

Uniwersytet w Białymstoku

Wydział Prawa

Joanna Zaremba

Nr albumu: 66770

**PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE
NARKOMANII W POLSCE**

Praca magisterska

napisana pod kierunkiem naukowym

dr hab. Andrzej Sakowicz

Białystok, 2016 r.

Spis treści

WSTĘP.....	3
I. GŁÓWNE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE ZE ZJAWISKIEM NARKOMANII.....	6
1. Pojęcie narkomanii, narkotyku, środka odurzającego, substancji psychotropowej i uzależnienia w ujęciu definicyjnym.....	6
2. Geneza zjawiska narkomanii w ujęciu historycznym.....	10
3. Problem narkotyków i narkomanii w Polsce i Europie, w świetle danych statystycznych.....	13
II. REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W POLSCE.....	24
1. Ewolucja polskiego ustawodawstwa antynarkotykowego.....	24
2. Wykładnia głównych założeń zawartych w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.....	29
3. Penalizacja wybranych czynów związanych z narkomanią.....	36
4. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.....	43
III. PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W ŚWIETLE DOKUMENTÓW MIĘDZYNARODOWYCH.....	48
IV. ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE LEGALIZACJI MARIHUANY W POLSCE.....	62
1. Rodzaje konopi i ich podział oraz miejsce w klasyfikacji narkotyków.....	62
2. Uregulowania prawne dotyczące konopi w Polsce.....	65
3. Uregulowania prawne dotyczące konopi indyjskich na świecie, na przykładzie wybranych państw.....	70
4. Pozytywne i negatywne przejawy społeczno-ekonomiczne, wynikające z legalizacji konopi indyjskich.....	78
5. Działanie i zastosowanie konopi indyjskich w medycynie.....	84
V. BADANIA WŁASNE.....	89
1. Rozmowa z Jakubem Gajewskim.....	89
2. Metodologia badań ankietowych.....	98
3. Analiza wyników badań ankietowych.....	99
ZAKOŃCZENIE.....	111
BIBLIOGRAFIA.....	114
WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW.....	120
WYKAZ RYSUNKÓW.....	122
WYKAZ WYKRESÓW.....	122
WYKAZ TABEL.....	122

WSTĘP

Coraz bardziej powszechnym zjawiskiem w Polsce stają się rozważania i spory dotyczące problemu narkotyków i narkomanii, legalizacji marihuany do celów medycznych i rekreacyjnych. Przepisy prawne obowiązujące w Rzeczypospolitej, nakładają szereg sankcji karnych na osoby wytwarzające, przetwarzające, czerpiące zyski ze sprzedaży oraz na samych posiadaczy narkotyków. Zapisy te często interpretowane są jako jedne z najbardziej restrykcyjnych na tle innych państw europejskich. Zjawisko narkomanii staje się obecnie jednym z najaktualniejszych problemów społecznych oraz chorób XXI wieku. Liczba osób uzależnionych rośnie, a są to głównie osoby młode. Przyczyny sięgania po środki odurzające są skrajnie różne: od chęci zrelaksowania się, namowy znajomych, po problemy i trudności związane z pogodzeniem własnego życia z realiami panującymi w społeczeństwie. Państwo podejmuje szereg rozwiązań mających na celu redukcję zjawiska narkomanii i stosowania narkotyków. Edukacja, profilaktyka, działania prewencyjne, ale także restrykcje związane z sankcjami karnymi teoretycznie pełnią funkcję zwalczania i przeciwdziałania narkomanii. Często natomiast pojawiają się głosy, zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak również ze strony specjalistów, prawników i lekarzy, które jasno wskazują, że nie da się całkowicie wyeliminować konsumpcji środków odurzających i substancji psychotropowych, a zapisy prawne, które nakładają kary, zamiast stosować metody leczniczo-terapeutyczne, wpływają bardzo niekorzystnie na uzależnionego. Nie odstraszą również od chęci sięgnięcia po nie po raz pierwszy. Dlatego też pojawiają się głosy o konieczności zmian prawnych, dostosowujących przepisy do panujących realiów. Aby obiektywnie rozpatrzyć wszelkie pozytywne i negatywne aspekty prawne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, należy dogłębnie zająć się powyższym tematem. Zagadnienie to jest jednym z kluczowych problemów społeczno-politycznych. Problem warto zatem przybliżyć zwolennikom zmian prawnych oraz działań prolegalizacyjnych, jak również sceptykom, którzy uważają, że jedynie restrykcje są w stanie przyczynić się bezpośrednio do zwalczania uzależnień narkotykowych.

Przedmiotem pracy jest przedstawienie uregulowań prawnych dotyczących środków odurzających i substancji psychotropowych, genezy problemu narkomanii na przestrzeni wieków oraz aspektów społeczno-ekonomicznych dotyczących legalizacji marihuany w Polsce.

Celem pracy jest analiza zapisów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej dotyczących środków psychoaktywnych, zgleźbienie przyczyn zjawiska narkomanii w Polsce i Europie oraz wyciągnięcie kluczowych wniosków dotyczących ewentualnych zmian prawnych w kwestiach związanych z legalnością konopi indyjskich oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak młodzież postrzega problem narkomanii i jak daleko sięga ich wiedza na ten temat.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czym jest narkomania oraz zjawisko uzależnienia?
2. Jak wygląda problem narkomanii w Polsce i Europie?
3. Jak wyglądają aktualne polskie uregulowania prawne dotyczące przeciwdziałania narkomanii?
4. Jakie zapisy, mające na celu redukcję zjawiska narkomanii, zawarte są w obowiązujących dokumentach międzynarodowych?
5. Jakie, pozytywne i negatywne przejawy społeczno-ekonomiczne, niesie za sobą legalizacja marihuany?
6. Co na temat polskiej polityki narkotykowej sądzą działacze prolegalizacyjni?
7. Jak młodzież licealna postrzega problem narkomanii, stosowania środków psychoaktywnych i uzależnień?

Podczas pisania pracy wykorzystano źródła wtórne (pozycje książkowe, publikacje internetowe i akty prawne) oraz źródła pierwotne. Część pracy napisano w oparciu o wyniki badań ankietowych oraz pogłębiany wywiad indywidualny, które miały posłużyć odpowiedzi na pytania badawcze numer 6 i 7.

Niniejsza praca składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym z nich zawarto główne pojęcia związane z narkomanią, takie jak narkotyk, uzależnienie i substancje psychoaktywne, przeanalizowano genezę historyczną tego zjawiska oraz ukazano problem narkomanii na podstawie statystyk publikowanych w Europejskim raporcie Narkotykowym z 2015 roku.

Kolejny rozdział przedstawia omówione w kolejności chronologicznej historyczne zapisy prawne dotyczące przeciwdziałania narkomanii w Polsce, poczynając od ustawy z 1922 roku. Kolejno, poddano analizie najważniejsze zapisy Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, która obecnie obowiązuje w polskim systemie prawnym oraz omówiono czyny penalizowane w tejże ustawie. Ostatni podrozdział dotyczy głównych założeń i skutków wdrażania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz analiza skuteczności takich rozwiązań.

Rozdział trzeci ukazuje główne zapisy prawne dokumentów międzynarodowych obowiązujących również w Polsce. Polskie prawo oparte jest bowiem także na zobowiązaniach wynikających z przynależności do instytucji i organizacji międzynarodowych, takich jak Organizacja Narodów Zjednoczonych czy Unia Europejska. Przedostatni rozdział został poświęcony problematyce dotyczącej legalizacji konopi indyjskich w Polsce. Przedstawiony został podział i klasyfikacja konopi indyjskich jako środków odurzających celem wprowadzenia do tejże tematyki. Następnie, omówiono zapisy prawne obowiązujące w Polsce i w wybranych państwach z całego świata (np. Czechy, Wielka Brytania, Portugalia, Stany Zjednoczone) regulujące kwestie związane z posiadaniem i uprawą konopi indyjskich. Następna część rozdziału poświęcona została pozytywnym i negatywnym skutkom, pod względem ekonomicznym i społecznym, wynikającym z ewentualnych zmian prawnych legalizujących marihuanę. Omówiono także możliwości zastosowania i działania związków zawartych w konopiach indyjskich (kanabinoidów) w medycynie.

Ostatni rozdział zawiera rozmowę przeprowadzoną z jednym z czołowych, polskich działaczy prolegalizacyjnych, wiceprezesem i rzecznikiem prasowym stowarzyszenia Wolne Konopie, dotyczący działalności stowarzyszenia, postrzegania obecnych zapisów prawnych oraz subiektywnych odczuć związanych z polityką narkotykową prowadzoną w Polsce. Ponadto w rozdziale piątym zawarto główne założenia ankietowej metodyki badawczej oraz analizę przeprowadzonych badań ankietowych, na 125 uczniach klas pierwszych i czwartych technikum, podzielonych względem wieku na dwie grupy (65 i 60 osób). Wnioski płynące z badania wskazują, iż młodzież racjonalnie podchodzi do problemu narkomanii i stosowania narkotyków, świadomie wskazuje czym jest uzależnienie oraz wyraża opinię, jak zredukować zjawisko narkomanii wśród społeczeństwa.

Na zakończenie przedstawiono i podsumowano najbardziej istotne wnioski i opinie zawarte w pracy „Przeciwdziałanie i zwalczanie narkomanii w Polsce”.

ROZDZIAŁ I

GLÓWNE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE ZE ZJAWISKIEM NARKOMANII

1. Pojęcie narkomanii, narkotyku, środka odurzającego, substancji psychotropowej i uzależnienia w ujęciu definicyjnym

Termin „narkomania” coraz częściej pojawia się w wielu publikacjach naukowych, uregulowaniach prawnych oraz piśmiennictwie o tego typu tematyce. Aby rozpocząć rozważania na temat przeciwdziałania narkomanii istotnym jest wskazanie ujęcia definicyjnego. Etymologia słowa narkomania wywodzi się z greckiego *narke* – odurzenie, odrętwienie, brak czucia, *mania* – szaleństwo, szal.

Słownik encyklopedyczny definiuje narkomanię jako zjawisko o charakterze patologicznym, które powodowane jest długo- lub krótkotrwałym zażywaniem leków, głównie przeciwbólowych lub innych środków uzależniających, takich jak narkotyki, leki psychotropowe i uspokajające. Według słownika, zjawisko narkomanii charakteryzuje się przede wszystkim koniecznością ciągłego przyjmowania danego środka, a co za tym idzie, tendencją do zwiększania zażywanych dawek, które prowadzą do psychicznego i fizycznego uzależnienia. W takiej sytuacji zaprzestanie stosowania wyżej wskazanych środków prowadzi do inwazyjnych doznań abstynencyjnych, w ostatecznym wypadku, do śmierci zażywającego. Zgodnie z tą definicją, narkomania jest skutkiem wielokrotnego stosowania środka odurzającego, tylko w nielicznych przypadkach, np. zastosowania kokainy lub heroiny może rozwinąć się po jednorazowym przyjęciu. Narkomania prowadzi do bardzo poważnych zmian psychicznych, takich jak degradacja społeczna, lęki, osłabienie woli, zaburzenia świadomości i uczuciowości wyższej. Jest ona w wielu przypadkach pośrednią przyczyną wejścia na drogę przestępczą. Metody leczenia owych zaburzeń, spowodowanych uzależnieniem, często są nieskuteczne, a zmiany psychiczne bywają nieodwracalne. Skala zjawiska narkomanii wzrasta, a tym samym obejmuje coraz to młodsze pokolenie osób sięgających po substancje psychoaktywne. Wykrywalność zjawiska we wczesnym jego stadium jest równie trudna jak jej całkowite zwalczanie lub ograniczenie.¹

¹ R. Smolski, M. Smolski, E. H. Stadtmüller, *Słownik encyklopedyczny. Edukacja Obywatelska*, Wrocław 1999, s. 368.

Kolejną definicję podaje Słownik Wyrazów Obcych, uznając narkomanię za medyczno-społeczny rodzaj nałogu oraz psychiczno-fizyczne uzależnienie się od farmakologicznych środków o charakterze narkotycznym lub od samych narkotyków, przy systematycznym zwiększaniu przyjmowanych dawek do organizmu. Narkomania, według tejże publikacji, również prowadzi do negatywnych zmian osobowościowych, a także do uszkodzenia układu nerwowego i wyniszczenia całego organizmu.²

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii w artykule czwartym, punkt 11. określa narkomanię jako „stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich.”³ Definicja pojęcia narkomanii w polskim ustawodawstwie nie uległa zmianie od 1985 roku. Obejmuje ona szeroko zarysowany zakres zachowań powiązanych ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Pojęcie to nie jest jednak synonimem uzależnienia. Narkomania polega na stałym lub okresowym stosowaniu narkotyków, przy czym stała konsumpcja narkotyków oznacza proces nieprzerwalny, okresowe natomiast to wprowadzanie środka odurzającego lub substancji psychotropowej do organizmu w pewnych odstępach czasowych. Pojęcie to dotyczy zatem użytkowników uzależnionych oraz tzw. okolicznościowych, nieuzależnionych. Wyjątkiem są tutaj osoby, które miały styczność z narkotykami jednokrotnie, eksperymentujący – ich pojęcie narkomanii nie obejmuje. Pojęcie narkomanii odróżnić należy od toksykomanii, która polega na przyjmowaniu substancji chemicznych, syntetycznych lub naturalnych, które wywołują szkodliwy wpływ na jakikolwiek organizm żywy lub psychikę ludzka, oraz lekomanii, czyli zależnego używania leków.⁴ Dokument bezpośrednio nie definiuje natomiast pojęcia „narkotyk”, jednak widoczne jest wyraźne wskazanie w artykule 1 punkt 2., a mianowicie jako narkotyk należałoby rozumieć wszelkie substancje, których stosowanie może prowadzić do narkomanii.⁵

Słownik Wyrazów Obcych definiuje pojęcie „narkotyk”, które jest częścią wyżej wskazanego terminu „narkomania”. Etymologia słowa wywodzi się z języka francuskiego: *narkotique*, oraz z języka greckiego: *narkotikos* i znaczy „oszałamiający”. Narkotyk, zgodnie z podaną definicją, jest biochemicznym, chemicznym lub farmakologicznym środkiem odurzającym pochodzenia syntetycznego lub roślinnego,

² I. Kamińska-Szmaj (red.), *Słownik Wyrazów Obcych*, Wrocław 2005, s. 528.

³ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

⁴ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 104-105.

⁵ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485

który charakteryzuje się działaniem depresyjnym na ośrodkowy układ nerwowy oraz może powodować stan odurzenia, euforii, uśmierzenia bólu, senności lub uspokojenia. Środek tego typu wywołuje uzależnienie psychiczne i fizyczne, niezależnie na długotrwałość jego zażywania.⁶ Za takie substancje uznać można między innymi alkohol, eter czy opiaty, a także stymulanty, np. amfetamina. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje narkotyki jako środki chemiczne, wprowadzające w stan śpiączki, ośpienia, a nawet zmniejszenia wrażliwości odczuwania bólu fizycznego i psychicznego. Zgodnie z teorią WHO, termin ten używany jest jednak nieprecyzyjnie, a określa się nim wszystkie nielegalne używki, bez względu na ich faktyczny skutek działania farmakologicznego.⁷

Pojęcie środka odurzającego po raz pierwszy pojawiło się w zapisach prawnych w Ustawie z 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych, następnie użyte zostało w Kodeksie Karnym z 1969 roku, w artyku 161. W artyku 5 ustęp 1. wymienione zostały substancje, które zaliczano wówczas do grupy środków odurzających. Zarówno jeden, jak i drugi zapis kładł głównie nacisk na efekt działania takich środków, czyli stan odurzenia organizmu.⁸

Obecnie obowiązująca, Ustawa z 29 lipca 2005 roku określa pojęcie „środka odurzającego” jako każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, która działa bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy. Wykaz takich substancji znajduje się w załączniku numer 1 do tejże ustawy.⁹ Środkiem odurzającym jest zatem każda substancja (naturalna i syntetyczna), która jest w stanie wywołać pożądane przez daną osobę zmiany psychiczne lub fizyczne. Wywołuje osłabienie lub pobudzenie reakcji ośrodkowego układu nerwowego. Może być nim każda substancja, która przez wzgląd na swoje psychoaktywne właściwości może być nadużywana lub prowadzi do stanu uzależnienia.¹⁰

Substancja psychotropowa jest to „każda substancja, pochodzenia naturalnego bądź syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik numer 2 do ustawy.”¹¹ Definicja zawarta w Ustawie z 29 lipca 2005 roku nie różni się od istoty terminu „środek odurzający”,

⁶ I. Kamińska-Szmaj (red.), *Słownik Wyrazów Obcych*, Wrocław 2005, s. 528.

⁷ World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ [Data wejścia 08.10.2015].

⁸ K. Łucarz, A. Muszyńska, *Pojęcie środka odurzającego w prawie karnym* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.lex.pl/akt/-/akt/pojecie-srodka-odurzajacego-w-prawie-karnym> [Data wejścia 08.10.2015].

⁹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

¹⁰ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 122-123.

¹¹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

znajdującego zapis również w tym akcie. Podobnie termin ten definiuje Konwencja o substancjach psychotropowych. Substancje psychotropowe dzieli się na naturalne (związki uzyskane bezpośrednio z roślin lub tworzą je odpowiednie rośliny) oraz syntetyczne (wytwarzane w procesie pełnej chemicznej syntezy).¹²

Kolejnym istotnym terminem silnie związanym ze zjawiskiem narkomanii jest uzależnienie. Zgodnie z definicją jest to „nabyta, bardzo silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji”. Potocznie, określenie to jest stosowane w stosunku do osób nadużywających narkotyków, alkoholu, papierosów, a nawet środków o charakterze medycznym. Po raz pierwszy termin ten został wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1964 roku, a tym samym zastąpił pojęcie toksykomanii i przyzwyczajenia do leku. WHO definiuje uzależnienie jako: „stan psychiczny, a niekiedy także fizyczny, wynikający z interakcji między żywym organizmem a środkiem, charakteryzujący się szeregiem zachowań i objawów, w tym kompulsywnym przyjmowaniem środka w sposób stały lub okresowy (...); osoba może być zależna od więcej niż jednego środka.”¹³ W obecnych czasach bardzo często występują również uzależnienia od Internetu, telewizji czy gier hazardowych i komputerowych.¹⁴ Rodzaje uzależnień sklasyfikowano w trzy grupy: uzależnienie psychiczne, fizyczne i socjologiczne (społeczne). Uzależnienie o charakterze psychicznym, z języka angielskiego *psychological dependence*, oznacza również silną wolę wykonywania danej czynności lub stosowania substancji, jednak nie skutkuje konsekwencjami fizjologicznymi. Powiązane jest niejako z wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego stosowania środka psychoaktywnego. Stopień uzależnienia psychicznego zależy jest od indywidualnych cech osobowościowych uzależnionego oraz od rodzaju środka odurzającego lub substancji psychotropowej stosowanej przez tą osobę. Charakterystycznymi cechami są tu, między innymi, wzrost napędu psychicznego do poszukiwania środka odurzającego, osłabienie woli, obsesja zażywania i tzw. natręctwa myślowe. Innym rodzajem jest uzależnienie fizyczne (ang. *physiological dependence*), definiowane jako silna, nabyta potrzeba zażywania środka odurzającego odczuwana jako pasmo dolegliwości fizycznych, takich jak ból, bezsenność, biegunka, nerwica, drzenie mięśni i wiele innych. Wiąże się ono z występowaniem zespołu abstynencyjnego, czyli tzw. głodu narkotykowego, w przypadku częściowego lub całkowitego odstawienia danego środka. Ostatni typ to uzależnienie socjologiczne,

¹² T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 117, 119.

¹³ Ibidem, s. 134.

¹⁴ A. Gasowska, *Narkomania w Polsce w latach 2000-2006*, Gdańsk 2007, s. 5.

zwane także społecznym (ang. *sociological dependence*). Jest ono związane ze stosowaniem przez osobę substancji psychoaktywnych pod wpływem środowiska, panującej mody lub namowy innych członków grupy społecznej, do której przynależą. Najbardziej popularne jest wśród młodzieży uczestniczącej w życiu i funkcjonowaniu pewnych subkultur. Uzależnienie od grupy, chęć zaimponowania rówieśnikom, bezwzględna akceptacja zasad panujących w grupie mają diametralny wpływ na pogłębianie się uzależnienia, a nawet marginalizacji i kryminalizacji samego uzależnionego.¹⁵

2. Geneza zjawiska narkomanii w ujęciu historycznym

Substancje o właściwościach mających na celu zmiany w świadomości człowieka znane są od pokoleń. Przykładem może być mak – roślina znana ludziom już od VI wieku przed naszą erą. Wówczas zaczęto wytwarzać z niej opium, a następnie odkryto właściwości odurzające innej rośliny - marihuany. Zapisy na glinianych tabliczkach są dowodem na to, że w 700 roku przed naszą erą Sumerowie znali recepturę przygotowywania opium oraz wytwarzania kokainy z liści koki. Już w starożytnej Grecji zalecano opium jako środek na panujące wówczas choroby. W Rzymie natomiast, pierwszą osobą nadużywającą opium jako substancji odurzającej był słynny bohater Marek Aureliusz. W kolejnych stuleciach opium rozpowszechniło się na kraje azjatyckie, głównie Chiny. Wojny trwające w latach 1839-1860, pomiędzy Anglią i Francją a Chinami, doprowadziły do podpisania przez Chiny traktatu, na mocy którego państwo zobowiązało się do jak największego importu opium. Doprowadziło to do fali uzależnień, z którą Chińska Republika Ludowa zmagала się do czasów II wojny światowej. Obecnie to właśnie Daleki Wschód jest głównym eksporterem opium do państw Europy.¹⁶

Innym równie dobrze znanym środkiem odurzającym są wspomniane już konopie indyjskie i wszelkie ich pochodne. Znane są już od czasów starożytnych, kiedy stosowano je jako element rytualny w obrzędach religijnych. Pierwsze zapiski dotyczące tej rośliny pojawiły się już na przełomie XV i XVI wieku przed naszą erą. W Chinach stosowane były jako środek znieczulający i przeciwbólowy, rozweselający i rozkurczowy. Do Europy konopie zostały przewiezione z Egiptu przez Napoleona Bonaparte.¹⁷

Zgodnie z ustaleniami Richarda Rudgleya, brytyjskiego pisarza i prezentera zajmującego się zjawiskiem doznań halucynogennych w społeczeństwie, susz konopi

¹⁵ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 134-135.

¹⁶ A. Gasowska, *Narkomania w Polsce w latach 2000-2006*, Gdańsk 2007, s. 7-8.

¹⁷ A. Gasowska, *Narkomania w Polsce w latach 2000-2006*, Gdańsk 2007, s. 8.

indyjskich odnaleziono w grobowcu w pobliżu Stuttgartu, którego powstanie datuje się na około 500 rok przed naszą erą.¹⁸ Badacz zwraca także uwagę na pojawienie się motywów grzyba na figurkach kamiennych z rejonów osadnictwa majów, co dowodzi na znajomość przez nich właściwości zawartych w grzybach halucynogennych. Figurki te wykonano w około 1500 roku przed naszą erą.¹⁹ Indianie i Eskimosi przyjmowali do organizmu tak zwane muchomory czerwone, chcąc wprowadzić się w stan odurzenia. Wśród Indian panował zwyczaj stosowania płynów uzyskiwanych z niektórych odmian kaktusów, które działały halucynogennie. Po odkryciu Ameryki przez Krzysztofa Kolumba, świat poznał, szeroko stosowany w obecnych czasach, tytoń i tabakę.²⁰ W 1804 roku wyodrębniono także morfinę, a w 1832 roku kodeinę i najgroźniejszy ze wszystkich środków narkotyczny – heroinę.²¹

Poprzez tysiąclecia substancje psychoaktywne towarzyszyły przedstawicielom niemalże wszystkich kultur występujących na ziemskim globie. Początkowo, odurzanie się było elementem kultu religijnego wśród plemion. Następstwem takich poczynań stało się stosowanie tychże środków jako medykamentów, substancji leczniczych, służących głównie do uśmierzania bólu czy łagodzenia objawów. W czasach późniejszych substancje psychoaktywne stały się możliwością zmiany własnej świadomości, prowadzącej nawet do samodestrukcji. Substancje psychoaktywne stosowane w celach rekreacyjnych znane były w Europie już w epoce średniowiecza. Wytwarzane były one przede wszystkim z roślin bądź importowane z innych państw i kontynentów. Uważa się, że sabaty czarownic były pierwszym zjawiskiem zbiorowego kontaktu ze związkami psychoaktywnymi w celu odurzania się. Kolejnym etapem w dziejach historycznych związanych z narkomanią był niewątpliwie romantyzm, w którym jeszcze bardziej spopularyzowano stosowanie opium, głównie w celu wzmożenia efektywności pracy nad dziełami literackimi i pobudzenia zdolności twórczych. Muzycy czy poeci często w swoich dziełach odwołują się do tego typu praktyk.²²

Wiek XIX przyniósł za sobą wiele odkryć, między innymi rozpoczęto produkcję półsyntetycznych środków odurzających, takich jak heroina, kokaina czy morfina. Tej ostatniej masowo zaczęto używać w czasie wojen, przy zabiegach chirurgicznych. Morfina stała się środkiem przeciwbólowym, ale także poprawiającym nastrój

¹⁸ R. Rudgley, *Alchemia kultury – od opium do kawy*, Warszawa 2002, s. 29.

¹⁹ Ibidem, s. 31-33.

²⁰ Ibidem, s. 82-83, 87, 89-90.

²¹ A. Gasowska, *Narkomania w Polsce w latach 2000-2006*, Gdańsk 2007, s. 8.

²² K. Krajewski, Serwis Informacyjny Narkomania, „Prawo a zmieniający się obraz zjawiska narkomanii”, 2013 nr 4, s. 26-27.

żołnierzom, którzy nie odnieśli żadnych obrażeń fizycznych. Substancje te były powszechnie dostępne, bez zastosowania restrykcyjnych ograniczeń. W połowie XIX stulecia pojawiły się pierwsze wnioski, iż zażywanie tego typu medykamentów może powodować uzależnienia. Człowiek zaczął zastanawiać się jakie konsekwencje niesie za sobą nałóg. Na przełomie wieków XIX i XX narkomanię traktowano problematycznie, jednak stosunek ten wynikał z postrzegania tego zjawiska jako problemu wyłącznie medycznego. W 1925 roku w Wielkiej Brytanii został opublikowany Raport Rollestona, w którym wyraźnie zdefiniowano narkomanię jako chorobę, podlegającą interwencji medycznej, a nie działaniom ze strony sądowej i karnej. Uważano wówczas, że lekarz zajmujący się danym pacjentem powinien mieć możliwość wystawiania recept na daną substancję uzależniającą. Tego typu przyzwolenie miało być formą terapeutyczną, określaną mianem „terapii podtrzymującej”. Odmienne stanowisko na temat problemu narkomanii panowało w Stanach Zjednoczonych. Narkotyki traktowano jako formę dewiacji, zło prowadzące do destrukcji moralności, a stosowanie ich było zwyczajnym wynaturzeniem. Społeczeństwo domagało się polityki represyjnej ze strony państwa, takiej samej jak w przypadku innych przestępstw. Takie podejście z biegiem czasu zaczęło sięgać poza granice Stanów Zjednoczonych. Represyjna polityka narkotykowa zaczęła rozpowszechniać się coraz bardziej i do tej pory jest ona nieodłącznym elementem walki z narkomanią. Nie wycofano się jednak całkowicie z postrzegania narkomanii jako choroby. Polityka narkotykowa każdego państwa zależy od jego stosunku do samego zjawiska narkomanii. W przypadku Stanów Zjednoczonych, wiadomym jest, iż dominująca jest polityka represji. Mniej restrykcyjne podejście panuje w Europie. Państwa starają się wyśrodkować model polityki przeciwdziałania narkomani pomiędzy terapią a represją.²³

Początki stosowania substancji psychoaktywnych w celach rekreacyjnych w Polsce przypadają na 70. i 80. lata. Wówczas szczególnie popularnymi środkami stały się wszelkie pochodne opium, a problem narkomanii zaczęto postrzegać jako paradygmat choroby. W 1985 roku Ustawa o zapobieganiu narkomanii wyznaczyła prymat stosowania terapii medycznej nad represjonowaniem osób uzależnionych. Władze komunistyczne nie dostrzegały zbyt dużego problemu w owym zjawisku, nie stosowały restrykcyjnych kar, co było ewenementem w ówczesnych czasach. Po 1990 roku w Polsce znacznie rozprzestrzenił się problem związany z podażą i tranzytem substancji psychoaktywnych i środków odurzających, głównie heroiny. Pojawiły się pierwsze sugestie o zaostrzeniu

²³ Ibidem, s. 28.

przepisów dotyczących narkomanii, a represję uznano za kluczowy element walki z nielegalną podażą zakazanych środków. W 2000 roku zlikwidowano depenalizację posiadania narkotyków na własny użytek, co było pierwszym krokiem do wprowadzenia nowych ram polityki antynarkotykowej w Polsce. Wielu ekspertów uważa jednak, że takie rozwiązania szkodzą niektórym grupom społecznym. Jak twierdzą specjaliści, konsumenci substancji psychoaktywnych dzielą się na dwie grupy: zmarginalizowaną, czyli ludzi bezdomnych, słabo wykształconych, bezrobotnych, obracających się często w środowiskach kryminalnych. Są to przedstawiciele różnych patologii społecznych. Druga grupa to konsumenci niezmarginizowani, czyli osoby stosujące środki odurzające dla własnej przyjemności. Nie mają problemów rodzinnych, są lepiej wykształceni, mają wystarczająco wysoki status społeczny. Polityka antynarkotykowa oparta na represji szkodzi zwłaszcza tej drugiej grupie ludzi, którzy ewidentnie bardziej skorzystaliby na modelu opartym na terapii. Eksperci apelują, aby w zapisach prawnych istniał podział na tego typu różnice społeczne. Nie jest wskazany, aby narzucać jeden model postępowania na zupełnie różne środowiska społeczne.²⁴

3. Problem narkotyków i narkomanii w Polsce i Europie, w świetle danych statystycznych

Europejski Raport Narkotykowy to ogólny przegląd zjawiska narkomanii w Europie oraz w poszczególnych państwach europejskich. Zawiera informacje dotyczące podaży narkotyków, problemów związanych ze zdrowiem publicznym oraz polityki narkotykowej i reakcji na zjawisko stosowania substancji psychoaktywnych i środków odurzających. Europejski Raport Narkotykowy jest jednym z elementów składowych raportu sporządzanego przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Raport ten jest przygotowywany corocznie. Każde z państw Unii Europejskiej przygotowuje krajowy raport, który jest składową ogólnych statystyk przygotowywanych przez EMCDDA.²⁵

Zgodnie z wnioskami przedstawionymi w Europejskim Raporcie Narkotykowym z 2015 roku, Europa jest traktowana jako jeden z najważniejszych i największych rynków narkotykowych na świecie. Substancje psychoaktywne są przywożone z Ameryki Łacińskiej, Ameryki Północnej i Azji Zachodniej do państw europejskich. W Europie uprawia się konopie indyjskie oraz masowo produkuje się substancje syntetyczne, a następnie

²⁴ K. Krajewski, Serwis Informacyjny Narkomania, „*Prawo a zmieniający się obraz zjawiska narkomanii*”, 2013 nr 4, s. 29-30.

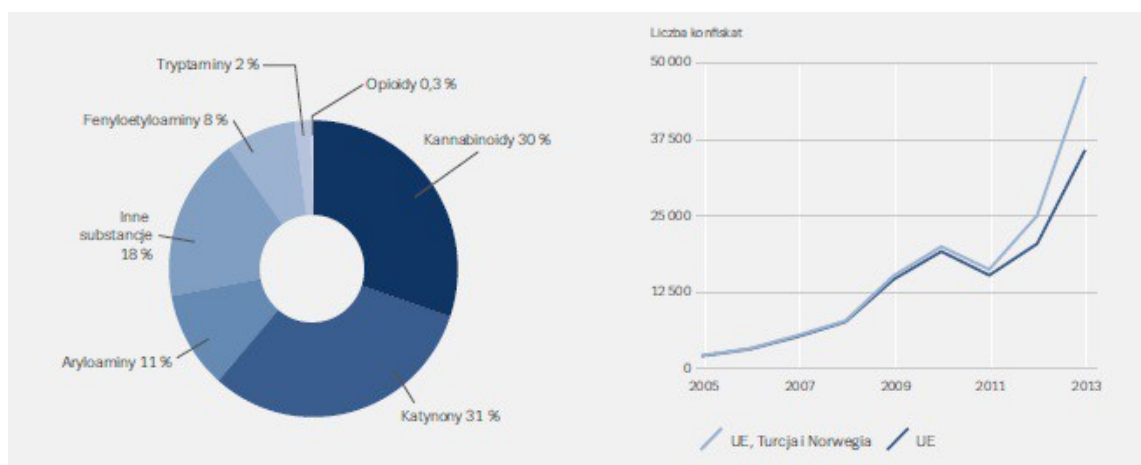
²⁵ K. Palczak, Serwis Informacyjny Narkomania, „*Narkotyki i narkomania w Europie 2014 – Europejski Pakiet Informacyjny*”, 2014 nr 2, s. 38.

przemycza je w inne regiony świata. Rynek, z biegiem lat, wzbogaca się o coraz to nowe substancje. Wiąże się to niejako z rozwojem technik produkcyjnych, informatycznych, a także z rozwojem Internetu. Działalność mająca na celu zmniejszenie podaży narkotyków wymaga już zaangażowania instytucji publicznych, agencji rządowych i służb publicznych. Każdego roku odnotowuje się około miliona konfiskat narkotyków na terytorium Europy. Najczęściej konfiskowanym środkiem odurzającym są konopie indyjskie, następnie kokaina, heroina i amfetamina.²⁶

Poniższy wykres przedstawia liczbę konfiskat substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania Unii Europejskiej. Po lewej stronie wykres kołowy obrazuje główne kategorie konfiskowanych substancji, po prawej stronie są to tendencje liczby konfiskat.

²⁶ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 19-20. [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

Wykres 1. Liczba konfiskat substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 21

Najczęściej konfiskowanymi substancjami były katynony, czyli związki o charakterze pobudzającym, np. amfetamina, (31%) oraz kannabinoity, czyli związki pochodzące z roślin konopi indyjskich (30%). Najrzadziej rekwirowano pochodne opium, tak zwane opioidy – 0,3%. Ogólna liczba konfiskat w państwach Unii Europejskiej od 2005 roku odnotowuje tendencję wzrostową. W 2013 roku łączna suma konfiskat wyniosła około 37 500. Biorąc pod uwagę Unię Europejską i Norwegię oraz Turcję, mające dołączyć do Wspólnoty, ilość ta jest jeszcze wyższa – około 50 000 konfiskat.

Zgodnie z treścią Europejskiego Raportu Narkotykowego, najczęściej przestępstw narkotykowych związanych było z konopiami indyjskimi. Łączna liczba zgłoszonych przestępstw związanych z używaniem lub posiadaniem marihuany to 782 000, natomiast przestępstwo nielegalnego wprowadzania do obrotu odnotowano aż 116 000 razy. Dla porównania, przestępstwa związane z posiadaniem lub używaniem heroiny, jednego z najbardziej znanych opioidów, zgłoszono tylko 37 000 razy, a zarejestrowane nielegalne wprowadzanie do obrotu tego środka to 17 000 przypadków.²⁷

Wiele środków nie podlega jednak kontroli ustawodawczej. Są to nowoczesne środki czysto- syntetyczne, takie jak mefedron, pentedron czy MDPV, które zyskują ogromną popularność na europejskim rynku narkotykowym. Sięgają po nie głównie osoby młode, żądne nowych doznań psychofizycznych, np. szybkiego pobudzenia organizmu. Środki te dostępne są w postaci proszku lub tabletek. W 2013 roku do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania zarejestrowano około 10 000 konfiskat tego typu syntetyków,

²⁷ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 23, 25. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

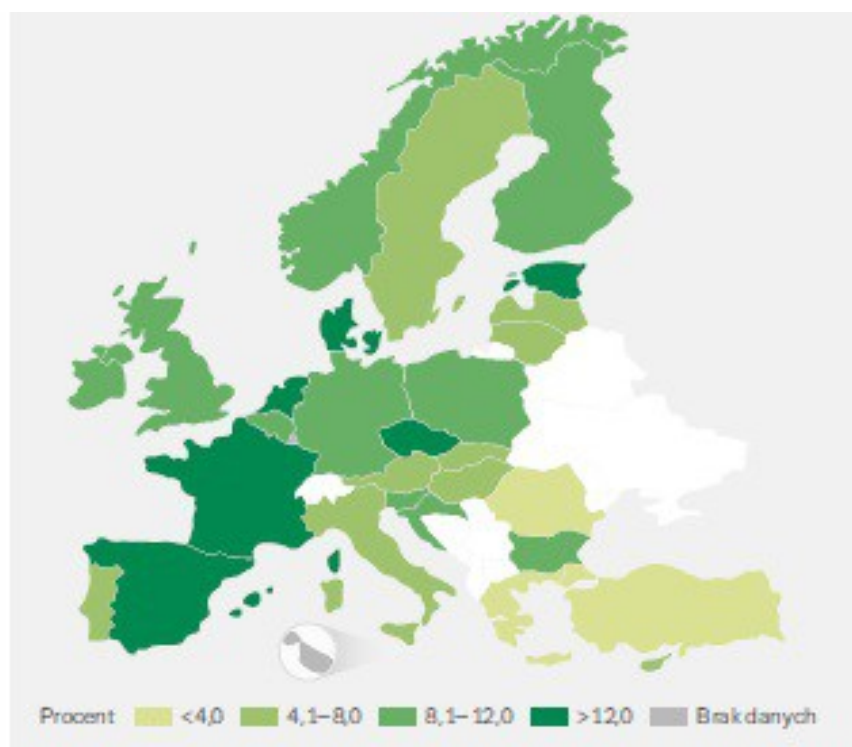
należących do grupy kantynonów. Dodatkowo, w 2014 roku państwa członkowskie Unii Europejskiej dokonały 101 zawiadomień dotyczących nowych substancji psychoaktywnych i środków odurzających, które nigdy wcześniej nie zostały zarejestrowane w Europejskim Systemie Wczesnego Ostrzegania.²⁸

Europejski Raport Narkotykowy szczegółowo opisuje problem używania narkotyków. Zgodnie z analizą tendencji stosowania substancji psychoaktywnych należy przyjrzeć się trzem grupom takich związków: przetworom konopi indyjskich, opioidom oraz substancjom pobudzającym. Oszacowano, że prawie co czwarty Europejczyk miał styczność z jakąkolwiek nielegalną substancją psychoaktywną. Najczęściej używanym narkotykiem jest marihuana. Susz kwiatowy jest zazwyczaj palony, a w Europie zazwyczaj mieszany z tytoniem, stosowany także do fajek wodnych. Zwolennicy konopi i indyjskich i ich przetworów deklarują się jako użytkownicy okazjonalni, ale również tacy, którzy nie potrafią wytrzymać jednego dnia bez możliwości zapalenia. Statystyki wyraźnie wskazują, że po *cannabis* sięgają osoby z różnych grup wiekowych, sklasyfikowane jako osoby wywodzące się z odmiennych środowisk społecznych. Specjaliści szacują, że w 2014 roku sięgało po nią aż 14,6 miliona młodych Europejczyków, z czego 15,2% to osoby młode w wieku 15-34 lata (8,8 mln). Tendencja wzrostowa zastosowania konopi indyjskich odnotowana została we Francji, Bułgarii oraz w krajach skandynawskich. Konsumpcja marihuany maleje wśród mieszkańców Niemiec, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Norwegia zgłosiła rekordowy wskaźnik procentowy zastosowania marihuany w 2015 roku, do 12%. Kraje te dysponują szerokim wachlarzem danych statystycznych umożliwiającym wykonanie szczegółowych analiz statystycznych. Wśród przebadanych uczniów państw europejskich w wieku 15-16 lat, najczęściej stosowanym środkiem odurzającym są właśnie konopie indyjskie (statystycznie - 24%). Aż 42% uczniów w Republice Czeskiej przyznaje się do przynajmniej jednokrotnej konsumpcji tego środka. Wskaźniki obrazujące stosowanie innych narkotyków są o wiele niższe.²⁹

²⁸ Ibidem, s. 31-32.

²⁹ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 40-41. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

Wykres 2. Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 40

Z powyższego wykresu wynika, że w Polsce stosowanie konopi indyjskich w ostatnim roku wynosi około 8,1-12%. W krajach o najwyższej liczbie zastosowań tejże rośliny, takich jak Hiszpania, Francja czy Czechy odsetek ten przekracza 12%. Najniższa liczba używalności konopi indyjskich to poniżej 4%.

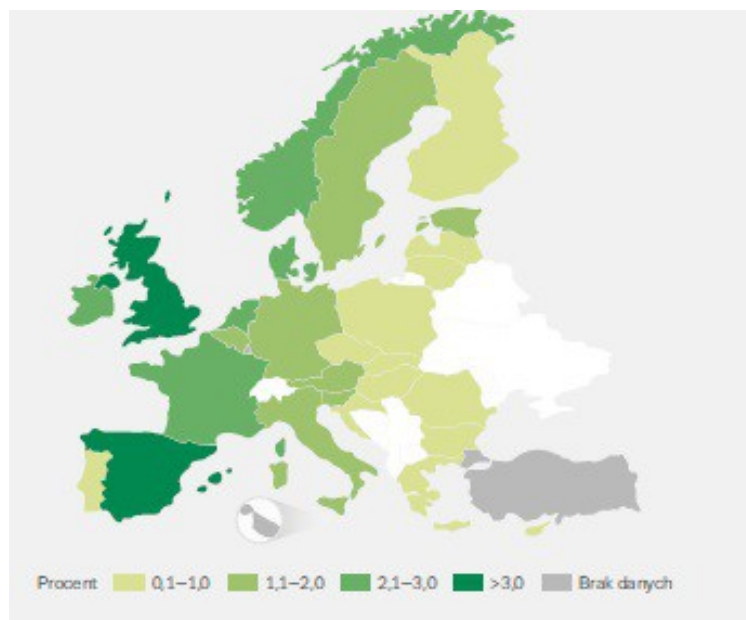
Użytkownicy konopi indyjskich, którzy poddali się leczeniu, to w większości przypadków mężczyźni (83%). Około 57% wszystkich osób zarejestrowanych jako stosujący konopie, deklaruje ich codzienną konsumpcję. Średni wiek tychże osób to 16 lat u kobiet i 24 lata u mężczyzn.³⁰

Konsumpcja kokainy, substancji z grupy pobudzających, jest w Europie stosunkowo niewielka. Konsumentów sklasyfikowano w dwie grupy: konsumenci rekreacyjni oraz zmarginalizowani społecznie. Regularne zastosowanie tego typu substancji może skutkować uzależnieniem, a także chorobami układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego czy chorobami zakaźnymi. Ma ona ogromny wpływ na stan zdrowia psychicznego oraz ilość powodowanych wypadków. Ekspertki oszacowali, iż w ciągu ostatniego roku 2,3 miliona młodych, dorosłych osób zastosowało kokainę. Z najnowszych

³⁰ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 42. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

danych wynika jednak, iż użycie kokainy spada, a tym samym znacznie zmalała liczba osób podejmujących leczenie, które wskazywały kokainę jako narkotyk podstawowy, mający najbardziej istotny wpływ na ich chorobę.³¹

Wykres 3. Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 44.

Na wykresie 3. przedstawiono dane dotyczące używania kokainy w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych (15-34 lat). Najwyższe zużycie tej substancji odnotowano w Hiszpanii oraz Wielkiej Brytanii – powyżej 3%. Najmniej przypadków stosowania kokainy, od 0,1 do 1,0%, zarejestrowano między innymi w Polsce, ale także w innych krajach Europy Wschodniej. Współczynnik zużywalności kokainy przez osoby młode, pochodzące z krajów europejskich, jest więc stosunkowo niski.

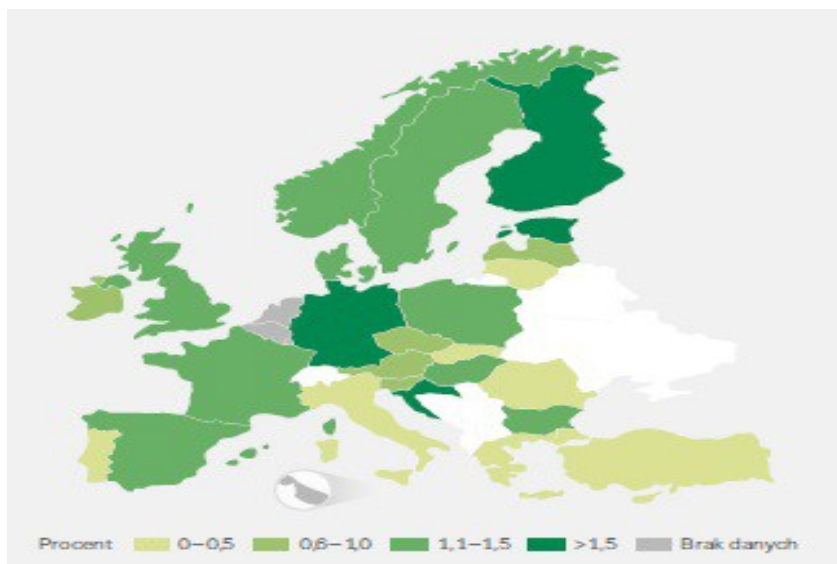
Jedną z bardziej popularnych substancji psychoaktywnych w Europie, a także w Polsce jest amfetamina. Substancja, podobnie jak kokaina pochodzi z grupy pobudzających. Narkotyk przyjmowany jest głównie doustnie w formie tabletek lub wciągany przez nos jako proszek. Nadużywanie amfetaminy i jej pochodnych skutkuje problemami z układem sercowo-naczyniowym, oddechowym, neurologicznym, a także może prowadzić do zaburzeń psychiatrycznych i psychicznych. Europejski Raport Narkotykowy 2015 szacuje, że amfetaminę, w roku ubiegłym, zastosowało około 1,3 miliona młodych osób dorosłych. Tendencja zażywania tej substancji jest względnie stabilna już od 2000 roku. W większości przypadków konsumentami amfetamin są mężczyźni – 71% wszystkich stosujących. Wiek osób poddających się leczeniu uzależnień, które wskazały amfetaminę jako narkotyk

³¹ Ibidem, s. 43-44.

podstawowy waha się od 20 do 29 lat. 28% stosujących substancję deklaruje, iż zażywa ją codziennie.³²

Wykres 4. przedstawia używanie amfetamin, określone procentowo, przez osoby młode dorosłe (15-34 lat) w ciągu ostatniego roku.

Wykres 4. Używanie amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych



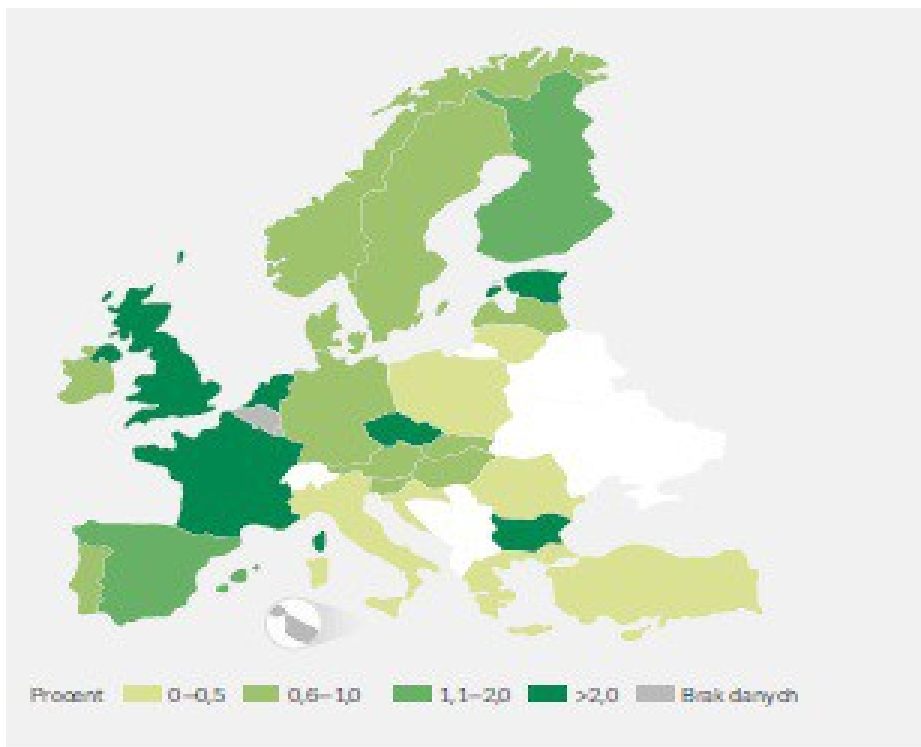
Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 46.

Zgodnie z przedstawionym wykresem, zastosowanie narkotyków z grupy amfetamin jest niższe niż kokainy i konopi indyjskich. Najwyższy wskaźnik procentowy stosowania wynosi nieco powyżej 1,5% i odnotowany został w krajach takich jak Niemcy, Estonia, Finlandia i Chorwacja. W Polsce liczba młodych konsumentów amfetaminy nie przekracza 1,5%. Najniższe zastosowanie tejże substancji to 0-0,5% ogółu.

Extasy to potoczna nazwa 3,4-metylenodioksymetaamfetaminy – substancji z grupy amfetamin. Przyjmowana jest zazwyczaj w postaci kolorowych tabletek, często z wygrawerowanymi emotikonami lub innymi symbolami. Tabletki kuszą głównie swoim wyglądem osoby młode, młodzież w wieku gimnazjalnym i licealnym. Zażywanie extasy może skutkować hipertermią, przyspieszeniem tętna oraz silną niewydolnością wielonarządową, a nawet całkowitą destrukcją wątroby oraz serca. Zgodnie z Europejskim Raportem Narkotykowym 2015 do zażywania tego typu środka przyznaje się około 1,8 miliona młodych osób. Od 2000 roku zaobserwowano jednak ogólną tendencję spadkową używania MDMA (extasy).³³

Wykres 5. Używanie extasy w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych

³² Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 46-47. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 48.

Na wykresie 5. przedstawiono tendencje dotyczące konsumpcji extasy przez osoby w wieku 15-34 lat. Najwyższy wskaźnik procentowy (ponad 2%) odnotowano we Francji, Czechach, Wielkiej Brytanii, Rumunii, Estonii i Holandii. Polska zalicza się do krajów o najniższej wartości procentowej odnoszącej się do zastosowania tego typu narkotyków. Wartość ta waha się w granicach 0-0,5%.

W Europie coraz częściej zastosowanie znajdują również inne środki halucynogenne, uspakajające i znieczulające niż opisane powyżej. Są to: LSD (dietyloamid kwasu lizergowego), ketamina, GHB (gamma-butyrolaktonu) oraz grzyby halucynogenne. Ich stosowanie może skutkować uszkodzeniem pęcherza, dróg moczowych, częste utraty przytomności, zespół abstynencyjny oraz uzależnienie narkotykowe. Zgodnie z danymi statystycznymi, konsumpcja tego typu substancji wśród młodzieży szkolnej jest stosunkowo niska i wynosi około 0,1% ogółu. Osoby w wieku 15-34 lata są grupą, w której współczynnik używalności jest najwyższy i wynosi nawet 1,8%. EMCDDA podkreśla jednak, że zastosowanie środków takich jak grzyby halucynogenne i LSD utrzymuje się na stałym poziomie. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami ankietowymi, konsumpcja tych dwóch substancji nie przekracza 1%.³⁴

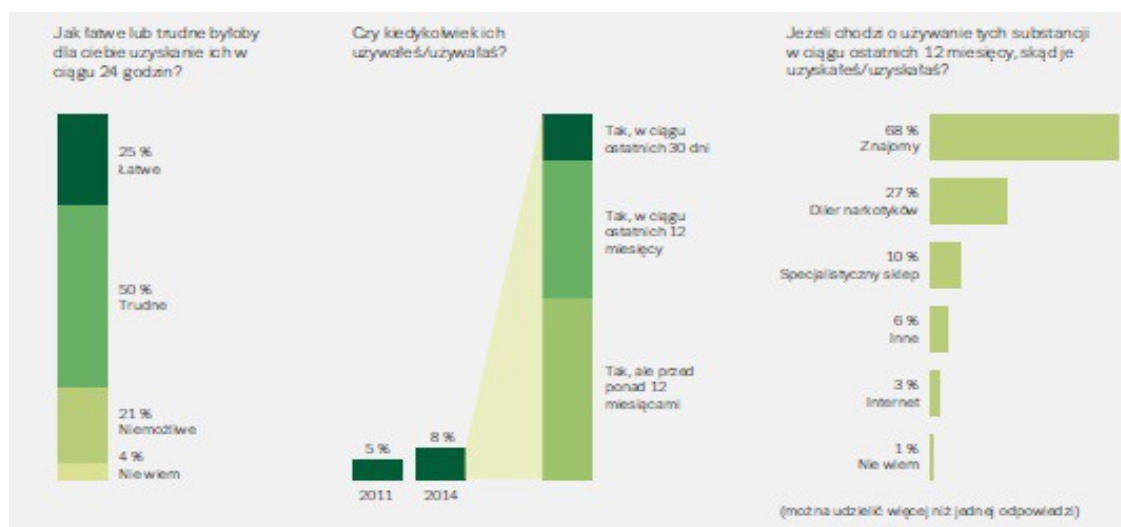
³³ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 47-48. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

³⁴ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 49. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

Obecnie największym problemem związanym z konsumpcją narkotyków jest wprowadzanie do obrotu nowych środków syntetycznych, zwanych potocznie dopalaczami. Brak jasno określonej, wspólnej metodologii badań nad zastosowaniem syntetyków przez państwa europejskie bardzo utrudnia sporządzanie analiz statystycznych opisujących to zjawisko. Najbardziej miarodajnym badaniem jest sondaż Eurobarometru, przeprowadzony w 2014 roku metodą telefoniczną wśród osób młodych. Dane zawarte w analizie sondażu są jedynym źródłem informacji na temat dopalaczy w Europie. Zgodnie z tymi wynikami, najwyższy odsetek użycia dopalaczy został odnotowany wśród młodzieży pochodzącej z Irlandii i wynosi 9%. Na Cyprze i Malcie nie odnotowano żadnego przypadku użycia najnowszych środków syntetycznych. W Wielkiej Brytanii natomiast, odnotowano spadek użycia mefedronu w ciągu ostatniego roku (1,9%). Zgodnie z Europejskim Raportem Narkotykowym 2015, tendencja ta spowodowana została wprowadzeniem odpowiednich środków kontroli przez władze państwowe w 2011 roku. Najwyższy współczynnik rozpowszechniania syntetyków zaobserwowano w Irlandii, gdzie wyniósł on 9,7%, natomiast najniższa wartość w tymże zakresie to 0,2% w Portugalii.³⁵

³⁵ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s.50-51. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

Wykres 6. Dostępność i używanie dopalaczy

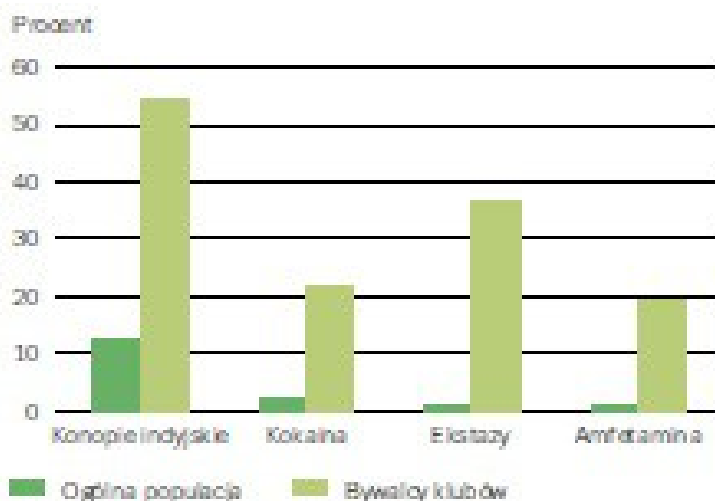


Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 50.

Na wykresie 6. przedstawiono główne wyniki badań sondażowych Eurobarometru. 50% respondentów odpowiedziało, że uzyskanie dopalaczy w ciągu 24 godzin byłoby dla nich trudne. ¼ badanych uznała to za zadanie łatwe. Pozostali (25%) uznali zdobycie substancji syntetycznych w ciągu doby za niemożliwe lub stwierdzili, że nie są w stanie jasno odpowiedzieć na to pytanie. Na wykresie zauważyć można także wzrost używalności dopalaczy, która w 2011 roku wynosiła 5%, natomiast w 2014 roku wzrosła do 8%. Osoby badane odpowiadały, że stosowały środki syntetyczne w ciągu ostatnich 30 dni, ostatnich 12 miesięcy i w roku ubiegłym. Nie padła odpowiedź o całkowitym nieużywaniu tychże środków. Spośród osób zgłaszających użycie dopalaczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, aż 68% odpowiadających wskazało, że uzyskało je od znajomego. 27% respondentów zakupiło środek u dealera, pozostali dokonywali zakupów w sklepach specjalistycznych, w Internecie oraz innymi możliwymi drogami.

Kolejnym, istotnym wnioskiem płynącym z analiz Europejskiego Raportu Narkotykowego z 2015 roku jest fakt, iż częstsze użycie narkotyków występuje wśród grup osób będących stałymi bywalcami klubów nocnych. EMCDDA zleciło badanie wśród młodych dorosłych z 10 państw europejskich, deklarujących się jako regularnych gości klubów nocnych (uczęszczający co najmniej raz na kwartał). Z badań wynika, że rozpowszechnianie narkotyków w tej grupie osób było nawet 25 razy wyższe niż w ogólnej populacji tej samej grupy wiekowej.

Wykres 7. Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych w populacji ogólnej i wśród stałych bywalców klubów nocnych



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy 2015, str. 48.

Okolo 55% badanych zgłosiło użycie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Dla porównania, w ogólnej populacji średnia ważona konsumpcji marihuany to 12,9%. Wskaźniki obrazujące stosowanie innych narkotyków to: kokaina – 22% (2,4% w populacji ogólnej), amfetamina – 19% (1,2% w populacji ogólnej), ekstazy – 37% (1,5% w populacji ogólnej).

Europejski Raport Narkotykowy 2015, w rozdziale trzecim, wskazuje pożądane rodzaje reakcji ze strony państw, na problemy narkotykowe w obszarze zdrowotnym i wymiarze społecznym. Najważniejszymi elementami pozwalającymi na monitorowanie obszarów polityki narkotykowej są krajowe strategie i plany narkotykowe, budżety i wydatki publiczne na działania bezpośrednio związane ze zwalczaniem narkomanii. Obecnie obowiązującą strategią jest Europejska Strategia Narkotykowa na lata 2013-2020. Zawiera ona zbiór ogólnych zasad, strategii oraz priorytetowych działań mających na celu zmniejszenie bądź całkowite wyeliminowanie narkomanii z państw europejskich. Za koordynację działań lokalnej polityki narkotykowej w Europie odpowiedzialne są władze miejskie, często dysponujące budżetem przeznaczonym konkretnie na ten cel. Kluczowym działaniem jest zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych i środków odurzających wśród młodych ludzi. Zgodnie z raportem, wdrażanie oraz efektywność przeciwdziałania narkomanii w tym filarze jest bardzo wysoka. W szkołach rozwinął się system edukacyjno-

doradcy, dzięki któremu znacznie polepszyła się liczba wykrywalności zażywania narkotyków wśród uczniów.³⁶

Leczenie osób uzależnionych odbywa się w systemie ambulatoryjnym. System ten polega na umieszczaniu pacjentów w wyspecjalizowanych ośrodkach. Leczeniem zajmują się także lekarze rodzinni, po specjalnym przeszkoleniu, a także placówki stacjonarne, czyli szpitale. Oszacowano, iż w Europie w 2013 roku leczeniu z uzależnień narkotykowych poddało się około 1,6 miliona osób. Podstawowym wyzwaniem dla prowadzonej polityki antynarkotykowej jest zmniejszenie liczby zgonów związanych z przedawkowaniem substancji psychoaktywnych.³⁷ Dzięki leczeniu substytucyjnemu, nazywanemu leczeniem zastępczym, polegającemu na podawaniu osobom silnie uzależnionym zamiennika narkotyku, celem redukcji szkód wywołanych działaniem substancji uzależniającej, umożliwiającemu im funkcjonowanie w ramach społeczeństwa³⁸, można skutecznie zapobiegać przedawkowaniu, a tym samym zmniejszać ryzyko zgonu. Wskazane jest również udostępnianie wszelkich materiałów dotyczących stosowania narkotyków, przedawkowania oraz destrukcyjnego wpływu na organizm ludzki. Przygotowywane są liczne szkolenia, happeningi oraz zjazdy osób wyleczonych z uzależnień. W wielu krajach funkcjonuje również kontrola osób przebywających w zakładach karnych, pod kątem uzależnień narkotykowych. Więźniowie poddawani są badaniom lekarskim, a następnie odbywają karę łącznie z zastosowaniem odpowiedniej terapii.³⁹

³⁶ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 61-64. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

³⁷ Ibidem, s. 65.

³⁸ J. Kutyla, M. Sutkowski, A. Szcześniak, K. Wałęcik (red.), *Polityka narkotykowa – Przewodnik Krytyki Politycznej*, Warszawa 2009, s. 243-244.

³⁹ Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 71-72. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf [Data wejścia 08.10.2015].

ROZDZIAŁ II

REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W POLSCE

1. Ewolucja polskiego ustawodawstwa antynarkotykowego

Pierwsze ustawodawstwo stanowiące na ziemiach polskich, będących pod zaborami, nie penalizowało żadnych zachowań i czynności powiązanych z posiadaniem substancji psychoaktywnych. Co ciekawe, zabraniano natomiast określonych zachowań ze spożywaniem napojów alkoholowych.⁴⁰ Pierwsze przepisy regulujące problem narkomanii miały charakter czysto polityczny. W 1920 roku ratyfikowano Traktat Wersalski, na mocy którego zobowiązała się do przystąpienia do Międzynarodowej Konwencji Opiumowej. Od państwa wymagano, aby ustanowiło odpowiednich sygnatariuszy kontroli, których zadaniem miało być kontrolowanie produkcji i obrotu środkami odurzającymi.⁴¹ Ustawa z 22 czerwca 1922 roku, dość radykalnie ograniczała i utrudniała podaż narkotyków. Akt zabraniał między innymi wytwarzania, przerobu, przechowywania, przywozu i wywozu, handlu, a także wszelkich innych metod wprowadzania do obiegu substancji psychoaktywnych, takich jak kokaina, heroina, morfina, opioidy, haszysz oraz wszelkich ich przetworów i soli. Ustawa nie budziła jednak zaufania wśród społeczeństwa, a dopiero w latach 30. narkomanię zaczęto postrzegać jako istotny problem społeczny i medyczny. Wyjątkowo od zakazów dopuszczono jedynie w przypadku konieczności motywowanych potrzebami medycznymi, naukowymi lub przemysłowymi, wyłącznie przy zezwoleniu wydanym przez Ministra Zdrowia Publicznego. Za przestępstwa uregulowane ustawą groziły kary pozbawienia wolności lub pieniężne, nawet do 10 milionów marek.⁴²

Kolejnymi aktami prawnymi dotyczącymi problemu narkotyków były rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych. Pierwsze z nich, z dnia 22 lutego 1928 roku dotyczyło uznania eteru etylowego i jego pochodnych za substancje szkodliwe dla zdrowia i życia. Drugie natomiast, z dnia 20 lutego 1929 roku, regulowało warunki sprzedaży detalicznej substancji i przetworów odurzających, które miało zapewniać efektywniejszą kontrolę

⁴⁰ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 185.

⁴¹ E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbička (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Warszawa 2009, s. 13-14.

⁴² P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 185-186.

wydawania recept lecarskich i weterynaryjnych. 15 marca 1930 roku Minister Spraw Wewnętrznych wydał kolejne rozporządzenie, na mocy którego ziele konopi indyjskiej oraz olej haszyszowy zostały włączone w krąg zakazanych środków odurzających.⁴³

W latach 50. XX wieku Sejm RP potraktował problem narkotyków i narkomanii bardzo marginalnie. W Ustawie z dnia 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych zamknięto sprawę substancji psychoaktywnych w zaledwie kilku przepisach. Akt ten, w artykule piątym, wymienia kolejno środki uznawane za odurzające, między innymi opium surowe i lecznicze, haszysz, liście koki, ziele konopi indyjskich, morfinę czy eter etylowy.⁴⁴ Kontrolą objęto zatem wszelkie możliwe substancje wykorzystywane w medycynie i farmacji, poddając restrykcjom możliwość ich swobodnego wytwarzania.⁴⁵ W artykule 18 zakazano wyrobu, przerobu, przywozu, wywozu, przewozu wewnątrz kraju i tranzytu, przechowywania i wprowadzania do obrotu środków odurzających do celów innych niż medyczne, naukowe bądź przemysłowe.⁴⁶ Ustawa przewiduje również kary za wyżej wymienione czyny oraz używanie środków odurzających w towarzystwie innej osoby. Sprawca podlegał karze do pięciu lat pozbawienia wolności i grzywny oraz karze aresztu do jednego roku i grzywny w przypadku stosujących narkotyki przy obecności osób trzecich.⁴⁷

Rada Państwa Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, 4 listopada 1966 roku, przyjęła Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających, sporządzoną w Nowym Jorku 30 marca 1961 roku. W dokumencie stwierdzono, iż „narkomania stanowi poważne zło dla jednostki oraz społeczne i gospodarcze niebezpieczeństwo dla ludzkości”. Objąsnione zostały podstawowe pojęcia oraz wskazane wszystkie substancje objęte kontrolą i zobowiązania zatwierdzone przez strony po przyjęciu Konwencji. Państwa powinny zapobiegać nielegalnemu obrotowi wszelkimi substancjami psychoaktywnymi, a także prowadzić wzajemną pomoc oraz współdziałać ze sobą i innymi organizacjami zajmującymi się podobną problematyką.⁴⁸ Konsekwencją przyjętych zobowiązań było pojawienie się w Kodeksie Karnym zapisów na temat udzielania środków odurzających innej osobie bez uprawnienia

⁴³ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 186-187.

⁴⁴ Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz. U. 1951, nr 001, poz. 4.).

⁴⁵ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 188.

⁴⁶ (Dz. U. 1951, nr 001, poz. 4.).

⁴⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku Kodeks Karny (Dz. U nr 60, poz. 571).

⁴⁸ Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 roku sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 roku, (Dz. U. 1966, nr 45, poz. 227 ze zm.).

lub nakłaniania do zastosowania takich środków, co groziło karą pozbawienia wolności do lat pięciu.⁴⁹

W sierpniu 1980 roku rozpoczęto pierwsze, efektywne dyskusje na temat problemu narkomanii i towarzyszącemu im kształtowaniu ówczesnej polityki wobec tego zjawiska. Problem narkotyków i narkomanii nie był jednak postrzegany jako istotny przez ogół opinii publicznej. Kolejnym krokiem w stronę zmian w polskim ustawodawstwie stała się Ustawa z 8 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii. Jako zadania mające na celu zapobieganie narkomanii określono działania wychowawczo – profilaktyczne, kontrolę nad środkami uzależniającymi oraz leczenie, rehabilitację i resocjalizację osób uzależnionych.⁵⁰ Utworzono Komisję do Spraw Zapobiegania Narkomanii, która miała być organem opiniodawczo-doradczym, mającym za zadanie przygotować program redukcji tego zjawiska oraz okresową ocenę z wykonywania ustawy. Bardzo duży nacisk kładziono na sam problem narkomanii i strategię jego rozwiązywania. Penalizacji nie podlegało posiadanie narkotyków, jednak karano wszelkie działania związane z nielegalnym obrotem narkotykami. Środki odurzające i substancje psychotropowe podzielono na grupy, w zależności od ich szkodliwości dla zdrowia i zakresu kontroli. Za wyrób substancji nielegalnych groziła kara pozbawienia wolności do lat trzech, natomiast przywóz lub wywóz narkotyków za granicę, zagrożone były karą pozbawienia wolności do lat pięciu oraz grzywny. Kto wbrew przepisom wprowadzał do obrotu środki odurzające, podlegał karze pozbawienia wolności do lat ośmiu oraz karze grzywny. Karane było również udzielanie lub nakłanianie do zażycia środka odurzającego. Po raz pierwszy zdefiniowano także pojęcia uzależnienia oraz osoby uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem.⁵¹ Ustawa nie przyniosła jednak tak oczekiwanych efektów, a wręcz przeciwnie przyczyniła się niejako do powstawania mankamentów interpretacyjnych. Posiadanie, nawet znacznych ilości, środków odurzających nie stanowiło przestępstwa, co stanowiło sprzeczność z obowiązującym Polskę prawem międzynarodowym.⁵²

Wraz z pojawianiem się coraz to nowszych, bardziej zróżnicowanych substancji psychoaktywnych i środków odurzających oraz pogarszającej się sytuacji pomiędzy handlarzami i dystrybutorami narkotyków a przemytnikami pojawiły się pierwsze spekulacje dotyczące zmian w prawie krajowym dotyczącym przeciwdziałania narkomanii, ale także w prawie międzynarodowym. Sytuacja stawała się na tyle kryzysowa, że postanowiono

⁴⁹ Dz. U nr 60, poz. 571

⁵⁰ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 395-396.

⁵¹ Ustawa z dnia 8 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii (Dz. U. 1985, nr 4, poz. 15.).

⁵² P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 195.

zaostrzyć przepisy w ten sposób, aby organy ścigania i wymiar sprawiedliwości posiadały odpowiednie kompetencje do zwalczania problemu.⁵³ Okres przemian, rok 1989, przyniósł za sobą wiele zmian, również tych związanych z przestępczością narkotykową. Przez Polskę zaczęły przebiegać główne szlaki tranzytowe przemytników narkotykowych z Azji i Ameryki Południowej do Europy Zachodniej, a polskie porty lotnicze, np. Okęcie, stawały się punktem przerzutowym kokainy z Ameryki Łacińskiej. Polska w tym okresie była jednym z głównych producentów i eksporterów narkotyków syntetycznych, głównie amfetaminy.⁵⁴

Następstwem ratyfikacji, przez Prezydenta RP Lecha Wałęsę, Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, stała się uchwalona 24 kwietnia 1997 roku Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.⁵⁵ Według zapisów tejże ustawy przeciwdziałanie narkomanii miało polegać na działalności zapobiegawczo-wychowawczej, leczeniu, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych, ograniczaniu szkód zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji zakazanych ustawą, a także nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje psychoaktywne i zwalczanie nielegalnego obrotu środkami odurzającymi (art. 1, ust. 2).⁵⁶ Na mocy ustawy, a dokładniej artykułu 3a, ust. 1, 4, pkt. 1., utworzono Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, którego celem było ograniczenie używania narkotyków. Biuro opracowywało projekt Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowało i monitorowało jego realizację. Rada Ministrów uchwalała powyższy Program na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (art. 4, ust. 1).⁵⁷ W artykule szóstym Ustawy z 1997 roku, zdefiniowano pojęcia takie jak: „narkomania”, „środek odurzający”, „substancja psychotropowa”, „uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych”. Odstąpiono od karania osób posiadających niewielkie ilości substancji zakazanych na własny użytek, a tym samym uznano to jako czyn zabroniony. Zaostrzono kary za handel, produkcję i przemyt substancji psychoaktywnych. Dopuszczono możliwość leczenia substytucyjnego osób uzależnionych. Środki odurzające podzielono na grupy, w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w wypadku używania ich w celach niemedycznych oraz zakresu ich stosowania.⁵⁸ W rozdziale piątym zawarto przepisy dotyczące uprawy maku oraz konopi włóknistych, która mogła być prowadzona

⁵³ R. Grudziński, *Polityka antynarkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 21.

⁵⁴ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, 396-398.

⁵⁵ Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997, nr 75, poz. 468.)

⁵⁶ Dz. U. 1997, nr 75, poz. 468.

⁵⁷ Dz. U. 1997, nr 75, poz. 468

⁵⁸ E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Warszawa 2009, s. 17-18.

wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego i celulozowo-papierniczego oraz nasiennictwa (art. 32, ust. 3).⁵⁹

Następnym, istotnym w świetle prawa narkotykowego, aktem stała się Nowelizacja Ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, która wprowadzona została w październiku 2000 roku. Przepisy dotyczące zwalczania narkomanii zmieniono na bardziej restrykcyjne, natomiast drugorzędne znaczenie objęły profilaktyka, edukacja i leczenie osób uzależnionych. Osoby chore postrzegać zaczęto jako potencjalnych przestępców. Do treści Ustawy wprowadzono kary za ułatwianie dostępu do środków odurzających i substancji psychoaktywnych oraz umożliwianie ich zażywania innym osobom. Zapisy utrudniały, tym samym, prowadzenie programów wymiany igieł. Domagano się wykreślenia artykułu 48 ustęp 4. o możliwości posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek, jednak nie wyrażono na to zgody.⁶⁰ Warto zauważyć, że przy takich przepisach, organy ścigania i wymiar sprawiedliwości skupiałyby większą uwagę na posiadaczach niewielkich ilości narkotyków niż na właściwych przestępcach: przemytnikach, handlarzach i dilerach.

Z inicjatywy Krajowego Biura Zapobiegania Narkomanii dokonano drugiej nowelizacji Ustawy z 1997 roku. Do zapisów dołączono artykuł mówiący, iż jednym z głównych i najważniejszych celów polityki państwa wobec zjawiska narkomanii jest redukcja szkód.⁶¹

1 maja 2004 roku Polska przystąpiła do Unii Europejskiej. Członkostwo wiązało się więc z ujednoczeniem przepisów prawnych, również tych dotyczących przeciwdziałania narkomanii. Unia Europejska uznała za istotną potrzebę współpracy sądownictwa i policji w procesie zwalczania nielegalnej podaży środków odurzających.⁶²

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przyjął zatem nowy akt prawny dotyczący polityki antynarkotykowej. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku przejęła wiele zapisów z poprzedniej ustawy z 1997 roku. W dokumencie zawarto zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, zadania organów odpowiedzialnych za wykonywanie celów polityki antynarkotykowej w państwie oraz kary za nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Pomimo ogromnych starań nie udało się wprowadzić możliwości przerwy w wykonywaniu kary dla osoby skazanej, w celu odbycia leczenia uzależnienia poza ośrodkiem karnym. Nie odstąpiono również od wymogu wcześniejszej niekaralności osoby, wobec której możliwym byłoby zastosowanie instytucji warunkowego umorzenia postępowania

⁵⁹ Dz. U. 1997, nr 75, poz. 468.

⁶⁰ R. Grudziński, *Polityka antynarkotykowa po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 22.

⁶¹ Ibidem, s. 22.

⁶² Ibidem, s. 22.

po skutecznie odbytym leczeniu. Od 2005 roku Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii była kilkakrotnie nowelizowana.⁶³

2. Wykładnia głównych założeń zawartych w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym prawa antynarkotykowego w Polsce jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii. Dokument składa się z ośmiu rozdziałów, w których jasno określono podstawowe zagadnienia i normy prawne w dziedzinie przeciwdziałania podaży, stosowania i handlu narkotykami.⁶⁴ W myśl artykułu 2, niniejszej Ustawy, zapobieganie narkomanii realizowane jest poprzez właściwe kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, zdrowotnej i oświatowo-wychowawczej. Zadania na rzecz działalności antynarkotykowej finansowane są ze środków własnych odpowiednich podmiotów zajmujących się realizacją programów zwalczających narkomanię, natomiast pozostałe działania, w tym wykonywanie programów zdrowotnych finansuje budżet państwa (art. 2, ust. 1-3).⁶⁵ Przeciwdziałanie narkomanii, obejmuje zatem szeroki katalog działań ze strony państwa, oparty na polityce społecznej, gospodarczej, zdrowotnej i wychowawczo-edukacyjnej. Uważa się więc, że Ustawa z 2005 roku ma charakter kompleksowy.⁶⁶

Zadania określone w artykule 2, ust. 1, pkt 1-3, finansowane są ze środków własnych podmiotów wykonujących zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii, ze środków przeznaczanych na wykonanie programów zdrowotnych, które finansowane są częściowo z budżetu państwa oraz ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozostałe zadania realizowane są przy pomocy środków pochodzących bezpośrednio z budżetu państwa, z części pozostawionych do dyspozycji właściwym ministrom.⁶⁷

W myśl artykułu 5, ustęp 1 i 2, realizacją zadań z zakresu działań antynarkotykowych zajmuje się, administracja rządowa, jednostki samorządu terytorialnego oraz inne podmioty, takie jak szkoły wyższe, organy celne, zakłady opieki zdrowotnej czy środki masowego przekazu.⁶⁸ Działalnością obejmującą przeciwdziałanie narkomanii prowadzi Krajowe Biuro o Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Jest ono jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W artykule 6 Ustawy wymieniono zadania przypisane dla KBPN, nie jest to

⁶³ K. Krajewski, *Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii: pomiędzy represją a terapią* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/polskie-ustawodawstwo-dotyczace-narkotykow-narkomanii-pomiedzy-represja-terapia> [Data wejścia 12.10.2015].

⁶⁴ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

⁶⁵ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁶⁶ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 77.

⁶⁷ Ibidem, s. 78.

⁶⁸ Ibidem, s. 147-152.

jednak jednoznacznie zamknięta lista, ponieważ Biuro wykonuje również zadania powierzone przez Ministra Zdrowia. Podczas realizacji wyznaczonych działań KBPN współpracuje czynnie z organami administracji publicznej. W jego skład wchodzi Centrum Informacji o Narkotykach i narkomanii, będące komórką organizacyjną KBPN współpracującą z EMCDDA (agencja UE dostarczająca informacji o narkotykach, narkomanii i jej skutkach na obszarze UE) i Europejską Siecią Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii ma swoją siedzibę w Warszawie.⁶⁹ Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii stanowi podstawę działań w tym zakresie, określając harmonogram, kierunki i rodzaje działań, a także cele i sposoby ich osiągnięcia. Program określany jest w drodze rozporządzenia Rady Ministrów.⁷⁰ Przygotowaniem projektu KPPN zajmuje się Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (art. 7, ust. 1, 2, 5).⁷¹ Na mocy artykułu 12, ustęp 1-3 Ustawy, utworzono Radę do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która stała się organem koordynacyjno-doradczym działającym przy Prezesie Rady Ministrów.⁷² Zastąpiła ona Komisję do Spraw Zapobiegania Narkomanii, utworzona na mocy Ustawy z 1985 roku. Wydawane przez Radę opinie mają charakter formalnie wiążący oraz stanowią wskazówkę w procesach legislacyjnych. Do głównych zadań Rady należą, między innymi: monitorowanie i koordynowanie polityki antynarkotykowej państwa, monitorowanie realizacji strategii na szczeblu krajowym, a także współdziałanie z innymi podmiotami działającymi na rzecz redukcji zjawiska narkomanii i przygotowywanie nowych rozwiązań w tymże zakresie. Ponadto, Rada występuje do Ministra Zdrowia w sprawach tworzenia, zmian i uzupełnienia krajowych strategii działania na rzecz redukcji narkomanii oraz zaleca szereg rozwiązań organizacyjnych innym podmiotom odpowiedzialnym za przygotowywanie tych strategii. Rada jest organem pomocniczym Prezesa Rady Ministrów. Przedstawia Prezesowi RM opinie na temat Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, opiniuje sprawozdania z realizacji KPPN oraz projekty aktów prawnych dotyczących przeciwdziałania narkomanii.⁷³

Rozdział trzeci Ustawy z 2005 roku dotyczy działalności zapobiegawczej, wychowawczej oraz edukacyjno-informacyjnej w sferze polityki narkotykowej państwa. Działalność ta obejmuje przede wszystkim promocję zdrowia i zdrowego stylu życia, informowanie o skutkach stosowania środków odurzających i substancji psychoaktywnych oraz edukację

⁶⁹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 170-174.

⁷⁰ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁷¹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁷² Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁷³ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 188-195.

prawną i społeczną (art. 19, ust. 1, 2.). Zgodnie z tym przepisem, do systemu oświaty, działalności publicznej, programów szkoleń czy działalności naukowej wprowadzono tematykę poruszającą problem narkomanii i narkotyków oraz ich wpływu na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka, a także jego funkcjonowanie w ramach grup społecznych. Jednym z priorytetowych działań skłaniających się na edukację jest inicjowanie wszelkich form działalności psychoedukacyjnej, rozwijanie umiejętności człowieka przydatnych podczas kształtowania prawidłowych stosunków międzyludzkich. Promocję zdrowia zajmują się organy administracji rządowej i samorządowej, publiczne zakłady opieki zdrowotnej, szkoły, uczelnie, zakłady penitencjarne czy też placówki rehabilitacyjne, ale również fundacje, stowarzyszenia, samorządy zawodowe i wiele innych jednostek i organizacji społecznych. Działalność edukacyjna skierowana jest głównie na uwidocznienie obrazowe skutków stosowania narkotyków oraz uzależnień narkotykowych.⁷⁴ Artykuł 20 zakazuje reklamy i promocji środków odurzających i substancji psychotropowych, z wyjątkiem produktów leczniczych opartych na takich związkach. Reklama środków leczniczych regulowana jest Ustawą z 2001 roku - Prawo Farmaceutyczne. Zakaz promocji i reklamy środków i substancji zakazanych wynika z ograniczenia możliwości obrotu detalicznego. Reklamowanie jest wówczas uznawane za wykroczenie.⁷⁵

W rozdziale czwartym zapisano zasady postępowania z osobami uzależnionymi od środków odurzających. Osoba taka może podjąć leczenie, rehabilitację bądź reintegrację dobrowolnie (art. 25).⁷⁶ Zasada dobrowolności funkcjonuje w polskim prawie narkotykowym już od 1985 roku. Zakłada się, że efektywna współpraca z osobą uzależnioną jest gwarantem skuteczności leczenia czy rehabilitacji. Sukces leczenia w przypadku do przymuszania odbycia terapii jest znacznie mniej prawdopodobny. Wyjątkiem są młodociani uzależnieni, wobec których stosuje się odstępstwa od zasady dobrowolności. Wniosek przedstawiciela ustawowego, opiekuna, rodzeństwa lub innych krewnych jest wystarczającą podstawą do skierowania na przymusowe leczenie takiej osoby. Kolejnym wyjątkiem są osoby uzależnione, skazane na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, przewidzianej za przestępstwo związane ze stosowaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej. W takim wypadku sąd zobowiązuje skazanego do odbycia leczenia lub terapii rehabilitacyjnej w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, poddając go pod dozór osoby uprawnionej. Jeżeli skazanemu nie zawieszono warunkowo wykonania kary, wymiar sprawiedliwości może skierować go na leczenie, przed jej wykonaniem.

⁷⁴ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 200-203.

⁷⁵ Ibidem, s. 205.

⁷⁶ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

Przymusowa terapia lecznicza, rehabilitacyjna lub reintegracyjna może zostać orzeczona także w toku odbywania kary pozbawienia wolności przez uzależnionego.⁷⁷ Tego typu terapią zajmują się, zgodnie z artykułem 26, ustęp 1 i 3 Ustawy⁷⁸, zakłady opieki zdrowotnej i lekarze. W rehabilitacji natomiast, może uczestniczyć osoba posiadająca odpowiedni certyfikat instruktora terapii uzależnień. Reintegrację prowadzą centra integracji społecznej, zakłady opieki zdrowotnej, lekarz psychiatra, lekarz wykonujący praktykę lekarską (w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej), osoba certyfikowana jako specjalista terapii uzależnień oraz organizacje pozarządowe i inne podmioty, których działalność obejmuje zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia.⁷⁹ Artykuł 28, ustęp 1-4, mówi, że uzależniony może być leczony przy zastosowaniu, wspomnianego już, leczenia substytucyjnego (terapia podtrzymująca). Tego typu terapia polega na przyjmowaniu odpowiedniego środka leczniczego lub odurzającego, pod ścisłą kontrolą lekarską, co zapobiega silnym objawom abstynencyjnym. Priorytetowym celem takiego leczenia jest redukcja wszelkich szkód zdrowotnych, ale również społecznych, powodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych. Leczenie substytucyjne początkowo ma doprowadzić uzależnionego do stanu całkowitej abstynencji, dzięki pomocy specjalistów psychoterapeutów i certyfikowanych opiekunów. W przypadku osób uzależnionych od silnych opiatów, np. od heroiny, wielkim sukcesem terapii substytucyjnej jest redukcja szkód zdrowotnych i społecznych oraz sprowadzenie uzależnionego do normalnego funkcjonowania psychiczno-społecznego.⁸⁰ Zezwolenie na takie leczenie dla zakładu opieki zdrowotnej wydaje marszałek województwa, po otrzymaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, na temat spełnienia przez dany zakład odpowiednich wymagań regulowanych prawnie. Aby otrzymać zezwolenie, zakład opieki medycznej musi posiadać aptekę szpitalną, odpowiednio przystosowane pomieszczenia do pracy grupowej i wydawania środka substytucyjnego, czy też pobierania i przechowywania próbek do analizy, a także odpowiednie warunki kadrowe (przeszkoleni pracownicy: kierownik, pielęgniarki, osoby pomocnicze). Terapię uzależnień stosuje się również w zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich, a także w jednostkach organizacyjnych służby więziennej (art. 29, ust. 1, art 30, ust. 1).⁸¹ Osoba zostaje zakwalifikowana na odbycie leczenia substytucyjnego przez kierownika programu leczenia uzależnienia, jeżeli jest ona uzależnionym od co najmniej 3 lat, ukończyła 18 lat,

⁷⁷ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 229-231.

⁷⁸ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁷⁹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 233-234.

⁸⁰ Ibidem, s. 100-102.

⁸¹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

jeżeli próby leczenia metodami konwencjonalnymi okazały się nieskuteczne oraz wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym przez rozporządzenie.⁸²

Środki odurzające i substancje psychoaktywne, zgodnie z przepisami 31 i 32 Ustawy, zostały podzielone na odpowiednie grupy, w zależności od stopnia ryzyka postawienia uzależnienia w przypadku nadużywania ich w celach innych niż medyczne. Podział Głównym celem wprowadzenia takiego podziału jest zróżnicowanie systemu kontroli dla środków o różnym stopniu uzależniania. W stosunku do środków z grupy I-N (np. opium, kokaina, heroina, morfina) i II-N (np. kodeina, etylmorfina) stosowana jest tzw. kontrola standardowa. Środki odurzające sklasyfikowane do grupy III-N (np. preparaty medyczne zawierające środek odurzający, w ilości nie większej niż 100 mg w jednej dawce lub stężenia nie przekraczające 2,5%) podlegają złagodzonej kontroli, natomiast grupa IV-N (np. heroina, ziele i żywica konopi) objęto kontrolą zastrzoną. Substancje psychotropowe również podzielono na odpowiednie grupy: I-P (np. LSD) - stosuje się je wyłącznie do celów badawczych, II-P (np. amfetamina, ketamina), III-P (np. amobarbital, katyna) i IV-P (np. diazepam, etyl amfetamina) mogą być użyte w celach medycznych, przemysłowych bądź naukowych.⁸³ Posiadane bez właściwych uprawnień środki i substancje podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania i organy celne, natomiast jeżeli nie zostało wszczęte postępowanie karne, o ich przypadku na rzecz Skarbu Państwa decyduje sąd na wniosek Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego lub Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego (art. 34, ust. 1-3).⁸⁴ W myśl artykułu 44, ustęp 1 i 2, nadzorem nad wszelką działalnością związaną z obcowaniem ze środkami odurzającymi kategorii I, sprawuje Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, natomiast Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny pełni nadzór nad prekursorami kategorii II i III.⁸⁵

Ustawodawca w rozdziale szóstym zawarł przepisy dotyczące uprawy maku i konopi. Zgodnie z Jednolitą Konwencją państwa sygnatariusze mają obowiązek zakazania uprawy maku lekarskiego, krzewu koka oraz rośliny konopi indyjskiej, w przypadku kiedy zakaz będzie najwłaściwszym sposobem ochrony zdrowia i dobrobytu społecznego. Prawo Unii Europejskiej skłania się ku zakazaniu obrotu nasionami cannabis oraz uprawy konopi indyjskich w szklarniach, wyłączający hodowle prowadzone do celów naukowych i na podstawie odpowiednich zezwoleń.⁸⁶ Uprawa konopi włóknistej, w rozumieniu artykułu 46 Ustawy, może być prowadzona na ściśle określonej powierzchni, w rejonach odpowiednio

⁸² T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 244-245.

⁸³ Ibidem, s. 264-266.

⁸⁴ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁸⁵ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁸⁶ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 345, 348.

wyznaczonych oraz na podstawie zezwolenia wydawanego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce położenia planowanej uprawy, przy zastosowaniu materiału siewnego kategorii *elitarny* lub *kwalifikowany*, w rozumieniu przepisów o nasiennictwie oraz na podstawie umowy kontraktacji pomiędzy hodowcą a podmiotem posiadającym zezwolenie na skup. Zezwolenia na plantację wydawane są dla potrzeb przemysłu włókienniczego, celulozowo-papierniczego, farmaceutycznego, kosmetycznego, chemicznego, spożywczego, materiałów budowlanych i nasiennictwa. Wydawanie i cofanie takich zezwoleń należy do zadań zleconych gminie.⁸⁷ Ustawa zakazuje uprawy innych odmian konopi niż wyżej wymienione (art. 4, ust. 2).⁸⁸ Osoba nielegalnie hodująca konopie podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech (art. 63, ust. 1).⁸⁹

26 maja 2011 roku, ówczesny Prezydent RP Bronisław Komorowski, podpisał nowelizację ustawy z 29 lipca 2005 roku, której głównym założeniem było podniesienie wymiaru maksymalnych kar przysługujących za wprowadzanie do obrotu oraz kradzież większych ilości środków odurzających. Zobowiązano także sądy i prokuratury do gromadzenia informacji dotyczących sprawców przestępstw narkotykowych, a zakłady opieki zdrowotnej do ścisłej współpracy z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Zapisy nowelizacyjne ułatwiły dostęp do monitorowania prowadzonych terapii metodą leczenia substytucyjnego oraz umożliwiły osobom uzależnionym uczestnictwo w więcej niż jednym programie substytucyjnym.⁹⁰

1 lipca 2015 roku weszła w życie kolejna nowelizacja obecnie obowiązującej Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, której głównym celem jest objęcie szerszą kontrolą substancji chemicznych, takich jak dopalacze i inne środki syntetyczne. Do ustawy wprowadzono pojęcie „nowej substancji psychoaktywnej” oraz zmieniono brzmienie poprzedniej definicji „ziela konopi” innej niż włókniste. Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, na mocy nowelizacji, utworzono zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzkiego, związanego z wprowadzeniem do obiegu nowych substancji psychoaktywnych. W skład zespołu wchodzi eksperci i badacze z różnych dziedzin, głównie medycyny i chemii. Nadzór nad wprowadzaniem i wytwarzaniem nowych substancji sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna.⁹¹

⁸⁷ Ibidem, s. 353-354, 360-362.

⁸⁸ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁸⁹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁹⁰ R. Grudziński, *Polityka antynarkotykowa po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, str. 57.

⁹¹ Ministerstwo Zdrowia, *Sejm przyjął projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/sejm-rp-przyjal-projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-przeciwdzialaniu-narkomanii-oraz-niektorych-innych-ustaw> [Data wejścia 14.10.2015].

Rozdział siódmy Ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii został poświęcony przepisom karnym. Ustawa zakazuje wytwarzania, przetwarzania, przerabiania środków odurzających i substancji psychoaktywnych. Za czyn podlegający karze uważa się też przywóz, wywóz, przewóz, wewnątrzspółnotowe nabycie lub dostawa tychże środków. Karane są również osoby wprowadzające do obrotu, udzielające lub udzielające w celu osiągnięcia korzyści finansowych lub nakłaniające inne osoby do zażywania narkotyków.⁹²

Nielegalne wytwarzanie, przetwarzanie lub przerabianie środków odurzających i substancji psychotropowych jest zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3. Jest to typ podstawowy przestępstwa, tym samym stanowi ono występki. W ustępie drugim artykułu 53, wskazano na typ kwalifikowany, będący zbrodnią. Jeżeli przedmiotem czynu jest znaczna ilość narkotyków lub został on popełniony w celu osiągnięcia środków majątkowych lub korzyści osobistych, wówczas przestępca otrzymuje karę pozbawienia nie krótszą niż 3 lata. Przedmiotem ochrony jest tu ochrona monopolu przedsiębiorstw posiadających zezwolenie na wytwarzanie produktów leczniczych. Przestępstwo to można popełnić wyłącznie umyślnie, z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym.⁹³ Ustawa zakazuje również nielegalnego obrotu międzynarodowego i wewnątrzspółnotowego, zagrożonego karą grzywny i pozbawienia wolności do lat 5. W przypadku mniejszej wagi, zapisy przewidują kary ograniczenia albo pozbawienia wolności do roku. Typ kwalifikowany przestępstwa przewiduje karę grzywny i pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż 3 lata, w przypadku kiedy przedmiotem czynu zabronionego jest znaczna ilość narkotyków lub chęć osiągnięcia korzyści majątkowych lub osobistych (art. 55, ust.1-3).⁹⁴ Przygotowanie do przestępstwa z artykułu 55, ust.1 lub 56 ust.1 podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia do lat 2. Natomiast przygotowanie do tych przestępstw w typie kwalifikowanym grozi karą pozbawienia wolności do lat 3 (art. 57).⁹⁵ Kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat grozi osobie, która dopuści się kradzieży środków odurzających, substancji psychotropowej, mlecza makowego lub słomy makowej. Przedmiotem ochrony w tym wypadku jest życie i zdrowie ludzkie, określane mianem zdrowia publicznego (dotyczy ogółu społeczności).⁹⁶

Ostatni, ósmy rozdział Ustawy z dn. 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe.

⁹² Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁹³ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 367-371.

⁹⁴ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁹⁵ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁹⁶ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 436-437.

3. Penalizacja wybranych czynów związanych z narkomanią

Najwięcej dyskusji wśród społeczeństwa, polityków, prawników, a nawet służb mundurowych, wzbudzają zapisy dotyczące posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych. Podejście prohibicyjne jest coraz częściej negowane, bowiem uważa się, że alkohol i tytoń są również środkami silnie uzależniającymi, powszechnie dostępnymi na całym świecie. Od XX wieku podejście prohibicyjne nie wykazało, aby przyczyniło się do zmniejszenia zjawiska stosowania nielegalnych środków. Zdaniem sceptyków prohibicyjnych, prowadzi ona do wzrostu cen na czarnym rynku narkotykowym, a tym samym uatrakcyjnienia tego typu profesję.⁹⁷

Artykuł 62 mówi, że „kto wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”.⁹⁸ Jest to typ podstawowy przestępstwa. Jest to czyn powszechny, formalny i trwały. Przedmiotem ochrony jest tu życie i zdrowie publiczne, natomiast w przypadku posiadania nielegalnych środków na własny użytek przedmiotem ochrony staje się życie i zdrowie indywidualnej jednostki. Stroną przedmiotową artykułu 62 jest niezgodne z przepisami Ustawy, posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych. Przestępstwo popełnić można wyłącznie umyślnie, z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym.⁹⁹ Jeżeli przedmiotem czynu jest posiadanie znacznej ilości środków, sprawca może otrzymać wyrok od roku do 10 lat pozbawienia wolności (art. 62, ust.2).¹⁰⁰ Oznacza to, że przestępstwo zalicza się do kategorii w typie kwalifikowanym. W przypadku mniejszej wagi, sklasyfikowanym jako typ uprzywilejowany, stosuje się karę grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku.¹⁰¹ Penalizowane są zatem wszelkie możliwe formy posiadania narkotyków, a co za tym idzie, wszczyna się postępowanie karne przeciw każdemu kto wbrew zapisom prawnym jest w posiadaniu nielegalnych substancji.

Ważnym zapisem, związanym z przepisem 62, wdrożonym do Ustawy pod koniec 2011 roku, jest artykuł 62a, który mówi: „Jeżeli przedmiotem czynu, (...), są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej

⁹⁷ Ibidem, s. 428-429.

⁹⁸ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

⁹⁹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 429-430.

¹⁰⁰ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

¹⁰¹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 430.

szkodliwości.” Oznacza to, że zezwala się na umorzenie postępowania wobec osoby, która miała przy sobie podczas zatrzymania nieznaczną ilość zakazanej substancji. Bardzo duży wpływ na decyzję o umorzeniu przez prokuratora ma funkcjonariusz dokonujący zatrzymania, który zwykle potwierdza informację o znikomych bądź znacznych ilościach znalezionych narkotyków. Tego typu praktyka jest bardzo często stosowana w Polsce.¹⁰² Warunkiem umorzenia postępowania są trzy przesłanki: osoba posiadała w momencie zatrzymania nieznaczną ilość środka odurzającego, narkotyk posiadała wyłącznie na własny użytek oraz stwierdzono w takim wypadku niską szkodliwość społeczną czynu. Stosowanie w praktyce przepisu 62a, bardzo korzystnie wpływa nie tylko na budżet państwa ograniczając koszty przeznaczane na wszelkie procedury związane z zatrzymaniem i postawieniem zarzutów, ale również ma pozytywny wpływ na samego sprawcę unikającego przykrych konsekwencji. Zgodnie ze statystykami opublikowanymi przez Ministerstwo Sprawiedliwości w 2012 roku, umorzonych zostało 2307 z łącznej liczby 18 441 spraw za posiadanie narkotyków.¹⁰³ W analizie statystycznej Ministerstwa Sprawiedliwości za rok 2013 stwierdza się, że nastąpił wzrost liczby umorzeń na podstawie artykułu 62a (2012 r. – 30,48%, 2013 r. – 35,10%), a po wstępnej ocenie pierwszego półrocza 2014 roku zakłada się utrzymanie tendencji wzrostowej w tym aspekcie.¹⁰⁴

Zapisy artykułów 62 i 62a mają zarówno szereg zwolenników jak i przeciwników. Pierwsi argumentują swoje stanowisko tym, iż penalizacja posiadania narkotyków w niewielkim stopniu sprzyja walce z prawdziwymi dilerami, przemytnikami i osobami zajmującymi się przestępczością narkotykową. Przeprowadzenie posiadania narkotyków jest bardzo łatwe do wykrycia, często powiązane z rutynowymi działaniami operacyjnymi policji, np. kontrolami drogowymi, a dochodzenia uważa się za proste. Sprawy związane z artykułem 62 szybko zostają rozwiązane przez sądy, często bez konieczności zwoływania rozprawy. Przeciwnicy penalizacji posiadania narkotyków uważają, że zapisy ustawy są działaniem zaplanowanym, podnoszącym wskaźnik statystyczny wykrywalności przestępstw przez organy ścigania. Nie są jednak skuteczne w stosunku do ograniczania handlu i nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Odmienne stanowisko w tej sprawie podnoszą zwolennicy bardziej restrykcyjnego prawa antynarkotykowego. Sądzą oni, że prawo powinno być głównym czynnikiem, który

¹⁰² Polska Sieć do Spraw Polityki Narkotykowej, *Czy policja może mieć wpływ na stosowanie prawa narkotykowego* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.politykanarkotykowa.pl/artukul/czy-policja-mo-e-mie-wp-yw-stosowanie-prawa-narkotykowego> [Data wejścia 13.10.2015].

¹⁰³ P. Olak, *Artykuł 62a a rzeczywistość* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.polskieradio.pl/130/2351/Artykul/993330,Artykul-62a-a-rzeczywistosc> [Data wejścia 13.10.2015].

¹⁰⁴ Ministerstwo Sprawiedliwości, *Analiza statystyczna za rok 2013*.

zniechęcałby do sięgania po narkotyki. Obowiązkiem prawa ma być wskazywanie społeczeństwu właściwych norm postępowania. Większość sceptyków zgodnie uważa, że zatrzymanie osób posiadających nawet niewielkie ilości narkotyków może być kluczowym działaniem do dotarcia do prawdziwych przestępców narkotykowych, szefów gangów i przemytników.¹⁰⁵

Postępowanie przygotowawcze wszczyna się po otrzymaniu przez organy ścigania informacji o popełnieniu przestępstwa, której źródłem może być zawiadomienie od osób przypadkowych, jak również od instytucji państwowych czy samorządowych, przez informacje prasowe, anonimowe lub wynikające z ustaleń własnych policji. Po zatrzymaniu osoby podejrzanej, policja zabezpiecza dowody rzeczowe, a także może zastosować tzw. zatrzymanie procesowe, stosowane wówczas, gdy zachodzi obawa ucieczki, ukrycia się lub zacierania śladów przestępstwa przez osobą zatrzymaną. Organ prowadzący postępowanie ma 48 godzin na przesłuchanie i przedstawienie zarzutów podejrzanemu. Sąd rejonowy na wniosek prokuratora może wydać decyzję o areszcie tymczasowym dla osoby zatrzymanej w celu zabezpieczenia postępowania karnego. Policja, po przeanalizowaniu wszystkich dokumentów, wydaje odpowiednie postanowienie celem rozpoczęcia dochodzenia. W postanowieniu zawarte są informacje takie jak: opis popełnionego czynu zabronionego, w jakich okolicznościach został popełniony, informacje na temat sprawcy oraz określenie kwalifikacji prawnej takiego czynu. Dochodzenie w sprawie o posiadanie środków odurzających lub substancji psychoaktywnych może zakończyć się wniesieniem aktu oskarżenia do sądu, wniesieniem aktu oskarżenia z załączonym wnioskiem o dobrowolne poddanie się karze, bezwarunkowym umorzeniem postępowania, wnioskiem o umorzenie postępowania lub zawieszeniem postępowania w związku z poddaniem się leczeniu uzależnień przez podejrzanego.¹⁰⁶ Jednym z najbardziej istotnych przepisów karnych Ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, jest artykuł 72, który mówi, iż prokurator może zawiesić postępowanie karne w stosunku do osoby uzależnionej, która otrzymała zarzut przestępstwa z tym związanego, zagrożonego karą pozbawienia wolności do lat pięciu, jeżeli ta podda się leczeniu, rehabilitacji lub reintegracji. Po zakończeniu tego typu terapii, prokurator, po analizie skutków leczenia, może za stosowne umorzenie postępowania wobec tej osoby, nawet jeżeli była już wcześniej karana. Warto zauważyć,

¹⁰⁵ E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, J. Stasiowski, D. Wiszejko-Wierzbička, *Penalizacja posiadania narkotyków – działania instytucjonalne i koszty* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.isp.org.pl/files/4700937140217858001259593341.pdf> [Data wejścia 14.10.2015].

¹⁰⁶ E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbička (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Warszawa 2009, s. 26-30.

że wcześniejsze zapisy przewidywały takie rozwiązanie jedynie na etapie postępowania przygotowawczego.¹⁰⁷

Przestępstwo posiadania narkotyków, zgodnie z zapisem artykułu 62 jest zagrożone karą do trzech lat pozbawienia wolności. Polskie sądy bardzo często korzystają z możliwości warunkowego zawieszenia kary. Wymiar sprawiedliwości może poddać zawieszeniu karę ograniczenia wolności, grzywny lub pozbawienia wolności do lat dwóch, często powierzając sprawcę pod dozór kuratora sądowego. Sąd może również wraz z zawieszeniem kary nałożyć na skazanego obowiązek od powstrzymania się od stosowania używek, w tym środków odurzających lub skierować go na terapię przeciw uzależnieniom bądź uczestnictwo w programach edukacyjno-profilaktycznych.¹⁰⁸

Stosowanie przepisów penalizujących posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych wiąże się również z obciążeniami finansowymi budżetu państwa, poprzez przeznaczanie znacznych środków na działalność policji, prokuratury, sądownictwa i więziennictwa. Szacuje się, że sam przepis 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii kosztuje państwo około 80 milionów złotych rocznie. Kwota ta corocznie wzrasta, pomimo zmniejszającej się liczby zatrudnianych funkcjonariuszy. Popyt na narkotyki utrzymuje jednak tendencję wzrostową.¹⁰⁹

Karą grzywny i pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat zagrożony jest każdy, kto wbrew przepisom Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadza do obrotu środki odurzające, substancje psychoaktywne, słomę makową bądź jest uczestnikiem takiego nielegalnego obrotu (art. 56, ust. 1.). W artykule 56 ust. 1 określono typ podstawowy przestępstwa.¹¹⁰ Wprowadzanie do obrotu oznacza, zgodnie z artykułem 4, punkt 34 Ustawy, „udostępnianie osobom trzecim, odpłatnie lub nieodpłatnie, środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów lub środków zastępczych” (art. 4, pkt 34).¹¹¹ Zapis ten ma zabezpieczyć społeczeństwo przed zakazanym, niekontrolowanym obrotem środkami, które mogą być groźne dla zdrowia i życia. Przedmiotem ochrony jest również monopol przedsiębiorstw posiadających odpowiednie zezwolenia z zakresu obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Pozwolenia na obrót mają jedynie apteki, natomiast obrotem hurtowym zajmują się przedsiębiorcy posiadający zezwolenia Głównego

¹⁰⁷ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 466-469.

¹⁰⁸ E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Warszawa 2009, s. 33-34.

¹⁰⁹ *Ibidem*, s. 153.

¹¹⁰ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 391-

¹¹¹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

Inspektora Farmaceutycznego oraz koncesję na prowadzenie hurtowni farmaceutycznych. Zezwolenie zostaje wydane wyłącznie wtedy, kiedy zostanie stwierdzony fakt, iż dany przedsiębiorca spełnia wszystkie wymagane warunki zapewniające uniemożliwienie użycia środków i substancji nielegalnych przez osoby postronne lub do celów innych niż właściwe. Kontrolę nad tego typu działaniami sprawuje Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny.¹¹² Na stronę przedmiotową przestępstwa składają się: wprowadzenie do obrotu albo uczestniczenie w nim. Wprowadzenie to niezgodne z prawem przekazanie innej osobie pewnej ilości środka psychoaktywnego, odpłatnie bądź nie. Uczestniczenie w obrocie polega na przyjęciu narkotyków, po to, aby przekazać je innej osobie, która nie jest konsumentem. Przestępstwo może zostać popełnione wyłącznie umyślnie (zamiar bezpośredni lub ewentualny).¹¹³

Ustęp drugi artykułu 56 przewiduje tzw. wypadek mniejszej wagi (typ uprzywilejowany), którego sprawca podlega karze grzywny, ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do roku. Kolejny ustęp reguluje typ kwalifikowany, w którym wprowadzanie do obrotu znacznych ilości środków odurzających, substancji psychoaktywnych lub słomy makowej zagrożone są karą grzywny i pozbawienia wolności od 2 do 12 lat. Nie zdefiniowano jednak w powyższym zapisie rodzaju środków wprowadzanych do obrotu, jedynym znamieniem typu kwalifikowanego jest zatem znaczna ilość nielegalnej substancji. Dokonanie przestępstwa z artykułu 56 Ustawy następuje z chwilą nastąpienia skutku wprowadzenia narkotyków do obrotu.¹¹⁴

Ustawodawca przewidział także karalność samego przygotowania do przestępstwa nielegalnego wprowadzenia do obrotu środków odurzających i substancji psychoaktywnych, które to podlega karze ograniczenia lub pozbawienia wolności do 2 lat. Jeżeli sprawca czyni przygotowania do przestępstwa określonego w artykule 56 ustęp 3, czyli wprowadzenia do obrotu znacznych ilości narkotyków, jest zagrożony karą do 3 lat pozbawienia wolności (art. 57).¹¹⁵ Przygotowanie do przestępstwa polega, między innymi, na poszukiwaniu wytwórców, nabywców lub porcjowaniu danego narkotyku, w celu wprowadzenia ich do obrotu. Czynnościami przygotowawczymi mogą być: wejście w porozumienie z inną osobą, zbieranie informacji, przygotowywanie planu działania lub pozyskiwanie środków

¹¹² M. Światła, *Przestępstwa związane z obrotem narkotykami* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://alkoholizm.eu/pub/narkotyki_criminal.pdf [Data wejścia 15.10.2015].

¹¹³ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 391-395.

¹¹⁴ Ibidem, s. 396-396.

¹¹⁵ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

do popełnienia danego przestępstwa. Istotnym jest wymagalność działania skutkującego zamiarem bezpośrednim, skierowanym na popełnienie czynu zabronionego.¹¹⁶

Kolejnym zachowaniem, związanym ze środkami nielegalnymi, podlegającym penalizacji jest udzielanie, ułatwianie, umożliwianie lub nakłanianie do użycia środka odurzającego lub substancji psychoaktywnej przez inną osobę. Polskie prawo przewiduje w takim wypadku karę pozbawienia wolności do lat 3 (typ podstawowy), oraz karę od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności w przypadku osoby, która udziela lub nakłania do użycia zakazanych środków i substancji przez osobę nieletnią albo udziela ich w znacznych ilościach innej osobie (typ kwalifikowany). Przestępstwo z artykułu 58 jest występkiem powszechnym i wieloodmianowym. Skutkiem przestępstwa jest objęcie posiadania nielegalnych środków przez inną osobę. Nie można uznać, że jest nim użycie tego środka.¹¹⁷ Udzielanie oznacza dostarczanie w celu zastosowania środka odurzającego lub substancji psychoaktywnej innej osobie, potencjalnemu konsumentowi. Może również polegać na świadomym pozostawieniu nielegalnego środka czy substancji w miejscu dostępnym dla danej osoby. W przypadku uznania czynu za przestępstwo nie jest istotnym fakt, czy osoba zażyła udzielonego przez sprawcę środka lub czy pod wpływem jego nakłaniania do zażycia, dokonała tego. Ułatwianie i umożliwianie polegają na stwarzaniu takiej sytuacji, która bezpośrednio na wpływ na zastosowanie narkotyków przez inną osobę. Może polegać na dawaniu pieniędzy w celu zakupu takich środków lub wskazaniu osób trudniących się handlem narkotykami. Nakłanianie natomiast, jest oddziaływaniem na wolę innej osoby w celu skłonienia jej do jakiegoś działania, w tym wypadku do zastosowania narkotyków. Nakłanianie może mieć postać słowną, pisaną, może także występować w formie gestów lub mimiki nakłaniającego. Może ono przybierać postaci prośby, rady, propozycji, a nawet zalecenia czy groźby.¹¹⁸ Przedmiotem ochrony w artykule 58 jest niewątpliwie życie i zdrowie publiczne. Stroną przedmiotową stanowią udzielanie środków psychoaktywnych innej osobie oraz umożliwianie, ułatwianie lub nakłanianie do użycia wbrew przepisom Ustawy z 2005 roku. Wyjątkiem jest tu leczenie substytucyjne, stosowanie produktów leczniczych w celach medycznych, które są środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi oraz obrót detaliczny, prowadzony przez punkty apteczne. Przestępstwa dokonuje się umyślnie (zamiar

¹¹⁶ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 397-398.

¹¹⁷ Ibidem, s. 399-400.

¹¹⁸ T. Hanauskowic, W. Hanauskowic, *Narkomania. Studium kryminologiczno-kryminalistyczne*, Warszawa 1976, s. 131-133.

bezpośredni i ewentualny) Nakłanianie do zastosowania nielegalnej substancji następuje w zamiarze bezpośrednim.¹¹⁹

Znacznie bardziej restrykcyjnie zostały potraktowane osoby, które w celu osiągnięcia korzyści majątkowej czy też osobistej, udzieliły, ułatwiały lub nakłaniały inne osoby do użycia środków i substancji nielegalnych. Zgodnie z artykułem 59 ustęp 1, tego typu przestępstwo zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do 10 lat. Jest to typ podstawowy przestępstwa, określane mianem występku. Czyn zabroniony zawarty w artykule 59 popełniany jest z zamiarem bezpośrednim. Na czas nie krótszy niż 3 lata pozbawienia wolności zostają skazane osoby, które dokonały czynu, o którym mowa w ustępie pierwszym, udzielając narkotyków lub nakłaniając osoby małoletnie do ich użycia (typ kwalifikowany). Warunkiem koniecznym do poddania się odpowiedzialności z artykułu 59 ust.2, jest działanie sprawcy skierowane na osiągnięcie korzyści majątkowej lub osobistej. W wypadku mniejszej wagi (typ uprzywilejowany), sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2. Uznaje się, że w sytuacji wypadku mniejszej wagi, nie można powołać się na zagrożenie dla małoletniego jako elementu strony podmiotowej.¹²⁰

Po nowelizacji Ustawy, od 26 października 2000 roku, istnieje również zapis mówiący o tym, że niepowiadomienie przez właściciela, zarządcę, kierownika zakładu gastronomicznego czy też innego lokalu o charakterze rozrywkowym bądź prowadzącego inny zakład usługowy, o popełnieniu przestępstwa z artykułu 56, 58 lub 59, jest zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do 2 lat (art. 60).¹²¹ Obowiązek zawiadomienia o przestępstwie spoczywa także na osobach kierujących instytucjami państwowymi i samorządowymi. Inne osoby mają tzw. społeczny obowiązek zawiadamiania o popełnieniu przestępstwa. Przedmiotem ochrony jest, jak w większości przepisów karnych Ustawy, zdrowie i życie publiczne, ale również interes wymiaru sprawiedliwości, który stoi na straży dóbr społecznych. Istotą strony przedmiotowej jest zaniechanie niezwłocznego zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa narkotykowego na terenie lokali gastronomicznych, rozrywkowych, pomimo sprawdzonej, wiarygodnej wiadomości o takim działaniu. Podmiotem, który ponosi odpowiedzialność z artykułu 60 Ustawy jest właściciel, zarządca, kierownik zakładu lub lokalu oraz osoby prowadzące inną działalność usługową. Spory budzi jednak jednoznaczne określenie strony podmiotowej

¹¹⁹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 401-407.

¹²⁰ Ibidem, s. 413-415.

¹²¹ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

czynu. W niektórych wypadkach wyklucza się zamiar ewentualny, w innych twierdzi się, że niezawiadomienia można dopuścić się i z zamiarem bezpośrednim i z ewentualnym.¹²²

4. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii

Podstawą działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, według artykułu siódmego Ustawy z 2005 roku, jest Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. Określa się w nim rodzaje podejmowanych zadań, ich kierunek, harmonogram wykonania, główne cele i sposoby ich osiągania, minister, którzy są odpowiedzialni za realizację wyznaczonych działań oraz podmioty właściwe do podejmowania działań. Wszelkie niezbędne koszty wykonania programu są finansowane z budżetu państwa. Przy określaniu KPPN, Rada Ministrów kieruje się także strategią działań wynikającą z Europejskiego Planu Walki z Narkotykami. Krajowy Program określany jest w drodze rozporządzenia Rady Ministrów. Zgodnie z zapisem artykułu ósmego Ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia jest zobowiązany, do 30 września każdego roku, przedłożyć Radzie Ministrów informację o realizacji działań zawartych w KPPN w roku poprzednim. Rada Ministrów natomiast, składa corocznie Sejmowi RP taką informację, do dnia 31 października każdego roku.¹²³ Organy samorządowe, na podstawie KPPN, opracowują Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii, w którym zawarta jest część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki antynarkotykowej. Wojewódzki Program uchwalany jest przez sejmik danego województwa (art. 9, ust. 1, 2).¹²⁴ Za czasów obowiązywania ustawy narkotykowej z 1997 roku, były one uchwalane przez sejmiki wojewódzkie, ponieważ Wojewódzki Plan Przeciwdziałania narkomanii był jednym z najistotniejszych składników wojewódzkiej strategii z zakresu polityki społecznej (również obecnie). W tej chwili opracowywaniem projektu WPPN zajmuje się zarząd danego województwa, który może powołać w tym celu odpowiedniego pełnomocnika. WPPN ma formę uchwały sejmiku wojewódzkiego. Realizując założenia zawarte w Programie zarząd województwa prowadzi współpracę z innymi organami administracji publicznej, takimi jak jednostki samorządowe gmin i powiatów, organy administracji rządowej oraz Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii. W artykule 10 wskazano przeciwdziałanie narkomanii jako jedno z zadań własnych gmin, oparte na Gminnym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Zakłada on m.in. zwiększanie dostępności terapii leczniczych i rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem, udzielanie pomocy prawnej i psychologicznej rodzinom, w których występują problemy związane z narkotykami, prowadzenie działań profilaktycznych opartych na edukacji i informacji, pomoc

¹²² T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 415-417, 421-422.

¹²³ Ibidem, s. 175-178.

¹²⁴ Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.

społeczną osobom uzależnionymi i ich rodzinom. Opracowywaniem Programu gminnego zajmuje się wójt (burmistrz, prezydent miasta), natomiast jest on uchwalany przez radę gminy.¹²⁵

W lipcu 2002 roku Rada Ministrów uchwaliła pierwszy Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005. Jako główny cel zawarty w Programie uznano ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i środków odurzających. Podstawową strategią do osiągnięcia tego zamiaru stało się zahamowanie wzrostu tempa podaży narkotyków, ograniczenie przestępczości narkotykowej, liczby zachorowań na HIV oraz zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków. Nakreślono w nim zadania, za których realizację odpowiadało 8 ministerstw, 17 innych instytucji centralnych, np. wojewódzkie oddziały NFZ czy Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, oraz jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli.¹²⁶ Zadania podzielono według czterech obszarów, takich jak profilaktyka, leczenie, rehabilitacja i ograniczanie szkód zdrowotnych, ograniczanie podaży oraz badanie, monitoring i ewaluacja. Zgodnie z Raportem przedstawionym przez Ministerstwo Zdrowia za rok 2005, znacznie zwiększyło się zaangażowanie społeczności lokalnych w zapobieganie zażywania środków psychoaktywnych. Dzięki organizacji szkoleń, konferencji i seminariów, zalecanych przez Ministra Zdrowia, znacznie wzrósł poziom wiedzy i umiejętności niezbędnych do stosowania prawa względem osób uzależnionych, ale również umiejętności do stosowania nowoczesnych terapii i zajęć profilaktycznych. Problem zjawiska narkomanii uwzględniono w wielu regionalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych, a tym samym wzrosła liczba strategii gminnych opartych na diagnozie uzależnień. Organizowano liczne kampanie dotyczące poprawy komunikacji w rodzinach dotkniętych narkomanią oraz rozpowszechnianie informacji na temat zagrożeń powodowanych przez nadmierne stosowanie środków odurzających. W 2005 roku zespół wykwalifikowanych ekspertów opracował program zawierający podstawowe standardy świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób uzależnionych. Dzięki rozwojowi specjalistycznych placówek i programów znacznie zwiększyła się dostępność owych świadczeń. Wdrożony został także program ewaluacji usług leczniczych, rehabilitacyjnych i ograniczania szkód zdrowotnych. Zahamowano wzrost krajowej produkcji narkotyków syntetycznych i tych wytwarzanych z surowców naturalnych oraz liczbę przemytu narkotyków na rynek wewnątrz krajowy. Na podstawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005, udało się stworzyć spójny system informacji o narkotykach i narkomanii, dzięki któremu ocena i interpretacja wskaźników

¹²⁵ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 181-185.

¹²⁶ Ministerstwo Zdrowia, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2005*, Warszawa 2006, s. 9.

oraz identyfikacja nowych zjawisk związanych ze środkami odurzającymi jest znacznie prostsza do weryfikacji.¹²⁷

Kolejny Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010, przyjęty 27 czerwca 2006 roku, zintegrowany został ze Strategią Antynarkotykową i Planem Działania Unii Europejskiej. Jednym z głównych założeń stało się zwiększenie zaangażowania administracji rządowej w przeciwdziałanie narkomanii oraz wspieranie rozwoju regionalnej polityki antynarkotykowej. Wprowadzono w życie szereg programów kierowanych do osób w różnym wieku, z różnym statusem społecznym, dotyczących profilaktyki i ograniczenia stosowania narkotyków. Powstała również poradnia internetowa, dla osób uzależnionych, działająca pod adresem www.narkomania.org.pl. Znacznie podniesiono jakość programów profilaktycznych oraz samorządowych, stanowiących element strategii rozwiązania problemów społecznych. W 2010 roku Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zorganizowało kampanię społeczną na rzecz zapobiegania prowadzenia pojazdów pod wpływem środków odurzających, do której włączyły się telewizja, radio i prasa, a spoty ukazywały się w kinach przed rozpoczęciem seansów. Na podstawie KPPN zróżnicowano ofertę leczenia i rehabilitacji dla osób uzależnionych według potrzeb pacjenta oraz zwiększono dostępność tych świadczeń. Uznano, iż wczesność rozpoznania uzależnienia i jego zdiagnozowania jest jednym z najistotniejszych elementów leczenia. W związku z tym, starano się wprowadzić jak najwięcej szkoleń dla specjalistów, lekarzy, terapeutów oraz instruktorów zajmujących się osobami uzależnionymi. Jednym z głównych założeń Programu było ograniczenie podaży narkotyków, realizowane poprzez zahamowanie tempa wzrostu nielegalnej produkcji środków odurzających na skalę krajową oraz przemytu i zmniejszenia handlu detalicznego takimi środkami. Dążono do poprawy poziomu koordynacji zwalczania przestępczości narkotykowej poprzez prowadzenie czynności operacyjno-rozpoznawczych, podniesienie poziomu współpracy na poziomie krajowym i międzynarodowym oraz nadzór nad właściwą realizacją tych zadań. W ramach współpracy międzynarodowej zakładano zwiększenie zaangażowania Polski w tworzenie i koordynowanie europejskiej polityki antynarkotykowej, co wzmocniałoby również pozycję Rzeczypospolitej na arenie publicznej. Polskie instytucje, takie jak Główny Inspektor Farmaceutyczny, uczestniczyły w pracach najważniejszych organów tworzących prawo narkotykowe, np. Międzynarodowej Rady Środków Odurzających (INCB) czy też Komisji Środków Odurzających (CDN). Komenda Główna Policji uczestniczyła w pracach

¹²⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2005*, Warszawa 2006, s. 19-36.

EUROPOL-u czy też Rady Unii Europejskiej, tworząc nowe ramy współpracy w zakresie zwalczania zorganizowanej przestępczości narkotykowej. W 2009 roku Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii prowadziło analizy dotyczące monitorowania reakcji społeczeństwa na problem narkotyków i narkomanii oraz rozwoju systemu informacji na ten temat, odnotowując znaczny wzrost w tym obszarze zadań zawartych w KPPN.¹²⁸

Aktualnie obowiązuje Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016. Również tak jak poprzednie programy, składa się on z pięciu obszarów działań, dla których przedstawiono odpowiednio cel główny.¹²⁹ Pierwszym obszarem jest profilaktyka, realizowana poprzez zmniejszenie popytu na narkotyki wśród społeczeństwa. W tym celu przewidziano, między innymi, prowadzenie portali edukacyjnych poruszających problemy związane z narkomanią, skierowanych zarówno do osób młodych, jak i rodziców czy też specjalistów zajmujących się ową problematyką. W celu zwiększenia świadomości społecznej, opracowano plan kampanii antynarkotykowych, wydawania publikacji na temat ryzyka stosowania środków odurzających. Bardzo dużą wagę położono także na zapewnienie warunków do prowadzenia wysokiej jakości edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i działalności profilaktycznej. Jako jeden z głównych kierunków realizowanych w ramach zapobiegania uznano podnoszenie kwalifikacji realizatorom programów, dzięki którym powstaną nowe, ukierunkowane na minimalizację zastosowania substancji nielegalnych, techniki ograniczające podaż. Jako cel priorytetowy obszaru leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej, zgodnie z KPPN, uznaje się poprawę jakości życia osób, które używały bądź nadal używają narkotyków w sposób szkodliwy lub osób uzależnionych, który realizowany jest poprzez wprowadzenie innowacyjnych, profesjonalnych programów leczenia i rehabilitacji, a tym samym zmniejszenie liczby osób uzależnionych. Istotnym punktem jest również redukcja marginalizacji społecznej wśród tych osób, wspomagająca reintegrację społeczną po odbytej terapii. Jednostki samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej oraz zapewnienie możliwości leczenia substytucyjnego dla minimum 25% grupy osób uzależnionych od opiatów. Odbywać się mają szkolenia specjalistyczne dla organów ścigania przestępczości narkotykowej, zapewniające zmniejszenie podaży i obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychoaktywnymi. Zaleca się monitorowanie stron internetowych poświęconych, między innymi, uprawie konopi indyjskiej i maku,

¹²⁸ Rada Ministrów RP, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2010 roku*, Warszawa 2011, s. 14-62.

¹²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. 2011, nr 78, poz. 428).

monitorowanie nielegalnych upraw tych roślin oraz tworzenie baz danych poświęconych statystykom o likwidacji takich plantacji przez odpowiednie służby. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 zakłada udział Polski w międzynarodowej współpracy na rzecz polityki antynarkotykowej. Zobowiązuje się państwo do zwiększenia zaangażowania w tworzenie, planowanie i nadzór nad wykonywaniem polityki Unii Europejskiej z zakresu redukcji popytu i podaży narkotyków, ale także w prace instytucji międzynarodowych innych niż UE oraz rozwój współpracy w zakresie ochrony zdrowia i walki z nielegalnym obrotem z krajami trzecimi. Ostatnim obszarem tematycznym, regulowanym przez KPPN, są badania i monitoring jako wsparcie analityczne przy realizacji Programu. Obserwacji poddano sytuację epidemiologiczną problemu narkotyków oraz postawy społeczne i instytucjonalne wobec tego problemu.¹³⁰

Ekspertem przewodniczącym tworzeniu obecnego KPPN był doktor R. Sobiech z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych na Uniwersytecie Warszawskim. Ostateczną wersję Programu poszerzono o badania poświęcone długości abstynencji wśród osób, które odbyły terapię w ośrodku uzależnień lub innej placówce terapeutycznej. Podkreślono zasadność monitorowania rynku nowych substancji syntetycznych i środków zastępczych. Specjaliści oceniają aktualny KPPN jako bardzo obiecujący spis działań, który z pewnością przyczyni się do zahamowania tempa wzrostu popytu na narkotyki wśród różnych grup społecznych, ale również skupi odpowiednią uwagę na problemach zdrowotnych będących skutkiem nadużywania substancji psychoaktywnych.¹³¹

¹³⁰ Ministerstwo Zdrowia, *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016*, Warszawa 2011.

¹³¹ P. Jabłoński, *Krajowy Program Przeciwdziałania na lata 2011-2016* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/krajowy-program-przeciwdzialania-narkomanii-na-lata-2011-2016> [Data wejścia 23.10.2015].

ROZDZIAŁ III

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W ŚWIETLE DOKUMENTÓW MIĘDZYNARODOWYCH

Współpraca międzynarodowa w dziedzinie przeciwdziałania narkomanii trwa już od ponad 100 lat. Efektem tych działań jest szereg uregulowań prawnych o charakterze międzynarodowym, mających na celu zapobieganie nielegalnemu handlowi narkotykami oraz ograniczenie liczby osób stosujących takie środki. Prawo międzynarodowe zobowiązuje państwa do wdrażania wspólnych rozwiązań w danej dziedzinie do prawa wewnątrz krajowego. Najbardziej znane zapisy to ustalenia Organizacji Narodów Zjednoczonych oraz prawo Unii Europejskiej, które również reguluje wspólną politykę antynarkotykową państw członkowskich.¹³²

W 1909 roku, w Szanghaju odbyła się pierwsza konferencja Międzynarodowej Komisji Opiumowej, przeprowadzona z inicjatywy Stanów Zjednoczonych. Uczestniczyło w niej trzynaście państw, które zadeklarowały międzynarodową współpracę z zakresu tworzenia regulacji dotyczących głównego, ówczesnego problemu narkotykowego, czyli obrotu i wytwarzania opium.¹³³

Na początku XX wieku wzrastał znacznie popyt na środki odurzające, głównie opium. Następstwem tendencji wzrostowej problemu nadużywania narkotyków była Konferencja Haska w 1912 roku, która zwracała uwagę głównie na nielegalny obrót opiatami i kokainą. Konferencja stała się pierwszym w historii aktem woli międzynarodowej państw w zakresie przeciwdziałania narkomanii, a zarazem podstawą do tworzenia następnych konwencji i porozumień pomiędzy różnymi partnerami politycznymi o charakterze międzypaństwowym. 23 stycznia 1912 roku została podpisana Konwencja Opiumowa, która nakładała na państwa przystępujące obowiązek wprowadzenia przepisów wewnętrznych regulujących produkcję, obrót, wywóz i przewóz opium i jego przetworów oraz uznawała posiadanie opiatów jako przestępstwo. Swoim zakresem obejmowała nie tylko opium i jego pochodne, ale również morfinę, heroinę i kokainę. Państwa zobowiązały się więc do szeroko rozumianej kontroli i jej mechanizmów wobec substancji psychoaktywnych.¹³⁴ Następnie, po powstaniu w 1920 roku Ligi Narodów, powołano Komisję Konsultacyjną do Spraw Handlu Opium

¹³² D. Andrzejew-Frączak, Biuro studiów i ekspertyz, Kancelaria Sejmu, „*Problemy związane z narkomanią w prawie międzynarodowym*”, 1992 nr 59.

¹³³ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 347.

¹³⁴ Ibidem, s. 347.

i innymi środkami narkotycznymi. Od listopada 1924 roku do lutego 1925 roku trwała II Konferencja Opiumowa, w wyniku której dnia 19 lutego 1925 roku podpisana została Genewska Konwencja Międzynarodowa dotycząca opium. Znacznie rozszerzono wówczas przedmiotowo zakres pierwszej konwencji, włączając do spisu substancji zakazanych liście koka oraz konopie indyjskie. Znaczną część poświęcono również na mechanizm zwalczania nielegalnego handlu opium i jego pochodnymi, wprowadzając system specjalnych certyfikatów importowych i eksportowych. Na mocy Konwencji powołano Stały Centralny Komitet Opiumowy, który współpracować miał z Ligą Narodów. Kolejnym krokiem w międzynarodowej współpracy mającej na celu przeciwdziałanie narkomanii była konferencja, która odbyła się w Genewie w okresie od maja do lipca 1931 roku. Najistotniejszym skutkiem tego spotkania było podpisanie 13 lipca 1931 roku, Konwencji o Ograniczeniu Fabrykacji i o Uregulowaniu Podziału Środków Odurzających. Wiele państw kolonialnych deklarowało sprzeciw wobec takich zapisów, ze względu na korzyści finansowe płynące z eksportu i produkcji opium. Wskutek tego Konwencja wprowadziła ograniczenie rozmiarów produkcji środków odurzających przez kraje przeciwnie całkowitemu zakazowi, do rozmiarów motywowanych potrzebami medycznymi i naukowymi. Powołano również właściwy Organ do określania limitów produkcyjnych dla poszczególnych państw. Ostatnią konwencją przyjętą w okresie międzywojennym była Konwencja o Zwalczaniu Nielegalnego Handlu Środkami Odurzającymi, przyjęta w Genewie 26 czerwca 1936 roku. Był to pierwszy akt, który przewidywał prawnokarne mechanizmy zwalczania nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Państwa sygnatariusze zobowiązane były do wprowadzenia odpowiednich środków karnych za przestępstwa naruszające postanowienia zawarte w Konwencji. Wprowadzono również zapisy ułatwiające ekstradycje osób łamiących przepisy oraz znacznie bardziej represjonowała wszelkie działania związane z nielegalnym obrotem narkotyków. Konwencja z 1936 roku obowiązywała w praktyce do 1988 roku.¹³⁵

11 grudnia 1946 roku w Lake Success podpisano protokół, który włączył w system organów Organizacji Narodów Zjednoczonych cały mechanizm kontroli narkotyków stworzony w okresie międzywojennym. w 1948 roku, w oparciu o Rezolucję Rady Gospodarczo-Społecznej Organizacji Narodów Zjednoczonych podjęto prace nad ujednoczeniem prawa dotyczącego narkotyków i narkomanii.¹³⁶ Pod zwierzchnictwem Organizacji Narodów Zjednoczonych stworzono trzy konwencje, które ratyfikowało

¹³⁵ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 348-349.

¹³⁶ *Ibidem*, s. 349.

większość państw przynależnych do organizacji. Pierwszą z nich była Jednolita Konwencja o środkach odurzających z 1961 roku, sporządzona w Nowym Jorku, ratyfikowana przez Polskę 21 grudnia 1965 roku. Do listopada 1997 roku Jednolitą Konwencję podpisało łącznie 160 państw. Konwencja uchyliła wszystkie inne akty prawne dotyczące środków odurzających, pomijając jednak Konwencję z 1936 roku.¹³⁷ Stwierdzono, że narkomania jest powszechnie uznanym złem dla każdej jednostki ludzkiej pod względem społecznym i gospodarczym. Zgodnie z zapisami Konwencji, państwa uznały jako obowiązek zwalczanie nadużywania środków odurzających, poprzez powszechne i uzgodnione wspólnie działania, wykonywane według wspólnych zasad i celów. Akt definiuje wszystkie główne pojęcia związane ze zjawiskiem stosowania narkotyków w celach innych niż medyczne oraz określa, które substancje są poddane bezpośredniej kontroli.¹³⁸ Strony zobowiązane są do podejmowania stosownej współpracy z innymi państwami oraz wykonywania działań w celu ograniczenia zbioru, przywozu, wywozu, wyrobu, rozprowadzania oraz posiadania środków odurzających i substancji psychoaktywnych wyłącznie do badań naukowych lub w celach leczniczo-medycznych (art. 4).¹³⁹ Według artykułu piątego, kontrolę nad środkami nielegalnymi sprawują Komisja Środków Odurzających Rady Gospodarczej i Społecznej oraz Międzynarodowy Organ Kontroli Środków Odurzających (art. 5).¹⁴⁰ Strony zobowiązane są do składania sprawozdań oraz formularzy z danymi statystycznymi dotyczącymi wszelkich form obrotu narkotykami na danym terytorium. Konwencja określa również nieprzekraczalne progi ilości każdego wyprodukowanego i przewiezionego środka odurzającego przez terytorium państwa oraz uprawnia do zakazu prowadzenia uprawy maku lekarskiego, krzewu koka lub konopi indyjskich, jeżeli warunki panujące w kraju tego wymagają.¹⁴¹ Jednolita Konwencja z 1961 roku zawiera postanowienia karne, według których państwo członkowskie może podejmować takie kroki na rzecz przeciwdziałania narkomanii, aby uznawały one wszelkie formy obrotu oraz posiadanie nielegalnych substancji za czyn karalny. Jeżeli środki odurzające posiadałaby osoba uznana za uzależnioną, strona może odstąpić od wymierzenia kary lub orzec jako uzupełnienie tej kary, odbycie terapii leczniczej, rehabilitację oraz resocjalizację takiej osoby (art. 36).¹⁴² Zgodnie z artykułem 38, strony zobowiązano do podejmowania kroków na rzecz zapobiegania nadużywania środków

¹³⁷ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 349-350.

¹³⁸ Jednolita Konwencja o środkach odurzających z 1961 roku, (Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207), *Wstęp*.

¹³⁹ Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207.

¹⁴⁰ Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207.

¹⁴¹ D. Andrzejew-Frączak, Biuro studiów i ekspertyz, Kancelaria Sejmu, „*Problemy związane z narkomanią w prawie międzynarodowym*”, 1992 nr 59, s. 1.

¹⁴² Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207.

odurzających oraz wczesnego wykrywania uzależnień narkotykowych, kształcenia personelu w zakresie leczenia i opieki nad osobą uzależnioną.¹⁴³ Ze względu na ochronę zdrowia publicznego, w artykule 39 przewidziano możliwość zaostżenia krajowych przepisów kontroli, jeżeli państwo członkowskie uzna to za działanie właściwe i konieczne.¹⁴⁴ Łącznie wymieniono 94 środki odurzające sklasyfikowane w cztery wykazy:

- a) wykaz I: środki silnie uzależniające, łatwe w nadużywaniu (heroina, kokaina, konopie indyjskie),
- b) wykaz II: łagodne opioidy (kodeina),
- c) wykaz III: preparaty z niektórych środków z wykazów I i II objęte łagodną kontrolą (przykład: kodeina z paracetamolem),
- d) wykaz IV: substancje i środki nie stosowane w leczeniu ludzi, wyodrębnione z wykazu I, objęte zaostżoną kontrolą (heroina, konopie indyjskie).¹⁴⁵

Drugim aktem była Konwencja o substancjach psychotropowych, sporządzona w Wiedniu 21 lutego 1971 roku. Polska przyjęła i ratyfikowała dokument w 1976 roku, kiedy to Konwencja weszła w życie. Obecnie podpisało ją 152 państwa. Rozszerzyła ona znacznie przedmiotowy zakres kontroli, głównie z systemu kontrolowania środków naturalnych, czyli roślin o właściwościach odurzających, tj. liście koka, konopie indyjskie, mak opiumowy, oraz półsyntetycznych (morfina, heroina, kokaina) do kontroli środków czysto syntetycznych (produkty przemysły farmaceutycznego i chemicznego).¹⁴⁶ Do Konwencji dołączono wykaz 152 środków i substancji nielegalnych, które zostały dość dokładnie opisane. Im wyższy numer wykazu, tym łagodniejsze ograniczenia kontrolne zostały przewidziane przez prawodawcę. Klasyfikacja umieszczona została na tzw. „zielonej liście” Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających.¹⁴⁷ Głównym celem zapisów Konwencji było zwiększenie administracyjnej kontroli podaży i popytu nad środkami odurzającymi oraz zwiększenie działań prewencyjnych na rzecz nielegalnego stosowania takich środków. Państwa sygnatariusze zobowiązały się do kontroli nad produkcją, sprzedażą, konsumpcją, importem i eksportem wszystkich substancji zawartych w załączonym do Konwencji wykazie. Powołano szereg centrów badawczych, dokonujących analiz statystycznych w celu dostarczania informacji, między innymi, dla Sekretarza Generalnego

¹⁴³ Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207.

¹⁴⁴ Dz. U. 1996, nr 45, poz. 207

¹⁴⁵ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 121-122.

¹⁴⁶ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 350-351.

¹⁴⁷ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 127.

na temat postępującego zjawiska narkomanii. Zarówno Konwencja z 1961 roku, jak i ta, z 1971 roku, stały się podstawą do szeroko zarysowanej, międzynarodowej polityki antynarkotykowej. Oba te akty stały się wyznacznikiem systemów opartych na kontroli legalnej produkcji środków odurzających, tak aby zapobiegać dostawaniu się tych środków do nielegalnego obrotu na czarnym rynku. Zarówno Konwencja z 1961 roku, jak i druga, z 1971 roku wzbogacono o załącznik z wykazami środków i substancji nielegalnych. O umieszczeniu danego środka na takim wykazie decyduje Komisja Środków Odurzających Rady Gospodarczo – Społecznej ONZ. Obie Konwencje zobowiązują sygnatariuszy do stosowania środków prawa karnego jako narzędzia egzekwowania prawa międzynarodowego, a także nakazują kryminalizację określonych zachowań, których współczynnikiem są środki odurzające i substancje psychotropowe sklasyfikowane w załącznikach do Konwencji.¹⁴⁸

Znaczny wzrost rozprzestrzeniania się zjawiska narkomanii i stosowania środków odurzających w celach rekreacyjnych spowodował konieczność zaostrzenia przepisów narkotykowych oraz wprowadzenia takich uregulowań, które pozwoliłyby na diametralne ograniczenie konsumpcji nielegalnych środków. W 1987 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych zwołała Międzynarodową Konferencję na temat Narkomanii i Nielegalnego Handlu, w której uczestniczyło 138 państw popierających współpracę w tym zakresie. W raporcie końcowym Konferencji zawarto główne cele takiej współpracy, a mianowicie: zapobieganie i redukcja zapotrzebowania, kontrola zapotrzebowania, zwalczanie nielegalnego handlu oraz leczenie i rehabilitacja uzależnionych. Następstwem tych spotkań stała się Konwencja Narodów Zjednoczonych o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi, sporządzona w Wiedniu 20 grudnia 1988 roku.¹⁴⁹ Zapisy zawarte w akcie jasno wskazują, że nielegalny obrót jest działalnością czysto przestępczą o charakterze międzynarodowym, a jego szybkie zwalczanie jest priorytetem dla stron przystępujących do Konwencji. Prawodawca przewidział różne aspekty problemu nielegalnego obrotu, zarówno te ogólne, jak i poszczególne jego elementy, których nie przewidywały inne prawne uregulowania międzynarodowe.¹⁵⁰ Podstawową różnicą pomiędzy Konwencją z 1988 roku a dwiema poprzednimi, jest zmierzanie do represjonowania wszelkich form obrotu i posiadania narkotyków. Dążono do zacieśnienia

¹⁴⁸ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 351-353.

¹⁴⁹ D. Andrzejew-Frączak, Biuro studiów i ekspertyz, Kancelaria Sejmu, „*Problemy związane z narkomanią w prawie międzynarodowym*”, 1992 nr 59, s. 2-3.

¹⁵⁰ Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi (Dz. U. 1995, nr 15, poz. 69).

współpracy w zakresie ekstradycji, międzynarodowej pomocy prawnej, przypadku nielegalnych dochodów oraz wypracowania specjalistycznych metod śledczych.¹⁵¹ Za przestępstwo uznaje się wyrób lub przetwórstwo preparatów i wyciągów, ich oferowanie, proponowanie sprzedaży, sprzedaż, rozprzestrzenianie, przywóz, wywóz, przewóz, uprawa roślin takich jak mak lekarski czy konopie indyjskie, ale również zamiana lub przekazywanie mienia pochodzącego z przestępstw wyżej wymienionych, udział współudział lub zmowa mające na celu popełnienie lub próbę popełnienia którejś formy przestępstwa związanego ze środkami odurzającymi (art. 3).¹⁵² Państwa członkowskie powinny udzielać sobie pomocy prawnej podczas prowadzenia postępowania wyjaśniającego, przygotowawczego oraz sądowego, w celu zebrania odpowiednich dowodów i oświadczeń, doręczenia wymaganych dokumentów sądowych, prowadzenia rewizji i przeszukań, badania przedmiotów oraz uzyskiwania wszelkich niezbędnych informacji. Strona nie może odmówić udzielenia pomocy innemu państwu członkowskiemu, nie naruszającym tym samym obowiązków wynikających z innych umów międzynarodowych (art. 7, pkt 1-7).¹⁵³

Konwencje Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące międzynarodowej współpracy w zwalczaniu i przeciwdziałaniu narkomanii często uznawane są za typowo prohibicjonistyczne. Zakładają one ograniczenie używania środków odurzających jedynie do celów medycznych i naukowych, jednak metody osiągnięcia takich skutków nie są całkowicie akceptowalne. Zdaniem ekspertów, represjonowanie zjawiska narkomanii od zawsze budzą szereg dyskusji na temat swojej słuszności. Konwencjom zarzuca się, bowiem, iż przepisy w nich zawarte zacierają możliwość swobodnego decydowania przez dane państwo o tym jak realizować wyznaczone przez międzynarodową politykę narkotykową cele. Nieelastyczność, jednoznaczność oraz krępowanie suwerenności państw – to tylko część z przedstawianych przez specjalistów zarzutów. Równocześnie, powszechnie wiadomo, że każda z omówionych Konwencji jest istotnym instrumentem podczas wewnętrznych sporów i dyskusji na temat krajowej polityki narkotykowej. Legalizacja, rozumiana jako dekryminalizacja, w świetle konwencji ONZ, jest absolutnie niemożliwa. Dopuszczalność legalizacji środków odurzających jest aktem woli, którego nie da się uzasadnić merytorycznie, zgodnie z zapisami konwencji ONZ. Podaż narkotyków dla wszystkich oraz do celów rekreacyjnych jest niedopuszczalna. Uważa się również, że zapisy aktów ONZ nie dopuszczają możliwości stosowania terapii opartej na redukcji

¹⁵¹ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 353-354.

¹⁵² Dz. U. 1995, nr 15, poz. 69.

¹⁵³ Dz. U. 1995, nr 15, poz. 69.

szkód, programów wymiany igieł, terapii podtrzymującej za pomocą heroiny, co nie jest uzasadnione argumentami czysto prawniczymi, a oporem przeciwko takim rozwiązaniom ze strony agend Organizacji Narodów Zjednoczonych.¹⁵⁴ Powszechnie przyjmuje się, że zapisy Konwencji z 1961 i 1971 roku nie przewidują, tym bardziej nie nakazują kryminalizowania przez sygnatariuszy używania, posiadania lub nabywania środków odurzających i substancji psychotropowych, jeżeli są to ilości niewielkie, przeznaczone wyłącznie do konsumpcji własnej. Zgodnie z teorią Sekretarza Generalnego ONZ zapisy dotyczące kryminalizacji powyższych czynności związane są z wprowadzaniem środka do obrotu, a nie posiadaniem niewielkich ilości na własny użytek. W Konwencji Narodów Zjednoczonych z 1988 roku o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi kluczowymi zapisami są te, które nawiązują do prawa karnego, o charakterze czysto administracyjnym, mające na celu wyeksponować efektywność opartą na represji. Jest ona dość restrykcyjną odpowiedzią na wzrost zjawiska nielegalnej produkcji i wprowadzania do obrotu zakazanych środków, głównie przez struktury związane z przestępczością zorganizowaną. Wyeliminowanie lub częściowa redukcja nielegalnego obrotu wymaga wprowadzania prawno-karnych. Eksperti uważają również, iż Konwencja z 1988 roku wymaga, w sposób bezwzględny, kryminalizacji popytu na środki odurzające.¹⁵⁵

W 1990 roku, w Nowym Jorku, odbyła się Specjalna Sesja Narodów Zjednoczonych, na której przyjęto globalny plan działania zwalczający epidemię narkomanii i nielegalnego handlu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Ogłoszono również Dekadę Zapobiegania Narkomanii przypadającą na lata 1991-2000, będącą pewną formą wspierania międzynarodowych, regionalnych i krajowych działań na rzecz redukcji zjawiska narkomanii i wszelkich form działalności związanych z nielegalnym obrotem narkotyków.¹⁵⁶

Poza Organizacją Narodów Zjednoczonych, szereg organizacji i instytucji międzynarodowych również zajął się problematyką narkotykową. W 1971 roku Rada Europy rozpoczęła pierwsze rozmowy na temat wspólnego przeciwdziałania zjawisku narkomanii i przemytu narkotyków. W 1980 roku utworzono zatem Międzyrządową Grupę do spraw Współpracy na rzecz Zwalczania Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami, zwana Grupą Pompidou. Pierwsze rozmowy zostały zainicjowane przez ówczesnego prezydenta Francji – Georges'a Pompidou, od którego nazwiska wzięła się

¹⁵⁴ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 354-357, 362.

¹⁵⁵ Ibidem, s. 363-371.

¹⁵⁶ D. Andrzejew-Frączak, Biuro studiów i ekspertyz, Kancelaria Sejmu, „*Problemy związane z narkomanią w prawie międzynarodowym*”, 1992 nr 59, s. 3.

potoczna nazwa Grupy. Obecnie w jej skład wchodzi 34 państwa europejskie.¹⁵⁷ Działania mające na celu ograniczenie handlu narkotykami oraz ich nadużywania, podzielono na cztery podstawowe poziomy. W ramach filaru ministerialnego, co trzy lata ministrowie państw przynależnych spotykają się, aby omawiać kwestie polityczne związane ze zjawiskiem narkomanii oraz opracowują plan priorytetowych zadań w celu jej zmniejszenia. Co sześć miesięcy grono tzw. stałych przedstawicieli omawia kluczowe działania na rzecz ograniczenia popytu i podaży środków odurzających. Pozostałe dwa poziomy to eksperci naukowci uczestniczący w grupach roboczych oraz sekretariat, zajmujący się strukturami administracyjnymi. Do najbardziej istotnych zadań Grupy należą, między innymi, promocja tworzenia kompleksowych strategii antynarkotykowych, tworzenie międzynarodowych forów dyskusyjnych dla decydentów politycznych, usprawnianie systemu gromadzenia informacji na temat zjawiska narkomanii oraz włączanie do współpracy państw europejskich niebędących członkami Unii Europejskiej. Co trzy lata Konferencja Ministerialna przyjmuje nowy program pracy oparty na sześciu platformach tematycznych, takich jak: profilaktyka, leczenie, wymiar sędziowski, badania etyki i lotniska. Organem przedstawicielskim Grupy Pompidou jest Zgromadzenie Stałych Korespondentów, składające się z przedstawicieli państw członkowskich Grupy. Polska należy do Międzyrządowej Grupy do spraw Współpracy na rzecz Zwalczenia Nadużywania Narkotyków i Nielegalnego Handlu Narkotykami od 1991 roku. Rzeczpospolita efektywnie uczestniczy w kilku projektach Grupy, a ich wyniki stanowią główne źródło wiedzy o zjawisku narkomanii. Wspólnie z innymi państwami przynależnymi polscy eksperci opracowali wiele podręczników, materiałów i publikacji naukowych dotyczących profilaktyki problemów narkotycznych. W latach 2006-2009 Polska objęła przewodnictwo w Grupie Pompidou.¹⁵⁸

Następnym, istotnym krokiem ku wypracowaniu wspólnych stanowisk państw Unii Europejskiej dotyczących redukcji narkomanii była propozycja prezydenta Francji Francois Mitteranda z 1989 roku, nazywana „Programem 7 punktów”. Wśród postulatów znalazły się między innymi: opracowanie metod analitycznych oraz koordynacji działań oraz przyspieszenie procedur ratyfikacyjnych Konwencji ONZ z 1988 roku. Sporą część uwagi poświęcono także państwu, które zajmowały się masową produkcją zakazanych środków, ale również krajów tranzytowych, przez które narkotyki były transportowane do państw Unii Europejskiej. Propozycja francuskiego prezydenta doprowadziła

¹⁵⁷ M. Wolańska, Bezpieczeństwo Narodowe, „*Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej*”, 2009 nr 9-10, s. 264.

¹⁵⁸ Ministerstwo Zdrowia, *Grupa Pompidou* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/grupa_pomp_28112007.pdf [Data wejścia 04.11.2015].

do utworzenia Europejskiego Komitetu do Spraw Polityki Wobec Narkotyków (CELAD), przy pomocy którego w 1990 roku wypracowano pierwszy Europejski Plan Walki z Narkotykami. Pojawiły się wówczas pierwsze rozmowy na temat podejścia do narkotyków zgodnie ze sferą zdrowotną, ale i prawną-karną. Jasno uznano, że walka z przestępczością zorganizowaną na tle narkotykowym jest problemem dotyczącym w pełni całej Wspólnoty, a nie tylko państw uczestniczących w pracach grup roboczych, takich jak Pompidou czy TREVI.¹⁵⁹ W 1991 roku na spotkaniu Rady Europejskiej w Luksemburgu podjęto decyzję o utworzeniu Europolu, który dzięki Rozporządzeniu nr 302/93 Unii Europejskiej umożliwił wymianę informacji na temat terroryzmu, bezprawnej sprzedaży narkotyków i innych przestępstw o charakterze międzynarodowym. Następnie powołano Europejski Urząd Obserwacyjny do spraw Narkotyków i Uzależnień z siedzibą w Lizbonie. Działania zapoczątkowane przez prezydentów Francji znalazły odzwierciedlenie w Traktacie z Maastricht (1992 r.), który przewidywał integrację państw Unii w zakresie przeciwdziałania i zwalczania przestępczości narkotykowej. Traktat o Unii Europejskiej, który wszedł w życie 1 maja 1999 roku, stwierdza, iż budowanie bezpieczeństwa, wolności i sprawiedliwości musi być oparte na zwalczaniu zjawisk zagrażającym tym wartościom, między innymi poprzez redukcję lub całkowite eliminowanie przestępczości zorganizowanej, w tym handlu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Traktat Nicejski z 2001 roku nie wprowadził w tych zapisach żadnych zmian.¹⁶⁰

Od 1990 roku w ramach Unii Europejskiej działa tzw. Grupa Dublińska. Jest to nieformalna inicjatywa państw Unii i Grupy G7, której głównym celem działalności jest poprawa koordynacji kontrolowania podaży i popytu na narkotyki. Spotkania odbywają się zazwyczaj dwa razy w ciągu roku. Dokonuje się wówczas analizy zjawiska występowania środków psychoaktywnych w poszczególnych państwach. Ambasadorowie i personel dyplomatyczny tworzą mini grupy przyporządkowane dla danego regionu, który monitorują. Mini grupa przygotowuje specjalne sprawozdanie, omawiane na posiedzeniach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków przy Radzie Unii Europejskiej (HDG). Informacje te miały istotny wpływ na bezpieczeństwo państw UE.¹⁶¹

W 1994 roku do struktur prawnych Unii Europejskiej przyjęto pierwszą Strategię antynarkotykową na lata 1995-1999, która podchodziła do narkotyków w sposób dość

¹⁵⁹ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 142.

¹⁶⁰ M. Wolańska, *Bezpieczeństwo Narodowe, „Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej”*, 2009 nr 9-10, s. 266-267.

¹⁶¹ M. Wolańska, *Bezpieczeństwo Narodowe, „Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej”*, 2009 nr 9-10, s. 267-268.

innowacyjny i wielowymiarowy. Sporą część uwagi przyznano edukacji i kwestiom zdrowotnym, głównie dzięki współpracy naukowcom z różnych dziedzin naukowych.¹⁶²

Prawo Unii Europejskiej przyjmuje szereg międzynarodowych uregulowań dotyczących przeciwdziałania narkomanii. Wspólne Działanie dotyczące wymiany informacji w sprawie ustalania chemicznego składu narkotyków w celu ułatwienia wzmożonej współpracy między państwami członkowskimi w zwalczaniu nielegalnego handlu narkotykami, zostało przyjęte przez Radę Europejską 29 listopada 1996 roku. Na mocy dokumentu, państwa zobowiązały się do ustanowienia spójnego mechanizmu przekazywania i rozpowszechniania informacji na temat wyników ustalania składu narkotyków. Organem wyznaczonym do gromadzenia takich danych został Europol do Spraw Narkotyków.¹⁶³ Został on wyposażony w specjalistyczne narzędzia, takie jak System Informacji (TECS), ułatwiający mu funkcjonowanie i gromadzenie danych dotyczących nielegalnego obrotu i handlu narkotykami.¹⁶⁴

Kolejnym krokiem ze strony Unii Europejskiej było, przyjęte 17 grudnia 1996 roku, Wspólne Działanie dotyczące zbliżenia ustawodawstw i praktyk państw członkowskich Unii w zakresie walki z narkomanią oraz zapobiegania i zwalczania nielegalnego handlu narkotykami. Rada Europejska uznała potrzebę zintegrowania podejścia wszystkich państw przynależnych do problemu narkomanii. Państwa Unii Europejskiej prowadzą zatem spójną politykę antynarkotykową, a co za tym idzie posiadają przybliżone zapisy prawne w celu zwalczania zjawiska narkomanii i nielegalnego handlu narkotykami. Akt nakłada na państwa obowiązek zorganizowania współpracy policyjnej, sądowej oraz służb celnych. Zakazuje również tolerowania tzw. turystyki narkotykowej, nakazuje natomiast likwidację wszelkich luk prawnych w tym zakresie. Państwa zobowiązane są do rygorystycznego przestrzegania zapisów zawartych w Konwencjach Organizacji Narodów Zjednoczonych z 1961, 1971 oraz 1988 roku w sprawie środków odurzających i substancji psychotropowych, mają jednak możliwość uzupełnienia prawa krajowego w środki uznawane za właściwe do walki z narkomanią i nielegalnym handlem narkotykami.¹⁶⁵

¹⁶² P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 146.

¹⁶³ Wspólne działanie z dn. 29 listopada 1996 r. przyjęte przez Radę na podstawie art. K.3 Traktatu o Unii Europejskiej, dotyczące wymiany informacji w sprawie ustalania chemicznego składu narkotyków w celu ułatwienia wzmożonej współpracy między Państwami Członkowskimi w zwalczaniu nielegalnego handlu narkotykami, art. 1-3.

¹⁶⁴ M. Wolańska, *Bezpieczeństwo Narodowe*, „*Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej*”, 2009 nr 9-10, s. 268.

¹⁶⁵ Wspólne Działania z dn. 17 grudnia 1996 r. przyjęte przez Radę na podstawie art. K.3 Traktatu o Unii Europejskiej, dotyczące zbliżenia ustawodawstw i praktyk Państw Członkowskich Unii Europejskiej w zakresie walki z narkomanią oraz zapobiegania i zwalczania nielegalnego handlu narkotykami, art. 1-3, 5, 7, 10.

W 2000 roku wprowadzono kolejną Strategię na lata 2000-2004 oraz powiązany z nią plan działania dla państw członkowskich. Szczegółowo opisano metody działania i radzenia sobie z problematyką narkotykową oraz zaplanowano 100 skonkretyzowanych zadań, do których wdrożenia zobowiązano całą Wspólnotę. Następnie, wdrożono nową Strategię na lata 2005-2012, dzieląc plan działania na dwie części. Walka z narkotykami stała się priorytetowym zagadnieniem dla Francji, która w 2008 roku objęła prezydencję w Unii Europejskiej. Skupiono się wówczas na utworzeniu nowego planu działania w zakresie walki z narkomanią i środkami odurzającymi. 18 września 2008 roku Komisja Europejska przyjęła tzw. „Nowy plan działania na lata 2009-2012”, który powstał w oparciu o ocenę wyników działalności poprzedniego planu na lata 2005-2008 oraz o strategię unijną na lata 2005-2012. Strategia ta skoncentrowana była na ograniczenie podaży i popytu na narkotyki wśród społeczności państw UE. Celem „Nowego planu na lata 2009-2012” stało się, obok ograniczenia podaży, podniesienie stanu świadomości społecznej i mobilizacja obywateli UE do działania na rzecz polityki antynarkotykowej. Strategia obejmowała, między innymi, osiągnięcie jak najwyższego poziomu ochrony zdrowia, spójności społecznej i dobrobytu poprzez działalność skierowaną na redukcję stosowania narkotyków, uzależnień oraz innych szkód zdrowotnych spowodowanych narkotykami. Jednym z głównych celów stało się zapewnienie bezpieczeństwa dla ogółu społeczeństwa wszystkich państw przynależnych do Unii Europejskiej. Większość członków UE przyjęła zatem Krajowe Strategie Antynarkotykowe.¹⁶⁶

Powstał również Europejski Sojusz Antynarkotykowy, mający zredukować napływ negatywnych zjawisk związanych z narkotykami i narkomanią w społeczeństwie. Prezydencja Francuska zwróciła uwagę na rolę Morza Śródziemnego i państw pobliskich w przemyśle narkotyków, proponując utworzenie Centrum Koordynacji Walki z Narkotykami (CECLAD-M) mające współpracować nie tylko z państwami członkowskimi, ale też z Turcją, Algierią i Marokiem. Dzięki informacjom dostarczonym przez współpracowników CECLAD-M'u łatwiej przeprowadzić międzynarodowe akcje policyjne przy obopólnej współpracy. Wzmocniono także unijną współpracę z Afryką, będącą kontynentem tranzytowym kokainy pochodzącej z Ameryki Łacińskiej.¹⁶⁷

Obecnie obowiązującym aktem dotyczącym polityki narkotykowej Unii Europejskiej jest Strategia antynarkotykowa na lata 2013-2020. Przedstawia ona zarys i priorytety unijnych

¹⁶⁶ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 146-147.

¹⁶⁷ M. Wolańska, *Bezpieczeństwo Narodowe, „Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej”*, 2009 nr 9-10, s. 269-270.

rozwiązań na rzecz redukcji narkomanii i obrotu narkotykami, określone przez państwa przynależne do UE oraz jej instytucje. Działalność opiera się na ograniczeniu podaży oraz popytu na środki odurzające i substancje psychotropowe.¹⁶⁸ W Ustępie 8 nowej Strategii wprowadzono szereg nowych wyzwań związanych z narkomanią dla całej Wspólnoty europejskiej. Państwa członkowskie powinny zwrócić uwagę, między innymi, na problem łączenia substancji legalnych (np. alkohol i leki), które jest najnowszym trendem w tematyce odurzania się, rozpowszechnianie nowych substancji syntetycznych, potrzebę wzmocnienia kontroli leków wydawanych bez recepty oraz monitorowanie dynamiki rozwoju nielegalnych rynków narkotykowych.¹⁶⁹ W obszarze ograniczenia popytu celem przewodnim Strategii jest przyczynienie się do widocznego zmniejszenia zjawiska stosowania i konsumpcji narkotyków, podwyższenie granicy wiekowej osób je zażywających w celu ograniczenia skali uzależnień narkotykowych. W tym celu szczególnie nacisk powinno przykładac się do jak najwcześniejszego wykrywania oraz działań prewencyjnych (pkt 17-18). Ograniczenie podaży narkotyków, zgodnie ze Strategią UE, powinno opierać się na dezintegracji i dezorganizacji handlu nielegalnymi środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Unia Europejska zobowiązuje się do zwalczania przestępczości narkotykowej, transgranicznej oraz prowadzonej na dużą skalę za pomocą współpracy organów ścigania, sądownictwo, konfiskacie mienia pochodzącego z działalności przestępczej, dochodzeniom i zarządzaniu granicami (pkt 20-21). Kolejnym istotnym punktem Strategii na lata 2013-2020 jest koordynacja rozumiana w sposób dwojaki: realizowana poprzez synergic, wymianę informacji i skuteczną komunikację oraz porozumienia, dyskusje na szczeblu unijnym oraz międzynarodowym , z państwami trzecimi (pkt 23, 26). Zgodnie z ustaleniami, państwa członkowskie i inne instytucje Unii Europejskiej powinny kształtować, rozwijać wspólną wymianę wszelkich niezbędnych informacji, tworząc kompleksowe bazy danych, umożliwiające tworzenie wspólnej polityki (pkt 31, 32, 32.1).¹⁷⁰

Wiążącymi przepisami regulującymi kwestie narkotyków jest niewątpliwie Decyzja Ramowa Rady z dnia 24 października 2004 roku ustanawiająca minimalne przepisy regulujące znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Akt wymienia wszystkie czyny, uznawane za przestępstwa związane z handlem narkotykami i środkami półsyntetycznymi

¹⁶⁸ Strategia antynarkotykowa Unii Europejskiej na lata 2013-2020 (Dz. Urz. UE 2012/C 402/1).

¹⁶⁹ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 147-148.

¹⁷⁰ (Dz. Urz. UE 2012/C 402/1).

oraz zobowiązuje państwa do podejmowania właściwych środków zapewniających karalność owych czynności, jeżeli zostały popełnione umyślnie i bez odpowiedniego upoważnienia. Zgodnie z Decyzją 2004/757/WSiSW penalizacji powinno podlegać posiadanie nielegalnych środków, o ile zmierza do popełnienia innych przestępstw narkotykowych, a co za tym idzie posiadanie danych środków na własny użytek nie powinna podlegać penalizacji. Górna granica sankcji przewidzianych przez państwa powinna wynosić od 1 do 3 lat pozbawienia wolności, w przypadku wystąpienia innych okoliczności obciążających – od 5 do 10 lat pozbawienia wolności, a przypadku działalności związanej z przestępczością zorganizowaną, kara wynosi minimum 10 lat.¹⁷¹

10 maja 2005 roku przyjęto decyzję Rady 2005/387/WSiSW dotyczącą wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych. W tym celu rozbudowano definicję pojęć „środek odurzający” oraz „substancja psychotropowa” o nowe, nieznanne środki syntetyczne, które po zastosowaniu mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzkiego, które poddać należy odpowiedniej kontroli i sankcjom prawa karnego.¹⁷²

W 2014 i 2015 roku, podczas trwania włoskiej i łotewskiej prezydencji w Unii Europejskiej rozpoczęto prace nad programem minimalnych standardów w redukcji popytu na narkotyki. Polska delegacja również uczestniczyła w spotkaniach Horyzontalnej Grupy do Spraw Narkotyków w Brukseli. Standardy opracowywano tak, aby były one proste w realizacji, oparte wyłącznie o dowody naukowe oraz by towarzyszyły im strategii wdrożeniowe. Interwencje mające na celu ograniczenie popytu powinny być realizowane w oparciu o poszanowanie praw człowieka, uwzględniające zasady etyczne, moralne oraz kulturowe. Wypracowane standardy stanowią zatem pewnego rodzaju deklarację polityczną ze strony Unii Europejskiej w stosunku do problemu narkomanii.¹⁷³

Wewnętrzne normy prawa karnego dotyczącego przeciwdziałania narkomanii kształtują się na podstawie zapisów prawa międzynarodowego, które zawiera szereg zobowiązań dla państw sygnatariuszy. Po przyjęciu norm międzynarodowych państwo zobowiązuje się do wprowadzania jednolitych rozwiązań, jednak szczegółowe prawo wewnątrz krajowe może przyjmować własną postać, opartą na filarach prawa międzynarodowego. Karanie i ściganie pewnych przestępstw, również związanych z posiadaniem, obrotem lub handlem narkotykami, stało się wspólnym zadaniem całej społeczności międzynarodowej.

¹⁷¹ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 150.

¹⁷² Ibidem, s. 151.

¹⁷³ A. Strzelecka, *Konkluzje Rady Europejskiej dotyczące minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki w UE zostały opublikowane 14 września br.* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=885421> [Data wejścia 04.11.2015].

Powszechnie uznaje się, że tego typu czyny karalne godzą w dobro lub interesy państw. Dlatego też, współpraca międzynarodowa na rzecz redukcji narkomanii oraz handlu narkotykami stała się jednym z priorytetowych zadań państw przynależnych do różnych organizacji i instytucji międzynarodowych.¹⁷⁴ Fakt ten, nie powinien jednak mieć wpływu na suwerenność i charakter rozwiązań wewnątrzpaństwowych. Specjaliści zwracają szczególną uwagę na potrzebę tworzenia rozwiązań opartych na leczeniu, akceptacji i redukcji szkód, a nie na nietolerancji, restrykcyjności i podejściu całkowicie abstynencyjnym. Priorytetowym założeniem wspólnej polityki antynarkotykowej nie powinna być całkowita legalizacja wybranych bądź wszystkich substancji, natomiast maksymalnie możliwe ograniczenie konsumpcji takich środków przy jak najmniejszym wywoływaniu efektów ubocznych (medycznych, prawnych, społecznych). Dlatego akty prawa międzynarodowego powinny dążyć do zwalczania nielegalnej podaży narkotyków i kontrolowania podaży legalnej. W kwestiach regulujących popyt, prawo międzynarodowe powinno jednak być bardziej ukierunkowane na odrębne, niezależne decyzje podejmowane przez dane państwo.¹⁷⁵

¹⁷⁴ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 151-152.

¹⁷⁵ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 389-390.

ROZDZIAŁ IV

ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE LEGALIZACJI MARIHUANY W POLSCE

1. Rodzaje konopi i ich podział oraz miejsce w klasyfikacji narkotyków

Coraz częstszym zjawiskiem w Polsce stają się dyskusje na temat legalizacji marihuany, która ma swoich zwolenników, ale również zatwardziały sceptyków. W mediach, Internecie, na forach publicznych trwają burzliwe dyskusje dotyczące tego typu rozwiązań. Osoby opowiadające się aprobująco podkreślają, że konopie indyjskie to skuteczne lekarstwo na różnego rodzaju przypadłości, szczególnie polecane przy leczeniu nowotworów, epilepsji, stwardnienia rozsianego czy bólów reumatycznych. Konopia indyjska sprawdza się również w przemyśle włókienniczym, papierniczym, spożywczym oraz przy produkcji biopaliw. Zdaniem zwolenników zmian prawnych umożliwiających legalizację, państwo dobrowolnie rezygnuje z podatków, mogących zasilać budżet, a tym samym przeznacza ogromne środki na aparat policyjny, sądowy czy więziennictwo. Odmienne poglądy prezentują przeciwnicy opowiadający się za restrykcyjną prohibicją w kwestiach związanych z polityką narkotykową. Uważają, że negatywne konsekwencje stosowania marihuany i jej pochodnych nie są do końca zbadane. Nie wiadomo dokładnie jaki wpływ mogą mieć kannabinoidy na psychikę człowieka, czy mogą powodować paranoje, stany lękowe i doprowadzić do uzależnień lub sięgania po inne, silniejsze środki odurzające. Sceptycy twierdzą zgodnie, że cannabis to nie lek, a narkotyk, taki jak kokaina czy opium. Konopia indyjska to prawdopodobnie jedyna roślina na świecie, na temat której dyskusje bywają tak burzliwe. Aby obiektywnie ocenić wszelkie za i przeciw legalności marihuany w Polsce, należy przyjrzeć się wszystkim aspektom pozytywnym i negatywnym pod względem ekonomicznym, medycznym i społecznym.

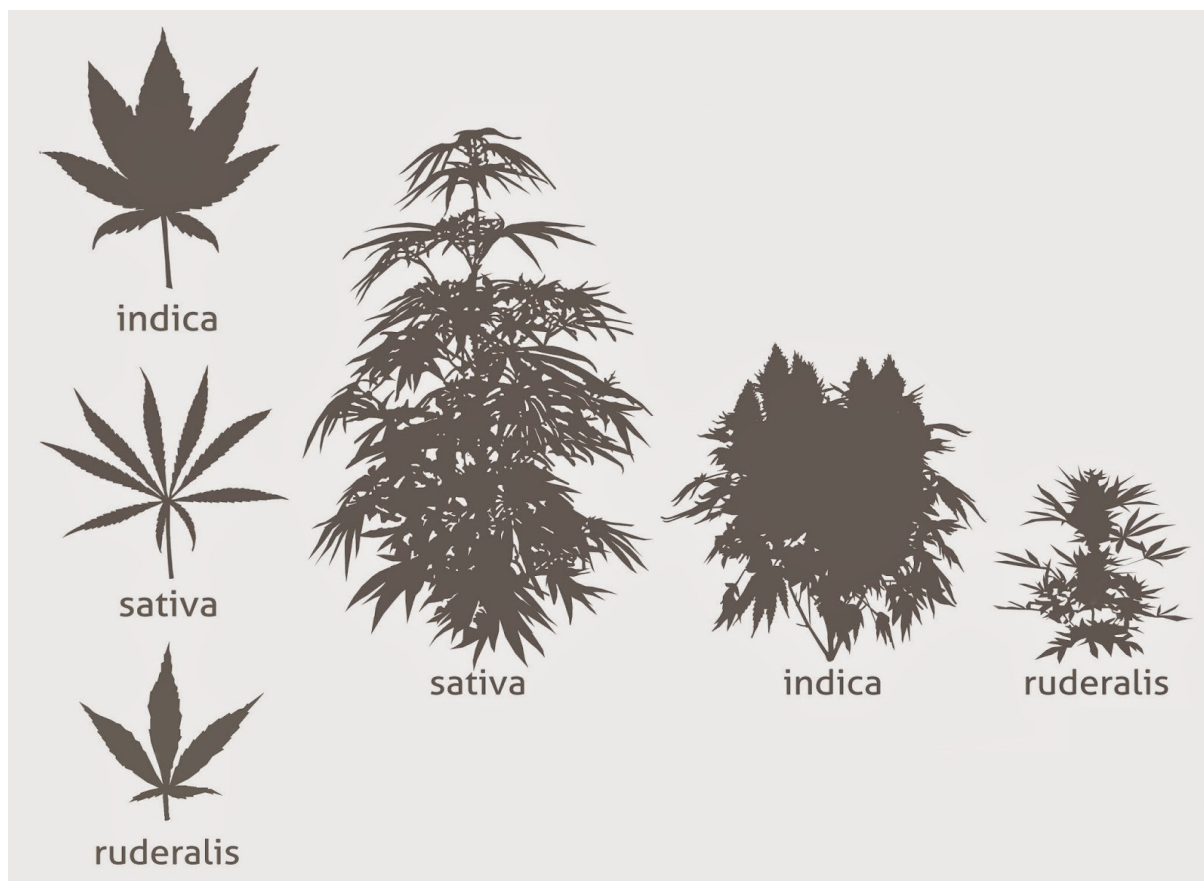
Konopia (łac. *cannabaceae*) jest rośliną, której odmiany dzieli się na cztery główne grupy:

- 1) *cannabis sativa* L., czyli konopia indyjska siewna - jest to roślina jednoroczna, uprawiana na całym świecie, której wysokość dochodzi od 2,5 m. nawet do 7 m. Ich liście są dłoniaste, 3-7 sieczne, ząbkowane i dość szorstkie, kształt owoców przypomina orzeszki. Ich pochodzenie przypisuje się Rosji południowo-

wschodniej. Są rośliną powszechnie stosowaną we włókiennictwie, uprawianą głównie w Stanach Zjednoczonych, Azji i Europie,

- 2) *cannabis indica* L. (konopia indyjska) – uważane za podgatunek konopi siewnej, uprawiane w południowej części Azji oraz innych kontynentach, często spotykane rosnące dziko. *Cannabis indica* zawierają znacznie wyższy współczynnik substancji czynnej THC (delta-9-tetrahydrokannabinol) niż pospolita konopia siewna, liście dłoniasto 9-11-sieczne, osiągają do 1,5 m. wysokości,
- 3) *cannabis sativa* f. *gigantea* Hort – roślina typowo ozdobna,
- 4) *cannabis ruderalis* – w 1924 roku gatunek ten odkrył radziecki badacz D.E. Janischewski; uważany jest za odmianę pastewną, zdziczałą odmianę *cannabis sativa* L. Występuje w Rosji i Azji Centralnej.¹⁷⁶

Rysunek 1. Odmiany konopi



Źródło: <http://galleryhip.com/cannabis-ruderalis-effects.html>

¹⁷⁶ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 54-55.

Oprócz podziałów o charakterze botanicznym, konopie dzielimy na dwa główne typy, biorąc pod uwagę kryterium ich przeznaczenia:

- 1) typ włóknisty – wykorzystywany do produkcji odzieży oraz innych wytworów, do produkcji których stosuje się włókno konopne (np. liny, sznury, plandeki).
- 2) typ narkotykowy (rekreacyjny) – zawiera znacznie więcej substancji o działaniu psychoaktywnym. Stosowany głównie w celu odurzania się.

Rośliny konopi indyjskiej, jako rosące, pomimo tego, iż zawierają substancję psychoaktywną THC, wymagają przetworzenia by można było uznać je jako środek o działaniu odurzającym. Produkty wytwarzane z konopi indyjskich to:

- 1) marihuana – otrzymywana z suszonej części kwiatowo-owocnej, niekiedy z liści. Konsystencją przypomina suszoną herbatę lub tytoń. Istnieje szereg odmian marihuany, a jako najsilniej wpływającą uznaje się tą pochodzącą z Meksyku, która wyglądem zbliżona jest do suszonej natki pietruszki. Po rozkruszeniu wydziela specyficzną woń, przypominającą zapach zielonych części pomidora¹⁷⁷,
- 2) haszysz – mieszanka żywicy ochronnej pochodzącej z liści i kwiatostanu oraz samych kwiatów konopnych. Ilość substancji czynnej THC zawartej w haszyszu jest uzależnione od kraju pochodzenia (haszysz pochodzący z Azji jest znacznie silniejszy niż europejski)¹⁷⁸,
- 3) olej haszyszowy (konopny), pozyskiwany z haszyszu, otrzymywany w procesie destylacji liści konopnych. Występuje w postaci płynnej o kolorze czarno-zielonym.¹⁷⁹

Kannabinoidy są związkami występującymi tylko w konopiach, zawierającymi 21 atomów węgla, co wyróżnia je spośród innych podobnych związków chemicznych. Najbardziej popularne to THC (9-delta-teretrahydrokannabinol), CBN (kannabinol), CBD (kannabidiol) i CBG (kannabigerol). Wpływają one na organizm ludzki poprzez receptory, których zbadanie umożliwiło odkrycie jaki wpływ dokładnie mogą mieć kannabinoidy na poszczególne układy i psychikę człowieka.¹⁸⁰

Środki odurzające i substancje psychotropowe podzielić można na 3 podstawowe grupy: uspokajające, pobudzające i halucynogenne. Konopie indyjskie należą do grupy halucynogennych, zawierających substancje mające wpływ na układ

¹⁷⁷ G. Sobiczewska, Problemy narkomanii, „*Marihuana lekki narkotyk*”, 2001 nr 1, s. 64.

¹⁷⁸ B. Szukalski, *Narkotyki - Kompendium Wiedzy o Środkach Odurzających*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 92.

¹⁷⁹ E. Korpetta, E. Szmerd-Sisicka, *Narkotyki w Polsce. Mity i rzeczywistość*, Warszawa 2000-2001, s. 92.

¹⁸⁰ R. Sobiech, K. Frieske, *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987, s. 54.

nerwowy. Często nazywa się je psychodelikami, ze względu na charakterystyczne cechy, takie jak:

- a) możliwość kontroli ilości zażywanej substancji i panowania nad swoim organizmem przez konsumenta,
- b) efekt odurzenia trwający dość krótko,
- c) efekty uboczne nie występują lub są bardzo słabo odczuwalne,
- d) doznania są mało satysfakcjonujące, by mogły skłaniać do sięgania po narkotyk kolejny raz.

Przyczyny sięgania po przetwory konopne nie są jasno określone, tak jak w przypadku wszystkich innych środków psychoaktywnych, zależne jest to od danej osoby, która narkotyk zażyła. Ciekawość, chęć zaimponowania innym lub „ucieczki” od problemów czy namowy osób z kręgu rodziny i znajomych są głównymi czynnikami skłaniającymi do konsumpcji. Czarny rynek, łatwy dostęp do marihuany czy haszyszu również mogą mieć wpływ na ich częstsze stosowanie. Niektóre z nich mogą wiązać się także z zażywaniem innych narkotyków, tzw. eksperymentowaniem.¹⁸¹

2. Uregulowania prawne dotyczące konopi w Polsce

W Polsce wszelkie kwestie prawne dotyczące legalności konopi indyjskich zawarte są w Ustawie z dnia 25 lipca 2009 roku o przeciwdziałaniu narkomanii. Rozdział szósty tejże ustawy dotyczy uprawy maku oraz konopi. Ustawa definiuje konopie jako „rośliny z rodzaju konopie (*Cannabis L.*)” oraz „konopie włókniste – rośliny z gatunku konopie siewne (*Cannabis sativa L.*), w których suma zawartości deltas-9-tetrahydrokannabinolu oraz kwasu tetrahydrokannabinolowego (kwasu delta-9-THC-2-karboksyłowego) w kwiatowych lub owocujących wierzchołkach roślin, z których nie usunięto żywicy, nie przekracza 0,20% w przeliczeniu na masę suchą” (art. 4, pkt. 4 i 5). Ziele konopi określa się jako „kwiatowe lub owocujące wierzchołki konopi, za których nie usunięto żywicy, a przypadku roślin w stadium przed zawiązaniem wiechy – liście i łodygi konopi”, natomiast żywica konopi to „żywica i inne produkty konopi zawierające delta-9-tetrahydrokannabinol lub inne aktywne biologicznie kannabinole” (art. 4, pkt. 37 i 38).¹⁸² Żywica konopi została włączona do wykazu w grupie środków odurzających I-N, ziele konopi innych niż włókniste przypisano do grupy IV-N, natomiast tetrahydrokannabinole

¹⁸¹ M. Jędrzejko, *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Pułtusk-Warszawa 2009, s. 34.

¹⁸² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

zostały sklasyfikowane jako grupa I-P substancji psychotropowych.¹⁸³ Uprawa konopi włóknistych, inaczej nazywanych siewnymi, dozwolona jest wyłącznie na potrzeby związane z przemysłem włókienniczym, chemicznym, papierniczym, spożywczym (olej konopny, pieczywo, odżywki), kosmetycznym (kremy, mydła, toniki), farmaceutycznym czy budowlanym (płyty cząstkowe, maty izolacyjne, włókniny) i nasienniczym. Wszelkie inne rodzaje konopi innych niż włókniste nie mogą być uprawiane na terytorium państwa polskiego (art. 45 ust. 3-4).¹⁸⁴ Co ciekawe, Ustawa z 1997 roku ograniczała zakres możliwości uprawy konopi do celów innych niż włókiennictwo, farmaceutyka i papiernictwo. Dzięki postępowi technicznemu możliwe jest znacznie szersze zastosowanie przetworów konopnych. Jak już wspomniano, uprawa konopi włóknistych prowadzona może być na podstawie otrzymanego zezwolenia, jedynie na określonej powierzchni, w wyznaczonym rejonie oraz na podstawie umów kontraktacyjnych, sprzedaży lub o przetworze słomy konopnej na włókno (art. 46 ust. 2).¹⁸⁵ Powierzchnię wyznaczaną pod coroczną uprawę na terenie województwa określa wojewoda w drodze rozporządzenia, współpracując z Ministrem Zdrowia i Ministrem Rozwoju Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Zezwolenie na plantację na danej powierzchni wydaje wójt (burmistrz/prezydent miasta) właściwy ze względu na jej położenie. Suma powierzchni przeznaczonych pod uprawę konopi włóknistych nie może przekraczać granicznej wartości wskazanej w rozporządzeniu przez wojewodę. Rejonizację upraw, również w porozumieniu z ministrami, w drodze rozporządzenia określa wojewoda. Jeżeli działka jest położona poza rejonem, wójt (burmistrz/prezydent miasta) nie może wydać zezwolenia na możliwość uprawy. W przypadku uprawy maku i konopi wskazanych do celów naukowo-badawczych nie stosuje się powyższych ograniczeń, nie ma także zakazu uprawy konopi innej niż włóknista. W celach naukowych uprawą zajmować mogą się jednostki naukowe oraz Centralny Ośrodek Badania Odmian Roślin Uprawnych, do którego zadań należy badanie trwałości, odmienności roślin oraz ocena wartości gospodarczej roślin ważniejszych gospodarczo. Konopie włókniste dodatkowo mogą być stosowane do celów izolacyjnych przez jednostkę zajmującą się hodowlą roślin, co oznacza działalność zmierzającą do wytwarzania danej odmiany do jej zachowania. Artykuł 50 wskazuje, że nadzorem nad uprawami zajmuje się wójt (burmistrz/prezydent miasta) właściwy ze względu

¹⁸³ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485), załącznik 1 i 2.

¹⁸⁴ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 349.

¹⁸⁵ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

na położenie danej plantacji. Kontrola i nadzór służą bowiem przestrzeganiu obowiązków wynikających z zapisów prawnych przez podmioty zajmujące się hodowlą konopi. Zgodnie z artykułem 51, w drodze decyzji administracyjnej wójt, burmistrz lub prezydent miasta może wydać nakaz zniszczenia uprawy, dokonywany poprzez zaoranie czy przekopanie gruntu, jeżeli dany podmiot uprawiający będzie robił to w sposób niezgodny z zapisami artykułów 45 i 47. W przypadku naruszenia warunków prowadzenia plantacji cofa się zezwolenie na uprawę konopi włóknistych.¹⁸⁶

W rozdziale siódmym, zatytułowanym Przepisy karne, również znalazły się zapisy dotyczące konopi. Artykuł 63 mówi, że nielegalna uprawa konopi innych niż włókniste oraz zbiór ich żywicy lub ziela jest zagrożony karą pozbawienia wolności do lat 3. Typ kwalifikowany przestępstwa polega na tym, że jeżeli przedmiotem czynu jest znaczna ilość żywicy lub ziela konopi indyjskich, sprawca podlegać będzie karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.¹⁸⁷ Przeszypstwa z artykułu 63 są określane mianem powszechnych, formalnych i wieloodmianowych. Przedmiotem ochrony jest niewątpliwie ochrona zdrowia i życia publicznego oraz monopol osób uprawnionych do upraw i zbioru na podstawie art. 36 i 46 Ustawy z 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii. Stroną przedmiotową stanowią sprzeczne z ustawą, spenalizowane działania, tj. uprawa konopi indyjskich oraz zbiór ziela i żywicy. Przeszypstwa przeciwko art. 63 popełnić można jedynie umyślnie, z zamiarem bezpośrednim lub ewentualnym. W przypadku zamiaru ewentualnego przykładem może być zdarzenie, kiedy inna osoba zasadzi krzew konopi, a właściciel ogrodu przyjmuje ewentualność, że może to być roślina nielegalnie uprawiana, jednak godzi się na jej pielęgnowanie, ponieważ roślina mu się podoba.¹⁸⁸

W myśl artykułu 65, osoba, która dopuszcza się nielegalnej uprawy konopi włóknistych, podlega karze grzywny. Czyn ten stanowi wykroczenie, czyli jego szkodliwość społeczna jest określana jako znikoma. Przedmiotem ochrony jest tu monopol osób uprawnionych do hodowli konopi włóknistych na podstawie przepisów ustawy oraz ochrona zdrowia i życia ogółu społeczeństwa. Stroną przedmiotową jest zachowanie sprowadzające się do niezgodnej z przepisami uprawy. Wykroczenie to popełniane jest umyślnie lub nieumyślnie, chyba, że odpowiedzialności podlega jedynie dokonanie czynu zabronionego umyślnie.¹⁸⁹

¹⁸⁶ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 362-366.

¹⁸⁷ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

¹⁸⁸ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 433-436.

¹⁸⁹ T. Srogosz, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 441.

W przeciągu kilku ostatnich lat, do Sejmu RP wnoszono szereg projektów ustaw, mających na celu zmiany obowiązujących norm prawnych dotyczących przeciwdziałania narkomanii, w tym legalizacji marihuany. Partia polityczna Ruch Palikota (teraz Twój Ruch), tuż po wyborach parlamentarnych w 2011 roku, postulowała jak najszybszą depenalizację posiadania tzw. narkotyków miękkich na własny użytek. Posłowie Ruchu zgodnie twierdzili, że nielegalna marihuana sprzyja rozwojowi mafii narkotykowych w Polsce. Do działań prolegalizacyjnych dołączyli się członkowie stowarzyszenia Wolne Konopie, z którym partia podpisała porozumienie na rzecz wspólnej walki o legalną marihuanę.¹⁹⁰ Następnie, 20 stycznia 2012 roku przedstawiciele Klubu Poselskiego Ruch Palikota, wnieśli do ówczesnej Marszałek Sejmu Ewy Kopacz projekt ustawy o zmienia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który poparło 41 członków ugrupowania. W projekcie tym do art. 62a Ustawy z 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii dodano dwa nowe ustępy o następującej treści: „ust. 2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa w drodze rozporządzenia ilości wybranych środków odurzających i substancji psychotropowych, które należy uznać za nieznaczące. Celem rozporządzenia jest stworzenie jasnych kryteriów stosowania instytucji umorzenia, o której mowa w ustępie 1. Rozporządzenie bierze pod uwagę całkowitą masę środków odurzających i substancji psychotropowych zabezpieczonych przy zatrzymanych, nie zaś wagę substancji czynnej. Rozporządzenie uwzględnia jedynie najpopularniejsze z zabezpieczanych substancji.

ust. 3. Prokurator Generalny wydaje wytyczne dla organów postępowania przygotowawczego w sprawach o których mowa w ustępie 1, zwłaszcza w odniesieniu do czynności niezbędnych i niecierpiących zwłoki.” Projekt uzasadniano tym, że aby określić niską szkodliwość czynu, należy wprowadzić do uregulowań prawnych pojęcie tzw. wartości granicznych. Wówczas taki próg byłby swego rodzaju definicją sformułowania „nieznacząca ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych”. Ustęp trzeci skutkowałby nie osadzaniem w policyjnych izbach zatrzymanych podejrzanych o posiadanie narkotyków, co jest działaniem dość kosztownym, według posłów Ruchu Palikota.¹⁹¹

Kolejnym działaniem partii było ponowne wniesienie, 4 czerwca 2012 roku, projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzającego zmiany

¹⁹⁰ PAP, „Sadzić, palić, zalegalizować” Palikot chce przekonać Sejm [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://polska.newsweek.pl/-sadcic--palic--zalegalizowac---palikot-chce-przekonac-sejm,83718,1,1.html> [Data wejścia 13.01.2016].

¹⁹¹ Projekt ustawy z 20 stycznia 2012 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/> [Data wejścia 13.01.2016].

w artykule 28, dotyczącym leczenia substytucyjnego, które miałyby stać się o wiele bardziej dostępne. Do artykułu 45, posłowie dodali ustęp 4, który stanowił: „uprawa konopi innych niż włókniste może być prowadzona wyłącznie na użytek własny i w celach medycznych określonych przez lekarza. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa w drodze rozporządzenia warunki oraz zasady i tryb przyznania pozwolenia na uprawę konopi przeznaczonej na własne potrzeby medyczne. Pozwolenie na uprawę wydaje wójt, burmistrz lub prezydent miasta po spełnieniu warunków rozporządzenia. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.” Oznacza to, iż projekt zakładał możliwość uprawy konopi indyjskich w celach rekreacyjnych, przeznaczonych na użytek własny bądź w celach medycznych, kontrolowanych przez lekarza medycyny, po otrzymaniu odpowiednich zezwoleń. Przepis mówiący o karach za nielegalną uprawę maku i konopi innych niż włókniste poszerzono o możliwość uprawiania ich na potrzeby lecznictwa własnego. Zdaniem przedstawicieli ugrupowania J. Palikota, brak możliwości zastosowania konopi indyjskich w medycynie, narusza prawa pacjentów do skutecznego leczenia. Szacowano wówczas, że proponowane zmiany prawne przyniosłyby budżetowi państwa około 80 milionów złotych oszczędności. Przychylną opinię na rzecz projektu wyrazili prof. K. Krajewski, specjalista w sprawach kryminologiczno-prawnej problematyki narkotyków i narkomanii w Polsce oraz prof. M. Płatek – specjalisty ds. prawa.¹⁹² Do projektu wniesiono poprawki: do art. 62a dodano ustęp 2: „Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa w drodze rozporządzenia ilości wybranych środków odurzających i substancji psychotropowych, które należy uznać za nieznaczne” oraz wykreślono z art., 45 ustęp 4, mówiący o możliwości uprawy konopi indyjskich na użytek własny w celach rekreacyjnych lub medycznych. Autopoprawki wprowadzono ze względu na nieprzychylnie opinie partii opozycyjnych.¹⁹³ Zapisy proponowane przez partię Ruch Palikota nie zostały jednak wprowadzone do Ustawy z dn. 25 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

¹⁹² Poselski projekt ustawy z dnia 4 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/> [Data wejścia 13.01.2016].

¹⁹³ Autopoprawka z dnia 27 września 2012 roku do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/> [Data wejścia 13.01.2016].

3. Uregulowania prawne dotyczące konopi indyjskich na świecie, na przykładzie wybranych państw

Burzliwe dyskusje dotyczące legalizacji konopi indyjskich i jej przetworów w Polsce często porównywane są do sporów w kwestiach narkotykowych trwających na całym świecie. W każdym państwie znajdują się aprobujący oraz sceptycy depenalizacji i legalizacji środków odurzających i substancji psychotropowych. W niniejszym rozdziale przedstawiono alternatywne rozwiązania stosowane w kilku państwach europejskich, Stanach Zjednoczonych i Urugwaju. Większość krajów postkomunistycznych i skandynawskich posiadanie marihuany jest zagrożone karą pozbawienia wolności. Państwa europejskie podchodzą do polityki narkotykowej nieco łagodniej, często stosując częściową depenalizację środków odurzających, tj. Francja, gdzie posiadanie nieznacznej ilości marihuany (3-10 g.) karane jest mandatem. W Niemczech posiadać na własny użytek można od 6 do 15 g. marihuany, zależnie od danego landu.¹⁹⁴

Polityka narkotykowa praktykowana w Wielkiej Brytanii oparta jest na zasadach podejścia pragmatycznego. Znacznie większy nacisk przykładana się na elementy związane z medycyną i podejściem socjalnym, mniej z represją. Od lat lekarze stosowali metody związane z leczeniem substytucyjnym osób uzależnionych, przepisując nawet niektóre środki odurzające czy substancje psychotropowe na receptę. Być może, dlatego społeczeństwo bardzo przychylnie opowiada się za programami redukcji szkód dla uzależnionych (np. wymiana igieł, programy substytucyjne). Obecnie obowiązującą ustawą narkotykową w Wielkiej Brytanii jest *Misue of Drugs Act*, uchwalony w 1971 roku, jednak wielokrotnie nowelizowaną. Do aktu, podobnie jak w Polsce, dołączony jest spis substancji zakazanych, podzielonych na trzy grupy (A, B, C), zależnie od ich stopnia szkodliwości dla organizmu. Do substancji z grupy A należy przykładowo heroina i kokaina, B – marihuana, natomiast do grupy C sklasyfikowano stymulanty i środki psychotropowe. Sankcje przewidziane w prawie karnym oraz tryb postępowania, związane ze stosowaniem narkotyków zależne są od przynależności ich do danej grupy. Akt różnicuje również posiadanie substancji nielegalnych na własny użytek od posiadania w celu dostarczenia ich innej osobie, zależne od ilości tejże substancji. Zapisy prawne dają policji możliwość rezygnacji z wniesienia oskarżenia, jeżeli osoba w chwili zatrzymania posiadała nieznaczne ilości środka odurzającego przeznaczone na użytek

¹⁹⁴ Fakty Konopne, *Kraje, w których marihuana jest legalna* [Dokument elektroniczny.] Tryb dostępu <http://faktykonopne.pl/kraje-w-ktorych-marihuana-jest-legalna/> [Data wejścia 14.01.2016].

własny.¹⁹⁵ Od lat, wskaźniki przedstawiające zjawisko rozprzestrzeniania narkotyków w Zjednoczonym Królestwie należą do najwyższych w Europie. Najbardziej powszechnym narkotykiem jest tam amfetamina i ekstazy.¹⁹⁶

W Szwajcarii głównym aktem normatywnym dotyczącym narkotyków i narkomanii, jest ustawa związkowa z 1951 roku, wielokrotnie nowelizowana. Przepisy narkotykowe związane z popytem i podażą na szczeblu federalnym, zagrożone są karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 3 lat lub grzywną w wysokości 40 tysięcy franków. W przypadku przestępstw w typie kwalifikowanym, gdzie dochodzi do obrotu znacznymi ilościami środków psychoaktywnych lub związanych z przynależnością do zorganizowanych grup przestępczych, sankcje wynoszą od 1 do 20 lat pozbawienia wolności oraz grzywna wynosząca nawet 1 milion franków. W 1975 roku, nowelizacja ustawy wprowadziła pewne przywileje dla konsumentów środków zakazanych, a mianowicie zmieniła klasyfikację czynów takich jak posiadanie, wytwarzanie i stosowanie narkotyków na własny użytek, z przestępstwa na wykroczenie zagrożone aresztem od 1 dnia do 3 miesięcy lub niewielką grzywną. Ułatwienie lub pomoc w popełnianiu przestępstw nie są penalizowane w Szwajcarii. Prokurator ma możliwość umorzenia postępowania, sąd natomiast może odstąpić od wymierzenia kary, w przypadku mniejszej wagi. Konsumpcja lub konsumpcja z inną osobą, czyli bezpłatne udzielanie środka odurzającego nie są karane. Możliwe jest także odstąpienie od ścigania sprawcy, jeżeli ten uda się na leczenie bądź terapię antynarkotykową. Sąd ma prawo skierować osobę uzależnioną, która dopuściła się przestępstwa przeciw ustawie federalnej, na przymusowe leczenie w ośrodku leczniczym lub terapeutycznym. Na szczeblu lokalnym, czyli w kantonach i gminach, bardzo dobrze rozwinęło się prowadzenie programów redukcji szkód. Na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, w każdej aptece można kupić metadon (substytut opiatów). W większych miastach zagospodarowane zostały pomieszczenia dla osób uzależnionych, gdzie mogą one poddać się konsumpcji danego środka, pod opieką lekarską.¹⁹⁷ Od 2008 roku, osoby najciężej uzależnione od heroiny, w ramach leczenia otrzymują od lekarza czystą heroinę, zamiast jej substytutów, zaakceptowane przez 73% społeczeństwa w przeprowadzonym referendum. Specjaliści twierdzą, że tego typu rozwiązanie wpłynęło pozytywnie

¹⁹⁵ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 332-338.

¹⁹⁶ R. Grudziński, *Polityka narkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 61.

¹⁹⁷ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, 312-319.

na redukcję przestępczości związanej z narkotykami oraz zmniejszyło wydatki z budżetu państwa na finansowanie więziennictwa. Szwajcarzy, również w drodze referendum, odrzucili możliwość de kryminalizacji posiadania marihuany. Teoretycznie uznaje się, że prawo federalne obowiązujące w Szwajcarii jest dość restrykcyjne, jednak działania prowadzone na szczeblu lokalnym, pokazują, że w państwie funkcjonuje szeroko rozbudowany aparat walki z narkomanią, w którym priorytetem jest podejście do narkomanii jako choroby.¹⁹⁸

Czechy to kolejne państwo europejskie, w którym polityka narkotykowa zmieniła restrykcje na bardziej liberalne rozwiązania. Od 2010 roku nie zabraniano posiadania narkotyków oraz uprawy roślin niezbędnych do ich produkcji. Zgodnie z zapisami prawnymi, na terenie Republiki Czeskiej wolno było posiadać przy sobie: 1 g. kokainy, 2 g. amfetaminy, 1,5 g. heroiny, 4 tabletki extasy, 5 tabletek LSD oraz 15 g. marihuany. Burmistrzowie polskich miast położonych blisko granicy z Czechami alarmowali, że narasta tzw. turystyka narkotykowa, uprawiana głównie przez młodych ludzi.¹⁹⁹ Obecnie obniżono ilości środków odurzających, których posiadanie nie jest zagrożone karą. W Czechach, podobnie jak w Polsce posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych jest nielegalne. Jedyną różnicą w czeskim systemie prawnym jest to, iż określa ono małą ilość narkotyków, do granicy której, posiadanie ich jest wykroczeniem zagrożonym konfiskatą oraz karą pieniężną. Obcokrajowcy dodatkowo zostają wydaleny z kraju i otrzymują zakaz pobytu na terenie Republiki Czeskiej. Za udzielanie substancji nielegalnych innej osobie, która doznała wskutek ich zażycia uszczerbku na zdrowiu zagrożone jest karą do 12 lat pozbawienia wolności. Jeżeli osoba, której udzielono narkotyków umrze, przestępca grozi nawet 18 lat więzienia. Działalność w zorganizowanej grupie przestępczej związana z obrotem środkami psychoaktywnymi lub udzielanie tych środków osobom nieletnim karane są 10 latami pozbawienia wolności. Prowadzenie pojazdów mechanicznych po spożyciu alkoholu lub innych środków odurzających podlega karze grzywny lub pozbawienia wolności nawet do lat 3, oraz skutkuje zakazem prowadzenia pojazdów nawet na 10 lat. Władze centralne oraz lokalne prowadzą również kampanie informacyjne na temat uregulowań prawnych związanych z narkomanią i narkotykami, obowiązujących na terytorium Czech

¹⁹⁸ R. Grudziński, *Polityka narkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 62.

¹⁹⁹ M. Kołodziejczyk, *Czeski odlot* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1502003,1,prawo-narkotykowe-bardziej-liberalne.read> [Data wejścia 15.01.2016].

w celu ograniczenia nie ustępującej turystyki narkotykowej, głównie obywateli polskich.²⁰⁰

Holandia jest krajem uważanym za najbardziej liberalny pod kątem rozwiązań polityki narkotykowej. Od lat panuje przekonanie, że środki odurzające i substancje psychoaktywne są tam całkowicie legalne. Pierwsze uregulowania, a mianowicie ustawa opiumowa (Het drugsbeleid van Nederland) z 1919 roku, miały charakter zaostrzania represyjności przepisów. W 1976 roku ustawę poddano nowelizacji, która wprowadziła zróżnicowanie narkotyków „miękkich” (np. marihuana) i „twardych” (heroina, kokaina). Przywóz, wywóz, dostarczanie, udzielanie lub posiadanie są, przez prawo obowiązujące w Holandii, penalizowane. Wysokość sankcji karnych, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, zależy od klasyfikacji danego środka do grup przedstawionych w załączniku do ustawy. Zgodnie z holenderskimi zapisami prawnymi, posiadanie narkotyków na własny użytek jest typowane jako wykroczenie. Funkcjonująca w prawie holenderskim zasada oportunistyczna, przyczynia się jednak bezpośrednio do niekarania czynności związanych z konsumpcją środków zakazanych. Podobnie jak w Szwajcarii, w znacznej mierze polityka narkotykowa prowadzona jest przez szczebel lokalny. Dopuszcza się nawet możliwość handlu detalicznego marihuaną i haszyszem.²⁰¹ W wielu miastach funkcjonują tzw. *coffee shops*, gdzie klientom oprócz kawy, oferuje się przetwory konopne w maksymalnej ilości 5 gramów. *Coffee shops* zobowiązane są spełniać szereg warunków by otrzymać zezwolenie władz na sprzedaż miękkich narkotyków. Zabroniona jest konsumpcja na ulicy, reklamowanie i sprzedaż narkotyków młodzieży poniżej 18 roku życia. Zakazana jest natomiast sprzedaż hurtowa, co oznacza, że właściciele sklepów muszą zaopatrywać się w towar nielegalnie.²⁰² Bez zarzutu działa również system edukacji i profilaktyki uzależnień, wymierzone nie tylko w rozpowszechnianie stosowania narkotyków, ale również skierowane na działalność zapobiegawczą wszelkim szkodom zdrowotnym i społecznym. W Holandii nie mają zastosowania żadne formy leczenia przymusowego, a osoby zainteresowane leczeniem mogą wybrać dowolny program medyczno-terapeutyczny, oferowany przez system prawny i zdrowotny. Uzależnieni od opiatów mogą skorzystać z leczenia substytucyjnego oraz programów redukcji szkód, np. rozdawania igieł i strzykawek, istnieje możliwość skorzystania

²⁰⁰ Urząd Miejski w Cieszynie, *Narkotyki w Czechach są nielegalne!* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.um.cieszyn.pl/narkotyki-sa-w-czechach-nielegalne!.html> [Data wejścia 15.01.2016].

²⁰¹ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 287-297.

²⁰² R. Grudziński, *Polityka narkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 64.

z tzw. otwartych scen narkotykowych, podobnie jak w Szwajcarii, gdzie narkomani znajdują się pod opieką wolontariuszy i odpowiednich służb medycznych oraz nie muszą obawiać się interwencji ze strony policji. Od 1995 roku, na wzór Szwajcarii zaczęto podawać najciężej uzależnionym czystą heroinę.²⁰³ Rozwiązania panujące w Holandii często poddawane są krytyce innych państw europejskich, głównie Francji i Niemiec. Sprzeciwiają się one tak liberalnym rozwiązaniom, argumentując to faktem, iż Niderlandy zajmują czołowe miejsce w statystykach dotyczących rozpowszechniania środków odurzających w Europie. W przypadku rozpowszechniania marihuany, średnie wskaźniki wahają się w okolicach średniej europejskiej.²⁰⁴

Odmienne stanowisko dotyczące kwestii narkotykowych, na tle pozostałych państw europejskich, prezentuje Hiszpania. Od lat panuje tam pełna de kryminalizacja posiadania narkotyków w celach konsumpcyjnych na własny użytek. Zapisy prawne dotyczące wprowadzania do obrotu, ułatwiania lub udzielania, reklamy i posiadania środków psychoaktywnych zawarte są w kodeksie karnym. Do uregulowań wprowadzono także podział na narkotyki „twarde” i „miękkie”, jednak nie przedstawiono klasyfikacji narkotyków do poszczególnych z grup. Popyt na środki odurzające i substancje psychotropowe jest całkowicie dekryminalizowany, natomiast osoby będące w posiadaniu znacznych ilości takich substancji i środków traktuje się jako podejrzanych o chęć wprowadzenia ich do obrotu. Na mocy Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych 1966 roku, w 1992 roku w Hiszpanii zaczęła obowiązywać Ustawa o Ochronie Obywatela, umożliwiająca nakładanie sankcji administracyjnych (grzywna od 300 do 30 000 euro lub konfiskata), na osoby dopuszczające się publicznej konsumpcji lub właścicieli lokali, którzy taką konsumpcję tolerują.²⁰⁵ Prywatna, niepubliczna konsumpcja nie podlega karze, a marihuana uznawana jest jako środek o niskiej szkodliwości, w związku z tym w Hiszpanii rozwinęła się sieć prywatnych klubów palaczy, do których wstęp mają zarejestrowani członkowie. Osoby te zajmują się również hodowlą konopi indyjskich i dystrybucją ich przetworów dla zamkniętych grup dorosłych członków klubów. Pojawienie się w 2002 roku tzw. klubów konopnych umożliwiło zatem legalną konsumpcję marihuany, bez sięgania po nią na czarny rynek i środki niewiadomego pochodzenia. Hiszpański Sąd Najwyższy stwierdził, że uprawa konopi

²⁰³ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 287-297.

²⁰⁴ R. Grudziński, *Polityka narkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011, s. 64-65.

²⁰⁵ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 281-286.

na własny użytek nie powinna być traktowana jako przestępstwo oraz nie kwalifikuje się jako czyn związany z handlem narkotykami.²⁰⁶

W 2000 roku polityka narkotykowa Portugalii obrała zupełnie odmienny kierunek niż zmieniające się wówczas polskie rozwiązania prawne. W Portugalii zdecydowano się na de kryminalizację posiadania nieznacznych ilości narkotyków, a osoby uzależnione uznano za potrzebujące pomocy, nie będące potencjalnymi przestępcami. Posiadanie narkotyków pozostało w klasyfikacji przestępstw, jednak nie kryminalnych a administracyjnych. Dozwolone jest posiadanie narkotyków w następujących ilościach: marihuana – 25 g, haszysz – 5 g, kokaina – 2 g, heroina – 1 g, opium – 10 g, MDMA (główny składnik extasy) – 1 g. Jeżeli osoba będąca w posiadaniu większej ilości tychże substancji niż wyznaczone wartości graniczne, może zostać oskarżony o handel narkotykami, co uznawane jest za sprawę z zakresu kryminalistyki. Narkotyki podlegają wówczas konfiskacie, a podejrzany postawiony zostaje przed specjalną komisją (tzw. komisja odwodzenia), w której skład wchodzi: lekarz, terapeuta oraz prawnik. Skład ocenia czy dany przypadek uznać można za przypadek uzależnienia oraz czy dana osoba kwalifikuje się na odbycie terapii leczniczej. Decyzja ta nie jest jednak wiążąca i sam zainteresowany decyduje o chęci odbycia leczenia.²⁰⁷

Pierwszym krajem na świecie, który wprowadził rozwiązania oparte na kontroli, monitoringu, legalnym handlu i ustalaniu cen marihuany przez państwo jest Urugwaj. Na podstawie ustawy przedstawionej przez ugrupowanie, z której wywodzi się prezydent José Mujica, od 2014 roku funkcjonują specjalne punkty, w których dorośli obywatele Urugwaju mogą kupić marihuanę w ilości 40 g w ciągu danego miesiąca. Osoby pełnoletnie mogą uprawiać konopie indyjskie – 6 roślin na jedną osobę. Jeżeli uprawa ograniczona jest na własne potrzeby, hodowca może wyprodukować 0,5 kg suszu rocznie. Zapisy prawne przewidują również możliwość zrzeszania się w stowarzyszenia, gdzie, podobnie jak w Hiszpanii, członkowie stowarzyszenia będą mogli uprawiać konopie, nawet do ilości 100 krzewów. Powstał tam Instytut Regulacji i Kontroli Marihuany, w którym zarejestrowani są wszyscy hodowcy, użytkownicy i sprzedawcy, służący monitorowaniu obrotu, wydawaniu licencji oraz kontrolowaniu zjawiska uzależnienia

²⁰⁶ J. Gajewski, *Kluby konopie w Hiszpanii w trakcie stabilizowania alternatywy* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://wolnekonopie.org/portfolio/kluby-konopne-w-hiszpanii-w-trakcie-stabilizowania-alternatywy/> [Data wejścia 10.01.2016].

²⁰⁷ J. Bluz, *Marihuana legalna i opodatkowana? Nawet 67 mln dolarów trafi do budżetu* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/marihuana;legalna;i;opodatkowana;nawet;67;mln;dolarow;trafi;do;budzetu,170,0,1601962.html> [Data wejścia 10.01.2016].

od środków odurzających. Dodatkowo, każda sprzedana porcja substancji nielegalnych rejestrowana jest w policyjnym systemie kontroli legalności sprzedaży. Uregulowania prawne dotyczą jednak tylko obywateli Urugwaju i stałych rezydentów, tym samym zabrania się kupna i sprzedaży marihuany obcokrajowcom. Rozwiązanie to wprowadził prezydent Urugwaju, aby zapobiegać tzw. narkoturystyce. Prawo zabrania sprzedaży marihuany osobom poniżej 18 roku życia, prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem środków odurzających oraz konsumpcji przetworów konopnych w miejscu pracy. Tego typu czyny zabronione karane są wyłącznie grzywną.²⁰⁸

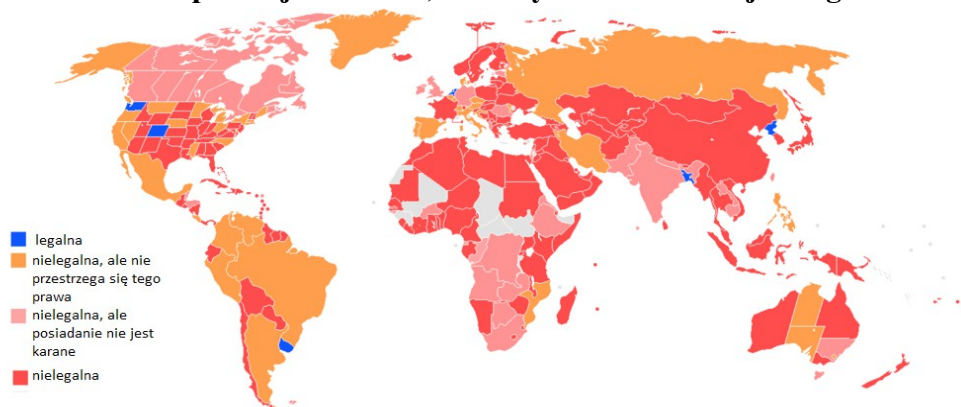
Stanowisko obecnego prezydenta Stanów Zjednoczony Baracka Obamy w sprawie legalizacji narkotyków od lat jest niezmiennie: stanowczo stwierdził on, że nie ma możliwości wprowadzenia liberalnych zmian w polityce narkotykowej na szczeblu federalnym. Chęć przeprowadzenia eksperymentów udała się jednak w stanie Kolorado, gdzie zalegalizowano handel marihuaną. W referendum przeprowadzonym z 2012 roku, większość obywateli opowiedziała się za nowym prawem umożliwiającym uprawę, produkcję i sprzedaż marihuany osobom powyżej 21 roku życia. Na mocy nowych przepisów powstało wiele punktów dystrybucyjnych, w których poprzednio sprzedawano przetwory konopne do celów medycznych. Wprowadzono również 25% podatku akcyzowego, dodatkowo handlujący używką zobowiązani są do zapłaty podatku dochodowego w wysokości 2,9%. Dozwolona jest także uprawa konopi indyjskich na własny użytek, nie przekraczająca jednak 6 roślin przypadających na jedną osobę dorosłą. Posiadanie środków odurzających przez osoby niepełnoletnie jest nielegalne, zdekryminalizowano jednak posiadanie zakazanych środków przez osoby powyżej 18 roku życia. Posiadanie, produkcja i sprzedaż innych środków odurzających i substancji psychotropowych wciąż są nielegalne i karane zwykle wieloletnim więzieniem. Na zmianę przepisów zdecydowano się również ze względów finansowych. Już w ciągu 4 pierwszych miesięcy obowiązywania nowego prawa, do budżetu wpłynęło około 11 milionów dolarów. Pieniądze mają zostać przeznaczone na budowę szkół oraz przeprowadzanie kampanii antynarkotykowych. Władze Kolorado zaoszczędza także na zaprzestaniu egzekwowania prawa i wykonywania kar. Dzięki nowym zapisom prawnym, budżet stanowy zaoszczędzi na zaprzestaniu wykonywania kar nawet 60 milionów dolarów rocznie. Konsekwencją referendum w innym stanie USA,

²⁰⁸ J. Bluz, *Marihuana legalna i opodatkowana? Nawet 67 mln dolarów trafi do budżetu* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/arttykul/marihuana;legalna;i;opodatkowana;nawet;67;mln;dolarow;trafi;do;budzetu,170,0,1601962.html> [Data wejścia 10.01.2016].

w Waszyngtonie, również w 2012 roku, zaczęły obowiązywać podobne regulacje jak w Kolorado. Choć prawo stanu Kolorado jest sprzeczne z federalnym, prezydent Stanów Zjednoczonych nie unieważnił tamtejszych zapisów i oznajmił, że rząd federalny bacznie przygląda się zaistniałej sytuacji i nie będzie ingerować dopóki przestrzegane są ustalone ramy dotyczące dystrybucji i sprzedaży marihuany.²⁰⁹

Zgodnie z przedstawionymi rozwiązaniami prawnymi stosowanymi w różnych państwach w Europie i na świecie, stwierdzić można, iż polityka dotycząca narkotyków i narkomanii nie musi opierać się na całkowitych restrykcjach ze strony aparatu państwowego. Pomiedzy rygorystycznym prawem, obowiązującym między innymi w Polsce, a całkowitą legalizacją istnieje wiele alternatywnych rozwiązań zadowalających zarówno entuzjastów i sceptyków liberalnych rozwiązań. Uregulowania zależne są od poszczególnych krajów, mentalności i wiedzy obywateli, polityków, naukowców i wymiaru sprawiedliwości. W każdym z wymienionych państw ustawodawcy kładą nacisk na inne priorytety i działania zapobiegające narkomanii i zjawisku rozprzestrzeniania się narkotyków. Jak łatwo dostrzec na omówionych przykładach, coraz częściej prym wiodzie podejście medyczno-społeczne, ukierunkowane na leczenie i profilaktykę. Rozwiązania prawne odbiegają natomiast od kryminalizacji czynów związanych ze środkami psychoaktywnymi.

Rysunek 2. Pełna mapa krajów świata, w których marihuana jest legalna



Źródło: <http://faktykonopne.pl/kraje-w-ktorych-marihuana-jest-legalna/>

²⁰⁹ J. Bluz, *Marihuana legalna i opodatkowana? Nawet 67 mln dolarów trafi do budżetu* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/marihuana;legalna;i;opodatkowana;nawet;67;mln;dolarow;trafi;do;budzetu,170,0,1601962.html> [Data wejścia 10.01.2016].

4. Pozytywne i negatywne przejawy społeczno-ekonomiczne, wynikające z legalizacji konopi indyjskich

Całkowita legalizacja środków odurzających i substancji psychotropowych jest w obecnych czasach wizją bardzo nierealistyczną, a jej negatywnych skutków nie da się całkowicie przewidzieć. Odrzucanie niektórych poglądów na temat legalizacji nie jest jednak powodem do tego, by zaprzestać dyskusjom dotyczącym fragmentarycznych zmian prawnych powodujących częściową legalizację niektórych środków, np. marihuany. Podstawowym kryterium brany pod uwagę w takim wypadku jest niewątpliwie stopień szkodliwości danego środka. Przetwory konopne zaliczane są do grupy środków, których stosowanie niesie za sobą akceptowalne ryzyko. Zdaniem wielu specjalistów, konieczna jest merytoryczna dyskusja na temat środków z tzw. grupy *cannabis*. Doświadczenia wielu państw, które zdecydowały się na depenalizację lub dekryminalizację przetworów konopi indyjskich, nie ponoszą przewidywanych skutków negatywnych, a wręcz odwrotnie – tego typu rozwiązania mogą przynieść szereg istotnych zalet.²¹⁰

Aby wnikliwie rozpatrzyć wszelkie wątpliwości ekonomiczno-społeczne wynikające ze zmian w regulacjach prawnych dotyczących konopi indyjskich i ich przetworów, należy przyrzeć się wszystkim, istotnym aspektom. W Polsce polityka narkotykowa uważana jest od lat za dość represyjną, nie ograniczającą poziomu narkomanii, często nie zatrzymującą tego zjawiska nawet na stałym poziomie. Wszelkie nakazy i zakazy wynikające z przepisów prawnych, niosą za sobą znaczne koszty dla skarbu państwa. Środki przeznaczone na zapobieganie, przeciwdziałanie, leczenie uzależnień, profilaktykę oraz aparat policyjny, sądowy i utrzymanie więźniów w zakładach karnych są znacznym obciążeniem budżetu krajowego. Skuteczna działalność polskiej polityki narkotykowej oparta jest na zaangażowaniu służb mundurowych, organów ścigania, sądownictwa, prokuratury oraz osób zajmujących się nadzorem nad wykonywaniem odpowiednich kar. Pomimo działalności wskazanych powyżej organów, nie jest możliwym całkowite wykluczenie przestępczości narkotykowej, a polityka prohibicyjna skutkuje, pozornie, zwiększeniem wykrywalności przestępstw. Rokrocznie nakłady przekazywane na funkcjonowanie policji rosną, zmniejsza się natomiast liczba zatrudnianych policjantów. Popyt i podaż marihuany oraz innych środków psychoaktywnych ciągle wzrasta. Funkcjonariusze policji, w ramach swoich działań, przejmują część dostępnych

²¹⁰ K. Krajewski, *Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001, s. 253-254.

na czarnym rynku środków, jednak ich działalność skupia się, nie jak powinna na dilerach i osobach zajmujących się masowym handlem, a na konsumentach nieznacznych ilości substancji zakazanych. Efektywność procedur policyjnych jest zatem znikoma, w porównaniu do kosztów związanych z samym przebiegiem proceduralnym oraz z utrzymaniem funkcjonariuszy. Zgodnie z zestawieniem wydatków na policję pochodzących z budżetu krajowego oraz środków Unii Europejskiej w latach 2004-2012, widoczny jest znaczny wzrost nakładów, wynoszący około 3 milionów złotych (2004- 5 863 591 zł, 2012 – 8 459 756 zł). Osoby skazane za posiadanie marihuany w latach 2007-2011 stanowiły blisko 66% wszystkich skazanych. Wskazano także, że koszty ponoszone przez państwo za przestępstwa z artykułu 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wynoszą niemalże 80 milionów złotych. Osoby skazane wówczas z art. 62, który przewiduje kary za posiadanie, wbrew ustawie, środków odurzających lub substancji psychotropowych, spędziły w zakładach karnych łącznie około 190 000 dni łącznie, co po przemnożeniu kosztów jednego dnia pobytu w zakładzie karnym i ilości tychże dni w odosobnieniu, dało łączną kwotę 14 256 735,7 złotych. Jeżeli dana osoba skazana, poddana została leczeniu lub terapii, koszt jej utrzymania wzrastał dwukrotnie.²¹¹

Następną grupą kosztów ponoszonych przez budżet państwa na walkę z narkomanią są te przeznaczane na leczenie i profilaktykę uzależnień. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz podmioty zajmujące się walką z uzależnieniami narkotykowymi finansują częściowo wykonywanie zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii. Koszty związane wykonywaniem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii finansowane są ze skarbu państwa, z części pozostających do dyspozycji właściwych ministrów. Każdego roku KPPN kosztuje państwo około 135 milionów złotych. Leczenie osób uzależnionych odbywające się w specjalistycznym ośrodku stacjonarnym z zapewnionym pacjentowi wyżywieniem to wydatek wahający się w granicach 13 tysięcy złotych. Jeżeli chodzi o terapię u psychoterapeuty, cena pojedynczej wizyty to koszt 100-250 złotych, co daje łączną kwotę 8-10 tysięcy złotych za cały proces odbycia takiej terapii.²¹²

Analizując aspekt finansowy wynikający z legalizacji konopi indyjskich i ich przetworów, należy wspomnieć także o przewidywanych zyskach, które zasiliłyby budżet państwa, gdyby zapisy prawne zostały zmienione. Największe zyski odnotowane na czarnym rynku narkotykowym przynosi od lat marihuana, której konsumpcja wzrasta z roku na rok. M. Kowalski, rzecznik prasowy Stowarzyszenia Wolne Konopie podjął się

²¹¹ W. Poboży, *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013, s. 46-48, 51-52.

²¹² Ibidem, s. 52, 56, 58.

szczególnej analizie oszacowania prognozowanych wpływów, opierając się na danych pochodzących ze stany Waszyngton w USA. Szacuje się, że legalna możliwość konsumpcji marihuany może przynieść zyski w wysokości dochodzącej nawet do 400 milionów dolarów rocznie. Warto podkreślić, iż stan ten zamieszkiwany jest przez 6 milionów osób (ok. 6 razy mniej niż w Polsce). Zdaniem M. Kowalskiego wpływy do budżetu pochodziłyby z podatku VAT i akcyzy oraz podatku CIT od osób prawnych (przedsiębiorców zajmujących się uprawą/przetwarzaniem konopi indyjskich) i PIT od osób fizycznych (pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach konopnych).²¹³ S. Ogórek, autor artykułu pt. „*Miliardy utracone na marihuanie*”, przedstawia wnioski mówiące, że polski budżet po zalegalizowaniu marihuany i jej opodatkowaniu mógłby liczyć na wpływy w wysokości około 22 miliardów złotych. Zdaniem redaktora, co roku obywatele Polski palą około 500 ton suszu konopi. Ceny za 1 g marihuany wahają się od 30-40 złotych, natomiast po zmianach regulacji prawnych, cena w sklepie wynosiłaby około 55 złotych za jeden gram. Gdyby państwo zdecydowało się na takie zmiany, legalna sprzedaż zrównoważyłaby także szarą strefę, a większość konsumentów zdecydowałaby się na zakup sprawdzonego towaru, a nie oferowanego przez ulicznych dilerów i handlarzy.²¹⁴ Odrębne zyski przyniosłby również przemysł konopny, zajmujący się przetwórstwem konopi indyjskich na potrzeby budownictwa oraz różnorodnych gałęzi przemysłowych, a także możliwość prowadzenia tzw. *coffee shops*, na wzór polityki holenderskiej.

Porównując szacowane zyski oraz koszty ponoszone przez budżet krajowy, wynikające z polityki prowadzonej przeciw narkomanii, widoczna jest znaczna różnica z obydwu stron. Z przedstawionej analizy wynika jasno, iż polityka represyjna w Polsce pochłania znaczną część środków zawartych w budżecie państwa. Gdyby zdecydowano się na zmiany, dopuszczające handel marihuaną oraz innymi przetworami konopnymi, prawdopodobnym jest, że corocznie do skarbu państwa wpływałyby ogromne środki, które z powodzeniem można byłoby przeznaczyć na profilaktykę oraz leczenie uzależnień, prowadzenie kampanii informacyjnych dotyczących narkotyków i ich stosowania. Możliwość wykorzystania wpływów jest znacznie więcej. Tego typu rozwiązania wydają się więc być zasadne.

²¹³ M. Zientarski, *Legalna marihuana. Ile można na tym zarobić?* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://natemat.pl/70493,legalna-marihuana-ile-mozna-na-tym-zarobic> [Data wejścia 20.01.2016].

²¹⁴ S. Ogórek, *Miliardy utracone na marihuanie* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://finanse.wp.pl/kat,1033759,title,Miliardy-utracone-na-marihuanie,wid,16298526,wiadomosc.html?tid=11655b&_tictsn=3 [Data wejścia 20.01.2016].

Konopie indyjskie, jako jedyne rośliny na świecie, uważane są za znakomity materiał przemysłowy. Zdaniem ekspertów znanych jest blisko 40 tysięcy różnych zastosowań cannabis. Do 1883 roku uprawy konopi indyjskich były największymi uprawami na świecie.²¹⁵ Na pierwszy trop świadczący o zastosowaniu konopi w przemyśle, natknięto się w 1972 roku, kiedy to odkryto starożytne cmentarzysko, położone na terytorium Chin. Tkaniny odnalezione tam wykonane zostały z włókna konopnego. W Japonii natomiast, konopie stały się podstawowym surowcem służącym do produkcji ubrań, pościeli, mat lub sieci rybackich. We Włoszech, w czasach epoki średniowiecza, przy połowach nie mogło zabraknąć lin konopnych, którymi otaklowane były okręty. Apokryfy związane z testamentem króla Salomona wyraźnie wskazują, że przy budowie świątyni oraz niektórych mebli, z jego rozkazu używano sznurów wykonanych z włókien konopi indyjskich.²¹⁶ W Europie oraz Ameryce Północnej i Południowej, w okresie od XV do początku XX wieku, stosowano papier konopny, używany do drukowania map, dzienników okrętowych, a także Biblii. Dzięki papierowi wytwarzanym z surowców konopnych, znacznie zmniejszyła się liczba wycinanych drzew oraz celowe wysadzanie sosen, które przeznacza się dla przemysłu papierniczego. Z włókien produkowano odzież, płótna, namioty, nakrycia i koce, twierdząc, iż jest ono znacznie trwalsze niż bawełna.²¹⁷

Włókno konopi indyjskiej jest odporne na wszelkie procesy gnilne, odznaczają się wysoką trwałością, bardzo dobrze przepuszczają powietrze, dodatkowo są także antyalergiczne. Zgodnie z raportem Krajowej Izby Lnu i Konopi, włókno to chroni też przed promieniowaniem ultrafioletowym, jest zatem idealnym surowcem do produkcji odzieży w klimatach tropikalnych. Nadają się do wytwórstwa wykładzin, opakowań, pieluszek jednorazowych, geowłóknin stosowanych przy budowach dróg, mat dezynfekcyjnych czy włóknin tapicerskich.²¹⁸ Ciekawostką może być również fakt, iż Henry Ford w 1941 roku, zastosował konopie indyjskie do konstrukcji samochodu. Do dnia dzisiejszego, z konopi uzyskuje się kompozyty, które mają zastosowanie w przemyśle motoryzacyjnym, a części wykorzystywane są przez producentów najlepszych marek samochodowych: Audi, BMW, Chrysler, Fiat, Ford, Opel, Peugeot, Renault, Rover, SEAT, Volkswagen czy Volvo.²¹⁹ Ponadto, konopie, dzięki bogatemu

²¹⁵ E. L. Abel, *Marihuana pierwsze dwanaście tysięcy lat*, Latawiec, Warszawa 2010, s. 7

²¹⁶ S. Benetowa, *Konopie w wierzeniach i zwyczajach ludowych*, Oficyna Wydawnicza BRACTWO TROJKA, przedruk z 1936 roku, s. 18.

²¹⁷ W. Poboży, *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013, s. 65.

²¹⁸ Polska Izba Lnu i Konopi, *Konopie >> właściwości i zastosowanie* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www.pilik.pl/pl/show_page/107 [Data wejścia 29.01.2016].

²¹⁹ W. Poboży, *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013, s. 66.

zasobowi tzw. biomasy, mogą być stosowane do produkcji biopaliw, węgla drzewnego oraz nafty. Dzięki olejowi konopnemu możliwa jest produkcja farb, lakierów oraz tuszy. Znalazł także zastosowanie w przemyśle kosmetycznym, spożywczym i farmaceutycznym, przy produkcji plastików i paliwa.²²⁰ Po wykorzystaniu słomy konopnej, powstaje tzw. paździerz stosowana w meblarstwie, energetyce i budownictwie jako płyty izolacyjne. Z nasion przygotowuje się paszę dla zwierząt domowych, karmy dla drobiu oraz przynęty służące rybakom. Kompozyt konopny stosowany jest jako znakomity termoizolator, stosowany przy ocieplaniu budynków oraz wytwarzaniu naturalnego, lekkiego cementu lub pustaków budowlanych. Tego typu surowce budowlane odporne są na zagrzybienie i gnicie dzięki właściwościom termoaktywności.²²¹

Konopia indyjska to roślina o wielu możliwościach zastosowania. Produkty i surowce przemysłowe charakteryzują się wysoką odpornością, trwałością, a wytwórstwo jest znacznie mniej kosztowne. Zasadnym wydaje się być zatem stwierdzenie, iż możliwość prowadzenia przemysłu konopnego, w różnych gałęziach, obniżyłaby ceny produktów, a tym samym zwiększyła liczbę konsumentów oraz miejsc pracy niezbędnych przy produkcji i przetwarzaniu produktów konopnych.

Rozpatrując wszelkie aspekty wynikające z legalizacji konopi indyjskich i jej przetworów, należy przyjrzeć się także stanowisku sceptyków takiego rozwiązania. Wśród społeczeństwa często spotyka się głosy mówiące o potrzebie zwiększenia kar związanych z posiadaniem wszelkich środków odurzających i substancji psychotropowych, w tym marihuany. Zdaniem przeciwników, przemysł konopny szybko przejdzie pod szyldy największych koncernów przemysłowych, które często naginają przepisy prawne w celu uniknięcia odpowiedzialności karnej lub osiągnięcia korzyści finansowych. Poza tematyką przemysłową, podnosi się argumenty amerykańskiej organizacji NHTS, która zajmuje się bezpieczeństwem na drogach. Przedstawiciele organizacji, uważają, że po ewentualnej legalizacji marihuany, niezależnie od państwa, w którym takie zmiany mogłyby nastąpić, zwiększy się liczba osób prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem środków odurzających, a tym samym przyczyni się to znacznie do zwiększenia ilości wypadków drogowych. Osoby będące pod wpływem charakteryzują się zaburzoną koordynacją ruchową i koncentracją, które

²²⁰ M. Torres, *Hemp - why is it illegal?* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://csglobe.com/hemp-why-is-it-illegal/> [Data wejścia 20.01.2016].

²²¹ P. Brzyski, *Gazeta Konopna Spliff*, „*Dom z konopi cz.1. Budownictwo ekologiczne z wykorzystaniem konopi włóknistych*”, 2016 nr 55, s. 5.

niezbędne są podczas prowadzenia jakichkolwiek pojazdów. Wiele osób, obawia się również, że rozwój przemysłu konopnego spowoduje większe zainteresowanie produktami wykonanymi na bazie konopi, pomimo obietnic związanych z oznaczaniem opakowań specjalnymi znakami.²²² Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii Oddział w Bydgoszczy, po konsultacjach z naukowcami i terapeutami osób uzależnionych, twierdzą, że użytkownicy marihuany skarżą się na dolegliwości związane z zaburzeniami pamięci, koncentracji, urojeniami prześladowczymi, halucynacjami, psychozą, a nawet zaburzeniami schizoidalnymi.²²³ Jednym z czołowych przeciwników zmian prolegalizacyjnych jest profesor M. Jędrzejko, dyrektor Mazowieckiego Centrum Profilaktyki Uzależnień, którego zdaniem w Polsce niezbędna jest debata na temat konopi, jednak nie mówiąca o jej wszechstronnym zastosowaniu i zbawiennym wpływie na organizm, a rozmowa podejmująca ten temat w świetle problemu uzależnień i narkomanii. Profesor Jędrzejko twierdzi, że „osoby palące marihuanę mają niższe wyniki w nauce, mniejsze aspiracje zawodowe, cechuje ich brak jakiegokolwiek aktywności. Marihuana jest demotywuująca. Ludzie, którzy palą mają niższą sprawność intelektualną (...)”.²²⁴ Sprzeciw skierowany w stosunku do działań na rzecz legalizacji oraz zmianom w przepisach prawnych wskazywały także polskie partie polityczne, głównie środowiska prawicowe, wyrażając swój sprzeciw wobec promowania wszelkich działań dotyczących narkotyków. W Polsce organizowane były również tzw. Marsze Milczenia odbywające się zazwyczaj pod hasłem „Stop narkotykom”, których uczestnicy solidaryzowali się z ofiarami wypadków spowodowanych przez kierowców prowadzących po zażyciu środków odurzających. Swoje negatywne stanowisko wobec narkotyków wyraził Ojciec Święty Franciszek, który podczas inauguracji pawilonu dla uzależnionej młodzieży w Szpitalu świętego Franciszka z Asyżu w Rio de Janeiro, powiedział: „- plaga handlu narkotykami, która sprzyja przemocy oraz sieje ból i śmierć, domaga się aktu odwagi całego społeczeństwa. Nie da się ograniczyć rozprzestrzeniania i oddziaływania uzależnienia chemicznego za pomocą liberalizacji używania narkotyków, jak się to obecnie dyskutuje w różnych częściach Ameryki Łacińskiej. Konieczne jest podjęcie problemów, które tkwią u podstaw ich używania, krzewiąc większą

²²² M. Pisarski, *Legalizacja marihuany. Potencjalne problemy* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://swiat.newsweek.pl/legalizacja-marihuany-problemy-i-wady-debata-newsweek-pl,artykuly,281473,1.html> [Data wejścia 29.01.2016].

²²³ K. Pacewicz, *Wolność, Bezpieczeństwo, Narkofobia* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://wyborcza.pl/1,76842,8644582,Wolnosc__Bezpieczenstwo__Narkofobia.html [Data wejścia 29.01.2016].

²²⁴ J. Leszczyńska, *Prof. Mariusz Jędrzejko: Marihuana nie wspomaga lecz demotywuje [WYWIAD]* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.dzienniklodzki.pl/arttykul/1029325,prof-mariusz-jedrzejko-marihuana-nie-wspomaga-lecz-demotywuje-wywiad,id,t.html> [Data wejścia 29.01.2016].

sprawiedliwość, wychowując młodych do wartości, które budują życie wspólne, towarzysząc tym, którzy przeżywają trudności i dając nadzieję na przyszłość. Wszyscy musimy spojrzeć na drugiego oczyma miłości Chrystusa, nauczyć się obejmować potrzebujących, aby wyrazić bliskość, uczucie, miłość.” Papież apelował o pomoc osobom uzależnionym, a samym uzależnionym udzielił błogosławieństwa w dalszej walce z chorobą.²²⁵

W protesty przeciwko legalizacji włączyły się osoby świeckie, politycy, kler oraz szerokie grono naukowców i badaczy. Od lat trwa dyskusja pomiędzy zatwardziałymi przeciwnikami zmian prawnych, a osobami, których zdaniem, konopie indyjskie są rośliną demonizowaną, a możliwość jej uprawy, posiadania oraz przetwórstwa przyczyniłaby się do powstawania potężnych, innowacyjnych struktur przemysłowych. Argumenty negatywne i pozytywne znajdują wydzwięk w mediach publicznych, Internecie, na forach i konferencjach medyczno-prawnych. Temat poruszany jest coraz częściej, natomiast bardzo trudno jest znaleźć wyjście, które zadowoliliby obydwie grupy uczestniczące w tym sporze.

5. Działanie i zastosowanie konopi indyjskich w medycynie

Od lat, przez naukowców z całego świata, prowadzone są badania oraz publikowane wszelkie informacje dotyczące pozytywnego działania związków zawartych w konopiach indyjskich w lecznictwie. Zwolennicy legalizacji marihuany, zarówno do celów rekreacyjnych jak i medycznych, często argumentują możliwość zmian prawnych właśnie wynikami badań potwierdzających zbawienny wpływ związków konopnych przy leczeniu chorób takich jak epilepsja lekooporna, bóle reumatyczne, nowotwory czy gruźlica.

Konopie indyjskie i ich przetwory, od wieków, klasyfikowane były w spisach roślin leczniczych, jako skuteczne w leczeniu zapań, reumatyzmu, a nawet malarii. Produkty przygotowywane na bazie żywicy konopnej i alkoholu używane były podczas zabiegów i operacji jako środek znieczulający. Surowce wytwarzane z cannabis pojawiły się także w polskich spisach dozwolonych leków z 1794 roku, natomiast do medycyny zachodu wprowadzono je w 1839 roku, kiedy to irlandzki medyk przygotował specyfik zwany leczniczą nalewką konopną, stosowaną podczas leczenia tężca i cholery.²²⁶ Chińska medycyna uważała konopie jako środek przeciwbólowy, przeciwbiegunkowy

²²⁵ P. Bieliński, *Papież przeciwko legalizacji narkotyków* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://ekai.pl/wydarzenia/temat_dnia/x69098/papiez-przeciw-legalizacji-narkotykow/ [Data wejścia 29.01.2016].

²²⁶ W. Poboży, *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013, s. 67-68.

oraz psychotropowy już ponad cztery tysiące lat temu. W wielu odnalezionych szczątkach osób żyjących w czasach starożytnych znaleziono śladowe ilości związków zawartych w konopiach, między innymi u kobiet zmarłych przy porodach lub pacjentów, którym nie udało się przeżyć zabiegów i operacji. Dzięki wielu dowodom potwierdzającym korzystność wykorzystania pochodnych konopi w medycynie, naukowcy podjęli szereg niezbędnych badań umożliwiających wyodrębnienie czynnych substancji biologicznych zawartych w roślinach. Są to tak zwane kannabinoidy, które podzielić można na kilka grup:

- a) kannabinoidy klasyczne (naturalne),
- b) sztuczne związki kannabinomimetyczne (naśladujące działanie oraz budowę kanabinoidów naturalnych),
- c) endokannabinoidy (związki wyprodukowane w organizmie ludzkim bądź zwierzęcym).

Głównym związkiem naturalnym z grupy kanabinoidów jest tetrahydrokannabinol (delta-9-tetrahydrokannabinol), potocznie nazywany THC. Na bazie tego związku, w 1985 roku wprowadzono do obrotu lek dronabinol, zwalczający wymioty i nudności związane z chemioterapią antynowotworową, przeznaczony wyłącznie dla osób, których organizm nie reagował na konwencjonalne sposoby leczenia tych objawów. W 1992 roku dronabinol stosowano także u chorych na AIDS cierpiących na anoreksję oraz osób zmagających się z miażdżycą naczyń krwionośnych. Kolejnym środkiem jest kannabidiol (CBD), charakteryzujący się działaniem psychotycznym, stosowany przy leczeniu zwłóknienia wątroby. Badania udowodniły bowiem, że możliwość oddziaływania kanabinoidów na organizm ludzki jest możliwa dzięki tzw. błonowym receptorom kannabinoidowym typu CB₁ i CB₂, za pośrednictwem których na organizm oddziałują inne kannabinoidy. Udowodniono bowiem, iż w ludzkim ciele nie tylko powstają endokannabinoidy, ale również zawarty jest bardzo specyficzny układ endokannabinoidowy, biorący czynny udział w wielu procesach fizjologicznych.²²⁷

Medycyna wielokrotnie udowodniła, iż zastosowanie kanabinoidów w leczeniu jest metodą niezawodną. Możliwe jest bowiem stworzenie środków na bazie konopi indyjskich, działających przeciwbólowo, przeciwzapalnie i przeciwwrzodowo łącznie. Chorzy na stwardnienie rozsiane często wskazują na zastosowanie cannabis w przypadku wystąpienia spastyczności mięśni, czyli niekontrolowanym skurczom mięśniowym, powodującym ogromne bóle. Związki konopne obniżają ponadto ciśnienie śródgałkowe

²²⁷ A. Kazula, Farmacja Polska, „Zastosowanie naturalnych kanabinoidów i endokannabinoidów w terapii”, 2009 nr 2, str. 147-149, 151.

u osób z jaskrą, wspomagają znacznie leczenie choroby Parkinsona, astmy, bulimii, schizofrenii, refluksu żołądkowego, zmniejszają lub całkowicie redukują bóle pooperacyjne, nowotworowe oraz migrenowe. Kannabinoidy stosuje się w medycynie paliatywnej, przez wzgląd na ich zdolność zahamowania wymiotów i osłabienia mięśni, pobudzenie apetytu czy też działania przeciwdepresyjne.²²⁸ Wiele badań wskazuje także, że kannabinoidy mogą przyczynić się do wyleczenia chorób nowotworowych piersi, prostaty. Wynikiem badań przeprowadzonych na szczurach, u których wykryto glejaka mózgu. Zastosowanie związków pochodzących z konopi znacznie wpłynęło na regresję guza bez niepożądanych efektów ubocznych.²²⁹ W 2013 roku dr T. Karl z Instytutu Neurobiologii w Australii, potwierdził oficjalne stanowisko na temat pozytywnego działania kanabinoidów na chorobę Alzheimera. Opinia ta oparta była także o wyniki badań instytutu RaskampInstitute na Florydzie, gdzie badano rzeczywisty wpływ cannabis na wstrzymanie postępowania tejże choroby. Do zachorowania na Alzheimera, zdaniem naukowców, dochodzi poprzez nadprodukcję blaszek beta-amyloidowych w mózgu człowieka, postępowanie schorzenia następuje w wyniku braku możliwości oczyszczania mózgu z takich blaszek. Zastosowanie związków pochodzących z konopi indyjskich w trakcie leczenia, wspomaga proces oczyszczania, a co za tym idzie zahamowuje objawy choroby.²³⁰ Z kolei, profesorowie ze Stanford University zgodnie uważają, iż wprowadzenie kanabinoidów do terapii leczniczej osób z autyzmem mogłoby znacznie złagodzić oznaki choroby. Autyzm jest chorobą genetyczną, wywołaną mutacją genu, hamującą tym samym produkcję endokannabinoidów w organizmie chorego.²³¹ Udowodniono także korzystny wpływ kanabinoidów na schorzenia związane z układem nerwowym, między innymi na chorobę Parkinsona, które skutecznie hamują uwalnianie glutaminianu i łagodzą dyskinezę, czyli niekontrolowane i niezależne od woli ruchy kończyn lub całego ciała.²³²

Znany amerykański profesor Leo Hollister, przyznaje, że w trakcie ciąży matka nie powinna poddawać płodu na działanie kanabinoidów. Tym samym badacz podkreśla,

²²⁸ W. Poboży, *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013, s. 69-70.

²²⁹ P. Boltryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 86-87.

²³⁰ M. Wąsowski, *Marihuana szansą dla chorych na Alzheimera? Naukowcy twierdzą, że może spowalniać chorobę* [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu <http://natemat.pl/73951,marihuana-szansa-dla-chorych-na-alzheimera-naukowcy-twierdza-ze-moze-spowalniac-chorobe> [Data wejścia 08.03.2016].

²³¹ M. Adams, *Marijuana May be used to treat autism* [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu <http://www.hightimes.com/read/marijuana-may-be-used-treat-autism> [Data wejścia 08.03.2016].

²³² P. Boltryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 88.

że palenie marihuany przez ciężarną nie powoduje większych skutków negatywnych niż nikotyna, oraz może wywoływać znacznie mniejsze skutki negatywne niż alkohol. Jego zdaniem, w trakcie ciąży zaleca się unikania regularnej konsumpcji marihuany przez matkę, jednak łagodzenie w ten sposób nudności związanych z ciążą nie powoduje zaburzeń rozwoju płodu. Udowodniono natomiast, że marihuana stosowana w trakcie trwania ciąży ma bardzo dobry wpływ na wzrok dziecka.²³³ Kolejnym dowodem, na nieco mniej pozytywne działanie marihuany na organizm człowieka jest zaburzenie koordynacji ruchowej i koncentracji. Tego typu objawy są szczególnie niebezpieczne w przypadku kierowców pojazdów mechanicznych jako uczestników ruchu drogowego. Sceptycy praktyk pozwalających na stosowanie konopi indyjskich i ich pochodnych często argumentują swoje stanowisko właśnie niebezpieczeństwem związanym z kierowcami pod wpływem środków odurzających.²³⁴ Palenie marihuany może mieć także negatywny wpływ na układ oddechowy palaczy. Przy regularnej konsumpcji zwiększać się może ilość wydzieliny z nosa oraz zgrubienie błon śluzowych zatok, stan zapalny nosa lub kaszel. Negatywnymi konsekwencjami mogą okazać się nawet zapalenia oskrzeli, rozedma płucna oraz kaszel astmatyczny i narażenie na choroby nowotworowe płuc. Marihuana przyczyniać może się do zaburzeń natury psychologicznej, np. do tzw. „syndromu motywacyjnego”, czyli rozleniwienia, bierności i apatii.²³⁵

Marihuana stosowana do celów medycznych niesie za sobą szereg możliwości – mogłaby stać się lekiem na całą paletę różnorodnych chorób, począwszy od zaburzeń natury psychicznej, poprzez choroby genetyczne, tzw. choroby XXI wieku (anoreksja, bulimia), skończywszy na tych nieuleczalnych, tj. glejaki mózgu oraz inne nowotwory czy stwardnienie rozsiane. Z pewnością takie metody leczenia godziłyby w interesy ogromnych koncernów farmaceutycznych, jednak nawet najpotężniejsze grupy interesu nie powinny stawiać korzyści własnych ponad ludzkie zdrowie i życie. Jak większość środków medycyny konwencjonalnej, tak i konopie indyjskie oraz zawarte w nich związki, mogą, w nielicznych przypadkach, nieść za sobą niepożądane skutki. Pamiętać należy jednak, że człowiek w obliczu choroby i śmierci jest w stanie ponieść wszelkie konsekwencje, nawet te najbardziej destrukcyjne.

²³³ F. Grotenhermen, *Gazeta Konopna Spliff*, „*Palenie marihuany w ciąży*”, 2015 nr 55, s. 4.

²³⁴ S. Maisto, M. Galizio, J. Connors, *Narkotyki. Zazywanie i Nadużywanie*, Warszawa 2000, s. 321.

²³⁵ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014, s. 90-91.

ROZDZIAŁ V

BADANIA WŁASNE

1. Rozmowa z Jakubem Gajewskim

Od 2006 roku w Polsce prężnie funkcjonuje stowarzyszenie Wolne Konopie, zajmujące się działalnością na rzecz legalizacji konopi indyjskich. Wywiad zamieszczony poniżej przeprowadzony został z jednym z najbardziej aktywnych działaczy prolegalizacyjnych marihuany do celów medycznych w Polsce, jakim jest Jakub Gajewski - człowiek o wielkim sercu i chęci niesienia pomocy każdemu, kto jej potrzebuje. Jako wiceprezes Wolnych Konopi odpowiada za koordynowanie i budowanie struktur stowarzyszenia oraz prowadzenie jego polityki w sieci. Jest organizatorem i współtwórcą głównych projektów prolegalizacyjnych, takich jak Marsze Wyzwolenia Konopi. Jakub Gajewski reprezentuje stowarzyszenie w mediach, debatach i dyskusjach. Wywiad ma na celu ukazanie działalności Wolnych Konopi na rzecz legalizacji cannabis oraz opinii na temat polskich uregulowań prawnych oczami człowieka, który konsekwentnie walczy o zmiany tychże zapisów.

- Czym dokładnie zajmują się Wolne Konopie? Do czego zmierzają Wasze działania? Jaki jest ich cel priorytetowy na chwilę obecną?

Jakub Gajewski: - Stowarzyszenie Wolne Konopie zajmuje się m.in. udzielaniem pomocy obywatelom, którzy muszą zmagać się z represyjnym systemem za używanie bądź uprawę konopi indyjskich. W miarę naszych możliwości zajmujemy się również edukacją wydając oraz tłumacząc książki dotyczące marihuany, organizując seminaria dla pacjentów dotyczące tematyki medycznej marihuany i uprawy konopi. Z powodzeniem, również przeprowadziliśmy prelekcje dla młodzieży z zakresu wiedzy o używce, jaką jest marihuana, jednak nasza organizacja jest jeszcze zbyt kontrowersyjna, aby rozszerzać taką działalność. Tłumaczymy teksty, zdobywamy wiedzę i przekazujemy ją zainteresowanym rodakom. Pomagamy pacjentom z zakresu wiedzy o medycznej marihuanie, łączymy środowiska, aktywizujemy ludzi zainteresowanych sprawą. Organizujemy happeningi, Marsze Wyzwolenia Konopi, tzw. Flashmob'y, Konopne Kluby Społeczne. Udzielamy pomocy rolnikom chętnym uprawiać konopie siewne uzyskiwać pozwolenia oraz zakontraktować ich przyszły

plon, reprezentujemy ich w urzędach. Działamy w szerokim spektrum w tym temacie, aczkolwiek możliwości nie pozwalają nam na robienie tego w takim zakresie jakim byśmy chcieli. Celem priorytetowym na chwilę obecną jest zmiana statusu medycznej marihuany oraz zmniejszenie kar za używanie konopi.

- Znane są powszechnie dowody potwierdzające skuteczność stosowania cannabis i przetworów, tj. olej konopny, w medycynie, m.in. przy leczeniu chorób opornych na medycynę konwencjonalną. Są też tacy twierdzą, że marihuana nie leczy, a szkodzi. Dlaczego zatem skuteczny medykament wzbudza kontrowersje i lęki wśród społeczeństwa?

J.G: - Prohibicjoniści przez ostatnie 80 lat zdemonizowali konopie w oczach światowego społeczeństwa i próbowali wymazać je z naszej pamięci. Używali do tego często nieprawdziwych argumentów, które nie miały odzwierciedlenia w rzeczywistości, co w efekcie doprowadziło do tego, że konopiami przestano się interesować, aby nie podpaść władzy, która ferowała wysokie wyroki za obcowanie z tą rośliną. Jedyne obrońcami konopi stały się nieliczne grupki represjonowanych obywateli, którzy nie mieli siły przebiccia i byli, a nawet wciąż są, marginalizowani. Naukowcy chcący badać konopie nie mogli tego robić bez presji rządowej oraz środowiskowej. Jeżeli składali podanie o granty w celu szukania negatywnego wpływu otrzymywali takowe od razu, natomiast, gdy chcieli zbadać jej walory medyczne mieli problemy z uzyskaniem wsparcia finansowego od strony rządowej czy firm farmaceutycznych. Ludzie ulegli wieloletniej nagonce na konopie równając jej używanie z twardymi narkotykami. W efekcie doprowadziło to do masowego odrzucenia tej rośliny mimo tego, że jest najbardziej przydatną człowiekowi. Ograniczenia związane z zastosowaniem konopi i innych ziół jest przykładem tego, jak bardzo człowiek się wynaturza i odchodzi od natury. Są różne powody negowania wykorzystywania konopi przez ludzi. Głównym wydaje się być jej multizastosowanie, które przeszkadza w osiągnięciu ogromnych zysków w różnych dziedzinach gospodarki, np. w przemyśle włókienniczym czy farmaceutycznym. Niestety, nie ma możliwości opatentowania rośliny i każdy z niej może skorzystać, co przeszkadza w osiągnięciu wielkich zysków przez koncerny. Większość zwykłych ludzi neguje ją z zasady, bo tak zostali indoktrynowani przez zastany po urodzeniu świat.

- Bardzo wiele dyskusji toczy się obecnie na temat stosowania oleju RSO. Powiedz, na czym polega metoda jego użycia w medycynie? Jakie są skutki leczenia olejem i na jakie choroby mógłby pomóc? Jakie regulacje prawne obowiązują w Polsce pod względem zastosowania oleju RSO w medycynie?

J.G.: - Olej RSO to substancja o wysokiej zawartości kannabinoidu THC, otrzymywanego z kwiatów konopi indyjskiej na bazie benzyny lekarskiej. Przeznaczony jest do leczenia stanów terminalnych chorób nowotworowych oraz innych, na które medycyna akademicka nie ma rozwiązania. Często jest jedynym lekiem przynoszącym ulgę bądź wprowadzającym w remisję nieuleczalne choroby. Jest relatywnie nieszkodliwym w długookresowym używaniu produktem, ale terapia nim nie jest łatwa, szczególnie, gdy obok nie ma lekarza, któremu pacjent-laik mógłby zaufać. Jednak sam olej RSO często nie wystarcza. Konieczne do terapii powinno się „dorzucić” drugi bardzo ważny kannabinoid, jakim jest CBD. Nauka udowodniła, że kannabinoidy najlepiej działają w synergii, dlatego też świat medyczny obecnie skupia się na ekstraktach z całych roślin, a nie tylko z kwiatów. Szacuje się, że olej działa skutecznie lecząc objawy ponad 200 chorób, w tym bardzo ciężkich. Skutkiem, tak jak mówiłem wyżej, może być zahamowanie choroby, zniwelowanie jej codziennych skutków utrudniających egzystencję, a nawet wprowadzenie w remisję. Niestety, ani w Polsce, ani nigdzie na świecie, poza Kanadą i stanem Kolorado, nie można używać oleju RSO, a i tam nie jest to proste i dostępne. Warto wspomnieć o innych rodzajach olejów uzyskiwanych na innych solwentach, tj. alkohol czy oliwa z oliwek. Takie oleje są bardziej wszechstronne, ponieważ zachowują więcej substancji znajdujących się w roślinie kosztem mniejszej zawartości THC, którego tak duża zawartość nie zawsze jest potrzebna lub wręcz nieadekwatna do danego schorzenia.

- Czy częste stosowanie marihuany uzależnia? Uważasz, że może stać się tzw. bramą do sięgnięcia po narkotyki twarde?

J.G.: - Zdecydowanie nie jest bramą do narkotyków twardych – ta ideologia jest często podnoszona przez piewców prohibicji, a jest jedną z najbardziej absurdalnych. Po pierwsze teoria tzw. „bramy przejścia” i tego, że marihuana jest wstępem do narkotyków jest obalona przez samą jej twórczynię. Po drugie, oryginalne badanie o „bramie przejścia” wskazywało, że to alkohol i tytoń są wstępem do innych

narkotyków, a prohibicjoniści przekręcili to na argument jakoby to marihuana była pierwszą używką. Autorka tych badań po kilkudziesięciu latach przeprowadziła je ponownie, gdzie jasno wskazała, że to alkohol i papierosy inicjują „przygody” z używkami. Dodatkowo, jeżeli robi się rzetelne badania, bez presji prokuratorskiej, tzw. monarowskiej czy policyjnej – ludzie uzależnieni, którzy sięgają po twarde narkotyki jasno zaznaczają, że to piwo lub papieros były ich pierwszą używką (takie badania zostały przeprowadzone kilka lat temu w Polsce przez Stowarzyszenie JUMP'93). Niektórym może wydawać się, że to marihuana jest pierwsza. Bierze się to z tego, że marihuana jest pierwszym nielegalnym narkotykiem z jakim obcuje najczęściej przyszli narkomani, którzy poszukują odskoczni od swoich problemów w różnego rodzaju używkach. Jeżeli człowiek konsumuje marihuanę w celach rekreacyjnych, a nie z powodu problemów, których nie potrafi rozwiązać, nie sięga wtedy po kolejne, twardsze i dosadniejsze „wrażenia”.

- Jakie jest Twoje stanowisko, osoby deklarującej się jako wieloletni konsument marihuany, wobec uzależnienia od konopi, które jest często poruszonym aspektem podczas dyskusji na temat legalizacji marihuany do celów rekreacyjnych?

J. G.: - Uzależnienie od konopi? Jasnym jest wszem i wobec, że jeżeli robimy coś dla przyjemności, a po to używa się marihuanę rekreacyjnie, można się od tej przyjemności uzależnić. Ja osobiście traktuję to uzależnienie jako coś pomiędzy przyzwyczajeniem, a uzależnieniem. Nadużywam konopi od ponad 18 lat, zaczynałem, gdy miałem 16 i po tym czasie stwierdzam, że nadużywanie marihuany nie spełnia wszystkich aspektów definicji „uzależnienia”. W małej ilości przypadków może mieć jednak wpływ na problemy w życiu, szczególnie młodego człowieka. Bierze się to jednak z nieodpowiedniego podejścia do tej używki, zrzucania na nią problemów jakie w życiu młodzieńczym się zaczynają. Moim zdaniem, większość ludzi, którzy używają marihuany problematycznie traktuje ją jako winowajcę swoich problemów nie szukając ich prawdziwej przyczyny. Każdy narkoman uzależniony od twardych narkotyków przyzna, że marihuana jest bardzo słabo uzależniająca, a przykładem słabego potencjału uzależniającego jest również fakt, że używanie jej w celach medycznych (najczęściej nie dla przyjemności) nie prowadzi w ogóle do uzależnienia, bądź skutki odstawienia prawie nie występują. Tyczy się to również innych substancji psychoaktywnych używanych w medycynie tj. morfina.

Dlatego, moim zdaniem, u podłoża uzależnienia się od czegokolwiek leży nie sama substancja, a brak chęci lub niemożność poradzenia sobie z życiowymi problemami. Rozwód rodziców, problemy w szkole, brak akceptacji środowiskowej, itp. Jeżeli poradzimy sobie z tymi problemami, dużo łatwiej będzie nam używać marihuany „nieproblematicznie” – jestem tego przykładem.

- Sądysz, że w Polsce zasadnym jest grupowanie narkotyków na tzw. twarde i miękkie?

J.G.: - Wydaje mi się, że jestem zbyt maluczki, aby występować przeciw światowym ekspertom, ale osobiście zmieniłbym całkowicie tę klasyfikację. Moim zdaniem, nie ma odzwierciedlenia w rzeczywistości i rodzi problemy. Jeśli nazywać coś to najlepiej po imieniu. Wprowadziłbym podział na narkotyki i używki. Osobiście uważam, że kawa, marihuana, haszysz, kava-kava, i tym podobne substancje to nie narkotyki tylko używki. Te substancje nie spełniają całości definicji narkotyku. Wśród używek marihuanę umieściłbym w górnej klasyfikacji szkodliwości. Wśród narkotyków, tzw. twardych, rozróżniłbym na bardziej szkodliwe i mniej szkodliwe. Przykładowo metaamfetamina, heroina to bardzo szkodliwe narkotyki, natomiast extasy jest mało szkodliwym, ale jednak twardym narkotykiem. Skupiłbym się również na tym, aby alkohol nazywać narkotykiem, wtedy społeczeństwo bardziej tolerowałoby ludzi używających innych substancji i łatwiej byłoby ich leczyć.

- Kilka miesięcy temu zostałeś zatrzymany przez policję przewożąc przez granicę olej RSO. Jakie postawiono Ci zarzuty i jak, na chwilę obecną, wygląda postępowanie w Twojej sprawie?

J.G.: - Niestety, na chwilę obecną nie mogę zbyt dużo o tym mówić, gdyż postępowanie wciąż nie zostało zakończone. Jeśli powiem coś co nie spodoba się pani prokurator może wnioskować o wtrącenie mnie do aresztu z powodów „mataczenia”. Mogę tylko powiedzieć, że zatrzymana została przesyłka zaadresowana na moje nazwisko i imię, a ja sam zgłosiłem się na komisariat z powodu zatrzymania w tej sprawie całkowicie niewinnych osób. Mija prawie rok, został przesłuchany lekarz mojej mamy oraz moi rodzice. Nie wiem jakie prokuratura teraz czynności prowadzi. Postawiono mi zarzuty wewnątrzspółnotowego nabycia dużej ilości środków odurzających, za co grozi mi 15 lat więzienia. Przylepiono mi łatkę zbrodniarza. Zajmowało się mną komando osiłków z międzynarodowej grupy antynarkotykowej

z Krosna Odrzańskiego - kilkadziesiąt osób, którzy niczego nieświadomi popełnili dużo większą zbrodnię konfiskując nieszkodliwe lekarstwa.

- Czy organy policji, prokuratury i sądownictwa zachowały się kompetentnie w przypadku Twojej sprawy?

J.G.: - Jeśli chodzi o czynności policji i straży granicznej po aresztowaniu, nie mam żadnych zarzutów! Wykonali swoją pracę uczciwie i zgodnie z prawem. Widać, że są to ludzie kulturalni i potrafią rozgraniczyć prawdziwych przestępców od politycznych aresztantów. Niestety prowokacja, która doprowadziła do aresztowania pozostawia wiele do życzenia, no ale cóż, nie wiedzieli wtedy jeszcze z kim mają do czynienia. Mój pierwszy prokurator to bardzo mądry człowiek, ale Niestety został odsunięty od sprawy. W dużo gorszy sposób zachowywała się prokuratura, gdy rodzice Andrzeja Dołęckiego pozostawali w areszcie, przeszkadzając w kontaktach z adwokatem czy chociażby utrudniając otrzymanie okularów przez ojca Andrzeja. Teraz prokuratura wykonała już parę absurdalnych czynności, jednak raczej jest to wina źle działającego systemu, niżli poszczególnych osób. Jeśli chodzi o sąd to do niego mam najwięcej szacunku ze względu na to, że zrozumiał moje argumenty i nie wsadził mnie do „lochów” pozwalając na odpowiadanie z wolnej stopy. Do tej pory siedziałbym w areszcie i tracił zdrowie. Kto wie kim byłbym teraz, gdybym miał obcować z ludźmi, którzy popełnili prawdziwie złe uczynki? Nie życzę nikomu być zamkniętym za niewinność.

- Wiele osób przychylnie wypowiada się za zmianami w regulacjach prawnych dotyczących wszelkich środków odurzających. Grono zaangażowanych w działalność, głównie na rzecz legalizacji marihuany oraz zwolenników takich zmian prawnych wskazuje na dość duże uchybienia, m.in. jeżeli chodzi o umarzanie spraw za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. Jak, Twoim zdaniem, wygląda polska polityka narkotykowa? Czy coś w tym prawie należałoby zmienić? Jeżeli tak, to co?

J.G.: - Polska polityka narkotykowa, mimo niewielkich zmian za czasów Platformy Obywatelskiej, nie rozwiązuje w ogóle problemu substancji psychoaktywnych, a wręcz ten problem generuje. Jest zarówno przeregulowana jeśli chodzi o alkohol i jednocześnie niedoregulowana, jeśli chodzi o inne używki. Z powodu braku odpowiedniej polityki i kontroli nad rynkiem używek żniwo zbierają

tw. „dopalacze”. Największym problemem jest brak rzetelnych szkoleń w tym zakresie dla prokuratorów i policji. Panuje totalny brak jakiegokolwiek wiedzy o prawdziwej szkodliwości danych narkotyków i używek. Instytucje i urzędnicy kierują się narkofobiczną wiedzą. Polityka narkotykowa w Polsce polega, moim zdaniem, jedynie na straszeniu i karaniu osób używających narkotyków i okradania ich z moralności, środków materialnych i zabierania sensu egzystencji na tym świecie. System terapeutyczny jest utrzymany na starych, już nieobowiązujących w większości krajów, zasadach. Nie ma chęci ze strony władz do reformowania tego systemu i jego zmiany. Jest to bardzo trudne, np. politykę redukcji szkód wprowadziliby raczej inni eksperci niż ci, którzy zajmują stanowisko „zero tolerancji”. Tutaj trzeba byłoby wymienić niemalże cały system i zmienić wiele zasad w nim obowiązujących. Od długich już lat reprezentanci idei „zero tolerancji” są na stanowiskach i tak łatwo ich nie oddadzą, bo z tego żyją. Również ze zmianą systemu wiąże się zmiana myślenia takich terapeutów. Wracając do pytania, zmieniłbym tutaj przede wszystkim podejście do narkotyków i używek oraz osób uzależnionych. Nie można ich traktować jak przestępców, tylko ludzi chorych. Przecież każdy uważa, że alkoholików powinno się leczyć, a nie wsadzać do więzień. Najpierw jednak zasięgnąłbym języka ekspertów i robiłbym to w oparciu o fakty i statystyki, a nie ideologie, dogmaty, i „tak jak mi się wydaje”.

- Spora część osób przedstawiających się jako stali konsumenci marihuany, ale nie tylko, twierdzą zgodnie, iż wielokrotnie bywali obiektem zainteresowania policji, doświadczali kompromitujących ich przeszukań, nakłaniano ich do potwierdzania nieprawdziwych lub do dobrowolnego poddawania się karom. Kolejnym głosem tych osób, jest wielki ukłon w Waszą stronę jako stowarzyszenia niosącego im pomoc. Jak w takim razie wygląda pomoc Wolnych Konopi? Jak jest odbierana przez organy wymiaru sprawiedliwości i ścigania?

J.G.: - Do czasu kiedy zaczęliśmy pomagać delikwentom złapanym za posiadanie lub uprawę marihuany, organy ścigania mogły z nimi robić dosłownie wszystko. Niewielka ilość osób знаła swoje prawa, policjanci wykorzystywali to i próbowali ich „wychowywać” bijąc i znęcając się fizycznie i psychicznie. Stowarzyszenie Wolne Konopie powstało właśnie z tego powodu. Sami na własnej skórze przekonaliśmy się, jak wielka niesprawiedliwość i głupota rządzą polityką prowadzoną wobec marihuany. Adwokaci również wykorzystywali niczego nieświadomych

„winowajców”. Postanowiliśmy stawić temu opór. Sami nauczyliśmy się prawa, bo żaden adwokat wtedy nie chciał nam pomagać. Sami przeszliśmy przez wszystkie ścieżki represji. Policjanci traktowali nas na równi z najgorszymi przestępcami. Wiele osób ma z tego powodu problemy osobiste, prawne, egzystencjonalne, wiele wyjechało, bo miało już dość życia w takim państwie, gdzie nie robiąc nic złego nikomu wrzuca się człowieka do jednego worka z najcięższymi przestępstwami. Dopiero po jakimś czasie zainteresowali się naszą sprawą adwokaci i prawnicy wrażliwi na krzywdę ludzką i niesprawiedliwe prawo. Jednak wciąż była to garstka zapaleńców. Kiedy zaczęliśmy pomagać osobom biorąc czasem udział w sprawach, prokuratorzy już nie mieli takiego łatwego zadania. Bywało, że wyrzucano nas z Sali, gdy krzyczeliśmy "hańba" nie zgadzając się z wyrokiem. Bywało, że zaskoczeni prokuratorzy przegrywali sprawy i potrafili do nas podejść i powiedzieć „ach te Wolne Konopie”. Na przestrzeni czasu zmieniło się podejście do nas diametralnie, ale pamiętajmy, że Polska jest długa i szeroka i wciąż jeszcze codziennie zdarzają się absurdy dotyczące karania za posiadanie czy uprawę marihuany.

- Bieżący rok przyniósł wiele zmian, głównie zauważalnych na polskiej scenie politycznej. Zmienił się Prezydent, ale również obóz rządzący. Czy Twoim zdaniem, zmienić się może również polska polityka narkotykowa? Czy politycy są wystarczającymi ekspertami przy tworzeniu prawa narkotykowego?

J.G.: - Środowisko obecnie rządzących jest znane z hurtowej produkcji narkofobów, których dogmaty, ideologie i nabyta narkofobia całkowicie przesłaniają racjonalne myślenie. Politycy jako ogół nie są ekspertami i nie będą. Ich rola powinna opierać się na korzystaniu z pomocy ekspertów, którzy zgodnie z danymi, statystykami i nauką podają rozwiązania problemu. Oni powinni to przegłosowywać albo odrzucać. Niestety, w kwestii karania za posiadanie i uprawę konopi indyjskich obawiam się podniesienia kar i większych represji wobec konsumentów w celach rekreacyjnych. Minister Sprawiedliwości i Prokurator Generalny zarazem osobiście składał projekt podwyższający dolne i górne granice kar o 10 lat za korzystanie z konopi. Teoretycznie wtedy za uprawę i posiadanie marihuany można będzie otrzymać nawet 25 lat więzienia. Inaczej sprawa ma się co do używania konopi w celach medycznych. W życiu nie pomyślałbym o tym, że ten rząd może to poprzec. Wydaje się, że gdy wypowiadam te słowa, w ciągu 48 godzin poddana pod głosowanie ma być ustawa dotycząca wykorzystania marihuany i jej pochodnych

w medycynie, którą zaproponowaliśmy jako Koalicja Medycznej Marihuany. Ustawa ma najpierw znaleźć się w komisji, a następnie ma być poddana pod głosowanie w Sejmie. Do tej pory nie mogę w to uwierzyć i dopóki to się nie stanie, nie uwierzę. W każdym bądź razie, sytuacja ta świadczy tylko i wyłącznie o hipokryzji, chaosie, i totalnej niewiedzy rządzących. Jeżeli stanie się tak jak napisałem, nie będzie żadnych konsultacji z Ministerstwami, chociażby zdrowia. Politykę, którą zaproponowaliśmy będą wprowadzać instytucje i ludzie, którzy często nic na ten temat nie wiedzą. Do tej pory wykonywali ślepo strategię polityki narkotykowej „zero tolerancji”. Podam dość radykalny przykład, ale pokazujący skalę nonsensu w jakiej się znajdujemy. Absurdem jest leczenie marihuaną dzieci w szpitalach, a zarazem wtrącanie ich rodziców na 25 lat za to, że używają konopi w celach sprawienia sobie przyjemności, chociażby z powodu trudnego życia, które spowodowała choroba dziecka i chory system zdrowotny, który piętnuje skuteczne terapie.

- Czy czujesz się osobą pokrzywdzoną przez wymiar sprawiedliwości przez wzgląd na zatrzymanie i postawienie Ci zarzutów? Jak Ty, jako osoba oskarżona, odbierasz te zarzuty?

J.G.: - Czuję się ogromnie pokrzywdzony przez państwo. Już nie mówię o postawieniu mi zarzutów czy długoletniego poczucia bycia odrzutkiem i banitą. Boli mnie okrutnie to, że nasi ojcowie niszczą życie swoim synom i córkom tylko i wyłącznie z uprzedzeń i fałszywych przekonań. Boli okrutnie mnie to, że gdy chcemy pokazać ojcom, że się mylą jesteśmy traktowani jak bękarty i nikomu niepotrzebny plebs. A palacze zioła to w dużej mierze ludzie z problemami wewnętrznymi czy rodzinnymi, wrażliwi i inteligentni, bo marihuana w przeciwieństwie do alkoholu, czy narkotyków w proszku pobudza wyobraźnię, otwiera umysł, poszerza percepcję. Na chwilę obecną konsumenci marihuany chowają się w domach i piwnicach zamiast wyjść do ludzi i wzbogacać nasze zalkoholizowane i agresywne społeczeństwo. Oczywiście, nadużywanie marihuany ma swoje negatywne efekty uboczne. U nadużywającego mogą wystąpić reakcje przeciwne od wyżej wymienionych. We wszystkim trzeba znać umiar. Ale jest to roślina relatywnie nieszkodliwa. Dlatego patrząc na moje życie nie żałuję, że używam konopi. Żałuję, że zacząłem robić to tak wcześnie, a świat dorosłych okłamał mnie oferując mi alkohol, jednocześnie zabraniając marihuany. Gdybym zgodził się z naszymi ojcami już dawno stałbym pod budką z piwem, nie będąc przydatny społeczeństwu w żadnym stopniu. Mam nadzieję, że to się zmieni. Bez ofiar nie ma sukcesu. Ja i moi

koledzy i koleżanki, pacjenci i opiekunowie jesteśmy tymi ofiarami, dzięki, którym status tej najbardziej przydatnej rośliny człowiekowi się zmieni.

- Bardzo dziękuję za rozmowę.

2. Metodologia badań ankietowych

Badanie naukowe jest wieloetapowym procesem różnorodnych działań, zapewniających w pełni obiektywne, dokładne i wyczerpujące poznanie wybranego elementu rzeczywistości społecznej, przyrodniczej, kulturowej lub technicznej.²³⁶ Jednym z najistotniejszych składowych prowadzenia badań naukowych jest wyszczególnienie celu i przedmiotu danego badania.²³⁷ Celem badań przeprowadzonych w formie sondażu diagnostycznego, jest poznanie zależności związanych z wiekiem młodzieży licealnej a wiedzą na temat stosowania środków odurzających oraz skutków wynikających z nadużywania narkotyków. Przedmiotem badania jest wiedza ogólna młodzieży z zakresu problemu narkomanii. Kolejnym istotnym elementem badania naukowego jest problem badawczy, określany jako „pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”²³⁸. Niniejsze badanie ankietowe posłużyło do odpowiedzi na problem badawczy jakim jest efektywność kształcenia młodych ludzi z zakresu problematyki społecznej, na przykładzie posiadanej wiedzy na temat środków odurzających i substancji psychotropowych.

Badaniu ankietowemu poddanych zostało łącznie 125 osób. Ankietowani zostali podzieleni na dwie grupy, zależnie od wieku. W pierwszej grupie znaleźli się uczniowie klas pierwszych technikum, natomiast druga grupa to maturzyści, osoby uczęszczające do klas czwartych technikum. Badanie było całkowicie anonimowe, co gwarantowało respondentom bezpieczeństwo, a tym samym pozytywnie oddziaływało na otwartość i szczerść odpowiedzi. Kwestionariusz ankiety zawierał 20 pytań, w tym 18 zamkniętych i 2 otwarte. Analiza wyników odpowiedzi udzielonych w ankiecie została przedstawiona w poniższym podrozdziale.

²³⁶ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1997, s. 26

²³⁷ M. Węglińska, *Jak pisać pracę magisterską?*, Kraków 1997, s. 8.

²³⁸ T. Pilch, T. Bauman: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 43

3. Analiza wyników badań ankietowych

Badanie ankietowe przeprowadzone zostało na dwóch grupach uczniów technikum, uczęszczających do pierwszej i czwartej klasy. Liczba uczniów klas pierwszych, którzy uczestniczyli w badaniu wyniosła 65 osób, natomiast uczniów klas czwartych poddanych badaniu było 60. Poniższe tabele przedstawiające wyniki oraz treści są opracowaniem własnym, dokonany na podstawie informacji uzyskanych z przeprowadzonych ankiet.

Tabela 1a. Płeć (klasa I)

Płeć	Liczba	[%]
kobieta	25	38,46
mężczyzna	40	61,54
Razem:	65	100

Tabela 1b. Płeć (klasa IV)

Płeć	Liczba	[%]
kobieta	13	21,67
mężczyzna	47	78,33
Razem:	60	100

Ankietę wypełniło łącznie 125 osób: 65 uczniów klas pierwszych oraz 60 maturzystów. Wśród uczniów przebadanych klas większą liczbę stanowili mężczyźni: ponad 60% w klasach pierwszych oraz 78,33% w klasach czwartych.

Tabela 2a. Miejsce zamieszkania (klasa I)

Miejsce zamieszkania	Liczba	[%]
miasto	23	35,38
wieś	42	64,62

Tabela 2b. Miejsce zamieszkania (klasa IV)

Miejsce zamieszkania	Liczba	[%]
miasto	27	45
wieś	33	55

Większość uczniów, zarówno z pierwszej i drugiej grupy przebadanych, mieszka na wsi (64,62% i 55%).

Tabela 3a. Czy kiedykolwiek stosowałeś/-łaś środki odurzające? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	12	18,46
nie	53	91,54

Tabela 3b. Czy kiedykolwiek stosowałeś/-łaś środki odurzające? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	27	46,67
nie	33	53,33

Na kolejne pytanie, dotyczące stosowania środków psychoaktywnych przez ankietowaną młodzież, odpowiedzi były dość zróżnicowane. Uczniowie klas pierwszych, czyli osoby w wieku 16-17 lat, w większości (91,54%) odpowiedzieli, iż nigdy nie stosowali żadnych substancji zakazanych. Zaledwie 12 osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej. W przypadku młodzieży klas maturalnych blisko połowa z nich potwierdziła stosowanie środków odurzających. 53,33% zaprzeczyło jakoby miało bezpośrednią styczność z narkotykami.

Tabela 4a. Jakiego rodzaju środki odurzające stosowałeś/-łaś? (klasa I)

Rodzaj środka	Liczba	[%]
środki halucynogenne (np. marihuana, haszysz)	7	50,00
środki pobudzające (np. kokaina, amfetamina)	4	28,57
środki uspokajające (np. heroina, opium)	-	0,00
inne (np. środki przeciwbólowe)	3	21,43

Tabela 4b. Jakiego rodzaju środki odurzające stosowałeś/-łaś? (klasa IV)

Rodzaj środka	Liczba	[%]
środki halucynogenne (np.	20	52,63

marihuana, haszysz)		
środki pobudzające (np. kokaina, amfetamina)	12	31,58
środki uspokajające (np. heroina, opium)	1	2,63
inne (np. środki przeciwbólowe)	5	13,16

Osoby, które potwierdziły stosowanie narkotyków, otrzymały dodatkowe pytanie o rodzaj stosowanych przez nich substancji. Uczniowie klas pierwszych najczęściej konsumują środki halucynogenne, takie jak marihuana czy haszysz (50%). Nikt natomiast nie przyznaje się do zastosowania środków uspokajających. Zainteresowanie wśród 17-latków budzą także środki pobudzające (28,57%) oraz inne, takie jak środki przeciwbólowe (21,43%). Sytuacja wśród uczniów klas czwartych wygląda dość podobnie. Stosujący środki odurzające w wieku maturalnym najchętniej sięgają po marihuanę i jej pochodne (52,63%). Kolejno na liście środków stosowanych przez 20-latków jest kokaina i amfetamina (31,58%), środki przeciwbólowe (13,16%). Najmniejszym zainteresowaniem cieszą się heroina i opium, klasyfikowane jako środki uspokajające – do ich stosowania przyznała się jedna osoba wśród ankietowanych.

Tabela 5a. Skąd pozyskałeś/-łaś środki odurzające? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
znajomi	10	83,33
diler	2	16,67
rodzina	-	-
Internet	-	-
inne	-	-

Tabela 5b. Skąd pozyskałeś/-łaś środki odurzające? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
znajomi	16	57,14
diler	10	35,71
rodzina	1	3,57

Internet	1	3,57
inne	-	-

Biorąc pod uwagę pozyskiwanie środków odurzających przez osoby młode, zarówno w pierwszej jak i drugiej grupie badanych uczniów, większość wskazuje, że otrzymało narkotyki od znajomych: 83,33% stosujących środki odurzające z klas pierwszych oraz 57,14% konsumentów z klas czwartych. Kolejnym najczęściej wskazywanym źródłem w obu grupach są dilerzy (16,67%, 35,71%). Nikt z pierwszoklasistów nie wskazał innej odpowiedzi. W grupie maturzystów padło po jednej odpowiedzi wskazujących jako źródło pozyskania narkotyków rodzinę i Internet.

Tabela 6a. Co Twoim zdaniem, może skłaniać do zastosowania narkotyków? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
ciekawość	20	30,76
znajomi	15	23,07
problemy	5	7,69
chęć nowych doznań/wrażeń	5	7,69
chęć szybszego przyswajania wiedzy	8	12,30
chęć zaimponowania innym	7	10,76
inne	-	-

Tabela 6b. Co Twoim zdaniem, może skłaniać do zastosowania narkotyków? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
ciekawość	15	25,00
znajomi	17	28,33
problemy	10	16,66
chęć nowych doznań/wrażeń	5	8,33

chęć szybszego przyswajania wiedzy	8	13,33
chęć zaimponowania innym	5	8,33
inne	-	-

Nieznacznie odpowiedzi różnią się w kwestii impulsów skłaniających do sięgnięcia po środki odurzające. Zdaniem pierwszoklasistów głównym bodźcem jest ciekawość - takiej odpowiedzi udzieliło aż 20 osób wśród 65 przebadanych (30,76%). Do zastosowania narkotyków, według ankietowanych, mogą także znajomi (23,07% ankietowanych uczniów klas pierwszych). Najmniej uczniów odpowiedziało, iż chęć imponowania innym wpływa na sięganie pod zakazane substancje (10,76%). Odpowiedzi maturzystów nieznacznie różnią się od młodszych kolegów. Zgodnie ze zdaniem czwartoklasistów to znajomi mają największy wpływ na nakłanianie do sięgania po narkotyki (28,33%). Kolejnym impulsem może być ciekawość (25%) oraz problemy dotyczące każdego człowieka (16,66%). Po 5 osób w obydwu grupach ankietowanych odpowiedziało, że chęć imponowania innym oraz chęć odczuwania nowych doznań ma wpływ na konsumpcję środków psychoaktywnych. 13,33% maturzystów stwierdziło jako bodziec chęć szybszego przyswajania wiedzy.

Tabela 7a. Jaki jest Twój stosunek do osób sięgających po narkotyki? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
jestem obojętny/-a	15	23,07
nie podoba mi się to, ale jestem osobą tolerancyjną	22	33,85
próbuję pomóc	8	12,31
nie widzę w tym problemu	12	18,46
nie mam zdania	8	12,31

Tabela 7b. Jaki jest Twój stosunek do osób sięgających po narkotyki? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
jestem obojętny/-a	18	30,00
nie podoba mi się to, ale jestem osobą tolerancyjną	30	50,00
próbuję pomóc	4	6,67

nie widzę w tym problemu	6	10,00
nie mam zdania	2	3,33

Następne pytanie dotyczyło stosunku młodych ludzi do osób, które sięgają po narkotyki. Uczniowie obu ankietowanych grup stwierdzili, że takie zjawisko nie podoba im się, jednak są osobami tolerancyjnymi (33,85%, 50%). 22 uczniów klas pierwszych oraz 18 czwartoklasistów wskazało swoją obojętność wobec konsumentów środków odurzających. 10% przebadanych maturzystów i 18,46% pierwszoklasistów twierdzi zgodnie, iż są obojętni na tego typu zjawiska. Zaledwie 12,31% uczniów klas pierwszych i 6,67% klas czwartych próbuje w jakikolwiek sposób pomóc osobom uzależnionym.

Tabela 8a. Czy, Twoim zdaniem, stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	58	89,23
nie	5	13,68
nie mam zdania	2	3,09

Tabela 8b. Czy, Twoim zdaniem, stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	40	66,57
nie	16	25,57
nie mam zdania	4	6,67

Większość młodzieży w wieku 17 i 20 lat uważa, że stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 58 uczniów klas pierwszych (89,23%) oraz 40 uczniów klas czwartych (66,57%). 13,68% pierwszoklasistów odpowiedziało, że konsumpcja narkotyków nie ma związku z uzależnieniem. Pozostali (2 osoby) nie ma zdania na ten temat. W przypadku 20-latków

odpowiedzi negatywnej udzieliło 25,57% ankietowanych, natomiast 4 osoby nie mają zdania.

Tabela 9a. Czy, według Ciebie, narkomania jest chorobą? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	50	76,92
nie	13	20,00
nie mam zdania	2	3,08

Tabela 9b. Czy, według Ciebie, narkomania jest chorobą? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	37	92,50
nie	2	5,00
nie mam zdania	1	2,50

Aż 92,50 % czwartoklasistów twierdzi, że narkomania jest chorobą. Tylko 2 osoby miały odmienne zdanie, natomiast 1 osoba stwierdziła, że nie ma zdania na powyższy temat. Nieco inaczej wyglądały odpowiedzi uczniów klas pierwszych, gdzie 76,92% z nich uważa narkomanię za chorobę. Przeciwnych temu stanowisku było 20% ankietowanych, 2 osoby nie dały odpowiedzi.

Tabela 10a. Do kogo zwróciłbyś/-abyś o pomoc się w przypadku uzależnienia narkotykowego? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
rodzice	30	46,15
znajomi	10	15,38
rodzina	7	10,77
ośrodek specjalistyczny	10	15,38
szkoła	5	7,69
kościół	3	4,62
nie mam zdania	-	-

Tabela 10b. Do kogo zwróciłbyś/-abyś o pomoc się w przypadku uzależnienia narkotykowego? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
rodzice	17	28,33
znajomi	21	35,00
rodzina	12	20,00
ośrodek specjalistyczny	8	13,33
szkoła	1	1,67
kościół	1	1,67
nie mam zdania	-	-

Na pytanie do kogo młodzież zwróciłaby się o pomoc w przypadku uzależnienia narkotykowego, grupa młodszych uczniów wskazała rodziców jako pierwszą pomoc w przypadku takiego problemu (46,15%). 15,38% wskazało jako pomoc znajomych oraz ośrodek wyspecjalizowany. Najmniej osób udzieliło odpowiedzi, jakoby kościół stanowił źródło pomocy w uzależnieniu narkotykowym (4,62%). Czwartoklasiści najczęściej odpowiadali, że o pomoc zwróciliby się do znajomych (35%), rodziców (28,33%) oraz pozostałych członków rodziny (20%).

Tabela 11a. Czy uważasz legalizację marihuany za działanie słuszne? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	31	47,69
nie	28	43,08
nie mam zdania	6	12,31

Tabela 11b. Czy uważasz legalizację marihuany za działanie słuszne? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	37	63,99
nie	19	32,76
nie mam zdania	2	3,45

Następne pytanie dotyczyło słuszności legalizacji marihuany w Polsce. Zarówno pierwszo- jak i czwartoklasiści uważają w większości, że takie rozwiązanie jest właściwe (47,69%, 63,99%). Odmiennego zdania było 28 uczniów klas pierwszych oraz 19 maturzystów. Łącznie 8 osób odpowiedziało, że nie ma zdania na ten temat.

Tabela 12a. Czy, według Ciebie, narkomania jest problemem społecznym? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	25	38,46
nie	27	41,54
nie mam zdania	13	20,00

Tabela 12b. Czy, według Ciebie, narkomania jest problemem społecznym? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	30	50,00
nie	21	35,00
nie mam zdania	9	15,00

Zdaniem 41,54% uczniów klas pierwszych technikum narkomania nie jest problemem społecznym. Odmiennego zdania jest 38,46% ankietowanych. Aż 13 osób w wieku 16-17 lat odpowiedziało, że nie ma zdania. Zupełnie innego zdania są osoby uczące się w lasach czwartych. Ich zdaniem narkomania jest zjawiskiem problematycznym (50%), innego zdania było 35% uczniów tej grupy. 9 osób nie udzieliło odpowiedzi ani pozytywnej ani negatywnej.

Tabela 13a. Czy, Twoim zdaniem, narkotyki budzą zainteresowanie wśród młodych osób? (klasa I)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	20	30,75
nie	41	63,08
nie mam zdania	4	6,15

Tabela 13b. Czy, Twoim zdaniem, narkotyki budzą zainteresowanie wśród młodych osób? (klasa IV)

Odpowiedź	Liczba	[%]
tak	32	53,33
nie	22	36,67
nie mam zdania	6	10,00

Ostatnie pytanie zamknięte dotyczyło zainteresowania młodzieży środkami odurzającymi. Ponad połowa maturzystów (53,33%) potwierdziło tą tezę, przeciwnym było 36,67% czwartoklasistów. Odmiennego zdania byli pierwszoklasiści, których 63,08% odpowiedzi było zaprzeczających. 30,75% uczniów klas pierwszych stwierdziło, że osoby młode interesują się stosowaniem narkotyków. Łącznie 10 osób stwierdziło, że nie potrafią dać jednoznacznej odpowiedzi.

Kolejne pytanie było otwarte i brzmiało „co to jest uzależnienie?”. Odpowiedzi niemalże wszystkich uczniów klas pierwszych wskazywały, iż uważają oni uzależnienie za nieodpartą, silną potrzebę zażywania czegoś (alkoholu, narkotyków, papierosów, leków), która jest niemożliwa lub bardzo trudna do opanowania. Uczniowie klas czwartych twierdzili, że uzależnienie to reakcja organizmu na środek, np. psychoaktywny, przejawiająca się silną potrzebą zażycia tego środka, a w przypadku dłuższego odstawienia, powodująca negatywny wzrost złego samopoczucia, spowodowany niemożnością zażycia środka. Często pojawiały się także odpowiedzi, w których pojęcie uzależnienia definiowano jako chorobę lub zaburzenie psychiczne.

Ostatnie zagadnienie również miało charakter otwarty. Uczniowie odpowiadali na pytanie „co, według Ciebie, należy zrobić aby zmniejszyć zjawisko narkomanii?”. Odpowiedzi były bardzo różnorodne. Większość respondentów z obydwu badanych grup wiekowych uważa, że ograniczenie zjawiska narkomanii wiąże się z profilaktyką i edukacją, począwszy od dzieci i młodzieży szkolnej, po osoby w średnim wieku i starszych. Uczniowie twierdzą, że uzależnionych należy leczyć, a nie poddawać restrykcjom i sankcjom karnym. Wielu z ankietowanych przychylnie wypowiada się także o kampaniach informacyjnych, niektórzy opowiadają się za legalizacją narkotyków miękkich. Kilku uczniów odpowiedziało, że nie ma pomysłu na efektywne zwalczanie zjawiska narkomanii.

Podsumowując, dzięki analizie przeprowadzonego badania ankietowego można wysnuć wiele ciekawych wniosków. Współczesna młodzież wydaje się być grupą społeczeństwa, która świadomie podchodzi do problematyki związanej z narkotykami i narkomanią. Widać także niekiedy różnice w odpowiedziach, związane z wiekiem respondentów. Uczniowie pierwszych klas technikum mieli znacznie mniejszą styczność ze środkami odurzającymi (18,46%). Nie uważają oni narkomanii jako problemu społecznego, sądzą natomiast, że uzależnienie narkotykowe jest chorobą. Największym zaufaniem, jeżeli chodzi o pomoc w uzależnieniu, obdarzają swoich rodziców. Połowa osób deklarujących się jako użytkownik substancji zakazanych, wskazało jako środek zażyty raz bądź więcej, substancje z grupy halucynogennych (marihuana, haszysz). Pozyskiwane środki pochodziły od znajomych lub dilerów. Zdaniem pierwszoklasistów, głównym czynnikiem skłaniającym do zastosowania narkotyków jest ciekawość (30,76%) oraz namowy znajomych (23,07%). Respondenci wskazali także swój negatywny stosunek do osób sięgających po środki odurzające (33,85%). Niepokojącym wydaje się być jednak fakt, iż blisko 20% uczniów klas pierwszych nie widzi problemu zjawiska sięgania po narkotyki przez swoich rówieśników. 89,23% uczniów twierdzi zgodnie, że stosowanie środków psychoaktywnych prowadzi do uzależnienia narkotykowego, co wskazuje na ich obiektywne podejście do tego typu problemów społecznych. Uważają także, że narkotyki nie budzą zainteresowania młodzieży (63,08%). Sytuacja zmienia się z wiekiem respondentów. Grupa uczniów klas maturalnych (46,67%), twierdzi, że stosowało środki odurzające. Ich zdaniem narkomanię należy postrzegać jako istotny problem dotyczący społeczeństwa oraz chorobę XXI wieku. Czwartoklasiści, odmiennie od młodszych kolegów, twierdzą, że narkotyki są produktem interesującym współczesną młodzież. Jako pomoc w uzależnieniu maturzyści zwróciliby się do znajomych lub rodziców. Obydwie grupy biorących udział w badaniu uważają za działanie słuszne legalizację marihuany w Polsce (47,69% i 63,99%). Uczniowie sklasyfikowani do obydwu grup wiekowych wykazali się dość dobrą wiedzą na temat uzależnienia narkotykowego. Każdy z respondentów potrafił prawidłowo zdefiniować pojęcie uzależnienia. Jako środki zapobiegające narkomanii, większość ankietowanych uznaje edukację od najmłodszych lat szkolnych oraz zmiany prawne umożliwiające jak najwięcej możliwości leczniczo-terapeutycznych. Biorąc pod uwagę całokształt wniosków wyciągniętych z powyższego badania, należy zwrócić uwagę na obiektywizm udzielanych przez uczniów odpowiedzi, biorąc pod uwagę wiek danego respondenta. Ich stosunek do uzależnień, stosowania środków psychoaktywnych oraz osób je stosujących zmienia się wraz z wiekiem, pomimo

zauważalnej, lecz niewielkiej różnicy wiekowej. Uczniowie uzupełniając kwestionariusz ankiety podeszli do tego bardzo poważnie i odpowiedzialnie, wykazując tym samym chęć do uczestnictwa w badaniu.

ZAKOŃCZENIE

Zapisy prawne zawarte w Ustawie z 29 lipca 2005 roku od kilku lat wzbudzają szereg dyskusji ekspertów, prawników, lekarzy oraz ogółu społeczeństwa. Jedni uważają, że polityka narkotykowa obowiązująca w Polsce to restrykcje, które bardzo niekorzystnie wypadają na tle innych państw europejskich, natomiast odmiennego zdania są sceptycy, których zdaniem jedynie restrykcyjne prawo może pełnić funkcje odstraszająco-profilaktyczne względem sięgania po jakiegokolwiek środki psychoaktywne. Obiektywnie, nie da się jednoznacznie ocenić skuteczności i zasadności obranych przez polskich ustawodawców rozwiązań. Wiele argumentów przemawia jednak za jej niską efektywnością względem ponoszonych przez budżet kosztów. Penalizacja czynów takich jak posiadanie, wytwarzanie czy handel środkami odurzającymi substancjami psychotropowymi nieznacznie wpływają na redukcję ich konsumpcji. Państwo wdraża także różnego rodzaju programy edukacyjne, profilaktyczne w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który stanowi pewne ramy podstawowej działalności antynarkotykowej podejmowanej przez administrację szczebla centralnego oraz jednostki samorządu terytorialnego. Polska jako członek ONZ oraz Unii Europejskiej opiera swoje prawo oraz realizuje założenia międzynarodowe zwiększające efektywność działań skierowanych przeciwko narkomanii oraz ograniczające popyt i podaż na narkotyki.

Problem związany z polityką narkotykową w Polsce wiąże się również z coraz częstszymi dyskusjami ma temat legalizacji marihuany do celów rekreacyjnych, medycznych i przemysłowych. Konopia indyjska jest prawdopodobnie jedyną taką rośliną na świecie, która wzbudza tak burzliwe dyskusje i rozbieżne stanowiska. Przeciwnicy wskazują trafnie, że jest to środek odurzający, a więc niosący za sobą szereg destrukcyjnych oddziaływań zdrowotnych, ale także dotyczących bezpieczeństwa (np. prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem marihuany). Po stronie sceptyków opowiadają się politycy, konserwatywni badacze, część lekarzy, a nawet kler. Zwolennicy liberalizujący marihuanę słusznie wskazują jak wielkie korzyści niesie za sobą legalizacja cannabis względem budżetu państwa oraz wzrostu zatrudnienia wśród społeczeństwa, wskazują także niezliczone możliwości zastosowania przetworów konopnych w przemyśle odzieżowym, medycznym, kosmetycznym czy budowlanym. Warto wspomnieć również o medycznym zastosowaniu konopi indyjskiej.

Przeprowadzono wiele badań wskazujących na pozytywne oddziaływanie kannabionoidów, czyli związków zawartych w roślinach konopi, w leczeniu schizofrenii, jaskry, epilepsji, a nawet chorób nowotworowych. Udowodniono, że olej konopny redukuje liczbę komórek nowotworowych u myszy z guzem mózgu, potocznie zwanym glejakiem. Niestety, obecne prawo w Polsce zabrania leczenia konopiami indyjskimi. W rozmowie przeprowadzonej z Jakubem Gajewskim, wiceprezesem stowarzyszenia Wolne Konopie poruszono kwestie związane z uregulowaniami prawnymi dotyczącymi cannabis, kwestiom uzależnienia narkotykowego oraz medycznego zastosowania marihuany. Rozmówca przedstawił swoją opinię na temat kompetentności działań organów wymiaru sprawiedliwości względem „więźniów narkotykowych” na przykładzie własnego zatrzymania.

Niniejsza praca zawiera także opracowane wnioski wynikające z badania ankietowanego przeprowadzonego na uczniach klas pierwszych i czwartych technikum. Podzieleni zostali oni na dwie grupy względem swojego wieku, odpowiadali na identyczne pytania dotyczące postrzegania przez nich problemu narkomanii, stosowania narkotyków przez osoby w ich wieku. Młodzież zgodnie twierdzi, że aby zapobiegać narkomanii należy przede wszystkim jak najwcześniej rozpocząć edukację, od najmłodszych lat szkolnych, poprzez programy edukacyjno-profilaktyczne dla osób dorosłych. Ich zdaniem odpowiednia wiedza na temat skutków stosowania środków psychoaktywnych oraz umiejętność jej stosowania w praktyce jest w stanie częściowo ograniczyć zjawisko narkomanii. Uczniowie uważają, że uzależnienie narkotykowe jest zarówno chorobą, jak też znacznym problemem społecznym. Wykazują swoją niechęć do stosowania narkotyków, wyrażając jednak tolerancję i chęć pomocy samym uzależnionym.

Podsumowując, obecnie obowiązująca Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, powinna zostać znowelizowana szczególnie jeżeli chodzi o dwie kwestie: określenie terminu „nieznaczne ilości środków odurzających” oraz wprowadzenie wartości granicznych związanych wcześniej wspomnianym terminem. Aprobatę dla tego typu rozwiązań wyrażają także zwolennicy legalizacji marihuany, którzy najczęściej bywają represjonowani w związku z posiadaniem przy sobie w chwili zatrzymania małych ilości tego środka na własny użytek. Zasadnym wydaje się więc więc depenalizacja tego typu czynów, uważanych obecnie za przestępstwo. Dyskusyjną kwestią jest także stosowanie pochodnych konopi indyjskich w medycynie, co z pewnością przyniosłoby wiele pozytywnych skutków

społecznych. Zdaniem wielu ekspertów, to pacjent powinien być główną jednostką decyzyjną w kwestiach dotyczących jego zdrowia i terapii leczniczej.

Każde rozwiązania, nie tylko dotyczące polityki narkotykowej, niosą za sobą wiele odmiennych zdań, opinii i sporów. Ustawodawca nie jest w stanie zadowolić każdego, jednak najważniejszym elementem brany pod uwagę w kwestii zmian lub nowych uregulowań powinno być dobro społeczeństwa, a nie zadowalanie poszczególnych grup interesu. Niewątpliwie, problem narkomanii i stosowania środków odurzających powinien być poruszany na forum publicznym, przez media, naukowców, ale także polityków i inne autorytety budzące uznanie społeczeństwa. Edukacja mas powinna być konstruowana w ten sposób, aby każdy miał możliwość wypracowania własnego stanowiska, lecz w oparciu o merytoryczne fakty i źródła naukowe fakty, a nie teorie „mitów” demonizujące problematykę uzależnień narkotykowych.

BIBLIOGRAFIA

I. Akty prawne

1. Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 roku sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 roku, (Dz. U. 1966, nr 45, poz. 227 ze zm.).
2. Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi (Dz. U. 1995, nr 15, poz. 69).
3. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku Kodeks Karny (Dz. U nr 60, poz. 571).
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. 2011, nr 78, poz. 428).
5. Strategia antynarkotykowa Unii Europejskiej na lata 2013-2020 (Dz. Urz. UE 2012/C 402/1).
6. Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 roku o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz. U. 1951, nr 001, poz. 4).
7. Ustawa z dnia 8 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii (Dz. U. 1985, nr 4, poz. 15).
8. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997, nr 75, poz. 468)
9. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485).

II. Literatura

1. Abel E. L., *Marihuana pierwsze dwanaście tysięcy lat*, wyd. Łatawiec, Warszawa 2010.
2. Andrzejew-Frączak D., Biuro studiów i ekspertyz, Kancelaria Sejmu, „*Problemy związane z narkomanią w prawie międzynarodowym*”, 1992 nr 59.
3. Benetowa S., *Konopie w wierzeniach i zwyczajach ludowych*, Oficyna Wydawnicza BRACTWO TROJKA, przedruk z 1936 roku.
4. Boltryk P., *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce (na przykładzie konopi innych niż włókniste)*, Białystok 2014.

5. Brzyski P., *Gazeta Konopna Spliff*, „*Dom z konopi cz.1. Budownictwo ekologiczne z wykorzystaniem konopi włóknistych*”, 2016 nr 55.
6. Gasowska A., *Narkomania w Polsce w latach 2000-2006*, Gdańsk 2007.
7. Grotenhermen F., *Gazeta Konopna Spliff*, „*Palenie marihuany w ciąży*”, 2015 nr 55.
8. Grudziński R., *Polityka antynarkotykowa w Polsce po 2005 roku*, Zielona Góra 2011.
9. Hanauskowic T., Hanauskowic W., *Narkomania. Studium kryminologiczno-kryminalistyczne*, Warszawa 1976.
10. Jędrzejko M., *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Pułtusk-Warszawa 2009.
11. Kamińska-Szmaj I. (red.), *Słownik Wyrazów Obcych*, Wrocław 2005.
12. Kazula A., *Farmacja Polska*, „*Zastosowanie naturalnych kanabinoidów i endokannabinoidów w terapii*”, 2009 nr 2.
13. Korpetta E., Szmerd-Sisicka E., *Narkotyki w Polsce. Mity i rzeczywistość*, Warszawa 2000-2001.
14. Krajewski K., *Sens i bezsens prohibicji, prawo karne wobec narkotyków i narkomanii*, Kraków 2001.
15. Krajewski K., *Serwis Informacyjny Narkomania*, „*Prawo a zmieniający się obraz zjawiska narkomanii*”, 2013 nr 4.
16. Kutyla J., Sutkowski M., Szczeńsiak A., Wałęcik K. (red.), *Polityka narkotykowa – Przewodnik Krytyki Politycznej*, wyd. Krytyki Politycznej, Warszawa 2009.
17. Kuźmicz E., Mielecka-Kubień Z., Wiszejko-Wierzbička D. (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
18. Maisto S., Galizio M., Connors J., *Narkotyki. Zażywanie i Nadużywanie*, Warszawa 2000.
19. Ministerstwo Sprawiedliwości, *Analiza statystyczna za rok 2013*.
20. Ministerstwo Zdrowia, *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016*, Warszawa 2011.
21. Ministerstwo Zdrowia, *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2005*.
22. Palczak K., *Serwis Informacyjny Narkomania*, „*Narkotyki i narkomania w Europie 2014 – Europejski Pakiet Informacyjny*”, 2014 nr 2.
23. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001.

24. Poboży W., *Aspekty ekonomiczne i społeczne wynikające z regulacji konopi indyjskich*, Warszawa 2013.
25. Rada Ministrów RP, *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2010 roku*, Warszawa 2011.
26. Rudgley R., *Alchemia kultury – od opium do kawy*, Warszawa 2002.
27. Smolski R., Smolski M., Stadtmüller E. H., *Słownik encyklopedyczny. Edukacja Obywatelska*, Wrocław 1999.
28. Sobiczewska G., Problemy narkomanii, „*Marihuana lekki narkotyk*”, 2001 nr 1.
29. Sobiech R., Frieske K., *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987.
30. Srogosz T., *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2008,
31. Szukalski B., *Narkotyki - Kompendium Wiedzy o Środkach Odurzających*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
32. Węglińska M., *Jak pisać pracę magisterską?*, Kraków 1997.
33. Wolańska M., Bezpieczeństwo Narodowe, „*Polityka antynarkotykowa Unii Europejskiej*”, 2009 nr 9-10.

III. Publikacje internetowe

1. Adams M., *Marijuana May be used to treat autism* [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu <http://www.hightimes.com/read/marijuana-may-be-used-treat-autism>
2. Bieliński P., *Papież przeciwko legalizacji narkotyków* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://ekai.pl/wydarzenia/temat_dnia/x69098/papiez-przeciw-legalizacji-narkotykow/
3. Bluz J., *Marihuana legalna i opodatkowana? Nawet 67 mln dolarów trafi do budżetu* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/marihuana;legalna;i;opodatkowana;nawet;67;mln;dolarow;trafi;do;budzetu,170,0,1601962.html>
4. Europejski Raport Narkotykowy 2015, s. 19-20. [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_PL_TDAT14001PLN.pdf
5. Fakty Konopne, *Kraje, w których marihuana jest legalna* [Dokument elektroniczny.] Tryb dostępu <http://faktykonopne.pl/kraje-w-ktorych-marihuana-jest-legalna/>

6. Gajewski J., *Kluby konopne w Hiszpanii w trakcie stabilizowania alternatywy* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://wolnekonopie.org/portfolio/kluby-konopne-w-hiszpanii-w-trakcie-stabilizowania-alternatywy/>
7. Jabłoński P., *Krajowy Program Przeciwdziałania na lata 2011-2016* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/krajowy-program-przeciwdzialania-narkomanii-na-lata-2011-2016>
8. Kołodziejczyk M., *Czeski odlot* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1502003,1,prawo-narkotykowe-bardziej-liberalne.read>
9. Krajewski K., *Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomani: pomiędzy represją a terapią* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/polskie-ustawodawstwo-dotyczace-narkotykow-narkomanii-pomiedzy-represja-terapia>
10. Leszczyńska J., *Prof. Mariusz Jędrzejko: Marihuana nie wspomaga lecz demotywuje* [WYWIAD] [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.dzienniklodzki.pl/artukul/1029325,prof-mariusz-jedrzejko-marihuana-nie-wspomaga-lecz-demotywuje-wywiad,id,t.html>
11. Łucarz K., Muszyńska A., *Pojęcie środka odurzającego w prawie karnym* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.lex.pl/akt/-/akt/pojecie-srodka-odurzajacego-w-prawie-karnym>
12. Ministerstwo Zdrowia, *Grupa Pompidou* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/grupa_pomp_28112007.pdf
13. Ministerstwo Zdrowia, *Sejm przyjął projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/sejm-rp-przyjal-projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-przeciwdzialaniu-narkomanii-oraz-niektorych-innych-ustaw>
14. Ogórek S., *Miliardy utracone na marihuanie* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://finanse.wp.pl/kat,1033759,title,Miliardy-utracone-na-marihuanie,wid,16298526,wiadomosc.html?ticaid=11655b&_ticrsn=3
15. Olak P., *Artykuł 62a a rzeczywistość* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.polskieradio.pl/130/2351/Artykul/993330,Artykul-62a-a-rzeczywistosc>
16. Pacewicz K., *Wolność, Bezpieczeństwo, Narkofobia* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://wyborcza.pl/1,76842,8644582,Wolnosc__Bezpieczenstwo__Narkofobia.html

17. PAP, „*Sadzić, palić, zalegalizować*” *Palikot chce przekonać Sejm* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://polska.newsweek.pl/-sadzic--palic--zalegalizowac---palikot-chce-przekonac-sejm,83718,1,1.html>
18. Pisarski M., *Legalizacja marihuany. Potencjalne problemy* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://swiat.newsweek.pl/legalizacja-marihuany-problemy-i-wady-debata-newsweek-pl,artykuly,281473,1.html>
19. Polska Izba Lnu i Konopi, *Konopie>> właściwości i zastosowanie* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www.pilik.pl/pl/show_page/107
20. Polska Sieć do Spraw Polityki Narkotykowej, *Czy policja może mieć wpływ na stosowanie prawa narkotykowego* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.politykanarkotykowa.pl/artukul/czy-policja-mo-e-mie-wp-yw-stosowanie-prawa-narkotykowego>
21. Strzelecka A., *Konkluzje Rady Europejskiej dotyczące minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki w UE zostały opublikowane 14 września br.* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=885421>
22. Światła M., *Przestępstwa związane z obrotem narkotykami* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://alkoholizm.eu/pub/narkotyki_criminal.pdf
23. Torres M., *Hemp - why is it illegal?* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://csglobe.com/hemp-why-is-it-illegal/>
24. Urząd Miejski w Cieszynie, *Narkotyki w Czechach są nielegalne!* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://www.um.cieszyn.pl/narkotyki-sa-w-czechach-nielegalne!.html>
25. M. Wąsowski, *Marihuana szansą dla chorych na Alzheimera? Naukowcy twierdzą, że może spowalniać chorobę* [Dokument elektroniczny] Tryb dostępu <http://natemat.pl/73951,marihuana-szansa-dla-chorych-na-alzheimera-naukowcy-twierdza-ze-moze-spowalniac-chorobe>
26. World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
27. M. Zientarski, *Legalna marihuana. Ile można na tym zarobić?* [Dokument elektroniczny]. Tryb dostępu <http://natemat.pl/70493,legalna-marihuana-ile-mozna-na-tym-zarobic>

IV. Inne źródła

Autopoprawka z dnia 27 września 2012 roku do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/>

Poselski projekt ustawy z dnia 4 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/>

Projekt ustawy z 20 stycznia 2012 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Tryb dostępu <http://twojruch.eu/>

1. Wspólne Działanie z dn. 29 listopada 1996 r. przyjęte przez Radę na podstawie art. K.3 Traktatu o Unii Europejskiej, dotyczące wymiany informacji w sprawie ustalania chemicznego składu narkotyków w celu ułatwienia wzmożonej współpracy między Państwami Członkowskimi w zwalczaniu nielegalnego handlu narkotykami.
2. Wspólne Działania z dn. 17 grudnia 1996 r. przyjęte przez Radę na podstawie art. K.3 Traktatu o Unii Europejskiej, dotyczące zbliżenia ustawodawstw i praktyk Państw Członkowskich Unii Europejskiej w zakresie walki z narkomanią oraz zapobiegania i zwalczania nielegalnego handlu narkotykami.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

1. Z₁ Kwestionariusz ankietowy

Ankieta Z₁

Niniejsza ankieta jest anonimowa i przeprowadzona została w celach naukowo-badawczych. Proszę zaznaczać odpowiedzi znakiem X.

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

2. Miejsce zamieszkania:

- miasto
- wieś

3. Czy kiedykolwiek stosowałeś/-łaś środki odurzające?

- tak
- nie

4. Jakiego rodzaju środki odurzające stosowałeś/-łaś? (pytanie skierowane do osób odpowiadających twierdząco na pytanie nr 3., pozostali proszę pominąć.)

- środki halucynogenne (np. marihuana, haszysz)
- środki pobudzające (np. kokaina, amfetamina)
- środki uspakajające (np. heroina, opium)
- inne (np. środki przeciwbólowe)

5. Skąd pozyskałeś/-łaś środki odurzające?

- od znajomych
- od dilerów
- od rodziny
- przez Internet
- nie stosowałem/-łam żadnych środków odurzających

6. Co, Twoim zdaniem, może skłaniać do zastosowania narkotyków?

- ciekawość
- znajomi
- problemy
- poprawa nastroju
- chęć nowych doznań/wrażeń
- chęć szybszego przyswajania wiedzy
- chęć zaimponowania innym
- inne

7. Jaki jest Twój stosunek do osób sięgających po narkotyki?

- H jestem obojętny/-a
- H nie podoba mi się to, ale jestem osobą tolerancyjną
- H próbuję pomóc
- H nie widzę w tym problemu
- H nie mam zdania

8. Czy, Twoim zdaniem, stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia?

- H tak
- H nie
- H nie mam zdania

9. Czy, według Ciebie, narkomania jest chorobą?

- H tak
- H nie
- H nie mam zdania

10. Do kogo zwróciłbyś/-abyś o pomoc się w przypadku uzależnienia narkotykowego?

- H rodzice
- H znajomi
- H rodzina
- H specjalistyczny ośrodek uzależnień
- H szkoła
- H kościół
- H nie mam zdania

11. Czy uważasz legalizację marihuany za działanie słuszne?

- H tak
- H nie
- H nie mam zdania

12. Czy słyszałeś o zastosowaniu konopi indyjskich do celów medycznych?

- H tak
- H nie

13. Czy, według Ciebie, narkomania jest problemem społecznym?

- H tak
- H nie
- H nie mam zdania

14. Co to jest uzależnienie?

.....
.....
.....

15. Co, według Ciebie, należy zrobić aby zmniejszyć zjawisko narkomanii?

.....
.....
.....
Dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

WYKAZ RYSUNKÓW

Rysunek 1. Odmiany konopi.....	64
Rysunek 2. Pełna mapa krajów świata, w których marihuana jest legalna.....	78

WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1. Liczba konfiskat substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania.....	15
Wykres 2. Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych.	17
Wykres 3. Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych.....	18
Wykres 4. Używanie amfetamin w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych.....	19
Wykres 5. Używanie extasy w ciągu ostatniego roku przez młodych dorosłych.....	20
Wykres 6. Dostępność i używanie dopalaczy.....	22
Wykres 7. Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych w populacji ogólnej i wśród stałych bywalców klubów nocnych.....	23

WYKAZ TABEL

Tabela 1a. Płeć (klasa I).....	100
Tabela 1b. Płeć (klasa IV).....	100
Tabela 2a. Miejsce zamieszkania (klasa I).....	100
Tabela 2b. Miejsce zamieszkania (klasa IV)	101
Tabela 3a. Czy kiedykolwiek stosowałeś/-łaś środki odurzające? (klasa I).....	101
Tabela 3b. Czy kiedykolwiek stosowałeś/-łaś środki odurzające? (klasa IV)	101
Tabela 4a. Jakiego rodzaju środki odurzające stosowałeś/-łaś? (klasa I).....	101

Tabela 4b. Jakiego rodzaju środki odurzające stosowałeś/-łaś? (klasa IV).....	102
Tabela 5a. Skąd pozyskałeś/-łaś środki odurzające? (klasa I).....	102
Tabela 5b. Skąd pozyskałeś/-łaś środki odurzające? (klasa IV).....	103
Tabela 6a. Co Twoim zdaniem, może skłaniać do zastosowania narkotyków? (klasa I).....	103
Tabela 6b. Co Twoim zdaniem, może skłaniać do zastosowania narkotyków? (klasa IV).....	104
Tabela 7a. Jaki jest Twój stosunek do osób sięgających po narkotyki? (klasa I).....	104
Tabela 7b. Jaki jest Twój stosunek do osób sięgających po narkotyki? (klasa IV).....	105
Tabela 8a. Czy, Twoim zdaniem, stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia? (klasa I).....	105
Tabela 8b. Czy, Twoim zdaniem, stosowanie środków odurzających prowadzi do uzależnienia? (klasa IV).....	106
Tabela 9a. Czy, według Ciebie, narkomania jest chorobą? (klasa I).....	106
Tabela 9b. Czy, według Ciebie, narkomania jest chorobą? (klasa IV).....	106
Tabela 10a. Do kogo zwróciłbyś/-abyś o pomoc się w przypadku uzależnienia narkotykowego? (klasa I).....	107
Tabela 10b. Do kogo zwróciłbyś/-abyś o pomoc się w przypadku uzależnienia narkotykowego? (klasa IV).....	107
Tabela 11a. Czy uważasz legalizację marihuany za działanie słuszne? (klasa I).....	108
Tabela 11b. Czy uważasz legalizację marihuany za działanie słuszne? (klasa IV)	108
Tabela 12a. Czy, według Ciebie, narkomania jest problemem społecznym? (klasa I).....	109
Tabela 12b. Czy, według Ciebie, narkomania jest problemem społecznym? (klasa IV).....	109
Tabela 13a. Czy, Twoim zdaniem, narkotyki budzą zainteresowanie wśród młodych osób? (klasa I).....	109
Tabela 13b. Czy, Twoim zdaniem, narkotyki budzą zainteresowanie wśród młodych osób? (klasa IV)	110