

Współcześnie polityka prohibicji zaczyna podlegać coraz to wyraźniejszej ewolucji i różnicowaniu od pierwotnej jej formy, którą określić można mianem prohibicji twardej (prawny zakaz realizacji wszelkich form podaży i konsumpcji środków odurzających i substancji psychotropowych), do jej współczesnych, niekiedy dość odbiegających od pierwotnej „ortodoksji” form, które określić można mianem prohibicji miękkiej, przede wszystkim w polityce realizowanej wobec cannabis.

MIĘDZYNARODOWE I KRAJOWE REGULACJE DOTYCZĄCE CANNABIS¹

Krzysztof Krajewski
Uniwersytet Jagielloński

Od początku XX wieku środki odurzające i substancje psychotropowe objęte zostały w skali globalnej systemem prohibicji, tj. podejściem oznaczającym zakaz podejmowania względem tych substancji jakichkolwiek czynności, w tym przede wszystkim polegających na wyrobie, przetwarzaniu, przewożeniu, wprowadzaniu do obrotu, udzielaniu, posiadaniu itp., chyba że jest to uzasadnione względami medycznymi i/lub badawczymi. Zakaz ten dotyczy więc przede wszystkim wykorzystania tych środków w celach rekreacyjnych, tj. używania ich dla osiągnięcia wywołanych przez nie efektów psychoaktywnych.

Na poziomie międzynarodowym powyższa fundamentalna zasada systemu prohibicji narkotykowej znajduje jednoznaczny wyraz w art. 4 lit. c Konwencji jednolitej o środkach odurzających z roku 1961, podstawowego instrumentu prawnego globalnej polityki narkotykowej powstałego w ramach ONZ i ratyfikowanego przez zdecydowaną większość (186) krajów świata. Przepis ten stwierdza: „strony podejmą takie kroki prawne i administracyjne, które uznają za konieczne, aby uwzględniając postanowienia niniejszej konwencji, ograniczyć zbiór, wyrób, wywóz, przywóz, rozprowadzanie, obrót, użycie i posiadanie środków odurzających wyłącznie do celów leczniczych i naukowych”. Nieco inaczej ujęte, ale w zasadzie identyczne w swej treści postanowienia zawiera art. 5 Konwencji o substancjach psychotropowych z roku 1971. O tym, jakie środki odurzające lub substancje psychotropowe są przedmiotem kontroli międzynarodowej, decydują wykazy substancji kontrolowanych, stanowiące załączniki do obu konwencji, których ewentualne uzupełnianie jest zadaniem Komisji Środków Odurzających w ramach Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ (ECOSOC). Obecnie w ramach systemu ONZ takiej kontroli poddane są 94 środki odurzające i 105 substancji psychotropowych. Wśród nich

znajdują się ziele i żywica konopi oraz tetrahydrokannabinol (THC). Podkreślić należy, że załączniki do konwencji ONZ zawierające wykazy substancji kontrolowanych, określają jedynie minimalny zakres kontroli szkodliwych substancji psychoaktywnych i kraje członkowskie mogą w ramach prawa krajowego przewidywać znacznie szerszy zakres tej kontroli i poddawać jej także substancje nie umieszczone w wykazach ONZ. Większość krajów korzysta z tej możliwości, np. w ustawodawstwie polskim kontroli poddanych jest ponad 400 środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych umieszczonych w stosownych wykazach, stanowiących załączniki do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U.2018.1591 z późn. zm.).

Substancje umieszczone w wykazach stanowiących załączniki do konwencji ONZ są ponadto klasyfikowane w ramach czterech grup (wykazy I–IV Konwencji jednolitej oraz wykazy I–IV Konwencji o substancjach psychotropowych), w zależności od ich właściwości, szkodliwości, intensywności form kontroli oraz dopuszczalnych zastosowań medycznych, terapeutycznych, badawczych itp. Zasada jest przy tym następująca: w wykazie I znajdują się zawsze wszystkie środki i substancje kontrolowane, które w ten sposób podlegają tzw. kontroli podstawowej. Środki umieszczone w wykazach II i III podlegają mniej rygorystycznej, złagodzonej kontroli, natomiast środki umieszczone w wykazie IV podlegają kontroli obostrzonej. To ostatnie oznacza m.in., że niedopuszczalne jest ich stosowanie nawet w celach medycznych, terapeutycznych itp. Do grudnia 2020 roku *cannabis* znajdowały się w wykazach I oraz IV Konwencji jednolitej, a więc – obok m.in. heroiny

– były traktowane jako środek niemający jakichkolwiek zastosowań medycznych, terapeutycznych itp. i jako taki podlegały najostrzejszej kontroli międzynarodowej oraz w prawie krajowym stron konwencji. Dopiero decyzja 63/17 Komisji Środków Odurzających Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ, podjęta w czasie posiedzenia w dniach 2-4 grudnia 2020 roku, zmieniła status prawny tych substancji: konopie i ich żywica zostały usunięte z wykazu IV Konwencji jednolitej, pozostają natomiast w wykazie I. Decyzja została podjęta stosunkiem głosów 27 do 25, przy 1 głosie wstrzymującym się². Oznacza to, że aktualnie ziele i żywica konopi, a także THC są substancjami kontrolowanymi, ale takimi, co do których dopuszczalne są zastosowania medyczne i terapeutyczne. Będąca od wielu lat przedmiotem intensywnej dyskusji kwestia ewentualnych leczniczych zastosowań *cannabis* w konsekwencji przestała być w zasadzie przedmiotem kontrowersji prawnych. Przed decyzją z grudnia 2020 roku kraje świata, które decydowały się na takie czy inne formy dopuszczania medycznego, terapeutycznego wykorzystania ziele i żywicy konopi, mogły w zasadzie być oskarżane o naruszenie swoich zobowiązań międzynarodowych wynikających z faktu ratyfikacji konwencji z 1961 i 1971 roku. Po decyzji Rady Gospodarczej i Społecznej o reklasyfikacji *cannabis* ten problem przestał istnieć, a kwestia medycznych zastosowań kannabinoidów stała się wyłącznie kwestią istnienia ewentualnych wskazań bądź przeciwwskazań medycznych, a nie zakazów prawnych.

Rozmiękczenie polityki

Współcześnie polityka prohibicji zaczyna podlegać coraz to wyraźniejszej ewolucji i różnicowaniu³: od pierwotnej jej formy, którą określić można mianem prohibicji twardej, do jej współczesnych, niekiedy dość odbiegających od pierwotnej „ortodoksji” form, które określić można mianem prohibicji miękkiej. Prohibicja twarda, czy inaczej prohibicja bezwzględna, oznacza bowiem obwarowany sankcjami karnymi prawny zakaz realizacji wszelkich form podaży i popytu (konsumpcji) środków odurzających i substancji psychotropowych, włączając w to nie tylko używanie rekreacyjne, ale także zastosowania medyczne (poza pewnym bardzo wąskim kręgiem środków tradycyjnie wykorzystywanych jako np. środki przeciwbólowe). Niewątpliwie ta forma prohibicji dominowała globalnie do końca ubiegłego wieku i była jednoznacznie reprezentowana w ówczesnej wykładni postanowień konwencji z lat 1961 i 1971 przez organy ONZ. Kraje podejmujące próby odstąpienia od tak

pojmowanej prohibicyjnej „ortodoksji” spotykały się często z różnego rodzaju „wytykami” ze strony Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (*International Narcotic Control Board*). Już w latach 80. i 90. ubiegłego stulecia jednak coraz to wyraźniej zaznaczały swój wpływ argumenty na rzecz polityki prohibicji miękkiej, które szczególnie jednoznacznie dochodziły do głosu w odniesieniu do *cannabis*. Polityka prohibicji miękkiej nie przekreśla samej istoty systemu prohibicyjnego. Uwzględniając jednak rozmaite doświadczenia, w tym niepowodzenia i negatywne konsekwencje uboczne polityki twardej prohibicji, próbuje znaleźć elastyczniejsze podejście do realizacji podejścia prohibicyjnego. Polega to najczęściej na odstępowaniu w określonych przypadkach od bezwzględnego egzekwowania polityki prohibicji, w tym przede wszystkim sankcji karnych w stosunku do użytkowników narkotyków i osób uzależnionych, podczas gdy zakazy te i sankcje pozostają w mocy w stosunku do osób zajmujących się stwarzaniem nielegalnej podaży narkotyków. Taka miękka prohibicja realizowana jest dzisiaj przy wykorzystaniu czterech podstawowych instrumentów, które znajdują zastosowanie przede wszystkim w polityce realizowanej wobec *cannabis*. Depenalizacja: faktyczne wycofanie prawa karnego i sankcji karnych wobec użytkowników narkotyków (popytu), poprzez możliwość niestosowania tych sankcji w pewnych sytuacjach w praktyce (co nie dotyczy jednak podaży). Dekryminalizacja: formalne wycofanie prawa karnego i sankcji karnych wobec użytkowników narkotyków (popytu), skutkujące całkowitym zaniechaniem stosowania sankcji karnych wobec wszystkich użytkowników (ale nie wobec podaży, tj. bez legalizacji).

Legalizacja dla celów medycznych („medykalizacja” problemu): szersze dopuszczenie zastosowań medycznych, terapeutycznych ziele i żywicy konopi.

Legalizacja dla celów rekreacyjnych („normalizacja” problemu): wycofanie prawa karnego tak wobec popytu, jak i wobec podaży i stworzenie regulowanego rynku, przede wszystkim w odniesieniu do *cannabis*).

Depenalizacja jest stosunkowo najskromniejszą formą odejścia od twardej prohibicji. W jej ramach czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) formalnie pozostają przestępstwami, ale w praktyce albo nie są ścigane, albo wobec sprawców nie stosuje się sankcji karnych, lecz różnego rodzaju alternatywne środki o charakterze leczniczym lub profilaktycznym. W takim rozwiązaniu formalnie obowiązują nadal zakazy prohibicyjne, w tym

także te dotyczące używania rekreacyjnego, ale czyny związane z samym tylko używaniem nie muszą pociągać za sobą sankcji karnych. Można w ogóle nie wszczynać postępowania, umarzać je, zawieszać itp., a o dopuszczalności takich decyzji decyduje z reguły ilość środka, a także okoliczności czynu. Depenalizacja jest dzisiaj często stosowanym środkiem wykorzystywanym w wielu krajach europejskich, takich jak np. Holandia, Austria, Niemcy, a także Polska. W tym ostatnim wypadku chodzi o obowiązujący od roku 2011 art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dający prokuratorowi w pewnych sytuacjach możliwość umorzenia postępowania w sprawach o posiadanie narkotyków, w tym przede wszystkim *cannabis*.

Zbliżonym w swych efektach rozwiązaniem, aczkolwiek dalej idącym, jest dekryminalizacja. W jej ramach pewne czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) w ogóle nie stanowią przestępstw. Nie oznacza to legalności takich czynności: pozostają one zabronione przez prawo administracyjne, posiadane nielegalnie środki mogą być konfiskowane, a sprawcy mogą podlegać sankcjom administracyjnym, w tym o charakterze finansowym. Tak, jak w poprzednim przypadku, o tym, czy czyn związany jest z konsumpcją, decyduje z reguły ilość środka i okoliczności czynu. Dekryminalizacja tym różni się od depenalizacji, że niepociąganie użytkowników narkotyków do odpowiedzialności karnej nie wynika z decyzji organu stosującego prawo o niezastosowaniu sankcji karnych w poszczególnych, konkretnych przypadkach. Wynika to w sposób generalny i bezpośrednio z przepisów prawa, a konkretnie z zawężonego zakresu kryminalizacji czynności, których przedmiotem są narkotyki.

Kolejną formą „rozmiękczenia” prohibicji jest legalizacja o charakterze medycznym. Aczkolwiek teoretycznie może obejmować wiele środków, w praktyce dotyczy ona dzisiaj przede wszystkim *cannabis*. Może przyjmować różne formy. Przede wszystkim może chodzić o udostępnianie produktów farmaceutycznych zawierających kannabinoidy. Może jednak polegać także na dopuszczeniu upraw własnych (z reguły ograniczonej liczby krzaków) celem wykorzystania na własne potrzeby medyczne uzyskanego w ten sposób zieleń czy żywicy konopi. Wreszcie może chodzić o dopuszczalność określonych form obrotu „medyczną marihuaną”. W tym ostatnim wypadku chodzi o legalizację istnienia podmiotów zajmujących się uprawą konopi oraz przetwarzaniem i udostępnianiem ich zieleń osobom mającym rekomendację medyczną. Dostępność produktów medycznych

zawierających kannabinoidy (kannabinole, kannabidole i inne) jest dzisiaj dość powszechna w Europie i Ameryce Północnej. Natomiast „medykalizacja” dostępu do zieleń czy żywicy konopi jest już czymś rzadszym. Pionierem w tym zakresie był amerykański stan Kalifornia, gdzie w roku 1996, na skutek referendum, wprowadzono model bardzo szerokiego dostępu do „medycznej marihuany”. Model kalifornijski stał się wzorem dla wielu innych stanów USA. Dzisiaj mniej lub bardziej restrykcyjne rozwiązania w tym zakresie obowiązują w większości spośród nich. Również w Europie coraz częściej pojawiają się takie rozwiązania. Przykładem mogą być Czechy (od 2012), Niemcy (od 2017), a także Polska (nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonana w roku 2017). Za każdym razem chodzi tutaj przede wszystkim o możliwość nabywania zieleń konopi na podstawie recepty lekarskiej. Rzadziej o dopuszczalność domowej uprawy na własny użytek medyczny.

Najdalej idącym rozwiązaniem w ramach prohibicji miękkiej jest legalizacja rekreacyjnego używania *cannabis* (która zresztą rozwiązuje także kwestię ewentualnego używania medycznego), która stanowi najradzykalniejsze rozwiązanie uchylające w pewnym ograniczonym zakresie, w stosunku do jednego środka, istotę systemu prohibicyjnego. Legalizacja, to jest „normalizacja”, a nie jedynie „medykalizacja” problemu narkotyków, jest dzisiaj rozwiązaniem dotyczącym w zasadzie tylko *cannabis*. Równocześnie warto zaznaczyć, że o ile od wspomnianej decyzji Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ z roku 2020 „medykalizacja” nie budzi już raczej żadnych zastrzeżeń natury prawnej, legalizacja w celach rekreacyjnych, „normalizacja” problemu, jest w zasadzie – chociażby w świetle wspomnianego art. 4 lit. c Konwencji jednolitej o środkach odurzających – wciąż rozwiązaniem wątpliwym. Nie zmienia to faktu, że różne kraje decydują się na takie rozwiązanie, a reakcja organów ONZ nie jest w ostatnich latach gwałtowna (tak jak by to było zapewne jeszcze 20-30 lat temu).

Legalizacja rekreacyjna

Pionierem legalizacji rekreacyjnej były Stany Zjednoczone, aczkolwiek nie jako federacja, lecz na poziomie poszczególnych stanów. Jest to o tyle paradoksalne, że wcześniej, przez lata, USA były głównym filarem światowej „wojny z narkotykami”. Pionierami takich rozwiązań były stany Kolorado i Waszyngton, gdzie stosowne reformy wprowadzono w roku 2012, znowu na skutek przeprowadzenia referendum⁴. Obecnie różne formy legalizacji rekreacyjnej

obowiązują w 20 stanach USA. Sprowadzają się one do stworzenia szczegółowo uregulowanego, legalnego rynku *cannabis*, sprowadzającego się do dość restrykcyjnie kontrolowanego systemu reglamentacji dostępu do rekreacyjnej marihuany. Określa on warunki dopuszczalności uprawy, przetwarzania i sprzedaży *cannabis* przez prywatne podmioty komercyjne, przy uwzględnieniu zasady rozdzielania poszczególnych ogniw łańcucha dystrybucji (w celu zapobiegania wykształceniu się monopoli). Podmioty te czy osoby fizyczne muszą uzyskać stosowne licencje, objęte wysokimi opłatami za ich otrzymanie i odnowienie, a także poddać się procedurze sprawdzenia swojej przeszłości, celem zapobieżenia legalizowaniu się w ten sposób przez członków grup przestępczych. Działalność tych podmiotów obłożona jest wysokim podatkiem akcyzowym, podatkiem od sprzedaży i opłatami lokalnymi. Istnieją oczywiście także – tak samo jak w przypadku alkoholu – wiekowe ograniczenia możliwości nabywania produktów *cannabis*, a konsumpcja może odbywać się tylko w warunkach prywatnych (zakaz konsumpcji w miejscach publicznych). Określony jest także dopuszczalny próg stężenia THC we krwi w ruchu drogowym oraz sankcje za naruszenie wszelkich regulacji. Model amerykański opiera się na komercjalizacji legalnego obrotu *cannabis*, co jest przedmiotem częstej krytyki. Inaczej jest w Urugwaju, gdzie podobny co do zasady model, oparty jest na systemie monopolu państwowego.

Komercyjny charakter ma także legalizacja marihuany w Kanadzie, gdzie od 2018 roku obowiązuje federalna ustawa o ramowym charakterze, przewidująca rekreacyjną legalizację marihuany, której wykonanie w szczególności zostało pozostawione poszczególnym prowincjom i terytoriom. Ostatnio została opublikowana wstępna ocena konsekwencji tego zabiegu legalizacyjnego, wskazująca i na jego pozytyw, i negatyw⁵.

Co ciekawe, większość krajów europejskich, często uciekając się do depenalizacji, dekryminalizacji czy legalizacji medycznej *cannabis*, jest znacznie ostrożniejsza, jeśli chodzi o ewentualną legalizację rekreacyjną. Jedynym właściwie przykładem może być tutaj Holandia, aczkolwiek obowiązujący tam model *coffie shops* nie jest w ogóle formalną legalizacją (nawet jeśli jego efekty praktyczne są w zasadzie tożsame z legalizacją). Jest to bowiem system wykorzystujący specyficzne instytucje holenderskiego systemu prawnego, poprzez które *coffie shops* są jedynie tolerowane i nie działają w oparciu o jednoznaczne uregulowania prawne. Dlatego określa się go mianem *quasi-legalizacji*. W Hiszpanii z kolei, szczególnie w Katalonii, mają miejsce od lat próby legalizacji

oddolnej w formie tzw. spółdzielni konopnych (*cannabis social clubs*), których członkowie wspólnie uprawiają *cannabis* na własne potrzeby. Status prawny tych „spółdzielni” jest jednak przedmiotem licznych kontrowersji. Na znacznie mniejszą skalę „spółdzielni” próbowano tworzyć także w Belgii. Wreszcie rządząca obecnie w Niemczech koalicja SPD/Zieloni/FDP przewidziała legalizację *cannabis* w zawartej umowie koalicyjnej, aczkolwiek zamiar ten nie został do dzisiaj sfinalizowany (ale prace trwają).

Sytuacja w Polsce

W Polsce używanie *cannabis* w celach rekreacyjnych, tj. innych niż relatywnie wąsko określone zastosowania medyczne, jest nielegalne i pociąga za sobą odpowiedzialność karną albo za posiadanie na własny użytek (art. 62 ust. 1 u.p.n. – pozbawienie wolności do lat 3, lub art. 62 ust. 3 u.p.n. – grzywna, ograniczenie wolności lub pozbawienie wolności do roku w tzw. przypadku mniejszej wagi), albo uprawę na własny użytek (art. 63 ust. 1 u.p.n. – pozbawienie wolności do lat 3). Brak jest natomiast odpowiedzialności karnej za samo używanie, a także za nabywanie środków odurzających lub substancji psychotropowych. Zakres odpowiedzialności karnej za posiadanie środka na przestrzeni lat 1997–2011 ulegał istotnym zmianom. Poczynając od roku 2011, ma miejsce depenalizacja w oparciu o wspomniany przepis art. 62a u.p.n., który przewiduje możliwość umorzenia przez prokuratora postępowania, jeżeli posiadanie dotyczy nieznacznej ilości środka przeznaczonego na własny użytek, a orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. W praktyce decyzje o umorzeniu postępowania zapadają w ok. 1/3 spraw o posiadanie wbrew przepisom ustawy środków odurzających lub substancji psychotropowych, przy czym przytłaczająca większość takich spraw w Polsce dotyczy właśnie marihuany, ewentualnie także amfetaminy.

Od kilku lat mamy natomiast w Polsce do czynienia z rozszerzaniem możliwości medycznego wykorzystania kannabinoidów. Decydujący krok w tym kierunku poczyniony został w styczniu 2022 roku. Do tej daty ziele i żywica konopi były bowiem środkami odurzającymi zaliczanymi do grupy IV-N, tj. środków, które mogły mieć wyłącznie zastosowania badawcze oraz w lecznictwie zwierząt. Od zmiany wspomnianego rozporządzenia ministra zdrowia z roku 2018 w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych

dokonanej w styczniu 2022 roku ziele i żywica konopi zostały usunięte z wykazu IV-N środków odurzających i pozostają tylko w wykazie I-N. Stały się więc środkami odurzającymi mającymi ewentualne zastosowania medyczne. Sam THC jest natomiast sklasyfikowany jako substancja psychotropowa i zaliczony do grupy II-P substancji psychotropowych, tj. mogących mieć zastosowania medyczne. Szereg innych kannabinoidów, głównie syntetycznych, zaliczonych jest do grupy I-P, a więc środków mogących mieć wyłącznie zastosowania badawcze.

Trzeba jednak podkreślić, że pierwsze decyzje dotyczące dostępności ziele i żywicy konopi w celach terapeutycznych zapadły pięć lat wcześniej. Otóż Ustawą z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2017.1458) dopuszczono do obrotu leki recepturowe, tj. przygotowywane w aptece, a uzyskane z zastosowaniem ziele konopi innych niż włókniste, tj. zawierających powyżej 0,2% THC (art.33a u.p.n.). W tym celu ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste mogą stanowić surowiec farmaceutyczny przeznaczony do sporządzania leków recepturowych w rozumieniu art. 2 pkt 40 prawa farmaceutycznego (ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz.U.2001.126). Takie leki recepturowe traktowane są jako produkty lecznicze zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, wydawane są z przepisu lekarza i mają kategorię dostępności Rpw. Nowela z roku 2017 nie uregulowała natomiast – inaczej niż analogiczne rozwiązanie niemieckie – dostępu do surowca krajowego, tj. dopuszczalności upraw w Polsce na cele farmaceutyczne konopi innych niż włókniste. W związku z tym w grę wchodził wyłącznie surowiec importowany po uzyskaniu stosownego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Sytuacja w tym zakresie uległa zmianie po kolejnej nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonanej ustawą z dnia 24 marca 2022 r. (Dz.U.2022.763). Do czasu tej nowelizacji uprawa konopi innych niż włókniste (tj. o zawartości THC powyżej 0,2%)s była w Polsce całkowicie zabroniona. Po nowelizacji z roku 2022 zakaz uprawy konopi innych niż włókniste nie dotyczy wyjątku określonego w art. 49a u.p.n., który to przepis stwierdza dopuszczalność uprawy konopi innych niż włókniste i zbiór ziele lub żywicy konopi innych

niż włókniste w celu wytwarzania surowca farmaceutycznego, o którym mowa w art. 33a ust. 1 u.p.n. Taka uprawa i zbiór mogą być prowadzone przez instytut badawczy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U.2010.618), po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Pozostałe ustępy art. 49a u.p.n. regulują w sposób szczegółowy wymogi formalne wniosku o uzyskanie zezwolenia, o którym mowa w ust. 1 tego przepisu, procedurę jego składania i rozpatrywania, a także cały szereg szczególnych wymogów dotyczących zabezpieczenia upraw, jakie musi spełnić instytut badawczy prowadzący uprawy konopi innych niż włókniste przeznaczonych do wykorzystania jako surowiec farmaceutyczny. W tym ostatnim zakresie, poza rozlicznymi ograniczeniami dostępu do upraw i systemem monitoringu wizyjnego, wymagane jest dodatkowo zainstalowanie technologii zdalnego nadzoru roślin (*Radio-frequency identification* czy też RFID), która wykorzystuje fale radiowe do odczytu i przesyłania danych zawartych na etykietce naniesionej na każdą z uprawianych roślin, umożliwiając identyfikację każdej z roślin znajdujących się w polu odczytu (definicja z nowego przepisu art. 4 pkt 23a u.p.n.). W trakcie debaty parlamentarnej zwracano uwagę na to, że instytut, który miałby spełnić wymogi zabezpieczenia upraw, musiałby ponieść olbrzymie nakłady na związane z tym inwestycje, co może spowodować, że surowiec krajowy wcale nie będzie tańszy od importowanego. Kwestia funkcjonowania powyższych regulacji w praktyce terapeutycznej to zupełnie osobne zagadnienie⁶.

Przypisy

- ¹ Więcej na temat części zagadnień poruszanych w niniejszym artykule popr.: K. Krajewski, „Regulacje prawne dotyczące medycznych zastosowań kannabinoidów”, w: A. Klimkiewicz (red.), „Konopie i medyczne zastosowanie kannabinoidów – praktyczne rekomendacje”, Warszawa 2022, s. 293-307.
- ² Za głosowały, poza USA i Kanadą, wszystkie państwa członkowskie Rady z Europy Zachodniej, a także Polska. Przeciwko głosowała Federacja Rosyjska, Węgry oraz większość członków Rady spoza Europy i Ameryki Północnej. Od głosu wstrzymała się Ukraina.
- ³ Por. K. Krajewski, „Różnorodność rozwiązań w polityce narkotykowej w Europie i na świecie”, Serwis Informacyjny Narkomania, 4 (76), 2016, s. 7-11.
- ⁴ Por. K. Krajewski, „Legalizacja cannabis w stanach Colorado i Waszyngton w USA oraz w Urugwaju”, Serwis Informacyjny Narkomania, 3 (71)/2015, s. 13-18.
- ⁵ Por. B. Fischer, D. Jutras-Aswad, W. Hall, „Outcomes associated with nonmedical cannabis legalization policy in Canada: taking stock at the 5-year mark”, *Canadian Medical Association Journal*, 39 (195), 2023, s. 1351-1353, <https://www.cmaj.ca/sites/default/files/additional-assets/site/press/cmaj-195-E1351.pdf#msdyntnid=0D1p2gWjoxgLPQlKyAU4hrOmVK2AGAgx0c5gZvS5pW8>. Por. także omówienie w Gazecie Wyborczej z 10.10.2023 https://wyborcza.pl/7,75400,30282978,legalizacji_z_10a-marihuany-w-kanadzie-naukowcy-przedstawiaja-skutki.html
- ⁶ Por. A. Sowa, „Zioło na całe zło”, *Polityka*, 49/2023, s. 31-33.