים מד(3) 933 (2013), שם נטען שהעונש הממוצע הוא כשמונה חודשי פסילה.

51 נציין כי אנו סבורים שמן הראוי לבטל את פסילת המינימום או לשנותה מהותית בכל הקשור לנהיגה בשכרות בכלל, ונהיגה תחת השפעת קנביס בפרט, אך נהיר לנו שגישה זו ייתכן ותיתקל בהתנגדות.

52 נוסף כי ייתכן ומן הראוי לקבוע שסף זה יירד אם יימצא גם אלכוהול בדם מעל לכמות שתקבע.

53 בפועל המציאות איננה כה עגומה משום שהתביעה פעמים רבות איננה מעמידה לדין במקרים אלו, ובתי המשפט יוצאים מגדרם, ולעיתים תוך אקרויטיקה משפטית, כדי להימנע מהרשעות וענישה. ראו למשל ת"ד (ת"א) 3929-03-12 מדינת ישראל נ' וויס (פורסם בבב, 7.3.2013) שבו זוכה הנאשם ולא הוגש ערעור נגד זיכוי למרות שפסק הדין מוקשה מאוד מבחינה משפטית.