

Ustawa
z dnia
o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Art. 1. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) W art. 28:

a) ust. 2. otrzymuje brzmienie:

Leczenie substytucyjne może prowadzić zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Biura odnośnie do spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7.

b) ust. 6. otrzymuje brzmienie:

Zezwolenie na leczenie substytucyjne cofa się, gdy zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.

c) ust. 6b. otrzymuje brzmienie:

Zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej prowadzący leczenie substytucyjne jest obowiązany do niezwłocznego przekazywania Biuru informacji o zakwalifikowaniu, wyłączeniu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie realizującym takie leczenie.

a) ust. 7. otrzymuje brzmienie:

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym, szczegółowe warunki, jakie powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej prowadzący leczenie substytucyjne, oraz szczegółowy sposób gromadzenia, przechowywania i przekazywania informacji, o których mowa w ust. 6b, mając na względzie dobro osób uzależnionych, w tym potrzebę zachowania anonimowości osób umieszczanych w Centralnym Wykazie Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

2) art. 62a zmienia zapis na art.62a.1.

art. 62a. 1. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub

dochodzenia, jeśli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

3) do art. 62a.1. dodaje się ustęp 2. o następującej treści:

2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa w drodze rozporządzenia ilości wybranych środków odurzających i substancji psychotropowych, które należy uznać za nieznaczne. Celem rozporządzenia jest stworzenie jasnych kryteriów stosowania instytucji umorzenia, o której mowa w ustępie 1. Rozporządzenie bierze pod uwagę całkowitą masę środków odurzających i substancji psychotropowych zabezpieczonych przy zatrzymanych, nie zaś wagę substancji czynnej. Rozporządzenie uwzględnia jedynie najpopularniejsze z zabezpieczanych substancji. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

Uzasadnienie:

1) Uzasadnienie do zmian w art. 28

Dwudziestoletnie już doświadczenia Polski w prowadzeniu leczenia substytucyjnego pokazują, że dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie wydają się niewystarczające, a przez to są nieskuteczne dla wielu pacjentów i obciążone dużymi kosztami po stronie systemu zdrowia. Od pewnego już czasu w środowisku lekarzy i terapeutów, a także pacjentów toczą się dyskusje o potrzebach wprowadzenia uzupełnień i modyfikacji. Mimo, że zmiany są stosunkowo często wprowadzane, a kolejne rozporządzenia MZ łagodzą zbyt restrykcyjne zapisy lub z nich wręcz rezygnują, to w efekcie sytuacja nie ulega znaczącej poprawie. Zdaniem wielu specjalistów, pożądany efekt w postaci zdecydowanie szerszego udostępnienia terapii zastępczej i większego zhumanizowania dotyczących jej praktyk, da jedynie wprowadzenie alternatywy dla modelu, który zezwala na prowadzenie przedmiotowej terapii jedynie w ramach formuły tzw. programu substytucyjnego.

Korzyści z umożliwienia prowadzenia leczenia substytucyjnego gabinetom lekarskim:

- Zmiana pozwoli objąć leczeniem o wiele większą liczbę potrzebujących go osób. Jest to celem zarówno Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, jaki i Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2010-2014, czy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2015. Obecnie leczenie substytucyjne otrzymuje ok. 2000 osób, z czego ponad 1000, w Warszawie. Aby osiągnąć np. priorytetowe cele KPPN należałoby objąć tą terapią, co najmniej drugie tyle osób.

- Poprzez rozproszenie pacjentów zmiana pozwoli rozładować sytuację w wielu programach substytucyjnych, w tym w stołecznych, gdzie w każdym, pomoc otrzymuje średnio ok. 200 pacjentów. Zbyt duża liczba zgłaszających się codziennie po lek osób, powoduje znaczące utrudnienia w funkcjonowaniu programu i osłabia jego efektywność (podtrzymywanie u pacjentów tzw. uzależnienia środowiskowego).

- Pozwoli udostępnić terapię zastępczą w mniejszych miejscowościach. Możliwość powstawania i prowadzenia programów substytucyjnych na warunkach określonych w UPN i opartych o te przepisy rozporządzeniach MZ zdecydowały o tym, że leczenie to jest dostępne tylko w dużych ośrodkach miejskich. Wymogi, określające np. jak przechowywać lek, zasady jego wydawania, kontrolę abstynencji, prowadzenie psychoterapii, przekładają się na liczbę zatrudnionego personelu. Powodują, że nie jest opłacalne prowadzenie programów substytucyjnych w małych ośrodkach miejskich, gdzie liczba osób uzależnionych od opioidów jest niewielka.

Ten fakt, w skali kraju poważnie zawęża grupę osób mogących korzystać z terapii substytucyjnej i decyduje o nierównym dostępie obywateli do służby zdrowia.

Zgodnie z proponowanymi zmianami, jeśli leczenie substytucyjne będzie prowadzone przez odpowiednio przygotowanego lekarza psychiatrę wykonującego praktykę lekarską, będzie ono dostępne

dla osób, które do tej pory ze względu na miejsce zamieszkania nie mogły w takim leczeniu uczestniczyć. Zmiana ta ograniczy także inne negatywne zjawiska, jak np. migrację części uzależnionych do dużych miast „za leczeniem”, czego ubocznym skutkiem jest powiększająca się w tych miastach grupa osób wykluczonych społecznie, których utrzymaniem wcześniej czy później będą musiały zajmować się służby społeczne.

Proponowane zmiany spowodują większą dostępność do leczenia substytucyjnego dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Do tej pory, o ile nie były to osoby mieszkające w pobliżu prowadzonych programów substytucyjnych – nie miały żadnych szans na podjęcie takiego leczenia. Bezsprzeczny wydaje się fakt braku udogodnień w poruszaniu się osób na wózku inwalidzkim w naszym kraju. Oczywiście, można byłoby oprzeć udział osoby niepełnosprawnej w leczeniu substytucyjnym o opiekę ze strony rodziny. Wydaje się to jednak stwarzać sytuację w której nie tylko życie jednej osoby, ale także całej rodziny jest podporządkowane dość kuriozalnej procedurze medycznej, jaką jest leczenie substytucyjne w ramach tzw. programów.

Coraz większą grupę osób leczonych substytucyjnie stanowią pacjenci wieloletni. Osoby te, pomimo, że prowadzą normalne życie zawodowe i rodzinne oraz wykonują wiele innych ważnych ról społecznych, nadal pozostają w systemie leczenia nakładających na nich wzmożoną kontrolę (w tym kontrolę abstynencji) oraz zmuszone są do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w trybie odbiegającym zasad postępowania przy leczeniu innych przewlekłych schorzeń. Przyjmowanie metadonu czy innego leku substytucyjnego, powinno z wraz z długością terapii, zbliżać się do sposobu przyjmowania innych preparatów leczniczych. Leczeni substytucyjnie muszą, w dłuższej perspektywie czasu, mieć możliwość stasowania swoich leków w sposób podobny do tego, jak robią to diabetycy czy chorzy na nadciśnienie: wizyta u lekarza, a następnie wizyta w aptecce.

Proponowane zmiany mają niebagatelne znaczenie również pod kątem oszczędności i zmniejszenia kosztów udzielanych w ramach leczenia substytucyjnego świadczeń zdrowotnych. Szczególnie, jeśli weźmiemy pod uwagę, że terapia substytucyjna jest procedurą wieloletnią, a w wielu przypadkach pacjenci będą korzystać z niej do końca życia. W takich przypadkach, nie powinni oni mieć tylko „możliwości” leczenia poza programami substytucyjnymi – zmiana trybu leczenia wg proponowanych zmian powinna być obligatoryjna. To zapewni im skuteczniejszą readaptację, a z drugiej strony przyniesie poważne oszczędności w nakładach na leczenie uzależnień. Ponadto, oszczędności pozwolą na szersze zastosowanie skuteczniejszych ale też i nieco droższych leków, np. preparatów złożonych.

Musimy zauważyć, że zmiany, które są zaproponowane w art. 28 stanowią normę jeśli chodzi o organizację leczenia substytucyjnego w całej Europie. W większości krajów leczenie substytucyjne w programach dotyczy tylko dwóch grup pacjentów:

[1] pacjentów rozpoczynających terapię, dla których istotne jest wdrożenie do leczenia, poprawa sytuacji zdrowotnej i socjalnej, nabranie odpowiednich nawyków, a stała kontrola abstynencji wydaje się nieodzowna. Po pewnym czasie (zazwyczaj jest to kilka lub kilkanaście miesięcy) przesłanki te przestają być istotne.

[2] pacjentów „trudnych”, u których poziom uzależnienia od innych niż opioidy substancji (np. alkoholu) i niski potencjał osobisty w sposób istotny ograniczają cele leczenia.

2) Propozycja uzupełnienia art. 62a.

Ustęp pierwszy stanowi propozycję rządową bez zmian. Ustęp drugi stanowi delegację ustawową do wydania rozporządzenia, które będzie grało rolę definicji legalnej dla terminu „środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego”. Definicja taka przybierze formę tabeli wartości granicznych narkotyków.

Tabela wartości granicznych narkotyków jest narzędziem znanym i stosowanym w wielu krajach UE (m.in. Republika Czeska, Republika Federalna Niemiec). Pozwala ona organom ścigania

ukierunkować działania na tych obywateli, którzy narkotyki posiadają nie w związku z ich konsumpcją, ale przede wszystkim w związku z udostępnianiem i obrotem nimi. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 01.04.2011 r. w zakresie art. 62a miała za zadanie rozwiązać problem konieczności ścigania przez Policję i Prokuraturę drobnych posiadaczy narkotyków, przede wszystkim marihuany, co wydaje się być działaniem niecelowym, a jednocześnie kosztownym. Dodanie art.62a miało mieć ten efekt, że prokuratorzy uzyskaliby możliwość umarzania postępowania względem takich osób i niewykonywania szeregu niepotrzebnych, kosztownych czynności procesowych. Przy okazji, zaprzestano by również niespotykanej nigdzie w UE praktyki surowego karania (9 tys. wyroków więzienia rocznie) konsumentów narkotyków.

Należy zauważyć, że prawo obowiązujące przed nowelizacją z 01.04.2011 r. miało rozwiązania prawne umożliwiające umorzenie postępowania (art. 17 kpk), albo kwalifikację czynu posiadania narkotyków jako wypadek mniejszej wagi (art. 62.3 upn). Mimo to, brak precyzji znamion ustawowych w rodzaju „niskiej społecznej szkodliwości” czy „wypadku mniejszej wagi” skutecznie uniemożliwiał ich stosowanie w praktyce względem zatrzymanych z narkotykami. Problemu tego nie rozwiązało dodanie do ustawy kolejnego terminu nieostrego i niedookreślonego – „ilość nieznaczna narkotyku”, do czego sprowadza się rozwiązanie w postaci art. 62a. Dlatego niezbędne jest doprecyzowanie w możliwie największym stopniu znaczenia tego terminu, na przykład poprzez wprowadzenie wzorowanych na innych krajach europejskich tabel wartości granicznych narkotyków. Należy również zauważyć, że tabele wartości granicznych wprowadzane mocą rozporządzenia nie stanowią naruszenia zasady normowania granic odpowiedzialności karnej mocą ustawy. Tabele wartości granicznych stanowią bowiem definicję legalną terminu „środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego”, który to termin stanowi przesłankę ewentualnego, fakultatywnego umorzenia postępowania, nie zaś przesłankę karalności czynu.