

## Międzynarodowa polityka wobec narkotyków

### Global Drug Policy

**Kasia Malinowska-Sempruch**

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej, Open Society Foundations

**Abstract** – Global drug policy, organized under the aegis of the UN and based on the three international conventions, is implemented differently around the world. Most countries take a prohibitive approach, that emphasizes punishing people involved with drugs. There are however countries that focus on the health aspects of drug use, paying more attention to the care and treatment of drug dependent persons. Unfortunately, in many countries there is restricted access to substitution treatment (or it is not available at all) – an intervention which minimizes the risk of people who inject drugs from becoming infected with HIV and allows for societal normalization and reintegration. The most critical situation can be observed in Asian countries, where unethical and non-evidence-based treatment is offered, frequently in violation of human rights. Some countries, despite the objections of numerous human rights organizations, continue to apply the death penalty for drug offenses. In response to the unsatisfying situation, the Global Commission on Drug Policy released a groundbreaking report in June 2011 in which its authors – prominent representatives of politics and culture – call for changes to the current approach and for an international debate to look at alternative policy responses. The report contains a number of recommendations considered as necessary – according to the Commission – to improve the current situation. The Commission proposes to desist from the criminalization and marginalization of drug dependent persons and offer health and treatment services that are based on harm reduction principles. It also encourages governments to test the viability of models to legalize certain drugs, e.g. marijuana.

**Key words:** drug policy, opioid substitution therapy, HIV, harm reduction

**Streszczenie** – Światowa polityka wobec narkotyków, prowadzona pod patronatem ONZ i oparta na trzech międzynarodowych konwencjach, w różnych regionach świata jest realizowana w różny sposób. Większość krajów charakteryzuje podejście prohibicyjne, opierające się głównie na karaniu osób mających styczność z narkotykami. Są jednak państwa, które skupiają się na aspekcie zdrowotnym, kładąc większy nacisk na opiekę i leczenie osób uzależnionych. Niestety w wielu krajach zaobserwować można ograniczony dostęp do leczenia substytucyjnego (lub jego całkowity brak), które w dużym stopniu minimalizuje ryzyko zakażenia HIV u osób przyjmujących narkotyki dożylnie, a także umożliwia im powrót do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Najgorsza sytuacja panuje w krajach azjatyckich, gdzie stosowane są nieetyczne i nieoparte żadnymi naukowymi dowodami metody leczenia, często uwłaczające godności ludzkiej. W niektórych państwach, mimo licznych sprzeciwów organizacji broniących praw człowieka, w dalszym ciągu stosowana jest kara śmierci wobec osób skazywanych za przestępstwa narkotykowe. Odpowiedzią na panującą złą sytuację ma być wydany w czerwcu 2011 roku

Referat, na podstawie którego przygotowano ten artykuł, został przedstawiony na II Konferencji Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (Warszawa, 28–29.09.2010)

przełomowy raport Światowej Komisji ds. Polityki Narkotykowej, w którym jego autorzy – wybitni przedstawiciele świata polityki i kultury – nawołują do zmiany obecnego podejścia i rozpoczęcia międzynarodowej debaty nad możliwością wprowadzenia nowych rozwiązań w zakresie polityki wobec narkotyków. W raporcie zawarto szereg rekomendacji, których realizacja – zdaniem Komisji – jest niezbędna do naprawy obecnej sytuacji. Komisja postuluje między innymi odejście od kryminalizacji i marginalizacji osób uzależnionych na rzecz leczenia i stosowania rozwiązań zgodnych z filozofią redukcji szkód. Ponadto zaleca rządowi, by próbowały wprowadzać różne modele prawnej regulacji dostępu do niektórych narkotyków, np. marihuany.

**Słowa kluczowe:** polityka narkotykowa, leczenie substytucyjne, HIV, redukcja szkód

## Międzynarodowa polityka wobec narkotyków

Światowa polityka narkotykowa charakteryzuje się przede wszystkim podejściem prohibicyjnym, opartym na dążeniu do abstynencji społeczeństwa i na karaniu za wszelkie działania uniemożliwiające jej osiągnięcie. Prowadzona jest pod patronatem ONZ, w ramach realizacji trzech konwencji dotyczących narkotyków. Pierwsza z nich powstała 50 lat temu, w 1961 roku (1), więc – jak można się spodziewać – jej aktualność na dzień dzisiejszy jest raczej wątpliwa. Pozostałe dwie, chociaż trochę młodsze – z 1971 roku (2) i 1988 roku (3), też nie biorą pod uwagę wielu obecnych uwarunkowań, przede wszystkim światowej epidemii AIDS. Równocześnie każdy region ma odmienne doświadczenia związane z walką z narkotykami, a i priorytety poszczególnych krajów znacznie się od siebie różnią, co przekłada się na różnorodność polityki narkotykowej w różnych częściach świata. W dodatku każdy kraj sam interpretuje międzynarodowe konwencje, których jest sygnatariuszem, zatem przekrój możliwych interpretacji jest niezwykle szeroki.

Na podstawie regulacji prawnych ONZ, terapią substytucyjną objętych jest ponad 1 milion osób w 70 krajach, z czego około 680 tysięcy osób w krajach Unii Europejskiej (4). Holandia zgodnie z konwencjami daje możliwość zakupu marihuany w coffee shop'ach. Niemcy, Dania, Szwajcaria i inne kraje prowadzą leczenie heroiną i udostępniają pokoje iniekcyjne. Najbardziej problematyczne wydaje się stosowanie konwencji w krajach rozwijających się. Dzieje się tak prawdopodobnie z dwóch powodów: część krajów ma ograniczone możliwości realizowania konwencji na swoim terytorium ze względu na zależność (polityczną, ekonomiczną) od państw, które niejako narzucają swój punkt widzenia; pozostała grupa świadomie zasłania się międzynarodowymi ustaleniami, interpretując je w wygodny dla siebie sposób.

Do walki z nielegalnym obrotem narkotykami ONZ powołało instytucję United Nations Office on Drugs and Crime (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości), a jako strażnika konwencji ustanowiło International Narcotic Control Board (Międzynarodowa Rada Kontroli Środków Odurzających). Może dziwić, że INCB, działając w ramach z założenia transparentnego ONZ, pozostaje dość skrytą instytucją, rządzącą się swoimi prawami. Przykładając dużą wagę do aspektu prohibicyjnego, pozostaje dość jednostronnym strażnikiem konwencji. Nie reaguje w sytuacji, kiedy kraje nie stosują leczenia substytucyjnego ogólnie uznawanego za mię-

dzynarodowy standard, lub też nie napomina państw, które mają bardzo niski wskaźnik stosowania opioidowego leczenia przeciwbólowego, mimo że dostęp do takiego leczenia zagwarantowany jest w konwencjach (5). Terapii substytucyjnej w ogóle nie stosuje się w Rosji, a w Kazachstanie funkcjonuje zaledwie jeden mały program, któremu wciąż grozi zamknięcie. Tymczasem wzrost zakażeń HIV, wynikający z iniekcyjnego stosowania narkotyków, jest w obu państwach ogromny. Według szacunków UNOCD w Rosji ponad 2 miliony osób używa narkotyków dożylnie (6). Jednak, gdy w 2005 roku przedstawiciele INCB odwiedzili Rosję, przemilczeli zupełnie kwestię zakazu stosowania tego typu terapii. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku Kazachstanu. W raporcie z 2005 roku INCB zasygnalizowało bezsprzeczny związek między liczbą osób przyjmujących dożylnie heroinę, a wysokim stopniem zakażeń HIV, jednak nie skomentowało w żaden sposób faktu, że kraj ten nie wykorzystuje dotacji, jakie otrzymał z Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria, na leczenia substytucyjne (7). Podczas gdy wielu ekspertów bije na alarm, dla INCB nie wydaje się to stanowić problemu.

INCB zdarza się odnotowywać w swoich raportach fakt wprowadzania terapii substytucyjnej przez niektóre kraje (na Ukrainie w 2005 roku zaczęto stosować buprenorfinę, Chiny od 2004 roku zwiększyły dostęp do metadonu, Malezja wprowadziła leczenie opioidowe w prywatnych i publicznych zakładach opieki zdrowotnej), jednak nigdy nie spotyka się to z pozytywnym komentarzem (7). Takie podejście jest niezrozumiałe. Leczenie substytucyjne chorych na AIDS umożliwia im stosowanie terapii antyretrowirusowej, która, ze względu na konieczność rygorystycznego przyjmowania leków, w przypadku osób będących pod ciągłym wpływem narkotyku jest praktycznie niemożliwa. Osoby uzależnione, przyjmujące narkotyki dożylnie są szczególnie narażone na zakażenie HIV. Przystawienie takich pacjentów z heroiny na metadon czy buprenorfinę, podawane pod kontrolą, w warunkach medycznych, znacznie takie ryzyko minimalizuje. Paradoksalnie INCB, wspierając państwa, nad którymi sprawuje pieczę, w dążeniu do ograniczania problemów wynikających z używania nielegalnych narkotyków, jednocześnie ignoruje sytuację, w której część z tych państw zakazuje stosowania środków zaradczych, niezwykle w tej walce skutecznych.

## **Polityka narkotykowa w różnych stronach świata**

Pomimo presji, jaką wywiera INCB, na mapie świata widać duże zróżnicowanie w podejściu do problemu narkotyków. W Ameryce Południowej przez ostatnie lata wprowadzono w tym zakresie wiele zmian. W Argentynie Sąd Najwyższy wydał opinię, że karanie za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek jest niezgodne z konstytucją (8). W Ekwadorze w 2008 roku zwolniono z więzień ponad 1,5 tysiąca drobnych przemytników (transportujących do 2 kg narkotyku), korzystając z argumentu o proporcjonalności prawa – zastosowana kara powinna być sprawiedliwa i adekwatna do przewinienia (9). Uchwalona w 2008 roku nowa Konstytucja Ekwadoru stwierdza, że użytkownicy substancji psychoaktywnych nie powinni

być kryminalizowani (10). Brazilian Commission on Drug Policy, w skład której wchodzi wybitni przedstawiciele brazylijskiego społeczeństwa (sędziowie, posłowie itp.), stworzyła szereg rekomendacji na potrzeby parlamentu, radząc, jak zmienić legislację dotyczącą narkotyków. Do usunięcia zakazu żucia liści koki z międzynarodowych konwencji ONZ wezwał w marcu 2008 roku prezydent Boliwii, w której zwyczaj ten jest immanentną częścią tradycji kraju (11). Ponieważ propozycja została ostatecznie odrzucona, 29 czerwca 2011 roku rząd Boliwii podjął decyzję o wycofaniu się z konwencji z 1961 roku, zaznaczając jednocześnie, że jest gotowy ponownie do niej przystąpić, z zastrzeżeniem dotyczącym zakazu żucia liści koki na swoim terytorium. INCB potępił decyzję Boliwii i zaważwał inne kraje podlegające konwencji, by uczyniły to samo (12).

Europejska polityka narkotykowa kieruje się w przede wszystkim zasadami zdrowia publicznego, co daje możliwość podejmowania konkretnych działań i interwencji, które minimalizują ryzyko oraz redukują szkody spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (programy wymiany igieł i strzykawek, pokoje iniekcyjne, terapia substytucyjna). Dostęp do leczenia substytucyjnego, uznawanego za skuteczną metodę terapii osób uzależnionych od opiatów i rekomendowanego przez Komisję Europejską, Światową Organizację Zdrowia i wyspecjalizowane agendy ONZ (UNAIDS, UNODC), mają obecnie mieszkańcy wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej (13). Leczenie substytucyjne – wraz z programami wymiany igieł i strzykawek – jest szeroko promowane jako istotny element strategii profilaktyki HIV wśród osób używających narkotyków dożylnie. Według szacunków Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) około połowa Europejczyków problemowo używających opiatów korzysta z tej formy terapii (13). Należy jednak zaznaczyć, że dostęp do substytucji nie jest równomierny i waha się od poniżej 10 proc. (Polska, Słowenia, Cypr, Litwa) do ponad 50 proc. (Włochy, Francja, Luksemburg, Niemcy) (13).

Dobrym przykładem kraju posiadającego skuteczną i racjonalną politykę narkotykową jest Portugalia. W 2001 roku portugalski rząd przegłosował nowe prawo, w myśl którego posiadanie i konsumpcja wszelkich narkotyków nie są już przestępstwem, ale wykroczeniem administracyjnym, niepodlegającym karze więzienia (14). Zamiast koncentrować się na działaniach policyjnych postanowiono skupić się na prewencji i systemie leczenia osób uzależnionych. Ważny element stanowią tzw. Komisje Odwodzenia (Dissuasion Commissions), w skład których wchodzi: ekspert prawny delegowany przez ministerstwo sprawiedliwości, pracownik służby zdrowia oraz pracownik społeczny. Użytkownik narkotyków zatrzymany przez policję ma obowiązek stawić się przed taką komisją na rozmowę, której celem jest ustalenie czy osoba zatrzymana jest uzależniona od substancji psychoaktywnych, od jak dawna i jakich narkotyków używa, czy jest zatrudniona oraz w jakim środowisku żyje. Zadaniem komisji jest uświadomienie zatrzymanemu szkodliwości zażywania narkotyków, poinformowanie o różnych metodach leczenia oraz zalecenie podjęcia terapii w uzasadnionych przypadkach (14). W sytuacji kolejnych zatrzymań komisja nakłada zazwyczaj karę finansową. Mogą zostać nałożone również inne sankcje, w tym: nakaz prac społecznych, nakaz regularnego zgłaszania się przed komisję lub



wstrzymanie wypłacania środków z pomocy społecznej (jeżeli osoba zatrzymana z takowych korzysta) (14). W Portugalii powszechne są również programy redukcji szkód, dzięki którym osoby uzależnione od opiatów zaopatrywane są przez pracowników ekip ulicznych w małe apteczki, zawierające czyste igły i strzykawki, wodę destylowaną, gazę oraz prezerwatywy. Pracownik socjalny spełnia również inną ważną funkcję – stanowi rodzaj wsparcia. Jego zadaniem jest poinformowanie o możliwościach i dostępnych metodach leczenia, a także pośrednictwo w kontakcie z centrum leczenia uzależnień. Ważną rolę odgrywają również działania mające na celu pomoc uzależnionym w powrocie do społeczeństwa. Specjalne zespoły zajmujące się reintegracją, we współpracy z ośrodkami leczenia, pomagają zaplanować dalsze działania, a także wspierają w poszukiwaniu pracy (14).

Innym, zasługującym na uwagę, przykładem dobrych rozwiązań w obrębie polityki narkotykowej jest Szwajcaria. Ze względu na bardzo wysoki poziom zakażeń HIV na przełomie lat 80-tych i 90-tych, znacząco wyższy niż w innych krajach Europy, władze państwa zdecydowały się na zmianę panującego wówczas prohibicyjnego podejścia (15). Funkcjonujący obecnie model można scharakteryzować jako politykę czterech równoważnych filarów: profilaktyki, terapii, redukcji szkód oraz działań policyjnych. W 1994 roku Rada Federalna, po licznych konsultacjach pomiędzy władzami poszczególnych kantonów i dyskusjach z udziałem specjalistów ds. służby zdrowia, zaaprobowwała nowe rozwiązania, dzięki którym nastąpiło przeniesienie nacisku ze sfery prawa karnego na sferę zdrowia publicznego. Od tego momentu działania represyjne stanowią jedynie jeden z wielu równoprawnych elementów w walce z problemem narkotykowym, co umożliwia bardziej kompleksowe i wszechstronne podejście do zagadnienia. Poza działającymi na szeroką skalę programami redukcji szkód w Szwajcarii funkcjonuje terapia wspomagana heroiną (HAT). Polega ona na podawaniu w kontrolowany sposób heroiny osobom, które wykazują oporność na wszelkie formy terapii substytucyjnej. Zaletą tego rozwiązania jest ograniczenie ryzyka zakażeń HIV, a także ryzyka przedawkowań. Stosowana w terapii medyczna heroina pozbawiona jest zanieczyszczeń, co znacząco wpływa na poprawę stanu zdrowia osób ją przyjmujących. Najistotniejszy z perspektywy ograniczenia zakażeń HIV był jednak wzrost uczestnictwa w programach substytucyjnych (od poziomu bliskiego zeru do ponad 18 tys. pacjentów w szczytowym roku 2000) (15).

W Czechach za działania związane z problemem używania przez społeczeństwo narkotyków odpowiedzialna jest Rządowa Rada ds. Koordynacji Polityki Narkotykowej (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Znamienny jest fakt, że zasiadają w niej głównie koordynatorzy z bogatym doświadczeniem w świadczeniu usług socjalnych i zdrowotnych osobom uzależnionym, a nie stróże prawa i przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości (16). Model czeski, podobnie jak szwajcarski, zasadza się na czterech równoprawnych fundamentach: prewencji, leczeniu uzależnionych, redukcji szkód oraz działaniach wymiaru sprawiedliwości. Dużą rolę odgrywają organizacje pozarządowe, które działają na rzecz osób uzależnionych, świadcząc różnego rodzaju usługi, mieszczące się w ramach tzw. programów niskoprogowych (tzn. działań, w których abstynencja nie jest głównym kryterium uzyskania pomocy). W Czechach

posiadanie i używanie narkotyków jest nielegalne, jednak posiadanie niewielkich ilości (precyzyjnie zdefiniowanych w kodeksie karnym) na własny użytek traktowane jest jak wykroczenie, w związku z czym podlega karze grzywny, a nie więzienia. Za niewielką ilość uznaje się do 15 g. marihuany, do 5 g. haszyszu, do 1,5 g. heroiny, do 1 g. kokainy, do 40 grzybów halucynogennych, do 4 tabletek ecstasy, czy 5 dawek LSD (16). Celem czeskiej polityki narkotykowej jest poradzenie sobie z tzw. problemowymi użytkownikami substancji psychoaktywnych, tzn. takimi, którzy przyjmują narkotyki dożylnie lub od dłuższego czasu przyjmują regularnie narkotyki inne niż marihuana. Według szacunków czeskiego rządu w 2009 roku było ich około 37,5 tys. (16). Stąd tak istotną rolę pełnią programy wymiany igieł i strzykawek, punkty testowania na obecność HIV, centra pomocy kryzysowej, doradztwo i inne formy pomocy socjalnej i zdrowotnej. Występowanie HIV wśród użytkowników iniekcyjnych szacuje się na poniżej 1 proc. (17). W przypadku Czech można również mówić o szerokim dostępie do terapii substytucyjnej. Osobie uzależnionej od opiatów każdy lekarz ma prawo przepisać buprenorfinę. W roku 2010 na 11 tys. uzależnionych ponad 5 tys. osób korzystało z tej formy leczenia. Oznacza to, że 45% uzależnionych korzysta z tej formy pomocy. Jest to imponujące osiągnięcie, jeżeli porównamy je z innymi krajami Europy (16). Inne, poza terapią substytucyjną, formy leczenia osób uzależnionych prowadzone są ambulatoryjnie lub stacjonarnie w szpitalach psychiatrycznych, zarówno prywatnych jak i państwowych. Prowadzenie społeczności terapeutycznych jest głównie domeną organizacji pozarządowych.

W Polsce posiadanie i konsumpcja jakichkolwiek nielegalnych substancji zagrożone są karą pozbawienia wolności do lat 3, jednak wchodząca pod koniec 2011 roku ustawa wprowadza możliwość odstąpienia od wszczęcia postępowania karnego wobec osoby posiadającej niewielkie ilości substancji psychoaktywnych. Artykuł 62a tej ustawy głosi: „Jeżeli przedmiotem czynu (...) są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości” (18). Brak zapisu o wartościach granicznych uniemożliwia jednak precyzyjne określenie czym jest owa „nieznaczna ilość”. W praktyce oznacza to, że prokurator wedle własnego uznania będzie podejmował decyzję odnośnie użytkownika oskarżonego o posiadanie narkotyków.

Surowe prawo karne w Polsce nie przekłada się na zmniejszenie poziomu konsumpcji substancji psychoaktywnych, powoduje natomiast zdecydowany wzrost liczby aresztowań za ich posiadanie. W 2008 roku aresztowano prawie 30 tys. posiadających przy sobie niewielką ilość nielegalnych substancji (19). Efektem takiego podejścia są przepełnione więzienia, w których dostęp do narkotyków nie jest szczególnie trudny. Szacuje się, że realizacja artykułu 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii kosztuje państwo średnio 80 mln złotych rocznie (19).

Polska plasuje się na przedostatnim miejscu jeżeli chodzi o dostęp do leczenia substytucyjnego w Unii Europejskiej (13). Statystyki pokazują, że na około 25–29 tysięcy

osób uzależnionych od opiatów w 2010 r. jedynie 8% korzystało z leczenia substytucyjnego (20). Wciąż istnieje wiele miejsc, w których nie funkcjonuje ani jeden program metadonowy (woj. Podlaskie, Podkarpackie, Warmińsko-Mazurskie, Pomorskie) (20), lub dostęp do leczenia jest poważnie utrudniony (np. w województwie śląskim średni czas oczekiwania na przyjęcie do programu wynosi 3 lata) (20).

W Stanach Zjednoczonych administracja Baracka Obamy w grudniu 2009 roku zniosła zakaz finansowania igieł i strzykawek z budżetu federalnego, co jest istotne nie tylko dla działań prewencyjnych w USA, ale też niesie ze sobą niezwykle ważne skutki o zasięgu międzynarodowym. Obecnie U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) jest największym programem wspierającym międzynarodowe działania w dziedzinie walki z AIDS<sup>1</sup>. Zniesienie restrykcji dotyczących redukcji szkód stwarza możliwość dotowania programów wymiany igieł i strzykawek m.in. na Ukrainie, w Rosji czy Wietnamie, gdzie wstrzykiwanie substancji psychoaktywnych jest główną drogą zakażenia HIV (6).

Mimo, iż USA słynie są ze swojego prohibicyjnego podejścia do narkotyków, w szesnastu stanach (m.in. w Waszyngtonie, Kaliforni, Arizonie, Kolorado, Nowym Meksyku, Nevadzie) dostępna jest legalnie medyczna marihuana (21), a jej posiadanie do celów rekreacyjnych nie podlega penalizacji m.in. w stanie Nowy Jork, Oregon, Kolorado, Ohio, Minnesota, Mississippi, Nebraska, Connecticut, Louisiana, Massachusetts, New Jersey, Nevada, Vermont, Wisconsin, West Virginia (22). Wprowadzanie zmian w Stanach Zjednoczonych jest jednak procesem trudnym i długotrwałym, gdyż istnieje ogromne lobby więziennictwa i policji, które nie chcą zrezygnować z „łatwych” klientów, jakimi są rekreacyjni użytkownicy.

W ogromnej populacji Azji, pomimo niezwykle surowych kar grożących w tym regionie za posiadanie narkotyków, liczba osób przyjmujących środki psychoaktywne i tą drogą zakażających się HIV jest wysoka. W Azji Południowo-Wschodniej około 15–20% osób przyjmujących środki psychoaktywne w iniekcjach (ok. 3 957 500 osób) zakażonych jest HIV (23).

Oprócz surowych kar Azję charakteryzuje brak profesjonalnych sposobów leczenia. Ponad pół miliona osób „leczy się” w obozach pracy, najczęściej w Chinach, Kambodży i Wietnamie (24). Mimo, iż UNODC oraz WHO jasno określają normy leczenia, w wielu krajach w ramach terapii osób uzależnionych stosuje się nieetyczne metody, których skuteczność nie jest poparta żadnymi naukowymi dowodami. W Tajlandii oraz Indiach za skuteczną metodę uznaje się skuwanie osób uzależnionych kajdanami i poddawanie ich kuracji za pomocą mieszanki sporządzonej z lokalnych ziół, nie posiadającej żadnej rekomendacji ze strony Ministerstwa Zdrowia (24). W Chinach, Malezji, Wietnamie oraz Kambodży „leczy się” uzależnionych za pomocą wycieńczających ćwiczeń fizycznych. Tajowie wysyłają swoich pacjentów do obozów wojskowych, po których, jak twierdzą, ludzie wychodzą „uzdrowieni” (24). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że prawo międzynarodowe i różnego rodzaju konwencje stanowczo zakazują poddawania kogokolwiek kuracji niepopartej dowodami

<sup>1</sup> Strona internetowa programu: <http://www.pepfar.gov>



naukowymi, bez zgody osoby bezpośrednio zainteresowanej. Takie postępowanie uwłacza ludzkiej godności i uznaje się je za torturę.

Jeżeli chodzi o więźniów skazywanych za przestępstwa narkotykowe, zmuszani są oni często do nieodpłatnej pracy (np. przy wyrobie różnego typu produktów), niekiedy w ekstremalnych warunkach. W Wietnamie odnotowywano sytuacje, gdy w przypadku niewyrobienia przyjętej normy produkcyjnej stosowane były kary cielesne, tortury (przywiązywanie więźniów łańcuchami i nakaz stania na palcach przez 24 godziny), a także więzienie ludzi w celach o wielkości umożliwiającej funkcjonowanie jedynie w pozycji stojącej (24).

Warto wspomnieć jednak o pierwszych azjatyckich oznakach rozsądku w podejściu do problemu używania narkotyków – w Malezji, Chinach, Tajlandii, Wietnamie czy Indonezji leczenie substytucyjne oraz filozofia redukcji szkód (np. programy wymiany igieł i strzykawek) zaczynają być brane pod uwagę jako szansa zapobiegania rozwojowi HIV i stopniowo wcielane w życie (25).

Wśród krajów azjatyckich niewątpliwie ciekawym przykładem jest Afganistan, który pozostaje nieprzerwanie największym producentem opium na świecie. Szacuje się, że ok. 90% światowej heroiny pochodzi właśnie stamtąd (26). Do światowej czołówki krajów, które zaopatrują rynek w opium, poza Afganistanem, należą: Kolumbia, Meksyk, Birma, Pakistan i Laos (26). Liderami w produkcji kokainy są Boliwia, Kolumbia oraz Peru (26). Kraje o niskich dochodach, słabo rozwinięte, pogrążone w konfliktach często stają się producentem nielegalnych roślin na masową skalę. Bieda, chaos, korupcja na wszystkich szczeblach władzy, destabilizacja i ogólna słabość państwa to czynniki, które w ogromnym stopniu odpowiadają za ten stan rzeczy. Pozwalają funkcjonować ogromnym kartelom narkotykowym, które bez najmniejszych problemów są w stanie przekupić każdego. Farmerzy zajmujący się uprawą w tych krajach, nie zawsze chętni do uczestnictwa w przestępczej działalności, nie mają możliwości zamiany uprawy maku czy krzewów koki na cokolwiek innego. Przy praktycznie nieistniejącej infrastrukturze nie mieliby nawet szansy na dostarczenie innych produktów na rynki zbytu. Po narkotyki zgłaszają się sami handlarze organizujący transport we własnym zakresie. Dla wielu uprawa nielegalnych roślin to jedyna szansa na przetrwanie, o ile nie staną się ofiarami zorganizowanych akcji niszczenia upraw, podejmowanych w wielu państwach w ramach strategii ograniczania podaży. Często w ten sposób wyniszcza się całe wioski (26).

W 32 krajach za przestępstwa związane z narkotykami w dalszym ciągu można zostać skazanym na karę śmierci (27). Szacuje się, że rocznie wykonywanych są setki, jeżeli nie tysiące egzekucji. Niestety kraje takie jak Chiny, Singapur czy Wietnam nie ujawniają danych dotyczących wykonywalności wyroków, trudno więc dokładnie ocenić skalę zjawiska (27).

Mimo ciągłych sprzeciwów organizacji zajmujących się prawami człowieka, naukowców oraz różnych instytucji podlegających ONZ, wiele krajów utrzymuje karę śmierci, traktując ją jako część polityki służącej przeciwdziałaniu przestępczości narkotykowej. Z analizy danych dotyczących kary śmierci wynika jednak, że rzadko do więzień trafiają wysoko postawieni członkowie organizacji przestępczych, których



ogromne zasoby finansowe skutecznie bronią przed systemem sprawiedliwości. W przeważającej większości spotyka to drobnych przemytników, plantatorów i handlarzy, którzy, nie mając żadnego wpływu na międzynarodowy handel i produkcję narkotyków, stają się ofiarami. Do krajów, które cechuje wysoka wykonywalność wyroków śmierci za przestępstwa związane z narkotykami, można zaliczyć: Chiny, Iran, Arabię Saudyjską, Wietnam, Singapur i Malezję (27). W Indonezji, Kuwejcie, Tajlandii, Pakistanie, Egipcie, Syrii, Jemenie czy Bangladeszu nadal zapadają i są wykonywane wyroki, natomiast ich liczba jest już znacząco niższa (27). O symbolicznym wymiarze skazywania na karę śmierci możemy mówić między innymi w przypadku Indii, Tajwanu, Zjednoczonych Emiratów Arabskich, Kuby, Korei Południowej, a także Stanów Zjednoczonych (27). W ostatnich latach nikt tam nie został stracony z powodu przestępstw narkotykowych. Trudno cokolwiek powiedzieć na temat wyroków i dokonywanych na ich mocy egzekucji w Iraku, Korei Północnej, Sudanie czy Libii. Informacje płynące z tych krajów nie są jednoznaczne, a przedstawiciele władz wiedzę na ten temat utrzymują w tajemnicy.

### Przyszłość polityki narkotykowej

W jakim kierunku będzie podążać polityka dotycząca substancji psychoaktywnych na świecie? Za nami doświadczenia trwającej nieprzerwanie od pięćdziesięciu lat wojny wytoczonej nielegalnym narkotykom. Wojny, która nie dość, że jest kosztowna, to nie przynosi spodziewanych efektów. Popyt na substancje psychoaktywne nie maleje, ich produkcja wciąż rośnie, a kontrolę nad rynkiem sprawują głównie zorganizowane grupy przestępcze. Działania prewencyjne odnoszą niewielkie skutki, a tysiące ludzi na świecie cierpi z powodu źle funkcjonującego prawa i braku odpowiednich metod zaradczych. Obecnie prowadzona polityka przeciwko producentom, dystrybutorom i konsumentom nielegalnych narkotyków nie eliminuje problemu.

Odpowiedzią na obecną złą sytuację jest opublikowany w czerwcu 2011 roku przełomowy raport Global Commission on Drug Policy\*, postulujący zakończenie trwającej wojny i podjęcie międzynarodowej debaty na temat możliwości wprowadzenia nowych rozwiązań. Nigdy wcześniej tak wiele znaczących osób, polityków i intelektualistów, nie opowiedziało się w sposób jednoznaczny za diametralną zmianą obecnego prohibicyjnego podejścia do kwestii narkotyków. Koszty ekonomiczne i społeczne obecnej polityki są nie do przyjęcia – twierdzą sygnatariusze raportu. Komisja powstała z inicjatywy czterech byłych Prezydentów: Ruth Dreifuss (Szwajcaria), Ernesto Zedillo (Meksyk), Fernando Henrique Cardoso (Brazylia) oraz Cesar Gaviria (Kolumbia). W jej skład wchodzi także: były Sekretarz Generalny ONZ Kofi Annan, były Wysoki Przedstawiciel do Spraw Wspólnej Polityki Zagranicznej i Bezpieczeństwa Unii Europejskiej Javier Solana, były Minister Spraw

\* „Wojna” z narkotykami. Raport Światowej Komisji do spraw Polityki wobec Narkotyków. *Alkoholizm i Narkomania*, 2011, 24, 2, 125–151.

Zagranicznych Norwegii Thorvald Stoltenberg, była Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w Niemczech Marion Caspers-Merk, pisarze Carlos Fuentes i Mario Vargas Llosa, premier Grecji George Papandreou, a także George Shultz, Asma Jahangir, John Whitehead, Louise Arbour, Maria Cattai, Michel Kazatchkine, Paul Volcker oraz Richard Branson. Swoje poparcie dla raportu wyraziło wiele ważnych postaci, między innymi premier Czech Petr Nečas oraz były prezydent USA Jimmy Carter.

„Globalna wojna z narkotykami nie powiodła się, przyniosła jedynie katastrofalne skutki z punktu widzenia zarówno jednostki jak i całych społeczeństw” głosi pierwsze zdanie raportu. Publikacja zawiera cztery główne zasady oraz szereg rekomendacji odnośnie do działań, które powinny być podjęte, by w sposób skuteczny stawić czoła problemowi związanemu z szeroko rozumianym istnieniem narkotyków na świecie. Komisja postuluje, aby rządy krajów swoją politykę narkotykową opierały na dowodach naukowych i faktach potwierdzonych empirycznie. Jako miarę jej sukcesu należy przyjąć zmniejszenie szkód w obszarach zdrowia i bezpieczeństwa osób uzależnionych. Wszelkie wprowadzane strategie działania powinny funkcjonować z poszanowaniem praw człowieka i w trosce o zdrowie publiczne. Należy zaprzestać kryminalizacji, stygmatyzacji i marginalizacji ludzi zażywających narkotyki, którzy nie wyrządzają swoim zachowaniem krzywdy innym. Osoby uzależnione powinny być traktowane jak pacjenci, a nie kryminaliście, w związku z czym nie powinny być karane, ale leczone. Ważne jest również, by na kształt podejścia do narkotyków wpływały zarówno agendy rządowe oraz organy ścigania jak i specjaliści od zdrowia publicznego, organizacje pozarządowe, szkoły oraz lokalni liderzy. Odpowiedzialność za podjęte działania powinna być wspólna i w równym stopniu dotyczyć państw produkujących narkotyki na masową skalę, państw, przez które przechodzi tranzyt, ale także państw konsumenckich. Gdyby nie istnieli konsumenci, podaż nigdy nie utrzymywałaby się na takim poziomie. Zdaniem Komisji najważniejsze jest to, aby zadbać o dostępność do różnych form leczenia uzależnionych (dotyczy to także osób osadzonych w więzieniach); nie wymierzać wysokich kar użytkownikom narkotyków – kryminalizacja w żaden sposób nie jest w stanie im pomóc, a może tylko pogorszyć sytuację; inwestować w skuteczną prewencję, uwzględniając szczególnie osoby młode; osobom ciężko uzależnionym umożliwić dostęp do leczenia substytucyjnego. Ponadto Komisja zaleca rządowi, by próbowały wprowadzać różne modele prawnej regulacji dostępu do narkotyków (np. marihuany), co skutecznie ograniczyłoby pole działania organizacjom przestępczym i przyczyniło się do zwiększenia bezpieczeństwa obywateli. Kraje, w których polityka narkotykowa opiera się głównie na działaniu policji i wymiaru sprawiedliwości, powinny skoncentrować się właśnie na zwalczaniu grup przestępczych, a nie drobnych handlarzy i użytkowników. Komisja zachęca do otwartej debaty i promowania podejścia, które w sposób efektywny redukuje konsumpcję i zapobiega krzywdom związanym z używaniem narkotyków. Kraje członkowskie ONZ powinny wypracować wspólną strategię działania, dopasowaną do potrzeb i uwarunkowań kulturowych poszczególnych państw, opierającą się jednak na sprawdzonych środkach zaradczych, popartych dowodami (28: 2, 5, 8, 17).

Na pewno warto wnikliwie przyjrzeć się rekomendacjom Komisji zawartym w raporcie, zwłaszcza ze względu na jego światopoglądową i polityczną neutralność. Raport przełamuje tabu, jakim w bardzo wielu środowiskach, przede wszystkim politycznych, jest kwestia używania substancji psychoaktywnych.

## PIŚMIENNICTWO:

1. United Nation (1961) Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)
2. United Nation (1971) Convention on Psychotropic Substances, 1971, [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf)
3. United Nation (1988) Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf)
4. Newman RG (2011) Opioid maintenance treatment: a glass half full but also half empty! *Acceptance-Oriented Drug Work*, 8, 14–22 <http://www.indro-online.de/Newman2011.pdf>, data pobrania: 17.07.2011.
5. World Health Organization (2011) ensuring balance in national policies on controlled substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines, WHO.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2010): Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. [http://www.unaids.org/globalreport/global\\_report.htm](http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm)
7. Csete J, Wolfe D (2007) Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS. Canadian HIV/AIDS Legal Network and Open Society Institute, [www.communityinsite.ca/ClosedtoReason.pdf](http://www.communityinsite.ca/ClosedtoReason.pdf), data pobrania 17.06.2011.
8. Touze G (2010) Argentina: Reform on the way? *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 6, 1–2.
9. Metaal P (2009) Pardon for Mules in Ecuador, a Sound Proposal, *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 1, 1.
10. Serrano H, Tamayo E (2008) Change Triumphs in Ecuador's Constitutional Referendum, [http://www.tni.org/archives/serrano\\_ecuadorsreferendum](http://www.tni.org/archives/serrano_ecuadorsreferendum) data pobrania: 17.06.2011.
11. Jelsma M (2011) Lifting the ban of coca chewing, *Series on Legislative Reform of Drug Policies*, 11, 1–2.
12. IDPC Advocacy Note (2011) Bolivia's legal reconciliation with the UN Single Convention on Narcotic Drugs, July 2011, [http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC\\_advocacy\\_note-Bolivia\\_withdraws\\_from\\_1961\\_Convention\\_0.pdf](http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC_advocacy_note-Bolivia_withdraws_from_1961_Convention_0.pdf), data pobrania 12.07.2011.
13. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA (2010) Sprawozdanie roczne 2010 o stanie problemu narkotykowego w Europie. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
14. Domosławski A (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Warsaw: Open Society Foundations.
15. Csete J (2010) *From the Mountaintops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*, New York: Open Society Foundations.
16. Csete J (2011) *A balancing act: Policy on illicit drugs in the Czech Republic*, Open Society Foundations, Budapeszt (w druku)
17. National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction of the Czech Republic (2009) Czech drug policy and its coordination: History and the present. Prague Úřad vlády České republiky.
18. Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 117, poz. 678).
19. Kuźmich E, Mielecka-Kubień Z, Wiszejko-Wierzbička D (red.) (2009) *Karanie za posiadanie. Artykuł o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie*, Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.



20. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2010) Ogólnopolski Rejestr Pacjentów Substytucyjnych (baza komputerowa).
21. Drug Policy Alliance (2011) Medical marijuana. <http://www.drugpolicy.org/issue/medical-marijuana/our-priorities>
22. The Beckley Foundation (2008) The Global Cannabis Commission Report, [http://www.beckley-foundation.org/pdf/BF\\_Cannabis\\_Commission\\_Report.pdf](http://www.beckley-foundation.org/pdf/BF_Cannabis_Commission_Report.pdf), data pobrania 14.07.2011.
23. Beyrer Ch, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA et al. (2010) Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs, *The Lancet*, 376 (9740), 551–563.
24. Open Society Foundations (2011) Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers, [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/publications/treatment-or-torture-20110624/treatment-or-torture-20110624 .pdf](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treatment-or-torture-20110624/treatment-or-torture-20110624.pdf), data pobrania 14.07.2011.
25. Cook C, (red.) (2010) *The Global State of Harm Reduction 2010*. London: International Harm Reduction Association.
26. Dependent on Development: The interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development (2010) [http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles\\_publications/publications/dependent-development-20110313/dependent-development-20110313.pdf](http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles_publications/publications/dependent-development-20110313/dependent-development-20110313.pdf), data pobrania 10.07.2011.
27. Gallahue P, Lines R, (2010) *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010*. London: International Harm Reduction Association.
28. Global Commission on Drug Policy (2011) War on Drugs. Report of the Global Commission on Drug Policy, <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report>, data pobrania 12.07.2011

Adres do korespondencji

Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej, OSF

c/o Helsińska Fundacja Praw Człowieka

ul. Zgoda 11

00-018 Warszawa

Tel. 22 556 44 57

e-mail: [kmalinowska@sorosny.org](mailto:kmalinowska@sorosny.org)

otrzymano: 25.07.2011

przyjęto do druku: 21.10.2011