
Dodatek C

Narkotyki i uzależnienia w ustawodawstwie polskim

Jeśli używanie substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol i inne narkotyki, oraz przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom tego zjawiska uznać za problemy o charakterze przede wszystkim medycznym, rodzić się może pytanie o rolę, jaką w tym obszarze odgrywać powinny regulacje prawne. Okazuje się, że rola tych regulacji, w tym przepisów prawa karnego, jest najczęściej wręcz pierwszoplanowa. Przedmiotem licznych kontrowersji pozostaje natomiast kwestia zapewnienia w polityce realizowanej we współczesnych społeczeństwach pożądanych relacji między profilaktyką i terapią z jednej a represją z drugiej strony.

Prawna problematyka substancji, których dotyczy książka C.K. Ericksona – a więc alkoholu i innych narkotyków – regulowana jest w Polsce przez dwa akty prawne, a mianowicie przez ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dziennik Ustaw z 2007 r., nr 70, poz. 473) oraz ustawę z dnia 19 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dziennik Ustaw nr 179, poz. 1484 z późniejszymi zmianami). Odrębne uregulowania w tym zakresie są oczywiście wynikiem tego, iż tak samo jak w USA, alkohol (a dokładniej napoje alkoholowe) jest w Polsce legalną substancją psychoaktywną, natomiast inne tzw. narkotyki nie. Legalny status alkoholu i nielegalny innych narkotyków jest czasami oceniany jako przejaw swoistej schizofrenii w podejściu współczesnych społeczeństw do substancji psychoaktywnych, mogących wywoływać uzależnienia. Faktem jest jednak, że – przynajmniej w tzw. cywilizacji zachodniej – spożywanie alkoholu ma długą tradycję i dlatego twierdzi się, że jest to substancja kulturowo zasymilowana, co ogranicza negatywne efekty indywidualne i społeczne jej używania i nadużywania. Natomiast w przypadku innych narkotyków o takiej asymilacji raczej nie może być mowy. Dlatego też alkohol jest obecnie w zdecydowanej większości krajów świata przedmiotem różnych form reglamentacji, podczas gdy narkotyki

wszędzie są przedmiotem prohibicji. Nie można jednak zapominać o tym, że w USA, a także w innych krajach, realizowano swego czasu system prohibicyjny również w odniesieniu do alkoholu.

W ramach przyjętego systemu reglamentacyjnego ustawodawstwo dotyczące alkoholu tak w Polsce, jak i w USA stosuje regulacje mające na celu ograniczanie dostępności alkoholu, zarówno fizycznej (np. ograniczenia dotyczące miejsca, czasu, rodzaju sprzedawanych napojów alkoholowych, a także osób, które mogą takie napoje nabywać, oraz miejsc, w których alkohol można spożywać), jak i ekonomicznej (wpływanie na ceny przede wszystkim poprzez odpowiednie kształtowanie podatku akcyzowego). Wszystko to ma służyć ograniczaniu rozmiarów spożywania alkoholu, ale nie jego eliminacji. W USA zresztą ograniczenia dotyczące fizycznej dostępności alkoholu są często o wiele dalej idące niż w Polsce, co stanowi właśnie dziedzictwo prohibicji. Z kolei w Polsce o wiele bardziej restrykcyjnie uregulowana jest kwestia tzw. progu nietrzeźwości związanego z dopuszczalnością np. prowadzenia pojazdów mechanicznych. Kwestia ta uregulowana jest w art. 46 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który przewiduje dwa pojęcia w tym zakresie: stan po użyciu alkoholu oraz stan nietrzeźwości. Z pierwszym mamy do czynienia, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5‰ albo jego zawartość w 1 dm³ wydychanego powietrza od 0,1 dm³ do 0,25 mg, z drugim natomiast, gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ albo zawartość w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi powyżej 0,25 mg. Osoba kierująca pojazdem mechanicznym lub innym pojazdem w stanie po użyciu alkoholu ponosi odpowiedzialność za wykroczenia z art. 87 kodeksu wykroczeń, a osoba znajdująca się w stanie nietrzeźwości za przestępstwo określone w art. 178a kodeksu karnego. Dodatkowo kodeks karny przewiduje także znacznie surowsze kary za spowodowanie wypadku drogowego w stanie nietrzeźwości.

W odróżnieniu od wielu stanów USA nie jest natomiast w Polsce ani przestępstwem, ani wykroczeniem sam fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości w miejscu publicznym. Polskie prawo (art. 40 ustawy) przewiduje jednak możliwość doprowadzania takich osób do tzw. izb wytrzeźwień, co jest zresztą przedmiotem różnego rodzaju kontrowersji prawnych związanych z taką formą postępowania, która łączy się – jak by na to nie patrzeć – z pozbawieniem wolności.

Jeśli chodzi o inne narkotyki, polskie i amerykańskie uregulowania prawne pod pewnymi względami nie różnią się w sposób zasadniczy. Co więcej, w wielu wypadkach nie różnią się one od uregulowań obowiązujących w innych krajach świata, a to ze względu na to, że system prohibicji narkotykowej ma dzisiaj globalny charakter i poszczególne kraje nie mają zbyt wielkiej swobody decydowania o zakresie i sposobach regulacji substancji psychoaktywnych. Swobodę tę

zasadniczo ograniczają bowiem konwencje Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczące narkotyków i narkomanii: jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., konwencja o substancjach psychotropowych z 1971 r. oraz konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 r. To właśnie te konwencje decydują w znacznym stopniu o tym, jakie substancje są przedmiotem kontroli międzynarodowej jako środki odurzające lub substancje psychotropowe, a państwa, które ratyfikowały te konwencje (jest to przytłaczająca większość krajów świata), mają obowiązek egzekwować ich postanowienia w swym prawie wewnętrznym. Co więcej, konwencje te nakładają często obowiązek szerokiego posługiwania się przez państwa w polityce narkotykowej represją karną.

W konsekwencji o tym, jakie substancje są przedmiotem kontroli w Polsce, decydują w znacznym stopniu wspomniane konwencje. Bezpośrednio przesądza o tym jednak – tak samo jak w USA – listy takich substancji stanowiące załączniki do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ich zmiana, tj. ewentualne wciągnięcie na nie nowych substancji, wymaga więc za każdym razem nowelizacji ustawy. Polska ustawa przewiduje także – podobnie jak w USA – klasyfikację tych substancji według różnych kryteriów o charakterze farmakologicznym i medycznym. Zasadniczym kryterium jest stopień ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne. W zależności od tego pewne substancje mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań, inne wyłącznie w celu prowadzenia badań, a jeszcze inne wyłącznie w celu prowadzenia badań lub w lecznictwie zwierząt. Z zaliczeniem do określonej kategorii wiąże się więc zakres reglamentacji legalnych zastosowań danej substancji, ale oznacza to zawsze zakaz używania do tzw. celów rekreacyjnych.

Polska ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii nie używa nigdzie pojęcia narkotyk. Stosuje natomiast terminologię wynikającą ze wspomnianych konwencji ONZ, tj. posługuje się pojęciami środka odurzającego i substancji psychotropowej. Ich definicje zawarte są w art. 4 pkt 25 i 26 ustawy: są to substancje działające na ośrodkowy układ nerwowy i umieszczone bądź to we wspomnianym wykazie środków odurzających, bądź w wykazie substancji psychotropowych stanowiących załączniki do ustawy. Warto jednak zaznaczyć, że nowelizacja ustawy, dokonana w związku z problemem sieci handlowych zajmujących się sprzedażą tzw. dopalaczy w lutym 2009 r., przełamała zasadę, że przedmiotem kontroli przewidzianej przez ustawę są przede wszystkim substancje. W jej wyniku na listach stanowiących załączniki do ustawy umieszczono bowiem kilkanaście roślin (podając ich nazwy łacińskie). Może to rodzić różne komplikacje, szczególnie jeśli okazałoby się, że substancje aktywne zawarte w tych roślinach

można otrzymywać syntetycznie: same te substancje nie będą w takiej sytuacji przedmiotem kontroli.

Kolejna nowelizacja ustawy dokonana w związku z problemem „dopalaczy” we wrześniu 2010 r. zmieniła dodatkowo definicję – znanego wcześniej w ustawie – pojęcia środka zastępczego. Obecnie oznacza ono każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierającą taką substancję i używaną zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa. Dodatkowym elementem mającym rozwiązać wątpliwości na temat możliwości objęcia tą definicją substancji znajdujących się w legalnym obrocie jest to, że wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu takich substancji nie jest regulowane odrębnymi przepisami (jak np. benzyny, farby, lakiery, rozpuszczalniki itp., używane jako tzw. inhalanty właśnie w zastępstwie „prawdziwych” narkotyków). Ustawa nie zna jednak osobnej listy środków zastępczych. W przypadku stwierdzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu substancji, co do której zachodzi podejrzenie, że jest ona środkiem zastępczym, właściwy państwowy inspektor sanitarny może wstrzymać jej wytwarzanie lub wprowadzanie do obrotu lub nakazać wycofanie produktu z obrotu na czas niezbędny do przeprowadzenia jego oceny i badań jego bezpieczeństwa, który może wynosić do 18 miesięcy. Po tym czasie substancję należy albo dopuścić do obrotu, albo umieścić na liście środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Wspomnieć wreszcie należy, że ustawodawstwo polskie – podobnie jak ustawodawstwa wszystkich krajów świata – zna także pojęcie prekursora: substancji, która nie będąc sama ani środkiem odurzającym, ani substancją psychotropową, ani środkiem zastępczym, może być jednak wykorzystywana w różny sposób w ich produkcji. Takie substancje nie są przedmiotem zakazu analogicznego do narkotyków, ale przedmiotem zaostrzonej reglamentacji mającej na celu zapobieganie ich wykorzystywaniu do nielegalnych celów. W krajach członkowskich UE o tym, jakie substancje należą do tej kategorii, decyduje prawo unijne.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii definiuje także na potrzeby stosowania jej przepisów pewne pojęcia, o których mowa jest w książce C.K. Ericksona, a mianowicie uzależnienie oraz używanie szkodliwe. Pierwsze to 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,

drugie natomiast to 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. Definicje powyższe nie mają oczywiście na celu przesądzania sporów o charakterze naukowym. Wskazanie zróżnicowanych form i charakteru problemów, jakie mogą być związane z używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych w celach niemedycznych, ma natomiast służyć na gruncie ustawy przede wszystkim zróżnicowaniu pewnych form interwencji wobec różnych grup użytkowników narkotyków.

Ustawodawstwo polskie nie reguluje szczegółowo kwestii form leczenia i terapii osób uzależnionych od narkotyków. Dopuszcza jednak generalnie stosowanie tak metod abstynencyjnych, jak i podtrzymujących. To ostatnie wynika jednoznacznie z treści art. 28 ustawy, który stwierdza dopuszczalność leczenia substytucyjnego. Leczenie substytucyjne mogą realizować zakłady opieki zdrowotnej po uzyskaniu stosownej zgody. Nie mogą go więc w Polsce realizować indywidualnie praktykujący lekarze. Szczegóły leczenia substytucyjnego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dziennik Ustaw nr 205, poz. 1493). Przewiduje ono dopuszczalność stosowania tej metody wobec osób uzależnionych od opioidów, które ukończyły 18. rok życia (w wyjątkowych wypadkach może ono być jednak stosowane także wobec osób młodszych). Pacjenci są zobowiązani do zachowania abstynencji od innych środków odurzających, co jest kontrolowane za pomocą regularnych prób moczu lub innych płynów ustrojowych, a nieprzestrzeganie tego zakazu może skutkować usunięciem z programu. Środek substytucyjny (w praktyce metadon) wydawany jest pacjentom przez lekarza, pielęgniarkę lub farmaceutę i musi być przyjmowany w ich obecności. Istnieją jednak dzisiaj możliwości wydawania pacjentom środka na dłuższy okres wynoszący od 7 do 14 dni. Podkreślić należy, że chociaż obowiązujące przepisy dopuszczają tę formę leczenia, rzeczywisty dostęp do niej w Polsce jest, niestety, wysoce niezadowolający, a liczba pacjentów w stosunku do szacowanej liczby osób uzależnionych od opioidów jest – jak na warunki krajów UE – bardzo niska.

Tradycją polskiego ustawodawstwa dotyczącego narkotyków i narkomanii, poczynając od roku 1985, jest przyjmowanie, iż leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych ma charakter dobrowolny (art. 25 obecnie obowiązującej ustawy). Takie uregulowanie wynika tak z przesłanek natury prawnej (gwarancje praw i wolności obywatelskich ograniczające dopuszczalność stosowania przymusu leczenia), jak i terapeutycznej (wola pacjenta i współpraca z terapeutą jako ważne przesłanki skuteczności leczenia). Ustawa zna jednak rozmaite wyjątki od tej zasady.

Najważniejszy, uregulowany w art. 30 ustawy, dopuszcza możliwość skierowania na przymusowe leczenie i rehabilitację uzależnionej osoby niepełnoletniej, tj. takiej, która nie ukończyła 18. roku życia. Warto zaznaczyć, że podstawą zastosowania tego przepisu jest sam fakt stwierdzenia uzależnienia, niezależnie od tego, czy dana osoba dopuściła się jakiegoś przestępstwa. O nałożeniu takiego obowiązku decyduje jednak sąd rodzinny. Leczenie niedobrowolne dopuszczalne jest także w stosunku do osób, które dopuściły się przestępstw. Chodzić tu może tak o przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, których przedmiotem są zawsze środki odurzające lub substancje psychotropowe (produkcja, przemyt, handel, posiadanie narkotyków), jak i tzw. przestępstwa pospolite, których często dopuszczają się uzależnieni (jak np. kradzieże, włamania, fałszerstwa recept). Obowiązek poddania się stosownemu leczeniu może dotyczyć przede wszystkim uzależnionych odbywających karę pozbawienia wolności, co reguluje art. 117 kodeksu karnego wykonawczego (a w odniesieniu do nieletnich umieszczonych w domach poprawczych i schroniskach dla nieletnich art. 90 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich). I tutaj decyzja należy jednak do sądu sprawującego nadzór nad wykonaniem kary lub środka zastosowanego wobec nieletniego. W pewnych wypadkach leczenie niedobrowolne może być także wynikiem nałożenia stosownych obowiązków przez sąd już w wyroku skazującym za przestępstwo pozostające w związku z używaniem narkotyków (art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Przede wszystkim w przypadku skazania sprawcy przestępstwa na karę pozbawienia wolności sąd może orzec umieszczenie go przed odbyciem kary w zamkniętym zakładzie leczniczym. Po zakończeniu leczenia, w zależności od jego wyników, sąd decyduje, czy orzeczoną karę wykonać. Natomiast w sytuacji skazania osoby uzależnionej od narkotyków na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania sąd ma obowiązek nałożenia na taką osobę dodatkowo obowiązku poddania się stosownemu leczeniu. Niezastosowanie się do tego obowiązku może stanowić podstawę zarządzenia przez sąd wykonania zawieszonych kary.

Ustawa zawiera jednak także dalsze regulacje w tym zakresie. Zgodnie z jej art. 72 prokurator lub sąd mogą bowiem wobec sprawcy przestępstwa będącego albo osobą uzależnioną, albo używającą środków odurzających lub substancji psychotropowych w sposób szkodliwy, zawiesić toczące się wobec nich postępowanie karne, jeśli wyrażą one zgodę na poddanie się stosownemu leczeniu i rehabilitacji (osoba uzależniona) lub udziałowi w odpowiednim programie profilaktyczno-leczniczym (osoba używająca szkodliwie). W takim wypadku mamy do czynienia z zastosowaniem specjalnych środków realizujących zasadę „leczyć zamiast karać”, dającą pierwszeństwo oddziaływaniom terapeutycznym w stosunku do użytkowników narkotyków, a ich karanie traktującą jako ostatecz-

ność (zawieszenie takie nie jest jednak możliwe w przypadku poważniejszych przestępstw, zagrożonych karą przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności). Zastosowanie powyższych instytucji nie oznacza leczenia całkowicie dobrowolnego. Określa się je mianem leczenia quasi-dobrowolnego, albowiem groźba podjęcia postępowania karnego traktowana jest jako czynnik mający motywować użytkownika narkotyków do rozpoczęcia i kontynuowania leczenia. Jeśli jednak leczenie zostanie zakończone pomyślnym wynikiem – o czym zaświadczą terapeutyci – prokurator występuje do sądu z wnioskiem o zastosowanie tzw. warunkowego umorzenia postępowania, co stanowi swoistą formę premii dla sprawcy przestępstwa za poddanie się efektywnemu leczeniu. Podstawową korzyścią dla sprawcy wynikającą z zastosowania tego środka jest to, że po pomyślnym upływie stosownego okresu próby (do 2 lat) osoba taka traktowana jest jako niekarana za przestępstwo.

Powyższe rozwiązania polskie oparte są na podobnych założeniach co funkcjonujące w większości stanów USA tzw. *drug courts*, sądy do spraw narkotykowych. W ich ramach sędzia zamiast orzekania kar może kierować sprawców uzależnionych na odpowiednie formy terapii i nadzorować postępy w jej realizacji (w książce C.K. Eriksona jest wiele indywidualnych przykładów, w których pojawiają się środki oparte na tych regułach). W przeciwieństwie do USA możliwości przewidziane w art. 72–73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są jednak w Polsce stosowane w praktyce bardzo rzadko. Wynika to z pewnych przeszkód natury formalnej: sprawca przestępstwa musi być osobą wcześniej niekaraną, co niestety najczęściej nie ma miejsca w przypadku użytkowników narkotyków. Równocześnie prokuratorzy i sądy bardzo często nie dysponują stosowną wiedzą na temat problemów z narkotykami, jakie mają osoby oskarżone o popełnianie przestępstw. Dlatego najświeższa nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii uchwalona przez Sejm 1 kwietnia 2011 r. przewiduje w tym zakresie odstępianie od wymogu wcześniejszej niekaralności osób, wobec których można stosować artykuł 72 ustawy, a także uproszczenie procedur zbierania informacji o uzależnieniu lub innych problemach narkotykowych podejrzanych o popełnienie przestępstw poprzez włączenie w ten proces kuratorów zawodowych i specjalistów terapii uzależnień bez potrzeby powoływania biegłych psychiatrów. Należy mieć nadzieję, że powyższe zmiany zintensyfikują w praktyce stosowanie zasady „leczyć zamiast karać” i zwiększą rolę alternatywnych środków profilaktyczno-leczniczych. W tym samym kierunku zmierza przewidziana przez nowelizację możliwość udzielenia osobom odbywającym karę pozbawienia wolności przerwy w wykonaniu kary celem podjęcia leczenia poza zakładem karnym (dopuszczalna pod pewnymi warunkami i po odbyciu pewnej części kary). Abstrahując od większej efektywności leczenia na wolności,

przepis ten ma na celu rozwiązanie problemu powiększającej się kolejki oczekujących na możliwość leczenia na oddziałach terapeutycznych polskich zakładów karnych.

Jednym z zasadniczych dylematów współczesnej polityki narkotykowej jest zakres i intensywność posługiwania się sankcjami karnymi wobec użytkowników narkotyków. Normalnie rzecz biorąc, wszyscy zgodziliby się z opinią, że choroby należy leczyć, a nie karać. Uzależnienia są jednak często traktowane odmiennie, po części dlatego, że kara i przymus stwarzają iluzję łatwego rozwiązania problemu uzależnienia. USA, skądinąd kraj, w którym wiele problemów indywidualnych i społecznych poddaje się procesowi „medykalizacji” i próbuje się poszukiwać ich rozwiązania poprzez odpowiednią terapię, są pod tym względem niewątpliwie krajem bardzo represyjnym, gdzie za przestępstwa związane z narkotykami grożą nawet niesłychanie surowe kary. Jest to wynikiem amerykańskiego podejścia w tym obszarze, określanego mianem wojny z narkotykami (*war on drugs*). Co więcej, kary te stosuje się często wobec osób uzależnionych, co powoduje, że osoby takie stanowią bardzo znaczny odsetek przebywających w zakładach karnych. W praktyce oznacza to, że prawo amerykańskiego nie różni często między osobami czerpiącymi korzyści z handlu narkotykami i osobami uzależnionymi. Różnicuje jednak z reguły odpowiedzialność w zależności od tego, z jakim narkotykiem mamy do czynienia, przewidując często wzrost surowości kar w przypadku środków uznawanych za szczególnie groźne.

Polskie ustawodawstwo nie przewiduje takiego różnicowania, traktując w zasadzie wszystkie środki odurzające i substancje psychotropowe w sposób jednakowy i nie przewidując zróżnicowania odpowiedzialności np. w przypadku tzw. środków miękkich i twardych. To ostatnie rozróżnienie zna wiele ustawodawstw europejskich, a także kilka stanów USA, w których np. posiadanie marihuany traktowane jest jako wykroczenie administracyjne zagrożone stosunkowo niewielką grzywną. Zróżnicowanie takie nie występuje w Polsce także w praktyce sądowej, co oznacza, że kara za czyn dotyczący podobnych ilości heroiny i marihuany – zupełnie różnych środków – może być podobna.

Najbardziej kontrowersyjnym problemem polskiego ustawodawstwa jest kwestia odpowiedzialności za posiadanie niewielkich ilości narkotyków przeznaczonych na własny użytek. Jest to jednak także przedmiot sporów w USA. Polskie ustawodawstwo do roku 2000 przewidywało w tym zakresie regulację, zgodnie z którą takie posiadanie narkotyków stanowiło czyn zabroniony pod groźbą kary (przestępstwo) i posiadane nielegalnie środki należało konfiskować, ale sprawca nie podlegał karze. W terminologii fachowej rozwiązanie takie określa się mianem depenalizacji i jest przyjmowane w wielu krajach UE. Nowelizacja z roku 2000 przyniosła w tym zakresie zasadniczą zmianę, skutkiem której

jest konieczność ścigania karnego przypadków posiadania nawet relatywnie niewielkich ilości narkotyków. Uregulowania takie są od lat przedmiotem krytyki. Wskazuje się na to, że powodują one koncentrację policji na ściganiu „drobniczy” i pociąganiu do odpowiedzialności karnej osób, które w rzeczywistości powinny być raczej przedmiotem oddziaływań leczniczych i profilaktycznych. Takie postępowanie uważa się także za sprzeczne z tendencjami występującymi w UE, gdzie dąży się z reguły do akcentowania roli leczenia i profilaktyki w oddziaływaniu na użytkowników narkotyków i wycofywania wobec nich represji. Można powiedzieć, że pod tym względem rozwiązania polskie, a szczególnie praktyka ich stosowania, są bardziej zbliżone do realiów znanych z USA, niż większości krajów UE.

Wspomniana nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przyjęta przez Sejm 1 kwietnia 2011 r. przewiduje jednak w tym zakresie pewne zmiany. Nie sięgając do całkowitej depenalizacji posiadania narkotyków na własny użytek, przewiduje – wzorem rozwiązań obowiązujących m.in. w Niemczech – możliwość odstąpienia przez prokuratora w indywidualnych przypadkach od ścigania takich czynów, jeśli w jego ocenie ze względu na okoliczności sprawy oraz stopień społecznej szkodliwości czynu wymierzenie sprawcy w konkretnym przypadku kary można uznać za niecelowe. Pozostaje mieć nadzieję, że powyższa nowelizacja przyniesie zakładane zmiany w sposobie podejścia polskiego wymiaru sprawiedliwości do użytkowników narkotyków i spowoduje odejście od rozwiązań akcentujących represję, w kierunku akcentujących profilaktykę i terapię. Właśnie zgodnie z twierdzeniem, że uzależnienie to przede wszystkim problem medyczny, a nie problem prawnokarny.

Krzysztof Krajewski