

ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mariusz Bieniek
POWIAT PŁOCKI

Miroslaw Czapała
POWIAT MALBORSKI

Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Miroslaw Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Brezdeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciołek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHELIŃSKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOWSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0531/109/21

Warszawa, 30 kwietnia 2021 roku

Szanowny Pan

Dariusz Salomończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z dnia 27 kwietnia 2021 r. z prośbą o przedłożenie opinii do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (EW-020-482/21), niniejszym przekazuję opinię Związku Powiatów Polskich.

Na wstępie należy podkreślić, że Związek Powiatów Polskich dopuszcza stosowanie konopi innych niż konopie włókniste, potocznie nazywanych marihuaną, wyłącznie do celów medycznych, pod ścisłym nadzorem i kontrolą lekarza. Tym samym, absolutnie nie aprobuje używania konopi do innych celów, szczególnie rekreacyjnych.

Przechodząc do uwag szczegółowych. Proponowana zmiana, która umożliwi uprawę konopi innych niż włókniste na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i nasiennictwa pod nadzorem, wydaje się być naturalną konsekwencją legalności medycznej marihuany w Polsce. Od 17 stycznia 2019 r. w polskich aptekach dostępny jest preparat, który dostarcza zagraniczna firma. Z powodu konieczności importu medycznej marihuany do Polski, jej cena jest dość wysoka a sam produkt jest trudno dostępny na rynku. Niestety wysoka cena i problemy z dostępnością sprawiają, że paradoksalnie łatwiej jest kupić marihuanę u dilerów, niż zrealizować receptę w aptece. Przy czym należy również pamiętać, że podstawowa różnica pomiędzy marihuaną medyczną a rekreacyjną polega na walidacji składu. Obie odmiany różnią się od siebie znacząco pod kątem zawartości THC. Marihuana medyczna jest produkowana z konopi siewnych, które w odróżnieniu od konopi indyjskich charakteryzują się dużą zawartością substancji o nazwie CBD o właściwościach leczniczych. Jednocześnie nie zawierają one dużo THC, dzięki czemu nie mają one działania psychoaktywnego, które jest charakterystyczne dla indyjskiej odmiany konopi.

Regulacja, która zezwoli polskim przedsiębiorcom na kontrolowaną uprawę konopi wyłącznie do celów medycznych, na podobnych zasadach na jakich odbywa się obecnie uprawa maku i konopi włóknistych, tj. na podstawie zezwolenia wydanego przez wójta/burmistrza lub prezydenta miasta, oraz dodatkowo po wpisie do krajowego rejestru producentów konopi i pod nadzorem Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz organu wydającego zezwolenie na uprawę, jest rozwiązaniem zdroworozsądkowym. Tym niemniej wyraźnie należy podkreślić, że nie znajduje uzasadnienia zezwolenie na kontrolowaną uprawę konopi do celów rekreacyjnych.

W zakresie propozycji, która zakłada, wprowadzenie do licznych ustaw pojęć: „stan po użyciu tetrahydrokannabinolu” oraz „stan upojenia tetrahydrokannabinolem”, które są analogiczne do pojęć odnoszących się do stanów po spożyciu i stanów upojenia alkoholem, należy zauważyć, że na rynku dostępne są również inne środki odurzające, dlatego też nie do końca zrozumiałe jest stosowanie takiego wyłomu wyłącznie w przypadku marihuany. Projektodawca nie wskazuje również, żadnych badań naukowych, które uzasadniałyby przyjęte przez niego wartości graniczne, które zostały określone na poziomie od 2 do 5 ng na ml w przypadku stanu po użyciu THC i powyżej 5 ng na ml w przypadku stanu upojenia THC.

Nie można zgodzić się z propozycją, która zakłada, że wskazane limity miałyby zostać jeszcze podwyższone w przypadku pacjentów stale przyjmujących tego typu substancje, u których zdaniem projektodawcy, ze względu na mechanizm tolerancji nawet wysokie stężenie THC we krwi nie wiąże się z osłabieniem sprawności motorycznej czy opóźnieniem reakcji. Takie podejście mogłoby spowodować potencjalnie zwiększenie zagrożenia w ruchu lądowym, kolejowym, morskim etc. Nie sposób też nie wskazać, że u osób uzależnionych od alkoholu również wytwarza się swoista tolerancja na tą substancję, pomimo tego całkiem słusznie, nie proponuje się podwyższenia zawartości alkoholu we krwi dla osób uzależnionych, gdyż powszechnie wiadomo, iż mogłoby to prowadzić do licznych tragedii drogowych oraz innych przestępstw.

Niemniej jednak, nie można przejść obojętnie wobec danych jakie zostały zaprezentowane w „Raporcie o stanie narkomanii w Polsce 2019”. Zgodnie z nim od kilku lat w Polsce zabezpiecza się najwięcej narkotyków będących pochodnymi konopi indyjskich, jak marihuana czy haszysz. Na tle innych narkotyków zabezpieczenia haszyszu i marihuany w roku 2018 stanowią 92,5% wszystkich zabezpieczeń. W 2018 roku w Polsce w populacji generalnej marihuana była najczęściej używanym narkotykiem z odsetkiem 12,1%. Oznacza to, że problem związany z używaniem marihuany jest w naszym kraju problemem powszechnym. Ponadto doświadczenia pandemii, każą domniemywać, że w ciągu ostatniego roku liczba osób używających marihuanę, mogła jeszcze wzrosnąć. W polskim ustawodawstwie brakuje regulacji w zakresie granicy determinującej kwalifikowanie czynów popełnionych po użyciu THC jako wykroczenie i jako przestępstwa. W dużej mierze kwalifikacja prawna zależy od badania biegłego toksykologa, który w każdym wypadku ocenia, czy liczba środka znajdującego się w organizmie jest znaczna i czy ma wpływ na zdolności motoryczne. Biegły z zakresu toksykologii powoływany jest każdorazowo do spraw, które dotyczą osób znajdujących się pod wpływem środków psychoaktywnych, co z kolei sprawia, że postępowania sądowe znacząco się przeciągają, a ich koszty z uwagi na konieczność wydania opinii są wysokie. Ponadto,

w różnych częściach kraju sądy przyjmują inne wartości środka odurzającego we krwi, które traktowane są jako wykroczenie, co oznacza, że zapadające w tych sprawach wyroki nie są jednolite.

Wprowadzenie proponowanych przez projektodawcę pojęć stanu po użyciu tetrahydrokannabinolu oraz stanu upojenia tetrahydrokannabinolem mogłoby wpłynąć na ujednoczenie wydawanych w skali kraju wyroków odnoszących się do znajdowania się pod wpływem THC, zwiększenie przejrzystości przepisów oraz na przyspieszenie postępowań sądowych i zmniejszenie ich kosztów.

Związek Powiatów Polskich nie odnosi się do umożliwienia refundacji leków recepturowych wytworzonych z konopi innych niż włókniste, pozostawiając tą propozycję pod rozagę Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proponowana przez projektodawcę zmiana w zakresie art. 53 ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2020.2050) wskazująca, że nie popełnia przestępstwa wytwarzania, przetwarzania, przerabiania środków odurzających, substancji psychotropowych lub nowych substancji psychoaktywnych, ten kto przetwarza lub przerabia na własny użytek produkty lecznicze przygotowane z surowców farmaceutycznych, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, wydaje się być słuszna. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 12 października 2005 r., sygn. II AKa 200/05 (LEX nr 170276) – „Na wytwarzanie środka odurzającego, a zwłaszcza naturalnego jak ziele konopi indyjskich składa się wiele czynności, które prowadzą do otrzymania gotowego narkotyku, zwanego potocznie marihuaną. W tym przypadku potrzebne działania dzielą się na kilka etapów, a to uprawę konopi, dalej - zbiór ziela, a następnie suszenie ziela, rozdrabnianie go i porcjowanie.”. Zatem obawy projektodawcy, że przepisy art. 53 przywoływanej ustawy można interpretować jako zakaz rozdrabniania ziela konopi czy ponownego wykorzystania ziela poddanego uprzednio waporyzacji, wydają się być uzasadnione.

W końcu zaś odnosząc się do propozycji uwzględnienia w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego; zagadnień odnoszących się do medycznego zastosowania konopi, należy udzielić aprobaty wskazanej propozycji. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2021.790) w art. 4 wskazuje, że każdy lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, diagnozowania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej i należytą starannością. Należy zatem zapewnić, już na etapie studiów, przyszłym lekarzom i farmaceutom dostęp do aktualnej wiedzy medycznej. Skoro bowiem medyczna marihuana w Polsce jest legalna, to informacje jej dotyczące powinny zostać uwzględnione w toku kształcenia.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich
Andrzej Płonka