משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

הוועדה לבחינת מגמות הטיפול

בקנביס

ירושלים, מרץ 2026
ניסן התשפ"ו

בכתיבת והכנת הדו"ח לקחו חלק:
גב' ענת אליהו, ראש לשכה, מינהל לבריאות הנפש
גב' נועה בר זאב, עוזרת למנכ"ל משרד הבריאות
גב' רותם שירה-לוי, מנהלת תחום שיתוף ציבור, מינהל תכנון אסטרטגי כלכלי, משרד הבריאות
ד"ר רן שוייד, מרכז הוועדה

דברי פתיחה, יו"ר הוועדה:

שלום רב,

אני שמח להציג את סיכום עבודת הוועדה לבחינת מגמות הטיפול בקנביס לצרכים רפואיים בישראל.

לאחר כעשור מאסדרת הטיפול בקנביס לצרכים רפואיים בישראל, הוחלט לבחון את המדיניות של משרד הבריאות לאור תמורות שחלו באופני הרישוי והמרשם למטופלים. הבחינה כללה פרספקטיבה על דפוסי הצריכה, התועלות הרפואיות והחסרונות והיתרונות של כל אחד מפרמטרים אלה.

למעשה, בעשור האחרון ישנו שימוש הולך ועולה בקנביס לצרכים רפואיים, במקביל לעליה מדאיגה בשימוש בריכוזי THC ובמינונים גבוהים, ללא מחקר מספק המניח את הדעת באשר לתועלת מהטיפול אל מול הנזק האפשרי בחלק מההתוויות.

החשש כי מגמה זו עלולה להזיק לציבור רחב, במיוחד לאחר החשיפה הרחבה של הציבור בישראל לטראומה, הביאה את הצורך לכנס ועדה שתבחן את מגמות הטיפול בקנביס, במיוחד בעת הזו. הוועדה בחנה את התועלות בטיפול בקנביס רפואי אל מול הסיכונים, וכללה אנשי מקצוע בעלי דעות שונות ומגוונות, מתחומים שונים. הוועדה לא עסקה בהתוויות ספציפיות, שכן לשם כך נדרש פורום נרחב של אנשי מקצוע ייעודיים בכל תחום.

המורכבות בדיון בנושא רגיש זה דרשה מחברי הוועדה מסירות רבה. הדיונים היו לעיתים סוערים, אך הגישה המקצועית ותפיסת המטרה המשותפת להיטיב עם המטופל ולמנוע נזק, סייעה להגיע להבנות ברוב התחומים, אולם נותרו גם כאלה ללא הסכמה מלאה. עבודת הוועדה כללה שיתוף ציבור נרחב, ונשמעו דעות רבות מפי חברות ועמותות, נציגי ציבור ומטופלים. חשוב להדגיש כי מוקד עבודת הוועדה היה לבחון מקצועית את הטיפול בקנביס רפואי, בעיניים מדעיות המבקשות להיטיב עם הציבור. גם אל מול שאלות קשות שעלולות להיות מורכבות בהיבט הציבורי, הקו המקצועי והמדעי הנחה את חברי הוועדה, והאמת המדעית והרפואית היו העקרונות שלפיהם פעלנו.

זו ההזדמנות להודות למשרד הבריאות, לחברי הוועדה, ליחידה לקנביס רפואי (היק"ר), לאיגודים המקצועיים, לקופות החולים, לנציגי הציבור ולארגוני המטופלים, שנרתמו לאתגר (המורכב) ולקחו חלק בגיבוש המלצות הוועדה.

ברור לי כי חלק מהמלצות הוועדה מורכבות ליישום ויתממשו בהדרגה, אך אני בטוח כי משרד הבריאות ידע לפעול באופן מקצועי ומדויק ולהוביל שינוי גם בתחום זה, מתוך אחריות עמוקה לבריאותם של תושבי ישראל.

בברכה,

ד"ר גלעד בודנהיימר

ראש מינהל בריאות הנפש, משרד הבריאות

חברי הוועדה

ד"ר הדר אלעד, ראש האגף לרפואה קהילתית, משרד הבריאות

פרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל ומנהל בית החולים הכללי, מרכז רפואי שיבא

ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש מינהל בריאות הנפש, משרד הבריאות

פרופ' עומר בונה, לשעבר מנהל המחלקה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי הדסה עין כרם

גב' בלה בן גרשון, מנהלת המח' לאוטיזם, טראומה נפשית והיערכות למצבי חירום בברה"נ, משרד הבריאות

ד"ר איתי בסר, יו"ר אילס"ם - החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות

גב' נועה בר זאב, יועצת למנכ"ל, משרד הבריאות

ד"ר סילביו בריל, מנהל המכון לטיפול בכאב, המרכז הרפואי תל-אביב-סוראסקי

פרופ' גיל בר סלע, מנהל המרכז למחלות ממאירות, מרכז רפואי העמק

ד"ר איתי גור אריה, מנהל המערך לשיכוך כאב, מרכז רפואי שיבא

פרופ' אליעד דודסון, לשעבר יו"ר האגודה הישראלית לכאב, הדסה

פרופ' מיקי דודקביץ', מנהל המרכז הרפואי הלל יפה ומנהל המרכז לבריאות הנפש שער מנשה

ד"ר אביבה וולף, מנהלת מחלקה פעילה ה', מרכז רפואי לבריאות הנפש לב השרון

פרופ' מרק וייזר, מנהל האגף לרפואת הנפש, מרכז רפואי שיבא

פרופ' גיל זלצמן, מנהל לשעבר המרכז לבריאות הנפש גהה

גב' רינת יופה, מנהלת תחום, תכנון ובקרה, אגף מידע, משרד הבריאות

פרופ' הנית ינאי, מנהלת היחידה למחלות מעי דלקתיות, בית חולים בילינסון

ד"ר בעז לב, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, משרד הבריאות

ד"ר דניאל לנדסברגר, מנהל המחלקה לרפואת הקהילה, מכבי שירותי בריאות

מר יובל לנדשפט, מנהל האגף לפיקוח והסדרת מערך הקנביס הרפואי (יק"ר), משרד הבריאות

פרופ' דדי מאירי, ראש המעבדה לחקר מנגנוני סרטן וקנבינואידים בפקולטה לביולוגיה בטכניון

מגר' אלי מרום, סגן מנהל מערך הרוקחות והאכיפה, משרד הבריאות

פרופ' יבגני מרזון, מנהל החלקה לרפואה מנוהלת, לאומית שירותי בריאות

פרופ' דורון נצר, ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית

ד"ר אבי סוויד, מנהל תחום מדיניות תרופתית וטכנולוגיות רפואיות, חטיבת הרפואה, מאוחדת

ד"ר דורית פורת, מנהלת המרפאה לטיפול בתחלואה כפולה לנוער, לב השרון

פרופ' איל פרוכטר, מרכז בריאות הנפש, מעלה הכרמל

פרופ' אורי קופילוב, מנהל המרפאה למחלות מעי דלקתיות, מרכז רפואי שיבא

עו"ד חן רביב, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות

ד"ר פאולה רושקה, מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות, משרד הבריאות

מר רן רידניק, ראש חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, משרד הבריאות

ד"ר סרגיי רסקין, מנהל המחלקה לפסכיאטריה משפטית, משרד הבריאות

ד"ר רן שוייד, לשכת הבריאות המחוזית תל אביב, משרד הבריאות

ד"ר ליאורה שכטר, מנהלת תחום הטיפול בכאב, קופת חולים מאוחדת

משתתפים נוספים

פרופ' עדי ארן, יו"ר האיגוד לנוירולוגיה של הילד והתפתחותו

מר שמואל בן יעקב, יו"ר האגודה לזכויות החולה

ד"ר עינת גורליק, מנהלת המחלקה לניהול סיכונים ומידע תרופתי, אגף רוקחות, משרד הבריאות

ד"ר טל לביא, סגן מנהל היחידה לקנביס רפואי, משרד הבריאות

פרופ' שאולי לב רן, פסיכיאטר, המרכז הישראלי להתמכרויות ICA

פרופ' מירב לידר, יו"ר האיגוד הישראלי לראומטולוגיה

ד"ר עמוס עברי, חבר הוועד המנהל אילס"ם - החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות

פרופ' גל מאירי, מנהל היחידה לפסיכיאטריה לילדים ונוער, מרכז רפואי סורוקה

ד"ר נורית עומר, סגנית מנהל המחלקה לנוירולוגיה, המרכז הרפואי סוראסקי, תל אביב

ד"ר מרינה קופציק, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל

פרופ' חיים קנובלר, יועץ לבריאות הנפש למד"א, ארגון נכי צה"ל וער"ן

פרופ' גליה רהב, יו"ר האיגוד הישראלי למחלות זיהומיות

גב' רותם שירה לוי, מנהלת תחום שיתוף ציבור, מינהל תכנות אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תקציר מנהלים: הוועדה לבחינת מגמות הטיפול בקנביס

קנביס משמש במסגרת הרפואית במדינת ישראל כעשור.

במדינת ישראל, מוסדרים עקרונות הייצור והתוויות הטיפול ב׳ספר הירוק׳, המהווה מקור ידע עולמי ואף תורגם במלואו לשפה האנגלית [3-6].

במהלך השנים האחרונות התווספו התוויות שונות ובוצעה רפורמה באופן ניפוק הקנביס, המאפשרת ניפוקו במרשם רפואי במסגרת קופת החולים בהתוויות מסוימות. התוויות אחרות, נשארו במסגרת ניפוק בעזרת רישיונות [7].

בעולם, ישנן מדינות בהן מאושר שימוש בקנביס לצרכים רפואיים. יחד עם זאת, ישנו שוני ניכר ולעיתים מהותי בין המדינות בנוגע לרגולציית הטיפול, ההתוויות, כמו גם בניהול הטיפול והאחריות הקלינית על המטופלים [8-16].

קיים חשש הולך וגובר בנוגע להשלכות הטיפול בקנביס במסגרת רפואית [17,18], והעליה בשימוש גוברת במיוחד בתחומים כמו כאב, פוסט טראומה ופיברומיאלגיה [גרף א׳]. ישנה עליה בצריכת הקנביס הרפואי ככלל [גרף ב׳], ובריכוזי THC בפרט [גרף ג׳]. כמו כן, קיים שימוש עודף בתצורת עישון בהשוואה למדינות אחרות בעולם [גרף ד׳].

לאחר פרוץ מלחמת ״חרבות ברזל״, פרסמה המועצה הלאומית לפוסט טראומה נייר עמדה בנושא, בו קבעה כי ״יותר משהקנביס מועיל למטופלים עם PTSD, הוא מזיק״ [נספח א׳].

לאור המגמות ובעקבות העלייה הצפויה בשיעור המתמודדים עם פוסט טראומה לאחר מלחמת ״חרבות ברזל״, כונסה בהנחיית מנכ״ל משרד הבריאות, הוועדה בראשותו של ד״ר גלעד בודנהיימר, ראש מינהל בריאות הנפש, לצורך בחינה מחודשת של הסיכונים אל מול התועלות בטיפול.

הוועדה התכנסה לראשונה בינואר 2025 וקיימה שישה מפגשים:

מפגש 1: 04.01.2025 - מפגש עבודה - דיון ראשוני - נציגי מערכת הבריאות ומומחים קליניים.

מפגש 2: 21.01.2025 - שיתוף ציבור 1 - פגישה וירטואלית עם 8 נציגי המגזר העסקי בתעשיית הקנביס.

מפגש 3: 22.01.2025 - שיתוף ציבור 2 - פגישה וירטואלית עם 15 נציגי עמותות וארגוני מטופלים.

מפגש 4: 04.02.2025 - מפגש עבודה - הצגת שישה איגודים רפואיים מקצועיים ולאחריו ׳שולחנות עגולים׳ בחלוקה לצוותי מיקוד.

מפגש 5: 25.02.2025 - מפגש עבודה - דיון ודיוק ההמלצות שהתגבשו בצוותי המיקוד.

מפגש 6: 03.11.2025 - מפגש עבודה - דיון בטיוטת ההמלצות שגובשו.

במהלך המפגשים הוצגו דעות שונות ולעיתים מנוגדות, התקיימו דיונים ערים, ענייניים ומקצועיים ולבסוף גובשו מסקנות והמלצות המייצגות את בסיס ההסכמה הרחב.

להלן תמצית המלצות הוועדה:

1. **בחינה מחודשת של התוויות הטיפול בקנביס -** יש צורך בכינוס עיתי של ועדת התוויות לצורך בחינתן והתאמתן של ההתוויות בהתאם להתקדמות המחקר ובהתאם להמלצות האיגודים המקצועיים ובהשתתפות מומחים מכל תחום. ישנן התוויות שראוי לשקול לצרף, וישנן התוויות שראוי לבחון להסיר.

2. **הטיפול ב-PTSD -** יש לנקוט זהירות יתירה בשימוש בקנביס בהתוויה זו, ויש להקפיד על ההגדרות המחמירות לפי נוהל 106 (ללא שינוי מהנוהל), לאור המחקר העדכני הקובע כי הנזק גובר על התועלת.

3. **מחקר -** עידוד מחקר להבנת היעילות ובטיחות הטיפול.

4. **קידום הכשרת מטפלים -** הכללה במסגרות הלימוד וההתמחויות השונות, הכשרת רופאים ובעלי מקצוע רפואיים נוספים בעקרונות הטיפול ובסיכונים האפשריים.

5. **שיקול דעת קליני והדרכת המטופל -** חובת הרופא המטפל לפעול לפי שיקול דעת קליני ומניעת נזק, חשיבות התוכנית הטיפולית ויעדיה, בחינת התוויות הנגד והדרכה והסברה מקצועית למטופל ולציבור בנושא הטיפול בקנביס.

6. **מניעת התמכרות והפסקת טיפול -** קביעת פרמטרים וקווים אדומים המעידים על סיכון להתמכרות וצורך בהפסקת טיפול.

7. **מעקב וחידוש מרשמים -** הדגשת הצורך במעקב רפואי נאות, בחינת התיק הרפואי, מעקב עיתי, הפסקת טיפול או התאמת הטיפול בהתאם לתגובת המטופל.

8. **העברת כלל הטיפול הרפואי לאחריות קופות החולים -** מעבר מרשיונות למרשמים באחריות הקופה המבטחת, בכלל ההתוויות, לצורך טיוב הטיפול, המעקב הרפואי, התיעוד ורצף הטיפול.

9. **מינונים ושיעורי THC נמוכים -** עידוד טיפול במינונים המינימליים האפקטיביים, ושימוש בריכוזי THC נמוכים ככל הניתן בהתאם להתוויה.

10. **סיווג רמות פרמצבטיות של THC/CBD -** דיוק וצמצום קווי הטיפול בהתאם לפרמטרים קליניים.

11. **הפסקת שימוש ושיווק של תצורת עישון -** יש להפסיק בהדרגה את השימוש בתצורת עישון, כפי שמקובל במדינות רבות בעולם. עישון אינו תצורה רפואית לשימוש, המינון והספיגה אינם אחידים, ועישון מעודד התנהגות המסכנת את בריאות הציבור. יש לעודד שימוש במשאפים ייעודיים, שמן ותצורות מתן חדשניות אחרות.

12. **הגבלות בנשיאת נשק ונהיגה, הודעת מטפל על פי חוק כלי יריה ודיווח למרב"ד -** הגבלת ההיתר מעל מינונים מסויימים, כמו גם רענון, הדרכה והקפדה על הודעות מטפל בהתאם לחוק, בשל החשש לסיכון משמעותי לשלום הציבור.

הוועדה לבחינת מגמות הטיפול בקנביס

רקע היסטורי

קנביס שימש למטרות רפואיות או טקסיות שונות עוד לפני 3,000 שנים. במהלך המאה ה-19 בארה"ב, מקובל היה השימוש בקנביס כמשכך כאב, מונע דלקת ובעל השפעה על ספאזם ופרכוסים. הקנביס הוכנס לפרמאקופיאה (pharmacopeia) בשנת 1854, אך הוצא ממסגרת זו בשנת 1942 [1].

בשנת 1951 הוגדר בוועדה בקונגרס האמריקאי כבעל השפעה נרקוטית ובעקבות זאת, הוגדר כסם מסוכן [2].

כידוע, הקנביס הינו צמח, ממנו מופק החומר כמיצוי מלא (Whole extract). נכון להיום, מתמקד הטיפול בשני מטבוליטים אשר נחקרו בעיקר ע"י פרופ' רפאל משולם ז"ל עוד מאמצע שנות ה-60 של המאה הקודמת (THC - Tetrahydrocannabinol ו CBD - Cannabidiol). יחד עם זאת, מוכרים בצמח הקנביס כ-300 מטבוליטים פעילים אשר עדיין לא ידועים יחסי הגומלין (אינטראקציות) ביניהם.

רקע חוקי

מדינת ישראל מחויבת בקיום הוראות האמנה הבינ"ל - "האמנה היחידה לסמים נרקוטיים" משנת 1961 וכן בקיום הוראות הפקודה והתקנות "פקודת הסמים המסוכנים" התשל"ג 1973[3].

בשנת 2013 הוקמה היחידה לקנביס רפואי (יק"ר) בהמשך להחלטת ממשלה מס' 3609 [4].

בשנת 2016, התקבלה החלטת ממשלה מספר 1587 'שימוש בקנביס למטרות רפואיות ולמחקר', אשר מטרתה לאפשר למטופלים מקור אספקה ראוי של קנביס לשימוש למטרות רפואיות, תוך שמירה על ביטחון הציבור ומניעת זליגתו של הסם שלא לצרכים רפואיים. זאת על בסיס החלטות קודמות מס' 3609 ו-1050. בשנת 2016, בהמשך להחלטת ממשלה 1587, נקבע מתווה ההסדרה ל"מדיקליזציה" של מוצרי הקנביס. נכתב 'הספר הירוק', ע"י היחידה לקנביס רפואי [5,6].

תוך מספר שנים מתהליך המדיקליזציה, היקף השימוש בקנביס לצרכים רפואיים במדינת ישראל הפך להיות מהגבוהים בעולם.

בשנת 2023 התכנסה ועדה בראשותו של המשנה למנכ"ל משרד הבריאות ד"ר מנדלוביץ' אשר מטרתה הייתה הנגשה והקלה בהתוויות לקנביס. ב-1.4.24 נכנסה לתוקפה רפורמת המרשמים לקנביס בה ניתן להנפיק מרשמים ע"י הרופא המטפל להתוויות מסויימות, ולא רק ברישיונות. יחד עם זאת, נמשך הניפוק ברישיונות (ולא במרשמים) בתחומי הכאב, פוסט-טראומה ו'אחר', המהווים יותר מ-85% מהצריכה [7].

הרקע להקמת הוועדה

קנביס משמש במסגרת הרפואית במדינת ישראל כעשור.

בעולם, ישנן מדינות בהן מאושר שימוש בקנביס לצרכים רפואיים. יחד עם זאת, ישנו שוני ניכר ולעיתים מהותי בין המדינות בנוגע לרגולציית הטיפול, ההתוויות, כמו גם בניהול הטיפול והאחריות הקלינית על המטופלים [8-13].

במדינות מערביות שונות, עמדת המחוקק והרגולטור היא כי אין לצרוך קנביס רפואי בתצורה של עישון תפרחת. במדינות מסוימת שיטת המתן היא תפרחת אך דרך הצריכה היא באמצעות אידוי או משאפים ואילו עישון התפרחת בתצורת סיגריה/גלילית נאסר בחוק או לא מומלץ באופן מובהק על ידי הרשויות. כך למשל, בבריטניה ישנו סעיף חוק מפורש האוסר על צריכת קנביס רפואי בתצורת עישון וקובע כי: ׳אסור לאדם לצרוך מוצר מבוסס קנביס לשימוש רפואי בבני אדם באמצעות עישון׳ [14]. בניו-זילנד נקבע כי: ׳מוצר קנאביס רפואי אינו יכול להיות בצורה המיועדת לעישון׳ [15]. בגרמניה, הנחיות המכון הפדרלי לתרופות קובע כי שאיפת קנביס (Inhalation) באמצעות עישון גלילית, אינה מומלצת נוכח סיכונים בריאותיים פוטנציאליים. לקביעה זו ישנה השפעה גם על תשלומי הביטוח הרפואי בנוגע לצריכת קנביס רפואי. באוסטרליה, הרגולטור קבע בהנחיות המחייבות לרופאים כי: ׳בשל הראיות המתועדות היטב לכך שעישון באופן כללי מזיק, אין לתמוך בעישון מוצרי קנאביס׳ [16].

בנוסף, קיים חשש הולך וגובר בנוגע **להשלכות הטיפול בקנביס במסגרת רפואית** [17,18].

במהלך השנים האחרונות התווספו התוויות שונות ובוצעה רפורמה באופן ניפוק הקנביס, המאפשרת ניפוקו במרשם רפואי במסגרת קופת החולים בהתוויות מסוימות. התוויות אחרות, נשארו במסגרת ניפוק בעזרת רישיונות [7] [גרף א׳]. בנוסף, עלתה צריכת הקנביס הרפואי ככלל [גרף ב׳], ובריכוזי THC בעיקר [גרף ג׳]. יתרה מכך, קיים שימוש עודף בתצורת עישון בהשוואה למדינות אחרות בעולם [גרף ד׳]. התופעה של עליה בשימוש גוברת במיוחד בתחומים כמו כאב, פוסט טראומה ופיברומיאלגיה [גרף ד׳].

לאחר פרוץ מלחמת ״חרבות ברזל״, פרסמה המועצה הלאומית לפוסט טראומה נייר עמדה בנושא, בו קבעה כי «יותר משהקנביס מועיל למטופלים עם PTSD, הוא מזיק״ [נספח א׳].

לאור המגמות ובעקבות העלייה הצפויה בשיעור המתמודדים עם פוסט טראומה לאחר מלחמת ״חרבות ברזל״, כונסה בהנחיית מנכ״ל משרד הבריאות, הוועדה בראשותו של ד״ר גלעד בודנהיימר, ראש מינהל בריאות הנפש, לצורך בחינה מחודשת של הסיכונים אל מול התועלות בטיפול.

מגמות בטיפול

עם הקמת הוועדה הוצגו נתוני היק"ר 2023, טרום רפורמת המרשמים, המייצגים את כלל הרישיונות שניתנו:

- מגמות: עליה בצריכה במהלך השנים מ-33 אלף לכ-140 אלף רשיונות.
- צריכה מוגברת של גברים מלווה במגמת עלייה חדה ביחס לנשים.
- גילים: צריכה מוגברת של צעירים עד גיל 45 שנים.
- מינונים: כ-62% מהמטופלים צרכו מעל 30 גרם לחודש וכ-5% מעל 60 גרם לחודש.
- תצורת הצריכה (הנתונים אינם נתוני רכישה/צריכה בפועל): רק כ-1% מהמטופלים צורכים בתצורת שאיפה (בעזרת משאף), כ-12% צורכים מיצוי וכ-87% מהמטופלים צורכים תפרחת בתצורה של עישון.
- התוויות: ההתוויות העיקריות הן: כאב, לאחריה פוסט טראומה ו"אחר" (סה"כ כ-85% מההתוויות), יתר ההתוויות בשיעורים נמוכים מאוד מכלל הצרכנים. בהתייחס לתקופה האחרונה, שלאחר 'רפורמת המרשמים', ההתוויות העיקריות שצויינו ניתנות במסגרת רישיונות בפיקוח משרד הבריאות ואילו האחרות על ידי מרשמים בפיקוח קופות החולים.

נכון לשנת 2026, על פי נתוני היק"ר המבוססים על רישיונות בלבד (כאב, PTSD ו'אחר'), שיעור הצריכה בפועל (רכישה/צריכה) של תפרחת הוא 98% ואילו במיצוי 2% בלבד. כמו כן, מרבית הרישיונות שנצרכים בפועל (88%) ניתנים לערכי THC גבוהים T22C1.

מטרות הוועדה

לאור המגמות בשימוש בקנביס בעשור האחרון, השפעות מלחמת "חרבות ברזל", הסיכון להתמכרויות ותופעות לוואי שליליות ארוכות טווח, בעיקר באבחנה שלפוסט טראומה כתוצאה משימוש בקנביס, הוטל על הוועדה לגבש המלצות להפחתת הסיכון ושיפור הבטיחות בטיפול בקנביס לצרכים רפואיים בהתוויות השונות.

מתודולוגיה

הוועדה קיימה שישה מפגשים פורמליים, מתוכם שלושה כללו הליך של שיתוף ציבור בסיוע חברת MNS CONSULTING.

- פרסום מפגשי הציבור נעשה באתר המשרד, לינקדאין, פנייה ישירה לחברות/ עמותות, פנייה לעמותות באמצעות האגודה לזכויות החולה.
- בכל מפגש התאפשר לכל הדוברים להציג את עמדתם באופן מפורט, כאשר חברי הוועדה הקשיבו והתייחסו לנקודות שהועלו.
- בסוף המפגש התאפשר למשתתפים לשלוח לחברי הוועדה חומרים מקצועיים נוספים ולהשיב בצורה כתובה לשאלות חברי הוועדה.
- המפגשים תועדו במלואם וסיכומי המפגשים הופצו למשתתפים.

שקיפות התהליך

- פרסום מראש של מטרות הוועדה ונושאי הדיון.
- הזמנה פתוחה לכלל הגורמים הרלוונטיים (חברות עסקיות, עמותות, נציגי מטופלים וכדומה) להשתתף בדיונים המיועדים של שיתוף הציבור.
- תיעוד מלא (סיכום, הקלטה ותמלול) של כלל המפגשים.
- מתן במה שווה לעמדות שונות ואף מנוגדות.
- היצמדות מלאה לפרוטוקול.

אופן הביצוע

- הוועדה התכנסה לראשונה בינואר 2025 וקיימה שישה מפגשים:
- **מפגש 1:** 04.01.2025 - מפגש עבודה - דיון ראשוני- נציגי מערכת הבריאות ומומחים קליניים.
- **מפגש 2:** 21.01.2025 - שיתוף ציבור 1 - פגישה וירטואלית עם 8 נציגי המגזר העסקי בתעשיית הקנביס.
- **מפגש 3:** 22.01.2025 - שיתוף ציבור 2 - פגישה וירטואלית עם 15 נציגי עמותות וארגוני מטופלים.
- **מפגש 4:** 04.02.2025 - מפגש עבודה - הצגת שישה איגודים רפואיים מקצועיים ולאחריו ‹שולחנות עגולים› בחלוקה לצוותי מיקוד.
- **מפגש 5:** 25.02.2025 - מפגש עבודה - דיון ודיוק ההמלצות שהתגבשו בצוותי המיקוד.
- **מפגש 6:** 03.11.2025 - מפגש עבודה - דיון בטיוטת ההמלצות שגובשו.

במהלך המפגשים הוצגו דעות שונות ולעיתים מנוגדות, התקיימו דיונים ערים, ענייניים ומקצועיים ולבסוף גובשו מסקנות והמלצות המייצגות את בסיס ההסכמה הרחב.

חומרים מקצועיים

במסגרת התהליך הגישו החברות והעמותות שורה של חומרים מקצועיים אשר תרמו לעבודת הוועדה:

- מצגות נתונים ומחקרים עדכניים
- סקירות מקצועיות של מגמות בינלאומיות בתחום
- תוצאות מחקרים קליניים וסטטיסטיקות רלוונטיות
- ניירות עמדה של איגודים מקצועיים ומומחים בהתוויות שונות
- תיעוד מקרי בוחן ועדויות מהשטח

פירוט
עבודת הוועדה

מפגש ראשון ב-4.1.25 (מפגש פיזי)

- דברי פתיחה ומטרות - ד"ר גלעד בודנהיימר
- סקירת תהליכים ומגמות בארץ- מגר' יובל לנדשפט
- מפת הדרכים לקנביס רפואי - פרופ' ארנון אפק
- הזדמנויות בטיפול בקנביס - פרופ' חיים קנובלר
- מגמות בהתמכרות לקנביס - ד"ר עמוס עברי
- התייחסות לאתגר מזווית המטופלים - מר שמוליק בן יעקב
- סיכוני הקנביס בהקשרים של פוסט טראומה - פרופ' איל פרוכטר
- נציגי קופות החולים – מגמות שימוש והשפעות קליניות
  - פרופ' דורון נצר – שירותי בריאות כללית
  - ד"ר אבי סוויד – קופת חולים מאוחדת
  - ד"ר דניאל לנדסברגר – מכבי שירותי בריאות
  - פרופ' יבגני מרזון – לאומית שירותי בריאות
- שיח פתוח ודיון - חברי הוועדה הציגו את עמדותיהם בנוגע לטיפול בקנביס ככלל, ובהתייחס לטיפול ב-PTSD בפרט.

תמצית דברי המציגים

- **ד"ר גלעד בודנהיימר - דברי פתיחה**

- **מגר' יובל לנדשפט, מנהל היחידה לקנאביס רפואי** - סקירת תהליכים ומגמות בארץ. ההתפתחות ההיסטורית, עקרונות רפורמת המרשמים, ההתוויות העיקריות ומגמות הצריכה.

- **פרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל ומנהל בית החולים הכללי, מרכז רפואי ע"ש שיבא** - מפת הדרכים לקנביס רפואי. קושי בשל בלימת המחקר הרפואי וחוסר מידע עדכני בנוגע ליעילות הטיפול, לצד מחקרים חדשים המאפשרים קבלת החלטות מושכלת. חשיבות המדיקליזציה. אתגר הרווח המשני וחשיבותה של בטיחות הטיפול. כמו כן, הדגיש את הצורך בהכשרה אחידה ובפיתוח דרכי שימוש מגוונות.

- **פרופ' חיים קנובלר, יועץ לחוסן ובריאות הנפש לארגון נכי צה"ל ומד"א ויו"ר הוועדה המקצועית של ארגון ער"ן** - הזדמנויות בטיפול בקנביס. הטיפול בחולי פוסט-טראומה, האתגרים בטיפול כיום כגון חוסר ניסיון של מטפלים, אי קידום מחקר קליני. העלה את הצורך לבחון מחדש את הקנביס כסם מסוכן. בנוסף העלה מספר הצעות לשיפור- התאמת הטיפול לסובלים מ-PTSD, מיקוד הטיפול בהפרעות שינה, שיקול הרחבת ההתוויות וכן את הצורך בהכשרת העוסקים בתחום.

- **ד"ר עמוס עברי, חבר הוועד המנהל אילס"ם** - החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות- מגמות בהתמכרות לקנביס. הדגיש את סכנת ההתמכרות בטיפול בקנביס (CUD 29%). הסיכון המוגבר להתמכרות בגילים צעירים. האתגרים בהפסקת טיפול והצורך בקידום הטיפול בזהירות מושכלת תוך איזון בין היעילות לסיכונים.

- **מר שמוליק בן יעקב, יו"ר האגודה לזכויות החולה -** התייחסות לאתגר מזווית המטופלים. בציבור הרחב רווחת תפיסה שמבוססת על הקולות הבולטים בתקשורת, לפיהן שימוש בקנביס מסייע למתמודדים עם PTSD. בנוסף, העלה את נושא מודעות הציבור לפער בין הרגולציה בישראל אל מול הפתיחות שקיימת. כמו כן, דן בנושא המדיקליזציה אל מול לגליזציה וכן בפערים בנושאי ידע והדרכות הרופאים, מעקב וליווי המטופלים, תפקיד הרוקחים והצורך בשמירה על שלום הציבור.

- **פרופ' איל פרוכטר, יו"ר המועצה הלאומית לפוסט-טראומה -** הציג את ההערכות בצה"ל לגבי מתמודדי PTSD. הדגיש תרומת הטיפול בעיקר בהשפעה על איכות השינה לצד ירידת אפקטיביות הטיפול לאורך זמן. הדגיש את העובדה כי בארץ נטיית החולים להפסיק טיפול תרופתי באשר הוא, כאשר ניתן קנביס, ולא לטפל לצדו. הציג את הפערים בעדכון האבחנות בתיקיה הרפואית. הדגיש את הסיכון בפיתוח דיכאון (עד פי 3), הסיכון בפגיעה קוגניטיבית בטיפול ממושך, הסיכוי המוגבר להתפרצות סכיזופרניה, הסיכון להדרדרות לשימוש בסמים מסוכנים ואת ההשפעה על תאונות הדרכים. כמו כן הדגיש את ההיבטים החברתיים ואת הצורך ברגולציה מסודרת.

חברי ועדה כנציגי קופות החולים:

- **פרופ' דורון נצר - שירותי בריאות כללית.** הדגיש את היעדר המחקר המעיד על השפעה חיובית של הטיפול בקנביס, לצד מחקרים המדגימים את הנזק כתוצאה מהשימוש בו, כמו גם את קלות קבלת הרשיונות. כמו כן, ציין את היעדר רישום אבחנת PTSD בכ-50% מהמטופלים הצורכים קנביס בהתוויה זו. בנוסף, ציין את עלויות הטיפול הגבוהות.

- **פרופ' יבגני מרזון - לאומית שירותי בריאות.** הדגיש את היעדר הניסיון בטיפול, הפערים בהכשרה, הפערים במחקר. ציין את העובדה כי הטיפול כיום מתבצע בתצורת עישון בכ-50% מהצרכנים לפחות (לציין שלא מדובר בהתוויות של כאב, PTSD ו"אחר" שלא עברו לקופות). כמו כן הציג נתונים של קופ"ח בהתאם להתוויות.

- **ד"ר אבי סוויד - קופ"ח מאוחדת.** הדגיש את ההבדלים בין הזנים. הציג את חוסר התאמת רישום האבחנות בתיק הרפואי לניפוק הרישיונות/מרשמים בפועל (כ-71%). ציין את הצורך בבקרה מוקפדת על מתן הרישיונות/מרשמים.

- **ד"ר דניאל לנדסברגר - מכבי שירותי בריאות.** הציג את פעילות CANNABIS WELL - הכוללת רשת רופאים ומוקד. ציין כי הטיפול ב-PTSD גורם מורכבות וכי קיים חוסר ידע קליני על השפעת הטיפול בפועל. בנוסף, הדגיש את חשש הרופאים לעסוק בקנביס, כמו גם את הקושי בביצוע מעקב אחר המטופלים.

מפגש שני ב-21.1.25 - שיתוף ציבור מקוון מול הגורמים העסקיים

הציגו כ-8 חברות:

1. **בזלת נחושתן בע"מ** - מר מאיר אריאל, דירקטור; מר איתי רוגל, מנהל שיווק ופיתוח עסקי.
2. **Syqe Medical -** ד"ר יהושוע (שוקי) אבירם, מנהל המחקרים הקליניים; ד"ר איתן חי-עם, יו"ר רפואי.
3. **מדוקאן פארמה -** מר אסף סלע, שותף מייסד ומנכ"ל; גב' נרקיס טסלה, סמנכ"לית אסטרטגיה ופיתוח עסקי.
4. **שיח מדיקל גרופ -** מר יוגב שריד, מייסד ומנכ"ל; מר שי אברהם שריד, מייסד וסמנכ"ל טכנולוגיות.
5. **AAD Cann IL LTD -** מר שניר זנו, מנהל.
6. **מיי גרין פילדס בע"מ/ MY GREEN FIELDS LTD** - גב' ליאור סעדה פיסו, מייסדת ומנכ"לית; עו"ד אריאל גרופר, יועץ משפטי.
7. **איחוד התעשיינים -** מר ניר קנטור, מנהל איגוד הכימיה, פרמבצטיקה ואיכות הסביבה.
8. **פלאנטיס אגרו בע"מ -** ד"ר אלעד שטרן, מנכ"ל; מר תומר ספנוב, סמנכ"ל.

תמות מרכזיות

- מחסור במחקר בתחום הקנביס.
- פערי ידע בקרב מטפלים וצורך בהכשרה מעמיקה.
- צורך בליווי רפואי הדוק יותר של מטופלים.
- פערי ידע בקרב מטופלים.
- ריבוי קווי טיפול (קטגוריות) והצורך בהפחתתם ודיוקם.
- צורך בדיוק מינוני הטיפול.
- התמקדות השוק במוצרי תפרחת עשירי THC.
- חוסר הכדאיות בייצור מוצרי שמן CBD כיום.
- צורך בפיתוח מוצרים עתירי CBD בעיקר עבור ילדים וזקנים.
- צורך בפיתוח תצורות מתן נוספות על תפרחת ושמן (כגון משאפים, קפסולות, משחות ועוד) שיאפשרו דיוק מינונים ושימוש במינונים מינימליים.
- צורך ברגולציה יציבה שתאפשר ליצרנים וספקים התנהלות מאוזנת.
- המשך מעבר למרשמים בהתוויות נוספות.
- צורך בגמישות בהפחתת מינונים.

מפגש שלישי ב-22.1.25 - שיתוף ציבור מקוון מול עמותות מתמודדים

סה"כ הציגו בפני הוועדה 18 עמותות אשר עמדו בהגדרות הסף לקבלה להצגה.

עקב ריבוי החברות, נפתחו שני חדרי זום. בראשות החדר הראשון ד"ר גלעד בודנהיימר, יו"ר הוועדה וגב' נועה בר זאב, ובראשות החדר השני, ד"ר רן שוייד, מרכז הוועדה, וגב' רותם שירה לוי.

רשימת חברי הוועדה שהשתתפו בקבוצה מס' 1 - ד"ר גלעד בודנהיימר, גב' נועה בר זאב, מגר' יובל לנדשפט, גב' בלה בן גרשון, ד"ר אבי סוויד, פרופ' מירב לידנר, פרופ' גל מאירי, פרופ' חיים קנובלר, פרופ' הנית ינאי, פרופ' גליה רהב, פרופ' עומר בונה, ד"ר רינת יופה, וכן מר ארז וידוצ'ינסקי חברת MNS.

רשימת חברי הוועדה שהשתתפו בקבוצה מס' 2 - ד"ר רן שוייד, גב' רותם שירה לוי, ד"ר דניאל לנדסברגר, מר שמוליק בן יעקב, פרופ' מרק וייזר, פרופ' אורי סגול, ד"ר טל לביא, וכן מר דרור שלזינגר חברת MNS.

קבוצה 1 - בראשותו של ד"ר בודנהיימר וגב' נועה בר זאב

1. העמותה למתמודדי כאב בישראל - גב' אנה אמיר וגב' נטע קובלסקי.
2. עמותת ישראלס - למתמודדי ALS - גב' אפרת כרמי.
3. האגודה למלחמה בסרטן - גב' רינה דיכל וגב' דליה שטרן.
4. מעל"ה מרכז עוז להחלמה ושיקום באמצעות קנביס רפואי - גב' אסנת מנדלוביץ ומר אליהו לוי.
5. הפורום למטופלי קנביס רפואי - מר עופר כהן.
6. העמותה לצריכה נכונה - מר תום רז ומר ניר יופטרו.
7. אלו"ט האגודה הלאומית לילדים ובוגרים על הרצף האוטיסטי - עו"ד יעל הלוי.

קבוצה 2 - בראשותו של ד"ר שוייד וגב' רותם שירה-לוי

1. עמותת גוונים של סגול פיברומיאלגיה וכאב כרוני - גב' דליה שמואלי, יו"ר ומייסדת.
2. אילת ירוקה - מר גדי אברג'ל, מנכ"ל.
3. המרכז הישראלי להתמכרויות ובריאות הנפש (ICA) - פרופ' שאולי לב-רן, מייסד-שותף במרכז הישראלי להתמכרויות ופרופסור חבר בחוג לפסיכיאטריה בפקולטה לרפואה, באוניברסיטת תל-אביב.
4. התנועה להגנת הציבור מנגע הסמים - עו"ד שי לאל, מנכ"ל.
5. חלאסרטן - גב' שירה סגל קופרמן, מייסדת שותפה ומנכ"לית; גב' עפרה שוורץ, אחות ויועצת קנביס רפואי.
6. העמותה לקידם המודעות לתסמונות ומחלות שלפוחית השתן - גב' יפית שובל, מייסדת.
7. קרן קרויצפלד-יעקב ישראל (CJD) - גב' אליס ענן, מנהלת העמותה.
8. אנדומטריוזיס ישראל - גב' אור גולני, מנהלת תחום קהילות וחינוך.

התמות המרכזיות שהועלו

- צורך במחקר בתחום הקנביס.
- מחקר פרטני המתייחס בהשפעות בין תרופתיות מול טיפול באימונותרפיה וכימותרפיה.
- בחינת הטיפול בקנביס כחלופה אל מול אלטרנטיבות (אופיאטים, תרופות פסיכיאטריות) בהתייחס לתופעות לוואי והסיכון להתמכרות.
- צורך בהוספת התוויות (כגון: CJD, ALS, FIBROMYALGIA, ENDOMETRIOSIS).
- צורך בהתייחסות פרטנית למינונים ראשוניים בתחילת טיפול בהתוויות שונות (לדוג׳ - אונקולוגיה, CJD שלעיתים נדרשים להתחיל טיפול במינונים גבוהים).
- חשיבות הטיפול ב-CBD ככלל ובקרב ילדים וזקנים בפרט, והצורך בעידוד השימוש בו.
- פיתוח אמצעים טכנולוגיים מתקדמים במטרה להקל על הטיפול ולהנגישו לצעירים כמו גם לאוכלוסיות מיוחדות.
- צורך בליווי ומעקב אחר המטופלים ככלל, בדגש על הסובלים מ-PTSD הנדרשים להתאמות פרטניות וליווי סוציאלי ופסיכולוגי.
- פערי ידע בקרב המטפלים והצורך בהכשרות.
- פערי ידע בקרב המטופלים ובני משפחותיהם (הורים לילדים המטופלים בקנביס) בעיקר בנוגע לתופעות לוואי וסיכונים בטיפול.
- צורך בהנגשת מידע מבוסס מחקרית לציבור הרחב.
- חשש ממסרים תקשורתיים מטעים על ידי גופים שאינם מקצועיים ו/או גופים בעלי עניין.
- כניסת לשוק של גופים פרטיים בעלי עניין.

התייחסות חברי הוועדה לשני המפגשים (יזמים ועמותות)

- ציינו את חשיבות המפגש אשר אפשר העלאת נושאים מעולמות תוכן מגוונים.
- הועלו טענות חוזרות באשר לצורך בהקלת הרגולציה ולאופן שבו בקנביס מסייע למטופלים.
- לאור פערי מחקר וידע רפואי, לא ניתן כיום לדייק את השפעת הטיפול בקנביס בהתוויות השונות.
- קיים שימוש רב בקנביס גם להתוויות שאינן רשומות, כמו גם טיפול ללא צורך בהתוויות קיימות.
- לאור פערים במחקר ובידע, וכן לאור ליווי והדרכה לא מספקים למטופלים, קמו העמותות השונות.
- חברי הוועדה הביעו חשש כבד מהיעדר הבקרה בעולמות העמותות, ובפרט מהסיכון שטמון בהנגשה של קנביס מצד גורמים ללא רקע רפואי שאינם מוסמכים לכך, אשר מהווים סכנה לציבור החולים.

מפגש רביעי ב-4.2.25 (מפגש פיזי) הצגת עמדות האיגודים המקצועיים ומפגש עבודה (שולחנות עגולים)

הצגת עמדות האיגודים המקצועיים

- האיגוד לגסטרואנטרולוגיה ומחלות IBD - פרופ׳ הנית ינאי
- האיגוד לנוירולוגיה - ד״ר נורית עומר
- האיגוד לראומטולוגיה - פרופ׳ מירב לידר
- האיגוד לטיפול בכאב - ד״ר סילביו בריל
- האיגוד לפסיכיאטריה של הילד - פרופ׳ גל מאירי
- האיגוד לאונקולוגיה - פרופ׳ גיל בר סלע

האיגוד לגאסטרואנטרולוגיה ומחלות IBD - פרופ׳ ינאי, פרופ׳ קופילוב

קנביס אינו טיפול במחלות IBD. לא הוכח כמשפיע על מדדי דלקת. הטיפול מקל על סבל וכאב ומסייע בנושא התיאבון והפרעות שינה. נדרש גוף מנחה ורופאים המתמצאים בטיפול בקנביס על מנת לנהל את הטיפול.

האיגוד לנוירולוגיה - ד״ר נורית עומר

מחלת פרקינסון - ההשפעה בתחום הכאב, הפרעות השינה וכן הקלה בטרמור. הטיפול המועדף במיצוי.

טרשת נפוצה - אוכלוסייה צעירה בעיקרה. הטיפול בהקלה על כאב. העדפת שימוש בתפרחת במינונים גבוהים אשר השפעתם מוגבלת. במחקרים ההקלה סובייקטיבית בעיקרה ולא הוכחה הטבה במחקרים. תופעות לוואי - נצפית החמרה בחרדה.

מחלת טורט - השפעה על חומרת ותדירות הטיקים. מטופלים צעירים בעיקר. העדפת שימוש בתפרחת במינונים גבוהים. נצפית עליה בתלות.

אפילפסיה - במחקרים הודגמה ירידה בתדירות ההתקפים עד 50%, בעיקר במחלה עמידה. שימוש מועדף במיצוי.

דמנציה - אין מספיק מחקרים בתחום. ההשפעה ניכרת בעיקר בתחום הפרעות ההתנהגות. טיפול מועדף במיצוי.

האיגוד לראומטולוגיה - פרופ׳ מירב לידר

אין הוכחה ליעילות הטיפול בקנביס בחולים ראומטולוגים.

השימוש העיקרי בהתוויה של כאב ולא בטיפול במחלה הראומטולוגית.

קיימת דרישה קבועה להעלאת מינונים.

נדרש מחקר בנוגע להשפעת הטיפול על חזרה למעגל העבודה.

פיברומיאלגיה - קיימת דרישה של החולים לטיפול בקנביס.

ישנם רופאים המעדיפים לא לעסוק בתחום הטיפול בקנביס, בשל דרשנות המטופלים לאישור רשיונות.

נדרשת התייחסות לתהליך מסודר של הפסקת טיפול.

האיגוד לטיפול בכאב - ד"ר סילביו בריל

הטיפול בכאב משותף למחלות רבות.

קיים קושי רב לבצע מדידות מדויקות בעולם הכאב.

מזה 25 שנים לא התווספה תרופה חדשה לטיפול בכאב. הקנביס נכנס לוואקום שנוצר.

מחקרים בקנביס אינם מדויקים ואינם כוללים סוגים ומינונים. נדרש מחקר מדויק.

הטיפול בתפרחת בעייתי אך זול יותר מאשר טיפול במיצוי.

נדרש גוף ארצי שירכז את המידע בנושא.

אין הדרכה מספקת לחולים.

רוב החולים אינם נענים למעקב ומגיעים רק פעם בשנה לחידוש הרישיון.

האיגוד לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר - פרופ' גל מאירי

הטיפול בקנביס בגיל הילדות קשור לדיכאון ופסיכוזה.

טיפול נפוץ יותר בתחום האוטיזם במיצוי CBD עם דיווחי הורים על הקלה בתסמינים. יחד עם זאת, יעילות הטיפול לא הוכחה מחקרית. נדרש מחקר בתחום.

במהלך השנים פחת לחץ ההורים לקבלת הטיפול, ייתכן על רקע דיווחים על התקפים פסיכוטיים.

ניכר פער בידע בקרב המטפלים.

במסגרת הציבורית, מתקיים מעקב סדיר אחר הטיפול בילדים הצורכים קנביס, יחד עם זאת, רק מיעוט הפסיכיאטרים עובדים במגזר זה (כ-20%).

יחד עם זאת, מרבית ההמלצות לטיפול בקנביס לילדים, מתקבלות מהמסגרת הפרטית, בה לא מתבצע מעקב המשכי וסדיר לצורך התאמת הטיפול ותוצאותיו.

האיגוד לאונקולוגיה - פרופ' גיל בר סלע

מחלה אונקולוגית היא התוויה לטיפול בקנביס הן במהלך המחלה האקטיבית, טיפול פליאטיבי והן במסגרת הטיפול בסוף חיים.

הטיפול משפיע בעיקר על מניעת תופעות לוואי של הטיפול האונקולוגי, לטיפול בכאב כרוני וסימפטומים מתמשכים, יעיל לקשיי שינה, בחילה וחוסר תאבון. פערים בידע בקרב הציבור גורם לתפישה מוטעית כי הקנביס משמש כתרופה לסרטן.

נדרש להוכיח מחקרית, כי קנביס לא מחמיר את התחלואה.

קיימות עדויות כי השימוש בקנביס עשוי לדכא תגובה חיסונית, הנדרשת במהלך הטיפול האונקולוגי, על כן נדרשת זהירות בטיפול באימונותרפיה.

בהקשר למטופלים המחלימים ממחלתם האונקולוגית, לא קיים פרוטקול הפסקת טיפול, כאשר מסתיים אישור ההתוויה לטיפול.

נדרשת רגולציה ופרוטוקול קליני להפסקת טיפול, שיסדיר ויסייע לרופא המטפל בהליך זה.

באופן כללי, אונקולוגים אינם רואים את הקנביס כתחום עיסוקים, על כן אינם מפתחים מיומנות נדרשת בטיפול.

בהמשך גובשו סוגיות מרכזיות לדיון וחברי הועדה התפצלו לקבוצות עבודה במתכונת "שולחנות עגולים".

שולחנות עגולים

- **קבוצה 1 - נושאי הדיון**
  - הטיפול ב-PTSD באמצעות קנביס
  - תמיכה בהפחתת מינונים או בהפסקת טיפול וגמילת מטופלים
  - זיהוי מוקדם של סכנת התמכרות

- **קבוצה 2 - נושאי הדיון**
  - חוסר במחקר, נתונים תומכים מספקים
  - חוסר בהדרכת מטופלים ותקשור המסקנות לציבור הרחב
  - חוסר בהכשרת רופאים
- **קבוצה 3 - נושאי הדיון**
  - ניהול הטיפול (case manager)
  - חוסר ברגולציית מעקב אחת הטיפול - הגדרת כללים מאסדרים למעקב ובקרה
  - התמודדות עם מינונים גבוהים
  - צורת מתן הקנביס - שמן מול תפרחת
  - ריבוי קטגוריות
  - CBD מול THC

דיון והצעות על פי קבוצות:

קבוצה 1: הטיפול בפוסט-טראומה, PTSD

1. עפ"י המלצת המועצה הלאומית, קנביס אינו טיפול מומלץ ב-PTSD.
2. לאור מצוקה נפשית קשה של חלק מהמטופלים הסובלים מ-PTSD כגון: הפרעות שינה (סיוטי לילה), סימפטומים חודרניים ועוררות יתר קשה (התפרצויות זעם), ניתן לתת טיפול בקנביס בהתאם לתנאים בנוהל 106. המטפל הממליץ על טיפול בקנביס יהיה אחראי על המשך מעקב: בחודשיים הראשונים בתדירות של פעם בחודש לכל הפחות ולאחר מכן במידה שלא נצפו תופעות לוואי וישנו שיפור במצב הקליני - יתבצע מעקב של פעם בחודשיים לפחות.
3. במידה שמטופל לא עומד בתנאי המעקב – יש להפסיק לאלתר את הטיפול.

4. כדי למזער סיכון להתפתחות התמכרות לחומר נדרשים:

א. הערכה ראשונית באמצעות אנמנזה מדוקדקת כולל שימוש קודם בקנביס, הסתברות התמכרויות קודמות (כולל התמכרות במשפחה), מצבים פסיכוטיים קודמים. בנוסף, יש להעביר שאלון CAGE.

ב. מעקב (ראה תיאור מעלה)

ג. יש להשתמש במינון הנמוך ביותר להפחתת הסימפטומים שיעיל להפחתת הסימפטומים.

ד. דגלים אדומים להתמכרות:

1. עיסוק קומפולסיבי בעיסוק בקנאביס.
2. ירידה בתפקוד.
3. ירידה במוטיבציה וברצון.

במקרים אלו יש להגביל בהורדה של ריכוז של THC ולהעלות CBD.

בשלב הבא יש להוריד את המינון באופן הדרגתי של 10 מ"ג לחודש.

קבוצה 2:

1. מחקר בקנביס רפואי – קודם בטיחות, אחר כך יעילות

שלב 1: מחקרי בטיחות (Safety) – חובה לפני הכל

א. יש צורך בהבנת פרופיל הבטיחות של קנביס רפואי לפני שבודקים את היעילות.

ב. במסגרת מחקרי בטיחות יש לכלול את הנושאים הבאים

- השפעות פסיכיאטריות (חרדה, פסיכוזה, תלות והתמכרות).
- השפעות קרדיווסקולריות (שינויים בלחץ דם, דופק, השפעה על קרישת דם).
- אינטראקציות עם תרופות אחרות.
- השפעה ארוכת טווח על מטופלים כרוניים.

ג. מימון המחקרים יתבצע בשיתוף משרד הבריאות, קופות החולים, ומוסדות מחקר בינלאומיים.

ד. יש לקבוע סטנדרטים רגולטוריים אחידים על מנת לבסס את המחקרים על מוצרים אחידים ומבוקרים.

שלב 2: מחקרי יעילות (Efficacy) – לאחר הוכחת הבטיחות

א. ניסויים קליניים מבוקרים (RCTs).

ב. יש לבחון השפעות הקנביס על התוויות רפואיות ספציפיות, כגון:

- כאב כרוני (והפחתת שימוש באופיואידים).
- הפרעות שינה ו-PTSD.
- מחלות נוירולוגיות (פרקינסון, אפילפסיה, טרשת נפוצה).
- יש לבדוק השפעת מינונים שונים וצורות מתן שונות (תפרחות מול שמן).

2. הכשרת רופאים ומטפלים – הכשרה מעשית במרפאות ייעודיות

א. יש צורך בהכשרה פרקטית, מעשית, ולא רק תיאורטית – יש צורך לשלב הכשרה עם התנסות קלינית במרפאות ייעודיות (מודל הדומה להכשרה בהפרעות קשב).

ב. יש צורך בהקמת מרפאות ייעודיות לטיפול בקנביס בבתי חולים ובקופות חולים.

ג. בנוסף לרופאים, יש להכשיר אחיות, רוקחים ופסיכולוגים קליניים לתמיכה במטופלים.

3. הנחיות קליניות

א. יש לגבש הנחיות קליניות ברורות לגבי:

- התאמת מוצרים ספציפיים (THC לעומת CBD)
- מינונים התחלתיים ואופן העלאת המינון.
- זיהוי תופעות לוואי והתמודדות עם אינטראקציות תרופתיות.

ב. יש צורך בצמצום קווי הטיפול בקנביס רפואי, על מנת להפחית את מורכבות הטיפול והכשרת הצוות.

ג. יש לבסס התוויות על הוכחות מדעיות ליעילות הטיפול, כגון:

- כאב נוירופתי קשה שאינו מגיב לטיפולים אחרים.
- אפילפסיה עמידה לטיפול תרופתי.
- תופעות לוואי מכימותרפיה.

ד. יש צורך בהקמת מרכז ידע וייעוץ לרופאים, מטפלים ומטופלים.

קבוצה 3:

Case manager:

- דנו באפשרות שבהתוויה של כאב הנובעת ממחלה ראומטולוגית או ממחלת מעי דלקתי, רופא הכאב יהיה ה-Case manager.
- יש לצורך לדייק באבחון פיברומיאלגיה, לצורך מניעת אבחנה עודפת, לאור הרווח המשני הרב, הנובע מאבחנה זו.
- נדרשות הכשרות ייחודיות לרופאים בקופות החולים.

הגבלת המינון:

- יש להגביל מינון חודשי לסביבות 30 גרם. כל מינון מעבר לכך ידרוש אישור מנהל המוסד או מי שהוסמך מטעמו.

צורות מתן:

- יש להפסיק שימוש בתפרחות בתצורת עישון ולעבור לצורות מתן אחרות, למעט במקרים בהם הרופא המטפל נימק צורך זה.

ריכוזי THC/CBD :

- קיימת החלטה מוועדת לב שמומלץ לקבלה בדבר הוצאת ה-CBD מפקודת הסמים המסוכנים.

מפגש חמישי ב-25.2.25 (מפגש פיזי) דיון על ההמלצות שהתגבשו

- הוצגה סקירה על ההתנהלות הרגולטורית במדינות שונות בעולם - גרמניה, הולנד, אנגליה, אירלנד, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה.
- בוצע דיון כללי בנושא רישוי ורגולציה של קנביס רפואי בישראל, תוך התמקדות בצורך לאזן בין נגישות לטיפול לבין פיקוח על סיכונים:
- השוואה בין ישראל למדינות אחרות: שיעור גבוה בישראל של רישיונות לנפש, שיעור גבוה בישראל של משתמשים בתפרחת.
- הצורך במנגנוני בטיחות בטיפול, שיפור תועלת והקטנת סיכון.
- מעבר מרישיונות למרשמים, אחריות רופאים, מעקב ופיקוח.
- התאמת מוצרים (תפרחות/שמן), מינונים ויחסים (THC/CBD), אינדיקציות.
- התמודדות עם התמכרות, גמילה, וזיהוי מוקדם של מתמכרים (שאלון CAGE, מעקב, דגלים אדומים).
- **הועלו סוגיות לגבי מחקר ופיתוח בתחום הקנביס הרפואי, כולל הצורך במחקרים נוספים להבנת השפעותיו ושימושיו:**
  - מחקר בטיחות לפני יעילות, סטנדרטים אחידים, מימון מחקרים.
  - מחקר יעילות על התוויות ספציפיות, מינונים ודרכי מתן.
  - שימוש בנתוני היק"ר וקופות חולים למחקר, אתגרים רגולטוריים וטכנולוגיים.
  - עידוד מחקרים בתצורות מתן מתקדמות ומעבר לטיפול במשאפים כחלופה לעישון.
- **הוועדה דנה בחשיבות של הכשרת רופאים ומטפלים הממליצים\נותנים מרשם לקנביס למטופלים:**
  - הקמת מרכז ידע וייעוץ לרופאים ומטופלים.
  - הקמת מרפאות ייעודיות בבתי חולים וקופות חולים והליכי ההכשרה המעשית בהן.
  - הכשרת אחיות, רוקחים ופסיכולוגים קליניים.
  - הנחיות קליניות ברורות, צמצום אינדיקציות, מרכז ידע וייעוץ.
  - כתיבת פרוטוקול קליני והנחיות בדבר התאמת מוצרים, מינונים, תצורות המתן, תופעות לוואי ואינטראקציות בין-תרופתיות.
- הוועדה בחנה את הצורך בהנחיות קליניות ברורות ועדכניות לשימוש בקנביס רפואי, ובהתאמת הטיפול למצבים רפואיים שונים: התאמת מוצרים (תפרחות/שמן), מינונים (THC/CBD) והדרכה מותאמת לאופן השימוש.

מפגש שישי ב-3.11.25 (מפגש פיזי) הצגת טיוטת ההמלצות לחברי הוועדה

- ד"ר בודנהיימר הציג ברצף את מהלך התנהלות הוועדה עד כה ובהמשך את כלל המלצות הוועדה, שגובשו בהסתמך על הדיונים שבוצעו:

1. מחקר להבנת היעילות והבטיחות של הקנביס הרפואי
2. בחינה מחודשת של התוויות
3. טיפול ב-PTSD
4. הכשרת מטפלים
5. שיקול דעת קליני והדרכת המטופל
6. מניעת התמכרות והפסקת טיפול
7. מעקב וחידוש מרשמים
8. העברת כלל הטיפול הרפואי לאחריות קופת החולים המבטחת - הכלת רפורמת המרשמים על כלל ההתוויות
9. מינונים ושיעורי THC נמוכים
10. סיווג רמות פארמצטיות של CBD/THC
11. הפסקת שימוש ושיווק של תצורת עישון תוך 3 שנים
12. הגבלות בנשיאת נשק ונהיגה, הודעת מטפל על פי חוק כלי יריה ודיווח למרב"ד

המלצות הוועדה

במהלך דיוני הוועדה הושמעו דעות שונות לגבי השימוש בקנביס במערכת הבריאות. הייתה תמימות דעים לגבי העדר מחקר, העדר הבנה בבטיחות וביעילות של השימוש בקנביס, העדר ידע של מטפלים לגבי טיפול שאינו תרופה. עלה חוסר הסכמה בין גורמים הרואים בקנביס חומר שאין מקומו כטיפול במערכת הבריאות, לעומת אחרים שחושבים שראוי לקדם את הטיפול ואת המחקר במסגרת מערכת הבריאות.

המלצות הוועדה כוללות את מרב התחומים בהם התקבלה הסכמה של רוב חברי הוועדה, אך כוללות גם תחומים בהם לא הייתה תמימות דעים, ונעשה ניסיון לשמר קו פעולה אחיד לאורך ההמלצות. רוב ההערות של חברי הוועדה על ההמלצות שגובשו היו לגבי הצורך להחמיר עוד יותר משהומלץ, ולהניע לשינוי ולפעולה מהירים יותר בצמצום האינדיקציות, בצמצום השימוש בעישון ובמניעה של סיכון הציבור בנהיגה וברישוי כלי נשק. היו גם קולות מעטים שסברו שהמערכת מחמירה מדי אל מול רצון הציבור או צורך בהקלה על סימפטומים שעולה מניסיון קליני.

בהמלצות שגיבשנו בחרנו ללכת במסלול המקצועי שהומלץ על ידי רוב חברי הוועדה, ולנסות ולהעמיק את המחקר המלווה את הטיפול בקנביס, להחזיר את השימוש בקנביס במערכת הבריאות לצורה התואמת טיפול סדור, אל מול החשש לנזקים רפואיים או החשש לשימוש לרעה.

להלן סיכום המלצות הוועדה:

משרד הבריאות נמצא בתהליך מדיקליזציה לקנביס מזה כעשור. אומנם ה**קנביס אינו תרופה ואף מוגדר כסם מסוכן** ב־'פקודת הסמים המסוכנים' (נוסח חדש, תשל"ג 1973), אך במהלך העשור האחרון, נבחן כטיפול בתבחינים שונים, במטרה להפכו לטיפול בכפוף למחקר מספק שיתמוך בכך.

משמעותה של מדיקליזציה היא התייחסות לטיפול כאל טיפול רפואי. טיפול רפואי כולל בתוכו התייחסות לסיכונים ולתופעות לוואי, ומתייחס לתועלות אל מול הנזקים הפוטנציאליים בכל טיפול, וכך ראוי לנהוג בקנביס.

בהתאם לנדרש במסגרת הפרמקופיאה, כל טיפול רפואי דורש מחקר המפרט את מרכיבי הטיפול, את **בטיחותו** ואת **יעילותו**, כמו גם התוויות ברורות, הגדרת מינונים יעילים, תכשירים, צורות מתן, ורגולציה עליהם.

במסגרת **פרוטוקול טיפולי,** נדרשים קריטריונים **לתחילת טיפול, התאמת מינונים, חידוש מרשמים, הנחיות מעקב רפואי, הדרכות** מטופלים בנוגע לתופעות לוואי וסיכונים אפשריים, וכן **פרוטוקול להפחתת מינון ולסיום סדור** של הטיפול. לאור זאת, נדרשת **הכשרה מותאמת** לצוותים המטפלים (רופאים, אחיות ומקצועות נוספים).

יש להדגיש, כי על פי הנתונים המחקריים הקיימים עד כה, אין מטרת הטיפול בקנביס להחליף טיפולים מוכחים ביעילותם ברוב ההתוויות, אלא לתמוך במטופלים הסובלים מתופעות לוואי או תופעות הפוגעות באיכות חייהם. זאת בניגוד לדעה הרווחת אצל חלק מהמטופלים, לפיה הטיפול בקנביס מטרתו להחליף את הטיפולים המוכחים. כך שעם קבלת האישור לטיפול בקנביס, ישנם מטופלים המפסיקים על דעת עצמם את נטילת הטיפולים המוכחים, ובכך עשויים לפגוע בבריאותם ואף לקצר את תוחלת חייהם.

1. בחינה מחודשת של התוויות:

- **ועדת התוויות** - קיים צורך דחוף בכינוס עיתי של ועדת התוויות פעם בשנתיים לכל הפחות, לצורך בחינתן והתאמתן של ההתוויות בהתאם להתקדמות המחקר ובהתאם להמלצות האיגודים המקצועיים ובהשתתפותם של מומחים מכל תחום.
- **הוספת וגריעת אבחנות** - ישנן התוויות שראוי לשקול לצרף, וישנן התוויות שראוי לבחון להסיר, בהתאם להמלצות האיגודים המקצועיים.
- **הגדרת התגובה לטיפול** - יש להגדיר את התגובה הקלינית הנדרשת בהתוויה מוגדרת, באמצעות מדדים אובייקטיבים הניתנים לכימות, ולבחון את הטיפול בהתאם.
- **התוויה משיקה** - במידה והשפעת הטיפול היא לא להתוויה עצמה (כגון מחלות IBD) אלא על תחום משיק (כגון כאב), יש לשקול להגדיר התוויה זו כסיבה לטיפול ובהתאם לאפיין מעקב משולב, על מנת למנוע פגיעה ביעילות הטיפול של מחלת הבסיס. עקרון זה יסייע גם לא להפחית בטיפולים של מחלת הבסיס וידייק את השפעת הקנביס לסימפטום הספציפי בלבד.

2. טיפול ב-PTSD:

- **סיכונים ותועלות** - **י**ש לנקוט זהירות יתירה בשימוש בקנביס בהתוויה זו, כפי שהעלה ה-FDA וכפי שהעלתה המועצה הלאומית לפוסט טראומה. לפי המחקר הקיים (ויש להעיר שאינו ספציפי מספיק לפי מרכיבי הקנביס השונים), הנזק ארוך הטווח מוכח ואילו התועלת אינה מוכחת דיה.
- **חזרת המטופל לתפקוד סדיר** - קיים סיכון משמעותי לפגיעה בחזרה לתפקוד בשימוש יום-יומי.
- **על פי המחקר תיתכן יעילות אך ורק** במצבי מצוקה קשים של חוסר שינה או אי שקט ניכר ופלשבקים. נדרש מעקב הדוק, ומומלץ טיפול מלווה נוסף המוכח כיעיל לפוסט טראומה (דוגמת פסיכותרפיה).
- **יש להקפיד על ההגדרות המחמירות לפי נוהל 106 (ללא שינוי מהנוהל)** – טיפול יינתן רק להפרעה ברמת חומרה בינונית לכל הפחות העונה לקריטריונים של 30% נכות הנמשכת מעל לשנה ומלווה במצוקה נפשית רבה. מוצו לפחות 2 התערבויות תרופתיות מקובלות, וכן מוצו 2 התערבויות פסיכולוגיות מקובלות. כאשר התוויות נגד לטיפול הן היסטוריה של פסיכוזה או שימוש לרעה בסמים.
- **ההחלטה היא של פסיכיאטר מומחה המטפל במטופל במשך שנה לפחות.**
- **מומלץ לקיים דיון ולעדכן את ההתוויות** בוועדת ההתוויות לפי המלצת המועצה הלאומית - יש לציין כי לא היתה תמימות דעים בקרב חברי הוועדה לגבי הצורך בהחמרת ההמלצות, אולם היתה תמימות דעים שהמחקר הקיים אינו מאשש דיו את ההצדקה לטיפול (שייתכן וקיימת בחוויה הקלינית של מטפלים ומטופלים) ונדרש מחקר נוסף.

3. מחקר להבנת היעילות והבטיחות של קנביס רפואי:

- נדרש שיתוף פעולה לצרכי מחקר בין משרד הבריאות, קופות החולים, ומוסדות מחקר, ובהקצאת משאבים למחקר ופיתוח. לשם כך יש להנגיש את המידע הקיים במשרד הבריאות ובקופות החולים.
- יש לשקול מבחני תמיכה ייעודיים.
- קול קורא למחקרים בעזרת המדען הראשי וכן גופים נוספים לתקצוב מחקרים.
- נדרשת הקמת צוות לקידום מחקרים (ביק"ר או במדען הראשי, בשיתוף קופות החולים).
- הגדרת שאלות המחקר (ע"י המערך או הקולות הקוראים בצורה מותאמת לבדיקת) בדגש על בטיחות הטיפול ויעילותו לפי תחומי מחקר מוגדרים מדעית, תוך התייחסות למטבוליטים הנבדקים, אינטראקציות ותצורות המתן.
- ישנה חשיבות יתירה לבחון את הקשר בין שימוש בקנביס והסיכון לתאונות דרכים, תאונות עבודה, פגיעה אל מול חזרה למעגל התעסוקה, ולנתונים שונים בשיתוף הביטוח הלאומי ואגף השיקום במשרד הביטחון.

4. הכשרת מטפלים:

- **הכללה במסגרות הלימוד וההכשרה** - כל עוד הקנביס מוגדר כסם מסוכן ולעיתים משמש לטיפול, יש להכליל לימוד בנושא קנביס בכל שלבי ההכשרה במקצועות הבריאות (רפואה, אחיות, רוקחות) וההתמחויות - **בחסות המועצה המדעית** (יש להטמיע בלמידה של מקצועות הבריאות מרמת הלימודים האקדמיים ועד תהליך ההתמחות את עקרונות הטיפול ואת הסיכונים של הקנביס).
- **הכשרה ייעודית למטפלים ראשוניים ורופאים מומחים** - יש לוודא הכשרה בעקרונות הטיפול והסיכונים. הכשרות צריכות להתקיים עבור הרופאים הראשוניים ועבור הרופאים המומחים בתחומי המומחיות בהם קיימות התוויות לטיפול.
- **העמקת והרחבת קורס ההכשרה של משרד הבריאות** - מומלץ לייצר מנגנונים לייעוץ רופא לרופא בתחום, כמו גם להכשיר מומחים בתחום האחיות לסייע במעקב, בטיפול ובהדרכת המטופל.

5. שיקול דעת קליני והדרכת המטופל:

- **לכל רופא נשמרת הזכות והחובה לבחור את הטיפול** הנכון לפי מיומנותו ולפי שיקול דעת קליני, כמו גם לבחור שלא לטפל בטיפול שלפי דעתו עלול להזיק למטופל.
- **התוכנית הטיפולית** - חובת הרופא הממליץ להדריך את המטופל במסגרת הטיפול: תוכנית טיפולית, מעקב ויעדי הטיפול. חובה להבהיר את הסיכונים ואת מדדי המעקב להצלחה, כמו גם יעדים לסיום הטיפול.
- **תיעוד התוויות נגד לטיפול** - במידה שרופא מטפל סבור שישנה התוויית נגד לטיפול כלשהו, חשוב לתעד זאת כיוון שלעיתים תיתכן פניה לרופאים נוספים שפחות מכירים את המטופל, וחשוב להימנע מנזק למטופל.
- **הדרכה והסברה ציבורית** – נדרש תהליך הסברה תקשורתי שיסייע להסביר לציבור את הסיכונים והתועלות שבטיפול, ותוספת אזהרה על אריזות של קנביס.
- **דגלים אדומים** - סימנים שונים המחשידים להתמכרות או ABUSE.

6. מניעת התמכרות והפסקת טיפול (כפי שמומלץ בכל טיפול בתרופה עם פוטנציאל התמכרות):

- **שאלון לזיהוי סיכון להתמכרויות** - על הרופא הממליץ בתחילת הטיפול למלא עם המטופל. יש להימנע מטיפול במטופל בעל סיכון להתמכרות.
- **סיקור תרופות בסיכון** - יש לבחון בתיק המטופל קיומם של טיפולים נוספים ומקבילים בעלי אופי ממכר, ולהתייעץ במידת הצורך לגבי שילוב הטיפולים.
- **סימני אזהרה להתמכרות** - הם ריבוי תרופות ממכרות, דרשנות וקוצר רוח לגבי מתן המרשם, החלפת רופאים, עליה במינונים, עליה ב-THC ועליה בשימוש בתפרחת, כמו גם סרבנות עיקשת לניסיון להפסקה של מספר ימים בטיפול לאור חוסר תגובה למינון שהועיל עד כה.
- במצבים של התמכרות, כמו גם במצבים של הגעה ליעדי הטיפול או תופעות לוואי קשות, יש לפעול לפי פרוטוקול הפסקת הטיפול.
- **דגלים אדומים ל-ABUSE** - התעקשות של מטופל על טיפול מסוים שאינו לפי התוכנית הטיפולית, תוקפנות, או מעבר בין רופאים רבים, אינו מומלץ וראוי שידליק נורה אדומה.

7. מעקב וחידוש מרשמים:

- **המעקב הקליני** - נדרש כי יכלול - אבחנה ברורה, פירוט הטיפול שניתן עד כה במסגרת ההתוויה והסיבות לכישלונו, תוכנית טיפולית מובנית על פי האבחנה, הגדרת קווים טיפוליים ויעדים, טיפול נוסף מלווה (קנביס לרוב לא מיועד להיות טיפול יחידני), מעקב סדור בתדירות מוגדרת, שימוש במינון הנמוך ביותר האפקטיבי, הפסקה במקרה של אי סבילות, דגלים אדומים להתמכרות, ובמקרה הצורך הפחתת מינון הדרגתית (במצבים של אי סבילות/התמכרות/הגעה למטרות הטיפוליות).
- במצבים של **חוסר תגובה למינון** שהיה יעיל בעבר, מומלץ להפסיק את התרופה ל-5 ימים ולאחר מכן לשוב למינון הקודם.
- **'רופא ממליץ'** - הוא הרופא המטפל בתחום התמחותו במחלת הבסיס או בסימפטום המטרה, והאחראי על הטיפול בקנביס. באחריותו של רופא זה לשלול סיכון להתמכרות, לעקוב לפי התוכנית אחר מצבו של המטופל בפרק זמן סביר למעקב אחר תגובה ותופעות לוואי, כפי שמתקיים מעקב לאחר כל התחלה של טיפול (פגישות מעקב או דיווח של המטופל על התגובה). כיוון שלא כל הרופאים עברו הכשרות מתאימות בשלב זה, ניתן לייצר מנגנונים תומכים לרופא הממליץ כגון ייעוץ רופא לרופא, או מרפאת מומחים במסגרת הקופה או בית החולים.
- **'רופא מאשר'** - הוא רופא שעבר את ההכשרה לטיפול בקנביס ומבצע את אישור הטיפול בפועל. **עליו לקבל גישה לתיק הרפואי (כולל בריאות הנפש) ולוודא שלילת התוויות נגד.**
- **מרשמים - חידוש חודשי** - ניתן לחדש מרשמים מדי חודש כמו בכל טיפול, אולם חידוש המרשם מעבר לחצי שנה מותנה **במעקב פיזי של המטופל אצל הרופא הממליץ**, בו תיבחן התועלת בהמשך הטיפול אל מול הסיכונים, ויידרש אישור של הרופא המאשר.
- **אי חידוש/הפסקת טיפול** - ככל ולא היה מעקב במשך כחצי שנה, לא יתאפשר לחדש את המרשם.

8. העברת כלל הטיפול הרפואי לאחריות קופות החולים המבטחת:

- הכלת רפורמת המרשמים על כלל ההתוויות
- נדרשת **הכרות מלאה של הרופא הממליץ לרקע הרפואי והטיפול התרופתי** של המטופל המבקש, **כולל בתחום בריאות הנפש, וקיימת חובה על הרופא הממליץ לברר את כלל אבחנות המבקש, טרם ההמלצה על הטיפול**. (חוזר מינהל רפואה 2009/42 - העברת מידע רפואי בין רופא פסיכיאטר לבין רופא

מטפל ראשוני בקהילה; חוזר המנהל הכללי 2015/12 - העברת מידע בתחום בריאות הנפש).

- נדרשים **מעקב ובקרה במסגרת קופת החולים** - הכוללת **אחידות רשומה רפואית**, השפעות המתן, אבחנות, מעקב, בהתאם להנחיות היק"ר.
- **בשל כך - המלצה לקנביס תתאפשר רק לרופא ממליץ שהתיק הרפואי של המטופל מצוי בפניו, והרופא המאשר יהיה במסגרת המערכת הציבורית (קופת החולים) בלבד**.
- **אישור וניפוק** יבוצעו **ע"י קופת החולים המבטחת בלבד.** התחלת טיפול **בהמלצת בית החולים**, מחייבת אישור וניפוק של הקופה.
- **ההמלצה** תינתן **ע"י רופא מומחה ובתחום מומחיותו בלבד**, אשר **מקיים מעקב רציף** אחר המטופל בהתאם לסעיף 4.1 בנוהל 106.
- **קופות החולים ייערכו לשינוי** הצפוי במשך תקופת היערכות של **כשנה**.
- יש להעיר כי נציגי הקופות הדגישו את הצורך במשאבים ותמחור תואם לשם יישום העברת השירות.

9. מינונים ושיעורי THC נמוכים:

- **ברירת המחדל** - התחלת טיפול במינונים נמוכים ככל הניתן ובריכוזי THC נמוכים ככל הניתן ביחס ל-CBD, בהתאם להתוויה על פי ההנחיות בנוהל 106 וב-'ספר הירוק'.
- **הפחתת מינון ומעבר מתפרחת למיצוי** - מומלץ להמשיך במנגנון בו רוקחים יכולים להפחית את המינון, להפחית את שיעורי ה-THC ולעבור למיצוי במקום תפרחת ללא צורך בחידוש מרשם בהתאם לחוזר היחידה לקנביס רפואי מתאריך 27.3.25.
- **אישור מנהל בכיר עבור מינון גבוה** - מומלץ להמשיך בדרישת אישור מנהל בכיר למינון כולל של מעל 60 גרם לחודש. מינון מקסימלי לא יעבור את ה-100 גרם.
- **הקלות והחרגות** - ניתן לבחון הקלות בפרמטרים הנ"ל לפי גיל מבוגר (מעל 75) בו הסיכונים פוחתים ולפי מחלות קשות וסופניות (הגדרת חולה הנוטה למות - חצי שנת חיים).

10. סיווג רמות פארמצטיות של THC/CBD:

- יש להתרכז במספר קווי טיפול קבועים במרשמים על-מנת לאפשר ייצור קבוע וזמינות סבירה במשק לכל התכשירים עבור הצרכנים לפי הצורך הטיפולי.
- ככל ואין סיווג של קווי טיפול, כוחות השוק דוחפים לרמות סיווג בעלות רמת סיכון גבוהה יותר. על כן, יש **להגדיר כי כל מפעל יהיה מחויב לייצר לפחות מינון אחד מכל קבוצה כתנאי לרישיון ולתת לכוחות השוק הרפואיים לאזן בתוך תחומים אלה.**
- מומלץ לייצר תמריצים כלכליים לפיתוח ורכישה של תכשירים בטוחים על-מנת לעודד את הייצור והשימוש בהם.

11. הפסקת שימוש ושיווק של תצורת עישון בהדרגה תוך שלוש שנים:

- הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לשקול להפסיק בהדרגה את השימוש בתצורת עישון, כפי שמקובל במדינות רבות בעולם. עישון אינו תצורה רפואית לשימוש בטיפול רפואי, המינון והספיגה אינם אחידים, ועישון מעודד התנהגות המסכנת את בריאות הציבור. רוב חברי הוועדה ביקשו לתחום את תקופת הביניים בשנה או שנתיים, אולם בשל צורך לייצר מהלך מדורג בחרנו להמליץ על שלוש שנות מעבר.

- למעשה בהדרגה יופסק שיווק הקנביס בתצורת תפרחת.
- כל טיפול חדש בקנביס יתחיל במיצוי או במשאף מדויק.
- בתקופת הביניים, בהמלצת רופא ובמידה של צורך קליני בטיפול בתצורת עישון (כגון בהתוויה של IBD) לאחר חוסר תגובה למיצוי או משאף, תיבחן כל המלצה באופן פרטני ע"י מנהל בכיר ובהגבלת מינון **בעישון** (עד כ-30 גרם).
- בתקופת הביניים ניתן יהיה להעלות מינון מעל להגבלת המינון במסגרת שילוב עם תצורות אחרות.
- מי שכבר קיבלו טיפול בעישון לפני תקופת הביניים, יוכלו להמשיך בטיפול עם המלצה למעבר לתצורות אחרות של מתן.
- בתום תקופת הביניים תצורת העישון תומר לתצורות טיפול שונות שאינן עישון, הדומות בפעילותן (משאפים).
- במהלך תקופת הביניים משרד הבריאות יעודד מלבד השימוש במיצוי גם יבוא ופיתוח דרכי מתן חדשות כגון משאפים, מדבקות ועוד דרכי מתן המאפשרות שימוש מדויק ומבוקר בקנביס. לשם כך מומלצת הקלה ברגולציה.
- ניתן לבחון הקלות בפרמטרים הנ"ל לפי גיל מבוגר (מעל 75) בו הסיכונים פוחתים ולחולים הנוטים למות (מחלה חשוכת מרפא עם תוחלת חיים שאינה עולה על חצי שנת חיים).

12. הגבלות בנשיאת נשק ונהיגה, הודעת מטפל על פי חוק כלי יריה ודיווח למרב"ד:

בשל מורכבויות חוקיות נדרש המשך עבודה בתחום זה, ועל כן, למרות נטיית חברי הוועדה להחמיר את הכללים לגבי נהיגה ונשיאת נשק למשתמשים בקנביס בשל סיכון הציבור, בשלב זה הנוהג הקיים נמשך כפי שלהלן:

נהיגה -

- חובה על מטפל לדווח על כל סיכון לנהיגה.
- בהצהרות בריאות יש לדווח על כל שימוש בקנביס כפי שקיים היום. מומלץ לייצר מנגנוני דיווח אוטומטיים על טיפול בקנביס לפי המרשם.
- אין לנהוג תחת השפעת קנביס על פי החוק.
- יש להקפיד על המדיניות הקיימת כיום בה **נהיגה מקצועית או נהיגה ברכב כבד לא תתאפשר למטופלי קנביס,** מחשש לשלום הציבור.

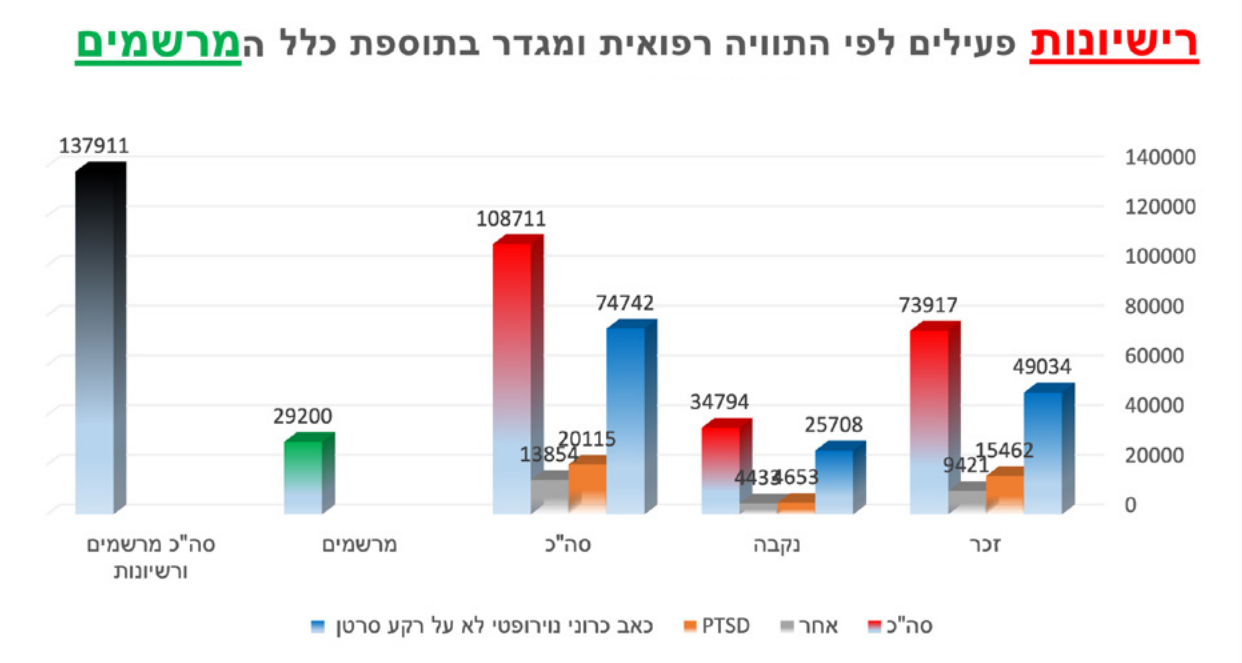
כלי ירייה -

- חובה על מטפל לדווח על כל סיכון לפי חוק כלי ירייה.
- בהצהרות בריאות יש לדווח על כל שימוש בקנביס כפי שקיים היום. מומלץ לייצר מנגנוני דיווח אוטומטיים על טיפול בקנביס לפי המרשם.
- נשיאת נשק - המדיניות הקיימת כיום:
- מינון של מעל 50 גרם שולל אפשרות לרישיון לנשיאת נשק.
- מינון של 40-50 גרם דורש רופא בודק ואישור ועדת חריגים.
- מינון מתחת 40 גרם, בהתוויה מוכרת ובמעקב רצוף של הרופא הממליץ, שאינו בסיכון לפי מסמכים רפואיים, יכול לקבל כשירות זמנית לשנה אחת בלבד.
- מקרים מורכבים, גם במינונים של עד 40 גרם, עולים לוועדת חריגים.

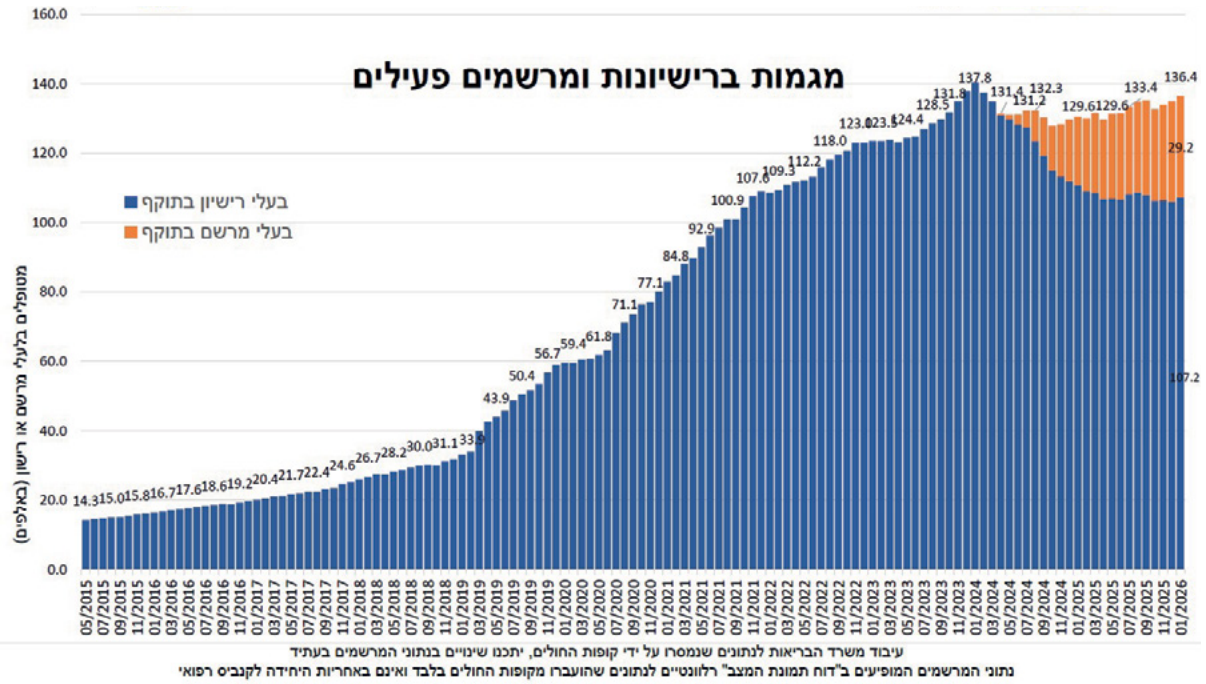
References:

1. https://www.usp.org/dietary-supplements-herbal-medicines/cannabis
2. Controlled Substances Act (CSA; 21 U.S.C. §§801 et seq.)
3. פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש], תשל"ג-1973
   https://www.nevo.co.il/law_html/law4216/00.htm
4. פיקוח והסדרת מקור לאספקת קנביס למטרות רפואיות ולמחקר; החלטת ממשלה מס. 3609
   https://www.gov.il/he/pages/2011_des3609
5. שימוש בקנביס למטרות רפואיות ולמחקר; החלטה מספר 1587
   https://www.gov.il/he/pages/2016_dec1587a
6. IMC-GCP; קנביס לשימוש רפואי- חבורת מידע ומדריך רפואי; חוזר מספר 2016/154
   https://www.gov.il/he/pages/mmk2016-154
7. הוראת מנהל בעניין כניסתה לתוקף של רפורמת המרשמים 25.03.2024;
   https://www.gov.il/he/pages/cn3103202-
8. England:
   8.1. https://www.legislation.gov.uk/uksi/1055/2018/made
   8.2. https://www.nice.org.uk/guidance/ng144/chapter/Recommendations#chronic-pain
9. Ireland: https://www.hpra.ie/regulation/controlled-drugs/medical-cannabis-access-programme
10. Canada:
    10.1. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/medical-use-cannabis.html#_Access_to_cannabis
    10.2. https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR144-2018-/
11. Australia: https://www.tga.gov.au/resources/resource/reference-material/guidance-use-medicinal-cannabis-australia-overview#caveats
12. Netherlands: https://english.cannabisbureau.nl/
13. USA
    13.1. https://www.cdc.gov/cannabis/about/state-medical-cannabis-laws.html
    13.2. https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-regulation-cannabis-and-cannabis-derived-products-including-cannabidiol-cbd
14. The Misuse of Drugs (Amendments) (Cannabis and Cannabis Resin) (England, Wales and Scotland) Regulations 2018.((3)4 תקנה)
15. Misuse of Drugs (Medicinal Cannabis) Regulations 2019 ((1)20 סעיף)
16. Guidance for the use of medicinal cannabis in Australia: Overview
17. Therapeutic Use of Cannabis and Cannabinoids: A Review. JAMA. 2026 Jan 359-345:(4)335;27. doi: 10.1001/jama.2025.19433. PMID: 41296368.
    Michael Hsu, MD; Arya Shah, MD; Ayana Jordan, MD, PhD; Mark S. Gold, MD; Kevin P. Hill, MD, MHS
18. Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review; CMAJ; . 2008 Jun –1669:(13)178;17 1678. doi: 10.1503/cmaj.071178; Tongtong Wang 1, Jean-Paul Collet 1, Stan Shapiro 1, Mark A Ware 1

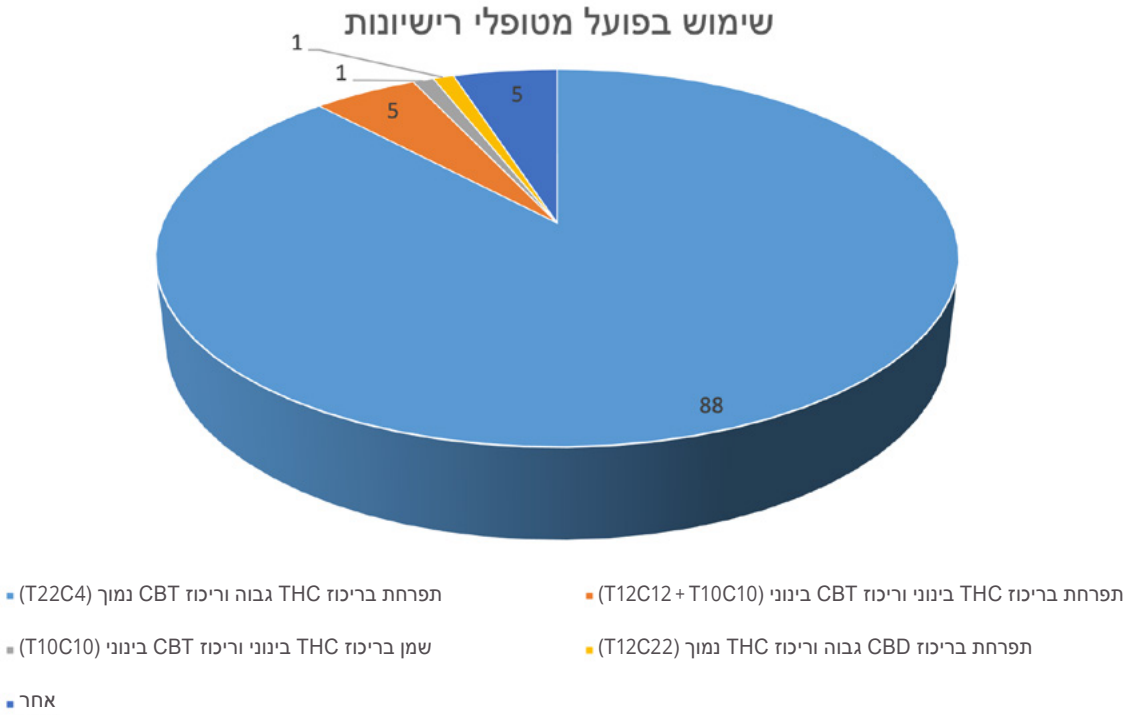
גרף א':



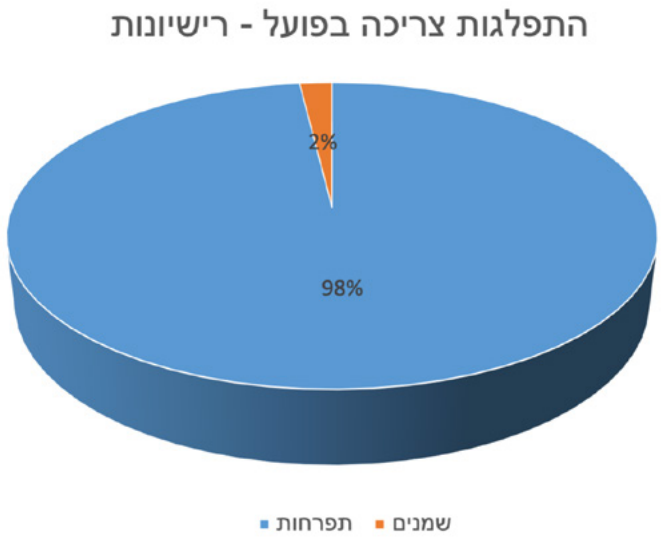
גרף ב'- מגמות טיפול:



גרף ג׳- קווי טיפול במטופלים ברישיונות בפועל



גרף ד׳- צריכה בפועל של תפרחת מול שמן ברישיון בלבד



המועצות הלאומיות לבריאות
Councils For Health
www.health.gov.il
משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר
חטיבת הבריאות
המועצה הלאומית לפוסט טראומה
The National Council for PTSD

22 ספטמבר 2024
י"ט אלול תשפ"ד
60773324

לכבוד
מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש אגף בריאות הנפש

הנדון: **נייר עמדה בנושא הקנביס - המועצה הלאומית לפוסט טראומה**

שלום רב,
העיסוק בקנביס כטיפול רפואי להפרעה הפוסט טראומטית נרחב, ומכיל תערובת לא פשוטה של אינטרסים פופוליסטיים, כלכליים, חברתיים וטיפוליים.

במסמך זה, נתעלם מהרכיבים הכלכליים והפופוליסטיים שבבסיס השימוש הנרחב בחומר, וגם מההערכה הנרחבת שמדובר ב"סוסים שכבר ברחו מהאורווה" וננסה להוביל הערכה מקצועית באשר לעובדות המדעיות הידועות בעת כתיבתו של המסמך (ספטמבר 2024).

בבסיס המסמך ההגדרה החוקית לפי נוהל 106, אשר עיסוקו "רישיונות ומרשמים לשימוש במוצרי קנביס". במסמך זה, נכתב כי קנביס הינו בהתוויה טיפולית בהפרעה בתר-חבלתית (PTSD) בדרגת חומרה בינונית ומעלה, העונה לקריטריונים של 30% נכות לפחות לפי סעיפי המוסד לביטוח לאומי/משרד הביטחון, הנמשכת מעל שנה ומאופיינת במצוקה נפשית רבה. בנוסף נדרש למצות לכל הפחות 2 קווים טיפוליים. **דחייה לפחות בשנה** של התחלת טיפול אשר מוכח כי מוריד את הסיכוי לחזרה לפעילות מלאה, והינו התערבות פרמקולוגית שעלולה להפריע או לעמעם את המוטיבציה הנדרשת להשלמת חזרה זו **הינה קריטית**.
למול מסמך זה, התרשמותנו הינה כי השימוש בקנביס נרחב יתר על המידה, הן בשכיחותו והן במינון החודשי, בשל מסרים ואינטרסים (כאמור פופוליסטיים וכלכליים) הדוחפים לשימוש.

הוועדה מטעם המועצה הלאומית למניעת פוסט טראומה, אשר עסקה בחידושים בטיפול ב- PTSD, פרסמה טרם מלחמת חרבות ברזל את עמדתה, לאחר העמקה במאמרים הסוקרים את יעילות הטיפול בקנביס ותקפותם.
הוועדה, בראשותו של פרופ' מולי להד, הגישה למועצה ולמשרד את עמדתה בעניין הקנביס. הקנביס במסמך זה, נכנס לרמה השנייה של הטיפולים, קרי טיפולים שנעשו בהם מחקרים ראשוניים ללא קבוצת ביקורת. בסיכומם את תחום הקנביס, ציינו כי "השכיחות של שימוש זה עלתה בשנים האחרונות. קנביס לא נמצא כטיפול יעיל ל-PTSD, יתרה על כך הוא נמצא כקשור **להחמרת תסמיני PTSD ותופעות לוואי אחרות**. המלצת הוועדה היא להימנע ממתן קנביס כטיפול עד אשר מוצו כל האפשרויות האחרות לטיפול".

בדומה להמלצות אלו, גם ההמלצות של המחלקה ל veterans affairs and US department of defense Clinical practice Guideline אשר פירטו אילו תרופות הוכחו כיעילות ומומלצות בחוזקה (פרוקסטין, סרטרלין שאושרו

National Councils for Health
Ministry of Health
1 Arava St. Airport City
moatzot@moh.gov.il
Tel: 03-6932309/47 Fax: 02-5655980

המועצות הלאומיות לבריאות
משרד הבריאות
ערבה 1, קריית שדה התעופה
moatzot@moh.gov.il
טל: 03-6932309/47 פקס: 02-5655980

FDA והאמריקנים גם ממליצים על ונלפקסין אף שלא אושר להתוויה זו), אילו תרופות לא הוכחו עדיין, אבל אין סיבה לתמוך או להתנגד להן (רבות, ביניהן TCA, בוספירון, פלואוקסטין, מירטזפין, למוטרג'ין ועוד) ואפילו לאילו תרופות מתנגדים חלושות (פרזוסין, קטמין ועוד) או נחרצות (בנזודיאזפין). בהמשך לחלוקה זו, סעיף מיוחד לקנביס: **אנו ממליצים נגד קנביס או נגזרותיו לטיפול ב- PTSD (המלצה חזקה נגד).**

יום עיון שנערך בחודש מאי בתל השומר ועסק במקומו של הקנביס בטיפול, העלה שוב ושוב עבודות מהארץ ומהעולם לפיהן אולי לקנביס תועלת בימים ובשבועות הראשונים לטיפול (בעיקר בשיפור השינה והורדת פלשבקים), אך לאורך זמן התועלת נעלמת. המחקרים השונים שצוטטו שם, כולם מתוקפים היטב, מעיתונים מדעיים שהינם peer review, ציינו כי יש ספק אם הקנביס מועיל, אין ספק כי הקנביס מזיק.

ארגוני ווטרנים וטיפולים ברחבי העולם, עומדים גם הם מאחורי הגדרות אלו, כך ה- CADTH הקנדי שמפרט את הפערים בין המחקר ליעילות הטיפול בקנביס, ומסכם כי "יש לבצע מחקר נוסף כדי להבין את היעילות הקלינית של הקנביס". כן מדגיש כי יש עדות מוגבלת לשיפור בתסמינים ספציפיים של PTSD (הורדת סיוטי לילה ושיפור בשינה בזמן ואיכות), עם תופעות לוואי בינוניות עד מתונות בבסיסן (יובש בפה וכאב ראש), אולם מידע זה מתבסס על 2 מאמרים, ורק אחד מהם מבוקר ורנדומלי. אירגון הווטרנים האמריקניים הלך צעד נוסף נגד השימוש בכלל בקנביס, כאשר פרסם הנחיות ב- 2023, לפיהן הם ממליצים **נגד** השימוש בקנביס ונגזרותיו לטיפול ב- PTSD, בגלל חוסר במחקרים עם סמיות ובקרה ותופעות לוואי חמורות. חשוב לציין כי האפידמיולוגיה של שימוש בקנביס בקרב אוכלוסייה כללית בארה"ב והווטרנים מתואר כעולה בצורה דרמטית לאורך השנים ובעיקר בעשור האחרון. על פי הפרסום שלהם, בין 2013-2022, מספר האמריקנים מעל גיל 12 שדיווחו על שימוש בקנביס בחודש האחרון עלתה מ- 19.8 מיליון ל- 42.3 מיליון, והשימוש היום יומי עלה ב- 60% בעשור הזה. בקרב ווטרנים, השימוש עלה כמובן גם הוא. ב- 2019 9.8% דיווחו על שימוש בשנה האחרונה, ועלה בשנים אחר כך ל- 11.9% ולמעל 20% בגילאים 18-44. באותו פרסום, מונים המחברים את הנזקים הפסיכיאטריים והרפואיים של השימוש בקנביס, בעיקר בשימוש תכוף וכרוני שמתחיל בהתבגרות. בין התופעות - בעיות לב וכלי דם, ברונכיטיס כרונית, התפתחות מוחית אבנורמלית במתבגרים, פגיעה בזיכרון קצר הטווח, בעיה בביצועים פסיכומוטוריים (כגון נהיגה), פסיכוזות, דכאון ואובדנות, פגיעה ביכולות הקוגניטיביות. איכות החיים מושפעת גם היא משימוש תכוף וכרוני בקנביס, עם ירידה בהשתתפות בלימודים ומערכות חינוכיות, בעיות כלכליות והתנהגות אנטי-סוציאלית.

מחקר סקירה גדול:

Systematic review of the clinical effects of Cannabis and Cannabinoids in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Symptom Clusters - j. clinical psychiatry - Rodas et al

שפורסם בפברואר 2024, זיהה את התחלואה הקומורבידית הכל כך שכיחה של PTSD עם שימוש בקנאביס, וציין כי יש צורך לזהות יתרונות וסיכונים מהשימוש לאוכלוסייה. לצורך המחקר נסרקו כל אתרי מאגרי המידע, ונשלפו כלל המאמרים שפורסמו בעיתונים מדעיים באנגלית מ- 1990-2023. כלל המאמרים, כמקובל בסוג כזה של חיפוש, נותחו ונבחן ממי ניתן לגזור מידע מדעי מתוקף. לאחר הסקירה הזו, נותרו במחקר רק 14 עבודות. בקריאה מעמיקה שלהן, נמצא כי מעטות בלבד דיווחו על יעילות לקנביס בתסמיני החודרנות ועוררות היתר, אך הרוב העלו כי לא היה לו כל אפקט או שהוא החמיר את התסמינים. כל 3 המחקרים עם התחלואה הכפולה, העלו כי השימוש בקנביס החמיר את התסמינים והעלה את הסיכון. מסקנות המחקר היו ברורות: **המחקר לא מצא תועלת משמעותית מהשימוש בקנבואידים לתסמיני ה- PTSD. יש שיפור מינורי בחודרנות ובעוררות היתר. לצד זאת, יש סיכון שמתבטא בהחמרה במחשבות האבדניות ובהתנהגות האלימה. אנשים עם תחלואה כפולה, נמצאים בסיכון גבוה יותר לתוצאות שליליות מהחיבור- קנביס: PTSD.**

מה גרם לעליה בהופעת תחלואה בצורה כזו, לעומת התפיסה של "סם קל" בשנות השישים? ראשית לכל, ההתמקצעות בזני הקנביס, שהעלתה את ריכוז החומר הפעיל בקנביס פי 10 לאורך 40 השנה האחרונות (1,2). בנוסף, חלה גם עליה בריכוז החומרים הנוספים בצמח (קנבואידים וקנבינול וכו'). השימוש העולה במוצרי משנה של צמח הקנביס, גם הם מוסיפים בלי משים לחשיפה לחומר.

האמונה כי שימוש בקנביס ל- PTSD מועיל, מתבססת בעיקרה על תיאורי מקרה לפיהם המטופלים דיווחו על שיפור באיכות חייהם ובתפקוד שלהם. כל סקירה קלינית מקצועית סתרה עמדה זו (3). המאמר היחיד שבדק בצורה כפולת סמיות את היעילות (4) בחן את הצמח השלם מול פלסבו לטיפול ב- PTSD. המחקר כלל 2 פאזות, הראשונה ב- 80 ווטרנים, העלתה כי לא היה כל שיפור בתסמיני ה- PTSD עם שימוש בקנביס לכל אחת מצורותיו (THC גבוה, CBD גבוה או שילוב ביניהם) מול פלסבו. בפאזה שנייה, 74 ווטרנים חולקו ללא פלסבו בין 3 צורות המתן, ומצאה שביניהן, עדיפה הצורה המאוזנת, אך לא יותר מכך.

כיוון שיש קו- מורבידיות ידועה בין תחלואות עם כאב כרוני ל- PTSD, לדוגמא פיברומיאלגיה, CRP, ועוד, יש להתייחס לגביהן במתן הקנביס דרך ההתוויה של כאב כרוני.

לסיכום: הלחץ הציבורי והכללי של מטופלים ושל ארגונים כלכליים ופוליטיים לשימוש תכוף יותר בקנביס, ולהנגשה קלה יותר של הרישיונות לחומר, מחייבים פרסום עמדה ברורה.

מהצד המדעי-רפואי אין ספק - יותר משהקנביס מועיל למטופלים עם PTSD (תועלת בספק) הוא מזיק (נזק ודאי).

המועצה הלאומית מתנגדת להקלות נוספות בתקנה 106- בעניין שנת המעקב וכן גם בעניין קווי הטיפול הראשונים הנכונים קודם למתן לקנביס.

המועצה ממליצה למשרד הבריאות לצאת למסע הסברתי אינטנסיבי בעניין השימוש המיותר והמזיק בקנביס, שכן חוסר המידע מוביל לשימוש יתר מסוכן כבר כעת

המועצה ממליצה בכל לשון להגביר את האכיפה ולמצות את הדין עם רופאים וארגונים שממליצים על רישיונות למתן קנביס בקלות דעת בלי להמתין לעמידה בעקרונות תקנה 106.

בניגוד לדעות שכיחות, אשר שללו פוטנציאל התמכרות לקנביס, נתונים עדכניים וניסיון קליני מראים היום כי השימוש בקנביס עלול ליצור התמכרות.
חשוב לציין כי השימוש מביא לתלות עם תופעות גמילה ברורות. עבודות רבות נוספות מהעולם, מעלות את התחלואה הגופנית והפסיכיאטרית הקשה (פסיכוזות, דיכאון, אובדנות, חרדה) כתוצאה משימוש כרוני בקנביס, כאשר תחילה מיקדו זאת בשימוש יום יומי לפני גיל 16 (3% סכיזופרניה במקום 1% בלי הקנביס) אך היום כבר הראו תופעות דומות גם בבני 20-30 שהחלו את השימוש היום יומי בחומר.

1. ElSohly, M. A., Mehmedic, Z., Foster, S., Gon, C., Chandra, S., & Church, J. C. (2016). Changes in cannabis potency over the last two decades (1995-2014): Analysis of current data in the United States. *Biological Psychiatry, 79*(7), 613-619.
2. Sevigny, E. L., Pacula, R. L., & Heaton, P. (2014). The effects of medical marijuana laws on potency. *International Journal of Drug Policy, 25*(2), 308-319.
3. Rodas, J. D., George, T. P., & Hassan, A. N. (2024). A systematic review of the clinical effects of cannabis and cannabinoids in posttraumatic stress disorder symptoms and symptom clusters. *The Journal of Clinical Psychiatry, 85*(1)
4. Bonn-Miller, M. O., Brunstetter, M., Simonian, A., Loflin, M. J., Vandrey, R., Babson, K. A., & Wortzel, H. (2020). The long-term, prospective, therapeutic impact of cannabis on post-traumatic stress disorder. *Cannabis and Cannabinoid Research.* Advance online publication

בכבוד רב,

פרופ' איל פרוכטר
יו"ר המועצה הלאומית לפוסט טראומה

National Councils for Health
Ministry of Health
1 Arava St. Airport City
moatzot@moh.gov.il
Tel: 03-6932309/47 Fax: 02-5655980

המועצות הלאומיות לבריאות
משרד הבריאות
ערבה 1, קריית שדה התעופה
moatzot@moh.gov.il
טל: 03-6932309/47 פקס: 02-5655980

<u>העתק</u>:
ד"ר ספי מנדלוביץ', המשנה למנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר הגר מזרחי, ראש חטיבת הבריאות
גב' בלה בן גרשון, מנהלת מחלקה אוטיסטים וטראומה, אגף ברה"נ
גב' גרסיאלה ביל, מנהלת תחום בכיר המועצות הלאומיות

www.health.gov.il

המנהל הכללי

Director General

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

ה׳ באלול, התשפ״ד
08 בספטמבר 2024
סימוכין: 63371824
(במענה: ציין סימוכין)

לכבוד
רשימת תפוצה (מצ״ב מטה)

שלום רב,

הנדון: כתב מינוי לצוות רפואי לבחינת רפורמת הקנאביס הרפואי - עשור לרפורמה

צמח הקנאביס מוגדר כסם מסוכן על פי פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש] התשל״ג-1973 וכל שימוש או טיפול בו חייב להיעשות בדרך של רישיון שניתן על ידי משרד הבריאות או מרשם שניתן תחת הרפואה הציבורית.

בשנה האחרונה בוצעו מספר מהלכים נרחבים בתחום הטיפול הרפואי בקנאביס: בחודש אפריל נכנסה לתוקף רפורמת המרשמים והרפורמה המבנית בכל שרשרת הייצור בקנביס הרפואי. כמו כן, בחודש ינואר 2024 עודכן נוהל 106 בהתאם להמלצת ועדת ההתוויות הרפואית.

המגמה הכללית של מספר המטופלים בקנאביס רפואי היא עלייה מובהקת משנה לשנה, למעט חריגים, כך שכיום עומד מספר המטופלים על כ-120,000 בעלי רישיון לעומת 60,000 בעלי רישיון בשנת 2020.

בהמשך למהלכים שתוארו לעיל ושבוצעו על מנת להקל על הבירוקרטיה עבור המטופלים הזקוקים לקנאביס רפואי ועל העוסקים בתחום, ישנו מקום לבצע בחינה תוך הסתכלות רחבה על המגמות הנוכחיות בשימוש בקנאביס רפואי וכן, לגבש המלצות עבור ועדת ההתוויות של המשרד, לצורך בחינה של המשך המדיניות של משרד הבריאות על השימוש של קנאביס רפואי, בדגש על ההשפעה על בריאות הנפש של המטופלים.

לאור האמור מעוניין כעת משרד הבריאות לכנס ועדה בכדי שתבחן את הסוגיות הבאות:

1. מגמות השימוש בקנאביס תוך הסתכלות על ההתוויות, גילאים, מינונים ועוד.
2. לבחון את ההשפעות של ההקלות הרגולטוריות שבוצעו והשפעתן על היקף ואופן השימוש בקנאביס רפואי.
3. לבחון את המידע הרפואי והמחקרי העדכני בדבר השפעת טיפול רפואי בקנאביס על היבטי בריאות הנפש, בדגש על PTSD.
4. בהתאם לממצאים העולים מסעיפים 1-3, בחינת האפשרות של קביעת משטרי מינון/ריכוז/צורת מתן להתוויות מסוימות או קביעת תנאים מסוימים אחרים, אשר יספקו מענה לסיכונים העולים, ככל שיימצאו.

יש לבחון נושאים אלה תוך בחינה וביצוע השוואה בינלאומית בנושא, סקירת המחקרים הרפואיים והמדעיים הרלבנטיים וכן, בחינה ספציפית בהסתכלות על מגמות השימוש בישראל.

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 Fax: 02-5655966

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5080000 פקס: 02-5655966

כיו"ר הוועדה יכהן ד"ר גלעד בודנהיימר.
ירכז את הוועדה ד"ר רן שוייד.

במסגרת הדיונים תשמע הוועדה, במידת הצורך, מומחים מתחומים שונים השופכים אור על הנושא מנקודות מבט שונות לאופן השימוש במוצרים וההשלכות האפשריות לבריאות הציבור.

מודה לכם על השתתפותכם ותרומתכם לצוות.

נבקש להגיש את ההמלצות של הצוות עד לתאריך 1.1.2025

בכבוד רב,

משה בר סימן טוב

העתק: ח"כ אוריאל בוסו, שר הבריאות

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 **Fax**: 02-5655966

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5080000 **פקס:** 02-5655966

רשימת תפוצה (לפי א'-ב'):

ד"ר הדר אלעד, ראש האגף לרפואה קהילתית, משרד הבריאות
פרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל ומנהל בית החולים הכללי, מרכז רפואי שיבא
ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש אגף בריאות הנפש, משרד הבריאות
פרופ' עומר בונה, לשעבר מנהל המחלקה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי הדסה עין כרם
גב' בלה בן גרשון, מנהלת המח' לאוטיזם, טראומה נפשית והיערכות למצבי חירום בברה"נ, משרד הבריאות
ד"ר איתי בסר, יו"ר אילס"ם - החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות
גב' נועה בר זאב, יועצת למנכ"ל, משרד הבריאות
ד"ר סילביו בריל, מנהל המכון לטיפול בכאב, מרכז הרפואי תל-אביב-סוראסקי
פרופ' גיל בר סלע, מנהל המרכז למחלות ממאירות, מרכז רפואי העמק
ד"ר איתי גור אריה, מנהל המערך לשיכוך כאב, מרכז רפואי שיבא
פרופ' אליעד דודסון, לשעבר יו"ר אגודה הישראלית לכאב, הדסה
ד"ר מיקי דודקביץ', מנהל המרכז לבריאות הנפש שער מנשה
ד"ר אביבה וולף, מנהלת מחלקה פעילה ה', מרכז רפואי לבריאות הנפש לב השרון
פרופ' מרק וייזר, מנהל האגף לרפואת הנפש, מרכז רפואי שיבא
פרופ' גיל זלצמן, מנהל לשעבר המרכז לבריאות הנפש גהה
גב' רינת יופה, מנהלת תחום, תכנון ובקרה, אגף מידע, משרד הבריאות
פרופ' הנית ינאי, מנהלת היחידה למחלות מעי דלקתיות, בית חולים בילינסון
ד"ר בעז לב, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, משרד הבריאות
ד"ר דניאל לנדסברגר, מנהל המחלקה לרפואת הקהילה, מכבי שירותי בריאות
מר יובל לנדשפט, מנהל האגף לפיקוח והסדרת מערך הקנביס הרפואי (יק"ר), משרד הבריאות
פרופ' דדי מאירי, ראש המעבדה לחקר מנגנוני סרטן וקנבינואידים בפקולטה לביולוגיה בטכניון
מגר' אלי מרום, סגן מנהל מערך הרוקחות והאכיפה, משרד הבריאות
פרופ' יבגני מרזון, מנהל החלקה לרפואה מנוהלת, לאומית שירותי בריאות
פרופ' דורון נצר, ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית
ד"ר אבי סוויד, מנהל תחום מדיניות תרופתית וטכנולוגיות רפואיות, חטיבת הרפואה, מאוחדת
ד"ר דורית פורת, מנהלת המרפאה לטיפול בתחלואה כפולה לנוער, לב השרון
פרופ' איל פרוכטר, מרכז בריאות הנפש, מעלה הכרמל
פרופ' אורי קופילוב, מנהל המרפאה למחלות מעי דלקתיות, מרכז רפואי שיבא
עו"ד חן רביב, הלשכה המשפטית, משרד הבריאות
ד"ר פאולה רושקה, מנהלת המחלקה לטיפול בהתמכרויות, משרד הבריאות
מר רן רידניק, ראש חטיבת כלכלה, רגולציה וחדשנות, משרד הבריאות
ד"ר סרגיי רסקין מנהל המחלקה לפסכיאטריה משפטית, משרד הבריאות
ד"ר רן שוייד, לשכת הבריאות המחוזית תל אביב, משרד הבריאות
ד"ר ליאורה שכטר, מנהלת תחום הטיפול בכאב, קופת חולים מאוחדת

Director General
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 91010
mankal@moh.health.gov.il
Tel: 02-5080000 **Fax**: 02-5655966

המנהל הכללי
משרד הבריאות
ת.ד.1176 ירושלים 91010
mankal@moh.health.gov.il
טל: 02-5080000 **פקס:** 02-5655966