

# *Polityka karna wobec osób używających narkotyki*



Narkotyki

Polityka  
Legislacyjna

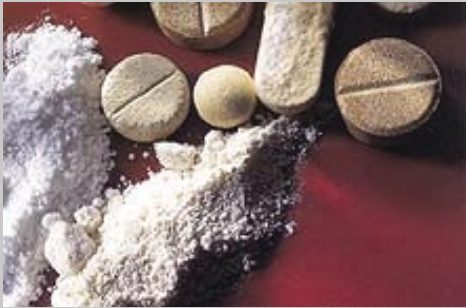
Ustawa

HIV/AIDS

Rozwiązania  
zagraniczne

**Wybór artykułów na temat narkotyków  
i prawa narkotykowego**

# ILUSTRACJE NARKOTYKÓW



1. Różne formy amfetamin



2. Amfetamina - proszek



3. Dextroamfetamina



4. Tabletki ecstasy



5. Tabletka ecstasy



6. Tabletka ecstasy



7. Przerabianie liści koka



8. Bloki kokainy



9. Kokaina



10. Crack - pochodna kokainy o silniejszym działaniu euforyzującym.



11. LSD - blotery, kolorowe znaczki nasączone LSD



12. LSD - blotery, kolorowe znaczki nasączone LSD

# SPIS TREŚCI

## Drodzy Państwo!

Opracowanie, które otrzymujecie Państwo stanowi uzupełnienie do seminariów prowadzonych przez Stowarzyszenie PROBACJA w ramach projektu „**Polityka karna wobec osób używających narkotyki**”.

Książka niesie dość różnorodne ujęcia problemów związanych z narkotykami. Zawarte są one w kilku artykułach, w których znajdziecie Państwo wiele informacji na temat narkotyków i prawa narkotykowego, zarówno w Polsce, jak i za granicą. Zamieszczone w niniejszym opracowaniu materiały zostały przygotowane przez osoby tworzące projekt seminariów jako wykładowcy i trenerzy. Zapewniam Państwa, że wszyscy oni są ekspertami w zakresie tematyki, którą poruszają.

Książka zawiera również pełny tekst nowej Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jaka powstała w lipcu 2005 roku. Justyna Sobeyko z Uniwersytetu Śląskiego analizuje i prezentuje różnice pomiędzy dotychczasowym prawem w zakresie narkotyków z 1997 roku, a dokumentem, który niedawno wszedł w życie.

Narkotyki i ich używanie nie zawsze jest traktowane w sposób najwłaściwszy; nie zawsze też jesteśmy skłonni rozumieć tę problematykę tak, jak rozumiemy inne problemy społeczne. Często mamy tendencję, aby patrzeć na narkotyki tylko przez pryzmat negatywnych aspektów – co z kolei podsyca nasz strach, a ten skutecznie uniemożliwia racjonalne podejście do problemu. Obawa i strach nie stanowią najlepszych fundamentów do prawdziwego zrozumienia jakichkolwiek spraw. Wierzę w to, że większa wiedza na temat narkotyków pomoże nam zająć bardziej racjonalne i wyważone stanowisko. Mam nadzieję, że pod tym względem książka, którą oddaję w Państwa ręce będzie użyteczna!

Jonna Weck  
Koordynator projektu

Projekt „**Polityka karna wobec osób używających narkotyki**”, przygotowany i realizowany przez Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA, jest cyklem seminariów dla sędziów i prokuratorów w zakresie polityki karnej wobec osób uzależnionych od narkotyków. Został on opracowany przez grupę specjalistów z dziedziny prawa i socjologii. Projekt jest odpowiedzią na sygnalizowaną przez środowisko prawników potrzebę uzupełniania wiedzy na temat istniejących rozwiązań prawnych i regulacji pozwalających na stosowanie alternatywnych form karania osób uzależnionych od narkotyków. Ma on także kreować wśród prawników postawy lepszego zrozumienia problematyki związanej z używaniem narkotyków.

## ILUSTRACJE NARKOTYKÓW 2, 75

## WSTĘP 3

### NARKOTYKI

<b>Narkotyki i ich używanie</b>	4
Konsekwencje używania narkotyków	4
Charakteryzacja wybranych narkotyków	6
<i>Amfetamina</i>	8
<i>Ecstasy</i>	9
<i>Kokaina</i>	10
<i>Heroina i inne opioidy</i>	12
<i>LSD</i>	13
<i>Grzyby halucynogenne</i>	14
<i>Marihuana i inne preparaty konopi</i>	16
<i>Barbiturany</i>	17
Działania wobec osób uzależnionych	18

### POLITYKA LEGISLACYJNA

<b>Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii</b>	21
--	----

### NOWA USTAWA - WSTĘP

<b>Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii – zarys nowej regulacji prawnej</b>	26
--	----

### USTAWA

<b>Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii</b>	30
<b>Załączniki do ustawy</b>	54

### ARTYKUŁY Z „MONAR NA BAJZLU”

<b>Metadon na Monte</b>	63
<b>Zbrodnia i kara</b>	67
<b>Rosyjskie prawo narkotykowe: mniej represji</b>	70

### NIEMCY

<b>Zmiany w zakresie prawa narkotykowego w Niemczech – krótki zarys</b>	72
---	----

Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA  
oraz Monar na bajzlu publikacje  
ul. Św. Katarzyny 3  
31-063 Kraków  
tel/fax 012 - 430 61 35

DRUK: DRUKMAR, ul. Rzemieślnicza 10 Zabierzów

SKŁAD I GRAFIKA: „EGRES” - jonnaweck@hotmail.com

KOREKTA JĘZYKOWA: Sylwia Jurys

WYDANO ZE ŚRODKÓW: FIO, Ambasada Królestwa Niderlandów, IHRD/OSI, UNDP Polska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

# Narkotyki i ich używanie

*Spożywanie substancji psychoaktywnych właściwie od zawsze towarzyszyło człowiekowi. To banalne sformułowanie zazwyczaj otwiera wszelkie opracowania na temat narkotyków. I rzeczywiście, trudno jest znaleźć jakąkolwiek kulturę, w której nie byłyby obecne substancje zmieniające świadomość, i która nie wypracowałaby rozmaitych sposobów związanych z ich zażywaniem. Współcześnie mamy do czynienia z dużo większą różnorodnością substancji psychoaktywnych niż to miało miejsce w przeszłości. Zawarte są one w lekach, legalnych używkach i nielegalnych narkotykach. Ich zażywanie jest zjawiskiem na tyle powszechnym, że nie zawsze jest oceniane jako zachowanie nieprzystosowawcze.*

## KONSEKWENCJE UŻYWANIA NARKOTYKÓW

### Uzależnienie

Narkotyki charakteryzują się możliwością wywołania stanu przyzwyczajenia, a nawet przymusu ich dalszego stosowania. Różnego rodzaju substancje psychoaktywne, wykazując taki rodzaj działania, że osobie zażywającej sprawia ono przyjemność i poprawia samopoczucie – niosą ryzyko powstania **zależności psychicznej**. Będzie się ona wyrażać regularną chęcią przeżywania różnych sytuacji pod wpływem narkotyku. Możliwość wytworzenia tego rodzaju zależności jest wspólnym mianownikiem właściwie wszystkich narkotyków. Jednak to, czy się ona wytworzy, zależy głównie od rodzaju narkotyku, cech osobowościowych i sytuacji osoby eksperymentującej z narkotykiem. Jeśli powstanie ten rodzaj zależności, to będzie się charakteryzować silną potrzebą i niekontrolowanym pragnieniem ponownego przyjęcia danej substancji. Dużą rolę odgrywa także wiek osób sięgających po środki odurzające. Jest niemal prawidłowością, że ci dorośli, którzy uzależnili się od narkotyków pierwsze eksperymenty z nimi zaczęli w wielu kilkunastu lat, kiedy emocjonalnie dopiero dojrzewali.

Innym rodzajem uzależnienia, jest **zależność fizyczna**, która dotyczy tylko niektórych grup narkotyków. Zależność taka, to wynik adaptacji układu nerwowego do obecności danej substancji psychoaktywnej. Fizjologiczne mechanizmy powstawania zależności fizycznej przebiegają rozmaicie w przypadku różnych grup narkotyków. Przykładem mogą być barbiturany, których działanie wpływa na osłabienie aktywności neuronów. Przy nagłym odstawieniu barbituranów neurony te stają się nadaktywne prowadząc do wielu zaburzeń w czynnościach fizjologicznych organizmu.

Zaburzenia, wywołane odstawieniem substancji, od której organizm jest uzależniony nazywa się **zespołem abstynencyjnym** lub objawami odstawienia. Zespół abstynencyjny może mieć różny charakter, w zależności od rodzaju środka, który spowodował uzależnienie; może mieć też różne natężenie – zależy to od długości okresu stosowania tego środka, jak również od wielkości przyjmowanych dawek. Zespół abstynencyjny będzie miał

zawsze bardzo nieprzyjemny dla uzależnionego przebieg i jego rezultatem będzie poszukiwanie substancji w celu zniesienia takiego stanu.

Uważa się, że wielkość przyjmowanych dawek narkotyku wywołującego zależność fizyczną musi ulegać podwyższeniu, gdyż każda kolejna porcja narkotyku powoduje słabszą na niego reakcję organizmu. Zjawisko to nazywane jest **tolerancją**. Przy jego występowaniu, w celu uzyskania tych samych efektów konieczne jest stałe zwiększanie dawki. Powstawanie tolerancji najlepiej potwierdza fakt, że niektórzy narkomani przyjmują dawki heroiny, które wielokrotnie przewyższają dawki śmiertelne.

W kontekście społecznym mówi się również o powstawaniu **uzależnienia środowiskowego**, które obejmuje całą gamę sytuacji i zachowań wymuszonych przez zdobywanie i stosowanie narkotyków. Ten rodzaj zależności pogłębia się znacznie w przypadku stosowania substancji odurzających, które są nielegalne.

### Skutki używania narkotyków

Problem nadużywania substancji uzależniających jest o tyle poważny, że większość osób, które ich używają nie leczy się, a nawet nie zdaje sobie sprawy z tego, jak poważne ma problemy ze zdrowiem. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych rodzi szereg problemów zdrowotnych dla człowieka. Mogą być to m.in. śmiertelne zatrucia (przedawkowania), ostre i przewlekłe zaburzenia psychiczne, zaburzenia funkcjonowania poszczególnych narządów lub całego organizmu. Wszystko to prowadzi do obniżenia jakości życia i jego skrócenia. Uzależnienia są przyczyną niebagatelnych szkód społecznych. Na poziomie funkcjonowania rodziny prowadzą do poważnych problemów natury emocjonalnej i ekonomicznej. Na poziomie społeczeństw prowadzą do rosnących kosztów opieki medycznej, powiększania się grupy osób chorych i niepełnosprawnych. Około 50% wszystkich samobójstw popełnianych jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, a do więcej niż połowy śmiertelnych wypadków drogowych przyczynia się osłabienie zdolności motorycznych kierowców z powodu

alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Rozprzestrzenianie się chorób przenoszonych przez krew, wśród nich HIV/AIDS i wirusowego zapalenia wątroby jest w dużej mierze skutkiem używania narkotyków drogą dożylną.

Jak widzimy zjawisko używania narkotyków przez poszczególne jednostki ma z reguły także określone negatywne konsekwencje dla ich najbliższego otoczenia oraz zakłóca prawidłowe funkcjonowanie całego społeczeństwa rodząc dlań szereg szkód i kosztów. Dlatego też używanie narkotyków nie może być kwestią społecznie obojętną.

## EPIDEMIA - TROCHĘ LICZB

Coraz większy popyt na narkotyki, kreowany przez modę i coraz łatwiejszy do nich dostęp mają odzwierciedlenie w powszechności używania narkotyków. Analizując wyniki badań dotyczących kontaktów młodzieży szkolnej z narkotykami możemy przyrzeć się zjawisku eksperymentowania z narkotykami i zobaczyć, że coraz częściej w naszych kontaktach z młodzieżą będziemy trafiać na osoby mające za sobą kontakt z tymi substancjami. Wykres poniżej przedstawia wyniki badań w grupie 17 i 18-latków, którzy odpowiadali czy i jaki narkotyk zażyli w życiu, nawet jeśli był to kontakt jednorazowy.<sup>1</sup>



Najpopularniejszym narkotykiem są preparaty konopi (marihuana i haszysz) – do jej użycia przyznało się 19% badanych. Następne w kolejności są środki uspokajające i nasenne (benzodiazepiny i barbiturany) – 3,3%; amfetamina – 3%, LSD i inne halucynogeny – 1,5%, środki wziewne (lotne rozpuszczalniki i kleje) – 1,1%, ecstasy – 0,9%, kokaina/crack – 0,4% oraz heroina – 0,2% badanych.

Inne badania, dotyczące opinii młodzieży na temat narkotyków pokazują, że duży odsetek młodzieży jest dobrze zorientowany co do ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem narkotyków. Dla wielu używanie tzw. miękkich narkotyków, np. marihuany nie zasługuje na potępienie; wysoki procent młodzieży szkół średnich wyraźnie rozgranicza okazjonalne używanie niektórych, słabszych narkotyków od używania regularnego innych związanego z dużym ryzykiem.

## DLACZEGO UZALEŻNIAMY SIĘ OD NARKOTYKÓW?

Zastanawiając się nad przyczynami sięgania po narkotyki – widzimy, że czymś innym będą powody eksperymentów z narkotykami, czymś innym przyczyny dla których osoba, która sięgnęła po narkotyk uzależnia się od niego. Możemy też założyć, że w tym ostatnim przypadku o uzależnieniu zdecyduje zarówno psychofizyczna konstrukcja jednostki jak i właściwości konkretnej substancji. O tym, czy ktoś uzależni się od narkotyków nie zdecyduje tylko incydentalny z nimi kontakt. Cały szereg czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych będzie wpływać na relacje pomiędzy narkotykiem a jednostką.

Brak życiowych perspektyw, duża przestępczość i bezrobocie to tylko niektóre czynniki związane ze środowiskiem społecznym mogące podkopać wiarę młodego człowieka w siebie i we własną przyszłość. Niebagatelną rolę odegrają tu grupy rówieśnicze, w których młody człowiek funkcjonuje – a w których niekiedy narkotyki są atrybutem buntu i sprzeciwu wobec społeczeństwa.

Rozbite rodziny, zachwiane relacje w rodzinach pełnych, brak wsparcia i porozumienia, nieprawidłowe wzorce ze strony rodziców związane np. z nadużywaniem alkoholu generują wśród dzieci postawy ucieczkowe, a narkotyk staje się jedną z form tej ucieczki.

Niepewność i niedojrzałość emocjonalna, mała odporność na stres, słaba motywacja do działań, które nie przynoszą natychmiastowych korzyści – to tylko niektóre cechy jednostek podatnych na uzależnienia. Postawy rodziców są także często odpowiedzialne za poważniejsze zaburzenia osobowości mogące mieć znaczenie w społecznych kontaktach wychowanków: przesadna idealizacja bądź lekceważenie innych, zmienność nastrojów, zakłócenia tożsamości, poczucie pustki – mogą mieć źródło w niedbałym i niewłaściwym traktowaniu dziecka przez rodziców, oddaleniu się od jego potrzeb emocjonalnych. Poważne zachowania aspołeczne mogą dalej pogłębić się w wyniku nadużywania środków psychoaktywnych. Wśród zaburzeń psychicznych mogących odgrywać pierwszorzędną rolę w podatności na uzależnienie dominuje lęk i zaburzenia nastroju. Zresztą będą one pogłębiać się w okresie uzależnienia, bo narkotyki uśmierzać będą te zaburzenia tylko doraźnie. Podwyższone ryzyko uzależnienia wynika nie tylko ze środowiskowych oddziaływań, ale także może mieć związek z czynnikami biologicznymi. W przypadku alkoholu teza na temat genetycznych predyspozycji dzieci alkoholików do podatności na to uzależnienie została ponad wszelką wątpliwość udowodniona.

<sup>1</sup> Badania przeprowadzone w 2002 roku wśród uczniów III i IV klas szkół średnich na terenie województwa małopolskiego (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie).

## CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH NARKOTYKÓW

### Jak zorientować się, czy ktoś sięga po narkotyki?

Szczegółowe symptomy użycia poszczególnych narkotyków zostały przedstawione w dalszej części niniejszego opracowania, podczas ich szczegółowego omawiania. Kontakt z narkotykiem objawia się przede wszystkim **w obrębie zmian zachowania** danej osoby. Jednak zmiany zachowania zależą tu od rodzaju substancji psychoaktywnej, jaka została zażyta i w przypadku narkotyków z różnych grup będą wyglądać rozmaicie. Natężenie zmian w zachowaniu jest ściśle związane z ilością przyjętego narkotyku i nie zawsze

musi być wyraźnie widoczne. Najlepiej rozpoznać takie stany wtedy, gdy osoba jest nam znana i wiemy jak na ogół zachowuje się i jak reaguje. Możemy jednak spróbować uogólnić pewne wskazówki dotyczące zmian zachowania pod wpływem narkotyków.

- W sytuacji zażycia **narkotyków psychostymulujących** (amfetamina, kokaina, crack), osoba będzie pobudzona motorycznie, nienaturalnie pewna siebie, niekiedy może być nerwowa, a nawet agresywna.

Po pewnym czasie, kiedy ustaje działanie narkotyku – stan ten może zmienić się w ospałość, uczucie zmęczenia, przygnębienie i niechęć do czegokolwiek. Środki te zaburzają dobowy rytm snu, a więc stany pobudzenia i ospałości mogą przeplatać się dając różnorodny obraz zachowań.

- **Środki halucynogenne** (LSD, grzyby halucynogenne) będą powodować silne zaburzenia zachowania objawiające się przede wszystkim w nieracjonalnych i dziwacznych wypowiedziach. Niekiedy, przy większych dawkach tych narkotyków, może dochodzić do zaburzeń koordynacji motorycznej.
- Również zachowanie osoby będącej pod wpływem **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) będzie dziwaczne, a przeżywane halucynacje zdecydują o skrajnie nieracjonalnych wypowiedziach nie mających nic wspólnego z realną sytuacją.
- W przypadkach używania środków z **grupy opiatów** (heroina, morfina) zachowanie charakteryzować będzie się nadmiernym uspokojeniem osoby, sennością (opadające powieki), przerwami w dłuższych wypowiedziach. Jednak, gdy zaczynają się pojawiać objawy abstynencyjne – osoba będzie niespokojna i nerwowa.
- Wiele podobieństw zauważymy również w przypadku, gdy osoba będzie pod wpływem **środków uspokajających** (benzodiazepiny) czy **nasennych** (barbiturany). Po krótkim okresie euforycznego pobudzenia zachowanie jej wyraźnie „przygaśnie” i nastąpi okres nienaturalnego uspokojenia lub w wyniku niemożności powstrzymania się od snu – osoba

zapadnie w sen. W wypowiedziach osób będących pod wpływem tych środków wyraźnie dostrzeżemy problemy z artykułowaniem słów (belkotliwa mowa).

- Pod wpływem **preparatów konopi** (marihuana, haszysz) osoba może być nieco pobudzona, często nad wyraz gadatliwa i wesołowata. Wypowiedzi mogą być chaotyczne i coraz bardziej oderwane od kontekstu rozmowy.

Trudniej natomiast rozpoznać działanie dwóch lub więcej użytych jednocześnie narkotyków o zupełnie innym działaniu, co jest rzeczą dość powszechną (np. równoczesne stosowanie amfetaminy i heroiny).

Działanie większości narkotyków można również identyfikować na podstawie **wyglądu oczu oraz reakcji źrenic na światło**. Po otwarciu oczu w jasno oświetlonym pomieszczeniu źrenice błyskawicznie zwężają się, a następnie powoli, przyzwyczajając się do natężenia światła, powiększają się. Większość substancji psychoaktywnych zaburza ten proces. Środki pobudzające i halucynogenne powodują zazwyczaj powiększenie źrenic. Działanie heroiny powoduje, że oczy są szkliste, a źrenice ekstremalnie zwężone. Po wypaleniu marihuany bądź haszyszu białka oczu mogą być przekrwione.

Do zażywania większości narkotyków służą specyficzne **akcesoria**, na podstawie których możemy próbować rozpoznawać, jaka substancja jest zażywana:

- I tak do palenia **marihuany** służą zazwyczaj szklane lufki i fifki, różnych kształtów fajki drewniane lub gliniane (na ogół mniejsze niż te, w których palony jest tytoń). Do palenia haszyszu, który często mieszany jest z tytoniem potrzebne są bibułki i maszynki do robienia skrętów. Niekiedy, szczególnie podczas zbiorowego palenia preparatów konopi, używa się prymitywnych fajek wodnych zrobionych z plastikowych butelek.
- Środki takie, jak **amfetamina** czy **kokaina** (niekiedy heroina) stosowane są poprzez tzw. **snifowanie**, czyli wciąganie do nosa i umożliwianie przedostawania się substancji psychoaktywnej do krwioobiegu przez śluzówkę. Tutaj najczęstszymi akcesoriami są różnego rodzaju rurki (np. krótko przycięte słomki). Gładką powierzchnię, na której usypywane są za pomocą żyłek lub kart telefonicznych „ścieżki” proszku stanowią np. lusterka.
- Palenie brązowej wersji **heroiny** wymaga folii aluminiowej, na której narkotyk jest podgrzewany, a powstające opary wciągane przez usta.
- Przyjmowanie narkotyków poprzez iniekcje



Zażywanie kokainy



“Joint” - skręt z marihuany

## CZY WSZYSTKIE NARKOTYKI MOŻEMY WRZUCIĆ DO JEDNEGO WORKA?

(najczęściej „kompot”, brązowa heroina, amfetamina) wymaga posiadania nie tylko igieł i strzykawek, ale także innych przyborów: łyżki do rozpuszczania narkotyku z wodą (łyżka zwykle jest okopcona od podgrzewania); kwasu cytrynowego, który ułatwia rozpuszczanie; kawałka waty lub filtru papierosowego do odfiltrowania zanieczyszczeń.

- Zażywanie **środków wziewnych** (kleje i rozpuszczalniki) odbywa się najczęściej z plastikowych woreczków lub kawałków nasączonych tymi substancjami szmatek.

Są ogromne różnice pomiędzy tym, jak działają rozmaite substancje psychoaktywne. Kofeina działa inaczej niż alkohol, ecstasy inaczej niż kokaina, a działanie LSD w niczym nie przypomina działania heroiny. To, że ktoś próbował niektórych narkotyków – wcale nie oznacza, że próbując innych doświadczy podobnych doznań. To, że marihuana kogoś nie zabiła – nie oznacza, że nie zrobi tego heroina.

Niektóre narkotyki otrzymywane są z roślin (heroina, kokaina), inne na drodze syntezy (amfetamina, LSD). Ale nawet, jeśli narkotyki wyglądają podobnie – mogą oddziaływać bardzo różnie. Nielegalne narkotyki robione są na bazie różnych składników, niekiedy wyjątkowo toksycznych, a wyglądające zdawałoby się identycznie tabletki mogą zawierać znacznie różniące się od siebie substancje. Tak więc ktoś, kto sięga po narkotyki nigdy nie ma pewności co tak naprawdę bierze. Nie ma bezpiecznego sposobu używania nielegalnych narkotyków. Substancje te są połykane, palone, wdychane lub wstrzykiwane. Im bardziej bezpośrednią drogą narkotyk dostaje się do krwiobiegu tym efekt jego działania jest silniejszy, a ryzyko śmiertelnego przedawkowania większe.

Możemy wyróżnić trzy główne typy działania narkotyków:

- typ pobudzający
- typ uspokajający
- typ halucynogeny

## TESTY DO WYKRYWANIA NARKOTYKÓW W ORGANIZMIE



Testy do wykrywania narkotyków

Najprostszą i najtańszą metodą wykrywania narkotyków w organizmie są testy do badania obecności narkotyków, a dokładnie ich metabolitów w moczu. Są one dostępne w wielu aptekach za stosunkowo niewielką kwotę (10-20 zł.). Trudność polega na tym, że każdy z nich wykrywa jeden konkretny narkotyk bądź jedną grupę narkotyków. W związku z tym, kupując test w aptece, powinniśmy wiedzieć o użycie jakiego narkotyku osobą badaną podejrzewamy.

Z reguły opisywane testy wykrywają **amfetaminę** obecną w moczu w czasie do 2-3 dni od momentu użycia.

**Kokaina** jest możliwa do wykrycia przez okres o wiele krótszy - do kilkunastu godzin po użyciu. Powodem jest szybki metabolizm tego narkotyku. **Heroina** obecna w moczu wykrywana jest do 3 dni od momentu jej użycia.

**Marihuana** utrzymuje się na poziomie wykrywalnym najdłużej, bo przez 3-10 dni po jednorazowym zapaleniu – a to dzięki temu, że THC odkłada się w tkance tłuszczowej i potem powoli wraz z moczem opuszcza organizm. Przy długotrwałym używaniu marihuany lub innych preparatów konopi okres ten wzrasta nawet do kilkunastu tygodni.

Poza rodzajem substancji – długość okresu, kiedy narkotyki są wykrywalne w moczu zależy także od wielkości przyjętej dawki, czasu i częstości przyjmowania narkotyku, wieku, wagi ciała, a nawet stanu zdrowia.

fol. HIT UK



Przygotowywanie zastrzyku z heroiny

## AMFETAMINA



Amfetamina

Amfetaminy to cała grupa środków psychostymulujących pochodnych *fenylopropylanu*. Narkotyki te, w odróżnieniu od kokainy powodują długotrwałe pobudzenie. Były one wykorzystywane w różnorodny sposób:

od zastosowań leczniczych w medycynie, poprzez stosowanie ich jako środki odchudzające przez osoby otyłe. Amfetaminy były również powszechne wśród sportowców, jako tzw. *koks* (doping) w sporcie. Metamfetamina pod względem chemicznym jest podobna do amfetaminy; różni się od niej tylko obecnością grupy N-metylowej. Jej pobudzające działanie na OUN jest znacznie silniejsze niż amfetaminy, a efekty euforyzujące są podobne do kokainy, ale utrzymują się dłużej.

**ZASTOSOWANIE MEDYCZNE**

Tylko w nielicznych krajach amfetamina jest nadal stosowana w leczeniu zespołów hiperkinetycznych u dzieci oraz napadowej senności (narkolepsji). Inne odkryte i wykorzystane właściwości działania amfetaminy - to działanie rozszerzające oskrzela i zmniejszające łaknienie.

**DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE**

- silne pobudzenie psychomotoryczne
- brak łaknienia
- rozszerzenie źrenic
- przyspieszona akcja serca i szybki oddech
- podwyższone ciśnienie krwi i zwiększone wydalanie moczu
- jadłowstręt
- suchość w ustach

**Długość działania:** W zależności od spożytej dawki pobudzenie trwa 3-6 godzin, a nawet dłużej.

**FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA**

Amfetamina stosowana jest drogą pokarmową, dożylnie, palona, wdychana przez nos. Zależnie od drogi przyjęcia jej działanie wykazuje pewne różnice. Na przykład przy podaniu dożylnym lub paleniu w ciągu 5 -15 sekund występuje tzw. *kop* czyli krótkotrwały okres niezwykle intensywnej euforii. Podanie doustne i donosowe wywołuje euforię o słabszym nasileniu, tzw. *high*. Amfetamina występuje w sprzedaży „ulicznej” w postaci bezwonnego proszku o gorzko-cierpkim smaku, w kolorze od białego do ceglastego (w zależności od zanieczyszczeń oraz użytych w produkcji składników).

**WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE**

**Uzależnienie psychiczne.** Zależność psychiczna jest podobna do tej, która jest spowodowana przez kokainę. Wywołuje ją atrakcyjny i euforyczny przebieg działania

specyficznego, wzmacniany z kolei przez przykre dolegliwości związane z jego odstawieniem (złe samopoczucie, spowolnienie psychiczne, uczucie zmęczenia i apatii), które obserwuje się już po 12 godzinach od ostatniego zażycia amfetaminy.

**Uzależnienie fizyczne.** Symptomy zależności fizycznej są znikome lub wcale nie występują. Jedynie przedłużony czas snu po tzw. ciągu amfetaminowym, nawet do kilku dni, jest przez niektórych specjalistów klasyfikowany jako objaw uzależnienia fizycznego.

Do najczęściej pojawiających się **objawów abstynencyjnych** można zaliczyć uczucie przygnębienia, zmęczenia i apatii, wewnętrzny niepokój, senność, bóle głowy, obniżenie napięcia mięśniowego, wzmożone łaknienie i myśli samobójcze. Objawy te rozwijają się dość wolno, gdyż metabolizm i wydalanie amfetaminy z ustroju przebiega powoli.

**ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYWANIA AMFETAMIN**

- nerwowość, drażliwość
- rozszerzone źrenice w nikłym stopniu reagujące na światło
- kłopoty ze snem
- wahania nastroju od euforii do depresji
- nieuzasadniony strach
- znaczne ubytki wagi ciała (przy długotrwałym używaniu)

**NIEBEZPIECZEŃSTWA**

Niekiedy **upośledzenie zdolności intelektualnych**, np. rozwiązywanie złożonych zadań bywa zwykle utrudnione lub wręcz niemożliwe. Działanie amfetaminy ułatwia jedynie wykonywanie prostych, powtarzalnych czynności.

**Anhedonia**, utrata zdolności odczuwania przyjemności przy czynnościach i przeżyciach, który zwykle jej dostarczały.

**Psychoza amfetaminowa** o charakterze majaczeniowo-urojeniowym (omamy słuchowe i urojenia prześladowcze) – długotrwałe stosowanie amfetaminy i metamfetaminy często prowadzi do stanów przypominających objawy schizofrenii.

Wywołana przez narkotyk głęboka i ostra **depresja** może prowadzić do **myśli i prób samobójczych** nawet przez długi czas od momentu zaprzestania jego przyjmowania.

Zmniejszenie **potencji** z równoczesnym wzrostem pożądania. Przy dużym pobudzaniu seksualnym ejakulacja i orgazm są trudne i niemożliwe do osiągnięcia.

Silne pobudzenie oraz zanik samokontroli może prowadzić do niespodziewanych, nierzadko **gwałtownych zachowań**.

**Skrajne wyczerpanie** spowodowane długim okresem intensywnego przyjmowania narkotyku. Z reguły już



## ECSTASY

po kilkudniowym „ciągu” osoba używająca amfetaminy zapada w przedłużony, niespokojny sen trwający nawet do 48 godzin.

Amfetaminy są bardziej **toksyczne** niż kokaina, a w przypadku uzależnienia powodują znacznie poważniejsze problemy zdrowotne. Organizm człowieka posiada niezwykłą zdolność do metabolizmu i eliminowania kokainy: wątroba jest w stanie zdetoksyfikować śmiertelną dawkę kokainy w ciągu trzydziestu minut. W przypadku amfetaminy nie ma mowy o tak efektywnym działaniu tego organu.

**Przedawkowanie** przejawia się w postaci tachykardii, bólów w klatce piersiowej, nadciśnienia tętniczego i zagrażającej życiu zapaści sercowo-naczyniowej. W wyniku przedawkowania narkotyku może nastąpić nieodwracalne uszkodzenie drobnych naczyń mózgowych prowadzące do udarów mózgu.

**NAZWY SLANGOWE**

*amfa, proszek, speed, feta*



Różne formy amfetamin

fot. www.kentron.org

*Ecstasy* (MDMA) jest syntetycznym analogiem amfetamin metylowych – z jednej strony wykazuje działanie stymulujące układ nerwowy (podobnie jak amfetamina), z drugiej posiada właściwości psychodeliczne (zmiany świadomości dotyczą przede wszystkim stanów emocjonalnych).

Często nazwa *ecstasy* używana jest także w szerszym znaczeniu: w stosunku do innych analogów metamfetaminy o podobnym, jednocześnie stymulującym i halucynogennym działaniu (MDA, BDB czy MBDB).

**SUBSTANCJA AKTYWNA**

3,4-metylenodioksymetamfetamina (MDMA)

**ZASTOSOWANIE MEDYCZNE**

Środek ten w latach 70-tych miał zastosowanie w psychoterapii (szczególnie w USA). Związane było to z jego właściwościami wyzwalającymi empatię (zdolność wczuwania się w sytuację innych ludzi) – sprzyjającymi okazywaniu emocji i przełamywaniu psychicznych bloków. Później wycofany, mimo protestów psychologów przeświadczonego o jego właściwościach terapeutycznych.

**DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE**

- pobudzenie i brak łaknienia
- wzrost temperatury ciała
- wzmożenie odruchów
- rozszerzenie źrenic
- kołatanie serca i tachykardia
- nagłe wzrosty ciśnienia i uderzenia krwi do głowy
- szczękościsk
- nudności i wymioty
- odwodnienie

**FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA**

Dawka *ekstazy*, wynosząca zazwyczaj od **75 do 200 mg** i zażywana **doustnie** – zaczyna działać po ok. 40 minutach. Po następnych 30 minutach następuje nasilenie. Działanie ustępuje po kilku godzinach (4-6) od momentu zażycia. Zdarza się, że niektórzy wciągają przez śluzówki nosa rozgniecione na proszek tabletki. Najczęściej spotykane postaci *ecstasy* to tabletki i kapsułki. Różnych kolorów i kształtów tabletki wyróżniają się wytłoczonymi wizerunkami i znakami lub napisami.

**WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE**

Działaniu *ecstasy*, podobnie jak w przypadku innych środków z grupy amfetamin towarzyszy uczucie silnej euforii. Doznania te decydują o uzależniających właściwościach tego środka. Chęć ponownego jego przyjęcia może być wzmacniana z uwagi na przykre dolegliwości pojawiające się na tzw. zejściu, czyli



Tabletki ecstasy

kiedy narkotyk przestaje działać. Następnego dnia po zażyciu MDMA często pojawia się uczucie kaca, charakteryzującego się zmęczeniem, zawrotami głowy i mdłościami, słabą zdolnością koncentracji, sennością albo pobudzeniem i irytacją. Stan taki może trwać nawet dwa dni.

### ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYCIA

- rozszerzenie źrenic
- pobudzenie
- mało racjonalne i dziwne zachowanie (np. okazywanie niecodziennej sympatii wobec innych)
- czasem może pojawić się brak koordynacji ruchowej

### NIEBEZPIECZEŃSTWA

Na skutek przedawkowania środka lub szczególnej nadwrażliwości na jego działanie może pojawić się tzw. „**złośliwy zespół neuroleptyczny**” (spadek ciśnienia krwi, gwałtowny wzrost temperatury ciała, odwodnienie, drgawki i śpiączka) prowadzący do śmierci.

Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie MDMA przez osoby cierpiące **choroby układu krążenia**. Środek ten powoduje migotanie komór serca nawet u osób zdrowych.

Na skutek spowodowanego przez MDMA szczękościsku i zgrzytania zębami może dojść do **kruszenia zębów**.

Podobnie jak w przypadku stosowania innych środków z grupy amfetamin dochodzi do ciężkich stanów **depresyjnych, urojeń i psychoz**, które środek ten może ujawnić i wzmocnić lub będą one bezpośrednim następstwem jego stosowania.

Podniecenie seksualne połączone jednocześnie z **odrzucającymi zahamowań w sferze seksualnej** może prowadzić do negatywnych konsekwencji.

Nie wiele wiadomo o efektach długotrwałego używania ecstazy, ale istnieją przesłanki co do tego, że może powodować **zmiany degeneracyjne niektórych neuronów** w mózgu.

Większość sprzedawanych tabletek **ecstasy nie jest czystym MDMA**. Mogą one zawierać również pewne ilości innych narkotyków; najczęściej amfetaminy, LSD, PCP, a nawet heroiny.

**Alkohol** może zmniejszać lub zmieniać efekty działania ecstazy – taka kombinacja spowoduje wiele niepożądanych, a nawet niebezpiecznych efektów.

### NAZWY SLANGOWE

piguły, pilsy (głównie jednak stosuje się nazwy wynikające z wzorów na tabletkach: quake, mitsubishi, nike, gołąbki, gwiazdki, itp.)

## KOKAINA

Kokaina jest alkaloidem otrzymywanym z liści rośliny o nazwie *Erythroxylon coca* (koka), której największe uprawy znajdują się w Ameryce Południowej (głównie w Kolumbii, Peru i Boliwii). Istnieją pewne wątpliwości, co do tego kto pierwszy z *Erythroxylon coca* otrzymał alkaloid o nazwie kokaina. Większość źródeł podaje jednak, że jako pierwszy wyizolował kokainę z liści koki *Niemann* w 1860 roku.



Liście koki oraz produkt finalny: kokaina

### ZASTOSOWANIE MEDYCZNE

Kokaina wykazuje właściwości do miejscowego znieczulania. Obecnie jednak, z uwagi na toksyczne skutki uboczne, kokaina jest zastępowana przez nowe, syntetyczne, mniej szkodliwe środki.

### DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE

- znosi i opóźnia objawy zmęczenia, zmniejsza potrzebę odżywiania się i snu
- zaburza pracę serca (w pierwszej fazie działania następuje zwolnienie, a następnie przyspieszenie akcji serca)
- silnie rozszerza źrenice
- prowadzi do silnego pobudzenia psychoruchowego
- powoduje wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie oddechu
- większe dawki mogą spowodować drżenie mięśniowe i wzrost temperatury ciała

**Działanie:** po jednorazowo przyjętej dawce euforia i stan podwyższonego samopoczucia trwa do 30 minut; rzadko dłużej.

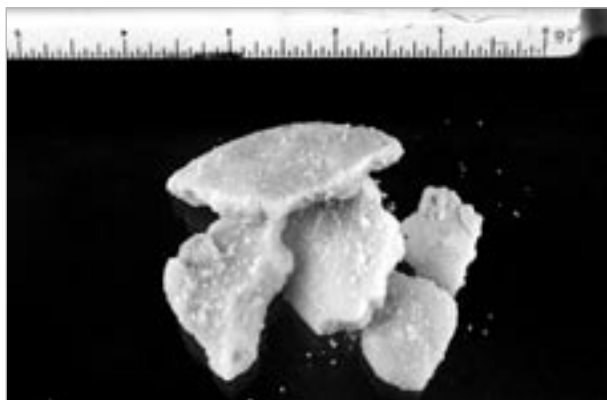
### FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA

**Kokaina** (chlorowodorek kokainy) występując w nielegalnej sprzedaży ma postać białego proszku. Przyjmowana jest zazwyczaj wziewnie do nosa, gdzie jest wchłaniana przez śluzówkę i niemal natychmiast wywołuje wpływ na ośrodki przyjemności w mózgu (po pewnym czasie dochodzi jednak do uszkodzenia przegrody nosa i jej martwicy). Bywa też wcierana w dżiasta. Podawana doustnie działa znacznie słabiej, jednocześnie znieczulając błonę śluzową żołądka i znosząc w ten sposób uczucie głodu. W zetknięciu z językiem powoduje porażenie zakończeń smakowych.

**Free-base** (wolna zasada kokainy). Otrzymuje się ją w wyniku działania amoniakiem lub sodą na chlorowodorek kokainy. Jest zażywana przez inhalację oparów, jakie powstają po jej podgrzaniu (topi się w stosunkowo niskiej temperaturze wydzielając opar).

Przeważnie jest podgrzewana na folii aluminiowej.

**Crack** ma postać przypominających płatki mydlane kawałeczków, jasnobrązowych kuleczek lub też „kamyków” pakowanych we fiolki. Zwykle jest palony ze specjalnych fajeczek, przeważnie szklanych. Kokaina zawarta w cracku absorbowana jest przez płuca i dostarczana gwałtownie przez krew do mózgu. Efekt jest kilkukrotnie silniejszy i o wiele bardziej intensywny niż wywołany przez chlorowodrek kokainy. Ale też krócej trwa – 10 do 15 minut euforii.



Crack - pochodna kokainy o silniejszym działaniu euforyzującym  
fot. US Drug Enforcement Administration

Przyjmowanie kokainy przez **kobiety będące w ciąży** jest wyjątkowo niebezpieczne. Zwężenie naczyń krwionośnych w obrębie łożyska i macicy sprawia, że do płodu dociera znacznie mniej tlenu i substancji odżywczych. Może być to powodem przedwczesnego porodu lub urodzenia martwego płodu.

#### NAZWY SLANGOWE

koka, koks, śnieg

#### WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE

Zależność od kokainy powstaje dość szybko. Decydują o tym atrakcyjne przeżycia po zażyciu narkotyku – z jednej strony i złe samopoczucie (depresja) po tym, gdy przestaje on działać. Szczególnie silne uzależnienie towarzyszy dożylnemu przyjmowaniu kokainy i paleniu cracku. Uzależnienie może pojawić się praktycznie z dnia na dzień. Wielu użytkowników kokainy zwiększa dawki i częstotliwość jej używania. Osoby uzależnione rzadko potrafią się powstrzymać od zużycia całego zapasu narkotyku w okresie krótszym niż zakładały kupując go. Kokaina nie wywołuje uzależnienia fizycznego.

#### ZEWNĘTRZNE OBJAWY UŻYCIA

- wzmożona aktywność i często wyraźnie widoczny niepokój psychoruchowy
- rozszerzone źrenice słabo reagujące na światło
- do efektów działania kokainy należą też śmiech i gadatliwość, a także większa towarzyskość
- mogą pojawić się zachowania gwałtowne i agresywne
- katar (w przypadku zażywania przez śluzówki nosa)

#### NIEBEZPIECZEŃSTWA

**Silne wyniszczenie organizmu** – spowodowane brakiem łaknienia, snu i odpoczynku.

**Psychoza pokokainowa** – postępowanie może stać się czasem irracjonalne i dziwaczne, a poczucie prześladowania i inwigilowania będzie wskazywać bardzo wiele cech charakterystycznych dla psychozy.

**Anhedonia** – utrata zdolności do czerpania przyjemności z wydarzeń, które wcześniej sprawiały radość i zadowolenie.

Kokaina, podobnie jak inne stymulanty w zakresie ich wpływu na intelekt, **ogranicza zdolność uczenia się i rozwiązywania skomplikowanych zadań** osłabiając złożone wnioskowanie, mimo że pojedyncze eksperymenty z kokainą mogą dać wręcz odwrotne wrażenie.



fot. Mainline



Palenie kokainy (*base coke*)

## HEROINA I INNE OPIOIDY



Brązowa heroina

Heroina należy do narkotyków z grupy opiatów. Do grupy tej zalicza się substancje otrzymywane na bazie maku lekarskiego, jak również środki syntetyczne działające na receptor opiatowy w układzie nerwowym. Narkotyki te, a zwłaszcza heroinę uważa się za najbardziej

uzależniające znane człowiekowi substancje. Do najczęściej używanych alkaloidów opiatowych należą: kodeina, morfina, heroina oraz metadon – syntetyczny analog morfiny o przedłużonym działaniu.

**ZASTOSOWANIE MEDYCZNE**

W medycynie znajduje zastosowanie głównie morfina – przy likwidowaniu bólu. Metadon stosuje się w kuracji substytucyjnej osób uzależnionych od heroiny.

**DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE**

- zmniejszenie łaknienia
- przesunięcie granicy bólu
- osłabienie i potliwość
- obniżenie ciśnienia krwi i, w nieznacznym stopniu temperatury ciała
- zaparcia oraz kłopoty z oddaniem moczu
- impotencja
- zwężenie źrenic i osłabienie ich zdolności do reagowania na światło

**Czas działania:**

6-12 godzin (heroina)

24-36 godzin (metadon)

**FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA**

**Opium** (zawiera wiele alkaloidów) – ciemnobrązowy proszek lub bryłki. **Morfina** – tabletki, przezroczyste kryształki, roztwór w ampulkach. **Heroina** – proszek w kolorze od białego do brązowego.

Na czarnym rynku istnieją dwa rodzaje nielegalnej heroiny:

- brązowa heroina (base heroine) która ma postać granulek lub proszku w kolorze od żółtego do brązowego.
- biała heroina (salt heroine), ma postać drobnego, białego proszku.

Jednak kolor sprzedawanej na ulicach heroiny zależy głównie od metod jej produkcji i użytych odczynników oraz od rodzaju dodanych substancji, których zadaniem jest zwiększenie wagi narkotyku.

„Kompot”, „polska heroina” – specyfik produkowany zazwyczaj w prymitywnych domowych warunkach na bazie słomy makowej oraz kilku odczynników chemicznych zawierający wiele alkaloidów opium. Głównie jest to morfina, heroina i kodeina. Lekko oleisty

płyn, w kolorze od słomkowego do ciemnobrązowego o wyczuwalnej woni octu. Przechowywany zazwyczaj w strzykawkach bądź małych buteleczkach.

W zależności od formy heroiny, uwarunkowań środowiskowych i czynników ekonomicznych istnieje wiele sposobów jej przyjmowania:

- 1/ wdychanie oparów z podgrzewanej folii aluminiowej (palenie, pogoń za smokiem)
- 2/ wciąganie przez śluzówki nosa (sniffowanie)
- 3/ iniekcje – najczęściej dożylnie

**WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE**

**Uzależnienie psychiczne.** Dochodzi do niego stosunkowo szybko – na skutek przyjemnego błogostanu, w jaki wprowadzają opiaty, niemal natychmiast pojawia się potrzeba ponownego przeżycia tego stanu.

**Uzależnienie fizyczne.** Również pojawia się szybko i to bez względu na drogę przyjmowania heroiny. Następnym są przykre objawy abstynencyjne po odstawieniu narkotyku – szereg dolegliwości, z których najbardziej charakterystyczne to:

- bóle stawowo-mięśniowe kończyn
- nudności i wymioty
- zaburzenia snu i utrata łaknienia
- bóle brzucha i biegunki

**Zjawisko tolerancji.** Potrzeba zwiększania dawki, aby uzyskać efekt działania narkotyku na pożądanym poziomie – to powszechne zjawisko u osób uzależnionych od heroiny.

**ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYCIA**

- szpileczkowate źrenice
- opadanie powiek
- uczucie swędzenia skóry
- senność
- płytki oddech
- potliwość
- ewentualne ślady nakłuć po wstrzyknięciach

**NIEBEZPIECZEŃSTWA**

Heroina jest narkotykiem, który niezmiernie łatwo można przedawkować. Śmierć następuje w wyniku skrajnej depresji oddechowej. **Przedawkowanie** heroiny będzie charakteryzować się:

- sinicą (usta i opuszki palców w wyniku niedotlenienia nabierają siniofioletowego koloru)
- krańcową sennością
- płytkim, nieregularnym oddechem aż do jego zaniku
- wiotczeniem mięśni szkieletowych (nienaturalne rozluźnienie)
- zimną, wilgotną i lepką skórą
- zwolnioną akcją serca i niskim ciśnieniem krwi

W przypadku przedawkowania najważniejsze jest podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych (oddech i cyrkulacja krwi) oraz wezwanie karetki pogotowia.

**Ryzyko transmisji chorób zakaźnych przenoszonych przez krew** – w szczególności HIV/AIDS oraz wirusów zapalenia wątroby. Ma to głównie związek

z przyjmowaniem narkotyku skażonym sprzętem iniekcyjnym.

**Intensywność uzależnienia.** Heroina uzależnia silniej niż jakiegokolwiek inne narkotyki i może spowodować całkowite podporządkowanie się nałogowi i jego podtrzymaniu. Skutki takiego stanu rzeczy odczuwane są niemal w każdej dziedzinie życia osoby uzależnionej. Obniżając poziom napięcia emocjonalnego heroina sprawia, że osoby uzależnione tylko w nieznacznym stopniu odczuwają dyskomfort swojej pogarszającej się sytuacji.

#### NAZWY SLANGOWE

Hera, towar, brown, brąz,



foto: Monar na bajzlu



## LSD

LSD jest jednym z najtańszych i najszerszej dostępnych narkotyków. Praktycznie całkowicie wyparło ono inne psychodeliki. Od ponad dwudziestu lat jest to najpopularniejszy środek **halucynogenny**.

#### SUBSTANCJA AKTYWNA

dietyloamid kwasu lizergowego (LSD-25)

#### ZASTOSOWANIE MEDYCZNE

Najpoważniejsze próby medycznego stosowania LSD dotyczyły psychiatrii, a dokładnie leczenia schizofreników. Niestety trudno znaleźć w literaturze wiarygodne opisy efektów terapeutycznych LSD w tym ujęciu, mimo iż w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych opublikowano ponad tysiąc badań dotyczących około 40 tysięcy pacjentów.

#### DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE

- zawroty głowy
- drżenie mięśniowe i skurcze mięśni klatki piersiowej
- osłabienie, nudności, pocenie się
- kołatanie serca i wzrost ciśnienia krwi
- rozszerzenie źrenic
- zapis fal mózgowych (EEG) osoby znajdującej się pod wpływem LSD przypomina stan pobudzenia i niepokoju

#### FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA

Najczęstszą formą tego psychodeliku są będące w nielegalnej dystrybucji kolorowe papierowe znaczki (wielkości mniej więcej paznokcia) przedstawiające różne symbole graficzne – nasączone roztworem LSD. Stosowane są one doustnie (ssanie lub składanie pod język). LSD ma niezwykle niską dawkę efektywną: każdy znaczek zawiera ok. 0,003 g LSD.

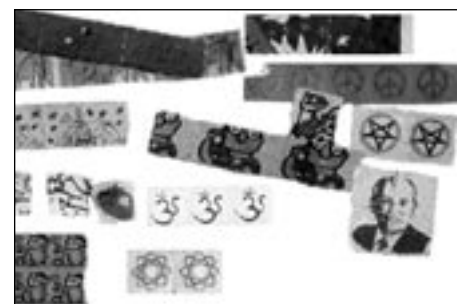
Prędkość działania LSD jest zależna od sposobu przyjęcia środka. I tak, brany doustnie przynosi pełne efekty dopiero po ponad czterdziestu minutach (u osób szczególnie wrażliwych – wcześniej, nawet po piętnastu). LSD może być wchłaniane również przez dziąsła – wkładanie pod język.

**Długość działania:** Efekty zależą od ilości użytego LSD i osiągają szczyt w przeciągu okresu do trzech godzin po zażyciu środka. Halucynacje mogą trwać nawet do kilkunastu godzin.

#### WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE

**Uzależnienie psychiczne.** Występuje raczej rzadko.

**Uzależnienie fizyczne.** Nie występuje, a przedawkowanie ze śmiertelnym skutkiem nie jest możliwe - nie występuje zagrożenie życia bezpośrednio ze strony samej substancji chemicznej.



Blotery – kolorowe znaczki nasączone LSD

GRZYBY HALUCYNOGENNE

**Zjawisko tolerancji.** Zauważono, że częste używanie LSD powoduje nieznaczny wzrost tolerancji. Wzrost ten waha się w granicach od 15 do 25%.

**ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYCIA**

- rozszerzone źrenice i słaba ich reakcja na światło
- dziwne, nieracjonalne wypowiedzi
- wesołkowatość i bełkotliwa mowa
- brak koordynacji ruchowej i widoczne zaburzenie orientacji przestrzennej

**NIEBEZPIECZEŃSTWA**

Mimo, że zazwyczaj osoba odurzona LSD zdaje sobie sprawę z tego, że jest pod wpływem halucynacji – niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia może wynikać z **nieracjonalnego zachowania** się: błędnej oceny odległości, czasu i własnych możliwości. Szczególnie przy stosowaniu zbyt dużych dawek mogą pojawić się poważne urojenia, które wpływając na zachowanie zagrażają bezpieczeństwu odurzonej osoby.

W przypadku używania LSD przez niektóre osoby może mieć to wpływ na wyzwalamie się u nich **stanów psychotycznych** (indukcja schorzeń psychiatrycznych).

Innym problemem, z kolei na poziomie genetycznym, który sygnalizują specjaliści w kontekście używania LSD jest teza, że stosowanie tego środka powoduje **aberracje chromosomów**.

O tzw. podróży po LSD zwykle decyduje samopoczucie i nastawienie przed przyjęciem środka. Odurzona osoba jest **łatwo podatna na sugestie** z zewnątrz.

**NAZWY SLANGOWE**

kwask, acid, kwadrat



Amanita muscaria

Spośród pięciu tysięcy odmian grzybów znanych przez człowieka – około 80 posiada właściwości psychoaktywne. Spotykane są one niemalże pod każdą szerokością geograficzną. Ich konsumpcja zazwyczaj miała związek z miejscowymi zwyczajami i obrzędami; stosowane były od wieków. Spośród wszystkich grzybów

wywołujących halucynacje, na uwagę zasługują dwa gatunki: grzyby z rodziny **psylocyble** oraz **muchomór czerwony** (*amanita muscaria*).

Grzyby z rodziny psylocyble	Muchomór czerwony
Grzyby te najbardziej rozpowszechnione były w niektórych rejonach Ameryki Północnej. Istnieje oprócz tego wiele innych grzybów o podobnych właściwościach i zawierających te same substancje psychoaktywne. W Europie na przykład występuje łysiczka lancetowata (Psylocyble semilanceata) o identycznym niemal działaniu.	Ten bardzo rozpowszechniony w całej strefie umiarkowanej grzyb jest powszechnie znany, a z uwagi na właściwości toksyczne – niejadalny. Jednak w niektórych rejonach dalekiej północy, a w szczególności na Syberii, był wysoko ceniony właśnie ze względu na te właściwości.
SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA	
Psylocybina i psylocyna	Grzyby z gatunku Amanita muscaria zawierają kilka psychoaktywnych substancji (m.in. kwas ibotenowy, muskazon i muscinol), z których przede wszystkim muscinol decyduje o psycho-delicznych właściwościach grzyba.

**DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH**

W zależności od fazy odurzenia mogą pojawić się

- Mdłości, bóle i zawroty głowy i strach
- Halucynacje oraz zwiększenie wrażliwości optycznej i słuchowej
- W przypadku muchomora czerwonego może wystąpić również silne pobudzenie, graniczące z atakiem szału
- Ogólne przytłoczenie nadmiarem odbieranych wrażeń
- Uczucie opuszczenia ciała
- Odrętwienie, bierność i obojętność
- Zmęczenie i ogólne wyczerpanie psychiczne

Działanie *psylocybiny* w dużej mierze przypomina

efekty wywoływane przez LSD, choć grzyby w swoim działaniu są o wiele łagodniejsze. Nie ma wielu powodów, aby mówić o różnicach pomiędzy działaniem LSD-25 a grzybami zawierającymi *psylocybinę*.

#### **Długość działania grzybów halucynogennych:**

Pierwsze skutki zażycia grzybów występują już po kwadransie, a cały okres odurzenia może trwać od 4 do 12 godzin, a nawet dłużej.

#### **FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA**

**Łysiczka lancetowata** to mały niepozorny grzybek, rzadko wyrastający powyżej pięciu centymetrów, w kolorze zazwyczaj brązowym, o cienkiej, delikatnej nóżce i stożkowatym, charakterystycznie zaostrowanym kapeluszu. Przy zjedzonych 50 sztukach mogą wystąpić bardzo poważne zmiany świadomości, a spożycie już około 30 świeżych sztuk powoduje wystąpienie halucynacji.

Wygląd **muchomora czerwonego** jest powszechnie znany; grzyby te są jędzone zarówno jako świeże jak i suche. Pite są również wywary z grzybów.

#### **WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH**

Substancje psychoaktywne zawarte w grzybach halucynogennych nie powodują **uzależnienia fizycznego**, ani ich używanie nie rozwija **tolerancji**. Niesie jednak możliwość **uzależnienia psychicznego**, w podobnym stopniu jak pozostałe halucynogeny.

#### **ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYWANIA GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH**

- Szerokie, sztywne źrenice
- Nieracjonalne wypowiedzi
- Dziwaczne zachowanie i zła koordynacja ruchów
- Prowadzenie rozmów z wyimaginowanymi osobami
- Nadwrażliwość na światło
- Bierność i obojętność na sygnały zewnętrzne do zupełnego braku kontaktu z otoczeniem

#### **NIEBEZPIECZEŃSTWA WYNIKAJĄCE Z UŻYWANIA GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH**

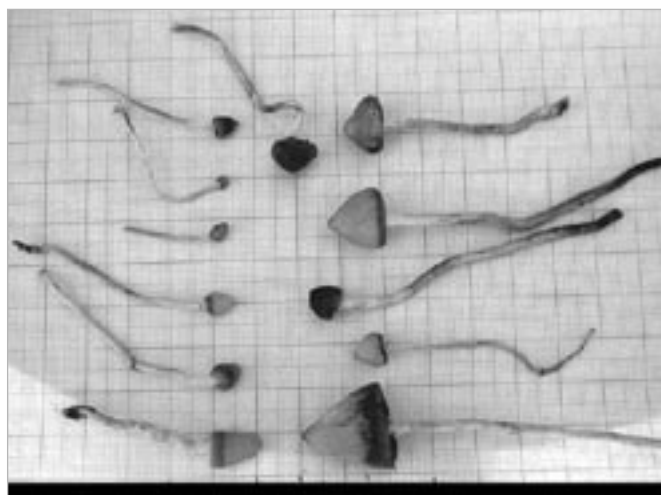
Odurzenie grzybami jest zawsze ryzykownym balansomaniem na krawędzi przepaści, które kończy się niejednokrotnie wystąpieniem **poważnych i długotrwałych zaburzeń psychicznych**.

Zażywanie grzybów halucynogennych jest stanowczo odradzane osobom **niedojrzałym psychicznie i emocjonalnie**, osobom o skłonnościach **do depresji bądź paranoi**.

Osobną kwestią jest **regularne odurzanie się grzybami** z jednoczesnym przyjmowaniem innych narkotyków lub alkoholu. Tego typu konsumpcja musi zakończyć się tragicznie; w najlepszym przypadku – załamaniem psychicznym.

**Śmiertelne przedawkowania** należą do rzadkości, ale zdarzają się. Odurzony zapada w wielogodziną śpiączkę, podczas której może dojść do zaburzeń oddechu i zapaści krążeniowej. Niemniej jednak główną przyczyną zgonu jest **pomyłka** i zjedzenie innych grzybów o bardziej toksycznych właściwościach.

Silnie toksyczne substancje są zagrożeniem szczególnie dla **nerek i wątroby**.



Łysiczka Lancetowata - grzyb zawierający psylocybinę



Suszone grzyby z rodziny Psilocybe

## MARIHUANA I INNE PREPARATY KONOPI



Marihuana – susz z liści konopi

Z niektórych odmian konopi indyjskich otrzymuje się produkty zawierające substancje psychoaktywne. Najważniejsze z nich to marihuana i haszysz. Obecnie są to najbardziej rozpowszechnione, a tym samym najczęściej stosowane narkotyki w Polsce i na świecie. W niektórych krajach preparaty te są legalizowane i dopuszczane do oficjalnego obrotu. Przykładem jest ustawodawstwo holenderskie. Powodem łagodnego podejścia do tych środków jest przekonanie o relatywnie małej szkodliwości zdrowotnej i społecznej związanej z ich używaniem.

**SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA**

Tetrahydrokannabinol (THC), którego stężenie decyduje o narkotycznej sile preparatów konopi.

**ZASTOSOWANIE MEDYCZNE**

Współcześnie potwierdzono przede wszystkim działanie zawartych w konopiach kanabinoli powodujące obniżenie ciśnienia tętniczego w gałce ocznej, działanie przeciwwymiotne i przeciwdrgawkowe. W niektórych krajach (Kanada) marihuana jest przepisywana osobom terminalnie chorym.

**DZIAŁANIE**

W zależności od warunków, konopie mogą działać jako środek pobudzający, uspokajający, znieczulający lub lekko halucynogeny. Lecz, mimo nadawania preparatom konopi właściwości halucynogennych, symptomy używania bardziej zbliżone są do obserwowanych po alkoholu niż po halucynogenach.

Istnieje jednak wiele błędnych stereotypów na temat działania marihuany – jednym z nich jest przekonanie, że mogą one powodować zachowania agresywne i sprzyjać przestępczości.

**FORMY WYSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRZYJMOWANIA**

- Marihuana – susz z liści i kwiatostanów konopi (0,5-5% THC)
- Haszysz – odpowiednio spreparowana żywica krzewu konopi oraz części tej rośliny (2-19% THC)
- Olej haszyszowy – żywica konopi rozpuszczana np. eterem (10-30% THC)

W wyniku prowadzenia genetycznych modyfikacji opracowano nowe odmiany konopi. Preparowana z nich marihuana (tzw. skun) może zawierać nawet do 15% THC.

Najczęściej stosowaną formą przyjmowania preparatów konopi jest ich palenie („skręty”, fifki, fajki, itp.).

**Długość działania:** 1-3 godzin.

**WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE**

**Uzależnienie psychiczne.** Może występować po pewnym czasie przyjmowania.

**Uzależnienie fizyczne.** Nie występuje.

**Tolerancja** – odwrotna. Oznacza to, że przy systematycznym przyjmowaniu THC dochodzi do nadwrażliwości na ten związek.

**ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYCIA**

- gadatliwość i wesołkowatość
- zaburzenia orientacji przestrzennej
- ogólne podniecenie i nadczynność psychoruchowa
- wypowiedzi oderwane czasem od kontekstu (częste dygresje)
- zaczerwienienie białek oczu
- niezdarność ruchowa (np. potykanie się)

**NIEBEZPIECZEŃSTWA**

**Zespół amotywacyjny** – stan związany z regularnym i długotrwałym przyjmowaniem konopi. Charakteryzuje się on zmniejszoną energią i apatią, brakiem chęci komunikowania się z innymi.

**Eskalacja** używania innych (nielegalnych) środków odurzających, co może mieć także związek z otwarciem dostępu do bardziej wyniszczających narkotyków (np. w ramach oferty dealera sprzedającego marihuanę).

U niektórych osób może dojść po pewnym czasie używania THC do **indukcji schorzeń psychiatrycznych**.

Podczas palenia preparatów konopi, ich aktywne składniki docierają łatwo i szybko przez płuca do krwioobiegu, a następnie z krwią do mózgu. Dym działa szkodliwie na **układ oddechowy**.

W wyniku nadużywania konopi może dojść do osłabienia zdolności przyswajania nowych informacji. **Oslabienie pamięci** związane z przyjmowaniem narkotyku z całą pewnością odbija się negatywnie na wynikach w nauce.

**NAZWY SLANGOWE**

Trawa, grass, ganja, hasz, skun, jaranie, palenie, blanty, bakanie





## BARBITURANY



Różne środki nasenne i uspokajające.

barbiturowy, uzyskano do dzisiaj całą gamę, prawie 2 tysiące środków określanych jako barbiturany. Różnią się one od siebie zarówno siłą, jak i czasem działania.

### ZASTOSOWANIE MEDYCZNE

Obecnie stosuje się je tylko przy niektórych schorzeniach: pewnych rodzajach epilepsji, nagłych przypadkach drgawek, a także do wywołania znieczulenia przy niektórych zabiegach chirurgicznych. W przeszłości szeroko używane były one jako leki nasenne, lecz z uwagi na dość duże ryzyko uzależnienia i niebezpieczeństwo śmiertelnych przedawkowań zostały zastąpione przez bezpieczniejsze pod tym względami benzodiazepiny.

### NAZWY LEKÓW ZAWIERAJĄCYCH BARBITURANY

Luminal, Cyclobarbital (wydłużone działanie)  
Thiopental, Brietal (ultrakrótkie działanie)

### SKUTKI PRZYJĘCIA BARBITURANÓW

**Małe dawki** barbituranów mogą wywołać:

- stany relaksacji
- euforię podobną do sennego marzenia
- wyraźne uspokojenie
- niezręczność ruchowa

**Większe dawki** powodują:

- krótkotrwałe pobudzenie, a następnie senność
- przyćmienie świadomości, czasem lęk
- pogorszenia zdolności dokonywania oceny
- zlewanie się mowy (mowa bełkotliwa)
- zwroty głowy i utratę koordynacji ruchów
- upośledzenie pamięci
- ogólne znieczulenie

### WŁAŚCIWOŚCI UZALEŻNIAJĄCE

Barbiturany mają bardzo silne właściwości uzależniające. Przy dłuższym stosowaniu dochodzi zarówno do **uzależnienia psychicznego**, jak i **fizycznego**. Charakterystyczny jest także szybki **wzrost tolerancji** organizmu na te leki.

**Zespół abstynencyjny**, po odstawieniu barbituranów spowoduje bezsenność połączoną z niepokojem i majaczeniami, a nawet urojeniami i halucynacjami. Temperatura ciała wzrasta, pojawiają się drżenia mięśniowe, które mogą przerodzić się w napady drgawkowe a nawet w ataki padaczkowe.

Działanie barbituranów obniża aktywność ośrodkowego układu nerwowego, wywołuje uspokojenie i sen. Od roku 1986, kiedy to w Niemczech zsyntetyzowano po raz pierwszy kwas

### ZEWNĘTRZNE OZNAKI UŻYCIA

- maskowata twarz
- ogólne spowolnienie
- zaburzona koordynacja ruchowa (np. chwiejny krok)
- zamazana mowa
- początkowo zwężone, a następnie rozszerzone źrenice
- oczopląs

### NIEBEZPIECZEŃSTWA

Następnego dnia, po zażyciu barbituranów będzie występować ospałość i otępienie, następnie może pojawić się **efekt kaca** – złe samopoczucie, brak możliwości koncentracji, niepokój i rozdrażnienie.

Z uwagi na depresyjny wpływ na ośrodek oddechowy i długi czas wydalania z organizmu – barbiturany są szczególnie groźne w przypadku **ich przedawkowania**.

Będzie ono charakteryzować się: spowolnieniem oddechu, śpiączką, obniżeniem temperatury ciała i ciśnienia krwi, a także zwolnieniem tętna. W wyniku porażenia ośrodka oddechowego może nastąpić jego zatrzymanie i śmierć. Różnica pomiędzy bezpiecznymi, wywołującymi sen dawkami barbituranów a takimi, które mogą doprowadzić do zapaści oddechowej, jest nieznaczna.

Długotrwałe używanie barbituranów może być przyczyną zaburzeń neurologicznych i psychicznych i prowadzić nawet do **zespołu otępiennego**.

Depresyjny wpływ barbituranów na pracę układu oddechowego może skutkować infekcjami oskrzeli, a także **zapaleniem płuc**.

Barbiturany najczęściej stosowane są z innymi depresantami i wtedy wzmacniane są objawy ich użycia. Mają szczególne działanie w połączeniu z **alkoholem** i w ten sposób są bardzo często nadużywane. Używane są także często z **opiatami** – wtedy zazwyczaj przyjmowane są dożylnie. W związku z podobnym kierunkiem działania tych środków – ryzyko śmiertelnego przedawkowania wzrasta.



Relanium (Diazepam)

## DZIAŁANIA WOBEC OSÓB UZALEŻNIONYCH

**Placówki ambulatoryjne**

Zanim osoba uzależniona rozpocznie leczenie trafia do poradni lub punktu konsultacyjnego. Placówki ambulatoryjne są miejscami, gdzie zazwyczaj odbywa się pierwszy kontakt osoby uzależnionej z terapeutą, za którym stoi cały system pomocy. Nie zawsze jednak ktoś trafiający do ambulatorium jest zdecydowany na terapię i rozstanie się

z narkotykami. Z reguły zaczyna odczuwać on pierwsze problemy życiowe, których źródła nie chce identyfikować z nałogowym używaniem narkotyków. Diagnoza poziomu uzależnienia, rozpoznanie oczekiwań pacjentów, ocena ich funkcjonowania społecznego to podstawowe elementy decydujące o wyborze sposobu leczenia. Poradnie stwarzają możliwość terapii w trybie indywidualnym, jak i w ramach grup terapeutycznych. Można uzyskać w nich skierowanie do oddziałów detoksykacji, stacjonarnych ośrodków

rehabilitacyjnych na terenie całej Polski, a także do innych programów leczniczych. Sieć tego typu placówek ma ogromne znaczenie zarówno dla osób mających problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od narkotyków, jak również dla tych wszystkich, którzy chcą pomóc swoim bliskim dotkniętym uzależnieniem.

**Programy wymiany igieł i strzykawek**

Jednymi z najskuteczniejszych działań minimalizujących ryzyko zakażeń HIV/ AIDS, a także innych chorób przenoszonych przez krew wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji są programy wymiany igieł i strzykawek. Szacuje się, że redukują one o ok. 50% dzielenie się sprzętem infekcyjnym w tych środowiskach, gdzie są prowadzone. Są w miarę tanie i proste w realizacji – co sprzyja ich efektywności, biorąc pod uwagę koszty leczenia chorych na AIDS. Nie bez znaczenia jest tu także fakt, iż programy te przyczyniają się do utylizacji używanych igieł i strzykawek, które porzucone gdziekolwiek stanowiłyby zagrożenie dla przypadkowych osób. Programy wymiany wpływają także



Wymiany igieł i strzykawek

na zmiany zachowań narkomanów na bardziej bezpieczne z punktu widzenia zakażeń chorobami przenoszonymi przez krew. Jednocześnie dzięki pracy terapeutów ulicznych stanowią one istotne ogniwo pomiędzy zazwyczaj bardzo zmarginalizowanym środowiskiem narkomanów a różnorodnymi serwisami pomocy: terapeutycznej, medycznej czy socjalnej. Pracownicy uliczni docierają do miejsc spotkań osób uzależnionych służąc pomocą tym, którzy nieraz całkowicie zostali odsunięci na margines społeczeństwa.

**Oddziały detoksykacji**

Detoksykacja ma na celu poprzez odizolowanie pacjenta od narkotyków i wdrożenie leczenia farmakologicznego – w miarę komfortowe uporanie się z zespołem abstynencyjnym, jaki pojawia się po odstawieniu niektórych narkotyków. Główną grupą osób wymagających takiej kuracji są uzależnieni od opiatów (heroina). Ten rodzaj narkotyków powoduje silną zależność fizyczną, co uniemożliwia podjęcie jakiegokolwiek psychoterapii bez wcześniejszego odtrucia. Pobyt w oddziale detoksykacji trwa od tygodnia do dwóch; w nielicznych przypadkach nieco dłużej.

**Stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne**

Ośrodki rehabilitacyjne proponują uzależnionym leczenie oparte głównie o metodę społeczności terapeutycznej. Terapia jest ukierunkowana na radykalną zmianę stylu życia pacjentów, zmianę środowiska i uzyskanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych. Osoby przebywające w ośrodkach uczą się życia poprzez społeczną interakcję (głównie w obrębie grupy); nabierają poczucia odpowiedzialności za własne zachowanie, uczą się rozumienia i wyrażania własnych emocji. Cel leczenia w społeczności terapeutycznej wykracza daleko poza zmianę zachowań – zachowanie jest tylko objawem prawdziwych problemów. W myśl filozofii terapii – osoba uzależniona musi zmienić negatywny obraz siebie na pozytywny, nauczyć się konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i umiejętności cieszenia się z życia po to, by zmniejszyć niebezpieczeństwo powrotu do autodestrukcyjnych zachowań z przeszłości.

Częstą praktyką jest pomoc w nawiązywaniu ponownych, tym razem poprawnych relacji z rodziną. W ośrodkach obowiązuje całkowita abstynencja od takich środków jak narkotyki i alkohol. Pobyt w tego typu placówkach może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy i zazwyczaj podzielony



Poradnia MONARu w Krakowie



Ośrodek w Pleszewie

jest na etapy związane z rozwojem pacjenta i uzyskiwaniem przez niego umiejętności i doświadczeń społecznych.

### Programy substytucji lekowej

Do tego rodzaju leczenia wykorzystuje się środki farmakologiczne będące agonistami (metadon) lub częściowymi agonistami (buprenorfina) opiatów. Programy substytucji lekowej to rozwiązania polegające na zastąpieniu nielegalnego narkotyku legalną substancją o podobnym bądź takim samym działaniu farmakologicznym. Jedyną grupą uzależnionych objętych takimi programami są osoby uzależnione od heroiny, które nie chcą lub nie potrafią zrezygnować z używania tego środka. Podstawowym celem prowadzenia substytucji lekowej jest ustabilizowanie

sytuacji życiowej osób uzależnionych poprzez m.in. wyeliminowanie wszystkich czynności związanych ze zdobyciem nielegalnych narkotyków (redukcji zachowań o charakterze kryminalnym) oraz obniżenie poziomu niebezpieczeństw zdrowotnych płynących z niekontrolowanego ich zażywania. Służyć ma temu legalny substytut narkotyku oraz szereg oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym i readaptacyjnym mających umożliwić i ułatwić powrót do pełnienia ról społecznych. Osoby uczestniczące w programach substytucyjnych są więc nadal uzależnione od narkotyków – tej samej lub podobnej substancji psychoaktywnej. Jednak dzięki legalnemu dostępowi do bezpłatnego i czystego farmakologicznie narkotyku, a także do serwisów socjalnych i terapeutycznych mają szansę na zmianę stylu życia lub przynajmniej na jego stabilizację. Długość udziału w terapii substytucyjnej nie jest z góry określona – o jej zakończeniu decyduje sam pacjent (chyba, że wcześniej zostanie usunięty z programu z powodu „dobierania” nielegalnych narkotyków). W większości przypadków udział w terapii jest wieloletni.

### Grupy Anonimowych Narkomanów

Grupy AN istnieją w Polsce od 15 lat. Ich program oparty jest na Dwunastu Krokach i Dwunastu Tradycjach Anonimowych Alkoholików. Fundamentalną zasadą umożliwiającą osobom uzależnionym trzeźwienie we wspólnocie jest zasada anonimowości. Dzięki niej mogą one czuć się bezpiecznie, wolne od szykan, poniżania i wytykania palcami. Osobie uzależnionej przychodzącej na mityngi zaleca się realizację programu Dwunastu Kroków zmieniającego kompulsywne zachowanie na świadomy wybór. Nikt nie sprawdza ani nie egzaminuje nikogo z jego realizacji (może z wyjątkiem samego życia). Dzielenie się radością, siłą, nadzieją oraz doświadczeniem, które ma miejsce na mityngu, może być skuteczną pomocą w trzeźwieniu. Zgodnie z filozofią i przekonaniem członków



Buprenorfina

wspólnoty AN – narkomania jest chorobą, w której choruje i cierpi ciało, umysł i dusza. Realizacja programu pozwala na wyzdrowienie tych sfer funkcjonowania człowieka. Uczestnictwo w mityngach porównywane jest do siły wspierającej narkomana na tej drodze, a sama abstynencja od narkotyków jest efektem ubocznym tych zmian. Osoba uzależniona zyskuje radość i spokój w życiu, przedtem zabrane przez narkotyki.

Narkomania, w rozumieniu uczestników ruchu AN jest chorobą, którą można skutecznie zatrzymać. Wymaga to jednak czasu, spokoju, cierpliwości, zrozumienia i nadziei, które osoba uzależniona może znaleźć w grupie. ▣

### UŻYWANIE NARKOTYKÓW A PROBLEM HIV/AIDS ORAZ INNYCH CHOROÓB PRZENOSZONYCH PRZEZ KREW

Mimo, że w obecnych czasach główną drogą rozprzestrzeniania się wirusa HIV są kontakty heteroseksualne - nadal w Polsce, epicentrum zakażeń stanowią przypadki infekcji HIV związane z używaniem narkotyków. Stanowią one ponad 60% wszystkich stwierdzonych zakażeń. Ryzyko zakażeń HIV wśród osób zażywających narkotyki jest głównie związane z używaniem wspólnych igieł i strzykawek, a także innych przedmiotów służących przygotowaniu narkotyków do iniekcji. Trudno oszacować jak wiele osób przyjmujących narkotyki dożyłnie jest zakażonych wirusami zapalenia wątroby. Epidemiolodzy oceniają, że tylko w przeciągu pierwszego roku wstrzykiwania narkotyków - ok. 70% osób zakaża się WZW typu C.



### BIBLIOGRAFIA

#### „Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki”

Timothy Dimoff i Steve Carper  
Elma Books, Warszawa 1993

#### „Narkomania. Mity i rzeczywistość”

Michael Gossop  
Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993;

#### „Uzależnienia, zażywanie i nadużywanie”

Stephen A. Maisto, Mark Galizio, Gerard J. Connors  
Fundacja Karan, Warszawa 2000

#### „Dzieci, alkohol, narkotyki”

Ruth Maxwell  
Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1994;

#### „Narkotyki”

Philip Robson  
Medycyna Praktyczna, Kraków 1997

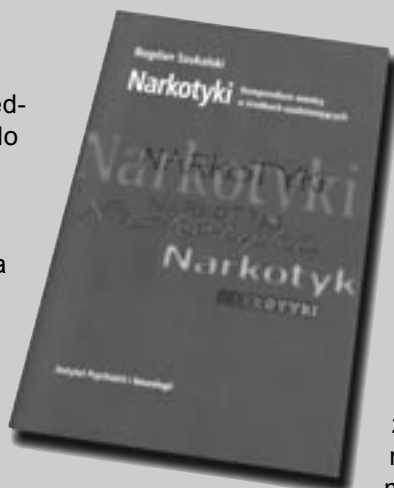
## Polecamy

Kiedyś, żeby wejść w posiadanie któregośkolwiek ze szczegółowych opracowań profesora Szukalskiego należało na dłuższy czas zaprenumerować wydawane przez IPIŃ pismo „Alkoholizm i narkomania”, w którym były one zamieszczane.

Dzisiaj mamy już książkę, pełną drobnych i wielowątkowych opisów najważniejszych substancji narkotycznych i ich działania na organizm człowieka. Nie jest to pozycja, którą łatwo się czyta. Dla nas, osób bez gruntownej wiedzy chemicznej – nie wszystko jest tu zrozumiałe. Szukalski zresztą, usprawiedliwia się w przedmowie z konieczności umieszczenia w opracowaniu wzorów chemicznych – wyrażając jednocześnie nadzieję, że nie zniechęci to czytelników.

Trudno byłoby jednak zniechęcić do korzystania z tej książki. Raz, że jest to pozycja jakichś brakuje na naszym rynku wydawniczym: rzetelne, w większości wyczerpujące opisy niemalże wszystkich obecnych w Polsce narkotyków. Dwa, informacje, które zawiera praca Szukalskiego nie ograniczają się wyłącznie do biochemicznych opisów. Znajdziemy tu szeroką wiedzę o narkotykach, ich oddziaływaniu na organizm ludzki – kompendium wiedzy o konkretnych skutkach zdrowotnych związanych z używaniem poszczególnych narkotyków.

Książka warta polecenia wszystkim, którzy problematyką narkotyków w ten

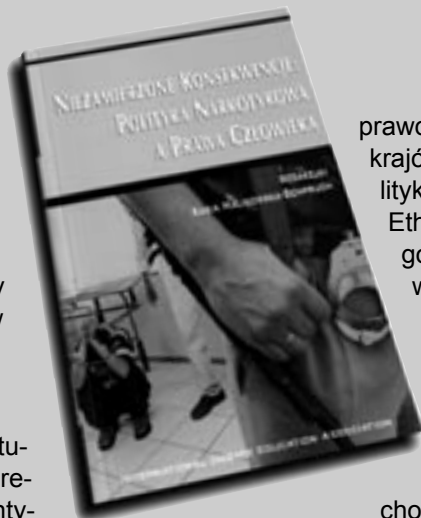


czy w inny sposób się zajmują; również tym, którzy sami narkotyków używają.

Na koniec trochę dziegciu do miodu – uważny, poszukujący czytelnik znajdzie w książce trochę niekonsekwencji, polegających na zbywaniu ważnych informacji zbyt skromnymi wyjaśnieniami. Przykładem jest tu informacja o negatywnym wpływie na rozwój noworodków palenia marihuany przez kobiety w ciąży – skwitowana w jednym zdaniu. Panie Profesorze, to zbyt ważki problem, aby ograniczyć się do tych kilku słów. Czekamy na następne Pana książki. (gw)

Bogdan Szukalski  
**„Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających”**  
Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
Warszawa 2005

„Niezamierzone konsekwencje” to pierwsza tego typu pozycja książkowa w Polsce. Znajdziemy tu szereg artykułów polskich i zagranicznych autorów, którzy z różnych perspektyw prezentują szkodliwe skutki represyjnej polityki antynarkotykowej; polityki, która nie spełniła nawet w najmniejszym stopniu zakładanych celów: zmniejszenia skali konsumpcji narkotyków na świecie. Posługując się fragmentami wstępu pióra Kasi Malinowskiej-Sempruch – zamieszczone w książce artykuły „pokazują, że polityka ta przyczynia się do rozprzestrzeniania się wirusa (HIV – przyp. red.) dowodząc niezbicie, że – co paradoksalne – podejście oparte na filozofii zera tolerancji naraża na niebezpieczeństwo zdrowie publiczne, które w założeniu miało przecież chronić”. Negatywne skutki używania narkotyków coraz mniej związane są z farmakologicznymi ich właściwościami, a coraz bardziej z tym, jak traktuje je



prawo i polityka poszczególnych krajów. A przecież sukces polityki narkotykowej – zdaniem Ethana Nadelmana, jednego z autorów zawartych w zbiorze artykułów – nie powinien być tylko mierzony spadkiem konsumpcji narkotyków, lecz również „wpływem jaki wywiera ona na prawa człowieka, odsetek zgonów, chorób, przestępczości i cierpienia związanego z użytkowaniem nielegalnych substancji”.

Wśród polskich autorów znajdziemy w książce opracowanie Krzysztofa Krajewskiego, który wykazując błędne założenia i oplakane skutki penalizacji posiadania narkotyków prezentuje alternatywne podejścia prawne. Wiktor Osiatyński w artykule „Prawa osób uzależnionych i używających narkotyki” przedstawia konflikt pomiędzy prawami wolności jednostki a interesem publicznym – opisując w ten sposób siły, które mają wpływ na powstawanie i kreowanie polityki wobec narkotyków i osób ich używających. Natkniemy się tu też na ciekawy artykuł Bogusławy

Bukowskiej ukazujący nieskuteczność testowania uczniów w szkole na obecność narkotyków i prezentujący wątpliwości co do etycznych i prawnych aspektów tego typu działań.

Z uwagi na te i inne artykuły, ukazujące redukcję szkód jako realne, odpowiadające potrzebom współczesnego świata podejście wobec narkotyków i zagrożeń związanych z ich konsumpcją – lekturę książki „Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka” polecamy szczególnie. Niestety, jako że książka ta nie znajduje się w sprzedaży, a jej nakład jest mocno ograniczony – zapraszamy na internetowe strony „Monar na bajzlu” ([www.mnb.krakow.pl](http://www.mnb.krakow.pl)), gdzie jest ona dostępna w wersji elektronicznej. (gw)

**„Niezamierzone konsekwencje: Polityka narkotykowa a prawa człowieka.”**

Redakcja: K. Malinowski-Sempruch  
International Debate Education  
Association, Warszawa 2005

## Polecamy

# Postulowane kierunki polityki legislacyjnej wobec narkotyków i narkomanii

## Narkotyki we współczesnych społeczeństwach

Środki odurzające i psychotropowe (zwane potocznie narkotykami), oraz ich używanie w celach niemedycznych (czyli narkomania), to niewątpliwie jeden z najpoważniejszych problemów społecznych współczesności. Równocześnie stwierdzić należy, iż wizja społeczeństwa całkowicie wolnego od narkotyków i od narkomanii, jakkolwiek atrakcyjna i godna aprobaty, nie jest możliwa do zrealizowania, a przede wszystkim – do wymuszenia w drodze represji. Czy się to nam podoba czy nie, „społeczeństwa wolne od narkotyków” nie istniały, nie istnieją i najprawdopodobniej nie będą istnieć w przyszłości. Różne substancje psychoaktywne, o mniejszym lub większym stopniu szkodliwości, towarzyszą bowiem cywilizacji od zarania jej dziejów. Gdyby chcieć rzeczywiście realizować postulat uwolnienia ludzkości od nich, to w naszych warunkach kulturowych należałoby zacząć od alkoholu, powszechnie używanego legalnego narkotyku, wywołującego olbrzymie szkody indywidualne i społeczne. Próby całkowitego wyeliminowania alkoholu z życia społecznego i rozwiązywania problemów z nim związanych za pomocą zakazów i represji nikt dzisiaj nie potraktowałby jednak poważnie (w przeciwieństwie do pomysłodawców prohibicji amerykańskiej w latach dwudziestych i trzydziestych XX stulecia). Stanowisko takie nie oznacza aprobaty narkotyków jako czegoś „dobrego” czy „pożytecznego”. Niewątpliwie najlepiej nie używać narkotyków, a świat bez tych substancji i wywoływanych przez nie problemów byłby zapewne lepszy. Trzeba się jednak pogodzić z faktem, że zawsze znajdzie się grupa ludzi, którzy – z takich czy innych powodów – będą sięgać po narkotyki.

## Cele i sposoby działań politycznych wobec narkotyków

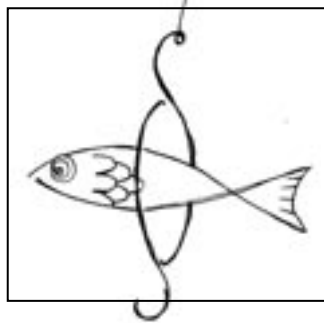
W związku z powyższym jedną z istotnych kwestii dotyczących polityki prowadzonej wobec narkotyków i narkomanii jest pytanie o zamierzone cele. Jeśli cel w postaci „społeczeństwa wolnego od narkotyków” i powszechnej abstynencji uznać za nieosiągalny, to co powinno wyznaczać kierunki polityki wobec tych substancji i ich użytkowników? Nie ulega wątpliwości, iż po pierwsze należy dążyć do maksymalnej redukcji rozmiarów używania środków odurzających i substancji psychotropowych w celach niemedycznych. Inaczej mówiąc, głównym zadaniem racjonalnej walki z narkotykami powinno być zminimalizowanie rozmiarów grupy użytkowników narkotyków.

Na tym tle rodzą się jednak dalsze pytania. Rozmiary niemedycznego stosowania narkotyków w każdym społeczeństwie są wypadkową dwóch czynników, a mianowicie ich podaży, oraz popytu. W związku z tym powstaje pytanie czy zasadniczym priorytetem w polityce przeciwdziałania narkomanii powinno być zmniejszanie podaży narkotyków, czy może raczej redukcja popytu na te substancje i motywacji do ich używania? Wreszcie, kapitalne znaczenie ma pytanie o to, jakimi metodami należy i można posługiwać się dla osiągnięcia powyższych celów? Ta ostatnia kwestia jest szczególnie istotna, albowiem odpowiedź na nią wyznacza miejsce i rolę, jakie w polityce wobec narkotyków odgrywa prawo karne i środki o charakterze represyjnym.

W tym kontekście podkreślić należy, iż uznanie faktu społecznej i indywidualnej szkodliwości narkotyków nie powinno w żaden sposób przesądzać o metodach przeciwdziałania temu zjawisku. Od lat przyzwyczailiśmy się, iż podstawowym narzędziem jest tu prawo karne, stojące na straży globalnego systemu prohibicyjnego, systemu poniechanego zresztą w stosunku do alkoholu, ale utrzymywanego w odniesieniu do środków odurzających i substancji psychotropowych. Problem polega na tym, iż prawo karne, które i tak nie jest najefektywniejszym instrumentem kontroli społecznej, w przypadku narkotyków okazuje się szczególnie nieskuteczne i szkodliwe, powodując cały szereg negatywnych konsekwencji ubocznych. Konsekwencje te są dokładnie rozpoznane i opisane w literaturze fachowej. Istnieją również sposoby i metody alternatywnego postępowania w tym zakresie, odwołujące się do metod polityki społecznej innych niż sankcje karne. Metody te nie opierają się na całkowitej rezygnacji z posługiwania się w obszarze polityki wobec narkotyków i narkomanii prawem karnym, ale na ograniczaniu jego roli do niezbędnego minimum. Ich istotę stanowi założenie, że celem polityki wobec narkotyków i narkomanii powinno być podejmowanie wszelkich możliwych starań po temu, aby szkody wynikające z tego zjawiska tak dla społeczeństwa jako całości, jak i dla poszczególnych jednostek, były możliwie jak najmniejsze. Podstawową strategią takiego podejścia do problemu narkotyków i narkomanii jest polityka tzw. ograniczania szkód (*harm reduction*), szkód wynikających zarówno z używania i nadużywania narkotyków, jak i używania i nadużywania prawa karnego do zwalczania problemów stwarzanych przez narkotyki.

## Rola prawa karnego

W świetle powyższych stwierdzeń zarysować można postulowany model roli prawa karnego w polityce wobec narkotyków. Zgodnie z nim w zakresie ograniczania dostępności narkotyków można i należy nawet odwoływać się do represji, a podaż narkotyków może i powinna być traktowana, jako problem polityki kryminalnej. Chociaż nadzieje na to, że przy użyciu najsurowszej nawet represji zdoła się całkowicie zlikwidować nielegalną podaż narkotyków są złudne, trzeba równocześnie przyznać, iż w chwili obecnej brak jest jakichś jednoznacznie zarysowanych alternatyw w tym zakresie. Wysuwany przez niektórych postulat całkowitej legalizacji narkotyków, a więc właśnie zalegalizowania ich podaży, nie wydaje się być, póki co, postulatem realistycznym. Dotyczy to szczególnie tzw. środków twardych, których legalizacja byłaby niewątpliwie eksperymentem zbyt ryzykownym. Nieco inaczej sprawa przedstawia się w stosunku do środków miękkich. Aczkolwiek doświadczenia polityki holenderskiej w tym zakresie wydają się być raczej pozytywne, trudno jednak rozwiązać takie zalecać bezkrytycznie w każdych warunkach i w każdym kraju. Niewątpliwie jednak dyskusja na ten temat i poważne traktowanie takiej opcji, jako ewentualnego rozwiązania na przyszłość, nie powinny być a priori odrzucane.



Inaczej natomiast przedstawia się sprawa w przypadku popytu na narkotyki i działań wobec użytkowników tych substancji. Wiele poważnych argumentów przemawia za tym, iż zwalczanie popytu na narkotyki (stanowiące skądinąd najlepszą metodę ograniczania rozmiarów ich używania), nie powinno odwoływać się do represji, a przynajmniej powinno czynić to w sposób maksymalnie oszczędny. Popyt na narkotyki powinien być traktowany przede wszystkim, jako kwestia polityki społecznej i zdrowotnej. Argumentów przemawiających za takim podejściem jest wiele.

Kryminalizacja i posługiwanie się represją wobec użytkowników narkotyków za sam fakt ich używania naruszają zasadę umiaru w posługiwaniu się sankcjami karnymi, szczególnie wobec zachowań autodestrukcyjnych. Osoba używająca narkotyki godzi przede wszystkim w swoje własne dobra, głównie w zdrowie, ale czasami także życie. Jest to oczywiście olbrzymi problem społeczny, co nie oznacza, że powinien on być zwalczany poprzez karanie takich osób. Najlepszym tego przykładem może być fakt, że żadne ustawodawstwo współczesne nie traktuje jako przestępstwa próby samobójczej, co było powszechne w większości kodeksów karnych 100 czy 150 lat temu. Nie znaczy to, że samobójstwo, czy inne zachowania autodestrukcyjne, nie stanowią problemu społecznego. Przeciwdziałanie im nie jest jednak kwestią represji, lecz profilaktyki i innych oddziaływań ze sfery polityki społecznej. Kardynalna zasada współczesnego prawa

karnego mówi, iż kryminalizacja powinna opierać się na przesłankach racjonalnych, a nie emocjonalnych. Oznacza to, iż ma być dokonywana w oparciu o dokładne rozważenie takich kwestii, jak cele, które chce się za pomocą takiej czy innej decyzji osiągnąć, zdadność sankcji karnych do ich osiągnięcia oraz ewentualne koszty i konsekwencje uboczne tej operacji, tak finansowe, jak społeczne. Z tego względu do podstawowych zasad nowoczesnej polityki kryminalnej, o czym niestety najczęściej zapominają politycy, należą dwie następujące: zasada subsydiarności prawa karnego oraz zasada *in dubio pro libertate*.

Pierwsza z nich oznacza, iż kryminalizacja, czy też szerzej – penalizacja jakiegoś zachowania, powinna stano-wić ostateczność, *ultima ratio* polityki społecznej. Inaczej mówiąc, sankcje karne należy wykorzystywać jako instrument przeciwdziałania problemom społecznym w sposób bardzo oszczędny i tylko w ostateczności, wówczas, gdy rzeczywiście nie ma innego wyjścia i innych instrumentów. Rzecz w tym, iż prawo karne, podobnie jak większość leków stosowanych w medycynie, ma różne konsekwencje uboczne, niekiedy bardzo negatywne. Czasami nie ma rady i trzeba ten środek stosować, ale nie należy i nie wolno go nadużywać. W tym kontekście to, że w opinii wielu polityków oraz w świadomości powszechnej, zakazy i sankcje prawnokarne traktowane są niemalże jako panaceum na wszelkie problemy i bolączki społeczne, pozostaje w całkowitej sprzeczności ze współczesnym stanem kryminologicznej wiedzy naukowej.

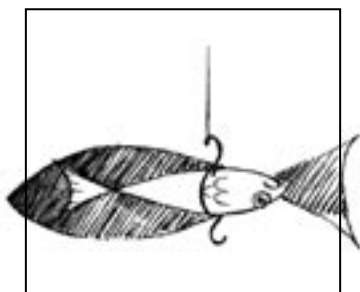
Zasada *in dubio pro libertate* oznacza natomiast, iż w przypadku istnienia wątpliwości co do racji i zasadności penalizacji jakiegoś zachowania, ważkich argumentów przemawiających przeciw takiej decyzji, należy z owej penalizacji zrezygnować. Szczególnie istotna jest tu analiza zysków i kosztów takiego rozwiązania. Jeśli przewyższają one ewentualne zyski, a więc gdy lekarstwo może się okazać bardziej szkodliwe niż choroba, którą ma leczyć, od penalizacji należy czym prędzej odstąpić.

## Negatywne konsekwencje represjonowania użytkowników narkotyków

Jeśli w świetle powyższych zasad przyjrzeć się roli, jaką prawo karne odgrywa w polityce wobec narkotyków i narkomanii, wyłania się kilka problemów. Przede wszystkim należy stwierdzić, iż kryminalizacja i stosowanie represji dla redukcji popytu na narkotyki jest nieefektywne. Ciągłe zaostrzanie kar, z czym mamy do czynienia od ponad stu lat w wielu ustawodawstwach na świecie, nie przyczyniło się bynajmniej do jakiegś istotnej redukcji rozmiarów zjawiska narkomanii. Co więcej, w wielu wypadkach nie zdołało nawet powstrzymać jego narastania. Wydaje się, iż konsekwencje nowelizacji polskiej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997r., jaka została dokonana w 2000r., mogą być

tego jaskrawą ilustracją. Zaostrzenie represji karnej wprowadzone tą ustawą miało w opinii jej zwolenników stanowić zasadniczy przełom w kierunku zwiększenia efektywności walki z narkomanią i zmniejszenia rozmiarów problemu. Owa słynna „maczuga na dealerów” okazała się jednak w praktyce przysłowiową zamianą „siekiarki na kijek” i trudno jest mówić o jakimś jednoznacznym odwróceniu obserwowanej w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych tendencji wzrostowej w zakresie rozmiarów używania narkotyków. Co prawda wyniki przeprowadzonych w roku 2003 badań epidemiologicznych ESPAD (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs*) wskazują na pewien spadek rozmiarów używania amfetaminy oraz LSD w grupie uczniów między 15 a 16 rokiem życia w stosunku do wyników tego samego badania z roku 1999. W przypadku jednak np. konopi w tej grupie wiekowej nadal występowała tendencja wzrostowa. Co więcej, w przypadku uczniów w wieku 17-18 lat w ogóle nie odnotowano żadnych spadków w stosunku do roku 1999 i w odniesieniu do wszystkich rodzajów środków odurzających odnotowano tam dalszy wzrost rozpowszechnienia kontaktów z nimi. Trudno jest więc twierdzić, iż nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2000 dała jakieś jednoznaczne pozytywne efekty. Co więcej, nawet jeśli można zaobserwować pewne pozytywne zjawiska, nie można mieć w żadnym wypadku pewności, czy u ich podłoża leżało wprowadzone w roku 2000 zaostrzenie prawa. Mogły na to wpłynąć zupełnie inne czynniki.

Równocześnie, co z punktu widzenia niniejszych rozważań jest najważniejsze, kryminalizacja i stosowanie represji dla redukcji popytu na narkotyki wywołują szereg negatywnych efektów ubocznych. Przede wszystkim ich użytkownicy zaczynają być postrzegani i traktowani jako przestępcy, a nie osoby chore, wymagające pomocy i leczenia. A przestępców się nie leczy. Przestępców powinno się karać! To rzutuje w sposób zasadniczy na społeczne postawy wobec narkomanów i innych użytkowników narkotyków, potęguje postawy punitywne i powiększa zakres społecznego wykluczenia tych osób. Co więcej, pomiędzy represją, a pomocą i leczeniem, istnieje najczęściej zasadnicza sprzeczność. Represja spycha bowiem użytkowników narkotyków do głębokiego podziemia, a przez to potęguje negatywne dla nich konsekwencje zdrowotne i społeczne. W takich warunkach rozwijają się bowiem najbardziej niebezpieczne formy używania narkotyków. Substancje te są groźne same przez się. Przyjmowane w ryzykowny sposób stają się jeszcze bardziej niebezpieczne. Mechanizm transmisji wirusa HIV i innych zagrażających zdrowiu i życiu infekcji w populacji dożylnych użytkowników narkotyków, będący konsekwencją wspólnego używania niesterylnych igieł i strzykawek, jest najlepszym tego przykładem. Nie ulega przy tym wątpliwości, iż powszechność wykorzystywania przez dożylnych użytkowników narkotyków niesterylnego



sprzętu iniekcyjnego, jest wymuszana przez warunki, w jakich – w ramach systemu prohibicyjnego – funkcjonuje podkultura narkomańska i z faktu, że używanie narkotyków jest nielegalne. Czynności nielegalne są podejmowane przede wszystkim z myślą o tym, aby nie pociągnęły za sobą ujawnienia i odpowiedzialności karnej.

Co więcej, represja, spychając użytkowników narkotyków do głębokiego podziemia, utrudnia realizację efektywnej polityki socjalnej i zdrowotnej. W takich warunkach utrudniony zostaje bowiem dostęp służb socjalnych i medycznych do tych osób. Narkomani zazwyczaj unikają kontaktów ze światem zewnętrznym. Dotyczy to nie tylko policji – co oczywiste – ale także pracowników socjalnych, lekarzy i innych osób mogących udzielić im pomocy. Wynika to z obawy, że kontakty takie mogą oznaczać „kłopoty” i prędzej, czy później, doprowadzić do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej. W takich

warunkach utrudnione jest także wytworzenie stosunku zaufania pomiędzy terapeutą a użytkownikiem, co stanowi warunek konieczny nie tylko powodzenia ewentualnej terapii, ale także wszelkich zabiegów profilaktycznych. Nie można być równocześnie policjantem i terapeutą. Szerokie stosowanie represji wobec użytkowników narkotyków prowadzi także do tego, iż pomiędzy organami ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a podmiotami zaangażowanymi w działalność medyczną i socjalną

w środowisku narkomanów dochodzi do częstych konfliktów i napięć, albowiem cele i metody ich działań są zupełnie odmienne. Represja często wręcz niweczy wysiłki podejmowane w obszarze działań socjalnych i zdrowotnych. Wreszcie, nie można zapominać, iż represje wobec użytkowników narkotyków pogłębiają najczęściej ich marginalizację i wykluczenie społeczne. Czy polityka prowadzona wobec tych osób powinna do tego prowadzić? Czy też raczej należy podejmować próbę włączenia ich na powrót do społeczeństwa?

### **Istota strategii redukcji szkód**

W tym kontekście pojawiło się pytanie, czy celem oddziaływania na osoby uzależnione i innych użytkowników narkotyków powinna być wyłącznie abstynencja? Czy może równie uprawnionym zamierzeniem powinna być redukcja szkód wywoływanych przez te substancje? Rzecz w tym, iż abstynencja, a przynajmniej szybkie jej osiągnięcie, jest dla wielu użytkowników narkotyków celem nierealistycznym i nieosiągalnym w krótkim okresie czasu. Jeśli tak, to być może trzeba zaakceptować – przynajmniej tymczasowo – fakt, iż osoby takie używają narkotyki. Musi temu jednak towarzyszyć minimalizowanie negatywnych tego konsekwencji, redukcja szkód, tak społecznych, jak i indywidualnych. Abstynencja nie jest w takim podejściu wyłącznym celem podejmowanych działań, aczkolwiek nie należy z niego całkowicie zrezygnować. Jeśli istnieje możliwość jego osiągnięcia, to należy do tego dążyć. Równie

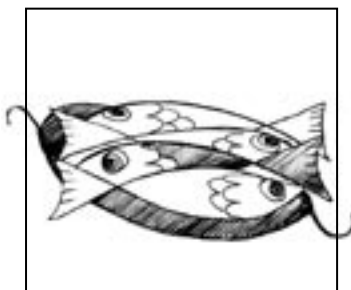
ważna staje się jednak minimalizacja indywidualnych i społecznych szkód, wywoływanych używaniem narkotyków, szczególnie wtedy, gdy abstynencja jest albo całkowicie nieosiągalna, albo nie da się osiągnąć szybko.

### Dekryminalizacja i depenalizacja użytkowników narkotyków

Jak w takim razie powinien wyglądać postulowany model polityki i ustawodawstwa dotyczących narkotyków? Otóż przede wszystkim powinien on opierać się na zachowaniu represji w stosunku do sprawców czynów polegających na stwarzaniu podaży narkotyków. Dotyczy to przede wszystkim takich osób, które nie używając narkotyków i nie będąc uzależnione, czerpią zyski z nałogu innych. Inaczej należy podejść do takich czynów, których przedmiotem są wprowadzenie narkotyki, ale ich celem nie jest osiągnięcie korzyści majątkowej, a własna konsumpcja. Chodzi tutaj głównie o posiadanie, nabywanie, czy uprawianie na własny użytek środków odurzających. W stosunku do takich czynów właściwym podejściem ustawodawcy powinna być **depenalizacja** lub **dekryminalizacja**.

### Stosowania alternatyw leczniczych wobec użytkowników narkotyków

Postulat wycofania – w takim zakresie, w jakim jest to możliwe i wskazane – prawa karnego i represji wobec osób uzależnionych i innych użytkowników narkotyków, dotyczy także takich form drobnego handlu detalicznego tymi środkami – powszechnych wśród uzależnionych na całym świecie – których celem jest uzyskanie środków na finansowanie własnej konsumpcji, a także przypadków dopuszczania się przez te osoby przestępstw pospolicznych, takich jak kradzieże, włamania, fałszerstwa recept itp. Wycofanie represji karnej w przypadku takich czynów, a więc całkowita depenalizacja czy dekryminalizacja, nie jest oczywiście możliwe. Możliwe jest jednak szerokie dopuszczenie **środków alternatywnych o charakterze leczniczym** stosowanych w ramach zasady „**leczyć zamiast karać**”. Są one szeroko znane w ustawodawstwach wielu krajów świata. Nie polegają na odwoływaniu się do alternatywy w postaci prostego przymusu leczenia. Rozwiązania takie uważa się częstokroć za nieefektywne, jako że jedną z istotnych przesłanek skuteczności terapii uzależnień wszelkiego rodzaju jest jej dobrowolność. Dlatego też o wiele lepszym podejściem jest podjęcie prób stworzenia użytkownikom narkotyków stosownej motywacji do podjęcia decyzji o poddaniu się takiej, czy innej formie terapii. Polega to najczęściej na stworzeniu alternatywy w postaci możliwości znacznej redukcji odpowiedzialności karnej za popełniony czyn lub nawet całkowitego poniesienia pociągania danej osoby do odpowiedzialności, pod warunkiem wszakże, iż użytkownik narkotyków podda się stosownej terapii i ukończy ją z pozytywnym rezultatem. Trudno oczywiście mówić tu o całkowitej dobrowolności decyzji o poddaniu się terapii. Jest to



jednak lepsze niż bezpośredni przymus leczenia, czy prosta represja.

### Programy redukcji szkód

Rozwiązania powyższe, polegające na częściowym przynajmniej wycofaniu prawa karnego i represji w stosunku do użytkowników narkotyków, stwarzają stosowne ramy prawne do tego, aby kwestię używania środków odurzających i substancji psychotropowych traktować przede wszystkim, jako **problem polityki zdrowotnej i socjalnej**, a nie **polityki kryminalnej**. Ta ostatnia ma zajmować się zwalczaniem podaży narkotyków. W ramach tak ukształtowanej „sfery wolnej od represji” istnieje szansa swobodnego rozwijania stosownych działań prewencyjnych, edukacyjnych, terapeutycznych, leczniczych, resocjalizacyjnych i innych, które nie są zakłócane poprzez realizację celów represyjnych. Dzięki takiemu podejściu pojawia się także możliwość nieskrępowanej realizacji wspomnianych

#### programów redukcji szkód.

Współcześnie istnieje co najmniej kilka różnych form takich programów, które w wielu krajach świata stały się trwałym i powszechnie stosowanym elementem polityki wobec narkotyków i narkomanii.

#### • Programy substytucji lekowej

Polegają one na wykorzystaniu głównie metadonu, ale także innych specyfików, jako substytutu środków z grupy opiatów, przede wszystkim heroiny.

Chodzi tu więc o te środki odurzające,

które prowadzą do najgłębszych form uzależnienia i do najgłębszego zakłócenia stanu psychicznego i zdolności jednostki do normalnego pełnienia ról społecznych, a tym samym wywołują największe szkody indywidualne i społeczne. Wykorzystanie metadonu może zresztą przybierać dwojaki charakter. W bardziej ograniczonej formie wykorzystywany on jest jedynie jako środek ułatwiający osobie uzależnionej przetrwanie okresu detoksykacji. Może być jednak także stosowany w podtrzymującej terapii długookresowej, której zasadniczym celem jest nie tyle abstynencja, co stabilizacja życiowa osoby uzależnionej. Osobie poddanej tego typu terapii, metadon powinien umożliwić przede wszystkim jedno: zerwanie z charakterystyczną dla tzw. „syndromu ćpuna” koncentracją na konieczności zdobycia kolejnej „działki”, która, praktycznie rzecz biorąc, uniemożliwia jakąkolwiek inną aktywność życiową.

Terapia substytucyjna umożliwia także poniesienie przez uzależnionych najbardziej szkodliwych i niebezpiecznych dla życia i zdrowia form konsumpcji heroiny, co w konsekwencji może przynieść znaczną poprawę stanu ich zdrowia somatycznego, a tym samym wyrzucić odpowiednio pozytywny wpływ na zdolność do normalnego funkcjonowania społecznego. Ten ostatni aspekt terapii metadonowej nabrał szczególnego znaczenia w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX stulecia, w obliczu rozszerzania się epidemii wirusa HIV. Zastąpienie dożylnych iniekcji heroiny doustnym przyjmowaniem metadonu, powinno



zmniejszyć w sposób zasadniczy ryzyko zarażenia się tym wirusem przez narkomanów nie będących jeszcze osobami zakażonymi, bądź przekazania go innym przez narkomanów, którzy są już zakażeni.

Stosowanie metadonu powinno także wpłynąć na rozmiary przestępczości narkomanów. Osoba uzależniona otrzymując metadon w sposób całkowicie legalny, ma szansę zerwać z „uzależnieniem” od dostarczających jej heroinę handlarzy, co oznacza odejście od funkcjonującej wokół czarnego rynku podkultury przestępczej. Ludzie ci powinni również w zasadniczy sposób zmniejszyć intensywność dopuszczania się przestępstw pospolitych oraz drobnego handlu detalicznego narkotykami, których celem jest uzyskiwanie środków finansowych na zakup narkotyków na własne potrzeby. Korzyści społeczne, jakie można odnieść na skutek zmniejszenia rozmiarów tego typu zachowań wśród narkomanów, są oczywiste.

#### • Programy wymiany igieł i strzykawek

Programy takie stanowią dzisiaj standardową metodę redukcji szkód. Jak wspomniano, używanie niesterylnego sprzętu iniekcyjnego jest jednym z podstawowych problemów współczesnej podkultury dożylnych użytkowników narkotyków. Umożliwianie narkomanom uzyskiwania sterylnego sprzętu iniekcyjnego, to podstawowa metoda ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa HIV oraz wirusa zapalenia wątroby typu C, a także innych infekcji przenoszonych poprzez kontakt z krwią w ramach tej populacji. Programy wymiany igieł i strzykawek mają jednak także inne cele. Ponieważ narkomani muszą oddawać stary sprzęt w punktach wymiany, programy takie wpływają pozytywnie na kwestie związane z porządkiem publicznym, zapobiegają bowiem porzucaniu niesterylnego sprzętu w dowolnych miejscach. Stanowią także swoistą „marchewkę”, skłaniającą uzależnionych do podjęcia kontaktów z pracownikami socjalnymi i terapeutami, co może zaowocować podjęciem prób terapii itp.

#### • Pomieszczenia higieniczne

Inną formą redukcji szkód, coraz częściej stosowaną w krajach Europy Zachodniej, są tzw. pomieszczenia higieniczne. Są to miejsca gdzie narkomani mogą aplikować sobie narkotyki, czyniąc to pod nadzorem personelu medycznego i socjalnego. Ich funkcja jest zbliżona do programów wymiany igieł i strzykawek, ale sięga dalej. Chodzi tu nie tylko o używanie sterylnego sprzętu dostępnego w takich pomieszczeniach, ale także uzyskanie dodatkowych informacji o bezpiecznym wykonywaniu iniekcji i – przede wszystkim – możliwość udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w razie wystąpienia przedawkowania lub innych komplikacji. W tym sensie pomieszczenia higieniczne są traktowane głównie, jako sposób zapobiegania powikłaniom, występującym często w przypadku tradycyjnych form konsumpcji dożylnych we współczesnej podkulturze narkomańskiej (w toaletach publicznych, bramach,

parkach i innych odludnych miejscach). Mogą one także odgrywać istotną rolę w ograniczaniu problemów porządku publicznego, związanych z używaniem narkotyków, a także stanowić istotny środek nawiązywania kontaktów z uzależnionymi przez służby socjalne i medyczne.

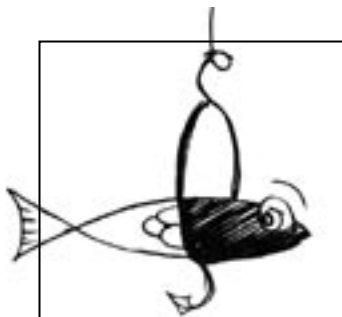
#### • Programy legalnego udzielania opiatów osobom uzależnionym

Pomysł terapii podtrzymującej, polegającej na legalnym udzielaniu osobom uzależnionym opiatów pod kontrolą lekarską i w celach medycznych, realizowany był przez dość długi czas w okresie międzywojennym i bezpośrednio po II wojnie światowej w Wielkiej Brytanii w ramach tzw. systemu brytyjskiego. W późniejszym okresie programy udzielania prawdziwej heroiny zostały zastąpione programami metadonowymi. Dzisiaj w niektórych krajach (np. w Szwajcarii) powraca się do idei ograniczonego wykorzystania heroiny

do terapii podtrzymującej. Funkcja takich programów jest identyczna, jak w przypadku terapii substytucyjnej. Są one realizowane w stosunku do pacjentów, których określa się mianem chronicznie uzależnionych, wobec których terapia substytucyjna okazała się nieskuteczna. Trzeba jednak podkreślić, iż istotą takich programów nie jest bynajmniej sam fakt legalnego udostępniania opiatów. Towarzyszą im zawsze różne formy intensywnej

opieki oraz pomocy psychologicznej i socjalnej. Ich zasadniczym celem – tak samo, jak w przypadku programów metadonowych – jest psychologiczna i społeczna stabilizacja osoby uzależnionej, która w dalszej perspektywie czasowej prowadzi nawet do osiągnięcia całkowitej abstynencji. ▣

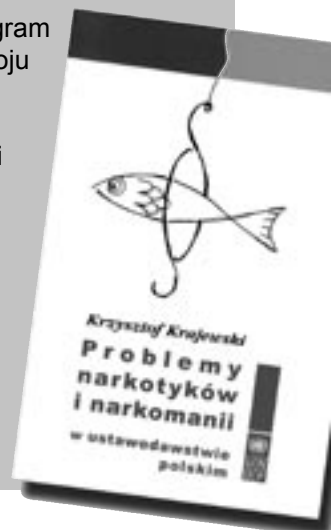
Krzysztof Krajewski • Katedra Kryminologii Uniwersytetu Jagiellońskiego •



Powyższy artykuł jest jednym z rozdziałów książki **„Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim”** napisanej przez profesora Krzysztofa Krajewskiego. Książka została wydana przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w grudniu 2004 roku.

Cała książka jest dostępna w wersji elektronicznej na stronie: <http://www.mnb.krakow.pl> (> „Biblioteka MnB”)

Krzysztof Krajewski  
**„Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim”**  
UNDP Polska, Warszawa 2004



Grafika: Cezary Sotek

# Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii

## – zarys nowej regulacji prawnej –

W dniu 29 lipca 2005 roku, po rozparzeniu rządowego projektu, Sejm uchwalił nową ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz. 1485). W związku z tym dotychczasowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 24 kwietnia 1997 roku utraciła moc. Nowa regulacja utrzymała prohibicyjne podejście do narkotyków, co przejawia się tym, że zarówno ich podaż jak i popyt nadal są nielegalne i pozostają w gestii zainteresowania polityki kryminalnej. Równocześnie jednak przekonanie ustawodawcy o tym, że osoby uzależnione od narkotyków to osoby chore wymagające leczenia, nie zaś przestępcy, przejawiało się w kilku możliwościach proceduralnych mających na celu skłonienie uzależnionego do podjęcia terapii.

### 1. Problematyka podaży środków odurzających i substancji psychotropowych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z lipca 2005 r.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nie wprowadziła zasadniczych zmian w zakresie kryminalizacji przestępstw leżących po stronie podaży narkotyków. Przestępstwa związane z podażą narkotyków stypizowane są w art. 53-61 nowej ustawy. Ustawa kryminalizuje między innymi: wytwarzanie, przetwarzanie albo przerabianie środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz słomy makowej, a także wyrabianie, posiadanie, przechowywanie, zbywanie lub nabywanie przyrządów przeznaczonych do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania lub przerobu środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 53). Niedozwolone są również: przywóz, wywóz, wewnątrzspółnotowe nabycie, wewnątrzspółnotowa dostawa lub przewóz przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków odurzających, substancji psychotropowych lub słomy makowej (art. 55). Zabronione są również analogiczne zachowania, których przedmiotem są prekursorzy, jeśli mają służyć niedozwolonemu wytworzeniu środka odurzającego lub substancji psychotropowej (art. 61 ustawy).

### 2. Problematyka posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z lipca 2005 r.

Posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych jest przestępstwem na mocy art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z lipca 2005 roku. Artykuł ten zawiera trzy typy przestępstwa posiadania: typ podstawowy (ustęp 1), typ kwalifikowany, do którego znamion ustawowych należy znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych (ustęp 2) oraz typ uprzywilejowany, określony w ustawie jako przypadek mniejszej wagi (ustęp 3). Te rozwiązania nie różnią się niczym od rozwiązań obowiązujących w art. 48 poprzedniej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. Należy dodać, że projekt rządowej ustawy z 2005 zawierał propozycję powrotu do depenalizacji posiadania

niewielkich ilości narkotyku na własny użytek, jaki obowiązywał w polskim prawie do października 2000 roku. Jednak ostatecznie Sejm w lipcu 2005 roku przyjął wersję ustawy, w której w zakresie posiadania nie ma żadnych zmian w stosunku do poprzedniej regulacji.

Ustawodawca, posługując się znamionami ocennymi przy typizacji typu kwalifikowanego (art. 62 ust.2) i uprzywilejowanego (art. 62 ust. 3), nie wyjaśnia, co należy rozumieć pod pojęciem „znacznej ilości narkotyków”, a także, co decyduje o wypadku mniejszej wagi. Jednakże, ponieważ nowa ustawa nie wprowadza żadnych zmian w zakresie penalizacji posiadania narkotyków, nadal aktualne pozostaje orzecznictwo Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych, ustalające pewne kryteria oceny pomagające dokonać kwalifikacji prawnej konkretnych przypadków posiadania. Warto w tym miejscu przytoczyć orzeczenie sądu apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 stycznia 2003 roku (wyrok sądu apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 stycznia 2003 roku; sygn. II AKa 510/02; OSA 2003/7/71), w którym sąd stwierdził, że „kryterium decydującym o tym, czy ilość środków jest „znaczna”, „nieznaczna”, czy „zwykła” są: masa wagowa (gramy, kilogramy, tony, ilość porcji), rodzaj środka odurzającego (podział na tzw. twarde i miękkie) i cel przeznaczenia (w celach handlowych, na potrzeby własne)”. Sąd w orzeczeniu tym uwzględnił zarówno okoliczności przedmiotowe przestępstwa, czyli ilość posiadanego środka jak i jego rodzaj, a także okoliczność podmiotową, czyli cel posiadania. Orzecznictwo stoi też jednoznacznie na stanowisku, iż znaczna ilość to taka, która wystarczy do odurzenia co najmniej kilkudziesięciu osób (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 lipca 1997 roku; sygn. II AKa 94/97, KZS 1997/8/47). O ile orzecznictwo jest pomocne w konkretyzacji pojęcia „znacznej ilości narkotyków”, o tyle ciągle niejasne pozostaje znaczenie „wypadku mniejszej wagi” z art. 62 ust. 3. Dlatego przy ocenie konkretnej sprawy, należy sięgnąć do ogólnych zasad nauki prawa karnego, wskazujących na kryteria oceny wypadku mniejszej wagi. Tak więc trzeba będzie wziąć pod uwagę przede wszystkim okoliczności związane z obiektywną szkodliwością, jak również okoliczności, które

uwzględniane są przy ocenie społecznej szkodliwości czynu, a także okoliczności popełnienia przestępstwa i okoliczności związane z osobą sprawcy.

### 3. Problematyka redukcji szkód wynikających z używania narkotyków w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z lipca 2005 r.

Problematyka redukcji szkód była przedmiotem wielu wątpliwości już pod rządami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku. W art. 45 starej ustawy określono typ podstawowy przestępstwa polegającego na udzielaniu innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwianiu albo umożliwianiu ich użycia albo nakłanianiu do użycia takiego środka lub substancji. Ustęp 2 tego artykułu typizował typ kwalifikowany, w którym adresatem zachowań określonych w ust. 1 jest małoletni. W identyczny sposób przestępstwo to zostało sformułowane w nowej ustawie w art. 58. Kryminalizacja ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku bez celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej została wprowadzona do ustawy nowelizacją z 2000 roku. Nowelizacja ta spowodowała liczne **wątpliwości interpretacyjne związane z legalnością programów wymiany igieł i strzykawek organizowanych w ramach redukcji szkód zdrowotnych wynikających z używania narkotyków**. Powstało bowiem pytanie, czy osoba prowadząca wymianę sprzętu iniekcyjnego wypełnia znamiona przestępstwa ułatwiania lub umożliwiania użycia narkotyku. Wątpliwości te zostały rozwiane dopiero dzięki kolejnej nowelizacji ustawy z 1997 roku, dokonanej w 2001 roku, kiedy to do art. 1 ust. 2 ustawy, dodano punkt 6, w myśl którego przeciwdziałanie narkomanii obejmuje również ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych. Ten zabieg legislacyjny stanowił sygnał, że redukcja szkód jako jeden z elementów przeciwdziałania narkomanii jest społecznie pożyteczna i zasługuje na ochronę prawną.

Nowa ustawa także zawiera odniesienie do redukcji szkód, rozumiejąc pod tym pojęciem ograniczanie szkód nie tylko zdrowotnych ale także społecznych. Artykuł 2 uopn z 2005 roku stanowi bowiem, że: „Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności (...) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych (...)”. Nowością wprowadzoną przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku jest ustawowe zdefiniowanie pojęcia ograniczania szkód zdrowotnych i społecznych, które zgodnie z art. 4 pkt. 12 należy rozumieć jako „działania ukierunkowane na zmniejszenie problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z używania w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych”.

### 4. Postępowanie lecznicze, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych

**Problematyka postępowania terapeutycznego z osobami uzależnionymi** uregulowana została

w Rozdziale 4 nowej ustawy z 2005 roku. Poprzednio regulacja ta zawarta była w Rozdziale 3. W myśl zarówno starej ustawy jak i nowej, leczenie, rehabilitacja i reintegracja (zwana w starej ustawie readaptacją) osób uzależnionych są dobrowolne, jeśli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Nowa ustawa w porównaniu ze starą stawia jednak wyższe wymagania osobom lub podmiotom, uprawnionym do powadzenia rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych.

Nowa ustawa utrzymała dopuszczalność stosowania **leczenia substytucyjnego** wobec osób uzależnionych, z tym, że w art. 28 przyjęto rozwiązania mające na celu ułatwienie otwierania programów leczenia substytucyjnego, a co za tym idzie, zwiększenie dostępności takiego leczenia dla osób uzależnionych. Według art. 15 ust. 2 starej ustawy z 1997 roku, leczenie substytucyjne mógł prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Obecnie, zgodnie z art. 28 ust. 2, leczenie to może prowadzić zakład opieki zdrowotnej (a więc każdy, nie tylko publiczny), po uzyskaniu zezwolenia wojewody, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie spełnienia wymagań określonych w przepisach. Rozszerzenie możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stało się konieczne w związku z zachodzącą transformacją służby zdrowia, zmierzającą do prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Postępująca prywatyzacja doprowadziła do tego, że niektóre duże miasta, jak na przykład Wrocław, nie miały do tej pory możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego ze względu na brak publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spełniających kryteria ustawy. Dotychczas, na mocy art. 15 ust. 3, zezwolenie na leczenie substytucyjne mógł otrzymać zakład opieki zdrowotnej, który posiadał odpowiednie warunki lokalowe i kadrowe, zapewniające realizację programu leczenia systemem ambulatoryjnym. Obecnie, zgodnie z nowym art. 28 ust. 3 kryteria stawiane zakładom opieki zdrowotnej, starającym się o zezwolenie na prowadzenie leczenia substytucyjnego są bardziej szczegółowe i obejmują: posiadanie apteki szpitalnej lub zawarcie umowy z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny, posiadanie pomieszczenia przystosowanego do: wydawania środka substytucyjnego, prowadzenia terapii grupowej, pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego, pobierania próbek do analizy, przechowywania i przygotowywania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych, posiadania odpowiednich warunków kadrowych zapewniających realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego. W artykule 28 ust. 6 nowej ustawy powtórzono zapis z art. 15 ust. 4 starej ustawy, zgodnie z którym wydane zezwolenie cofa się, gdy zakład przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.

Nowa ustawa odrębnie uregulowała kwestie wydania zezwolenia na leczenie substytucyjne dla osób pozbawionych wolności. Do tej pory zezwolenia takie wydawane były na zasadach ogólnych. Obecnie zasady

ich wydawania reguluje art. 28 ust. 3 nowej ustawy, zgodnie z którym zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

W szczegółowych kwestiach związanych z prowadzeniem leczenia substytucyjnego, ustawa z 2005 roku w art. 28 ust. 7, podobnie jak ustawa z 1997 roku w art. 15 ust. 5 odsyła do rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 6 września 1999 r. (Dz. U. Nr 77, poz. 873), znowelizowane w czerwcu 2004 r., szczegółowo reguluje problematykę związaną z naborem pacjentów do leczenia, zasad prowadzenia leczenia, wyłączenia pacjentów z programu, zasad podawania leku pacjentom oraz okoliczności pozwalających na wydanie pacjentowi leku do domu.

## **5. Możliwości stosowania oddziaływań terapeutycznych wobec osób popełniających przestępstwa w związku z używaniem narkotyków**

Zawarcie w ustawie możliwości stosowania przez organy w postępowaniu karnym oddziaływań terapeutycznych wobec osoby uzależnionej, która weszła w konflikt z prawem w związku z używaniem narkotyków, jest przejawem przekonania, że popełnianie przestępstw przez te osoby jest efektem uzależnienia. Uzależnienie natomiast jest chorobą, którą można leczyć, zaś organy ścigania i wymiar sprawiedliwości mają funkcjonować jako swoisty „przełożnik” osób uzależnionych do terapii. Jeśli środki te stosowane są zamiast kontynuacji postępowania karnego lub wykonania kary, noszą nazwę alternatyw leczniczych i stanowią realizację zasady „leczyć zamiast karać”. Jeśli są one stosowane obok wykonania kary, mają one na celu zapewnienie skazanemu przejścia przez cykl terapeutyczny, niezależnie od wykonania kary.

Możliwości oddziaływań terapeutycznych istnieją w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkotyków od 20 lat, po raz pierwszy pojawiły się bowiem w ustawie o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku. Obecnie uregulowanie tej problematyki w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku nie odbiega zbytnio od uregulowania przyjętego w poprzedniej ustawie z 1997 roku.

Nowa ustawa z 2005 roku utrzymała w art. 72 możliwość zastosowania alternatywy leczniczej już na etapie postępowania przygotowawczego. Zakres stosowania tej proceduralnej możliwości został jednak nieco zmodyfikowany w stosunku do art. 57 poprzednio obowiązującej ustawy. Zgodnie z ustępem 1 art. 57 starej ustawy, jeśli osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu odwykowemu w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia. Możliwość taka odnosi się zarówno do przestępstw pospolitych określonych w kodeksie karnym, które zagrożone są

karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak i przestępstw związanych z narkotykami. Po podjęciu postępowania, zgodnie z ustępem 2 artykułu 57 ustawy, prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie na mocy artykułu 57 ust. 3. Ustęp 4 tego artykułu stanowi, że warunkowe umorzenie postępowania można w tym wypadku zastosować do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Taka regulacja ustawowa dotycząca warunkowego umorzenia postępowania stanowi rozszerzenie ogólnej zasady wyrażonej w art. 66 § 2 kodeksu karnego, w myśl której warunkowe umorzenie nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 3 lata pozbawienia wolności.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku zawiera analogiczną regulację w art. 72. Zakres stosowania alternatywy leczniczej na etapie postępowania przygotowawczego został jednak nieco zmodyfikowany. Przesłanki stosowania tej instytucji, uregulowane w art. 72 ust. 1 są następujące:

1. osobie zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności;
2. osoba ta jest uzależniona lub używa substancji psychoaktywnych szkodliwie;
3. osoba ta podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia.

Jeśli powyższe przesłanki są spełnione, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia. Zgodnie z ustępem 2 art. 72, po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie. Ustęp 4 art. 72 stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 66 KK, bowiem w tym przypadku warunkowe umorzenie postępowania można zastosować do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, a nie 3 lata, jak mówi ogólna reguła z art. 66 KK.

Powyższe uregulowanie stanowi rozszerzenie możliwości oddziaływania terapeutycznego na osoby przyjmujące środki odurzające lub substancje psychotropowe w stosunku do poprzednio obowiązującej ustawy.

Po pierwsze, na mocy ustawy z 1997 roku, możliwość zawieszenia postępowania istniała tylko w stosunku do **osób uzależnionych**, obecnie rozszerzono ją również na „**osoby używające substancji psychoaktywnych szkodliwie**”. Nowa ustawa wprowadza bowiem pojęcie używania szkodliwego, którym, zgodnie z art. 4 pkt 30, jest używanie substancji psychoaktywnej powodującej szkodę somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może

prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.

Po drugie, ustawa z 1997 roku ograniczała możliwość zastosowania zawieszenia postępowania tylko w stosunku do osób, które poddały się **leczeniu odwykowemu**. Wykluczało to możliwość skorzystania z tej instytucji np. w stosunku do osób, które zostały objęte programem leczenia substytucyjnego, jako że nie ma ono charakteru leczenia odwykowego. Nowy art. 72 mówi o leczeniu bez zawężania tego pojęcia do leczenia odwykowego, a także rehabilitacji lub udziale w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia (np. placówka MONAR-u).

Po trzecie, zgodnie z ustawą z 1997 roku możliwość zastosowania tej alternatywy leczniczej bez konieczności doprowadzenia do skazania osoby uzależnionej istniała wyłącznie **na etapie postępowania przygotowawczego**. W myśl art. 73 nowej ustawy, instytucję tą można stosować odpowiednio **w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego**.

#### **6. Możliwości stosowania oddziaływań terapeutycznych wobec osób popełniających przestępstwa w związku z używaniem narkotyków w postępowaniu sądowym na etapie wyrokowania**

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku powtórzyła w art. 71 istniejące również w starej ustawie dwie możliwości proceduralne skłonienia osób uzależnionych do podjęcia terapii. Obie dotyczą postępowania sądowego na etapie wyrokowania. Pierwsza możliwość wynika z artykułu 71 ust. 2 i dotyczy przypadku skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono. W myśl tego artykułu, sąd w takim przypadku **obligatoryjnie zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji** w zakładzie opieki zdrowotnej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. W porównaniu z ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, zawężono katalog podmiotów uprawnionych do prowadzenia leczenia lub rehabilitacji (obecnie jedynie zakład opieki zdrowotnej, poprzednio także zakład prowadzony przez stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe, medyczne samorządy zawodowe, rodziny osób uzależnionych oraz grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin). Zawężono też katalog obowiązków, którym można poddać skazanego, wyłączono bowiem możliwość poddania się obowiązkowi readaptacji. Zgodnie z ustępem 2 art. 71, sąd może zarządzić wykonanie zawieszony kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyla się od obowiązku leczenia lub rehabilitacji, albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany. W przeciwieństwie do poprzedniego rozwiązania z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, nie wymagany jest już wniosek osoby, instytucji lub stowarzyszenia prowadzącego nadzór nad skazanym

lub zakładu prowadzącego leczenie, rehabilitację lub reintegrację. Zmiana ta oznacza, że sąd może podjąć decyzję o wykonaniu kary również z własnej inicjatywy.

Druga możliwość wynika z art. 71 ust. 3 i odnosi się do sytuacji, kiedy sprawca, będący osobą uzależnioną od środków odurzających lub psychotropowych, został skazany na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. Wówczas to sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. W tym przypadku ustawodawca wyraźnie określił maksymalny czas pobytu w zakładzie leczniczym, który, zgodnie z art. 71 ust. 4, nie może być dłuższy niż dwa lata. W myśl ustępu 5 artykułu 71, sąd po zakończeniu leczenia i rehabilitacji rozstrzyga, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności wykonać.

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku podtrzymała rozwiązanie przyjęte w poprzednio obowiązującej ustawie, polegające na wyłączeniu stosowania przepisów kodeksu karnego w zakresie artykułów 96-98, regulujących umieszczenie skazanego w zakładzie leczenia odwykowego, zasad dalszego odbywania kary i możliwości warunkowego zwolnienia z reszty kary. Oznacza to, że w sytuacjach uregulowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, sąd orzeka środki terapeutyczne na zasadach określonych w ustawie, a nie w kodeksie karnym.

#### **Podsumowanie**

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w zasadzie nie wprowadziła żadnych zmian w zakresie kryminalizacji zachowań związanych z narkotykami i narkomanią. Widać natomiast dążenie ustawodawcy do zapewnienia wysokiej jakości usług terapeutycznych, co przejawia się w podwyższeniu kryteriów, jakie mają spełniać podmioty je świadczące. Ponadto nastąpiło pewne ułatwienie procedury otwierania nowych programów leczenia substytucyjnego, co wynikało z potrzeb niemal 10-letniej praktyki w funkcjonowaniu takich programów. Krokiem w kierunku pełniejszej realizacji zasady „leczyć zamiast karać” jest rozszerzenie możliwości stosowania oddziaływań terapeutycznych na osoby, które weszły w konflikt z prawem w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych. Jednak rzeczywista realizacja tej zasady zależy przede wszystkim od faktycznego wykorzystywania mechanizmów zamieszczonych w ustawie przez organy ścigania i wymiar sprawiedliwości. ▣

**Justyna Sobeyko** jest doktorantką Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Tematem jej pracy jest „Problematyka redukcji szkód w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkomanii na tle porównawczym”. Obecnie zajmuje się realizacją projektu badawczego „Szybka Ocena Prawa i Polityki Wobec Narkotyków w Krajach Centralnej Europy i Krajach Byłego Związku Radzieckiego (RPAR)”.

**U S T A W A**  
**z dnia 29 lipca 2005 r.**  
**o przeciwdziałaniu narkomanii**

**SPIS TREŚCI:**

Rozdział 1 - Przepisy ogólne .....	30
Rozdział 2 - Podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii .....	33
Rozdział 3 - Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza .....	37
Rozdział 4 - Postępowanie z osobami uzależnionymi .....	38
Rozdział 5 - Prekursory, środki odurzające i substancje psychotropowe .....	40
Rozdział 6 - Uprawa maku i konopi .....	45
Rozdział 7 - Przepisy karne .....	48
Rozdział 8 - Zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe .....	51
Załącznik nr 1 - WYKAZ ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH	
1. Środki odurzające grupy I-N .....	54
2. Środki odurzające grupy II-N .....	57
3. Środki odurzające grupy III-N .....	57
4. Środki odurzające grupy IV-N .....	58
Załącznik nr 2 - WYKAZ SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH	
1. Substancje psychotropowe grupy I-P .....	59
2. Substancje psychotropowe grupy II-P .....	60
3. Substancje psychotropowe grupy III-P .....	60
4. Substancje psychotropowe grupy IV-P .....	61

---

Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu

**U S T A W A**  
**z dnia 29 lipca 2005 r.**  
**o przeciwdziałaniu narkomanii [1]**

**Rozdział 1**  
**Przepisy ogólne**

**Art. 1.**

Ustawa określa:

- 1) zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii;
- 2) zadania i uprawnienia organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów w zakresie przeciwdziałania naruszeniom prawa dotyczącego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerebu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- 3) organy właściwe do wykonania:
  - a) rozporządzenia (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 273/2004 z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych (Dz. Urz. WE L 047 z 18.02.2004;), zwanego dalej „rozporządzeniem 273/2004”,

b) rozporządzenia (WE) Rady nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi (Dz. Urz. WE L 22 z 26.01.2005, str. 1; w Dz. Urz. WE Polskie wydanie specjalne z 2005 r. t. 48, str.1), zwanego dalej „rozporządzeniem 111/2005”;

4) kary za nieprzestrzeganie przepisów ustawy i rozporządzeń wymienionych w pkt 3.

### **Art. 2.**

1. Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:
  - 1) działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą;
  - 2) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;
  - 3) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych;
  - 4) nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
  - 5) zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
  - 6) nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.
2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, są finansowane ze środków własnych podmiotów wykonujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, środków przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych finansowanych z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, oraz środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 4-6, są finansowane z budżetu państwa z części pozostających w dyspozycji właściwych ministrów.

### **Art. 3.**

Przepisy ustawy stosuje się do:

- 1) produktów leczniczych, które są środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami, w zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.)[2];
- 2) substancji i preparatów chemicznych, które są prekursorami, w zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych (Dz. U. Nr 11, poz. 84, z późn. zm.)[3].

### **Art. 4.**

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) grzyby halucynogenne – grzyby zawierające substancje psychotropowe;
- 2) importer – osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę nieposiadającą osobowości prawnej, która dokonuje przywozu i składa zgłoszenie celne lub w imieniu której składane jest zgłoszenie celne;
- 3) jednostki naukowe – jednostki naukowe w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 238, poz. 2390 i Nr 273, poz. 2703);
- 4) konopie – rośliny z rodzaju konopie (*Cannabis L.*);
- 5) konopie włókniste – rośliny z gatunku konopie siewne (*Cannabis sativa L.*), w których zawartość delta-9-tetrahydrokannabinolu w kwiatowych lub owocujących wierzchołkach roślin, z których nie usunięto żywicy, wynosi poniżej 0,20% w przeliczeniu na suchą masę;
- 6) leczenie – leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- 7) leczenie substytucyjne – stosowanie, w ramach programu leczenia uzależnienia, produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu antagonistycznym na receptor opioidowy;
- 8) mak – roślinę z gatunku mak lekarski (*Papaver somniferum L.*), zwaną również makiem ogrodowym albo uprawnym;
- 9) mak niskomorfynowy – roślinę z gatunku mak lekarski należącą do odmiany, w której zawartość morfiny w torebce (makówce) bez nasion, wraz z przylegającą do niej łodygą o długości do 7 cm, wynosi poniżej 0,06% w przeliczeniu na zasadę morfiny i na suchą masę wymienionych części rośliny;
- 10) mleczko makowe – sok mleczny torebki (makówki) maku;
- 11) narkomania – stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich;
- 12) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych – działania ukierunkowane na zmniejszenie problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z używania w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych;

- 13) opium – steżały sok mleczny torebki (makówki) maku;
- 14) osoba zagrożona uzależnieniem – osobę, u której zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych, albo osobę sporadycznie używającą środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
- 15) osoba uzależniona – osobę, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji;
- 16) prekursor – prekursor narkotykowy będący substancją sklasyfikowaną, o której mowa w art. 2 pkt a rozporządzenia 273/2004, którego kategorię określa załącznik nr 1 do tego rozporządzenia;
- 17) preparat – produkt leczniczy zawierający co najmniej jeden środek odurzający lub substancję psychotropową albo ich prekursory;
- 18) producent – przedsiębiorcę wytwarzającego, przetwarzającego lub przerabiającego środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory;
- 19) przetwarzanie – czynności prowadzące do przemiany środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów na inne środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory albo na substancje niebędące środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub prekursorami;
- 20) przerób – otrzymywanie mieszanin środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów oraz nadawanie tym środkom lub substancjom postaci stosowanej w lecznictwie;
- 21) przywóz – każde wprowadzenie na obszar celny Wspólnoty Europejskiej środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- 22) rehabilitacja – proces, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych osiąga optymalny stan zdrowia, funkcjonowania psychicznego i społecznego;
- 23) reintegracja – efekt działań określonych w art. 14-16 i art. 18 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 122, poz. 1143 oraz z 2004 r. Nr 69, poz. 624 i Nr 99, poz. 1001);
- 24) słoma makowa – torebkę (makówkę) maku bez nasion, wraz z łodygą, lub poszczególne ich części;
- 25) substancja psychotropowa – każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działającą na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy;
- 26) środek odurzający – każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na ośrodkowy układ nerwowy, określoną w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy;
- 27) środek zastępczy – substancję w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używaną zamiast lub w takich samych celach innych niż medyczne jak środek odurzający lub substancja psychotropowa;
- 28) uprawa maku lub konopi – każdą uprawę maku lub konopi bez względu na powierzchnię;
- 29) uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych – zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem;
- 30) używanie szkodliwe - używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi;
- 31) używanie środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego – wprowadzanie do organizmu człowieka środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, niezależnie od drogi podania;
- 32) wewnątrzspółnotowa dostawa – przemieszczenie środków odurzających lub substancji psychotropowych z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej;
- 33) wewnątrzspółnotowe nabycie – przemieszczenie środków odurzających lub substancji psychotropowych z terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 34) wprowadzanie do obrotu – udostępnienie osobom trzecim odpłatnie lub nieodpłatnie środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich prekursorów;
- 35) wytwarzanie – czynności, za pomocą których mogą być otrzymywane środki odurzające lub substancje psychotropowe albo ich prekursory, ich oczyszczanie, ekstrakcję surowców i półproduktów oraz otrzymywanie soli tych środków lub substancji;
- 36) wywóz – każde wyprowadzenie poza obszar celny Wspólnoty Europejskiej środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- 37) ziele konopi – kwiatowe lub owocujące wierzchołki konopi, z których nie usunięto żywicy, a w przypadku



- roślin w stadium przed związaniem wiechy – liście i łodygi konopi;
- 38) żywica konopi – żywicę i inne produkty konopi zawierające delta-9-tetrahydrokannabinol lub inne aktywne biologicznie kannabinole.

## **Rozdział 2**

### **Podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii**

#### **Art. 5.**

1. Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii realizują organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego w zakresie określonym w ustawie.
2. Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii są realizowane, w zakresie określonym w ustawie, także przez:
  - 1) przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne wymienione w art. 2 pkt 3-5 i 7-9 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)[4];
  - 2) szkoły wyższe;
  - 3) zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty działające w ochronie zdrowia;
  - 4) jednostki Wojska Polskiego, Policji i Straży Granicznej;
  - 5) organy celne;
  - 6) jednostki organizacyjne Służby Więziennej oraz zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich;
  - 7) ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie i regionalne ośrodki polityki społecznej;
  - 8) środki masowego przekazu.
3. W realizacji zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1, mogą uczestniczyć organizacje pozarządowe i inne podmioty, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu, oraz samorządy zawodów medycznych, rodziny osób uzależnionych, a także grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin.

#### **Art. 6.**

1. Działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii prowadzi Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwane dalej „Biurem”.
2. Biuro jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
3. Do zadań Biura należy:
  - 1) opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania, przy współpracy z innymi podmiotami właściwymi do podejmowania działań wynikających z tego programu;
  - 2) opracowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia raportu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, uwzględniającego informacje, o których mowa w art. 11 ust. 2, w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku;
  - 3) wykonywanie zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, polegających na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji na podstawie pełnomocnictwa ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 4) inicjowanie działań zmierzających do ograniczania używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych;
  - 5) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomania;
  - 6) inicjowanie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii;
  - 7) dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych;
  - 8) opracowywanie standardów w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych;
  - 9) inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii;
  - 10) udzielanie pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym jednostkom samorządu terytorialnego, oraz podmiotom prowadzącym działalność oświatowo-informacyjną, badawczą, profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną i reintegracyjną;
  - 11) współpraca z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii i likwidacji szkód nią wywołanych;
  - 12) prowadzenie krajowego systemu informacji o narkotykach oraz monitorowanie działań podejmowanych

na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym, w tym:

- a) zbieranie, gromadzenie, wymianę informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych,
  - b) prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników,
  - c) gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii,
  - d) formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu odpowiedniej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii,
  - e) koordynowanie działań ekspertów wojewódzkich, o których mowa w art. 9 ust. 6,
  - f) gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii,
  - g) pełnienie roli punktu obserwacyjnego (Focal Point) Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii,
  - h) udział w pracach sprawozdawczych na rzecz organizacji międzynarodowych,
  - i) współpraca z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz Europejską Siecią Informacji o Narkotykach i Narkomanii (Reitox),
  - j) opracowywanie i publikowanie corocznego raportu o stanie narkomanii w Polsce,
  - k) bieżąca ocena realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii;
- 13) podejmowanie działań interwencyjnych w sprawach skarg i wniosków dotyczących problematyki przeciwdziałania narkomanii, kierowanych do Biura lub do ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 14) wykonywanie innych zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 15) obsługa techniczno-organizacyjna Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
4. Biuro, wykonując zadania, o których mowa w ust. 3, współpracuje z organami administracji publicznej wykonującymi zadania, o których mowa w art. 2, oraz może tworzyć zespoły robocze.
  5. Zadania, o których mowa w ust. 3 pkt 12, realizuje Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii będące komórką organizacyjną Biura.

#### **Art. 7.**

1. Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii.
2. W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, zwanym dalej „Krajowym Programem”, określa się w szczególności: kierunki i rodzaje działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, harmonogram przyjętych działań, cele oraz sposoby ich osiągnięcia oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań.
3. Koszty realizacji zadań wynikających z Krajowego Programu są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych działań.
4. W Krajowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii.
5. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Krajowy Program, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 2 i 4, oraz biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną w zakresie zagrożeń narkomania, a także strategię działań wynikających z Europejskiego Planu Walki z Narkotykami.

#### **Art. 8.**

1. Minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada Radzie Ministrów, w terminie do dnia 30 września każdego roku, informację o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu w roku poprzednim.
2. Rada Ministrów składa corocznie Sejmowi, w terminie do dnia 31 października, informację o realizacji Krajowego Programu w roku poprzednim.

#### **Art. 9.**

1. Organ wykonawczy samorządu województwa opracowuje projekt Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Wojewódzkim Programem”, uwzględniając kierunki i rodzaje działań określone w Krajowym Programie oraz zadania w zakresie określonym w art. 2 ust. 1 pkt 1-3. Wojewódzki Program stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.
2. Wojewódzki Program uchwała sejmik województwa.
3. Organ wykonawczy samorządu województwa:
  - 1) odpowiada za przygotowanie projektu Wojewódzkiego Programu i jego realizację oraz koordynację;
  - 2) udziela pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte Wojewódzkim Programem;

- 3) współdziałała z innymi organami administracji publicznej w zakresie przeciwdziałania narkomanii.
4. Wojewódzki Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie.
5. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 1, organ wykonawczy samorządu województwa może powołać pełnomocnika.
6. Organ wykonawczy samorządu województwa powołuje i odwołuje eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii.
7. Do zadań eksperta wojewódzkiego do spraw informacji o narkotykach i narkomanii, realizowanych na terenie województwa ze środków określonych w budżecie samorządu województwa, należą:
  - 1) zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych;
  - 2) prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników;
  - 3) gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii;
  - 4) formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii;
  - 5) gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.

#### **Art. 10.**

1. Przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących:
  - 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
  - 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
  - 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
  - 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
  - 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.
2. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, opracowuje projekt Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „Gminnym Programem”, uwzględniając zadania określone w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz kierunki działań wynikające z Krajowego Programu. Gminny Program stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych.
3. Gminny Program uchwała rada gminy.
4. Gminny Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie.
5. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 5, wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika.

#### **Art. 11.**

1. Organ wykonawczy samorządu województwa i gminy sporządza raport z wykonania w danym roku Wojewódzkiego Programu i Gminnego Programu i efektów ich realizacji, który przedkłada odpowiednio sejmikowi województwa lub radzie gminy, w terminie do dnia 31 marca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.
2. Organ wykonawczy samorządu województwa i gminy sporządza, na podstawie opracowanej przez Biuro ankiety, informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, wynikających z Wojewódzkiego i Gminnego Programu, i przesyła ją do Biura, w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

#### **Art. 12.**

1. Tworzy się Radę do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwaną dalej „Radą”.
2. Rada działa przy Prezesie Rady Ministrów.
3. Rada jest organem koordynacyjno-doradczym w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii.
4. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze zarządzenia, statut Rady, uwzględniając szczegółowe warunki i tryb jej działania, w tym sposób działania zespołów roboczych, o których mowa w art. 17.

### **Art. 13.**

1. Członków Rady powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów.
2. W skład Rady wchodzi:
  - 1) przewodniczący – sekretarz lub podsekretarz stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 2) zastępca przewodniczącego – sekretarz lub podsekretarz stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
  - 3) sekretarz – Dyrektor Biura;
  - 4) członkowie – sekretarze lub podsekretarze stanu w urzędach obsługujących ministrów:
    - a) Sprawiedliwości,
    - b) właściwego do spraw oświaty i wychowania,
    - c) Obrony Narodowej,
    - d) właściwego do spraw rolnictwa,
    - e) właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego,
    - f) właściwego do spraw finansów publicznych – Szef Służby Celnej,
    - g) właściwego do spraw zagranicznych,
    - h) właściwego do spraw nauki;
  - 5) członek – przedstawiciel strony samorządowej w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, przez nią wskazany.
3. Posiedzenia Rady zwoływane są co najmniej 2 razy w roku.

### **Art. 14.**

1. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Rady z powodu:
  - 1) złożenia rezygnacji;
  - 2) nieuczestniczenia w pracach Rady;
  - 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
  - 4) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo albo umyślne przestępstwo skarbowe.
2. W przypadku odwołania albo śmierci członka Rady właściwy podmiot przedstawia wniosek o powołanie innego przedstawiciela na członka Rady.

### **Art. 15.**

Do zadań Rady należy w szczególności:

- 1) monitorowanie i koordynowanie działań w zakresie realizacji polityki państwa w obszarze środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów;
- 2) występowanie do ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawach dotyczących tworzenia, zmian i uzupełnień do krajowych strategii i planów przeciwdziałania problemom wywoływanym przez obrót i używanie środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów;
- 3) monitorowanie informacji o realizacji krajowych strategii i planów działania;
- 4) monitorowanie realizacji Krajowego Programu;
- 5) zalecanie rozwiązań organizacyjnych w zakresie dotyczącym przeciwdziałania narkomanii;
- 6) współdziałanie z podmiotami, o których mowa w art. 5, w zakresie problematyki dotyczącej działalności Rady.

### **Art. 16.**

1. Do udziału w posiedzeniach Rady przewodniczący Rady może zapraszać specjalistów zajmujących się problematyką przeciwdziałania narkomanii.
2. Rada wydaje opinie i przedstawia wnioski w formie uchwał podejmowanych większością głosów.

### **Art. 17.**

W celu wykonywania zadań Rady, przewodniczący Rady może powoływać zespoły robocze, w skład których wchodzi członkowie Rady lub inne osoby, w szczególności specjaliści zajmujący się problematyką przeciwdziałania narkomanii.

### **Art. 18.**

1. Za udział w pracach Rady członkom Rady nie przysługuje wynagrodzenie.
2. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 775 § 2 Kodeksu pracy.

### **Rozdział 3**

#### **Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza**

##### **Art. 19.**

1. Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza obejmuje:
  - 1) promocję zdrowia psychicznego;
  - 2) promocję zdrowego stylu życia;
  - 3) informowanie o szkodliwości środków i substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz o narkomanii i jej skutkach;
  - 4) edukację psychologiczną i społeczną;
  - 5) edukację prawną;
  - 6) działania interwencyjne.
2. Działalność, o której mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności:
  - 1) wprowadzanie problematyki zapobiegania narkomanii do programów wychowawczych jednostek organizacyjnych systemu oświaty;
  - 2) wprowadzanie problematyki zapobiegania narkomanii do programów przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem oraz profilaktyką w szkołach i innych placówkach systemu oświaty oraz w szkołach wyższych;
  - 3) wprowadzanie problematyki zapobiegania narkomanii do programów szkolenia żołnierzy zasadniczej służby wojskowej, kandydatów na żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy zawodowych;
  - 4) prowadzenie działalności zapobiegawczej, w szczególności w środowiskach zagrożonych uzależnieniem;
  - 5) wspieranie działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji, o których mowa w art. 5 ust. 3, oraz innych inicjatyw społecznych;
  - 6) uwzględnianie problematyki zapobiegania narkomanii w działalności publicznej radiofonii i telewizji oraz innych środków masowego przekazu;
  - 7) prowadzenie badań naukowych nad problematyką narkomanii.
3. Szczegółowe zadania z zakresu działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej określa Krajowy Program.

##### **Art. 20.**

1. Zabrania się reklamy i promocji substancji psychotropowych lub środków odurzających.
2. Produkty lecznicze zawierające substancje psychotropowe lub środki odurzające mogą być reklamowane na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

##### **Art. 21.**

1. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania uwzględni w podstawie programowej kształcenia ogólnego problematykę promocji zdrowia psychicznego i zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących zapobiegania narkomanii.
2. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia podejmie działania na rzecz uwzględnienia problematyki promocji zdrowia psychicznego i zdrowego stylu życia, w tym zagadnień dotyczących zapobiegania narkomanii w programach przygotowania zawodowego nauczycieli i osób zajmujących się wychowaniem i nauczaniem dzieci i młodzieży w szkołach i innych placówkach systemu oświaty.

##### **Art. 22.**

1. Ministrowie właściwi do spraw oświaty i wychowania, zdrowia, kultury i ochrony dziedzictwa narodowego, rolnictwa, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, transportu, Minister Obrony Narodowej i Minister Sprawiedliwości, każdy w zakresie swojego działania, są obowiązani rozwijać i popierać działalność edukacyjną oraz zapobiegawczą podejmowaną w celu informowania społeczeństwa o szkodliwości narkomanii.
2. Organy wymienione w ust. 1 są obowiązane prowadzić działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą polegającą na:
  - 1) promocji zdrowego stylu życia;
  - 2) wspieraniu działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji, o których mowa w art. 5 ust. 3, oraz innych inicjatyw społecznych.
3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem, mając na względzie dobro dzieci i młodzieży.

### **Art. 23.**

1. Ministrowie właściwi do spraw zdrowia, szkolnictwa wyższego, finansów publicznych, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, transportu, pracy, nauki i Minister Sprawiedliwości stwarzają warunki do prowadzenia badań naukowych nad problematyką narkomanii oraz badań statystycznych i epidemiologicznych.
2. Jednostki naukowe realizujące zadania w zakresie prowadzenia badań naukowych nad problematyką narkomanii, jeżeli jest to niezbędne dla prowadzenia takich badań, mogą posiadać, przechowywać oraz dokonywać zakupu środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1.
3. Jednostki naukowe, o których mowa w ust. 2, są obowiązane:
  - 1) dokonywać zakupu środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 w hurtowni farmaceutycznej na podstawie zapotrzebowania;
  - 2) prowadzić ewidencję posiadanych środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1;
  - 3) przechowywać posiadane środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w sposób zabezpieczający przed kradzieżą lub zniszczeniem.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrami właściwymi do spraw wewnętrznych, nauki, finansów publicznych oraz szkolnictwa wyższego określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania w jednostkach naukowych, o których mowa w ust. 2, ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub ich preparatami oraz prekursorami kategorii 1, uwzględniając konieczność uniemożliwienia dostępu osób trzecich do tych środków i substancji.

### **Art. 24.**

1. Ministrowie właściwi do spraw zdrowia, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, finansów publicznych, transportu, pracy oraz Minister Obrony Narodowej i Minister Sprawiedliwości zapewniają przygotowanie niezbędnej liczby osób do realizacji zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1.
2. Jednostki organizacyjne administracji rządowej, jednostki organizacyjne Służby Więziennej, Żandarmerii Wojskowej oraz szkół wyższych prowadzące szkolenie osób, o których mowa w ust. 1, mogą posiadać, przechowywać oraz nabywać środki odurzające, substancje psychotropowe i ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w ilości niezbędnej do prowadzenia tego szkolenia.
3. Jednostki organizacyjne administracji rządowej oraz Żandarmerii Wojskowej wykonujące czynności operacyjno-rozpoznawcze mogą wchodzić w posiadanie środków odurzających, substancji psychotropowych i ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 w ilości niezbędnej do przeprowadzenia badań potwierdzających popełnienie przestępstwa.
4. Jednostki naukowe lub inne podmioty prowadzące badania z wykorzystaniem środków odurzających, substancji psychotropowych i ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 celem ich identyfikacji i potwierdzenia popełnienia przestępstwa mogą je posiadać, przechowywać oraz dokonywać zakupu w ilości niezbędnej do przeprowadzenia tych badań.
5. Jednostki i podmioty, o których mowa w ust. 2-4, są obowiązane:
  - 1) nabywać środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w hurtowni farmaceutycznej na podstawie zapotrzebowania;
  - 2) prowadzić ewidencję posiadanych środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1;
  - 3) przechowywać i używać do celów szkoleniowych posiadane środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w sposób zabezpieczający przed kradzieżą lub zniszczeniem;
  - 4) niszczyć środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych do tych środków i substancji.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrami właściwymi do spraw wewnętrznych, finansów publicznych, szkolnictwa wyższego i Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb oraz warunki nabywania i wchodzenia w posiadanie, przechowywania oraz używania do celów szkoleniowych środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 przez jednostki lub podmioty, o których mowa w ust. 2-4, a także warunki przechowywania środków odurzających, substancji psychotropowych, ich preparatów i prekursorów kategorii 1 oraz sposób ich niszczenia przez jednostki lub podmioty, o których mowa w ust. 2-4, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed dostępem osób trzecich.

## **Rozdział 4**

### **Postępowanie z osobami uzależnionymi**

### **Art. 25.**

Podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie

stanowią inaczej.

#### **Art. 26.**

1. Leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej.
2. Rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić:
  - 1) lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii;
  - 2) osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień.
3. W rehabilitacji osoby uzależnionej może uczestniczyć osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień.
4. Reintegrację osób uzależnionych mogą prowadzić centra integracji społecznej, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym, oraz podmioty wymienione w ust. 1 i 2 oraz w art. 5 ust. 3.
5. Za świadczenia, o których mowa w ust. 1-4, udzielane osobie uzależnionej niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju, nie pobiera się od tej osoby opłat.

#### **Art. 27.**

1. Certyfikaty, o których mowa w art. 26 ust. 2 i 3, są wydawane osobom, które ukończyły szkolenie w dziedzinie uzależnienia, zgodne z programem wybieranym w drodze konkursu przeprowadzanego przez Biuro co najmniej raz w roku kalendarzowym.
2. Oferty konkursowe, składane do Biura, zawierają następujące dane:
  - 1) imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania i adres albo nazwę (firmę), siedzibę i adres siedziby oferenta;
  - 2) formę organizacyjno-prawną oferenta;
  - 3) numer wpisu oferenta do rejestru przedsiębiorców, ewidencji działalności gospodarczej albo innego właściwego rejestru;
  - 4) miejsce prowadzenia szkolenia;
  - 5) planowane terminy rozpoczęcia i zakończenia szkolenia;
  - 6) program szkolenia.
3. Podmiot prowadzący szkolenie jest obowiązany zapewnić:
  - 1) kadre dydaktyczną o kwalifikacjach odpowiednich dla właściwego przeprowadzenia szkolenia;
  - 2) odpowiednią do realizacji programu kształcenia bazę dydaktyczną;
  - 3) posiadanie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny.
4. Oferty rozpatruje komisja konkursowa wyłoniona przez dyrektora Biura.
5. Szkolenie, o którym mowa w ust. 1, kończy się egzaminem organizowanym przez Biuro co najmniej dwa razy w roku.
6. Egzamin końcowy składa się z części pisemnej i ustnej.
7. Certyfikat specjalisty terapii uzależnień może otrzymać osoba posiadająca wyższe wykształcenie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii, nauk o rodzinie lub teologii.
8. Certyfikat instruktora terapii uzależnień może otrzymać osoba posiadająca wykształcenie co najmniej średnie.
9. Osoby, które ukończyły szkolenie, o którym mowa w ust. 1, i uzyskały certyfikat instruktora terapii uzależnień oraz w terminie 3 lat od ukończenia tego szkolenia uzyskały tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub ukończyły wyższą szkołę medyczną, mogą przystąpić do egzaminu w zakresie specjalisty terapii uzależnień bez konieczności uczestniczenia w szkoleniu.
10. Koszty szkolenia, o którym mowa w ust. 1, egzaminu oraz wydania certyfikatu ponosi uczestnik tego szkolenia.
11. Biuro prowadzi ewidencję wydawanych certyfikatów.
12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania ofert, kryteria ich oceny oraz terminy postępowania konkursowego, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność zapewnienia najwyższego poziomu szkolenia.
13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) wymagania, jakie powinny spełniać podmioty prowadzące szkolenia w dziedzinie uzależnień,
  - 2) ramowe programy szkoleń w dziedzinie uzależnień,
  - 3) tryb i sposób przeprowadzania egzaminu,
  - 4) skład komisji egzaminacyjnej przeprowadzającej egzamin,
  - 5) wzory certyfikatów: instruktora terapii uzależnień i specjalisty terapii uzależnień – uwzględniając konieczność zapewnienia najwyższego poziomu szkolenia oraz jego rodzaj.

#### **Art. 28.**

1. Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.
2. Leczenie substytucyjne może prowadzić zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia wojewody, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Biura odnośnie do spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7.
3. Zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje Dyrektor Generalny Służby Więziennej po zasięgnięciu opinii dyrektora Biura.
4. Zezwolenie na leczenie substytucyjne może otrzymać zakład opieki zdrowotnej, który posiada:
  - 1) aptekę szpitalną lub zawarł umowę z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny;
  - 2) pomieszczenia przystosowane do:
    - a) wydawania środka substytucyjnego,
    - b) prowadzenia terapii grupowej,
    - c) pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego,
    - d) pobierania próbek do analizy,
    - e) przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych;
  - 3) odpowiednie warunki kadrowe zapewniające realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego dotyczące w szczególności kierownika programu oraz przeszkolonych w zakresie realizowanego programu pielęgniarek i pracowników pomocniczych.
5. Zezwolenia, o których mowa w ust. 2 i 3, są wydawane w drodze decyzji administracyjnej.
6. Zezwolenie na leczenie substytucyjne cofa się, gdy zakład opieki zdrowotnej przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowe warunki, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne, mając na względzie dobro osób uzależnionych.

#### **Art. 29.**

1. W zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej prowadzi się leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych umieszczonych w tych zakładach.
2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych, umieszczonych w:
  - 1) zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich,
  - 2) jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej – mając na względzie dobro osób przebywających w tych jednostkach.

#### **Art. 30.**

1. Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację.
2. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może on być jednak dłuższy niż 2 lata.
3. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat, przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji, łącznie nie dłuższy jednak niż określony w ust. 2.
4. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów o postępowaniu w sprawach nieletnich.

### **Rozdział 5**

#### **Prekursory, środki odurzające i substancje psychotropowe**

#### **Art. 31.**

1. Środki odurzające dzieli się na grupy w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych.
2. Podział środków odurzających na grupy I-N, II-N, III-N i IV-N określa załącznik nr 1 do ustawy.

#### **Art. 32.**

1. Substancje psychotropowe dzieli się na grupy w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych.
2. Podział substancji psychotropowych na grupy I-P, II-P, III-P i IV-P określa załącznik nr 2 do ustawy.



### **Art. 33.**

1. Środki odurzające grup I-N i II-N oraz substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań.
2. Substancje psychotropowe grupy I-P mogą być używane wyłącznie w celu prowadzenia badań, a środki odurzające grupy IV-N wyłącznie w celu prowadzenia badań oraz w leczeniu zwierząt – w zakresie wskazanym w załączniku nr 1 do ustawy.

### **Art. 34.**

1. Środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursorzy kategorii 1 może posiadać wyłącznie przedsiębiorca, jednostka organizacyjna lub osoba fizyczna uprawniona na podstawie przepisów ustawy, rozporządzenia 273/2004 lub rozporządzenia 111/2005.
2. Posiadane bez uprawnienia środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursorzy kategorii 1 podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne w trybie określonym w przepisach o postępowaniu karnym.
3. W przypadku gdy nie zostało wszczęte postępowanie karne, o przypadku na rzecz Skarbu Państwa środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 orzeka sąd na wniosek wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego lub Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego.
4. W przypadku orzeczenia przez sąd o przypadku na rzecz Skarbu Państwa środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1 podlegają one zniszczeniu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości, ministrem właściwym do spraw wewnętrznych oraz ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, podmioty uprawnione do przechowywania oraz niszczenia środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1, a także szczegółowy tryb i warunki ich przechowywania oraz niszczenia, mając na względzie konieczność zabezpieczenia tych środków i substancji przed dostępem osób trzecich.

### **Art. 35.**

1. Środki odurzające lub substancje psychotropowe będące produktami leczniczymi może wytwarzać, przetwarzać lub przerabiać, z zastrzeżeniem ust. 4, wyłącznie przedsiębiorca posiadający wydane na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego zezwolenie na wytwarzanie produktów leczniczych, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego określającego środki lub substancje, które mogą być przedmiotem wytwarzania, przetwarzania lub przerobu.
2. Środki odurzające lub substancje psychotropowe niebędące produktami leczniczymi może wytwarzać, przetwarzać lub przerabiać wyłącznie przedsiębiorca, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego, określającego środki lub substancje, które mogą być przedmiotem wytwarzania, przetwarzania lub przerobu.
3. Prekursorzy kategorii 1 może wytwarzać, przetwarzać lub przerabiać, z zastrzeżeniem ust. 4, wyłącznie przedsiębiorca, który uzyskał zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego określające prekursorzy kategorii 1, które mogą być przedmiotem wytwarzania, przetwarzania lub przerobu.
4. Środki odurzające grup I-N, II-N i IV-N, substancje psychotropowe grup I-P, II-P, III-P i IV-P lub prekursorzy kategorii 1 może wytwarzać, przetwarzać lub przerabiać, w celu prowadzenia badań naukowych, wyłącznie jednostka naukowa, w zakresie swojej działalności statutowej, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego określającego środki lub substancje, które mogą być przedmiotem wytwarzania, przetwarzania lub przerobu.
5. Nie wymaga zezwolenia przerób środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów, jeżeli jest dokonywany w aptece, na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.
6. Zezwolenia, o których mowa w ust. 1-4 i 7, mogą być wydane po stwierdzeniu przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, że przedsiębiorca występujący o wydanie zezwolenia zapewnia warunki produkcji i obrotu zabezpieczające przed użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1 objętych zezwoleniem przez osoby nieupoważnione lub w celach innych niż określone w wydanym zezwoleniu.
7. Środki odurzające grupy IV-N lub substancje psychotropowe grupy I-P może stosować, w celu prowadzenia badań naukowych, jednostka naukowa, w zakresie swojej działalności statutowej, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego, określającego środki lub substancje będące przedmiotem zezwolenia.
8. Zezwolenia, o których mowa w ust. 1-4 i 7, określają dozwoloną wielkość i cel wytwarzania, przetwarzania, przerobu lub stosowania każdego środka odurzającego, substancji psychotropowej lub prekursora oraz termin ważności zezwolenia.

9. Środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursorzy kategorii 1, z zastrzeżeniem ust. 7, może stosować, w celu prowadzenia badań naukowych, wyłącznie jednostka naukowa, w zakresie swojej działalności statutowej, po zgłoszeniu tego faktu i uzyskaniu zezwolenia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb wydawania oraz cofania zezwoleń, o których mowa w ust. 1-4, 7 i 9, a także wymagania, jakie muszą spełniać podmioty posiadające te zezwolenia, w szczególności w zakresie przechowywania środków objętych zezwoleniem oraz prowadzenia dokumentacji dotyczącej ich posiadania i obrotu nimi, a także treść wniosku o wydanie tych zezwoleń – uwzględniając zapewnienie sprawności postępowania.

#### **Art. 36.**

1. Zbiór mlecza makowego i opium z maku oraz ziela lub żywicy konopi innych niż włókniste jest dozwolony wyłącznie w celu prowadzenia badań naukowych, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
2. Sporządzanie wyciągów ze słomy makowej może odbywać się wyłącznie u przedsiębiorcy oraz w jednostce naukowej i Centralnym Ośrodku Badania Odmian Roślin Uprawnych – w zakresie ich działalności statutowej, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki i tryb wydawania i cofania zezwoleń, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz treść wniosku o wydanie tych zezwoleń, uwzględniając zasadę poszanowania praw podmiotu ubiegającego się o zezwolenie oraz zapewnienie sprawności postępowania.

#### **Art. 37.**

1. Przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotowa dostawa lub wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających lub substancji psychotropowych mogą być dokonywane wyłącznie przez przedsiębiorców, o których mowa w art. 35 ust. 1 i 2 lub art. 40 ust. 1 i 2.
2. Przywóz środków odurzających i substancji psychotropowych będących produktami leczniczymi może być dokonywany wyłącznie przez przedsiębiorców posiadających zezwolenie, o którym mowa w art. 38 ust. 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, po uzyskaniu pozwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego określającego środki lub substancje, które mogą być przedmiotem przywozu.
3. Przywóz lub wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających lub substancji psychotropowych może nastąpić po uzyskaniu, dla każdej przesyłki przywożonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
  - 1) pozwolenia na przywóz albo na wewnątrzwspólnotowe nabycie, wydanego przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, oraz
  - 2) pozwolenia na wywóz albo na wewnątrzwspólnotową dostawę, wydanego przez właściwe władze kraju wywozu.
4. Wywóz lub wewnątrzwspólnotowa dostawa środków odurzających lub substancji psychotropowych może nastąpić po uzyskaniu, dla każdej przesyłki wywożonej z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pozwolenia na wywóz albo na wewnątrzwspólnotową dostawę, wydanego przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego na podstawie pozwolenia na przywóz lub wewnątrzwspólnotowe nabycie wydanego przez właściwe władze kraju przywozu.
5. Przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotowa dostawa lub wewnątrzwspólnotowe nabycie słomy makowej mogą być dokonywane wyłącznie przez przedsiębiorców, o których mowa w art. 35 ust. 1 lub art. 40 ust. 1, po uzyskaniu pozwoleń przewidzianych w ust. 3 i 4.
6. Przewóz przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków odurzających, substancji psychotropowych oraz słomy makowej jest dozwolony na podstawie pozwolenia na wywóz, wydanego przez właściwe władze kraju wywozu dla każdej przesyłki.
7. W przypadkach, o których mowa w ust. 3-6, pozwolenia na wywóz albo wewnątrzwspólnotową dostawę są dołączane do każdej przesyłki.
8. Przywóz środków odurzających do składu celnego jest zabroniony.
9. Przywóz środków odurzających, substancji psychotropowych do wolnych obszarów celnych jest zabroniony.
10. Przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotowa dostawa lub wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1 na własne potrzeby lecznicze może być dokonywany na podstawie dokumentów określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 12.
11. Pozwolenia na przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotową dostawę lub wewnątrzwspólnotowe nabycie środków odurzających i substancji psychotropowych stanowiących zapasy jednostek organizacyjnych Ministerstwa Obrony Narodowej biorących udział w misjach, ćwiczeniach lub szkoleniach poza granicami kraju udziela Naczelny Inspektor Farmaceutyczny Wojska Polskiego na wniosek kierownika (dowódcy, komendanta, szefa) jednostki organizacyjnej.
12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb wydawania pozwoleń i dokumentów, o których mowa w ust. 3, 4 i 10, wzory tych pozwoleń i dokumentów, obowiązki podmiotów i osób posiadających te pozwolenia i dokumenty w zakresie przechowywania środków

objętych pozwoleniem, wydawania tych środków jednostkom uprawnionym oraz prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i obrotu nimi, mając na względzie sprawność postępowania w sprawie udzielenia pozwoleń.

#### **Art. 38.**

1. Przedsiębiorcy prowadzący działalność w zakresie wytwarzania, przetwarzania, przerobu, przywozu, wywozu, wewnątrzspółnotowej dostawy lub wewnątrzspółnotowego nabycia i obrotu hurtowego prekursorami kategorii 1 przekazują Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu informacje o wszelkich wzbudzających podejrzenie co do zgodności z przepisami prawa:
  - 1) zamówieniach na te substancje;
  - 2) działaniach z udziałem tych substancji;
  - 3) próbach wykorzystania tych substancji.
2. Przepisy ust. 1 stosuje się również do prekursorów kategorii 2 i 3, z tym że informacje, o których mowa w tych przepisach przekazuje się Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.
3. Główny Inspektor Farmaceutyczny w odniesieniu do prekursorów kategorii 1, a Główny Inspektor Sanitarny w odniesieniu do prekursorów kategorii 2 i 3, w uzasadnionych przypadkach powiadamiają Policję i organy celne o konieczności zatrzymania przesyłki prekursorów, która nie spełnia wymagań określonych w przepisach prawa.
4. Główny Inspektor Farmaceutyczny i Główny Inspektor Sanitarny prowadzą ewidencję informacji uzyskanych w trybie ust. 1 i 2.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) szczegółowy sposób przekazywania informacji,
  - 2) sposób prowadzenia ewidencji informacji uzyskanych w trybie ust. 1 i 2,
  - 3) szczegółowy tryb i sposób powiadamiania, o którym mowa w ust. 3, a także wzór takiego powiadomienia,
  - 4) tryb i sposób postępowania z przesyłką, o której mowa w ust. 3 – mając na uwadze uniemożliwienie nielegalnej produkcji prekursorów.

#### **Art. 39.**

1. Zezwoleń, o których mowa w art. 35 ust. 1-4 i 7, art. 36 oraz art. 40, udziela się na podstawie pisemnego wniosku przedsiębiorcy.
2. Przed podjęciem decyzji w sprawie wydania zezwolenia organ wydający zezwolenie, zwany dalej „organem zezwalającym”:
  - 1) może wzywać wnioskodawcę do uzupełnienia, w wyznaczonym terminie, brakującej dokumentacji poświadczającej, że spełnia on warunki określone przepisami ustawy;
  - 2) może dokonać kontrolnego sprawdzenia faktów podanych we wniosku o udzielenie zezwolenia w celu stwierdzenia, czy podmiot spełnia warunki wykonywania działalności objętej zezwoleniem.
3. Zezwolenie wydaje się na czas nieoznaczony albo, na wniosek podmiotu ubiegającego się, na czas oznaczony.
4. Udzielenie zezwolenia, odmowa udzielenia zezwolenia oraz cofnięcie zezwolenia następuje w drodze decyzji administracyjnej. Decyzja o cofnięciu zezwolenia podlega natychmiastowemu wykonaniu.
5. Organ zezwalający w przypadku powzięcia informacji o tym, że podmiot, któremu udzielono zezwolenia działa w sposób niezgodny z przepisami ustawy regulującymi działalność objętą zezwoleniem wyznacza niezwłocznie termin do usunięcia tych nieprawidłowości.
6. Organ zezwalający cofa zezwolenie, w przypadku gdy:
  - 1) podmiot, któremu udzielono zezwolenia, przestał spełniać warunki wymagane do wykonywania działalności określonej w zezwoleniu;
  - 2) podmiot, o którym mowa w pkt 1, nie usunął, w wyznaczonym przez organ zezwalający terminie, stanu faktycznego lub prawnego niezgodnego z przepisami ustawy regulującymi działalność objętą zezwoleniem.
7. Podmiot, któremu udzielono zezwolenia, jest obowiązany zgłaszać organowi zezwalającemu wszelkie zmiany danych określonych w zezwoleniu.
8. Przedsiębiorca, któremu cofnięto zezwolenie z przyczyn, o których mowa w ust. 6, może ponownie wystąpić z wnioskiem o wydanie zezwolenia w takim samym zakresie nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wydania decyzji o cofnięciu zezwolenia.
9. Za udzielenie zezwolenia na wytwarzanie, przetwarzanie, przerób, stosowanie do badań oraz pozwoleń na przywóz, wywóz, wewnątrzspółnotowe nabycie i wewnątrzspółnotową dostawę środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1, a także zmianę tych zezwoleń lub pozwoleń pobierane są opłaty, które stanowią dochód budżetu państwa.
10. Przepisy ust. 1-9 i 11 stosuje się do zezwoleń, o których mowa w art. 35 ust. 1-4 i 7, art. 36 oraz art. 40, w zakresie

nieuregulowanym w tych przepisach.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość i sposób pobierania opłat, o których mowa w ust. 9, uwzględniając w szczególności zakres wytwarzania, przetwarzania, przerobu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów kategorii 1.

#### **Art. 40.**

1. Obrót hurtowy środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi będącymi produktami leczniczymi może być prowadzony przez przedsiębiorcę, o którym mowa w art. 72 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
2. Obrót hurtowy środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi, które nie są produktami leczniczymi, może być prowadzony przez przedsiębiorcę po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
3. Obrót hurtowy prekursorami kategorii 1 może być prowadzony przez przedsiębiorcę po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
4. Przedsiębiorcy, o których mowa w ust. 1-3, są obowiązani:
  - 1) prowadzić dokumentację dotyczącą posiadanych środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich preparatów oraz prekursorów kategorii 1;
  - 2) przechowywać w komorach przeładunkowych posiadane środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 w sposób zabezpieczający przed kradzieżą lub zniszczeniem.
5. Zezwolenia, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wydane po stwierdzeniu przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, że przedsiębiorca występujący o wydanie zezwolenia zapewnia warunki obrotu uniemożliwiające użycie środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów objętych zezwoleniem przez osoby nieupoważnione lub do celów innych niż określone w wydanym zezwoleniu.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb wydawania oraz cofania zezwoleń, o których mowa w ust. 1-3, treść wniosku o wydanie tych zezwoleń, a także szczegółowe obowiązki podmiotów posiadających te zezwolenia, w szczególności w zakresie przechowywania środków objętych zezwoleniem, wydawania tych środków jednostkom uprawnionym oraz prowadzenia dokumentacji dotyczącej ich posiadania i obrotu nimi, a także w zakresie warunków, jakie podmiot musi spełniać celem przechowywania środków objętych zezwoleniem w komorach przeładunkowych, mając na względzie sprawność postępowania w sprawie udzielenia zezwoleń.

#### **Art. 41.**

1. Obrót detaliczny środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami będącymi produktami leczniczymi prowadzą apteki i punkty apteczne, zapewniając odpowiednie warunki ich przechowywania uniemożliwiające dostęp osób nieuprawnionych do tych środków i substancji.
2. Preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe są wydawane z apteki wyłącznie na podstawie specjalnie oznakowanej recepty albo zapotrzebowania, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Do podmiotów, o których mowa w ust. 1, stosuje się art. 40 ust. 4.
4. Preparaty zawierające środki odurzające grupy II-N lub substancje psychotropowe grup III-P i IV-P mogą być wydawane z apteki na podstawie recept innych niż określone w ust. 2, a preparaty zawierające środki odurzające grupy III-N mogą być wydawane z apteki bez recepty.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) szczegółowe warunki przechowywania przez apteki środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje oraz sposób prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i obrotu, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed dostępem osób trzecich;
  - 2) szczegółowe warunki wystawiania recept i zapotrzebowań na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, wzory tych dokumentów oraz wydawania tych preparatów z aptek, uwzględniając warunki bezpieczeństwa dystrybucji preparatów.

#### **Art. 42.**

1. Preparaty zawierające środki odurzające grup I-N, II-N i III-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, które zostały dopuszczone do obrotu jako produkty lecznicze na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego, może posiadać, w celach medycznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, zakład opieki zdrowotnej mniemający apteki szpitalnej, zakład leczniczy dla zwierząt oraz lekarz, lekarz dentyista lub lekarz weterynarii, prowadzący praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje preparatów i ich ilości, jakie mogą posiadać podmioty, o których mowa w ust. 1, szczegółowe warunki zaopatrywania, przechowywania tych preparatów oraz prowadzenia dokumentacji w zakresie ich posiadania i stosowania, a także

rodzaje podmiotów, których działalność wymaga posiadania i stosowania preparatów, o których mowa w ust. 1, uwzględniając zabezpieczenie tych substancji przed niewłaściwym użyciem.

#### **Art. 43.**

1. Przedsiębiorca i inna jednostka organizacyjna, którzy uzyskali zezwolenia, o których mowa w art. 35 ust. 1 i 2 lub art. 40 ust. 1 i 2, lub pozwolenia, o których mowa w art. 37 ust. 3-5, są obowiązani do składania Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu sprawozdań z działalności określonej w zezwoleniu lub pozwoleniu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, tryb oraz terminy składania sprawozdań, o których mowa w ust. 1, uwzględniając niezbędne dane, jakie powinny zawierać.

#### **Art. 44.**

1. Nadzór nad wytwarzaniem, przetwarzaniem, przerobem, przechowywaniem, obrotem i niszczeniem środków odurzających, substancji psychotropowych oraz prekursorów kategorii 1 sprawuje wojewódzki inspektor farmaceutyczny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu - poprzez kontrolę realizacji obowiązków wynikających z rozporządzenia 273/2004, rozporządzenia 111/2005 i przepisów prawa farmaceutycznego.
2. Nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 sprawuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu - poprzez kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na producenta, importera lub inny podmiot wprowadzający do obrotu wynikających z ustawy, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005 oraz wydawania pozwoleń – na zasadach i w trybie określonych w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rozporządzeniu 273/2004 i rozporządzeniu 111/2005.
3. Organem właściwym do występowania do krajów trzecich z powiadomieniem przed wywozem w zakresie prekursorów kategorii 2 i 3, o którym mowa w art. 11 ust. 1 i 2 rozporządzenia 111/2005, jest Główny Inspektor Sanitarny.
4. Inspektor do Spraw Substancji i Preparatów Chemicznych prowadzi rejestr producentów, importerów i innych podmiotów wprowadzających do obrotu prekursorów kategorii 2, uwzględniając dane, o których mowa w art. 3 ust. 6 rozporządzenia 273/2004, oraz powiadamia o zgłoszeniu właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Komisji Europejskiej informacje, o których mowa w art. 13 i 16 rozporządzenia 273/2004 i art. 32 rozporządzenia 111/2005.
6. Minister Obrony Narodowej sprawuje nadzór nad przerobem, przechowywaniem, obrotem oraz zapasami środków odurzających i substancji psychotropowych w podległych jednostkach organizacyjnych – na zasadach i w trybie określonych w przepisach, o których mowa w ust. 1 i 2.
7. Minister właściwy do spraw wewnętrznych sprawuje nadzór nad przerobem, przechowywaniem, obrotem oraz zapasami prekursorów grupy kategorii 2 i 3 w podległych jednostkach organizacyjnych – na zasadach i w trybie określonych w przepisach, o których mowa w ust. 2.
8. Podmioty, które w ramach swojej działalności posiadają podrobione, zepsute, sfałszowane środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursorów kategorii 1, ich mieszaniny, również jako składniki produktów leczniczych, lub którym upłynął termin ważności niszczą te substancje w sposób określony w ust. 9.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1, ich mieszaninami, produktami leczniczymi, podrobionymi, zepsutymi, sfałszowanymi lub którym upłynął termin ważności, zawierającymi w swoim składzie środki odurzające, substancje psychotropowe i prekursorów kategorii 1, oraz prekursorami kategorii 1 stosowanymi w przemyśle kosmetycznym lub spożywczym, uwzględniając w szczególności wymogi zabezpieczenia przed ich niewłaściwym użyciem, sposoby niszczenia tych środków w zależności od ich rodzaju i ilości oraz podmioty obowiązane do pokrywania kosztów związanych z niszczeniem tych środków.

## **Rozdział 6**

### **Uprawa maku i konopi**

#### **Art. 45.**

1. Uprawa maku, z wyjątkiem maku niskomorfinoowego, może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i nasiennictwa.
2. Uprawa maku niskomorfinoowego może być prowadzona wyłącznie na cele spożywcze i nasiennictwa.
3. Uprawa konopi włóknistych może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego,

materiałów budowlanych oraz nasiennictwa.

4. Uprawa konopi innych niż wymienione w ust. 3 jest zabroniona.

#### **Art. 46.**

1. Uprawa maku może być prowadzona na określonej powierzchni, w wyznaczonych rejonach, na podstawie zezwolenia na uprawę, przy zastosowaniu materiału siewnego kategorii elitarny albo kategorii kwalifikowany w rozumieniu przepisów o nasiennictwie oraz dodatkowo umowy kontraktacji, zawartej z podmiotem posiadającym zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności w zakresie skupu maku.
2. Uprawa konopi włóknistych może być prowadzona na określonej powierzchni, w wyznaczonych rejonach, na podstawie zezwolenia na uprawę, przy zastosowaniu materiału siewnego kategorii elitarny albo kategorii kwalifikowany w rozumieniu przepisów o nasiennictwie oraz dodatkowo:
  - 1) umowy kontraktacji, zawartej z podmiotem posiadającym zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności w zakresie skupu konopi włóknistych, niewpisanym do rejestru uznanych pierwszych przetwórców słomy lnianej lub konopnej na włókno w rozumieniu przepisów o organizacji niektórych rynków rolnych, lub
  - 2) umowy sprzedaży, o której mowa w art. 2 ust. 1 rozporządzenia Rady (WE) nr 1673/2000 z dnia 27 lipca 2000 r. w sprawie wspólnej organizacji rynku lnu i konopi uprawianych na włókno (Dz. Urz. WE L 193 z 29.07.2000, str. 16; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 30, str. 131), zwanego dalej „rozporządzeniem 1673/2000”, zawartej z podmiotem posiadającym zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności w zakresie skupu konopi włóknistych, wpisanym do rejestru uznanych pierwszych przetwórców słomy lnianej lub konopnej na włókno w rozumieniu przepisów o organizacji niektórych rynków rolnych, a w przypadku przetwórcy pochodzącego z państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska – uznanym przez to państwo, lub
  - 3) umowy o przetworzenie słomy konopnej na włókno, o której mowa w art. 2 ust. 1 lit. b rozporządzenia 1673/2000, zawartej z podmiotem posiadającym zezwolenie wojewody na prowadzenie działalności w zakresie skupu konopi włóknistych, wpisanym do rejestru uznanych pierwszych przetwórców słomy lnianej lub konopnej na włókno w rozumieniu przepisów o organizacji niektórych rynków rolnych, a w przypadku przetwórcy pochodzącego z państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska – uznanym przez to państwo, lub
  - 4) zobowiązania do przetworzenia słomy konopnej na włókno, o którym mowa w art. 2 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1673/2000, składanego Prezesowi Agencji Rynku Rolnego, w przypadku gdy prowadzący uprawę konopi włóknistych jest jednocześnie wpisany do rejestru uznanych pierwszych przetwórców słomy lnianej lub konopnej na włókno w rozumieniu przepisów o organizacji niektórych rynków rolnych.
3. Stosowanie materiału siewnego maku lub konopi włóknistych kategorii elitarny albo kategorii kwalifikowany w rozumieniu przepisów o nasiennictwie potwierdza się fakturą zakupu tego materiału siewnego oraz etykietą z opakowań materiału siewnego tych roślin.
4. Działalność w zakresie skupu:
  - 1) maku, na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1,
  - 2) konopi włóknistych na podstawie umów, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2 – może prowadzić podmiot posiadający zezwolenie wojewody właściwego dla miejsca położenia uprawy, określające w szczególności zakres i cel prowadzonej działalności.
5. Zezwolenie, o którym mowa w ust. 4, wydaje się w drodze decyzji, na wniosek, który zawiera:
  - 1) imię, nazwisko, określenie miejsca zamieszkania i adres albo nazwę (firmę), siedzibę i adres wnioskodawcy;
  - 2) numer NIP albo numer REGON wnioskodawcy;
  - 3) adres miejsca wykonywania działalności w zakresie skupu;
  - 4) informację o zakresie i celu podejmowanej działalności.
6. Do wniosku, o którym mowa w ust. 5, dołącza się:
  - 1) oświadczenie, że wnioskodawca dysponuje magazynem lub środkiem transportu, zabezpieczonym przed kradzieżą torebki (makówki), o której mowa w art. 48 ust. 1, lub
  - 2) kopię decyzji Prezesa Agencji Rynku Rolnego o wpisie do rejestru uznanych pierwszych przetwórców słomy lnianej lub konopnej na włókno w rozumieniu przepisów o organizacji niektórych rynków rolnych albo kopię dokumentu potwierdzającego uznanie przetwórcy przez państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska – w przypadku zezwolenia wojewody na działalność w zakresie skupu konopi włóknistych na podstawie umowy sprzedaży;
  - 3) zobowiązanie do przekazywania na żądanie wojewody informacji dotyczących zakresu i celu prowadzonej działalności.
7. Wojewoda cofa zezwolenie w razie naruszenia warunków prowadzenia działalności określonych w ustawie lub w zezwoleniu.

8. Wojewoda, działając w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw rolnictwa, określi, w drodze rozporządzenia – aktu prawa miejscowego, ogólną powierzchnię przeznaczoną corocznie pod uprawy maku lub konopi włóknistych oraz rejonizację tych upraw, mając na względzie zagrożenie narkomanią, zapotrzebowanie na surowce pochodzące z tych upraw oraz tradycję uprawy maku i konopi włóknistych.

#### **Art. 47.**

1. Zezwolenie na uprawę maku lub konopi włóknistych wydaje wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia uprawy.
2. Zezwolenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje się, w drodze decyzji, na wniosek zawierający:
  - 1) imię, nazwisko, określenie miejsca zamieszkania i adres albo nazwę (firmę), siedzibę i adres wnioskodawcy;
  - 2) informację o odmianie maku lub konopi włóknistych, powierzchni uprawy oraz numer działki ewidencyjnej w ewidencji gruntów i budynków, określonej na podstawie przepisów prawa geodezyjnego i kartograficznego;
  - 3) informację o rodzaju umowy albo o zobowiązaniu do przetworzenia słomy konopnej na włókno, o których mowa w art. 46 ust. 2;
  - 4) oświadczenie wnioskodawcy, że dysponuje pomieszczeniem zabezpieczonym przed kradzieżą torebki (makówki), o której mowa w art. 48 ust. 1;
  - 5) oświadczenie wnioskodawcy, że nie był karany za popełnienie przestępstwa, o którym mowa w art. 63 lub 64, i wykroczenia, o którym mowa w art. 65.
3. Zezwolenie, o którym mowa w ust. 1, określa:
  - 1) podmiot, dla którego je wydano;
  - 2) numer kolejny zezwolenia;
  - 3) odmianę maku lub konopi włóknistych;
  - 4) powierzchnię uprawy maku lub konopi włóknistych;
  - 5) numer działki, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, na której prowadzona będzie uprawa maku lub konopi włóknistych;
  - 6) termin ważności;
  - 7) datę wydania zezwolenia.
4. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) odmawia wydania zezwolenia, jeżeli wnioskodawca nie daje rękojmi należytego zabezpieczenia zbioru z tych upraw przed wykorzystaniem do celów innych niż określone w ustawie, a w szczególności:
  - 1) nie dysponuje pomieszczeniem zabezpieczonym przed kradzieżą torebki (makówki), o której mowa w art. 48 ust. 1, lub
  - 2) był karany za popełnienie przestępstwa, o którym mowa w art. 63 lub 64, lub
  - 3) był karany za popełnienie wykroczenia, o którym mowa w art. 65.
5. Zezwolenie cofa się w razie naruszenia warunków prowadzenia działalności określonych w ustawie lub w zezwoleniu.
6. Wójt (burmistrz, prezydent miasta) prowadzi rejestr wydawanych zezwoleń.

#### **Art. 48.**

1. Torebkę (makówkę) z nasionami, uzyskaną z uprawy maku prowadzonej na potrzeby przemysłu farmaceutycznego, wraz z przylegającą do niej łodygą o długości do 7 cm, w całości przekazuje się podmiotowi prowadzącemu kontraktację maku, na warunkach określonych w umowie kontraktacji. Słomę makową, pozostałą po oddzieleniu torebki (makówki) i przylegającej do niej łodygi o długości do 7 cm, niszczy prowadzący uprawę w sposób określony w umowie kontraktacji.
2. Słomę makową z uprawy maku niskomorfinoowego niszczy prowadzący uprawę na swój koszt, w sposób określony w umowie kontraktacji.
3. Pozostałe na polu resztki poźniwne maku niszczy się w miejscu prowadzenia uprawy, w wyniku wykonania odpowiedniego zabiegu agrotechnicznego, na warunkach określonych w umowie kontraktacji.

#### **Art. 49.**

Przepisów art. 45-48, z wyjątkiem przepisów dotyczących obowiązku niszczenia słomy makowej i resztek poźniwnych maku, nie stosuje się do upraw maku i konopi prowadzonych przez jednostkę naukową oraz Centralny Ośrodek Badania Odmian Roślin Uprawnych, w ramach działalności statutowej, a także przez podmiot zajmujący się hodowlą roślin i stosujący konopie włókniste w celach izolacyjnych.

#### **Art. 50.**

1. Nadzór nad uprawami maku lub konopi włóknistych sprawuje wójt (burmistrz, prezydent miasta) właściwy ze względu na miejsce położenia tych upraw.
2. W ramach wykonywania nadzoru osoby upoważnione przez organ, o którym mowa w ust. 1, są uprawnione do:
  - 1) wejścia na grunty, na których są prowadzone uprawy maku lub konopi włóknistych, oraz dojścia do tych gruntów przez inne nieruchomości;
  - 2) kontroli dokumentów uprawniających do prowadzenia upraw maku lub konopi włóknistych;
  - 3) żądania wyjaśnień od prowadzącego uprawy maku lub konopi włóknistych.
3. Osoby upoważnione do wykonywania czynności określonych w ust. 2 są obowiązane do okazania upoważnienia wydanego przez organ sprawujący nadzór.

#### **Art. 51.**

W przypadku stwierdzenia prowadzenia upraw maku lub konopi włóknistych w sposób niezgodny z art. 46 i 47 wójt (burmistrz, prezydent miasta) wydaje nakaz zniszczenia tych upraw przez zaoranie lub przekopanie gruntu, na koszt prowadzącego uprawę; nakazowi nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

#### **Art. 52.**

Zadania, o których mowa w art. 47, 50 i 51, są wykonywane przez gminę jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.

### **Rozdział 7 Przepisy karne**

#### **Art. 53.**

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, wytwarza, przetwarza albo przerabia środki odurzające lub substancje psychotropowe albo przetwarza słomę makową, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
2. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych albo słomy makowej lub czyn ten został popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

#### **Art. 54.**

1. Kto wyrabia, posiada, przechowuje, zbywa lub nabywa przyrządy, jeżeli z okoliczności wynika, że służą one lub są przeznaczone do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania lub przerobu środków odurzających lub substancji psychotropowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
2. Tej samej karze podlega, kto:
  - 1) przystosowuje do niedozwolonego wytwarzania, przetwarzania, przerobu lub konsumpcji środków odurzających lub substancji psychotropowych naczynia i przyrządy, choćby były wytworzone w innym celu, albo
  - 2) wchodzi w porozumienie z inną osobą w celu popełnienia przestępstwa określonego w art. 53 ust. 2.

#### **Art. 55.**

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, dokonuje przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowego nabycia, wewnątrzwspólnotowej dostawy lub przewozi przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub terytorium innego państwa środki odurzające, substancje psychotropowe lub słomę makową, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.
2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych lub słomy makowej albo czyn ten został popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

#### **Art. 56.**

1. Kto, wbrew przepisom art. 33-35 i 37, wprowadza do obrotu środki odurzające, substancje psychotropowe lub słomę makową albo uczestniczy w takim obrocie, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających, substancji



psychotropowych lub słomy makowej, sprawca odlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 10.

#### **Art. 57.**

1. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w art. 55 ust. 1 lub art. 56 ust. 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
2. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w art. 55 ust. 3 lub art. 56 ust. 3, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

#### **Art. 58.**

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia albo umożliwia ich użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
2. Jeżeli sprawca czynu, o którym mowa w ust. 1, udziela środka odurzającego lub substancji psychotropowej małoletniemu lub nakłania go do użycia takiego środka lub substancji albo udziela ich w znacznych ilościach innej osobie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.

#### **Art. 59.**

1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.
2. Jeżeli sprawca czynu, o którym mowa w ust. 1, udziela środka odurzającego lub substancji psychotropowej małoletniemu, ułatwia użycie albo nakłania go do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.
3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

#### **Art. 60.**

Kto, będąc właścicielem lub działającym w jego imieniu zarządcą albo kierownikiem zakładu gastronomicznego, lokalu rozrywkowego lub prowadząc inną działalność usługową, mając wiarygodną wiadomość o popełnieniu przestępstwa określonego w art. 56, 58 lub 59 na terenie tego zakładu lub lokalu, nie powiadamia o tym niezwłocznie organów ścigania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

#### **Art. 61.**

Kto, wbrew przepisom ustawy, rozporządzenia 273/2004 lub rozporządzenia 111/2005, w celu niedozwolonego wytworzenia środka odurzającego lub substancji psychotropowej, wytwarza, przetwarza, przerabia, dokonuje przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowego nabycia, wewnątrzwspólnotowej dostawy, przewozi przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub terytorium innego państwa, nabywa, posiada lub przechowuje prekursorsy, podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.

#### **Art. 62.**

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
2. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5.
3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

#### **Art. 63.**

1. Kto, wbrew przepisom ustawy, uprawia mak, z wyjątkiem maku niskomorfinowego, lub konopie, z wyjątkiem konopi włóknistych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
2. Tej samej karze podlega, kto, wbrew przepisom ustawy, zbiera mleczko makowe, opium, słomę makową, żywicę lub ziele konopi innych niż włókniste.

#### **Art. 64.**

Kto zabiera, w celu przywłaszczenia, środki odurzające, substancje psychotropowe, mleczko makowe lub słomę makową, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

#### **Art. 65.**

Kto, wbrew przepisom ustawy, uprawia mak niskomorfynowy lub konopie włókniste, podlega karze grzywny.

#### **Art. 66.**

Kto, wbrew przepisom ustawy, rozporządzenia 273/2004 lub rozporządzenia 111/2005, wytwarza, przetwarza, przerabia, stosuje, dokonuje przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowego nabycia, wewnątrzwspólnotowej dostawy, przewozi przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub terytorium innego państwa, nabywa, posiada lub przechowuje prekursor, podlega karze grzywny.

#### **Art. 67.**

Kto, wbrew przepisom ustawy, rozporządzenia 273/2004 lub rozporządzenia 111/2005, nie dopełnia obowiązku prowadzenia ewidencji wytwarzania, przetwarzania, przerobu środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów i obrotu nimi albo w inny sposób narusza przepisy określające zasady stosowania środków, substancji lub prekursorów i obrotu nimi, podlega karze grzywny.

#### **Art. 68.**

Kto, wbrew przepisom art. 20 ust. 1, prowadzi reklamę lub promuje substancję psychotropową lub środek odurzający, w celach innych niż medyczne, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

#### **Art. 69.**

1. Orzekanie w sprawach o czyny określone w art. 65-67 następuje w trybie przepisów o postępowaniu w sprawach o wykroczenia.
2. W razie ukarania za wykroczenie określone w art. 65 lub 66 orzeka się przepadek przedmiotów wykroczenia, a także przedmiotów pochodzących bezpośrednio lub pośrednio z wykroczenia, nawet jeżeli nie były one własnością sprawcy. Sąd, orzekając przepadek przedmiotów, może zarządzić ich zniszczenie. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół.

#### **Art. 70.**

1. W razie skazania za przestępstwa określone w art. 53-61, 63 i 64 można orzec przepadek przedmiotu przestępstwa oraz przedmiotów i narzędzi, które służyły lub były przeznaczone do jego popełnienia, nawet jeżeli nie były własnością sprawcy.
2. W razie skazania za przestępstwo określone w art. 62 oraz w razie umorzenia lub warunkowego umorzenia postępowania karnego orzeka się przepadek środka odurzającego lub substancji psychotropowej, nawet jeżeli nie był własnością sprawcy. Sąd, orzekając przepadek przedmiotów, może zarządzić ich zniszczenie. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół.
3. Przepadku nie orzeka się, jeżeli środek odurzający lub substancja psychotropowa są własnością osoby trzeciej, a sprawca uzyskał je w drodze przestępstwa lub wykroczenia albo wszedł w ich posiadanie w sposób rażąco naruszający obowiązki pracownicze albo warunki umowy łączącej go z właścicielem tych środków odurzających lub substancji psychotropowych.
4. W razie skazania za przestępstwo określone w art. 53-63 sąd może orzec na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii nawiązkę w wysokości do 50 000 zł.
5. Przepisu ust. 4 nie stosuje się do sprawcy przestępstwa określonego w art. 62 ust. 1, jeżeli jest on osobą uzależnioną.

#### **Art. 71.**

1. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w zakładzie opieki zdrowotnej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia.
2. Sąd może zarządzić wykonanie zawieszony kary pozbawienia wolności, jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od obowiązku, o którym mowa w ust. 1, albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany.
3. W razie skazania osoby uzależnionej, z uwzględnieniem warunków określonych w ust. 1, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej.
4. Czasu pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata; o zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie.

5. Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, o których mowa w ust. 1-3, mając na względzie dobro osoby uzależnionej.

#### **Art. 72.**

1. Jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje psychoaktywne szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia.
2. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.
3. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie.
4. W wypadku wskazanym w ust. 2 warunkowe umorzenie można zastosować do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności.

#### **Art. 73.**

Przepis art. 72 stosuje się odpowiednio w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego.

#### **Art. 74.**

W zakresie uregulowanym w niniejszym rozdziale nie stosuje się art. 96-98 Kodeksu karnego.

### **Rozdział 8**

#### **Zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe**

#### **Art. 75.**

W ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, z późn. zm.)<sup>[5]</sup> wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 93 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Opłaty, o których mowa w art. 92 ust. 1, mogą być wykorzystane przez zarządy województw wyłącznie na finansowanie:

- 1) zadań określonych w art. 4 ust. 1 ustawy;
- 2) zadań określonych w Wojewódzkim Programie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”;

2) art. 182 otrzymuje brzmienie:

„Art. 182. Dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 181 oraz dochody z opłat określonych w art. 111 wykorzystywane będą na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, i nie mogą być przeznaczane na inne cele.”.

#### **Art. 76.**

W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575, z późn. zm.)<sup>[6]</sup> w art. 4 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) przestrzegania przez podmioty wprowadzające do obrotu prekursorzy kategorii 2 i 3 obowiązków wynikających z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr ..., poz. ...), rozporządzenia (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 273/2004 z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych oraz rozporządzenia (WE) Rady nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi.”.

#### **Art. 77.**

W ustawie z dnia 9 września 2000 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. z 2004 r. Nr 253, poz. 2532 oraz z 2005 r. Nr 14, poz. 115) w tabeli stanowiącej załącznik do ustawy, w Części IV Zezwolenia pkt 27 otrzymuje brzmienie:

„27. Od zezwoleń wydawanych na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii:

- 1) na uprawę maku lub konopi włóknistych 25 zł
- 2) na skup maku na podstawie umowy kontraktacji lub skup konopi włóknistych na podstawie umowy kontraktacji albo umowy sprzedaży 120 zł”.

#### **Art. 78.**

W ustawie z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych (Dz. U. Nr 11, poz. 84, z późn. zm.)[7] w art. 11 w ust. 1 pkt 5a otrzymuje brzmienie:

„5a) przyjmowanie i gromadzenie danych dotyczących prekursorów kategorii 2, określonych w przepisach o przeciwdziałaniu narkomanii,”.

#### **Art. 79.**

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.)[8] w art. 68 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Przepisu ust. 5 nie stosuje się do środków odurzających i substancji psychotropowych, których przywóz z zagranicy określają przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

#### **Art. 80.**

W ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1807 i Nr 281, poz. 2777 oraz z 2005 r. Nr 33, poz. 289) w art. 75 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr ..., poz. ...);”.

#### **Art. 81.**

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) w art. 12 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

#### **Art. 82.**

Zezwolenia wydane na podstawie art. 23 ust. 1-3 i 8, art. 25 ust. 2 i 3 oraz art. 27 ust. 1 i 2 ustawy, o której mowa w art. 90, zachowują ważność po wejściu w życie niniejszej ustawy.

#### **Art. 83.**

Zezwolenia na leczenie substytucyjne wydane na podstawie przepisów dotychczasowych stają się z dniem wejścia w życie ustawy zezwoleniami, o których mowa w art. 28.

#### **Art. 84.**

1. Zezwolenia na kontraktację maku lub konopi włóknistych wydane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy tracą ważność z dniem 31 grudnia 2005 r.
2. W przypadku gdy podmiot posiadający zezwolenie, o którym mowa w ust. 1, wystąpi, w terminie do dnia 31 grudnia 2005 r., z wnioskiem o wydanie zezwolenia na wykonywanie działalności w zakresie skupu maku lub konopi włóknistych, dotychczasowe zezwolenie zachowuje ważność do dnia, w którym decyzja wydana po rozpatrzeniu wniosku stanie się ostateczna.

#### **Art. 85.**

Certyfikaty ukończenia specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty terapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień uzyskane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stają się certyfikatami specjalisty terapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy.

#### **Art. 86.**

Osoby zatrudnione w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy w jednostkach prowadzących rehabilitację, które nie uzyskały certyfikatu specjalisty terapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, są obowiązane do ukończenia szkolenia, o którym mowa w art. 27 ust. 1, w terminie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.

#### **Art. 87.**

Szkolenia rozpoczęte przed dniem wejścia w życie ustawy oraz egzamin kończący te szkolenia przeprowadza się według programów szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków zatwierdzonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

#### **Art. 88.**

1. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działające na podstawie niniejszej ustawy wstępuje we

wszystkie prawa i obowiązki Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie art. 3a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 90.

2. Mienie użytkowane przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działające na podstawie art. 3a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 90, staje się z dniem wejścia w życie ustawy mieniem użytkowanym przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działające na podstawie niniejszej ustawy.
3. Przejście praw i mienia Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie art. 3a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 90, na Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, działające na podstawie niniejszej ustawy, następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.
4. Pracownicy Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie art. 3a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 90, z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie niniejszej ustawy.

#### **Art. 89.**

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 5 ust. 6, art. 9 ust. 4, art. 11 ust. 3, art. 12 ust. 3, art. 14 ust. 4, art. 15 ust. 5, art. 16, art. 22 ust. 5, art. 23 ust. 14, art. 24 ust. 2, art. 25 ust. 4, art. 27 ust. 6, art. 28 ust. 4, art. 29 ust. 2, art. 30 ust. 2, art. 31 ust. 2b i art. 56 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 90 niniejszej ustawy, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 7 ust. 5, art. 12 ust. 4, art. 22 ust. 3, art. 23 ust. 4, art. 24 ust. 6, art. 27 ust. 12 i 13, art. 28 ust. 7, art. 29 ust. 2, art. 34 ust. 5, art. 35 ust. 10, art. 36 ust. 3, art. 37 ust. 12, art. 38 ust. 5, art. 40 ust. 6, art. 41 ust. 5, art. 42 ust. 2, art. 43 ust. 2 i art. 44 ust. 9.

#### **Art. 90.**

Traci moc ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198 i Nr 122, poz. 1143).

#### **Art. 91.**

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

- 
- [1] Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ustawę z dnia 9 września 2000 r. o opłacie skarbowej, ustawę z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej oraz ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
  - [2] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882, Nr 93, poz. 896, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.
  - [3] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1085, Nr 123, poz. 1350 i Nr 125, poz. 1367, z 2002 r. Nr 135, poz. 1145 i Nr 142, poz. 1187, z 2003 r. Nr 189, poz. 1852 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 121, poz. 1263.
  - [4] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2781 oraz z 2005 r. Nr 17, poz. 141.
  - [5] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 167, poz. 1372, z 2003 r. Nr 80, poz. 719, Nr 122, poz. 1143, z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 99, poz. 1001, Nr 152, poz. 1597, Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 23, poz. 186.
  - [6] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 70, poz. 778, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 29, poz. 320, Nr 42, poz. 473, Nr 63, poz. 634, Nr 125, poz. 1367, Nr 126, poz. 1382 i Nr 128, poz. 1407 i 1408, z 2002 r. Nr 37, poz. 329, Nr 74, poz. 676 i Nr 135, poz. 1145, z 2003 r. Nr 80, poz. 717 i Nr 208, poz. 2020 oraz z 2004 r. Nr 273, poz. 2703.
  - [7] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1085, Nr 123, poz. 1350 i Nr 125, poz. 1367, z 2002 r. Nr 135, poz. 1145 i Nr 142, poz. 1187, z 2003 r. Nr 189, poz. 1852 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 121, poz. 1263.
  - [8] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882, Nr 93, poz. 896, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703.

WYKAZ ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH

1. Środki odurzające grupy I-N

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
ACETORFINA		3-O-acetylo-6,7,8,14-tetrahydro-7 $\alpha$ -(1-hydroksy-1-metylobutylo)-6,14-endo-etenooripawina
	Acetylo- $\alpha$ -metylofentanył	N-(1-( $\alpha$ -metylofenetylo)-4-piperydylo)acetanilid
ACETYLOMETADOL		3-acetoksy-6-dimetyloamino-4,4-difenyloheptan
ALLILOPRODYNA		3-allilo-4-fenylo-1-metylo-4-propionyloksypiperydyna
ALFAACETYLOMETADOL		$\alpha$ -3-acetoksy-6-dimetyloamino-4,4-difenyloheptan, czyli (3R, 6R)-3-acetoksy-6-dimetyloamino-4,4-difenyloheptan
ALFAMEPRODYNA		$\alpha$ -3-etylo-4-fenylo-1-metylo-4-propionyloksypiperydyna, czyli cis-3-etylo-4-fenylo-1-metylo-4-propionyloksypiperydyna
ALFAMETADOL		$\alpha$ -6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanol czyli (3R, 6R)-6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanol
	$\alpha$ -Metylofentanył	N-[1-( $\alpha$ -metylofenetylo)-4-piperydylo]propionanilid
	$\alpha$ -Metylotiofentanył	N-[1-[1-metylo-2-(2-tienylo)etylo]-4-piperydylo]propionanilid
ALFAPRODYNA		$\alpha$ -4-fenylo-1,3-dimetylo-4-propionyloksypiperydyna, czyli cis-( $\pm$ )-4-fenylo-1,3-dimetylo-4-propionyloksypiperydyna
ALFENTANYŁ		N-[1-[2-(4-etylo-4,5-dihydro-5-okso-1H-tetrazol-1-ilo)etylo]-4-(metoksymetylo)-4-piperydynylo]-Nfenylopropanamid
ANILERYDYNA		ester etylowy kwasu 1-p-aminofenetylo-4-fenylo-4-piperydynokarboksyłowego
BENZETYDYNA		ester etylowy kwasu 1-(2-benzyloksietylo)-4-fenylo-4-piperydynokarboksyłowego
BENZYLOMORFINA		3-benzylomorfin, czyli 3-benzyloksi-7,8-didehydro-4,5- $\alpha$ -epoksy-17-metylomorfinan-6 $\alpha$ -ol
BETACETYLOMETADOL		$\beta$ -3-acetoksy-6-dimetyloamino-4,4-difenyloheptan
	$\beta$ -Hydroksyfentanył	N-[1-( $\beta$ -hydroksyfenetylo)-4-piperydylo]propionanilid
	$\beta$ -Hydroksy-3-metylofentanył	N-[1-( $\beta$ -hydroksyfenetylo)-3-metylo-4-piperydylo]-propionanilid
BETAMEPRODYNA		$\beta$ -3-etylo-4-fenylo-1-metylo-4-propionyloksypiperydyna
BETAMETADOL		$\beta$ -6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanol, czyli (3S, 6R)-6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanol
BETAPRODYNA		$\beta$ -4-fenylo-1,3-dimetylo-4-propionyloksypiperydyna
BEZYTRAMID		1-(3-cyjano-3,3-difenylopropylo)-4-(2-okso-3-propionylo-1-benzimidazolinylo)piperydyna
DEZOMORFINA		dihydrodeoksymorfin, czyli 4,5-epoksy-3-hydroksy-17-metylomorfinan
DEKSTROMORAMID	Palfium	(+)-4-[3,3-difenylo-2-metylo-4-okso-4-(1-pirolidynylo)-butylo]-morfolina, czyli (+)-1-(2,2-difenylo-3-metylo-4-morfolinobutyrylo)pirolidyna
DIAMPROMID		N-[2-(N-metylo-N-fenetyloamino)-propylo] propionanilid
DIETYLOTIAMBUTEN		3-dietyloamino-1,1-di-(2'-tienylo)-1-buten
DIFENOKSYNA		kwas 1-(3-cyjano-3,3-difenylopropylo)-4-fenylo-4-piperydynokarboksyłowy
DIHYDROETORFINA		7,8-dihydro-7- $\alpha$ -[1-(R)-hydroksy-1-metylobutylo]-6,14-endo-etanotetrahydrooripawina
DIHYDROMORFINA		4,5 $\alpha$ -epoksy-17-metylomorfinan-3,6 $\alpha$ -diol
DIMENOKSADOL		ester 2-dimetyloaminoetyłowy kwasu 1-etoksy-1,1-difenylooctowego

DIMEFEPTANOL		6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanol
DIMETYLOTIAMBUTEN		3-dimetyloamino-1,1-di(2'-tienylo)-1-buten
DIFENOKSYLAT		ester etylowy kwasu 1-(3-cyjano-3,3-difenylopropylo)-4-fenylo-4-piperydynokarboksylowego
DIIPANON		4,4-difenylo-6-piperydino-3-heptanon
DROTEBANOL		3,4-dimetoksy-17-metylomorfinan-6β,14-diol
EKGONINA		kwas [1R-(egzo)]-3-hydroksy-8-metylo-8-azabicyklo [3.2.1]oktano-2-karboksyloowy
ETYLOMETYLOTIAMBUTEN		3-etylometyloamino-1,1-di-(2'-tienylo)-1-buten
ETONITAZEN		1-(2-dietyloaminoetylo)-2-(p-etoksybenzylo)-5-nitrobenzimidazol
ETORFINA		6,7,8,14-tetrahydro-7α-(1-hydroksy-1-metylobutylo)-6,14-endo-etenooripawina
ETOKSERYDYNA		ester etylowy kwasu 1-[2-(2-hydroksyetoksy)etylo]-4-fenylo-4-piperydynokarboksylowego
FENADOKSON		4,4-difenylo-6-morfolino-3-heptanon
FENAMPROMID		N-(1-metylo-2-piperydinoetylo)propionanilid
FENAZOCYNA		2'-hydroksy-5,9-dimetylo-2-fenetylo-6,7-benzomorfan, czyli 3-fenetylo-1, 2, 3, 4, 5, 6-heksahydro-6,11-dimetylo-2,6-metano-3-benzazocyn-8-ol
FENOMORFAN		3- hydroksy-17-fenetylomorfinan
FENOPERYDYNA		ester etylowy kwasu 1-(3-fenylo-3-hydroksypropylo)-4-fenylo-4-piperydynokarboksylowego
FENTANYL		1-fenetylo-4-(N-propionyloanilino)piperydyna, 3 czyli N-(1-fenetylo-4-piperydylo)propionanilid
FURETYDYNA		ester etylowy kwasu 4-fenylo-1-(2- tetrahydro -furfuryloksyetylo)-4-piperydynokarboksylowego
HEROINA		diacetylmorfina, czyli 3,6α-diacetoksy-7,8-didehydro-4,5α-epoksy-17-metylomorfinan
HYDROKODON		dihydrokodeinon, czyli 4,5α-epoksy-3-metoksy-17-metylomorfinan-6-on
HYDROMORFINOL		14-hydroksy-7,8-dihydromorfina
HYDROMORFON		dihydromorfinon, czyli 4,5α-epoksy-3-hydroksy-17-metylomorfinan-6-on
HYDROKSYPTYDYNA		ester etylowy kwasu 4-m-hydroksyfenylo-1-metylo-4-piperydynokarboksylowego
IZOMETADON		6-dimetyloamino-4,4-difenylo-5-metylo-3-heksanon
KETOBEMIDON	Cliradon	4-m-hydroksyfenylo-1-metylo-4-propionylopipeptydyna
KODOKSYM O-		(karboksymetylo)oksym dihydrokodeinonu
KONOPI ZIELE I ŻYWICA innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste		
KOKAINA		ester metylowy benzoilokgoniny, czyli ester metylowy kwasu [1R - (egzo, egzo)]-3-benzoiloksy-8-metylo-8-azabicyklo[3.2.1]oktano-2-karboksylowego
KOKA LIŚCIE		
KLONITAZEN		2-(p-chlorobenzyl)-1-(2-dietyloaminoetylo)-5-nitrobenzimidazol
LEWOMETORFAN		(-)-3-metoksy-17-metylomorfinan
LEWOMORAMID		(-)-4-[2-metylo-4-okso-3,3-difenylo-4-(1-pirolidynylo)butylo]morfolina, czyli (-)-1-(2,2-difenylo-3-metylo-4-morfolinobutyrylo) pirolidyna
LEWOTENACYLOMORFAN		(-)-3-hydroksy-17-fenacylomorfinan
LEWORFANOL		(-)-3-hydroksy-17-metylomorfinan
MAKOWEJ SŁOMY KONCENTRATY - produkty powstające w procesie otrzymywania alkaloidów ze słomy makowej, jeżeli produkty te są wprowadzone do obrotu		

MAKOWEJ SŁOMY WYCIĄGI - inne niż koncentraty produkty otrzymywane ze słomy makowej przy jej ekstrakcji wodą lub jakim- kolwiek innym rozpuszczalnikiem, a także inne produkty otrzy- wane przez przerób mlecza makowego		
METAZOCYNA		2'-hydroksy-2,5,9-trimetylo-6,7-benzomorfan
METADON		6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heptanon
METADONU PÓLPRODUKT		4-cyjano-2-dimetyloamino-4,4-difenylobutan
METYLODEZORFINA		6-metylo- $\Delta$ 6-deoksymorfina
METYLODIHYDROMORFINA		6-metylodihydromorfina
	3-Metylofentanyl	N-(1-fenetylo-3-metylo-4-piperydylo)propionanilid(forma cis- i forma trans-)
	3-Metylotiofentanyl	N-[3-metylo-1-[2-(2-tienylo)etylo]-4-piperydylo]propionanilid
METOPON		5-metylodihydromorfinon, czyli 4,5-epoksy-3-hydroksy-5,17- dimetylomorfinan-6-on
MIROFINA		mirystylobenzylomorfinan, czyli 3-benzyloksi-7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ - epoksy-6 $\alpha$ -mirystoiloksi-17-metylomorfinan
MORAMIDU PÓLPRODUKT		kwasy 1,1-difenylo-2-metylo-3-morfolinomastowy
MORFERYDYNA		ester etylowy kwasu 4-fenylo-1-(2-morfolinoetylo)-4- piperydynokarboksylowego
MORFINA		7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-17-metylomorfinan-3,6 $\alpha$ -diol
MORFINY METYLOBROMEK oraz inne pochodne morfiny zawierające azot czwartorzędowy		
MORFINY N-TLENEK		N-tlenek 7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-17-metylomorfinan-3,6 $\alpha$ -diolu
	MPPP	propionian 4-fenylo-1-metylo-4-piperydynolu
NIKOMORFINA		3,6-dinikotynoilomorfinan
NORACYMETADOL		$\alpha$ (+)-3-acetoksy-4,4-difenylo-6-metyloaminoheptan
NORLEWOFANOL		(-)-3-hydroksymorfinan
NORMETADON		6-dimetyloamino-4,4-difenylo-3-heksanon
NORMORFINA		demetylomorfina, czyli 7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksymorfinan-3,6 $\alpha$ -diol
NORPIPANON		4,4-difenylo-6-piperydino-3-heksanon
OPIUM I NALEWKA Z OPIUM		
OKSYKODON	Eukodal	14-hydroksydihydrokodeinon, czyli 4,5 $\alpha$ -epoksy-14-hydroksy-3- metoksy-17-metylomorfinan-6-on
OKSYMORFON		14-hydroksydihydromorfinon, czyli 4,5 $\alpha$ -epoksy-3,14-dihydroksy- 17-metylomorfinan-6-on
	Para-fluorofentanyl	4'-fluoro-N-(1-fenetylo-4-piperydylo)propionanilid
	PEPAP	octan 1-fenetylo-4-fenylo-4-piperydynolu
PETYDYNA	Dolargan	ester etylowy kwasu 4-fenylo-1-metylo-4-piperydynokarboksylowego
PETYDYNY A PÓLPRODUKT		4-cyjano-4-fenylo-1-metylo-4-piperydyna
PETYDYNY B PÓLPRODUKT		ester etylowy kwasu 4-fenylo-4-piperydynokarboksylowego
PETYDYNY C PÓLPRODUKT		kwasy 4-fenylo-1-metylo-4-piperydynokarboksylowe
PIMINODYNA		ester etylowy kwasu 4-fenylo-1-(3-fenylaminopropyl)-4-pip- erydynokarboksylowego
PIRYTRAMID		amid kwasu 1-(3-cyjano-3,3-difenylopropyl)-4-(1-piperydino)- 4-piperydynokarboksylowego, czyli amid kwasu 1'-(3-cyjano-3,3- difenylopropyl)-(1,4'-bipiperydino)-4'-karboksylowego
ROHEPTAZYNA		4-fenylo-1,3-dimetylo-4-propionylksozacykloheptan
PPROPERYDYNA		ester izopropylowy kwasu 4-fenylo-1-metylo-4-piperydynokarbok- sylowego
RACEMETORFAN		( $\pm$ )-3-metoksy-17-metylomorfinan
RACEMORAMID		( $\pm$ )-4-[3,3-difenylo-2-metylo-4-okso-4-(1-pirolidynylo)butylo]morfolina



RACEMORFAN		(±)-3-hydroksy-17-metylomorfinan
REMIFENTANYL		ester metylowy kwasu 1-(2-metoksykarbonyloetylo)-4-(fenylopropionyloamino)-piperidyno-4-karboksylowego
SUFENTANIL		N-[4-(metoksymetylo)-1-[2-(2-tienylo)etylo]-4-piperidyl] propionanilid
TEBAKON		acetyldihydrokodeinon, czyli 6-acetoksy-6,7-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-3-metoksy-17-metylomorfinan
TEBAINA		6,7,8,14-tetradehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-3,6-dimetoksy-17-metylomorfinan
	Tiofentanyl	N-[1-[2-(2-tienylo)etylo]-4-piperidyl]propionanilid
TRIMEPERYDYNA		4-fenyl-1,2,5-trimetylo-4-propionyloksypiperidyna
TYLIDYNA		ester etylowy kwasu (+)-trans-2-(dimetyloamino)-1-fenyl-3-cyklohekseno-1-karboksylowego

oraz:

- izomery środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, jeżeli istnienie takich izomerów jest możliwe w ramach użytego oznaczenia chemicznego, chyba że izomery takie są wyraźnie wyłączone,
- estry i etery środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, jeżeli istnienie takich estrów i eterów jest możliwe, chyba że są one wymienione w innej grupie,
- sole środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, włączając w to sole estrów, eterów i izomerów, o których mowa wyżej, jeżeli istnienie takich soli jest możliwe

## 2. Środki odurzające grupy II-N

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
ACETYLODIHYDROKODEINA		6-acetylo-7,8-dihydrokodeina
KODEINA		3-O-metylomorfina, czyli 7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-3-metoksy-17-metylomorfinan-6 $\alpha$ -ol
DEKSTROPROPOKSYFEN		(+)-1,2-difenylo-4-dimetyloamino-3-metylo-2-propionyloksybutan, czyli propionian (2S, 3R)-(+)-1,2-difenylo-4-dimetyloamino-3-metylo-2-butanolu
DIHYDROKODEINA		7,8-dihydrokodeina
ETYLOMORFINA	Dionina	3-O-etylomorfina
FOLKODYNA		morfolinyletylomorfina, czyli 7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epoksy-17-metylo-3-(2-morfolinoetoksy)morfinan-6 $\alpha$ -ol
NIKODYKODYNA		6-nikotynoilo-7,8-dihydrokodeina
NIKOKODYNA		6-nikotynoilokodeina
NORKODEINA		N-demetylokodeina
PROPIRAM		N-(1-metylo-2-piperidynoetylo)-N-(2-pirydylo) propionamid

oraz:

- izomery środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, jeżeli istnienie takich izomerów jest możliwe w ramach użytego oznaczenia chemicznego, chyba że istnienie takich izomerów jest wyraźnie wyłączone,
- sole środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, włączając w to sole estrów, eterów i izomerów, o których mowa wyżej, jeżeli istnienie takich soli jest możliwe

## 3. Środki odurzające grupy III-N

1. Preparaty zawierające oprócz innych składników kodeinę, której ilość nie przekracza 50 mg w jednej dawce lub stężenie nie przekracza 1,5 % w preparatach w formie niepodzielonej.

2. Preparaty zawierające oprócz innych składników:

- ACETYLODIHYDROKODEINĘ
- DIHYDROKODEINĘ
- ETYLOMORFINĘ
- NORKODEINĘ
- NIKODYKODYNĘ
- NIKOKODYNĘ

w których ilość środka odurzającego nie przekracza 100 mg w jednej dawce lub stężenie nie przekracza 2,5 % w preparatach w formie niepodzielonej.

3. Preparaty zawierające w jednej dawce najwyżej 2,5 mg difenoksylicznej w postaci zasady i nie mniej niż 0,025 mg siarczany atropiny w jednej dawce.

4. Preparaty zawierające w jednej dawce nie więcej niż 0,5 mg difenoksylicznej oraz takie ilości winianu atropiny, które odpowiadają co najmniej 5 % dawki difenoksylicznej.

#### 4. Środki odurzające grupy IV-N

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
ACETORFINA*)		3-O-acetylo-6,7,8, 14-tetrahydro-7 $\alpha$ -(1-hydrokso-1-metylobutylo)-6,14-endo-etenoopawina
	Acetylo- $\alpha$ -metylofentanylo	N-[1-( $\alpha$ -metylofenetylo)-4-piperydylo]acetanilid
	$\alpha$ -Metylofentanylo	N-[1-( $\alpha$ -metylofenetylo)-4-piperydylo]propionanilid
	$\beta$ -Hydroksyfentanylo	N-[1-( $\beta$ -hydroksyfenetylo)-4-piperydylo]propionanilid
	$\beta$ -Hydrokso-3-metylofentanylo	N-[1-( $\beta$ -hydroksyfenetylo)-3-metylo-4-piperydylo]-propionanilid
DEZOMORFINA		dihydrodeoksymorfina, czyli 4,5-epokso-3-hydrokso-17-metylomorfinan
ETORFINA*)		6,7,8,14-tetrahydro-7 $\alpha$ -(1-hydrokso-1-metylobutylo)-6,14-endo-etenoopawina
HEROINA		diacetylomorfina, czyli 3,6 $\alpha$ -diacetokso-7,8-didehydro-4,5 $\alpha$ -epokso-17-metylomorfinan
KETOBEMIDON	Cliradon	4-m-hydroksyfenylo-1-metylo-4-propionylopiperydyna
KONOPI ZIELE I ŻYWICA innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste		
	3-Metylofentanylo	N-(1-fenetylo-3-metylo-4-piperydylo)propionanilid(forma cis- i forma trans-)
	MPPP	propionian 4-fenyl-1-metylo-4-piperydynolu
	Para-fluorofentanylo	4'-fluoro-N-(1-fenetylo-4-piperydylo)propionanilid
	PEPAP	octan 1-fenetylo-4-fenyl-4-piperydynolu
	Tiofentanylo	N-[1-[2-(2-tienylo)etylo]-4-piperydylo]propionanilid
<p>oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- izomery środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, jeżeli istnienie takich izomerów jest możliwe w ramach użytego oznaczenia chemicznego, chyba że izomery takie są wyraźnie wyłączone,</li> <li>- estry i etery środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, jeżeli istnienie takich estrów i eterów jest możliwe, chyba że są one wymienione w innej grupie,</li> <li>- sole środków odurzających wymienionych w niniejszej grupie, włączając w to sole estrów, eterów i izomerów, o których mowa wyżej, jeżeli istnienie takich soli jest możliwe</li> </ul>		
*) może być stosowana w leczeniu zwierząt		

## WYKAZ SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH

## 1. Substancje psychotropowe grupy I-P

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
	2C-I	2,5-dimetoksy-4-jodofenetyloamina
	2C-T-2	2,5-dimetoksy-4-etylotiofenetyloamina
	2C-T-7	2,5-dimetoksy-4-n-propylotiofenetyloamina
BROLAMFETAMINA	DOB	2,5-dimetoksy-4-bromoamfetamina
	DET	N,N-dietylotryptamina
	DMA	(±)-2,5-dimetoksy- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli 2,5-dimetoksyamfetamina
	DOET	(±)-2,5-dimetoksy-4-etylo- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli 2,5-dimetoksy-4-etyloamfetamina
	DMHP	3-(1,2-dimetyloheptylo)-1-hydroksy-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-6H-dibenzo[b,d]piran
	DMT	N,N-dimetylotryptamina
ETRYPTAMINA		3-(2-aminobutylo)indol
	N-Etylo-MDA, MDEA	(±)-N-etylo- $\alpha$ -metylo-3,4-(metylenodioksy)-fenetyloamina
	N-Hydroksy-MDA	(±)-N-[ $\alpha$ -metylo-3,4-(metylenodioksy)fenetylo] hydroksylamina
	Metkatynon	2-(metyloamino)-1-fenylpropan-1-on
	4-Metyloaminoreks	(±)-cis-2-amino-4-metylo-5-fenyl-2-oksazolina
	4-MTA	$\alpha$ -metylo-4-metylotiofenetyloamina czyli 4-metylotioamfetamina
ETYCYKLIDYNA	PCE	N-etylo-1-fenylcykloheksyloamina
KATYNON		(-)- $\alpha$ -aminopropiofenon
(+)-LIZERGID	LSD, LSD-25	dietyloamid kwasu 9,10-didehydro-6-metyloergolino-8 $\beta$ -karboksylowego
	MDMA	(±)-3,4-metylenodioksy-N, $\alpha$ -dimetylofenetyloamina, czyli 3,4-metylenodioksymetamfetamina
	MMDA	(±)-5-metoksy-3,4-metylenodioksy- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli 5-metoksy-3,4-metylenodioksyamfetamina
	Meskalina	3,4,5-trimetoksyfenetyloamina
	Paraheksyl	3-heksylo-1-hydroksy-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-6H-dibenzo[b,d]piran
	PMA	4-metoksy- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli para-metoksyamfetamina
	PMMA	4-metoksy-N, $\alpha$ -dimetylofenetyloamina, czyli p-metoksymetamfetamina
	Psylocyna	3-(2-dimetyloaminoetylo)-4-hydroksyindol
PSYLOCYBINA		diwodorofosforan 3-(2-dimetyloaminoetylo)-4-indolilu
ROLICYKLIDYNA	PHP, PCPY	1-(1-fenylcykloheksylo)pirolidyna
	STP, DOM	2-amino-1-(2,5-dimetoksy-4-metylofenylo)propan
TENAMFETAMINA	MDA	3,4-metylenodioksyamfetamina
TENOCYKLIDYNA	TCP	1-[1-(2-tienylo)cykloheksylo]piperidyna
	TMA	(±)-3,4,5-trimetoksy- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli 3,4,5-trimetoksyamfetamina
	TMA-2	2,4,5-trimetoksyamfetamina
	Tetrahydrokannabinole	następujące izomery i ich warianty stereochemiczne: → 7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo6Hdibenzo[b,d]piran-1-ol, → (9R,10aR)-8,9,10,10a-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol,

		→ (6aR,10aR)-6a,7,10,10a-tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol, → 6a,7,8,9- tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6Hdibenzo[b,d]piran-1-ol, → (6aR,10aR)-6a,7,8,9,10,10a-heksahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol
- oraz sole substancji zamieszczonych w tej grupie w każdym przypadku, gdy istnienie takich soli jest możliwe,		
- stereoisomery substancji zamieszczonych w tej grupie, jeżeli istnienie takich stereoisomerów jest możliwe w ramach użytego oznaczenia chemicznego, chyba że stereoisomery takie są wyraźnie wyłączone		

## 2. Substancje psychotropowe grupy II-P

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
	2C-B	4-bromo-2,5-dimetoksyfenetyloamina
AMFETAMINA	Psychedryna	(±)-2-amino-1-fenylpropan
AMINEPTYNA		Kwas 7-[(10,11-dihydro-5H-dibenzo[a,d]cyklohepten-5-yl)amino]-heptanowy
DEKSAMFETAMINA		(+)-2-amino-1-fenylpropan
FENCYKLIDYNA	PCP	1-(1-fenylcykloheksylo)piperydyna
FENETYLINA		(±)-3,7-dihydro-1,3-dimetylo-7-[2-[(1-metylo-2-fenetylo)-amino]-etylo]-1H-puryno-2,6-dion
FENMETRAZYNA		2-fenyl-3-metylmorfolina
KETAMINA		2-(2-chlorofenyl)-2-(metyloamino)-cykloheksan
LEWAMFETAMINA		(-)- $\alpha$ -metylofenetyloamina
LEWOMETAMFETAMINA		(-)-1-N, $\alpha$ -dimetylofenetyloamina
MEKLOKWALON		3-(o-chlorofenyl)-2-metylo-4(3H)-chinazolinon
METAKWALON		2-metylo-3-(o-tolilo)-4(3H)-chinazolinon
METAMFETAMINA	Metamfetamina racemiczna	(+)-2-metyloamino-1-fenylpropan (±)-2-metyloamino-1-fenylpropan
METYLOFENIDAT	Rytalina	ester metylowy kwasu $\alpha$ -fenyl-(2-piperydino)-octowego
PENTAZOCYNA	Fortral	(2R*, 6R*, 11R*)-1,2,3,4,5,6-heksahydro-8-hydroksy-6,11-dimetylo-3-(3-metylo-2-butenylo)-2,6-metano-3-benzazocyna
SEKOBARBITAL		kwas 5-allilo-5-(1-metylobutylo)barbiturowy
	$\Delta$ -9-Tetrahydrokannabinol i jego warianty stereochemiczne	(6aR,10aR)-6a,7,8,10a- tetrahydro-6,6,9-trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol
ZIPEPROL		$\alpha$ -( $\alpha$ -metoksybenzylo-4- $\beta$ -metoksyfenylo)-1-piperazynoetanol
oraz sole substancji zamieszczonych w tej grupie w każdym przypadku, gdy istnienie takich soli jest możliwe		

## 3. Substancje psychotropowe grupy III-P

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
AMOBARBITAL	Amytal	kwas 5-etylo-5-izopentylobarbiturowy
BUPRENORFINA		21-cyklopropylo-7- $\alpha$ -[(S)-1-hydroksy-1,2,2-trimetylopropylo]-6,14-endo-etano-6,7,8,14-tetrahydrooripawina
BUTALBITAL		kwas 5-allilo-5-izobutylobarbiturowy
CYKLOBARBITAL		kwas 5-(1-cykloheksen-1-ylo)-5-etylobarbiturowy

FLUNITRAZEPAM		5-(o-fluorofenylo)-1,3-dihydro-1-metylo-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
GLUTETIMID	Glimid	3-etylo-3-fenylo-2,6-dioksopiperydyna
KATYNA		(+)-treo-2-amino-1-hydroksy-1-fenylopropan
PENTOBARBITAL	Nembutal	kwask 5-etylo-5-(1-metylobutylo)-barbiturowy
oraz sole substancji zamieszczonych w tej grupie w każdym przypadku, gdy istnienie takich soli jest możliwe		

#### 4. Substancje psychotropowe grupy IV-P

Międzynarodowe nazwy zalecane	Inne nazwy	Oznaczenia chemiczne
1	2	3
ALLOBARBITAL		kwask 5,5-diallilobarbiturowy
ALPRAZOLAM		8-chloro-6-fenylo-1-metylo-4H-s-triazolo[4,3a][1,4]benzodiazepina
AMFEPRAMON	Dietylopropion	2-dietyloamino-1-fenylo-1-propanon
AMINOREKS		2-amino-5-fenylo-2-oksazolina
BROMAZEPAM		7-bromo-1,3-dihydro-5-(2-pirydylo)-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
BROTIZOLAM		2-bromo-4-(o-chlorofenylo)-9-metylo-6H-tieno[3,2-f]-s-triazolo[4,3-a][1,4]diazepina
BARBITAL	Veronalum	kwask 5,5-dietylobarbiturowy
BENZFETAMINA		N-benzylo-N- $\alpha$ -dimetylofenetyloamina
BUTOBARBITAL		kwask 5-butylo-5-etylobarbiturowy
CHLORDIAZEPOKSYD	Elenium	4-tlenek-7-chloro-5-fenylo-2-(metyloamino)-3H-1,4--benzodiazepiny
DELORAZEPAM		7-chloro-5-(o-chlorofenylo)-1,3-dihydro-2H-1,4--benzodiazepin-2-on
DIAZEPAM	Relanium	7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-1-metylo-2H-1,4--benzodiazepin-2-on
ESTAZOLAM		8-chloro-6-fenylo-4H-s-triazolo[4,3-a][1,4] benzodiazepina
ETCHLORWYNOL		1-chloro-3-etylo-1-penten-4-in-3-ol
ETYLAMFETAMINA		( $\pm$ )-N-etylo- $\alpha$ -metylofenetyloamina, czyli N-etyloamfetamina
ETYNAMAT		ester 1-etynylocykloheksyloowy kwasu karbaminowego
FENDIMETRAZYNA		(+)-3,4-dimetylo-2-fenylomorfolina
FENKAMFAMINA		( $\pm$ )-N-etylo-3-fenylobicyklo[2.2.1]heptano-2-amina
FENOBARBITAL	Luminalum	kwask 5-etylo-5-fenylobarbiturowy
FENPROPOREKS		( $\pm$ )-3-[( $\alpha$ -metylofenetylo)amino]propionitryl
FENTERMINA		$\alpha$ , $\alpha$ -dimetylofenetyloamina
FLUDIAZEPAM		7-chloro-5-(o-fluorofenylo)-1,3-dihydro-1-metylo-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
FLURAZEPAM		7-chloro-1-[2-(dietyloamino)etylo]-5-(o-fluorofenylo)-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
	GHB	
HALAZEPAM 7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-1-(2,2,2-trifluoroetylo)-2H-1,4-benzodiazepin-2-on		
HALOKSAZOLAM		10-bromo-11b-(o-fluorofenylo)-2,3,7,11btetrahydrooksazolo[3,2-d][1,4]-benzodiazepin- 6(5H)-on
KAMAZEPAM		dimetylokarbaminian 7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-3-hydroksy-1-metylo-2H-1,4-benzodiazepin-2-onu
KETAZOLAM		11-chloro-12b-fenylo-8,12b-dihydro-2,8-dimetylo-4H-[1,3]-oksazyno-[3,2-d] [1,4]benzodiazepino-4,7(6H)-dion
KLOBAZAM		7-chloro-5-fenylo-1-metylo-1H-1,5-benzodiazepino-2,4(3H,5H)-dion
KLONAZEPAM	Rivotril	5-(o-chlorofenylo)-1,3-dihydro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
KLORAZEPAT		kwask 7-chloro-5-fenylo-2,3-dihydro-2-okso-1H-1,4--benzodiazepino-3-karboksylowy
KLOKSAZOLAM		10-chloro-11b-(o-chlorofenylo)-2,3,7,11b-tetrahydrooksazolo-[3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-on

KLOTIAZEPAM		5-(o-chlorofenylo)-7-etylo-1,3-dihydro-1-metylo-2Htieno[2,3-e]-1,4-diazepin-2-on
LEFETAMINA	SPA	(-)-1-dimetyloamino-1,2-difenyloetan, czyli (-)-N,N-dimetylo-1,2-difenyloetyloamina
LOFLAZEPINIAN ETYLOWY		ester etylowy kwasu 7-chloro-5-(o-fluorofenylo)-2,3-dihydro-2-okso-1H-1,4-benzodiazepino-3-karboksyowego
LOPRAZOLAM		6-(o-chlorofenylo)-2,4-dihydro-2-[(4-metylo-1-piperazylinylo)metyleno]-8-nitro-1H-imidazo[1,2a][1,4]benzodiazepin-1-on
LORAZEPAM		7-chloro-5-(o-chlorofenylo)-1,3-dihydro-3-hydroksy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
LORMETAZEPAM		7-chloro-5-(o-chlorofenylo)-1,3-dihydro-3-hydroksy-1-metylo-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
MAZINDOL		5-(p-chlorofenylo)-2,5-dihydro-3R-imidazo[2,1-a]-izoindol-5-ol
MEDAZEPAM	Rudotel	7-chloro-5-fenylo-2,3-dihydro-1-metylo-1H-1,4-benzodiazepina
MEFENOREKS		(±)-N-(3-chloropropylo)-α-metylofenetyloamina
MEPROBAMAT		2,2-di(karbamoiloksymetylo)pentan, czyli dikarbaminian 2-metylo-2-propylo-1,3-propanodiolu
METYLOFENOBARBITAL	Prominalum	kwas 5-etylo-5-fenylo-N-metylobarbiturowy
METYPRYLON		3,3-dietylo-5-metylo-2,4-piperodynodion
MEZOKARB		3-(α-metylofenylo)-N-(fenylokarbamoilo)-sydnonimina
MIDAZOLAM		8-chloro-6-(o-fluorofenylo)-1-metylo-4H-imidazo[1,5-a][1,4]benzodiazepina
NIMETAZEPAM		5-fenylo-1,3-dihydro-1-metylo-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
NITRAZEPAM		5-fenylo-1,3-dihydro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
NORDAZEPAM		7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
OKSAZEPAM		7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-3-hydroksy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
OKSAZOLAM		10-chloro-11b-fenylo-2,3,7,11b-tetrahydro-2-metylooksazolo[3,2-d][1,4]benzodiazepin-6(5H)-on
PEMOLINA		2-amino-5-fenylo-2-oksazolin-4-on, czyli 5-fenylo-2-imino-4-oksazolidynon
PINAZEPAM		7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-1-(2-propionylo)-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
PIPRADROL		1,1-difenylo-1-(2-piperodylo)metanol
PIROWALERON		(±)-1-(4-metylofenylo)-2-(1-pirolidynylo)-1-pentanon
PRAZEPAM		7-chloro-1-(cyklopropylometylo)-5-fenylo-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
SEKBUTABARBITAL		kwas 5-sec-butylo-5-etylobarbiturowy
TEMAZEPAM	Signopam	7-chloro-5-fenylo-1,3-dihydro-3-hydroksy-1-metylo-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
TETRAZEPAM		7-chloro-5-(cykloheksen-1-ylo)-1,3-dihydro-1-metylo-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
TRIAZOLAM		8-chloro-6-(o-chlorofenylo)-1-metylo-4H-s7triazolo[4,3a][1,4]benzodiazepina
WINYLBITAL		kwas 5-(1-metylobutylo)-5-winylobarbiturowy
ZOLPIDEM		N,N,6-trimetylo-2-(4-metylofenylo)-imidazo[1,2-α]pirydino-3-acetamid
oraz sole substancji zamieszczonych w tej grupie w każdym przypadku, gdy istnienie takich soli jest możliwe		

## Monar na bajzlu

Na następnych stronach znajdują się trzy artykuły z biuletynów „Monar na bajzlu”. Pismo to kierowane jest zarówno do tych, którzy narkotyków używają, jak i do tych, którzy zajmują się organizowaniem pomocy i kreowaniem polityki społecznej związanej z narkotykami. „Monar na bajzlu” czytają pracownicy socjalni, lekarze i terapeuci, prawnicy i policjanci.

Po raz pierwszy biuletyn został wydany w 1997 roku. „Monar” to nazwa organizacji pozarządowej, w której działają twórcy biuletynu, a „bajzel” to nieformalna nazwa otwartej sceny narkotykowej – miejsc istniejących w prawie każdym większym polskim mieście. Tak więc „Monar na bajzlu” w swoim pomysł – to zwrócenie uwagi na te osoby używające narkotyków, które z różnych powodów nie leczą się, bądź jeśli już – biorą udział w programach substytucyjnych.

GRZEGORZ WODOWSKI

# Metadon na „Monte”

Krakowski Areszt Śledczy przy ul. Montelupich jako pierwsza i jedyna, jak na razie jednostka penitencjarna w kraju ma swój własny program metadonowy! Co prawda areszt ma już za sobą dość bogate doświadczenia w wydawaniu metadonu osobom w nim osadzonym – nie mniej jednak byli to pacjenci programu prowadzonego przez szpital

im. Rydygiera, którzy lądowali na „Monte” głównie z powodu starych, niezalążonych spraw karnych. Wydawanie im metadonu ograniczało się wówczas do kilkutygodniowego „zerowania”. Wybrałem się z wizytą do aresztu, aby przekonać się na własne oczy, jak się ma przedsięwzięcie, którego uruchomienie zapowiadano już od dawna.

*Spotkałem tu dzisiaj wielu przeciwników programu metadonowego. Nawet niektórzy z Pańskich podwładnych zaangażowanych w jego realizację mają poważne wątpliwości. Czy Pan również?*

**Stanisław Potoczny – Dyrektor Aresztu Śledczego w Krakowie:** Owszem, miałem dość sceptyczne zdanie na temat tej formy oddziaływań wobec uzależnionych. Gdy poszedłem na pierwsze spotkanie w sprawie metadonu – wróciłem z niego wściekły i myślę sobie: no, jeszcze tego nam brakowało! Nie kryłem, że to w ogóle mi jakoś nie pasuje. Myślałem sobie, że program metadonowy to po prostu dawanie narkotyków osobom uzależnionym, żeby mogli być na ciągłym haju. Tak, nie ukrywam, że na samym początku sam byłem przeciwnikiem programu metadonowego. Powszechnie były porównania do leczenia alkoholików butelką piwa codziennie rano... Ale mówiąc poważnie, był także jeszcze inny problem: rozpoczęcie programu



Stanisław Potoczny - Dyrektor Aresztu Śledczego w Krakowie

Areszt Śledczy przy ul. Montelupich

Używanie narkotyków w iniekcjach w zakładach karnych potwierdziło ponad 3% osadzonych, w tym jeden procent przyznało się do używania do zastrzyków wspólnych igieł i strzykawek. Wedle ocen i doświadczeń badanych narkotyki są dostępne w zakładach penitencjarnych i to w stopniu większym niż zakazane napoje alkoholowe.

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Janusz Sierosławski „Projekt badań nad problemem narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych”

metadonowego w warunkach przeludnionego aresztu śledczego (ponad 900 osadzonych – przyp. red.) jest trochę rzeczą ryzykowną. Bo jeśli ktoś zacznie przyjmować tutaj metadon, to niestety rzeczą niemożliwą będzie umieszczenie go w zakładzie karnym, gdzie mógłby dalej brać udział w podobnym programie. Obecnie nigdzie, poza „Monte” nie ma programu metadonowego w warunkach zamkniętych.

**A czy myśli Pan, że inne jednostki penitencjarne mogłyby pójść w wasze ślady?**

**Stanisław Potoczny:** To dość ważna sprawa, można powiedzieć, że kluczowa. Nie może być tak, że jedna placówka penitencjarna realizuje program jako jedyna w całej Polsce. Niedawno dyrektor aresztu śledczego z Lublina zwrócił się do mnie mniej więcej z taką prośbą: „w związku z uruchomieniem w pańskiej jednostce programu metadonowego proszę o wyznaczenie terminu przyjęcia dwóch osadzonych”. Dzwonię do niego i mówię: „Przyjacielu drogi – chcesz, to sobie uruchom taki sam program. Cóż ci to szkodzi? Mogę ci podpowiedzieć jak to zrobić, mogę przesłać projekt programu...” Jednak na razie rzeczą, która zadecyduje o rozwoju podobnych programów w innych jednostkach będzie powodzenie naszego programu.

**Wydawanie metadonu na „Monte” to jednak nic nowego...**

**Stanisław Potoczny:** Tak, rzeczywiście mamy za sobą sporo doświadczeń z metadonem, a to za sprawą osób które trafiały do aresztu będąc pacjentami

programu realizowanego przez szpital Rydygiera. Były one tu „zerowane”, a metadon dla nich dowoziliśmy ze szpitala. Już wtedy widzieliśmy, że prowadzenie takiego programu to nic szczególnie skomplikowanego: jest sobie człowiek – my mu przywozimy raz w tygodniu metadon; ktoś mu tutaj go podaje; jest pod kontrolą lekarską. Z tym akurat naprawdę nie mamy problemu – jest tu całodobowa opieka lekarska, mamy nawet laboratorium. A więc, tak na dobrą sprawę dysponujemy bazą, żeby to wszystko kontrolować i właściwie nad tym czuwać.

**Jak może dostać się na metadon ktoś, kto do was trafił?**

**Stanisław Potoczny:**

Program ma w tej chwili dwa nurty: przyjmowani są do niego pacjenci z „Rydygiera”, którzy wchodzi w konflikt z prawem i dostają się do aresztu – nie są tu tylko „zerowani”, ale mogą kontynuować leczenie. Ale również na terapię metadonem mogą liczyć ci, którzy nigdy metadonu nie brali. Oczywiście pod warunkiem, że spełniają kryteria określone przez Ministra Zdrowia. Są to osoby, które nigdy nie miały na zewnątrz szans na dostanie się do tego typu programu lub nigdy nie myśleli o tym poważnie. I teraz my im zadajemy pytanie: Czy ty chcesz coś z sobą zrobić? Czy chcesz wyjść z narkotyków przy pomocy metadonu?

**Czy traktuje Pan metadon jako środek leczący uzależnienie?**

**Stanisław Potoczny:** Nie, nie do końca. Przede wszystkim pozwala on uniknąć tego wszystkiego co najgorsze,

gdy ktoś bierze narkotyki. Pozwala na pewną stabilizację życia. W moim mniemaniu udział w programie to także szansa na uniknięcie innych poważnych problemów. Przecież ci ludzie przestają wstrzykiwać narkotyki, a każdy wie



Leszek korzysta z programu na Monte



lek. med. Katarzyna Leśniak  
- Kierownik Programu Metadonowego

jak bardzo są narażeni na ryzyko zakażenia HIV czy wirusami żółtaczk. Każdy uzależniony siłą rzeczy chciałby dalej brać nawet w więzieniu, a my mimo rozmaitych środków kontroli nie jesteśmy w stanie zagwarantować, że narkotyki nie dostaną się również tutaj. Z drugiej strony realizacja programu to nie są aż tak wielkie pieniądze. Gdyby ktoś zechciał policzyć, ile kosztuje przez rok czasu leczenie osoby chorej na



zapalenie wątroby czy AIDS a potem porównał z kosztami wydawania metadonu – doszedłby do podobnych wniosków. Tutaj uzależniony dostaje np. 80 mg metadonu dziennie i dzięki temu może uniknąć problemów zdrowotnych. Jeżeli ktoś tutaj wchodzi w metadon, to również jego świadomość zaczyna funkcjonować inaczej, aniżeli narkomana, którego jedynym

**Wróćmy jednak do tych, którzy otrzymują długie wyroki i zamiast na wolność jadą do zakładu karnego?**

**Stanisław Potoczny:** Przyznam, że to jest problem. Nie bardzo potrafię odpowiedzieć sobie na pytanie, co będzie w sytuacji, kiedy będziemy mieć skazanego na kilka lat odsiadki chcącego być dalej na metadonie.

Dostanie wyrok, zostanie sklasyfikowany, a my będziemy musieli wysłać go do zakładu karnego. Trochę spekulując na wyrost można zorganizować to tak, jak było to u nas, kiedy my nie mieliśmy metadonu: braliśmy go ze szpitala Rydygiera – teraz to my za skazanym moglibyśmy ślać metadon. Nie wiem, czy to możliwe. W żadnym zakładzie karnym nie ma metadonu, żaden zakład karny nie ma zezwolenia na prowadzenie takiego programu.

**Czy to rzeczywiście tylko kwestia zezwolenia?**

**Stanisław Potoczny:** Zakłady karne trochę boją się metadonu. Oni jeszcze nie rozumieją i nie do końca są przekonani do tego typu programów. Mówią „legalne ćpanie”; pytają „po co nam to?” Jest to

ta działka w świadomości społecznej, która jest szalenie trudna i bez wątpienia zaniedbana. Inaczej patrzą na to ci, którzy widzieli programy, mogli naocznie przekonać się o płynących z nich korzyściach dla osób uzależnionych i dla społeczeństwa. Ja miałem taką okazję. Pod koniec ubiegłego roku byłem w Kanadzie, gdzie zwiadałem programy metadonowe realizowane w zakładach karnych, rozmawiałem z personelem,

z więźniami poddanymi tego rodzajowi oddziaływań. To dużo zmienia.

**Czy dużo dzieli nas od tego, co widział Pan w Kanadzie?**

**Stanisław Potoczny:** U nas jest trochę inaczej. My dopiero zaczynamy i informacja, że dajemy więźniom legalny narkotyk bez dodatkowych wyjaśnień – może wywołać nawet społeczną awanturę. Tutaj mogą uniknąć tego dzięki temu, że jesteśmy instytucją, która funkcjonuje na zasadzie podległości służbowej. Wiele osób i tak ma duże opory. Ciężko ich przekonać, że to co robimy jest ważne z humanitarnego i społecznego punktu widzenia. Mnie bardzo wiele dało to doświadczenie kanadyjskie. Moje podejście do metadonu i filozofii redukcji szkód ewaluowało tak, że z zupełnego przeciwnika tego typu działań przeszedłem do stanowiska, kiedy to z jednej strony nie dostrzegam żadnych zagrożeń, a z drugiej widzę bardzo wiele pożytku dla ludzi uzależnionych i społeczeństwa.

**Wiele osób twierdzi, że jednak więzienie jest tym miejscem, gdzie możemy narkomanów odseparować od narkotyków i dać im szansę na pełną abstynencję...**

**Stanisław Potoczny:** Narkoman szuka narkotyków, próbuje zdobyć środki bez względu na to gdzie się znajduje, również w więzieniu – i tu pojawiają się dalsze zagrożenia. Przede wszystkim jednak wychodzi stąd i kontynuuje ćpanie. Natomiast jeśli dla samej osoby uzależnionej metadon stanowi alternatywę dla nielegalnej heroiny, to wychodząc stąd ma już jakiś plan i podstawę do tego, aby unikać tego, co go do tej pory spotykało w związku z używaniem narkotyków.

\*\*\*\*\*

**Czy rozwój programów redukcji szkód to chwilowy kaprys służb więziennych, czy działania mające szanse na realny rozwój „za kratkami”?**

**Zygmunt Lizak – Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Krakowie:** Nie są to z całą pewnością spontaniczne i radosne działania służb penitencjarnych. Musimy przyznać



**Zygmunt Lizak** - Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Krakowie

myśleniem jest to czym i kiedy dać sobie w żyłę. A jeśli ktoś zaczyna tutaj myśleć o tym, jak zmienić swoje życie i odbić od środowiska – to już jest coś na początek. Nie jestem specjalistą leczenia uzależnień, ale myślę, że to kolosalny postęp w zakresie własnej świadomości. To może zaowocować wtedy, gdy wychodzi stąd i staje twarzą w twarz z prawdziwym życiem. Zamiast na bajzel trafi do programu na zewnątrz.

się do tego, że w naszych więzieniach pojawiają się narkotyki. I to nie w sposób wyjątkowy i sporadyczny. Oprócz programów metadonowych, z całą pewnością powinniśmy również zacząć myśleć, czy w aresztach śledczych i zakładach karnych osadzeni nie powinni mieć dostępu do czystych igieł i strzykawek. Na razie jednak wydaje się to trudne do realizacji. Na dobrą sprawę, nie znamy skali problemu – narkotyki wychwytywane przez służby więzienne to prawdopodobnie zaledwie niewielka część z tego, co trafia do naszych jednostek.

**Narkotyki w więzieniach? Wiele osób twierdzi, że więzienie odcina osoby uzależnione od możliwości zdobycia narkotyków..**

**Zygmunt Lizak:** Ochrona zakładu karnego czy aresztu śledczego przed przemytem narkotyków to zupełnie inna historia aniżeli walka z przemytem alkoholu. Narkotyki jest o wiele łatwiej przeschmuglować za mury. A można śmiało stwierdzić, że wielu uzależnionych będzie ich szukać nawet w więzieniu. Stwarza to ogromne zagrożenie – zarówno dla osób, które narkotyki zażywały w przeszłości, jak również dla tych którzy zetknęli się z nimi dopiero za kratkami. Do 1995 roku bardzo rzadko pojawiały się narkotyki, teraz jest tego sporo więcej. Ale jak słyszę te wszystkie meldunki typu: „w naszym zakładzie karnym narkotyków nie ma: w tym roku nie przechwyciliśmy żadnych narkotyków”, to sobie myślę „a puknijże się chłopie w czoło!”. To nie problem narkotyków jest zerowy tylko wykrywalność jest zerowa...

**Czy to oznacza, że jesteście bezradni wobec przemytu narkotyków do placówek penitencjarnych?**

**Zygmunt Lizak:** Oczywiście, że nie. Ale trzeba wiedzieć, gdzie ich szukać, jak ich szukać, a poza tym ignorując potrzeby uzależnionych, którzy do nas trafiają – dopuszczamy do sytuacji, kiedy popyt na narkotyki w więzieniach będzie wzrastał. Są oczywiście jednostki, gdzie ludzie z ochrony są szkoleni, gdzie dysponuje się psami i gdzie narkotyki są szukane i znajdowane. Jaki to jest jednak odsetek tych, które trafiają za bramę – tego nikt nie wie. Ile osób spośród osadzonych w aresztach i zakładach karnych używa narkotyków – tego też tak naprawdę

nie wiadomo. Często zadawane mi są pytania typu: „A jak tam, w tych więzieniach radzicie sobie z problemem narkomanii”? I tu trochę gorzkiej prawdy: ani polskie, ani żadne inne więziennictwo nie rozwiąże problemu narkomanii, który jest problemem społecznym o znacznie szerszym wymiarze aniżeli ten, z którym mamy tutaj do czynienia. My możemy ograniczać dostęp do narkotyków, leczyc tych, którzy chcą i których warto leczyć – no i wreszcie możemy ograniczać szkody wynikające z tego, że i tak są tacy, co te narkotyki w więzieniu przyjmują. ▣

PS. W chwili zbierania materiału w Areszcie Śledczym w Krakowie przy ul. Montelupich były objęte metadonowym programem pilotażowym 3 osoby, w tym jedna, która rozpoczęła przyjmowanie metadonu w tym miejscu. Docelowo programem może być objęte 10 osób.

**Grzegorz Wodowski** • Poradnia MONAR  
Kraków •

W zakładach penitencjarnych przebywa pokaźna grupa osadzonych, których przed pozbawieniem wolności zaliczyć można było do okazjonalnych użytkowników narkotyków. Grupa ta stanowi 19,5% wszystkich osadzonych w grupie wiekowej 17-24 lat.

Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Janusz Sierosławski „Projekt badań nad problemem narkomanii w zakładach karnych i aresztach śledczych”

**NARKOTYKI W WIĘZIENIACH** – dostępność w ocenie osadzonych.

Lekki uspokajające i nasenne: wg 38,5% osadzonych  
Amfetamina: wg 28,6% osadzonych  
Marihuana lub haszysz: 26%  
LSD: 20,6%  
Ecstasy: 18,3%  
Kokaina: 15,3%  
Wódka: 14,3%

Źródło: Centralny Zarząd Służby Więziennej.

# Zbrodnia i kara

Polityka antynarkotykowa państwa jest wyrazem stanu świadomości i postawy nie tylko wobec narkotykowego biznesu, lecz przede wszystkim wobec najistotniejszych z punktu widzenia społecznego zagadnień, takich jak zdrowie publiczne i prawa człowieka. Kraje wysoko rozwinięte przyjmują bardzo różne rozwiązania prawne, poczynając od polityki „zero tolerancji” w Stanach Zjednoczonych, po opcję, którą można nazwać „maksimum tolerancji”, znaną przede wszystkim z uregulowań prawnych w Holandii. Bezkompromisowa wojna z narkotykami prowadzona w USA skupia się głównie na zamykaniu ludzi w więzieniach za posiadanie nawet najmniejszej ilości niedozwolonych substancji na użytek prywatny, co nie doprowadziło – jak dotąd – do zmniejszenia liczby osób uzależnionych od narkotyków. Amerykańscy ustawodawcy wydają miliony dolarów rocznie na usprawnianie systemu więziennictwa, zamiast skupić się na działaniach związanych z redukcją szkód czy leczenia uzależnień. Z taką samą polityką mamy do czynienia w wielu państwach na świecie, jednak z naszego punktu widzenia najbardziej palącymi przykładami stanowią sąsiadujące z Polską kraje byłego Związku Radzieckiego, takie jak Ukraina czy Rosja, a także państwa byłego Bloku Wschodniego, w tym Polska.

Obecny stan wiedzy – zarówno na podstawie wniosków płynących z nieskutecznej polityki amerykańskiej, jak i pozytywnych przykładów pragmatycznych poczynań państw Europy Zachodniej – wskazuje na konieczność przyjęcia innego, mniej opartego na wymiarze sprawiedliwości, a bardziej na systemie opieki podejścia do problemu narkomanii. Z tego założenia wychodzi Open Society Institute i działający w jego obrębie program International Harm Reduction Development (IHRD), którego celem jest ograniczanie szkód związanych z uzależnieniem od narkotyków w państwach Europy Wschodniej i Środkowej oraz Środkowej Azji.

Dlaczego polityka wobec problemu narkomanii ma kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego? Przede wszystkim ze względu na nierozzerwalny związek między „kulturą zażywania” narkotyków a rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, przede wszystkim tych przenoszonych przez krew, takich jak HIV, HCV i HBV. Owa „kultura zażywania” z kolei zależy w dużej mierze od warunków, jakie stwarza po temu państwo, przede wszystkim zaś od uregulowań prawnych.

Najbardziej jaskrawym przykładem tego związku i – niestety – dramatycznych konsekwencji, jakie pociągają za sobą punitywne uregulowania prawne jest sytuacja w Rosji i na Ukrainie. W obu

tych krajach odsetek zakażeń wirusem HIV w ciągu ostatnich pięciu lat wzrósł o ponad 500 procent. Dane szacunkowe wskazują na około 1,5 miliona osób żyjących z HIV w Rosji i 400 000 na Ukrainie. Główną drogą zakażeń jest – tak jak do niedawna w przypadku Polski – przyjmowanie narkotyków drogą dożylną. Zarówno Rosja, jak i Ukraina, powołując się na konstytucyjny obowiązek podporządkowania się konwencjom międzynarodowym uchwalonym przez ONZ, wprowadziły restrykcyjne przepisy antynarkotykowe. Podobnie jak Stany Zjednoczone podjęły bezkompromisową walkę, wytyczając sobie cel: całkowicie wolne od narkotyków społeczeństwo. Aby go osiągnąć, rządy obu krajów koncentrują się przede wszystkim na wzmocnieniu roli wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania. Mimo, że szczegółowe przepisy różnią się w obu państwach, łączy je kilka aspektów: produkcja, sprzedaż, posiadanie, przechowywanie i transport nielegalnych substancji psychoaktywnych jest zabroniona (rosyjskie prawo jest nieco surowsze od ukraińskiego: kary dotyczą mniejszej ilości narkotyków, natomiast wyroki sądowe są dłuższe), przestępca może uniknąć odpowiedzialności karnej, jeżeli zgodzi się na aktywną współpracę z organami ścigania przy wykrywaniu przestępstw związanych z narkotykami, osoby oskarżone o tego rodzaju przestępstwa pozostają

pod dozorem administracyjnym również po odbyciu kary więzienia, natomiast powszechną praktyką jest przetrzymywanie oskarżonych o przestępstwo związane z narkotykami osób w aresztach przed rozpoczęciem procesu sądowego.

Konsekwencją tych przepisów jest dramatyczna sytuacja osób zażywających narkotyki w Rosji i na Ukrainie. Ponieważ główną bronią przeciwko narkomanii jest tam zamykanie ludzi w więzieniach, populacja narkomanów w tamtejszych zakładach karnych gwałtownie rośnie. Warunki w więzieniach na terenie Rosji i Ukrainy bezustannie się pogarszają: brak tam często elementarnej opieki zdrowotnej, nie wspominając już zupełnie o programach redukcji szkód. Oznacza to, że więźniowie uzależnieni od narkotyków „skazani są” na dzielenie się sprzętem do iniekcji zaś jakiegokolwiek zachowania seksualnego – z prostego braku prezerwatyw – stanowią dodatkowe ryzyko. Oficjalne statystyki mówią o 36.000 osadzonych zakażonych wirusem HIV, podczas gdy



rzeczywisty rozmiar zjawiska jest niewątpliwie większy. Znaczna część odbywających kary więzienia choruje na gruźlicę, która jest głównym powodem zgonów osób żyjących z HIV. Nie należy również zapominać o całej gamie chorób przenoszonych przez krew i drogą płciową. Fakt, że kara więzienia jest niejednokrotnie jednoznaczna z karą śmierci, jest powodem panicznego strachu osób zażywających narkotyki w Rosji i na Ukrainie przed dostaniem się w ręce wymiaru sprawiedliwości. Dla tych, którzy zdołali tego uniknąć funkcjonują wprawdzie nieliczne i niechętnie przyjmowane zarówno przez władze lokalne, jak i społeczeństwo, punkty wymiany igieł i strzykawek. Prowadzone są one najczęściej przez organizacje pozarządowe (głównie dzięki pomocy organizacji międzynarodowych) jednak ze względu na częste interwencje policyjne i nieprzychylność otoczenia, ich potencjalni klienci wolą omijać je z daleka.


Możliwości leczenia nałogu w Rosji ograniczone są do całkowitej abstynencji. Nie ma możliwości wprowadzania tak skutecznych – jak pokazały doświadczenia m.in. państw Europy Zachodniej - programów metadonowych, ponieważ substancja ta znajduje się na ONZ-owskiej liście związków nielegalnych. Ukraina niedawno zalegalizowała metadon, co – miejmy nadzieję – oznacza rozpoczęcie działania programów leczenia substytucyjnego w tym kraju.

Na to wszystko nakłada się ustawiczne łamanie podstawowych praw ludzkich osób zażywających narkotyki: do autonomii i zachowania prywatności. Mimo, że obowiązkowe testowanie w kierunku HIV jest niezgodne z prawem zarówno w Rosji, jak i na Ukrainie, osoby zażywające narkotyki iniekcyjnie oraz osoby świadczące usługi seksualne są często testowane bez własnej wiedzy i zgody przed rozpoczęciem leczenia lub przy aresztowaniu. Instytucje zajmujące się leczeniem uzależnień, a także HIV/ AIDS obowiązane są do prowadzenia ewidencji zgłaszających się do nich pacjentów.

Lawinowy wzrost populacji osób zażywających narkotyki w Rosji i na Ukrainie to naturalna konsekwencja

trwających tam ciągle transformacji systemowych i gospodarczych. Ich wynikiem jest wyraźne obniżenie standardów życia w obu krajach, ciągle rosnąca przepaść między przedstawicielami poszczególnych grup społecznych oraz pogorszenie systemów opieki medycznej i socjalnej. Nie bez znaczenia jest również usytuowanie geograficzne na wielkich szlakach przemytu heroiny z Afganistanu do krajów Europy Zachodniej. Ilość opiatów przemycanych tą drogą gwałtownie w ostatnich latach wzrosła, co czyni narkotyki tańszymi i o wiele łatwiej dostępnymi na terenie obu krajów. Jednakże wzmożone wysiłki zdławienia narkotykowego biznesu – paradoksalnie – stanowią równie wielkie zagrożenie dla zdrowia publicznego, jak dostępność środków psychoaktywnych. Ograniczenie podaży narkotyków sprawia, że ich cena rośnie, co oznacza, że można ich kupić mniej niż dotychczas. Niezamierzoną konsekwencją tego rodzaju działań jest zwiększenie liczby osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcyjną, co jest metodą tańszą i bardziej efektywną, a co za tym idzie zwiększenie transmisji wirusa HIV i innych chorób przenoszonych z krwią. Powoduje to także wzrost przedawkowań narkotyków, które w większości przypadków kończą się śmiercią. Dzieje się tak po części dlatego, że z obawy przed reperkusjami zainteresowane osoby bardzo rzadko szukają pomocy lekarza. Drugim powodem jest niestabilna jakość sprzedawanych przez dealerów narkotyków, która uzależniona jest od cen i ilości towaru dostępnego na rynku. Powoduje to, że osoby uzależnione nigdy nie mogą mieć pewności, z czym mają do czynienia.

Nie należy również zapominać o społecznej percepcji narkomanii w Rosji i na Ukrainie. Media skupiają się głównie na akcentowaniu dramatycznych konsekwencji zażywania narkotyków, przestępczości z nimi związanej, prezentowaniu przypadków przedawkowań i wyolbrzymianiu społecznej alienacji osób zażywających narkotyki. Wpływa to na postawy społeczne wobec zjawiska, które w znacznym stopniu nacechowane są wrogością i brakiem zrozumienia. Współczucie i zrozumienie zaś, jak pokazuje doświadczenie krajów Europy Zachodniej, są niezbędnym warunkiem



bardziej efektywnego monitorowania i przeciwdziałania problemowi narkomanii.

Jak przedstawiona powyżej dramatyczna sytuacja naszych sąsiadów ze Wschodu ma się do polskich realiów? W powszechnym przekonaniu funkcjonujące w Polsce uregulowania prawne oraz jakość i dostępność usług związanych z leczeniem uzależnień czy redukcją szkód stoją na znacznie wyższym poziomie niż w Rosji czy na Ukrainie. Udało się w Polsce przecież – dzięki obecnym na naszym gruncie programom redukcji szkód - doprowadzić do stabilizacji epidemii HIV a także zmniejszenia częstości zakażeń drogą iniekcyjnego przyjmowania narkotyków. Niestety również w przypadku Polski sytuacja daleka jest od ideału. Znowelizowana w 2000 roku Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła – nieistniejący w poprzedniej wersji – obowiązek karania za posiadanie nawet niewielkiej ilości narkotyków przeznaczonych do osobistego użytku. Według legislatorów, a także policji, wprowadzenie tego rodzaju rozwiązań prawnych ma na celu wychwytywanie drobnych handlarzy substancjami psychoaktywnymi. Praktyka niestety pokazuje, że skutkiem tego rodzaju poczynań jest kryminalizacja osób zażywających narkotyki: począwszy od nękania procesami sądowymi osób, które przypadkowo lub po raz pierwszy sięgnęły po narkotyk – nie należy zapominać, że tego rodzaju sprawa pociąga za sobą wpis do akt młodocianego „przestępcy”, który będzie ciągnął się za nim przez całe życie – po bezsensowne praktyki przymusowego leczenia. Prawo nakazuje bowiem, by osobę przyłapaną na posiadaniu narkotyków na własny użytek kierować na obowiązkowe leczenie odwykowe. Z doświadczenia osób pracujących w ośrodkach takich jak MONAR wynika, że podjęcie leczenia odwykowego wymaga osobistej decyzji osoby uzależnionej, zaś jakkolwiek przymus wiąże się na ogół z niepowodzeniem terapii. Nie

należy również zapominać o tym, że opieszałość polskich sądów powoduje, że na terapię odwykową czekać trzeba około roku.

Z kolei kara więzienia, poza wątpliwym efektem terapeutycznym, pociąga za sobą ryzyko całkowitego zaprzepaszczenia szans osoby uzależnionej na powrót do normalnego funkcjonowania. Środowisko przestępcze ma to do siebie, że bardzo często wejście w nie (a do tego sprowadza się pobyt w więzieniu) wiąże z subkulturą kryminalną na całe życie. W polskich więzieniach dotkliwy jest również brak działań związanych z redukcją szkód (wymiana igieł i strzykawek nie jest praktykowana w polskich zakładach karnych, zaś leczenie substytucyjne prowadzone jest jedynie w Krakowie). Takie poczynania państwa polskiego niewiele mają wspólnego nie tylko z przeciwdziałaniem narkomanii, czy redukcją szkód społecznych z nią związanych, lecz również z zapewnianiem osobom uzależnionym warunków do poradzenia sobie z nałogiem.

Zatrważającym skutkiem wprowadzenia w życie obecnego kształtu ustawy antynarkotykowej było zmniejszenie się klientów krakowskiego punktu wymiany igieł i strzykawek, wywołane obawą przed możliwą interwencją policji. Nieporozumieniem jest również brzmienie artykułu 45.1., według którego: *„Kto, wbrew przepisom ustawy, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia albo umożliwia ich użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”*, ponieważ stwarza niebezpieczeństwo interpretowania programów redukcji szkód (wymiany igieł i strzykawek, leczenia substytucyjnego) jako czynów przestępczych. Na szczęście programy redukcji szkód w Polsce funkcjonują, gdyż obowiązek ich prowadzenia nakłada Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Pokazuje to jednak rozdźwięk między rozwiązaniami prawnymi, a przyjętą oficjalnie strategią polityki zdrowotnej państwa. Nie zmienia to faktu, że dostępna wprawdzie

w Polsce terapia metadonowa ma bardzo ograniczony zasięg. Przede wszystkim, w świetle obowiązujących uregulowań, mogą z niej korzystać jedynie osoby powyżej 21 roku życia. Co gorsze, owe programy dostępne są w niewielkiej części polskich miast. Ideą programów metadonowych zaś jest umożliwienie osobom z nich korzystającym normalnego



Światowy Dzień AIDS w Moskwie  
fot. Positive Nation

funkcjonowania w społeczeństwie, a jest to przecież trudne do osiągnięcia przy konieczności dojeżdżania do najbliższego punktu po jednorazową, codzienną dawkę metadonu. Nie istnieje w Polsce możliwość przepisywania zainteresowanym osobom większej ilości substytutu, by mogły go wykupywać na przykład w aptece. Oznacza to narażanie osób korzystających z leczenia substytucyjnego na dodatkowe koszty oraz nierzadko uniemożliwia pracę zawodową. W przypadku leczenia szpitalnego osoby objętej programem często spotykane są również utrudnienia w kontynuacji terapii.

Wszystko to wskazuje na ogromną niespójność i brak koordynacji poczynañ rządowych mających na celu

przeciwdziałanie narkomanii oraz szkód, jakie za sobą pociąga. Mimo że sytuacja jest niewątpliwie nieporównywalnie lepsza, niż za naszą wschodnią granicą, nie należy zapominać, że działania podejmowane przez polskie władze są kroplą w morzu potrzeb. Do ich nieskuteczności przyczynia się w znacznym stopniu obowiązująca ustawa narkotykowa, spychając populację osób uzależnionych od narkotyków na margines społeczeństwa i karząc, zamiast szukać korzystnych rozwiązań. Traktowanie przez państwo narkomanii jako przestępstwa a nie jako choroby, jest nie tylko nieskuteczne. Jest po prostu niebezpieczne.

Po raz kolejny stoimy na granicy dwóch światów: Europy Zachodniej i Wschodniej. Mamy możliwość wyboru między pragmatycznym podejściem do spraw zdrowia publicznego, praktykowanym w krajach Unii Europejskiej oraz nieskuteczną i dramatyczną w konsekwencjach walką z narkomanią naszych wschodnich sąsiadów. Państwa takie jak Grecja, Szwajcaria, Wielka Brytania, Portugalia, Hiszpania czy Niemcy wprowadziły w życie racjonalną politykę przeciwdziałania narkomanii, opartą na założeniu, że uzależnienie od narkotyków traktować należy jako chorobę i leczyć, a nie karać. Rezultatem tej polityki jest stabilna sytuacja

jeżeli chodzi o częstość zakażeń wirusem HIV w populacji narkomanów jest ona coraz niższa. Rosja i Ukraina wybrały natomiast odwrotną strategię, czego efektem jest niespotykana do tej pory eksplozja epidemii HIV. Nasi sąsiedzi – Czechy i Węgry – wyraźnie zwracają się w kierunku Europy Zachodniej. My również powinniśmy zastanowić się, która z tych dwóch opcji bliższa jest naszemu ideałowi wolności i demokracji. ▣

**Kasia Malinowska-Sempruch** • Dyrektor International Harm Reduction Development Program, Nowy York •

# Rosyjskie prawo narkotykowe: mniej represji

Przez wiele lat rosyjskie prawo wobec osób używających narkotyki było oparte na filozofii: „zero tolerancji”. Prowadziło to do karania tysięcy osób, przy których znaleziono nawet śladowe ilości narkotyków. Jednak, od połowy lat dziewięćdziesiątych, wielu specjalistów w obszarze opieki zdrowia i prawa, przedstawiciele odpowiednich ministerstw i organizacji pozarządowych pracowało razem, aby doprowadzić do zmian w prawie karnym związanym z narkotykami. Ostatecznie, w grudniu 2003 roku i w maju 2004 roku zostały przyjęte nowe zmiany do Kodeksu Karnego Federacji Rosyjskiej.

W opinii wielu osób, nowa wersja Kodeksu Karnego przyczyni się w szybkim czasie do redukcji kryminalizacji używania narkotyków i zmniejszenia liczby przestępstw prowadzących do uwięzienia. Przede wszystkim zaś, rosyjska Temida umieszcza teraz raczej akcent na represjonowanie handlu i produkcji narkotyków niż ich używania.

## Jak rosyjskie władze zdobyły się na ten krok?

Prawdopodobnie z powodu kombinacji kilku czynników, niektórzy mówią nawet o szczęśliwym zbiegu okoliczności. Po pierwsze nad zmianami w polityce społecznej i prawie karnym pracował dobrze dobrany zespół liberalnych ekspertów. Społeczeństwo było informowane o astronomicznie wysokich kosztach utrzymania systemu penitencjarnego i duża jego część wyrażała otwarte niezadowolenie z tego powodu. Rodziny osób, które za posiadanie narkotyków trafiły do więzień – oburzone warunkami, w jakich przetrzymywano ich bliskich umiały się zdobyć na bardziej

zorganizowane formy nacisku. Na dodatek Rada Europejska zaczęła się czepiać warunków w przepełnionych do granic możliwości więzieniach i zrównywać to ze stosowaniem tortur wobec osadzonych.

## Posiadanie, produkcja i dystrybucja narkotyków

Najbardziej istotne zmiany w rosyjskim prawie karnym dotyczą definicji ilości narkotyków. Posiadanie, przechowywanie, przewóz i produkcja narkotyków w ilości mniej niż dziesięć pojedynczych dawek nie są przestępstwami karnymi, ale wykroczeniami administracyjnymi. Warunek jest taki, że czynności te nie mogły służyć sprzedaży i rozpowszechnianiu narkotyków.

Tym sposobem posiadanie i produkcja dla własnego użytku i bez zamiaru na sprzedaży, są wyraźnie oddzielone od handlu i produkcji na dużą skalę. Tak więc konsekwencje prawno-karne związane z używaniem narkotyków zostały bardzo obniżone. Natomiast kary za zorganizowaną produkcję i sprzedaż zostały w nowym kodeksie poważnie zaostrzone – 3 do 7 lat więzienia za sprzedaż małych ilości narkotyków, 5 do 12 lat – dużych ilości i 8 do 20 lat dla bardzo dużych ilości.

## Redukcja szkód oraz HIV/AIDS

Po raz pierwszy w historii Rosji, programy redukcji szkód (w rodzaju wymiany strzykawek) są wreszcie zgodne z prawem i legalne. Każdy program redukcji szkód musi być jednak zatwierdzony przez system opieki zdrowotnej oraz państwowe

organy kontroli narkotyków. Niestety, nie doprowadzono do żadnych zmian w zakresie legalności metadonu i kuracji podtrzymującej tym środkiem.

Obowiązkowe leczenie dla skazanych na karę więzienia osób uzależnionych od narkotyków leżało wcześniej w kompetencji sądów i tam



zapadały decyzje. Teraz te kompetencje przejmą specjalne komisje lekarskie, co może doprowadzi bardziej elastycznego i indywidualnego podejścia. Jeszcze do niedawna osoba, która w wyniku kontaktów seksualnych z zakażonym HIV partnerem – sama uległa zakażeniu mogła oskarżyć partnera o przestępstwo – pomimo faktu, że wiedziała wcześniej o jego infekcji. Nowe przepisy uwalniają w takich przypadkach partnera od groźby ukarania.

**Rozwój w pozytywnym kierunku**  
Lev Levinson, przewodniczący

New Drug Policy Project (Projekt Nowej Polityki Narkotykowej) z Moskwy, był jedną z osób, która pracowała nad zmianami w zakresie prawa narkotykowego. Levinson jest raczej zadowolony z tych zmian, chociaż, jak twierdzi „nowa ustawa, podobnie jak wszystkie takie dokumenty, jest wynikiem kompromisu, który nie daje pełnej satysfakcji, ale jest on osadzony w pewnej rzeczywistości i bierze pod uwagę równowagę priorytetów politycznych”. W opinii Levinsona, „nowe prawo jest dużym zwrotem i pozytywnym krokiem naprzód, i z pewnością będzie redukować szkody wśród użytkowników narkotyków”. Najważniejsze teraz jest utrzymanie tych zmian, gdyż w Rosji jest nadal wiele sił, dla których są one nie do przyjęcia.

#### Dawki narkotyków

Wyściowym ustaleniem w nowych przepisach jest definicja tego, co jest „średnią pojedynczą dawką” (patrz: tabela nr 1 – kolumna nr 3). Zgodnie z nowym prawem, ilości narkotyków przewyższające 10-krotnie średnią pojedynczą dawkę są traktowane jako

„duże” (kolumna nr 4), a ilości przewyższające średnią pojedynczą dawkę 50-krotnie są tu rozważane jako „bardzo duże”. Tak więc, posiadanie, a także produkcja (nie w celu sprzedaży) narkotyków w ilości mniej niż 10 średnich pojedynczych dawek – nie są traktowane jak przestępstwo karne, ale jak wykroczenie administracyjne. Ukazanie za takie wykroczenie ogranicza się do kary pieniężnej lub w przypadku, gdy ktoś nie może jej uiścić spędzenia kilkunastu dni w areszcie. ▣



Lev Levinson podczas konferencji w Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka w Warszawie w listopadzie 2004 roku. Obok Beata Balińska z UNDP i Danuta Wiewióra z warszawskiego MONARU.

fot. Monar na bajzlu

*Artykuł opracowany na podstawie informacji z New Drug Policy Project oraz rozmów z Lvem Levinsonem.*

Monar na bajzlu zima 2004/2005

(1) Rodzaj narkotyku	(2) Przed zmianą prawa duża ilość narkotyków	(3) Po zmianach prawa średnia pojedyncza dawka narkotyków	(4) Po zmianach prawa - ilość, od której zaczyna się duża dawka narkotyków
Amfetamina	0,02 - 3	0,1	1
Marihuana sucha / świeża	0,1 - 500 (tylko sucha)	2 / 14	20
Kokaina	0,01 - 1	0,15	1,5
Haszysz	0,1 - 100	0,5	5
Heroina	0 - 0,005	0,1	1
Metadon	0,01 - 1	0,5	5

**Tabela nr 1:**

Porównanie wielkości dawek narkotyków (podanych w gramach) przed maja 2004 i po wejściu w życie dekretu rządowego # 231, w maja 2004 roku.

Definicja ilości posiadanych narkotyków	X średnia pojedyncza dawka	Klasyfikacja
Mała ilość na własny użytek	1 - 9	Wykroczenie administracyjne
Duża ilość	10 - 49	Przestępstwo karne
Bardzo duża ilość	50 i więcej	Przestępstwo karne

**Tabela nr 2:**

Klasyfikacja ilości znajdujących nielegalnych substancji.

# Zmiany w zakresie prawa narkotykowego w Niemczech

## – krótki zarys –

Międzynarodowe porozumienia z lat 1961, 1971, na których treść przemożny wpływ miały Stany Zjednoczone, spowodowały, że do końca lat 80-tych również w Niemczech i innych państwach-sygnatariuszach prawo narkotykowe było wyłącznie represywnym prawem karnym.

Każdy, kto uprawiał, produkował, nabywał, posiadał, wwoził lub wywoził jakiegokolwiek narkotyki, odstępował je komuś, dzielił się nimi lub handlował - był surowo karany, bez względu na to, jaki był cel i motywy jego działania. Każdą odkrytą lukę w prawie natychmiast uzupełniano. Każdy, kto spożywał narkotyki lub umożliwiał ich spożywanie, nakłaniał do ich spożywania lub tylko zezwalał na nie, był natychmiast aresztowany i zamykany w zakładzie karnym. Ustawę o środkach odurzających wciąż uzupełniano nowymi rodzajami przestępstw kwalifikowanych, a ustawowe granice zagrożenia karą parokrotnie podwyższano. Wierząc, że z pomocą represji można uwolnić miasta od problemu narkotyków, a symptomy uzależnienia da się przegnać przemocą i surowością niczym złe duchy, zwiększano liczebność personelu i wyposażenie organów ścigania.

### ZMIANY W LATACH DZIEWIĘĆDZIESIĄTYCH

Tymczasem z początkiem lat 90-tych okazało się, że skutek jest wręcz odwrotny. Rozbudowa aparatu ścigania doprowadziła wprawdzie do wzrostu liczby konfiskat i aresztowań, aktów oskarżenia, wyroków i odbytych kar, niemniej jednak ilość narkomanów oraz ich problemy poważnie wzrosły. W wielu miastach kwitł handel narkotykami na wolnym powietrzu, i to zarówno w centrum jak i w odleglejszych dzielnicach; doszło również do rozprzestrzeniania się

narkotyków w więzieniach. Z roku na rok wzrastała liczba zgonów na skutek przedawkowania. W sposób alarmujący zaczął się rozprzestrzeniać choroba AIDS. W miastach i ich okolicach narkomani, przepędzani i spychani na margines, objęli w posiadanie publiczne place i parki. Osoby uzależnione od heroiny spotykano masowo na ruchomych schodach dworców, na schodach wejściowych do centrów handlowych i należących do banków, wielopiętrowych biurowców. Problem narkotyków stawał się coraz trudniejszy do opanowania. Na placach zabaw można było znaleźć zwłoki zmarłych po przedawkowaniu heroiny i strzykawki z resztkami narkotyku. Pod straszną presją tych problemów doszło do zmiany sposobu myślenia: najpierw na szczeblu gmin, potem krajów związkowych, a w końcu na szczeblu federalnym. Zrozumiano, że karami nie da się pokonać ani uzależnienia, ani wirusa AIDS, że chorzy potrzebują fachowego leczenia i terapii, że nieprzystosowani do życia ludzie potrzebują raczej pomocy niż kary. Idea tzw. *harm reduction* [redukcja szkód – red.] i połączonej z akceptacją rehabilitacji narkomanów zyskała powszechną aprobatę.

W roku 1992 stworzono i rozbudowano - po części dzięki finansowemu wsparciu organizacji międzynarodowych a także biznesmenów i bankowców osobiście zainteresowanych w rozwiązaniu problemu - systemy rehabilitacji i sieci ośrodków terapeutycznych. W niemiecką ustawę o środkach odurzających wpleciono zasady: leczenie zamiast kary i pomoc zamiast kary. Rozdawanie darmowych strzykawek jednorazowego użytku i narkotyków zastępczych, w latach 80 jeszcze karalne, zaczęło być

stopniowo dopuszczane, potem wręcz wspierane.

W miastach dotkniętych problemem organizowano spotkania okrągłego stołu z udziałem urzędów miejskich zajmujących się leczeniem i rehabilitacją osób uzależnionych, policji kryminalnej, straży miejskiej, policji kolejowej oraz prokuratury różnych szczebli. Podczas spotkań przedstawiciele tych instytucji w sposób odpowiedzialny dyskutowali i rozwiązywali aktualne problemy miasta powstałe na tle narkotykowym.

### FRANKFURT NAD MENEM

We Frankfurcie nad Menem były to tzw. „obradę poniedziałkowe” („*Montagsrunde*”), które odbywały się w każdy poniedziałek w referacie ds. narkotyków Urzędu Miasta. Na długo przed zajęciem się sprawą przez ustawodawcę federalnego, dyskutowano w gronie ekspertów, opracowywano i uzasadniano prawnie przy pomocy ekspertów prokuratury takie problemy jak na przykład: rozdawanie darmowych strzykawek jednorazowego użytku, zakup i wyposażenie ambulansów przystosowanych do terapii substytucyjnej, utworzenie centrów kryzysowych, otwarcie specjalnych pomieszczeń przeznaczonych do spożywania narkotyków, tzw. projekt diamorfinowy, utworzenie specjalnych patroli składających się z policjantów i pracowników socjalnych. Wspólne spotkania i obrady ekspertów pomogły przewyciężyć dawne uprzedzenia i wrogość panującą między policjantami a pracownikami socjalnymi czy między prokuraturą a terapeutami zajmującymi się narkomanami i zastąpić je przekonaniem, że problem narkotyków można pokonać tylko dzięki interdyscyplinarnej współpracy, że każdy musi znaleźć rozumienie dla obowiązków zawodowych i ograniczeń innych, a policja



i prokuratura muszą nie tylko pełnić funkcję organów ścigania, ale także doradzać i pomagać. Wykorzystując wiedzę ekspertów biorących udział w "obradach poniedziałkowych" przygotowywano materiały pod obrady magistratu, szkolenia pracowników, dyskusje panelowe, kampanie medialne i tym podobne. Osoby zamieszane w handel i konsumpcję narkotyków we Frankfurcie nad Menem przestały być przepędzane i spychane na margines: poprzez akcje uświadamiające zaczęto je namawiać do korzystania z placówek pomocy. Propozycje uczestników poniedziałkowego okrągłego stołu były aprobowane, wdrażane i wspierane przez Radę Miasta, policję, prokuraturę, Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, ale także przez kościoły i wszystkie partie polityczne. Ustawodawca federalny dopiero wiele lat później stworzył podstawy prawne dla projektów pomocowych powstałych uprzednio na szczeblu gmin, od darmowego rozdawania strzykawk jednorazowego użytku poczynając, poprzez udzielanie pomocy ambulatoryjnej, aż po zezwolenie na otwarcie specjalnych pomieszczeń do spożywania narkotyków. Zmniejszenie ilości egzekwowanych kar na korzyść leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego nawet w przypadku negatywnej prognozy,

stało się wzorem dla innych krajów, na przykład Austrii, Szwajcarii i tym podobne i cieszy się tak dużą aprobatą, że ustawodawca rozważa możliwość zastosowania tego rozwiązania w przypadkach skazanych alkoholików.

### NARKOTYKI - ZAWSZE ZMIENIAJĄCY SIĘ PROBLEM

Tymczasem dziś czekają na rozwiązanie kolejne problemy, związane z nowymi rodzajami narkotyków. Trudni w kontakcie, niestrudzeni palacze preparatów kokainy (tzw. crack) parzący sobie usta gorącymi firkami, czy też, pochodzący z całkiem innych kręgów społeczeństwa, konsumenci narkotyków syntetycznych - wymagają nowych metod terapeutycznych. We Frankfurcie nad Menem otwarto już specjalną palarnię i świetlicę dla palaczy kokainy.

Podsumowując można powiedzieć, że pojawiające się wciąż na nowo problemy powstałe na tle narkotykowym, tylko wtedy uda się rozwiązać, jeśli wszystkie zajmujące się tym instytucje będą działać **w jednym kierunku**, którym może być tylko: **prewencja, pomoc, leczenie**, a dopiero jako **ultima ratio: represja**.

A oto przykład, w jaki sposób pokonywano przeszkody natury prawnej:

Ponieważ nabywanie, posiadanie i stwarzanie okazji do spożywania narkotyków było karalne, niemożliwe było początkowo otwarcie we Frankfurcie pomieszczeń, w których narkomani mogliby spożywać narkotyki, a osoby używające narkotyków nie mogły bezkarnie odwiedzać takich

miejsc. Na zmianę ustawy trzeba było czekać trzy, cztery, a może nawet dziesięć lat. Zastanawialiśmy się więc przy naszym poniedziałkowym okrągłym stole, czy nie dałoby się za pomocą wykładni, ściśle trzymając się litery prawa, stworzyć **regulacji przejściowej**, która obowiązywałaby **do czasu zmiany ustawy**. W tym celu udało się wykorzystać orzeczenie sądu stwierdzające, że zakup i krótkotrwałe przetrzymywanie narkotyku w celach konsumpcyjnych nie stanowi posiadania, do którego zaistnienia konieczna jest długotrwałość przetrzymywania i możliwość rozporządzenia rzeczą. Odwiedzającym pomieszczenia przeznaczone do konsumpcji narkotyków chodziło przecież o spożycie narkotyku, a nie o jego otrzymanie. W latach 1993/94 sporządziłem dwie opinie prawne, uzgodnione z Prokuraturą Generalną i Ministerstwem Sprawiedliwości, zgodnie z którymi pomieszczenia do spożywania narkotyku są legalne, jak długo użytkownicy przynoszą tylko jedną porcję narkotyku, jego spożywanie odbywa się pod kontrolą a handel w danej okolicy jest intensywnie zwalczany przez policję.

Siedem lat później, w roku 2000, ustawodawca federalny stworzył w ramach ustawy o środkach odurzających podstawę prawną, umożliwiającą otwieranie pomieszczeń przeznaczonych do spożywania narkotyków. Kraje związkowe zdefiniowały następnie, przy pomocy zarządzeń, szczegóły odpowiednich zezwoleń.

### PATRZĄC W PRZYSZŁOŚĆ

Nieco na dalszy plan zostały przy tym wszystkim zepchnięte instrumenty represji, stanowiące uzupełnienie środków prewencji, pomocy narkomanom i ratowania życia. Coraz rzadziej zwracano uwagę na fakt, że leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych nie mają szans powodzenia, jeśli nie będą oparte na solidnej podstawie prawnej i nie będzie im towarzyszyć ochrona policji.



fot. Monar na bajzlu

Pokój higieniczny (*injection room*) we Frankfurcie nad Menem

Mając na względzie zahamowanie narastającego problemu narkomanii nie można dopuścić, aby wysiłki podejmowane w celu ukrócenia międzynarodowego przemytu narkotyków były zaniedbywane wskutek:

- chęci zaoszczędzenia na personelu,
- chęci zaoszczędzenia na wykształceniu i wyposażeniu funkcjonariuszy zajmujących się walką z narkotykami.

Nowe formy przestępczości jak na przykład wytwarzanie i rozpowszechnianie:

- narkotyków syntetycznych typu

ecstasy i tym podobna,

- różnego rodzaju leków psychotropowych,
- pozornie nieszkodliwych odżywek uzupełniających dietę, i
- środków dopingujących,

stanowią swoiste *signum temporis* i są spowodowane dążeniem do przeżywania rozkoszy na wszelkie możliwe sposoby. Do ich zwalczania potrzeba nowych środków

prewencyjnych i nowych instrumentów represji.

Aby umożliwić odpowiednio wczesne przygotowanie się do problemów, jakie niesie ze sobą przyszłość, Centrum do Walki z Przystępczością Narkotykową (ZfB – *Zentralstelle für Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität*) opracowało kilka serii czasopism dla prokuratorów, sędziów, dziennikarzy i osób prywatnych:

- Seria ok. 50 ulotek informacyjnych przygotowanych przez ZfB z krótką informacją „dla każdego”,
- Seria opracowanych przez ZfB opinii prawnych dotyczących problemów

nierozstrzygniętych jeszcze przez orzecznictwo,

- Seria pism okólnych i rozporządzeń regulujących w ramach Kraju Związkowego Hessen pewne problemy prawne w sposób obowiązujący i jednolity,
- Seria przewodników, kompleksowo omawiających poszczególne problemy narkomanii, których zadaniem jest zapewnienie jednolitych schematów postępowania w ramach Kraju Związkowego Essen,
- Seria aktualnych tekstów ustaw, gwarantujących w każdym przypadku aktualny tekst,
- Seria katalogów środków odurzających z przykładami wymiaru kary. ▣

**Dr. Harald Hans Körner** jest Prokuratorem Generalnym we Frankfurcie nad Menem i od wielu lat zajmuje się z problematyką narkotyków. Jest autorem opracowania „*Betäubungsmittelgesetz*” („Prawo narkotykowe”), jednej z najważniejszych niemieckich książek na ten temat.

*Tłumaczenie: Magdalena Żurawska*

## „Gdzie szukać pomocy?”

**Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym na terenie Polski**

(wersja uaktualniona - grudzień 2004 - trzecia edycja)

Informator zawiera dane na temat placówek ambulatoryjnych, stacjonarnych, oddziałów detoksykacyjnych, placówek prowadzących hostele i mieszkania readaptacyjne dla absolwentów ośrodków rehabilitacyjnych, i placówek prowadzących badania na obecność wirusa HIV.

Informator jest dostępny w wersji elektronicznej na stronie:  
<http://www.narkomania.gov.pl/>

Lub bezpłatny do zamówienia:

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii**  
**Dział Edukacji Publicznej**  
ul. Dereniowa 52/54, 02 -776 Warszawa  
tel. (22) 641 15 01, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl)

## POLECANY STRONY INTERNETOWE

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii**  
<http://www.narkomania.gov.pl>

**Krajowe Centrum ds. AIDS**  
<http://www.aids.gov.pl>

**MONAR Polska**  
<http://www.monar.org>

**MONAR Kraków**  
<http://www.monar.krakow.pl>

**Biuletyn “Monar na bajzlu”**  
<http://www.mnb.krakow.pl/>

**Hyperreal**  
<http://hyperreal.info/drugs/go.to/index>

**Poradnia on-line**  
<http://www.poradnia.narkomania.org.pl/>

# ILUSTRACJE NARKOTYKÓW



13. Brązowa i biała heroina (dla porównania w środku moneta)



14. Mak lekarski – uzyskiwane z niego opium jest surowcem do produkcji heroiny



15. Akcesoria służące zażywaniu heroiny lub kompotu. Brązowa heroina może być palona, jak również przyjmowana dożylnie



16. Grzyby halucynogenne



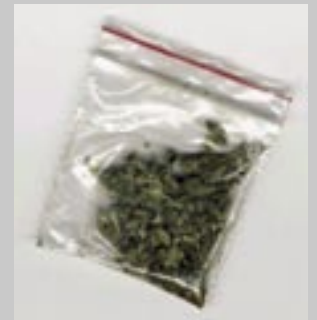
17. Grzyby halucynogenne - suszone



18. Różne środki nasenne i uspokajające



19. Relanium (Diazepam)



20. Marihuana – susz z liści konopi



21. Marihuana – susz z liści konopi (moneta dla porównania)



22. Konopie indyjskie – roślina z której otrzymuje się marihuanę i haszysz



23. Napój z ekstraktem konopi - reklama

**Projekt jest wspierany przez:**



Fundusz Inicjatyw Obywatelskich,  
Ministerstwo Polityki Społecznej



Ambassade van het

**Koninkrijk der Nederlanden**

Ambasada Królestwa Niderlandów  
w Warszawie

IHRD | INTERNATIONAL  
HARM REDUCTION  
DEVELOPMENT



Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód,  
Instytut Otwarte Społeczeństwo



UNDP Polska



Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

**Małopolskie Stowarzyszenie PROBACJA**

**ul. Św. Katarzyny 3**

**31-063 Kraków**

**tel/fax 012 - 430 61 35**

Publikacja „Monar na bajzlu” - 2005  
[www.mnb.krakow.pl](http://www.mnb.krakow.pl)