

SERIA: STUDIA NAD POLITYKĄ NARKOTYKOWĄ

W poszukiwaniu równowagi

czeska polityka wobec substancji
nielegalnych



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

W poszukiwaniu równowagi

czeska polityka wobec substancji
niedozwolonych

Joanne Csete, Columbia University

Luty 2012

Global Drug Policy Program



© 2012 Open Society Foundations.

Niniejszą publikację można pobrać w formacie pdf ze strony internetowej Open Society Foundations na podstawie licencji Creative Commons. Publikacja może być powielana i rozpowszechniana wyłącznie w całości, pod warunkiem uznania praw Open Society Foundations i wykorzystania jej w celach niekomercyjnych, edukacyjnych czy związanych z polityką publiczną. Nie zezwala się na wykorzystanie zdjęć poza kontekstem publikacji.

ISBN: 978-1-936133-65-9

Wydawca:

Open Society Foundations
400 West 59th Street
New York, NY 10019 USA
www.soros.org

Więcej informacji można uzyskać w:

Global Drug Policy Program
Open Society Foundations
c/o Helsińska Fundacja Praw Człowieka
Ul. Zgoda 11, 00-018 Warszawa
www.soros.org/initiatives/drugpolicy

Okładka i układ graficzny: Judit Kovács | Createch Ltd.

Tłumaczenie: Artur Zapałowski

Redakcja: Michał Sołtysiak

Korekta: Edyta Ruta

Skład: Andrzej Fuksiewicz

Zdjęcie na okładce © 2012 Vojtech Janouskovec | Progressive O.S. | Dystrybutor sterylnych igieł i strzykawek dla użytkowników narkotyków w Pradze. Dystrybutor wywołał burzę polityczną i został przeniesiony do mniejszej miejscowości poza stolicą. 2008.

Druk: Createch Ltd. | Hungary

Słowo wstępne

Sto lat po podpisaniu pierwszego międzynarodowego traktatu dotyczącego obrotu narkotykami niepowodzenia światowego systemu kontroli narkotyków stają się coraz bardziej oczywiste. Niszczenie upraw, przechwytywanie przemytu oraz karanie dilerów i osób zażywających substancje psychoaktywne niewiele zdziałały, by ograniczyć ich spożycie i dostępność. Sankcje karne stosowane wobec użytkowników spowodowały masowe uwięzienia – szkodliwe dla rodzin i całych społeczności oraz uderzające w podstawowe prawa człowieka.

Jednak argumenty na rzecz liberalizacji prawa, wysuwane w ramach światowego ruchu na rzecz reformy polityki narkotykowej, zyskują coraz większe znaczenie. Rządy wielu krajów zmierzają do dekryminalizacji posiadania narkotyków, liczne autorytety i przedstawiciele sektora prywatnego wspierają ruch reformatorski, a zmiana nastawienia opinii publicznej następuje szybciej niż zmiany w polityce poszczególnych państw.

Wciąż jednak utrzymuje się postulat prowadzenia „wojny z narkotykami” – choć istnieją niepodważalne dowody, że takie podejście nie tylko nie ogranicza podaży ani popytu, lecz także powoduje ogromne szkody w życiu jednostek i społeczeństw. Zbyt mało krajów uznało dowody świadczące o szkodliwości „wojny narkotykowej” i zobowiązało się do prowadzenia skuteczniejszej i bardziej zrównoważonej polityki w tej dziedzinie.

Upadek Związku Radzieckiego wiązał się z nowymi możliwościami, jak i poważnymi wyzwaniem dla krajów bloku wschodniego. W kwestii substancji niedozwolonych kraje te na ogół utrzymały politykę opartą na represjach i moralizatorskim stosunku wobec użytkowników, nawet jeśli w wielu krajach Europy Zachodniej nastąpił zwrot w stronę polityki mniej represyjnej i ukierunkowanej na zdrowie publiczne.

Wiele państw byłego bloku wschodniego wciąż zмага się z dziedzictwem surowej polityki opartej na działaniach policyjnych i podąża za nierealistycznym celem, którym jest społeczeństwo wolne od substancji psychoaktywnych. Niniejszy raport opisuje, jak jedno z państw postkomunistycznych zerwało z dawnymi praktykami, wprowadzając politykę kształtowaną na podstawie badań naukowych wykazujących, że osoby zażywające narkotyki, powinny mieć przede wszystkim łatwy dostęp do usług medycznych i środków redukcji szkód. Twórcy czeskiej polityki narkotykowej często powołują się na swoje doświadczenia w organizacjach zdrowia publicznego i usług społecznych, które jako pierwsze odchodziły od praktyki potępienia i kryminalizacji osób używających narkotyków i od nich uzależnionych. Zaowocowało to dużymi osiągnięciami na polu ograniczania rozprzestrzeniania się HIV poprzez iniekcję oraz zapalenia wątroby typu C.

Decyzje w tej kwestii muszą podjąć przywódcy polityczni na całym świecie. Politykom wciąż o wiele łatwiej jest stosować represyjne środki kontroli, dowodzące ich twardej linii wobec przestępstw. Mogą być pewni, że ich wyborcy nie będą protestować w sprawie penalizacji osób używających narkotyków nawet za najbliższe przewinienia. Jednak w kluczowym dla Republiki Czeskiej momencie historycznym społeczeństwo obywatelskie i przywódcy polityczni odważyli się przeciwstawić żądaniom zaostrzenia kar i stworzyli podstawy polityki narkotykowej respektującej człowieczeństwo osób uzależnionych. Podjęli również próbę wpłynięcia na debatę publiczną przez wprowadzenie długotrwałego i transparentnego monitoringu badającego skuteczność działań prawnych.

Wierzmy, że czeskie doświadczenia na polu polityki narkotykowej staną się wzorcem służącym przekształceniu polityki opartej na represjach w politykę opartą na podstawach naukowych. Niniejsze studium jest trzecim z cyklu publikacji opisujących politykę narkotykową poszczególnych krajów – poprzednie dotyczyły doświadczeń Szwajcarii i Portugalii. Mamy nadzieję, że raport ten rzuci trochę światła na kwestie stosowania metod naukowych w tej skomplikowanej i często niezrozumianej dziedzinie, jaką jest polityka narkotykowa.

Kasia Malinowska-Sempruch

Dyrektor Międzynarodowego Programu Polityki Narkotykowej

Open Society Foundations

Spis treści

Podziękowania	7
Streszczenie	9
1. Kres dominacji radzieckiej	13
2. Polityka wobec coraz jawniejszej konsumpcji narkotyków	19
3. Redukcja szkód i osiągnięcia w ograniczaniu rozprzestrzeniania się HIV	27
4. Polityka a stygmatyzacja	31
5. Przyjęte zasady i systemy: sukcesy i wyzwania	35
6. Republika Czeska i Słowacja: odmienne podejścia do polityki narkotykowej	39
7. Wnioski	43
Źródła	47
Aneks: Rozmówcy	51
O autorce	53

Podziękowania

Autorka chciałaby wyrazić wdzięczność wszystkim urzędnikom państwowym, przedstawicielom organizacji pozarządowych, prawnikom i pracownikom naukowym z Czech i Słowacji, którzy tak chętnie podzielili się swoimi obserwacjami w tej wymagającej i złożonej materii. Dr Viktor Mravčík i dr Tomáš Zábranský zgłosili pomocne uwagi do wcześniejszej wersji raportu. Autorka jest bardzo wdzięczna dr Lence Chudomelovej, tłumaczce, która umożliwiła przeprowadzenie wywiadów po czesku oraz Tatianie Hičárovej, która pomogła zaaranżować wywiady w Bratysławie, a także Arturowi Schanklerowi za wielokrotne wsparcie logistyczne na terenie Republiki Czeskiej.

Streszczenie

Aksamitna rewolucja 1989 roku, kończąca czterdziestojednoletnią dominację radziecką w Czechosłowacji, poruszyła wyobraźnię całego świata i do dzisiaj pozostaje inspiracją dla społeczeństw dążących do wyzwolenia spod autorytarnej władzy za pomocą środków pokojowych. We wczesnych latach transformacji władze czeskie, inaczej niż władze pozostałych krajów byłego bloku wschodniego, zaczęły rezygnować z represji wobec użytkowników nielegalnych środków odurzających na rzecz bardziej wyważonej polityki uwzględniającej swobody obywatelskie.

Wraz ze schyłkiem rządów komunistycznych rynek narkotykowy i spożycie nowych narkotyków osiągnęły w Czechach niespotykaną dotąd skalę i widoczność społeczną. Niektórzy specjaliści, posiadający doświadczenie w walce z uzależnieniami, szybko dostrzegli, że nowa sytuacja społeczna będzie wymagała rozrostu zaplecza pomocowego dla uzależnionych, a tym samym współpracy pomiędzy społeczeństwem obywatelskim a rządem. Zdołali przekonać władze, że polityka narkotykowa powinna być polem działania dla wielu sektorów, nie tylko organów ścigania. Rozwijające się po 1989 roku organizacje pozarządowe zaczęły działać na rzecz szerokiej dostępności usług medycznych i socjalnych dla osób używających substancji psychoaktywnych.

Kiedy czeskie władze obierały kierunek nowej polityki narkotykowej, wiele innych krajów Unii Europejskiej również zmieniało swoją politykę w tym zakresie. Częściowo pod wpływem zagrożenia HIV przyjęły one politykę otwarcie wspierającą redukcję szkód przez wprowadzenie programów wymiany igieł czy terapii substytucyjnej. Niektóre kraje zaczęły odchodzić od kryminalizacji spożycia narkotyków, łagodzić surowe dotąd kary za posiadanie niewielkich ilości substancji niedozwolonych czy pomniejsze wykroczenia i tworzyć warunki sprzyjające wprowadzaniu usług medycznych i socjalnych dla używających narkotyków. Przewidując akcesję do Unii Europejskiej – Czechy wstąpiły do UE w 2004 roku – władze podjęły decyzję o przyjęciu europejskiego zrówno-

ważonego modelu polityki narkotykowej. Model ten zaczął stopniowo wypierać z Europy podejście represyjne, oparte na penalizacji.

Pierwsze regulacje prawne w nowej Republice Czeskiej, wprowadzone w 1993 roku, nie przewidywały kar za używanie narkotyków czy za posiadanie niewielkich ilości niedozwolonych substancji na własny użytek. Rozwój rynku narkotykowego i coraz bardziej oczywista dla społeczeństwa, zwłaszcza w miastach, obecność uzależnionych, spowodowały naciski polityczne zarówno ze strony podmiotów krajowych, jak i organów międzynarodowych, takich jak Międzynarodowa Rada ds. Kontroli nad Narkotykami (INCB), wzywające do wprowadzenia bardziej surowych sankcji prawnych. W 1998 roku w Czechach wprowadzono kary za posiadanie „większej niż niewielka” ilości narkotyków (definicja tego terminu stała się następnie przedmiotem dyskusji politycznej). Nadal nie przewidywano sankcji karnych za używanie narkotyków.

Zmianie tej towarzyszyła decyzja władz, by zainwestować w zakrojony na szeroką skalę projekt badawczy mający na celu ocenę oddziaływania ustawy z 1998 roku. Badania wykazały, że przynajmniej podczas dwóch pierwszych lat obowiązywania prawo nie przyczyniło się do zmniejszenia spożycia narkotyków, ani nie wpłynęło na ich dostępność, tak jak to zapowiadali jego zwolennicy. Badania te i następująca po nich debata w 2009 roku spowodowały kolejną zmianę prawa dotyczącego ilości narkotyków, którą można posiadać, nie podlegając sankcjom karnym (posiadanie narkotyków pozostaje jednak wykroczeniem karanym grzywną). W tym samym czasie Czechy wprowadziły formalne rozróżnienie pomiędzy marihuaną a innymi narkotykami, wskutek czego wykroczenia powiązane z marihuaną zaczęto traktować bardziej pobłażliwie niż wykroczenia związane z innymi narkotykami. Tym samym Czechy powiększyły liczbę krajów Unii, które zdekryminalizowały niektóre wykroczenia związane z marihuaną.

Jeśli za miarę skuteczności przyjąć kontrolę nad rozprzestrzenieniem się HIV, czeska polityka narkotykowa wypada wyjątkowo dobrze. Podczas gdy niektóre kraje Unii oraz byłego bloku wschodniego musiały pod koniec lat 80. i w kolejnej dekadzie zmierzyć się ze związanym ze spożyciem narkotyków rozprzestrzenieniem się epidemii HIV – w niektórych krajach stan ten utrzymuje się do dzisiaj – w Czechach prewalencja zakażeń wirusem wśród zażywających narkotyki dożylnie zatrzymała się na niskim poziomie. Głównymi przyczynami tego sukcesu zdają się stosunkowo szeroki zasięg programów wymiany igieł i dostęp do wspomaganych farmaceutycznie terapii dla osób uzależnionych od opiatów. Łatwo dostępne usługi oferowane osobom używającym narkotyków objęły także innowacyjne metody redukcji szkód wśród użytkowników metamfetaminy.

Krajowi koordynatorzy polityki narkotykowej w Czechach to nierzadko specjaliści, którzy pracowali bezpośrednio z uzależnionymi. Wpłynęło to bez wątpienia na gotowość władz, by inwestować w tworzenie naukowego zaplecza dla tejże polityki. Zajmowali się nią w dużej mierze eksperci akademicy specjalizujący się w badaniach nad uzależnieniami i praktycy z organizacji pozarządowych.

Polityka narkotykowa Czech kontrastuje z regulacjami prawnymi na Słowacji, gdzie pomniejsze wykroczenia często skutkują karą więzienia, a rozróżnienie pomiędzy kategoriami narkotyków nie istnieje, co wyklucza możliwość bardziej pobłażliwego traktowania niektórych wykroczeń. Ponadto na Słowacji usługi dla osób używających narkotyków są mniej rozwinięte niż w Czechach. Może to być wśród nich jedną z przyczyn wyższej niż w Czechach seroprewalencji wirusa zapalenia wątroby typu C.

Mimo wieloletniego obowiązywania prawa narkotykowego i jego korzystnego wpływu na zdrowie publiczne, praska kampania wyborcza z 2010 roku pokazała, że używanie narkotyków wciąż jest mocno stygmatyzowane społecznie, a łatwy dostęp zarówno do nich, jak i do usług oferowanych osobom je zażywającym, dzieli opinię publiczną. Wyzwaniem dla czeskich władz będzie utrzymanie wysokiej jakości tych usług, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe programów niskoprogowych, w sytuacji, gdy polityka zaciskania pasa jedynie zaostrza walkę o środki publiczne.

W obliczu nieuniknionych ograniczeń budżetowych i presji politycznej, twórcy czeskiej polityki antynarkotykowej będą musieli powoływać się na pozytywne doświadczenia polityki opartej na empirycznych badaniach, obejmującej sposoby zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób związanych z narkotykami i innych szkód oraz wspierającej zmniejszanie sankcji karnych za pomniejsze wykroczenia.

I. Kres dominacji radzieckiej

Od 1948 do 1989 roku obecne Czechy i Słowacja były – jako Czechosłowacka Republika Socjalistyczna – satelitami Związku Radzieckiego. O tym, jak ograniczone były możliwości liberalizacji ówczesnej polityki, świadczy interwencja wojsk Układu Warszawskiego, która w sierpniu 1968 roku zdusiła Praską wiosnę zapoczątkowaną przez cieszącą się szerokim poparciem społecznym reformy, ogłoszone przez pierwszego sekretarza Komunistycznej Partii Czechosłowacji, Aleksandra Dubčeka. Aksamitna rewolucja 1989 roku, której skutkiem było uwolnienie kraju spod wpływów radzieckich, przykuła uwagę całego świata i do dzisiaj jest inspiracją dla tych, którzy dążą do pokojowego wyzwolenia spod autorytarnych rządów. Pod koniec grudnia 1989 roku, jeden z przywódców rewolucji, zmarły niedawno pisarz i opozycjonista Václav Havel, został prezydentem Czechosłowacji.

Jeszcze przed okresem dominacji radzieckiej centralne położenie Czechosłowacji w Europie sprawiało, że była często punktem przerzutowym w handlu opium i innymi nielegalnymi substancjami (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2009). Wraz z przejściem władzy przez komunistów w 1948 roku kraj został odcięty od szlaków przerzutowych, ze względu na faktyczne zamknięcie Czechosłowacji na Zachód. Stosunek władz komunistycznych do narkotyków był mieszkanką wyparcia i represji. W duchu propagandy sukcesu utrzymywano, że zdobycze nowego ustroju zaspokajają potrzeby społeczeństwa w takim stopniu, że nie musi już sięgać po narkotyki, kojarzone z dekadencją arystokracji carskiej (Conroy, 1990). Nawet głośność w latach 80. nie zdołała zmienić stosunku władz sowieckich do narkotyków postrzeganych jako przejaw zachodniej degeneracji (Fleming i inni, 2001).

Żelazna kurtyna ograniczyła wprawdzie przepływ nielegalnych substancji do Czechosłowacji, ale pewne środki o narkotycznym czy psychotropowym działaniu wytwarzano jeszcze przed aksa-

mitną rewolucją. W latach 60. kodeina i inne środki przeciwbólowe, efedryna z legalnych leków oraz benzodiazepiny i barbiturany były zażywane na tak szeroką skalę, że można było mówić o istnieniu półświatka narkotykowego w pewnych miastach (Zábranský, 2007). W latach 70. spożycie narkotyków zwiększyło się wraz ze wzrostem popularności „browna”, domowej roboty opiatu na bazie hydrokodonu oraz pervitinu – preparatu metamfetaminowego wyrabianego domowym sposobem między innymi z tabletek na kaszel. Od lat 80. pervitin pozostaje w Czechach jednym z najchętniej używanych narkotyków.

Kodeks karny CSRS przewidywał sankcje kryminalne (w tym karę więzienia) za produkcję, posiadanie narkotyków i obrót nimi, nakazując także kierowanie na przymusową terapię jednostki uznane za kłopotliwe (Zeman, 2007). W 1961 roku Czechosłowacja, podobnie jak pozostałe kraje bloku wschodniego, ratyfikowała Pojedynczą Konwencję o Narkotykach ONZ, co pociągnęło za sobą pewne zmiany w polityce narkotykowej. Regulacje prawne z 1962 roku utrzymały politykę penalizacji wykroczeń narkotykowych, wprowadzając również karę do ośmiu lat więzienia w wypadkach, kiedy związane z narkotykami wykroczenia miały miejsce w ramach zorganizowanej grupy lub mogły doprowadzić do czyjejś śmierci bądź narażenia zdrowia (ibid.).

Usługi medyczne oferowane uzależnionym były za czasów komunistycznych bardzo ograniczone. W 1948 roku psychiatra dr Jaroslav Skála powołał do życia nowatorskie centrum terapeutyczne w szpitalu przy praskim Uniwersytecie Karola, wzorując się na brytyjskim modelu „wspólnoty terapeutycznej” (Kalina, 2007). Skála poznał autora tej idei Maxwella Jonesa na początku lat 60. Stworzona przez Jonesa metoda zastępująca tradycyjnie pojętą terapię kliniczną systemem, w którym pacjenci i personel medyczny tworzą wspólnotę, a leczeni faktycznie mają coś do powiedzenia w sprawie roztaczanej nad nimi opieki, bardzo poruszyła i zainspirowała Skála i jego współpracowników (Kalina, 2006). Wizytujący w 1960 roku ośrodki leczenia alkoholizmu w Polsce, ZSRR i Czechosłowacji amerykański lekarz uznał praski ośrodek Skáli za najbardziej zbliżony do zachodnich standardów (Chafetz, 1961). Według dr. Kamila Kaliny praca i charyzmatyczny wpływ Skáli znacznie przyczyniły się do rozwoju nowych metod leczenia oraz doprowadziły do zerwania z wzorowaną na radzieckich poliklinikach praktyką rygorystycznego i bezdusznego traktowania pacjentów, zastępując je zachowaniem bardziej humanitarnym. Po 1989 roku wielu szanowanych specjalistów, także tych, którzy studiowali lub pracowali ze Skálą, znalazło się w sektorze organizacji pozarządowych i rozpoczęło budowę zrębów nowej ery medycyny opartej na dowodach (wywiad z K.Kaliną).

Liberalizacja po 1989

Po 1989 roku zmiany polityczne w nowo powstałej Czechosłowackiej Republice Federalnej odzwierciedliły społeczne przyzwolenie dla liberalizacji i usuwania represji z wielu sfer życia. Reforma kodeksu karnego z 1990 roku (poprawka nr 175/1990) przyniosła wiele zmian w prawie karnym, w tym zniesienie kary śmierci. Kodeks zmienił się pod wieloma względami (Zeman, 2007), również w części dotyczącej narkotyków i substancji psychotropowych.

- ▶ Posiadanie niedozwolonych substancji na własny użytek przestało być przestępstwem kryminalnym i stało się wykroczeniem administracyjnym lub cywilnym. Posiadanie narkotyków przeznaczonych dla innej osoby wciąż traktowano jako przestępstwo.
- ▶ Przemyt narkotyków, proponowanie ich innym lub ich sprzedaż były, jako forma nielegalnego obrotu narkotykami, przestępstwem.
- ▶ Stworzono również nową kategorię przestępstw definiowaną jako „propagowanie używania narkotyków”, czyli zachęcanie osób trzecich do ich użycia; regulacja ta nie dotyczyła alkoholu.

Zeman (ibid.) zauważa, że w roku 1990 polityka narkotykowa nie była palącym problemem społecznym, w związku z czym powyższe zmiany regulacji przeszły praktycznie niezauważone. Dekryminalizacja posiadania narkotyków uplasowała Czechy w europejskiej awangardzie, obok m.in. Holandii (EMCDDA 2002). Stało się jasne, że surowe karanie pomniejszych wykroczeń związanych z narkotykami należy do przeszłości.

Okres niewielkiego zainteresowania narkotykami przez państwo nie trwał długo. Otwarcie Czechosłowacji na świat wiązało się między innymi z napływem większej ilości nielegalnych środków, a handel narkotykami stał się widoczny bardziej niż kiedykolwiek. Domowej roboty heroina, tzw. „brown”, została wyparta przez heroinę pochodzenia zagranicznego (Zábranský, 2004). Praga stała się również punktem przerzutowym kokainy, ale jej spożycie pozostało stosunkowo niewielkie, co według Zábranský'ego (2004) wiązało się z wciąż sporą popularnością pervitinu wśród wszystkich warstw społecznych. Media przedstawiały rozwijający się rynek narkotykowy jako problem społeczny i magnes dla zorganizowanej przestępczości, co szybko włączyło politykę narkotykową w szerszy rozumiany dyskurs polityczny (Zeman, 2007). Czesci, długo czekający na odzyskanie swobód obywatelskich, byli zawiedzeni polityką nowych władz w zakresie narkotyków i przestępczości (Bullington, 2007).

Specjaliści – również ci, którzy zetknęli się z medycyną uzależnień praktykowaną przez Skאלę i jego współpracowników – stanęli przed problemem wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne spowodowanym upowszechnianiem się narkotyków. Praktycy z organizacji pozarządowych, wspierani przez dr. Kamila Kalinę – który wkrótce miał zostać pierwszym krajowym koordynatorem ds. polityki narkotykowej – uznali, że nie mogą dalej milczeć. Konieczne stało się zabranie głosu na temat potrzeby zapewnienia uzależnionym usług zdrowotnych realizujących założenia medycyny

opartej na faktach oraz konieczności stworzenia systemu, który byłby spójną odpowiedzią na problem narkotyków w społeczeństwie. W grudniu 1992 roku lekarze związani z wieloma organizacjami pozarządowymi wystosowali otwarty list do władz, znany jako „Memorandum świąteczne”:

...Stwierdzamy, że nie stworzono skutecznego prawa dotyczącego substancji uzależniających, że nie istnieje spójny program zapobiegawczy, że mamy do czynienia z dotkliwym brakiem terapii detoksykacyjnej i bazy rehabilitacyjnej, a także, że zaprzeczono szanse uzyskania pomocy zagranicznej i nawiązania współpracy z zagranicznymi ośrodkami... Stwierdzamy, że władze państwowe nie są w stanie rozwiązać tego problemu samodzielnie. Deklarujemy zatem gotowość sektora pozarządowego do włączenia się w walkę z problemem nadużywania substancji uzależniających. Jednak nie da się prowadzić tych działań bez zaangażowania sektora rządowego w realizowanie rzetelnej polityki narkotykowej na poziomie technicznym, legislacyjnym i organizacyjnym, przede wszystkim zaś bez nakreślenia ramowej polityki w tym zakresie¹.

Na reakcję nie trzeba było długo czekać. Na początku 1993 roku władze powołały Państwową Komisję Narkotykową (National Drug Commission, PKN, obecnie Rządowa Rada ds. Polityki Narkotykowej, ale w niniejszym artykule będziemy posługiwać się dawnym skrótem) – międzyresortową instytucję zajmującą się rozwojem i koordynacją krajowej polityki narkotykowej (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2009). W sierpniu 1993 roku PKN przyjął dokument zatytułowany „Założenia i program polityki narkotykowej na lata 1993-1996” (ibid.). W 1993 r. doszło do podziału Czechosłowackiej Republiki Federalnej na Republikę Czeską i Republikę Słowacką. Tym samym założenia polityki narkotykowej na lata 1993-1996 stały się pierwszym tego rodzaju programem obowiązującym w nowym państwie. Zniesiono sankcje karne za używanie narkotyków, kładąc nacisk na umacnianie bazy pomocy medycznej dla uzależnionych, obejmującej również redukcję szkód (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2009). Wprawdzie już w 1987 roku pod wpływem działalności Skąli powstał program wymiany igieł, a w ramach terapii substytucyjnej przepisywano niekiedy etylomorfinę (Kalina, 2007), ale usługi ukierunkowane na redukcję szkód nie były wówczas rozpowszechnione.

Autorzy programu polityki narkotykowej na lata 1993-96 docenili znaczenie organizacji pozarządowych jako instytucji zapewniających usługi dla uzależnionych oraz dostrzegli potrzebę ułatwienia dostępu do tych usług. Ustanowili także funkcję koordynatorów okręgowych, współpracujących z międzysektorowymi okręgowymi komisjami narkotykowymi. Ta struktura funkcjonuje w Czechach do dziś. Działania prewencyjne zostały powierzone Ministerstwu Zdrowia.

1 Na podstawie tłumaczenia dokonanego dla National Monitoring Center (2009) bazującego na wersji „Memorandum...” z archiwów organizacji SANANIM.

Zaproponowany model polityki narkotykowej był zatem bardzo zbliżony do funkcjonującej wówczas w Szwajcarii tzw. polityki czterofilarowej, uwzględniającej działania policji, prewencję, leczenie uzależnień i redukcję szkód².

Ówczesne władze czeskie śledziły politykę narkotykową i programy realizowane w innych krajach europejskich, a część uczestników debaty na temat krajowej polityki kierowała się myślą o perspektywach członkostwa w UE (wywiady z Kaliną i Záborským). W 1993 roku, gdy Czechy rozwijały swoją własną strategię, w Europie coraz większy rozgłos zyskiwały rozwiązania przyjęte w Holandii, Niemczech, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii, które wprowadziły politykę narkotykową nieopierającą się wyłącznie na organach ścigania (Chatwin, 2003). Pod koniec lat 90. głośna stała się tak zwana „rezolucja frankfurcka” podpisana przez władze Hamburga, Frankfurtu, Amsterdamu i Zurychu, której sygnatariusze zobowiązywali się dążyć ku „liberalizacji i minimalizacji szkód” w ramach zapobiegania powiązanemu ze spożyciem narkotyków rozprzestrzenianiu się HIV (ibid.) Poza kilkoma wyjątkami (na przykład prowadzącą bardzo restrykcyjną politykę narkotykową Szwecją) w Europie panowała coraz większa zgodność co do konieczności złagodzenia surowych kar za indywidualne wykroczenia przeciw prawu narkotykowemu. W kilku krajach pojawiły się nawet głosy, że tzw. społeczeństwo wolne od narkotyków jest celem nierealistycznym (EMCDDA, 2002).

W skład Państwowej Komisji Narkotykowej weszli przedstawiciele wielu resortów; od 1995 roku dysponowała ona również budżetem wspierającym organizacje pozarządowe, zajmujące się zapewnianiem osobom uzależnionym opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (Kalina, 2007).

Obecnie w PKN-ie zasiadają przedstawiciele Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Finansów, Edukacji, Młodzieży i Sportu, Obrony Narodowej, Pracy i Polityki Społecznej, Sprawiedliwości i Ministerstwa Zdrowia, jak również Publicznego obrońcy Praw, władz narkotykowych z 14 regionów kraju i Pragi oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych (wg informacji rządu Republiki Czeskiej, 2011). Rząd wyznacza także urzędnika, którego funkcją jest zwoływanie sesji i koordynowanie pracy Komisji. Pierwszym koordynatorem³ był dr Kamil Kalina, wcześniej działający w organizacji pozarządowej SANANIM, która zapewnia pomoc medyczną dla uzależnionych. W roku 1995 powstało istniejące do dziś Stowarzyszenie Organizacji Pozarządowych, koordynujące pracę organizacji społecznych zajmujących się tą problematyką. Reprezentacja sektora pozarządowego zyskała oficjalny status w Komisji, a Stowarzyszenie gwarantuje uczestnictwo organizacji pozarządowych w debacie na temat polityki narkotykowej (wywiad z Richterem).

2 Patrz także: J Csete: *From the mountaintops: what the world can learn from drug policy change in Switzerland*. Open Society Foundations Global Drug Policy Program, 2010. [http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles_publications/publications/csete-mountaintops-20101021]

3 Stanowisko to jest określane także jako Head of the Secretariat of the Government Council for Drug Policy Coordination. W niniejszym tekście będziemy określać je jako „Krajowego koordynatora d/s narkotyków”.

2. Polityka wobec coraz jawniejszej konsumpcji narkotyków

Wraz z coraz popularniejszym, a przez to widocznym (zwłaszcza w miastach), używaniem narkotyków, w czeskim społeczeństwie wzrastało niezadowolenie ze zrównoważonej polityki narkotykowej. Według niektórych obserwatorów przyczyniały się do tego media, rozdmuchujące sprawy związane z narkotykami i kreujące zjawisko, które Zábbranský nazwał „moralną paniką narkotykową” (Zábbranský, 2004; Radimecký, 2007). Ale nawet bez udziału mediów skala zjawiska była szokiem dla czeskiego społeczeństwa, przywykłego uważać narkotyki za coś marginalnego i dekadentckiego (Radimecký, 2007). Według Bullingtona (2007) była to mieszanina strachu towarzyszącego każdej nowości i pewnej naiwności w sprawach związanych z narkotykami. Ponadto długi okres represji, z którego właśnie wydobyły się Czechy, spowodował niechęć społeczną wobec represyjnych działań organów ścigania i nieufność wobec policji (ibid.).

W latach 90. problem stał się przedmiotem ostrych dyskusji w czeskim parlamencie. Po dekadach dominacji Partii Komunistycznej, w roku 1989, zaczęły się wyłaniać kolejne partie polityczne. Zwłaszcza Partia Chrześcijańsko-Demokratyczna (KDU-CSL) popierała surowsze prawo i kontrolę policyjną, czasem wchodząc na tym polu w sojusz z przedstawicielami Partii Komunistycznej (Zábbranský, 2004). Jak zauważa Zábbranský, chadecy potępiali narkotyki ze względów moralnych, podczas gdy postkomuniści wykazywali swoistą nostalgię za czasami pełnej kontroli państwa nad nowymi, niebezpiecznymi zjawiskami społecznymi, a właściwie nad wszelkimi zjawiskami społecznymi. Przedstawiciele najważniejszych partii politycznych w połowie lat 90. (Socjaldemokracja, Obywatelska Partia Demokratyczna) nie reprezentowali ujednoczonego stanowiska w sprawie polityki narkotykowej (ibid.).

Debata parlamentarna przebiegała w cieniu sensacyjnych doniesień medialnych oraz, jak to określił Zábbranský (2004), celowej dezinformacji prowadzonej przez partie prorepresyjne (według których Czechy stały się nowym ośrodkiem działalności międzynarodowych organizacji przestępczych handlujących narkotykami, a dilerzy grasują na terenie szkół). W roku 1995 pod auspicjami Programu Kontroli Narkotyków ONZ (United Nations Drug Control Program, UNDCP) przeprowadzono w dość szybkim tempie diagnozę sytuacji narkotykowej w Czechach. Wskazywała ona na potrzebę zwiększenia pomocy medycznej i upowszechnienia redukcji szkód w obliczu nasilania się i rozrastania problemu (Tyrlik i inni, 1996). Wspominając o znacznym wzroście spożycia heroiny we wczesnych latach 90., autorzy raportu stwierdzili, że pervitin jest wciąż najczęściej wybieranym narkotykiem (ibid.). Następnie w 1996 roku na praskiej konferencji poświęconej polityce narkotykowej pojawił się (bez zaproszenia) przedstawiciel ONZ, który powiedział, że brak kryminalizacji posiadania narkotyków w Czechach stanowi naruszenie zobowiązań wynikających z konwencji narkotykowej ONZ. To zdarzenie jeszcze bardziej zaogniło debatę parlamentarną. Ponadto, w swoich rocznych sprawozdaniach z lat 1995 i 1996, Międzynarodowa Rada ds. Kontroli nad Narkotykami, która nadzoruje przestrzeganie konwencji narkotykowych ONZ, zwróciła uwagę na szybki wzrost spożycia heroiny i utrzymującą się nielegalną produkcję dużych ilości metamfetaminy w Czechach (INCB 1996 (para. 365); 1997 (para. 334, 343)).

W 1996 roku Partia Chrześcijańsko-Demokratyczna złożyła projekt ustawy, według której posiadanie narkotyków miałyby podlegać kodeksowi karnemu (Zábbranský, 2004). Spotkało się to ze sprzeciwem ówczesnego Koordynatora Polityki Narkotykowej, dr. Pavla Béma, jak również rządu i parlamentu. W 1997 roku na fali atmosfery wykreowanej przez media, przedstawiającej narkotyki jako podstawowe zagrożenie dla społeczeństwa czeskiego, Partia Komunistyczna zaproponowała kolejne rozwiązanie, zakazujące nie tylko posiadania każdej ilości narkotyków, lecz także wprowadzające sankcje karne dla każdego, kto nie powiadomi policji o znanych sobie przypadkach posiadania, produkcji, bądź sprzedaży narkotyków. W reakcji na tę daleko idącą propozycję rząd złożył własny projekt ustawy, według którego karze podlegałyby posiadanie narkotyków w ilości „większej niż niewielka”. Parlament przyjął ten projekt, zawetował go natomiast prezydent Havel. Prezydenckie veto zostało jednak odrzucone przez parlament i ostatecznie poprawka do kodeksu karnego nr 112/1998 weszła w życie w roku 1999 (Zeman, 2007).

Od tej pory w czeskiej debacie narkotykowej powraca problem ilości „większej niż niewielka”. W poprawce 112/1998 określenie to pozostało niezdefiniowane, zatem sędziowie za każdym razem stają przed koniecznością interpretowania go od nowa, co, zdaniem policji, wprowadza zbyt duży stopień uznaniowości (ibid.). Za takim zapisem stała jednak potrzeba rozróżnienia pomiędzy poważnymi a mniej poważnymi naruszeniami prawa i dania szansy uniknięcia sankcji karnych osobom, których jedynym wykroczeniem było posiadanie narkotyków. Prawo z 1998 roku zabrania również sędziom traktowania wielokrotnego popełnienia wykroczenia jako okoliczności obciążającej – nawet jeśli w grę wchodzi „większa niż niewielka” ilość narkotyku. Oznacza to, że okoliczność

wielokrotnego popełnienia tego samego przestępstwa nie skutkuje automatycznie bardziej surowym wyrokiem (ibid.).

Kryminalizując posiadanie narkotyków, czeskie prawo nie kryminalizowało tym samym ich użycia. Pod tym względem Czechy dołączyły do innych krajów europejskich, w których użycie narkotyków nie jest ścigane na mocy kodeksu karnego bądź też podlega łagodniejszej karze (EMCDDA, 2002).

Polityka podparta badaniami

Wprowadzenie ustawy z 1998 roku było przyjęte jako krok wstecz w środowiskach uważających, że drobnymi wykroczeniami narkotykowymi powinni zajmować się raczej lekarze i pracownicy socjalni niż policja. Pigułka ta była jednak łatwiejsza do przełknięcia, bowiem w tym samym czasie Państwowa Komisja Narkotykowa podjęła bezprecedensową inicjatywę – zamówiła poważną naukową ekspertyzę, mającą ocenić oddziaływanie nowych przepisów. Projekt przeformował ówczesny krajowy koordynator ds. polityki narkotykowej dr Bém, z zawodu psychiatra o wieloletnim doświadczeniu w terapii uzależnień narkotykowych. Badanie zlecił młodemu specjalście w tej dziedzinie, dr. Tomášowi Zábranský'emu (wówczas zatrudnionemu na Uniwersytecie Palacky'ego w Ołomuńcu, obecnie na Uniwersytecie Karola w Pradze). Zábranský dobrał interdyscyplinarną ekipę naukową, złożoną głównie z młodych badaczy, która podjęła się tego ważnego zadania. Raport, zatytułowany „Analiza oddziaływania nowego ustawodawstwa w sprawie narkotyków”, stał się szerzej znany jako PAD. Stanowił dowód, że decydenci – przynajmniej ci pracujący w PKN-ie – wierzyli, że rzetelna wiedza, pochodząca z profesjonalnie przeprowadzonych badań, może pomóc podjąć właściwe decyzje polityczne.

Celem PAD-u było przeanalizowanie wielu zagadnień, z którymi czeska polityka narkotykowa borykała się w latach 90. Szczególnie wnikliwie zajęto się kwestią rozstrzygnięcia, czy kryminalizacja posiadania narkotyków przyniesie któryś z następujących rezultatów:

- ▶ obniży dostępność nielegalnych substancji,
- ▶ zmniejszy liczebność osób używających narkotyków,
- ▶ zmniejszy liczebność osób pierwszy raz sięgających po narkotyki,
- ▶ ograniczy (lub w inny sposób na nie wpłynie) konsekwencje zdrowotne używania narkotyków,
- ▶ wpłynie na koszty ponoszone przez społeczeństwo w związku z narkotykami (Zábranský i inni, 2001).

PAD był bardzo ambitnym przedsięwzięciem. Pięć wyżej przedstawionych kwestii omówiono w pięciu osobnych studiach, z których każde składało się z licznych podrozdziałów. Zastosowano zarówno ilościową, jak i jakościową metodę badawczą, a nad przebiegiem badań czuwał zespół ekspertów, między innymi następcą Béma na stanowisku krajowego koordynatora dr Josef Radimecký i członkowie PKN-u. Ponadto poproszono dwóch amerykańskich profesorów o zapewnienie wsparcia technicznego i napisanie recenzji. W roku 2001 po starannych przygotowaniach projekt wszedł w etap gromadzenia danych (można było zatem analizować zaledwie dwuletni okres po wejściu w życie nowych przepisów).

Podstawowe wnioski raportu były następujące (Zábranský i inni, 2001):

- ▶ Dostępność narkotyków nie zmalała, choć autorzy projektu przyznają, że mogły przyczynić się do tego inne czynniki oprócz prawa z 1998 roku.
- ▶ Nie zmalała również liczba osób używających narkotyków, według autorów mogła nawet wzrosnąć w badanym okresie.
- ▶ Autorzy nie byli w stanie bezpośrednio oszacować, jak zmieniła się liczba osób sięgających po raz pierwszy po narkotyki, ale odnotowali wyższą liczbę inicjacji narkotykowych wśród coraz młodszych ludzi oraz wzrost liczby przypadków po raz pierwszy wymagających zastosowania terapii; stwierdzono, że nowe prawo nie ograniczyło liczby inicjacji narkotykowych.
- ▶ W badanym okresie wzrosła również liczba zaburzeń zdrowotnych powiązanych z użyciem narkotyków, ale autorzy nie mogli jednoznacznie uznać tego za skutek kryminalizacji.
- ▶ Kierując się pewnymi założeniami na temat kosztów wprowadzenia nowego prawa, utrzymania więźniów i innych czynności związanych z kryminalizacją posiadania narkotyków, autorzy szacują ostrożnie, że koszty nowelizacji z 1998 roku wyniosły łącznie ok. 37 milionów koron czeskich (wówczas ok. miliona dolarów).

Podsumowując: PAD nie ujawnił wprawdzie tragicznych skutków kryminalizacji, które przewidywali jej przeciwnicy, dostarczył natomiast silnych dowodów, że nowe prawo nie jest tak skuteczne, jak utrzymywali jego zwolennicy. Według raportu kryminalizacja nie przyniosła spodziewanego efektu odstrasżającego, nie przyniosła żadnych korzyści zdrowotnych i okazała się kosztowna dla ogółu społeczeństwa.

Autorzy zaznaczyli, że dwa lata obowiązywania nowego prawa to za mało, by rzetelnie ocenić wszystkie jego efekty. Po publikacji PAD-u jeden z ekspertów amerykańskich zapewniających badaniom wsparcie techniczne, Bruce Bullington, przeprowadził rozmowy z wieloma kluczowymi informatorami. Szef krajowej policji narkotykowej powiedział Bullingtonowi, że prawie żadne z aresztowań dokonanych w badanym okresie nie było bezpośrednio związane z wprowadzeniem

nowego prawa, ponieważ „przeciętny konsument, nie będący dilerem, posiada najwyżej kilka działek narkotyku i tym samym... nie przekracza limitu ilości, wyznaczanego przez określenie >>większa niż niewielka<<” (Bullington, 2007). Według sugestii Bullingtona, nie można wykluczyć, że w czasie, kiedy prowadzono badania, policja świadomie działała z pewną ostrożnością, aby osłabić ewentualny negatywny wpływ nowego prawa.

Zauważając, że użycie narkotyków wiąże się z innymi mechanizmami w wypadku palaczy marihuany niż użytkowników twardych narkotyków, autorzy PAD-u wspomnieli we wnioskach, że rozropne byłoby wprowadzenie rozróżnienia pomiędzy różnymi typami narkotyków na poziomie prawa i polityki.

Wyniki PAD-u były obszernie komentowane w mediach i szeroko dyskutowane w rządzie. Politycy nie przeoczyli również uwagi o użyteczności rozróżnienia typów narkotyków. Pod koniec 2001 roku rząd w odpowiedzi na PAD wydał Rozporządzenie nr 1177/01 rozdzielające pomiędzy poszczególne ministerstwa zadania sformułowane na podstawie wniosków autorów PAD-u (Zeman, 2007). Ministrowi Zdrowia i Ministrowi Sprawiedliwości przypadło szczególnie istotne zadanie – mieli zgodnie z sugestiami PAD-u przepracować kwestię rozróżnienia pomiędzy różnymi typami narkotyków, uwzględniając stopień ich zdrowotnej i społecznej szkodliwości (Zábranský, 2004; Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2009).

Ministerstwo Zdrowia powołało grupę ekspertów, którym powierzyło pracę nad tą kontrowersyjną kwestią. Według relacji Zábranskýego (2004), który współpracował z zespołem, eksperci ocenili fizyczne, psychiczne, socjologiczne i epidemiologiczne konsekwencje używania wszystkich rodzajów narkotyków, biorąc pod uwagę czynniki takie, jak ich właściwości uzależniające, ryzyko śmiertelnego przedawkowania i stopień potencjalnej szkodliwości dla osób trzecich. Ostatecznie zaproponowano podział narkotyków na trzy następujące kategorie: (1) konopie indyjskie i produkty zawierające THC (tetrahydrokannabinol); (2) LSD, MDMA (ecstasy) i grzyby psylocybinowe; (3) pozostałe narkotyki (zobacz również: Zeman, 2007). PKN przystał na tę klasyfikację, zakwestionowało ją jednak Ministerstwo Sprawiedliwości, argumentując, że druga i trzecia kategoria nie są wystarczająco jasno rozróżnione (Zábranský, 2004; Zeman, 2007). Ministerstwo zaproponowało zatem podział na dwie kategorie, według którego tylko konopie są w świetle prawa traktowane odmiennie od pozostałych nielegalnych substancji.

Chociaż rząd zaakceptował propozycję Ministerstwa Sprawiedliwości, w tym czasie w Czechach przeprowadzano szeroko zakrojoną rewizję kodeksu karnego w obliczu zbliżającego się wstąpienia do Unii Europejskiej w 2004 roku (Zeman, 2007; Jacoby, 1999). Między innymi z tego powodu rozróżnienie pomiędzy konopiami a pozostałymi substancjami nielegalnymi zostało formalnie wprowadzone do kodeksu karnego dopiero w 2009 roku i weszło w życie w styczniu 2010. Nowe prawo narkotykowe było szeroko omawiane w prasie międzynarodowej. Pojawiły się nawet sensacyjne w tonie komentarze obwołujące Pragę „nowym Amsterdamem” (Marchal, 2010; Deutsche Welle, 2010; Sevchenko, 2010). Jednak faktyczne zmiany prawne dotyczące marihuany były stosunkowo

skromne. Wyrok za posiadanie „większej niż niewielka” ilości konopii nie mógł przekroczyć jednego roku, podczas gdy za posiadanie stosunkowo dużej ilości innych substancji niedozwolonych groziła kara do dwóch lat więzienia (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, i in., 2010). Ponadto ustalono standardy dotyczące hodowli konopii, według których prowadzenie niewielkiej ilościowo uprawy „na własny użytek” ma być traktowane jako wykroczenie i karane grzywną. Wykroczeniem pozostało także posiadanie niewielkiej ilości jakiegokolwiek narkotyku.

W Europie istniały precedensy w kwestii przyznania marihuanie odmiennego statusu prawnego (dotyczyło to również innych narkotyków pochodzenia roślinnego, marihuana miała jednak największe znaczenie), uwzględniające zarówno ocenę potencjalnych szkód, jak i kary nakładane za jej posiadanie. Już w 1976 roku w Holandii zdekryminalizowano posiadanie „pewnej ilości” (ilość ta zmieniała się z czasem) marihuany (Korf, 2002). Przypadek Holandii jest szczególnie nie tylko ze względu na samą legalizację marihuany, lecz także przez jej komercyjną sprzedaż w coffee shopach. We wczesnych latach 90. inne kraje europejskie – Hiszpania, Irlandia, Włochy, do pewnego stopnia także Wielka Brytania – wprowadziły rozróżnienie pomiędzy marihuaną a innymi narkotykami na polu prawa i wymiaru sprawiedliwości (Leroy, 1992). Do roku 2002 rozróżnienie to zaczęło funkcjonować w kilku innych krajach (EMCDDA, 2002). Zatem formalne wprowadzenie go do prawa czeskiego włączyło czeską politykę narkotykową w trend ogólnoeuropejski.

Bardziej znaczący od tego rozróżnienia mógł być postulat doprecyzowania pojęć „ilości większej niż niewielka” oraz „szerszej skali” dla potrzeb postępowania prawnego. Jak zauważano powyżej, brak jasnej definicji „ilości większej niż niewielka” był przez niektórych postrzegany jako przyzwolenie na nadmierną dowolność interpretacji przez sędziów, orzekających w sprawach związanych z narkotykami. Tabela 1 przedstawia dopuszczalne wartości określone przez prawo z roku 2009. Media zauważyły, że ilość narkotyków dozwolonych na „użytek własny” przez prawo czeskie jest większa niż w innych krajach europejskich, w których funkcjonowało pojęcie „użytku własnego” (Sevchenko, 2010; Deutsche Welle, 2010). Jednak, według zestawień unijnych, w kilku krajach europejskich maksymalna dopuszczalna ilość „na użytek prywatny” każdego z wymienionych w tabeli narkotyków jest równa bądź wyższa niż w Czechach (EMCDDA, 2010c). Rząd pośpieszył z zapewnieniem, że w Czechach „posiadanie każdej ilości narkotyków jest nielegalne”, a złagodzenie polega tylko na tym, że posiadanie określonej, niewielkiej ilości będzie traktowane jako wykroczenie karane grzywną, nie zaś pozbawieniem wolności (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii i inni, 2010).

Tabela 1: „Większa niż niewielka” ilość posiadanego narkotyku zdefiniowana przez czeski kodeks karny, dekret rządowy nr 467/2009.

<i>Rodzaj narkotyku</i>	<i>Ilość „większa niż niewielka”</i>	<i>Najmniejsza dawka aktywnych substancji psychotropowych, którą musi zawierać narkotyk, by ocenić jego ilość jako „większą niż niewielka”</i>
Pervitin (metamfetamina)	> 2 g	0,6 g substancji aktywnej
Heroina (diacetylmorfina)	> 1,5 g	0,2 g substancji aktywnej
Kokaina	> 1 g	
Lekarstwa zawierające buprenorfinę		52 mg substancji aktywnej
Metadon		500 mg substancji aktywnej
Ecstasy (MDMA/MDA/MDEA)	> 4 tabletki lub 0,4 g proszku lub kryształków	0,34 g substancji aktywnej
LSD	5 listków, tabletek, kapsułek, pastylek lub kryształków	0,000134 substancji aktywnej
Marihuana (delta-9-THC)	> 15 g suszu	1,5 g delta-9-THC
Haszysz	> 5 g	1 g delta-9-THC
Grzyby psylocybinowe	> 40 owocników	30,05 g substancji aktywnej (psylocyna)

Jednostka antynarkotykowa czeskiej policji apelowała, by wszelkie zmiany prawne utrzymały w mocy centralną zasadę, według której posiadanie narkotyków jest nielegalne, nawet jeśli nie każda ich ilość prowadzi do kary pozbawienia wolności. Jakub Frydrych, szef policji narkotykowej, przyznał jednak, że wobec faktu, że przestępstwem jest posiadanie narkotyku nie zaś jego użycie, policja znajduje się w schizofrenicznym położeniu (wywiad z Frydrychem). Zapytany, czy chciałby, żeby policja zajmowała się polowaniem na ludzi, których jedynym przestępstwem jest używanie narkotyków, Frydrych odpowiedział, że nie byłoby to sensownym priorytetem, jednak powinno się w jakiś sposób dawać młodym ludziom poczucie, że używanie narkotyków pociąga za sobą konsekwencje, choćby stanięcie przed sądem lub przymusowy udział w programie leczenia uzależnień. Pod tym względem obiecujący wydaje mu się model przyjęty przez Stany Zjednoczone, Kanadę i kilka innych krajów, gdzie drobne wykroczenia są karane przymusowym skierowaniem na terapię. Powiedział również, że dla policji zwalczanie handlu narkotykami na dużą skalę jest nadal zadaniem naczelnym.

3. Redukcja szkód i osiągnięcia w ograniczeniu rozprzestrzeniania się HIV

Według oficjalnych szacunków w roku 2009 w Czechach było 37 400 „osób wysokiego ryzyka”, czyli zażywających narkotyki dożylnie oraz regularnie używających narkotyków innych niż marihuana przez dłuższy czas (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010), co stanowiło statystycznie znaczący przyrost w stosunku do roku poprzedniego, zapewne z racji wzrastającej popularności pervitinu (ibid.). W 2002 roku liczba takich osób wynosiła ok. 35 100, a w latach 2003-2008 utrzymywała się na poziomie ok. 30 tysięcy. Według ostatniego dorocznego raportu Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „ponieważ w ostatnich latach szacunkowe wyliczenia utrzymywały się w przedziałach ufności, ostatnio zaobserwowany przyrost należy interpretować ostrożnie” (ibid., s. 2). W 2009 roku wśród osób wysokiego ryzyka ok. 25 300 – czyli dwie trzecie – używało pervitinu (metamfetaminy) a 12 100, czyli jedna trzecia - opiatów (ibid., s. 42). Tej prawidłowości nie obserwuje się w innych krajach unijnych: w Czechach pervitin (metamfetamina) jest znacznie popularniejszy niż w pozostałych krajach regionu (EMCDDA, 2010a). W 2009 roku spośród około 8 763 osób, które według oficjalnych danych podjęły terapię odwykową, 60 proc. używało pervitinu, 23 proc. opiatów, a 18 proc. marihuany (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010). Republika Czeska plasuje się w czołówce krajów europejskich pod względem popularności marihuany we wszystkich grupach wiekowych (EMCDDA, 2010). W 2009 roku ok. 38,1 proc. młodych Czechów w wieku od 18 do 24 roku życia przyznała się do używania marihuany w poprzednim roku (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010).

Czeska polityka narkotykowa umożliwiła rozwój różnorodnych łatwo dostępnych usług dla osób używających narkotyków, do czego zasadniczo przyczynił się sektor pozarządowy. W większych miastach program wymiany igieł jest realizowany w oparciu na prowadzonych przez organizacje pozarządowe przychodniach (zwanymi również centrami kontaktowymi). Obecnie w Pradze działają trzy takie miejsca. Kolejnych siedem punktów wymiany igieł działa bezpośrednio na ulicy. Przychodnie (centra kontaktowe) oferują także porady, testy na HIV, pomoc w nagłych przypadkach, usługi medyczne i pomoc społeczną. Około 70 proc. (w Pradze ok. 80 proc.) ludzi uznanych przez władze za „osoby wysokiego ryzyka” miało kontakt z centrami i/lub ulicznymi punktami usługowymi (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010), co jest znaczącym osiągnięciem. W 2009 roku w ok. dziewięćdziesięciu pięciu rozsianych po kraju punktach rozdano 4,9 miliona igieł (ibid.). W 2008 roku w dziesięciu takich punktach zlokalizowanych w samej Pradze, gdzie ok. 11 400 osób regularnie zażywa narkotyki dożylnie, rozdano ok. 2,1 miliona igieł (Bém, 2010). Program wymiany igieł ma w Czechach jeden z najwyższych wskaźników pokrycia wśród krajów Unii Europejskiej (EMCDDA, 2010b). Uzupełniają go działania typu „peer outreach” i programy edukacyjne nakłaniające do zrezygnowania z dożylnego przyjmowania narkotyków na rzecz palenia lub inhalacji (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010).

Każdy lekarz w Czechach może leczyć uzależnienie od opiatów, przepisując buprenorfinę. Według oficjalnych danych w 2010 roku w Czechach było około 11 000 osób uzależnionych od opiatów, z czego 5 tysięcy (45 proc.) poddawano terapii substytucyjnej, przeważnie opartej na buprenorfinie (Mravčík, osobista wypowiedź). W kontekście pozostałych krajów Unii Europejskiej (udostępniających dane na ten temat) jest to jeden z najwyższych wyników (EMCDDA, 2010a). Według Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, liczba pacjentów leczonych metadonem nigdy (od kiedy prowadzi się statystyki) nie przekroczyła 700 osób rocznie; obecnie na polu leczenia uzależnień od opiatów buprenorfiną w znacznym stopniu wyparła metadon. Dr Kamil Kalina, który przez dwie (nieprzylegające czasowo) kadencje pełnił funkcję krajowego koordynatora, powiedział, że stosowanie metadonu w Czechach przez długi czas było obciążone „wieloma uprzedzeniami” (wywiad z Kaliną). Od początku 2011 roku leczenie Suboksonem (buprenorfiną plus nalokson) jest refundowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, o ile spełnione są pewne warunki, między innymi ścisłe przestrzeganie przez pacjenta terminów kontroli lekarskiej (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010, s. 50).

W 2009 roku w Republice Czeskiej funkcjonowało 36 więzień i aresztów śledczych. Dziewięć spośród tych instytucji oferowało osadzonym terapię metadonem (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010, str. 103). Oczekujący na proces mogli na własną prośbę być leczeni metadonem. W tym samym roku 15 organizacji pozarządowych zapewniało usługi medyczne (w tym poradnictwo i terapię dla uzależnionych) w 30 więzieniach i aresztach oraz pomagało osobom oczekującym na zwolnienie uzyskać dostęp do opieki środowiskowej (ibid.). Władze penitencjarne prowadzą swoją własną politykę narkotykową oraz realizują plan działań, w którym dobitnie podkreślony został aspekt redukcji szkód (ibid., s. 101).

Leczenie uzależnienia od narkotyków nieuwzględniające wspomaganą medycznie terapię opiatami jest prowadzone na otwartych i zamkniętych oddziałach psychiatrycznych w państwowych szpitalach i prywatnych klinikach. Działa też od 15 do 20 Wspólnot terapeutycznych, prowadzonych przeważnie przez organizacje pozarządowe, wywodzących się z tradycji zapoczątkowanej przez doktora Skálę (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010, s. 54). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie wymienia młodzieżową (skierowaną do osób od 15. do 24. roku życia) wspólnotę terapeutyczną SANANIM w Karlovie jako wzorzec do naśladowania (EMCDDA, 2004). Placówka w Karlovie umożliwia kobietom mieszkanie ze swoimi dziećmi oraz oferuje warsztaty zwiększające kompetencje rodzicielskie i wychowawcze. Program dla młodzieży obejmuje pracę, warsztaty przygotowujące do samodzielnego życia, zajęcia sportowe oraz rekreacyjne. Jednak według opinii EMCDDA przepisowy sześćo-ośmiomiesięczny pobyt w karlovskiej wspólnocie terapeutycznej dla małoletnich jest być może za długi, sądząc po liczbie osób, które wycofują się z udziału w programie (ibid.).

Wiele pracy włożono, by rozszerzyć program redukcji szkód i zwiększyć dostępność usług skierowanych do osób uzależnionych od pervitinu, najbardziej popularnego w Czechach narkotyku, często przyjmowanego dożylnie. W niektórych przychodniach uzależnieni mogą otrzymać puste kapsułki żelatynowe służące do napełnienia ich narkotykiem, by umożliwić jego doustne przyjęcie (Mravčík i in., 2011). Pervitin przyjęty w tej mniej szkodliwej formie, zwłaszcza na pusty żołądek, wywołuje – przynajmniej w niektórych przypadkach – podobny efekt, co przyjęty dożylnie (ibid.). Metodę tę podpatrzono u niektórych uzależnionych, którzy – nie mogąc znaleźć żyły lub nie chcąc w danym momencie robić sobie zastrzyku – połykali pigułkę pervitinu owiniętą w papier lub w plastik.

W przeciwieństwie do niektórych krajów europejskich, w tym krajów byłego bloku wschodniego, w Czechach udało się utrzymać na niskim poziomie występowanie HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie. W 2010 roku szacowano je na poniżej jednego procenta (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010), i na tym poziomie utrzymuje się od pewnego czasu. Zagraniczni eksperci przypisują ten wynik stosunkowo wcześniej rozpowszechnionym i szeroko dostępnym programom redukcji szkód, zwłaszcza programowi wymiany igieł (Donoghoe, 2006). Zapytywani o to eksperci z Czech generalnie zgadzają się z tym poglądem (wywiady z Kaliną i Janyškovą). Czechy mają także jeden z najniższych w krajach Unii Europejskiej poziom seroprewalencji wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie (EMCDDA, 2011).

Według Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, (2010) około trzydziestu procent osób z problematycznym uzależnieniem mieszka w Pradze, gdzie działa wiele ośrodków socjalnych i oferujących usługi medyczne. Dr Pavel Bém, specjalista od medycyny uzależnień, który we wczesnych latach 90. sprawował ważne funkcje w obszarze terapii klinicznej uzależnień oraz był krajowym koordynatorem ds. narkotyków w latach 1994-98, został burmistrzem Pragi w 2002 roku.

Podczas jego ośmioletniej kadencji w czeskiej stolicy pojawiło się znacznie więcej łatwo dostępnych usług dla osób używających narkotyków. Miejski budżet na służby medyczne i społeczne powiązane z problemem zażywania narkotyków wzrósł z 12,4 milionów koron (ok. 206 000 USD według kursu z 2002) do 44,5 milionów koron (ok. 2,6 miliona USD) (Bém, 2010; wywiad z Janyškovą). Obecnie Pavel Bém zasiada w czeskim parlamencie.

Jak już odnotowaliśmy, instytucje pozarządowe świadczą wiele z wymienianych tu usług (prowadzą też większość przychodni ulicznych). Część NGO-sów otrzymuje środki z PKN-u i z Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. Proces certyfikacji prowadzony przez biuro krajowego koordynatora weryfikuje jakość usług oferowanych przez instytucje pozarządowe. Są one okresowo kontrolowane przez komisje certyfikacyjne, a kierownictwo danej placówki dostarcza obszernych informacji na temat jej działalności. Do roku 2010 certyfikaty przyznawano na okres do trzech lat; później możliwe stało się uzyskanie certyfikatu czteroletniego (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010). Szefowie instytucji pozarządowych zdają sobie sprawę z konieczności przestrzegania rygorów certyfikacyjnych, postulują jednak skorelowanie kilkuletniego certyfikatu z kilkuletnim wsparciem finansowym (wywiady z Richterem i Janouškovicem). Organizacje pozarządowe mogą uzyskać jedynie roczne granty, których wysokość często nie jest z góry ustalona (ibid.). Ogranicza to możliwość planowania pracy oraz tworzenia wieloletnich strategii działania.

4. Polityka a stygmatyzacja

Polityka narkotykowa i usługi oferowane używającym narkotyków pozostają w Czechach – podobnie jak w wielu krajach świata – przedmiotem ostrej debaty politycznej. Wiele osób, z którymi przeprowadzono wywiady na użytek niniejszego tekstu wskazało, że w trakcie wyborów samorządowych w Pradze w 2010 roku niektóre partie lekceważąco odnosiły się do ludzi z problemem narkotykowym, próbując obwiniać ich za problemy społeczne. Widać to wyraźnie na plakatach wyborczych przedstawionych na ilustracji nr 1 i 2. Niektórzy kandydaci osiłą swojej kampanii uczynili sprawę centrów pomocowych, obiecując wyborcom, że „pieniądze podatnika” nie będą już wydawane na „ćpunów” (wywiady z Janouškovecem i Richterem). Inni zdawali się doceniać wartość usług świadczonych przez centra, nie chcieli jednak lokalizować ich w swoich dzielnicach.

Il. 1: Plakat wyborczy Partii Socjaldemokratycznej, wybory samorządowe w Pradze, 2010 r. (hasło: „Precz z narkomanią, bezdomnością i hazardem”)



Hasło „Precz z narkomanią, bezdomnością i hazardem” pojawiło się również na billboardach w dzielnicy Praga 5.

Źródło: Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010

II. 2: Plakat Partii Praw Obywatelskich, wybory samorządowe w Pradze, 2010 r.



Napis: „Dla dobra naszych dzieci – zero tolerancji dla ćpunów”

Źródło: Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2010

Obecność w przestrzeni publicznej placówek świadczących usługi dla uzależnionych może prowadzić do zarzutów, że przyciągają one ludzi używających narkotyków, co z kolei stanowi próbę tolerancji dla władz i mieszkańców danej dzielnicy. W roku 2008 organizacja Progressive, która obsługuje centrum pomocowe w Pradze, wynegocjowała od władz jednej z dzielnic zgodę na zainstalowanie automatu ulicznego z igłami i strzykawkami (il. 3), by umożliwić całodobowy dostęp do sprzętu. Pomysł ten zaczerpnięto z Niemiec, gdzie funkcjonuje bardzo wiele takich automatów. Według Vojtěcha Janouškovca, odpowiedzialnego za program redukcji szkód w Progressive, automaty tego rodzaju wypełniają ważną lukę, ponieważ centra pomocowe nie działają całodobowo, a apteki nie są zobligowane do sprzedawania strzykawek i igieł i wiele z nich odmawia obsługi osobom używającym narkotyków. Automat stał się więc bardzo popularny. Władze dzielnicy Staromiejskiej nie tylko zaakceptowały tę inicjatywę, lecz również pomogły sfinansować instalację. Jednak w obliczu skarg mieszkańców dzielnicy maszynę usunięto i przewieziono do Kolina, położonego ok. 100 km od Pragi, gdzie – według relacji Progressive – nadal jest używana z dużą częstotliwością.

II. 3: Automat do całodobowej dystrybucji sprzętu iniecyjnego zainstalowany na ulicy w Pradze



Fot.: V. Janouškovec, Progressive

Część osób, z którymi przeprowadzono wywiady na użytek niniejszego raportu, uważa, że w Pradze kwestie związane z narkotykami są bardziej upolitycznione niż w innych częściach kraju. Nina Janyšková, miejska koordynatorka polityki narkotykowej, oświadczyła, że jej biuro regularnie komunikuje się ze społeczeństwem, przedstawiając dowody potwierdzające skuteczność programów narkotykowych. W ten sposób stara się zneutralizować bezpodstawne zarzuty formułowane przez polityków w trakcie kampanii wyborczych. Prowadzona przez nią strategia promocyjna, kierowana do ogółu społeczeństwa oraz dzieci w różnym wieku, polega na przedstawianiu zdrowia ludzkiego jako wartości nadrzędnej, z czego wynika konieczność oferowania usług społecznych osobom używającym narkotyków. Janyšková zdaje sobie sprawę, że upolitycznienie problemów narkotykowych jest do pewnego stopnia nieuniknione, ale optymistycznie zakłada, że społeczeństwo zdaje sobie sprawę, że polityka narkotykowa nie może sprowadzać się do represyjnych działań policji.

Jednak stygmatyzacja i niechęć społeczna, z którą w Czechach spotyka się używanie narkotyków, wciąż pozostaje wyzwaniem dla działaczy zajmujących się tą dziedziną. Michal Miovský (2009), dyrektor Centrum Addyktologii przy Uniwersytecie Karola, mówi o tym następująco:

Nie tak dawno temu przeprowadzono badanie, w którym zadawano ankietowanym pytanie: „Kogo nie chciałbyś mieć za sąsiada?” Na pierwszym miejscu był tak zwany „čpun”... z drugiej strony, nasze społeczeństwo ma od zawsze bardzo tolerancyjne podejście do alkoholu, choć to on odpowiada za większość problemów związanych z używkami. Bijący żonę pijak nie jest postrzegany jako odstępstwo od normy – przynajmniej nie jest čpunem.

5. Przyjęte zasady i systemy: sukcesy i wyzwania

Ogłoszona w 2009 roku krajowa strategia narkotykowa Republiki Czeskiej obejmuje okres od 2010 do 2018 roku; mają jej towarzyszyć trzy trzyletnie plany działań. (Sekretariat GCDPC, 2009). Fakt, że rząd jest w stanie opracować dziewięcioletnią strategię, może świadczyć o stabilności podstawowych założeń czeskiej polityki narkotykowej. Główne cele tej strategii, będące rozwinięciem pierwotnych założeń i utrzymujące wielofilarową strukturę polityki narkotykowej, to: (1) zmniejszenie wskaźników „eksperymentalnego” i „okazjonalnego” używania narkotyków, zwłaszcza wśród młodych ludzi; (2) zmniejszenie wskaźników regularnego i problematycznego używania narkotyków; (3) redukcja szkód związanych z narkotykami i zagrożeń, jakie stanowią dla jednostek i społeczeństwa (4) zmniejszenie dostępności narkotyków (Sekretariat Rządowej Rady Koordynacji Polityki Narkotykowej, 2009). W obliczu utrzymującej się stygmatyzacji znaczące jest, że strategia narkotykowa dobitnie akcentuje konieczność przyjęcia podejścia podparte go rzetelnymi badaniami naukowymi oraz „poszanowania godności ludzkiej, wolności, demokracji, równości, solidarności, praworządności i praw człowieka” (ibid., s. 3).

Jednym z rozwiązań organizacyjnych jest wyznaczenie regionalnych koordynatorów ds. narkotyków oraz tworzenie wielosektorowych komitetów ds. narkotyków dla każdego z czterech regionów administracyjnych Czech. Dla niektórych z koordynatorów regionalnych jest to jedyna pełniona funkcja, pozostali łączą ją z innymi stanowiskami w administracji. Według jednego z „pełnoetatowych” koordynatorów, Marka Nerudy, działającego w regionie Czeskich Budziejowic, tamtejszy komitet regionalny stanowi platformę dla przedstawicieli zainteresowanych podmiotów,

co pozwala realizować wielosektorową strategię i nie traktować spraw narkotykowych tylko jako domeny działania policji lub tylko jako kwestii zdrowia publicznego. Koordynatorzy regionalni regularnie spotykają się ze sobą oraz z krajowym koordynatorem. W większości regionów organizacje pozarządowe są istotnym podmiotem zajmującym się organizacją usług oraz partnerem instytucji rządowych.

Coroczny raport o sytuacji narkotykowej, sporządzany przez Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Pradze według wzorca dostarczonego przez Unię Europejską, jest uwzględniany w zbiorczych raportach o sytuacji narkotykowej w Europie. Cechuje go rzetelność i ostrożność interpretacyjna wobec ogromnej ilości przedstawianych w nim danych. Raport odwołuje się do informacji zawartych w poprzednich edycjach, co pozwala na dokonanie spójnej analizy historycznej wielu wątków. Często zawiera również wyniki badań naukowych i analiz dotyczących zagadnień istotnych dla bieżącej polityki narkotykowej. Dyrektor Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, dr Viktor Mravčík, był jednym z badaczy zaangażowanych w powstanie PAD-u. To doświadczenie wpłynęło na techniczne i naukowe zaplecze, z którego do tej pory czerpie zarządzana przez niego instytucja.

Republika Czeska wielokrotnie odgrywała wiodącą rolę w kształtowaniu polityki narkotykowej Unii Europejskiej, zwłaszcza w okresie poprzedzającym nadzwyczajne posiedzenie oenzetowskiej Komisji ds. Narkotyków (CND) oraz w trakcie samego spotkania w marcu 2009 roku. Jego celem było stworzenie deklaracji politycznej, podsumowującej dziesięcioletni okres zwalczania problemów narkotykowych na świecie, oraz ustalenie strategii na następne 10 lat. Oświadczenie unijne (wywiad z Radimeckým) przygotowane i wygłoszone przez przedstawicieli Republiki Czeskiej, która wówczas sprawowała prezydencję Rady UE, zawierało dobitną krytykę strategii prohibicji zawartej w poprzedniej deklaracji. Wskazało, że nie zdołano ograniczyć podaży ani popytu na narkotyki, czego powodem był „brak zrównoważonej i wszechstronnej strategii” (Unia Europejska, 2009). Przywołując europejskie osiągnięcia na polu powstrzymania HIV wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie, autorzy oświadczenia podkreślili, że program redukcji szkód jako jeden z filarów polityki narkotykowej „nie powinien zastępować działań prewencyjnych, leczenia i rehabilitacji, ale też nie powinien być przez nie zastąpiony” (ibid.). Choć deklaracja końcowa posiedzenia CND ostatecznie nie odzwierciedliła tych wartości, oświadczenie UE dostarczyło mocnych argumentów na rzecz polityki opartej na dowodach i było wyrazem niezwykle konsensusu osiągniętego przez kraje Unii.

O specyfice czeskiego doświadczenia stanowi także rozwój dyscyplin akademickich dotyczących medycyny uzależnień i związane z nim uniwersyteckie zaplecze sektora usług społecznych. Powstałe w 2005 roku Centrum Addyktologii przy Uniwersytecie Karola w Pradze jest już instytucją o międzynarodowej renomie. Przyjęta tam definicja addyktologii jako dyscypliny akademickiej uwzględnia nie tylko terapię kliniczną i zagadnienia publicznej służby zdrowia, lecz także społeczny i prawny kontekst uzależnienia od narkotyków; wśród kadry znajdują się specjaliści ze wszystkich tych dziedzin (Miovský, 2009; Centrum Addyktologii, 2009).

W czasach zastoju gospodarczego i ograniczeń finansowych czeska polityka narkotykowa musi utrzymać wszechstronny system usług, który stanowi część jej wielofilarowej strategii. Według Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2010), środki przeznaczane na politykę narkotykową z budżetu ministerstw edukacji, obrony, pracy, spraw społecznych, zdrowia, sprawiedliwości oraz służb celnych wzrosły z 6,3 miliona euro rocznie w 2002 roku do 14,9 miliona euro w 2008 roku. W 2009 roku kwota ta spadła do poziomu 14,2 miliona euro. Środki ze wszystkich 14 regionów (łącznie z Pragą) wzrosły w latach 2002-2008 z 952 000 euro do 6,5 miliona euro, a w większości z nich w 2009 roku również zmalały. Jednak ogólna kwota wciąż utrzymuje się na poziomie ok. 6,5 miliona euro. Zdaniem organizacji pozarządowych głównym problemem jest ograniczenie wsparcia finansowego dla podstawowych usług. SANANIM, najstarsza organizacja zajmująca się zapewnianiem usług dla osób używających narkotyków, prowadzi w Pradze kawiarnię i sklep charytatywny, które generują pewien dochód, oraz pozyskuje środki od darczyńców z sektora prywatnego (SANANIM, 2010). Ale zarówno SANANIM, jak i inne organizacje są zaniepokojone koniecznością pozyskiwania środków na swoją działalność statutową od prywatnych darczyńców w obliczu możliwych cięć budżetowych w sektorze rządowym.

Utrzymaniu sprawnego funkcjonowania międzyresortowego organu rządowego w rodzaju czeskiej Komisji Narkotykowej często towarzyszą problemy. Przedstawiciele poszczególnych ministerstw nieuchronnie kierują się priorytetami własnego resortu, a znalezienie wspólnej płaszczyzny porozumienia dla wszystkich sektorów bywa niezwykle trudne. Zespoły międzyresortowe często nie dysponują własnym budżetem ani kompetencjami decyzyjnymi, które umożliwiłyby im podejmowanie zdecydowanych działań w zakresie prowadzonej przez nie polityki. Jeden z byłych koordynatorów krajowych, Radimecký (2007), ubolewa, że Komisja Narkotykowa nie ma władzy, by kontrolować wdrażanie jej ustaleń przez poszczególne ministerstwa. Jest to problem, który dotyczy wszystkich organów międzyresortowych. W czerwcu 2011 roku szefowie organizacji pozarządowych powiedzieli autorowi niniejszego raportu, że pewni przedstawiciele rządu zasiadający w Komisji próbowali wyeliminować z niej reprezentantów sektora pozarządowego. Próba ta się nie powiodła. Mimo to większość ekspertów, z którymi przeprowadzono wywiady, utrzymywała, że Komisja Narkotykowa pomimo wszelkich niedoskonałości odgrywa istotną rolę w prowadzeniu międzyresortowej polityki.

Dobrym przykładem wskazującym zarówno na przydatność, jak i ograniczenia systemu krajowej koordynacji polityki narkotykowej jest sytuacja z 2010 roku, kiedy to rząd musiał zmierzyć się z faktem wprowadzenia na rynek czeski nowych syntetycznych narkotyków produkcji chińskiej. Substancje te trafiały na czeski rynek przez Polskę i pojawiły się w legalnym obrocie, ponieważ czeskie prawo narkotykowe nie zakazywało ich sprzedaży (Buehrer, 2011). Koordynator krajowy, Jindřich Vobořil, wezwał parlament do jak najszybszego uchwalenia poprawki zakazującej sprzedaży tych substancji. We wrześniu 2010 roku informacja o nowych narkotykach trafiła do rządu, a w listopadzie przygotowano projekt poprawki, który przedłożono do parlamentu w grudniu.

Jednak projekt przegłosowano dopiero w kwietniu 2011 roku. Wówczas do istniejącego prawa narkotykowego dopisano zakaz obrotu trzydziestoma trzema substancjami o nowej strukturze chemicznej (Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2011). Zarówno Vobořil, jak i dyrektor Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, dr Viktor Mravčik nalegali na utworzenie procedury, która pozwoli rządowi działać w takich wypadkach z pominięciem parlamentu, zwłaszcza wobec dużego prawdopodobieństwa, że wkrótce mogą pojawić się nowe, niewymienione w poprawce syntetyki (Velinger, 2011). W takim wypadku, twierdzi Vobořil, rząd powinien zwrócić się również bezpośrednio do Chin, co naturalnie nie leży w kompetencjach biura Krajowego Koordynatora ds. Narkotyków.

6. Republika Czeska i Słowacja: odmienne podejścia do polityki narkotykowej

W przededniu rozszerzenia Unii Europejskiej European Centre for Monitoring of Drugs and Drug Abuse (EMCDDA) zwróciło uwagę na różnorodność polityki narkotykowej krajów kandydujących, zwłaszcza państw byłego bloku wschodniego, oraz podkreśliło konieczność stworzenia jednolitej unijnej strategii na tym polu (EMCDDA, 2003). Zaznaczano, że unijna polityka narkotykowa zmierza w stronę redukcji szkód, depenalizacji użycia i posiadania niewielkich ilości narkotyków (ibid.), podczas gdy „tego rodzaju inicjatywy niemal nie istnieją w krajach kandydujących, a ograniczone środki finansowe są tam przeznaczane przede wszystkim na egzekwowanie prawa”. Zdaniem przedstawicieli EMCDDA, Unia nie powinna ustawać w wysiłkach tworzenia wielofilarowej polityki narkotykowej.

Jak już pisaliśmy, w Czechach jeszcze przed akcesją podjęto wiele zgodnych z trendami europejskimi decyzji w sprawach polityki narkotykowej. Natomiast kierunek, który na tym polu obrała Republika Słowacka, bliższy był temu, przed czym przestrzegało EMCDDA. Różnice, które zarysowały się pomiędzy czeską a słowacką polityką narkotykową, zarówno pod względem litery prawa jak i jego zastosowania, są zdumiewające, zważywszy na wspólne doświadczenia historyczne obu krajów.

Do roku 2005 w Republice Słowackiej obowiązywało bardzo restrykcyjne, nieelastyczne prawo, zakładające surowe kary za każdego rodzaju wykroczenie związane z narkotykami. Po rozpa-

dzie Czechosłowacji władze słowackie wprowadziły penalizację posiadania narkotyków „na własny użytek”, co stanowiło odwrót od liberalnej polityki przyjętej w Czechosłowacji we wczesnym okresie postsowieckim (Hičárová i in., 2010). Choć w 1999 roku wprowadzono w słowackim prawie rozróżnienie pomiędzy handlem narkotykami a posiadaniem ich na własny użytek, nakładając dużo surowsze kary za to pierwsze, posiadanie narkotyków na własny użytek pozostało przestępstwem.

Jak wszystkie kraje które w 2004 roku wstąpiły do Unii, Republika Słowacka przeprowadziła głęboką rewizję prawa karnego pod kątem dopasowania go do standardów unijnych. Nowy kodeks karny (Ust. 300/2005) i kodeks postępowania karnego (Ust. 301/2005) miały odzwierciedlać postawy bliższe tendencjom ogólnoeuropejskim. Przejawiało się to zwłaszcza w nowym prawie narkotykowym, według którego posiadanie narkotyków w ilości do dziesięciu razy większej niż pojedyncza dawka nie było uznawane za przestępstwo (Hičárová i in., 2010). Nie ustalono jednak, jaka ilość odpowiada pojedynczej dawce, pozostawiając sędziom pole do dowolnej interpretacji tej kluczowej dla spraw narkotykowych kwestii. Państwowy Instytut Medycyny Sądowej ma prawo zbadać posiadaną przez zatrzymanego ilość narkotyku i orzekać jak wiele dawek ona zawiera. Czasem podawana wartość mogła mieścić się zarówno w przedziale powyżej, jak i poniżej dziesięciokrotności pojedynczej dawki, co ponownie pozostawiało sądom pole do interpretacji (wywiad z Hičárovą). W objaśnieniu nowego przepisu prawnego podkreśla się, że jego założeniem jest dokonanie rozróżnienia pomiędzy dilerem a osobą posiadającą narkotyki na własny użytek, co ma pomóc w zwalczaniu handlu substancjami zakazanymi i dać możliwość uniknięcia kary lub skierowania na przymusowe leczenie osoby popełniającej pomniejsze wykroczenia.

Badania nad słowacką polityką narkotykową, podjęte w 2010 roku przez organizacje pozarządowe we współpracy z rządem i przy technicznym wsparciu ekspertów z Centrum Addykto-logii przy Uniwersytecie Karola dotyczyły oddziaływania wprowadzonych w 2005 roku reform prawnych. Konkluzja wynikająca z tych badań jest taka, że brak jasnych przepisów dotyczących dopuszczalnej prawnie liczby dawek podkopuje skuteczność reform i sprzyja dalszemu stosowaniu surowych kar wobec osób niebędących dilerami. Stwierdzono również, że w niektórych przypadkach klasyfikujących się raczej jako zasługujące na karę grzywny niż na wyrok pozbawienia wolności, rzadko korzystano z możliwości skierowania na leczenie. Dodatkowo badania ujawniły przypadki utrudniania przez policję prowadzenia programów wymiany igieł, niehumanitarnego traktowania osób aresztowanych za przestępstwa narkotykowe i inne pogwałcenia praw osadzonych. Według autorów analizy stoi to w sprzeczności z duchem „zrównoważonej” polityki narkotykowej, który rzekomo przyświecał reformie kodeksu karnego. Władze Słowacji nie ustosunkowały się jak dotąd do wyników tych badań, podobnie jak do niniejszego raportu.

Słowacka policja utrzymuje system kwotowy odnośnie zatrzymań dilerów narkotyków. Jaroslav Spišiak, komendant główny policji słowackiej, powiedział, że w 2011 roku wskaźnik ten wynosił 2 874. Przyznał jednak, że różnica pomiędzy dilerami a osobami używającymi narkotyków jest w rzeczywistości często rozmyta, oraz że czasami policja „po prostu wie”, że osoba, przy

której nie znaleziono dużej ilości narkotyków, może być dilerem. Marek Para, prawnik z Bratysławy, prowadzący wiele spraw narkotykowych twierdzi, że wymagane normy zmuszają policję do aresztowania pierwszej z brzegu osoby popełniającej wykroczenie narkotykowe, najczęściej tylko posiadającej narkotyki. Para kwestionuje oficjalne stanowisko policji, według którego wymagana norma aresztowań pomaga zwalczać dilerów i handlarzy narkotyków. W sytuacji, w której wynagrodzenie funkcjonariusza policji uzależnione jest od liczby osób zatrzymanych przez niego za przestępstwa narkotykowe, istnieje pokusa zatrzymywania osób popełniających pomniejsze wykroczenia. Jozef Čentíš, naczelny prokurator ds. korupcji i prania pieniędzy na Słowacji, którego biuro zajmuje się również sprawami narkotykowymi, twierdzi, że prokuratorzy starają się kierować uwagę policji na handel oraz poważniejsze przestępstwa narkotykowe, jednak bez większego powodzenia. Čentíš starał się wpływać na rozwój alternatywnych sposobów postępowania prawnego wobec osób popełniających pomniejsze wykroczenia narkotykowe, co jednak wymagałoby zmiany postaw ze strony policji. Para wzywał również władze Republiki Słowackiej, by – na wzór Czech – precyzyjnie zdefiniowały „niewielką” ilość narkotyku, co umożliwiłoby stosowanie innych niż kryminalne kar dla osób popełniających pomniejsze wykroczenia.

Przyczyny, dla których Czechy i Słowacja poszły w tak różnych kierunkach, są liczne i skomplikowane. Słowacka polityka narkotykowa lat dziewięćdziesiątych odzwierciedlała szersze tendencje polityczne przyjęte przez rząd Vladimira Mečiara, który został premierem w 1994 roku, krótko po rozpadzie Czechosłowacji. Rządy Mečiara szeroko postrzegano jako skorumpowane i niedemokratyczne – niektórzy komentatorzy określają je mianem „zbirokracji” (Kopstein i Reilly, 2000). W obliczu krytyki słowackiego „deficytu demokracji” ze strony państw Zachodu władze kraju zwróciły się na Wschód i wybrały Rosję jako kluczowego partnera ekonomicznego i politycznego. Panujący na Słowacji klimat polityczny sprzyjał zaostreniu prawa narkotykowego. W 1998 roku partia Mečiara poniosła klęskę wyborczą, dzięki czemu dochodzące do głosu społeczeństwo obywatelskie i dążenie do integracji europejskiej mogły doprowadzić do demokratyzacji pewnych sfer polityki (Pridham, 2002).

Niektórzy analitycy zauważają, że na Słowacji przed aksamitną rewolucją nie pojawił się żaden odpowiednik czeskiego Skáli, jego ekipy i ich szkolonych przez lata następców, których późniejsza działalność w społeczeństwie i w rządzie doprowadziłyby do ukształtowania się wielofilarowej polityki narkotykowej, w której kluczowe stanowiska obsadzone są przez specjalistów (wywiad z Kaliną i Hičárovą). Ogólna słabość słowackiego sektora pozarządowego, szczególnie na polu zdrowia publicznego, może być jednym z podstawowych czynników (wywiad Záborskýego z Potůčkem 1993). System szeroko dostępnych usług dla osób używających narkotyków jest na Słowacji, pomimo starań tamtejszego sektora pozarządowego, dużo mniej rozwinięty niż w Czechach. Obecnie na Słowacji istnieje tylko jeden ośrodek świadczący łatwo dostępne usługi w ramach programu redukcji szkód, podczas gdy w Czechach działają ich dziesiątki (wywiad Záborskýego z Hičárovą). Współczynnik seroprewalencji wirusowego zapalenia wątroby typu C jest na Słowacji

około dwukrotnie wyższy niż w Republice Czeskiej (EMCDDA, 2011, s. 85). Obserwatorzy wskazują również na bardziej świeckie i być może – co za tym idzie – mniej moralistyczne postawy społeczne w Czechach (wywiad Záborskýego z Musilem, 1993). Dodatkowo Musil (1993) zwraca uwagę, że okres najintensywniejszej industrializacji i urbanizacji nastąpił w Czechach jeszcze przed okupacją radziecką, podczas gdy na Słowacji społeczeństwa miejskie rozwinęły się w czasach rządów socjalistycznych, wskutek czego tamtejsze struktury demokratyczne mogą być słabiej zakorzenione niż te w miastach czeskich.

7. Wnioski

Jednym ze wskaźników skuteczności polityki narkotykowej są osiągnięcia na polu kontrolowania rozprzestrzeniania się HIV. Czechy zasługują tu na bardzo wysoką ocenę. Podczas gdy kraje takie jak Szwajcaria lub Hiszpania w latach 80., czy kraje byłego bloku wschodniego (w tym Rosja) w latach 90. i później, musiały zmierzyć się z epidemią HIV wśród osób używających narkotyków, władzom i społeczeństwu czeskiemu udało się zapobiec znaczącemu rozprzestrzenieniu się wirusa w grupach wysokiego ryzyka. Stosunkowo duży zasięg programów wymiany igieł i łatwy dostęp do wspomaganych medycznie terapii dla osób uzależnionych od opiatów mają prawdopodobnie największy wpływ na ten rezultat. Kolejnym elementem czeskiej polityki narkotykowej jest stosowanie innowacyjnych metod redukcji szkód (w tym rozprzestrzeniania się HIV) wśród osób używających metamfetaminę. Polityka ta skłania organy policji do ścigania przede wszystkim zakrojonego na szeroką skalę handlu i innych poważnych przestępstw narkotykowych, dzięki czemu można tworzyć warunki sprzyjające redukcji szkód i usługom medycznym.

Krajowi koordynatorzy polityki narkotykowej w Czechach wywodzą się w większości z sektora pozarządowego i mają za sobą praktyczne doświadczenie na polu organizowania usług medycznych i społecznych. Władze centralne i regionalne oferują organizacjom pozarządowym wsparcie finansowe, zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Wsparcie to dotyczy zwłaszcza łatwo dostępnych usług, którymi sektor pozarządowy zarządza dużo skuteczniej niż instytucje państwowe. Oficjalne uczestnictwo organizacji pozarządowych w pracach Państwowej Komisji Narkotykowej dowodzi, jak ważną rolę odgrywają instytucje społeczeństwa obywatelskiego w kształtowaniu polityki narkotykowej.

Nie ma zapewne takiego państwa, w którym polityka narkotykowa opierałaby się wyłącznie na faktach naukowych; jej twórcy zbyt łatwo ulegają naciskom politycznym, partykularnym interesom i ideologii. Praktykę czeską charakteryzuje jednak wyraźny szacunek decydentów dla rzetelnie przeprowadzonych badań naukowych i zdolność do wyciągania z nich konstruktywnych wniosków. Zważywszy na wyzwania, które stoją przed zrównoważoną polityką narkotykową, zwielokrotnione jeszcze w czasach kryzysu ekonomicznego, to zaufanie do wiedzy naukowej może odegrać ogromną rolę.

Czego można nauczyć się od Czechów

Czeskie doświadczenie na polu polityki narkotykowej może być źródłem wielu inspirujących wniosków dla krajów, które niedawno wyswobodziły się z reżimów autokratycznych, oraz - w szerszym znaczeniu - dla wszystkich władz państwowych. Wśród nich można wymienić:

Pozycja krajowego koordynatora i innych kluczowych działaczy: Stanowisko sekretarza generalnego lub koordynatora Państwowej Komisji Narkotykowej są bardzo istotne dla czeskiej polityki narkotykowej. Podczas gdy w wielu krajach na czele międzyresortowych organów odpowiedzialnych za sprawy narkotykowe stoją oficerowie policji, wojskowi, bądź przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości, w Czechach są to zazwyczaj działacze, mający doświadczenie w zakresie organizacji usług medycznych i społecznych dla osób używających narkotyków. Przykładem może być tu dr Kamil Kalina, pierwszy Krajowy Koordynator, którego doświadczenie na polu medycyny uzależnień wpłynęło na przeforsowanie perspektywy zdrowotnej jako zasadniczej dla procesów decyzyjnych. Pełniący tę funkcję obecnie Jindrich Voboril jest współzałożycielem organizacji pozarządowej, zajmującej się usługami dla uzależnionych z siedzibą w Brnie. Dr Pavel Bém (Krajowy Koordynator w latach 1994-98) doprowadził do ustanowienia trwałego systemu pozyskiwania środków finansowych przez organizacje pozarządowe i zamówienia raportu PAD. Dr Josef Radimecký, założyciel jednej z pierwszych wspólnot terapeutycznych w kraju, dodatkowo umocnił znaczenie badań naukowych w polityce narkotykowej oraz współtworzył pierwszą strategię ds. narkotyków, w której jednym z filarów był program redukcji szkód. Był również zwolennikiem zastosowania wniosków PAD jako wyznacznika zmian w polityce narkotykowej po 2002 roku. Fakt, że dr Bém, specjalista w dziedzinie medycyny i zwolennik programów opartych na dowodach empirycznych, był przez osiem lat burmistrzem Pragi, później zaś zasiadał w czeskim parlamencie, niewątpliwie wpłynął na zrównoważenie debaty politycznej i jej priorytety. Wiele czynników ukierunkowało czeską politykę narkotykową, jednak obsadzenie na kluczowych stanowiskach ekspertów w dziedzinie zdrowia i usług społecznych w znacznym stopniu zdecydowało o przyjęciu polityki nieograniczającej się do ścigania używających.

Fakty naukowe a decyzje polityczne: Wpływ „Analizy oddziaływania nowego ustawodawstwa w sprawie narkotyków” (PAD) oraz kolejnych, wykonanych na zlecenie rządu specjalistycznych badań naukowych dostarczających rzetelnej wiedzy na temat oddziaływania polityki narkotykowej dowodzą, że przynajmniej w pewnym okresie władze Republiki Czeskiej w znacznym stopniu kierowały się w tej dziedzinie faktami ściśle naukowymi. PAD, który powstał w przełomowym dla czeskiej polityki narkotykowej momencie, wyznaczył kolejnym naukowcom bardzo wysoki pułap jakości badań zleczanych przez decydentów politycznych jako element technicznego zaplecza dla procesów decyzyjnych. Procesy te opierają się w znacznym stopniu na systemie informacyjnym, prowadzonym przez Krajowe Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Dodatkowym atutem jest omówiona już specyfika zawodowa czeskich Koordynatorów ds. Narkotyków, których akademickie i praktyczne doświadczenia są gwarantem, że dowody naukowe będą traktowane z należytą powagą. Ważną funkcję pełni interdyscyplinarne, uniwersyteckie Centrum Addyktologii, również prowadzące wysokiej jakości badania naukowe istotne dla polityki narkotykowej. Warto zauważyć, że na czele zarówno Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, jak i Centrum Addyktologii Uniwersytetu Karola stoją specjaliści, którzy jako młodzi naukowcy należeli do ekipy tworzącej PAD.

Rola społeczeństwa obywatelskiego: Stygmatyzacja narkotyków oraz częsta niemożność dotarcia oficjalnych struktur do najbardziej zmarginalizowanej grupy osób uzależnionych sprawiają, że prowadzenie skutecznej polityki narkotykowej nie jest możliwe bez aktywnego udziału instytucji społeczeństwa obywatelskiego. Przypadek Czech potwierdza tę prawidłowość. Od czasów aksamitnej rewolucji społeczeństwo obywatelskie odegrało kluczową rolę w utworzeniu i utrwaleniu struktur polityki wielofilarowej na różnych polach. Memorandum Świąteczne z 1992 roku przewidującą wskazało na konieczność nawiązania ściślejszej współpracy pomiędzy państwem i instytucjami społeczeństwa obywatelskiego, by stopniowo poszerzać zasięg i dostępność najbardziej podstawowych usług. Na polu organizowania tych usług oraz realizowania programu redukcji szkód kluczową rolę odegrały organizacje pozarządowe. Ich główną bolączką są opóźnienia i ograniczenia w zakresie wsparcia finansowego ze strony rządu, a także konieczność pozyskiwania środków na prowadzenie działalności od sektora prywatnego. Niemniej organizacje pozarządowe mają oficjalną pozycję w strukturach politycznych, czego nie można powiedzieć o ich odpowiednikach w wielu krajach. Wobec wyzwań stojących przed czeską polityką narkotykową w związku z kryzysem ekonomicznym, to ich głos będzie miał zasadnicze znaczenie.

Perspektywa akcesji: Praktycznie wszyscy specjaliści, z którymi przeprowadzono wywiady na użytek niniejszego raportu, uważają, że perspektywa wejścia do UE miała wpływ na kluczowe decyzje kształtujące czeską politykę narkotykową. W okresie, gdy Czechy nadawały kierunek tej polityce, w krajach członkowskich coraz wyraźniejsze stawały się określone tendencje, zwłaszcza te

zmierzające do złagodzenia kar za pomniejsze wykroczenia narkotykowe. Orientacja czeskiej polityki narkotykowej i jej zgodność z europejskimi trendami stanowiły zaplecze spotkania wysokiego szczebla Komisji ds. Narkotykowych ONZ w 2009 roku, na którym reprezentanci Czech przedstawili założenia europejskiej polityki narkotykowej. Konieczność dostosowania się do standardów unijnych była istotnym czynnikiem stojącym za zmianą słowackiego prawa narkotykowego w 2005 roku (choć idea, przyświecająca tej zmianie z trudem przekłada się na tamtejszą praktykę policyjną). W chwili, gdy powstaje ten tekst, pięć państw europejskich, w tym Chorwacja, Macedonia i Czarnogóra, kandyduje do członkostwa w Unii. Doświadczenia czeskie, począwszy od inspiracji trendami zachodnioeuropejskimi, po zdobycie czołowej pozycji w europejskiej polityce narkotykowej, mogą stanowić ważną lekcję dla tych krajów.

Źródła

Bém, P. 2010. Presentation to conference, “Urban drug policies in the globalised world,” September 30, Prague. (Slides given to the author in hard copy.)

Buehrer, J. 2011. Government urged to ban new designer drugs: market flooded with Chinese synthetics, trafficked via Poland. *Prague Post*, February 2. [<http://www.praguepost.com/print.php?url=7334-govt-urged-to-ban-new-designer-drugs.html>]

Bullington, B. 2007. The velvet hangover: reflections on Czech drug policy. *Journal of Drug Issues* 37(1):205–228.

Centre for Addictology, Department of Psychiatry of the First Faculty of Medicine, Charles University, 2009. *2009 report on activities*. Prague. [<http://www.adiktologie.cz/en/articles/418/Activity-reports>]

Chafetz, ME. 1961. Alcoholism problems and programs in Czechoslovakia, Poland and the Soviet Union. *New England Journal of Medicine* 265(2):68–74.

Chatwin, C. 2003. Drug policy development within the European Union. *British Journal of Criminology* 43:567–582.

Conroy, MS. 1990. Abuse of drugs other than alcohol and tobacco in the Soviet Union. *Soviet Studies* 42(3):447–480.

Deutsche Welle. 2010. New Czech drug guidelines are Europe’s most liberal, January 7. [www.dw-world/de]

Donoghoe, M.C. 2006. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In S. Matic, J.V. Lazarus, and M.C. Donoghoe, eds. *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO-Europe. [http://www.who.int/hiv/pub/idu/hiv_europe.pdf#page=58]

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2002. *Drugs in focus: drug users and the law in the EU—a balance between punishment and treatment*. Lisbon: European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2004. *Overview: Karlov therapeutic community (Best Practice Portal)*. Lisbon: European Union. [http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=6197]

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2010a. *The state of the drugs problem in Europe: Annual report 2010*. Lisbon: European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2010b. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2010c. *Threshold quantities for drug offenses (web summary)*. Lisbon: European Union. [<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index99321EN.html>]

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2011. *The state of the drugs problem in Europe: Annual report 2011*. Lisbon: European Union. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_EN_EMCD_DA_AR2011_EN.pdf]

European Union. 2009. *Statement by Ivan Langer, Minister of the Interior of the Czech Republic on behalf of the European Union to the High-Level Segment of the 52nd Session of the Commission on Narcotic Drugs, Vienna, March 11*.

Fleming, P., Bradbeer, T., and Green, A. 2001. *Substance misuse problems in Russia: a perspective from Saint Petersburg*. *Psychiatric Bulletin* 25:27–28.

Government of the Czech Republic, 2011. *Statute of the Government Council for Drug Policy Coordination*. [<http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Statute-rvpkppx.pdf>]

Hičárová, T., Kiššová, L., Očenášová, A., et al. *Project to evaluate selected drug-possession provisions of Act no. 300/2005—Criminal Code of the Slovak Republic: Summary final report*. Bratislava: Open Society Foundations, 2010. [http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles_publications/publications/slovak-drug-possession-report-20110301/evaluation-drug-paragraphs-20110308.pdf]

International Narcotics Control Board (INCB). 1996. *Annual report for 1995*. Vienna, United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1995.html]

- International Narcotics Control Board (INCB). 1997. *Annual report for 1996*. Vienna, United Nations. [http://www.incb.org/incb/en/annual_report_1996.html]
- Jacoby, W. 1999. Priest and penitent: the European Union as a force in the domestic politics of Eastern Europe. *East European Constitutional Review* 8:62–67.
- Kalina, K. 2006. Therapeutic communities for addicts in the Czech Republic—roots, recent development and current profiles. *International Journal of Therapeutic Communities* 27(1):31–44.
- Kalina, K. 2007. Developing the system of drug services in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37(1):181–204.
- Kopstein, J.S., and Reilly, D.A. 2000. Geographic diffusion and the transformation of the postcommunist world. *World Politics* 53:1–37.
- Korf, DJ. 2002. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive Behaviors* 27:851–866.
- Leroy, B. 1992. The European Community of twelve and the drug demand: excerpt of a comparative study of legislations and judicial practice. *Drug and Alcohol Dependence* 29:269–281.
- Marchal, J. 2010. Czech pot smokers exhale with relief over new drug law. *Agence France Presse*. March 17. [<http://www.ccguides.org/news/shownewsarticle.php?articleid=15441>]
- Miovský, M. 2009. 1st Medical Faculty's Addictology Center introduces its master's programme (online interview). [<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-9878.html>]
- Mravčík, V., Škařupová, K., Orliková, B., et al., 2011. Use of gelatin capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy* 22:172–173.
- Musil, J. 1993. Czech and Slovak society. *Government and Opposition* 28(4):479-494.
- National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction of the Czech Republic, 2009. Czech drug policy and its coordination: History and the present. Prague. [http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/Zaostreno_coordination_2009_www.pdf]
- National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction of the Czech Republic, 2010. *Annual report: the Czech Republic 2009 drug situation*. Prague. [http://www.drogy-info.cz/index.php/english/annual_report_the_czech_republic_2009_drug_situation]
- National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction of the Czech Republic, 2011. New 33 substances under control in the Czech Republic (web announcement). [http://www.drogy-info.cz/index.php/english/new_33_substances_under_control_in_the_czech_republic]
- National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction of the Czech Republic, National Drug Squad of the Czech Police, and Centre for Addictology of the Psychiatric Clinic of the First Faculty of Medicine of Charles University, 2010. Changes in the Czech drug-related legislation. [<http://>

- www.drogy-info.cz/index.php/english/changes_in_the_czech_drug_related_legislation_2010]
- Potůček, M. 1993. Current social policy developments in the Czech and Slovak Republics. *Journal of European Social Policy* 3(3):209–226.
- Pridham, G. 2002. The European Union's democratic conditionality and domestic politics in Slovakia: the Mečiar and Dzurinda governments compared. *Europe-Asia Studies* 54(2):203–227.
- Radimecký, J. 2007. Rhetoric versus practice in Czech drug policy. *Journal of Drug Issues* 37(1):11–44.
- SANANIM, 2010. *Annual report 2010*. Prague. [<http://www.sananim.cz/sananim/about-us.html>]
- Secretariat of the Government Council for Drug Policy Coordination, 2009. National drug policy strategy for the period 2010–2018. Prague: Government of the Czech Republic.
- Sevchenko, M. 2010. Prague: the new Amsterdam? *Global Post*. November 28. [www.globalpost.com/print/5602284]
- Trávníčková, I. and Zeman, P. 2009. Criminal justice opportunities in drug-prevention policy —I. Developmental aspects; II. Empirical part. In Schienost, M., ed. *Selected results of research activities in ICSP in the years 2004–2007*. Prague: Institute of Criminology and Social Prevention.
- Velinger, J. 2011. Synthetic drugs a threat again. *Český Rozhlas*. June 7. [<http://www.radio.cz/en/section/curraffrs/synthetic-drugs-a-threat-again>]
- Tyrlik, M., Zuda, T., Bém, P., Power, R. 1996. The drug-use situation in the Czech Republic. *Bulletin on Narcotics* 1:89–98.
- Zábranský, T. 2004. Czech drug laws as an arena of the drug policy battle. *Journal of Drug Issues* 34(3):661–686.
- Zábranský, T. 2007. Methamphetamine in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37(1): 155–180.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Gajdosikova, H., Miovský, M. 2001. PAD: Impact analysis project of new drugs legislation (summary final report). Prague: Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission.
- Zeman, P. 2007. Legislation and practice concerning prosecution of drug offenses in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues* 37(1):45–72.

Aneks: Rozmówcy

Republika Czeska

Praga:

- ▶ Aleš Borovička, koordynator ds. Współpracy międzynarodowej, Krajowy Sztab ds. Narkotyków, Wydział Śledczy i Kryminalny Policji
- ▶ Hana Fidesová, adwokatka, Centrum Addyktologii, Uniwersytet Karola
- ▶ Pułkownik Jakub Frydrych, dyrektor Krajowego Sztabu ds. Narkotyków, Wydział Śledczy i Kryminalny Policji
- ▶ Vojtěch Janouškovec, ekspert ds. redukcji szkód, Progressive (NGO)
- ▶ Nina Janyšková, Koordynatorka ds. Narkotyków Miasta Pragi
- ▶ Dr Kamil Kalina, Centrum Addyktologii, Uniwersytet Karola; były Krajowy Koordynator ds. Narkotyków
- ▶ Lucia Kiššová, była dyrektorka Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii Republiki Słowackiej
- ▶ Dr Viktor Mravčík, szef Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

- ▶ Dr Josef Radimecký, były Krajowy Koordynator ds. Narkotyków, Centrum Addyktologii, Uniwersytet Karola
- ▶ Jiří Richter, dyrektor, SANANIM (NGO)
- ▶ Jindřich Vobořil, Krajowy Koordynator ds. Narkotyków, Urząd Rządu Republiki Czeskiej
- ▶ Dr Tomáš Záborský, dyrektor ds. Badań i Rozwoju, Centrum Addyktologii, Uniwersytet Karola (rozmowa telefoniczna)
- ▶ Dr Petr Zeman, prawnik, Instytut of Kriminologii i Profilaktyki Społecznej

Poza Pragą:

- ▶ Marek Nerud, regionalny koordynator ds. narkotyków, Czechy Południowe, Czeskie Budziejowice

Republika Słowacka

- ▶ Dr Jozef Čentéš, naczelny prokurator ds. prania pieniędzy i przestępczości zorganizowanej, Prokuratura Generalna, Bratysława
- ▶ Tatiana Hičárová, dyrektorka wykonawcza, Plan B, Bratysława
- ▶ Marek Para, adwokat, Bratysława
- ▶ Piłkownik Jaroslav Spišiak, komendant główny policji, Bratysława

O Autorce:

Joanne Csete jest Profesorką Nadzwyczajną Zdrowia Publicznego i Rodzinnego w Mailman School of Public Health Uniwersytetu Columbia. Przedmiotem jej nauczania i badań jest przewycięzanie barier na drodze do zapewnienia usług medycznych dla grup społecznie zmarginalizowanych i będących w konflikcie z prawem, zwłaszcza ludzi używających substancji niedozwolonych, prostytutek, więźniów, aresztowanych oraz nosicieli HIV. Jako założycielka i dyrektorka Programu HIV a Prawa Człowieka przy Human Rights Watch Csete nadzorowała badania dotyczące naruszeń praw człowieka odnośnie dostępu do usług medycznych dla nosicieli HIV oraz prowadziła działalność rzeczniczą, pertraktując z władzami wielu krajów w sprawie usuwania barier w tym zakresie. Była dyrektorką wykonawczą w kanadyjskim HIV/AIDS Legal Network w Toronto, jednej z najważniejszych na świecie organizacji zajmującej się badaniem i rzecznictwem w kwestii zdrowia i praw człowieka. Wcześniej była starszą doradczynią techniczną UNICEF-u oraz wykładała na Uniwersytecie Wisconsin w Madison.

Global Drug Policy Program

Powstały w roku 2008 Program Światowej Polityki Narkotykowej dąży do zastąpienia obecnego, opartego na karaniu, paradygmatu międzynarodowej polityki narkotykowej podejściem dającym pierwszeństwo prawom człowieka i zdrowiu publicznemu. Celem programu jest poszerzenie, dywersyfikacja i konsolidacja sieci podobnie myślących organizacji, aktywnie kwestionujących obecną politykę narkotykową na świecie. Główne obszary działalności programu to przyznawanie grantów i – w mniejszym zakresie – bezpośrednia działalność rzecznicza.

Światową politykę narkotykową charakteryzuje obecnie surowe egzekwowanie prawa, co nie tylko nie ogranicza spożycia, produkcji i handlu narkotykami, lecz także prowadzi do udokumentowanych przypadków eskalacji przemocy na tle narkotyków, kryzysu zdrowia publicznego i naruszeń praw człowieka.

Open Society Foundations

Open Society Foundations działają w ponad osiemdziesięciu krajach na rzecz tworzenia prężnego i tolerancyjnego ustroju demokratycznego i odpowiedzialności władzy przed obywatelami. We współpracy z lokalnymi społecznościami Open Society Foundations przyczyniają się do sprawiedliwości i poszanowania praw człowieka, wolności słowa i zapewnienia dostępu do służby zdrowia i oświaty.

Dla Open Society Foundations priorytetem jest polityka narkotykowa oparta na prawach człowieka i promocji zdrowia publicznego. Nasze wysiłki ukierunkowane są na rozwój nowych organizacji zajmujących się polityką narkotykową, umacnianie i poszerzanie zakresu działań podmiotów zaangażowanych w przeprowadzenie reformy polityki narkotykowej, tworzenie możliwości obrony własnych praw na poziomie krajowym i międzynarodowym dla osób używających narkotyków oraz wspieranie badań nad ekonomicznymi i społecznymi kosztami obecnej polityki narkotykowej.

W poszukiwaniu równowagi: czeska polityka wobec substancji niedozwolonych jest trzecią z cyklu publikacji wydawanych przez Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej Open Society Foundations. Publikacje te mają za zadanie dokumentować pozytywne przykłady liberalizacji polityki narkotykowej na całym świecie. Wierzymy, że czeska polityka narkotykowa stanie się wzorcem przejścia od polityki opartej na represjach do polityki opartej na faktach. W poszukiwaniu równowagi opisuje wymowny przypadek zastosowania narzędzi naukowych w skomplikowanej i często nierozumianej dziedzinie, którą jest polityka narkotykowa.

Oprócz pracy nad reformą polityki narkotykowej, Open Society Foundations działają w ponad siedemdziesięciu krajach na rzecz zdrowia, równości wobec prawa, edukacji, młodzieży, odpowiedzialnej władzy, mediów oraz sztuki. Naszym celem jest tworzenie żywotnych i tolerancyjnych społeczeństw demokratycznych, w których władze są odpowiedzialne wobec obywateli.

