

**NEGATYWNE
SKUTKI KONTROLI
NARKOTYKÓW DLA
ZDROWIA PUBLICZNEGO:**

**GLOBALNY KRYZYS
W ZAKRESIE
LECZENIA BÓLU**



CZŁONKOWIE ŚWIATOWEJ KOMISJI DO SPRAW POLITYKI NARKOTYKOWEJ:



Światowa Komisja ds. Polityki Narkotykowej, wrzesień 2014

Kofi Annan

przewodniczący Kofi Annan Foundation,
były Sekretarz Generalny ONZ, Gana

Louise Arbour

była Wysoka Komisarz ds. Praw Człowieka, Kanada

Pavel Bém

były burmistrz Pragi, Czechy

Richard Branson

przedsiębiorca, aktywista społeczny, założyciel Virgin
Group, współzałożyciel The Elders, Wielka Brytania

Fernando Henrique Cardoso

były prezydent Brazylii (przewodniczący)

Maria Cattau

była Sekretarz Generalna Międzynarodowej Izby
Handlowej, Szwajcaria

Ruth Dreifuss

była prezydent i minister spraw wewnętrznych Szwajcarii

César Gaviria

były prezydent Kolumbii

Anand Grover

były Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. powszechnego
prawa do korzystania z najwyższego dostępnego
standardu zdrowia fizycznego i psychicznego, Indie

Asma Jahangir

obrończyni praw człowieka, była Specjalna
Sprawozdawczyni ONZ ds. pozasądowych, doraźnych i
arbitralnych egzekucji, Pakistan

Michel Kazatchkine

specjalny wysłannik Sekretarza Generalnego ONZ w
zakresie leczenia HIV i AIDS w Europie Wschodniej i Azji
Środkowej, były dyrektor Globalnego Funduszu do Walki
z AIDS, Gruźlicą i Malarią, Francja

Aleksander Kwaśniewski

były prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

Ricardo Lagos

były prezydent Chile

Olusegun Obasanjo

były prezydent Nigerii

George Papandreou

były premier Grecji

Jorge Sampaio

były prezydent Portugalii

George Shultz

były sekretarz stanu USA (honorowy przewodniczący)

Javier Solana

były Wysoki Przedstawiciel ds. Wspólnej Polityki
Zagranicznej i Bezpieczeństwa UE, Hiszpania

Thorvald Stoltenberg

były minister spraw zagranicznych Norwegii i Wysoki
Komisarz ONZ ds. Uchodźców

Mario Vargas Llosa

pisarz i intelektualista, Peru

Paul Volcker

były prezes Banku Rezerw Federalnych USA i
były przewodniczący Rady Doradczej Odbudowy
Gospodarczej, USA

Ernesto Zedillo

były prezydent Meksyku

STRESZCZENIE

Międzynarodowy system kontroli narkotyków podsyca występujące na światową skalę zjawisko nierównego dostępu do leków kontrolowanych. Szacuje się, że ok. 5,5 miliarda osób w skali globu ma utrudniony dostęp do analgetyków opioidowych, zwłaszcza morfiny, lub nie ma go wcale, co skazuje je na ból i cierpienie, których można by uniknąć. Według ostatnich szacunków 92% całej stosowanej na świecie morfiny zostało wykorzystane przez zaledwie 17% ludności świata zamieszkałej przede wszystkim na północnej półkuli.

Wśród grup w największym stopniu doświadczających skutków tego zjawiska są pacjenci cierpiący z powodu nieuleczalnych nowotworów lub AIDS w końcowym stadium choroby, a także kobiety w trakcie porodu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, iż z powodu braku dostępu do leków kontrolowanych nieuśmierzanym bólem cierpią rocznie dziesiątki milionów ludzi. Zaledwie ułamek osób stosujących dożylne narkotyki ma dostęp do leków kontrolowanych stanowiących terapię uzależnienia od opioidów.

Zgodnie z międzynarodowymi przepisami kontroli narkotyków oraz międzynarodowym systemem ochrony praw człowieka, państwa zobowiązane są zapewnić swoim obywatelom dostęp do leków kontrolowanych, a jakiegokolwiek ograniczenia w ich dostępie stanowią pogwałcenie prawa do zdrowia. I chociaż istnieje szereg czynników, mających wpływ na sytuację pacjentów, w tym niskiej jakości systemy opieki zdrowotnej czy brak przeszkolenia praktykujących lekarzy, za utrzymujący się stan

STRESZCZENIE

niedostatecznej podaży leków kontrolowanych odpowiedzialny jest przede wszystkim międzynarodowy system kontroli narkotyków.

Zarówno rządy poszczególnych państw jak i organy ONZ za cel nadrzędny stawiają sobie niedopuszczanie do wykorzystywania substancji kontrolowanych do nielegalnych celów, przedkładając to nad zapewnienie dostępu do tych substancji dla celów medycznych i naukowych. I tak np. chociaż zarówno Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków (International Narcotics Control Board, INCB), jak i Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) powinny zachowywać równowagę między obowiązkiem zapobiegania zjawisku niewłaściwego stosowania substancji kontrolowanych a zapewnieniem do nich dostępu, dotychczas skupiały się przede wszystkim na tym pierwszym zadaniu. Ma to swoje przełożenie na sytuację na poziomie krajowym – niektóre rządy nadal obciągają przy penalizującym podejściu do spraw związanych z narkotykami, pomijając kwestie uwzględniające zdrowie publiczne, co przynosi jedynie negatywne skutki w zakresie dostępu do leków.

W niektórych krajach nadmiernie rozbudowane ustawodawstwo dotyczące przepisywania leków kontrolowanych – co może wynikać z konwencji ONZ o środkach odurzających – zmusza lekarzy do działania w klimacie strachu i prawnych niejasności – faktycznych lub wyczuwalnych. W efekcie, wielu boi się przepisywać pacjentom leki podlegające kontroli z obawy przed skutkami prawnymi lub konsekwencjami

zawodowymi w związku z nieprzebraniem rygorystycznych przepisów. Co więcej, taki klimat w sposób istotny wpływa na powszechne nastawienie społeczne oraz przyczynia się do stygmatyzacji osób, które stosują substancje kontrolowane, nawet legalnie.

Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków oraz Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości podjęły pierwsze kroki, mające na celu zredukowanie rażącej nierówności w dostępie do leków kontrolowanych na całym świecie. Kluczowe dla sprawy jest też rosnące na przestrzeni ostatniej dekady zaangażowanie Światowej Organizacji Zdrowia. Wciąż jednak wiele jeszcze pozostaje do zrobienia, żeby zrekompensować szkody wyrządzone przez dziesięciolecia w wyniku prymatu działań mających zapobiegać używaniu substancji kontrolowanych do nielegalnych celów.

W miarę, jak coraz więcej państw oraz organów ONZ zwraca uwagę na brak dostępu do leków kontrolowanych, zbliżamy się do punktu krytycznego, tym bardziej że w niedalekiej perspektywie mamy zaplanowaną na 2016 rok Specjalną Sesję Zgromadzenia Ogólnego ONZ na temat narkotyków. Nadszedł czas, by zacząć działać w tej sprawie. Konieczne jest rozważenie powołania nowej, globalnej inicjatywy. Światowa Organizacja Zdrowia zaś musi pozyskać silniejszy mandat i fundusze, by móc kierować przewyciężaniem nierówności w dostępie do leków kontrolowanych. Jeśli nie podejmiemy stosownych działań, niepotrzebne cierpienie będzie nadal udziałem milionów ludzi.

REKOMENDACJE

- 1** Państwa oraz organy ONZ muszą wykorzystać Specjalną Sesję Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych nt. narkotyków (2016), aby przyznać, że na świecie występują znaczące nierówności w dostępie do leków kontrolowanych, zwłaszcza opioidów stosowanych do uśmierzania bólu, i zdecydowanie zająć się przewyższaniem tych nierówności. Ponad 75% ludności świata ma niewielki dostęp do takich leków lub jest go w ogóle pozbawiona, skutkiem czego doznaje bólu i cierpienia, które są możliwe do uniknięcia. Musimy otwarcie przyznać, że to przede wszystkim międzynarodowy system kontroli narkotyków utrudnia dostęp do leków kontrolowanych.
- 2** Państwa muszą uznać, że w świetle prawa międzynarodowego są zobowiązane zapewnić swoim obywatelom dostęp do leków kontrolowanych. Taki obowiązek wypływa z kluczowej dla międzynarodowego systemu kontroli narkotyków Jednolitej konwencji o środkach odurzających i jest głęboko zakorzeniony w prawach człowieka, gwarantujących prawo do najwyższej możliwej do osiągnięcia jakości zdrowia.
- 3** Organy kontroli narkotyków przy ONZ oraz poszczególne państwa muszą uznać, że polityki narkotykowe, zarówno na poziomie krajowym jak i międzynarodowym, wykazują się brakiem równowagi, kładąc nacisk na niedopuszczanie do wykorzystywania substancji kontrolowanych niezgodnego z ich przeznaczeniem, i dając takiemu podejściu prymat nad zapewnieniem dostępu do tych substancji dla potrzeb medycznych. Ma to głębokie implikacje dla zdrowia publicznego oraz przestrzegania praw człowieka na świecie.
- 4** Za priorytetowe należy uznać leczenie bólu fizycznego i psychicznego poprzez zapewnienie dostępu do leków kontrolowanych, w tym także opioidów, w celu uśmierzania bólu, w opiece paliatywnej, anestezjologii, leczeniu uzależnień oraz do łagodzenia wszelkich innych form cierpienia. O ile państwa zobowiązane są zapewnić produkcję i/lub import dostatecznych ilości tego typu leków – zwłaszcza takich, które figurują na liście leków podstawowych, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków (INCB) oraz Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości (UNODC) muszą udzielić rządów w tym zakresie wszelkiego technicznego i finansowego wsparcia.
- 5** Rządy muszą zapewnić niezbędne finansowanie dla nowego, międzynarodowego programu, który pod kontrolą Światowej Organizacji Zdrowia i we współpracy z Biurem Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości oraz Międzynarodową Radą Kontroli Narkotyków zapewni dostateczny dostęp do leków kontrolowanych po przystępnych cenach, tam gdzie są one niedostępne.

REKOMENDACJE

- 6** Należy przede wszystkim poszerzyć zakres leczenia uzależnienia od opioidów, tak by odbywało się ono w poszanowaniu ludzkiej godności oraz by dopuszczało możliwość przepisania przez lekarza leków kontrolowanych jak metadon czy buprenorfina (wymienionych w wykazie leków podstawowych WHO), bądź diamorfina. Do tego celu można posłużyć się wytycznymi sformułowanymi w przewodniku wydanym przez Światową Organizację Zdrowia, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości oraz Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (WHO-UNODC-UNAIDS Technical Guide: for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users). Państwa oraz odpowiednie organy ONZ muszą podjąć wspólne wysiłki, by odpowiedzieć na zaniechania wielu krajów w dążeniu do zapewnienia leczenia substytucyjnego (ang. opioid substitution therapy, OST) dla osób uzależnionych od opioidów.
- 7** Rządy winny sformułować jasne plany usunięcia barier w dostępie do leków kontrolowanych, w tym: krajowej polityki narkotykowej, skoncentrowanej na rozwiązaniach z zakresu prawa karnego zamiast na kwestiach zdrowia publicznego czy prawach człowieka; uciążliwych regulacji wewnętrznych; postaw społecznych sprzyjających stygmatyzacji i podsycających strach przed przepisywaniem opioidów do uśmierzenia bólu czy leczenia uzależnienia; słabą znajomość tych leków przez pracowników służby zdrowia oraz ustawodawców; zawyżanie cen leków kontrolowanych.
- 8** Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków musi podjąć bardziej zdecydowane kroki w pracy z krajami, które konsekwentnie nie zapewniają dostatecznego dostępu do leków kontrolowanych; winna też coraz ściślej współpracować z rządami oraz krajowymi organami zarządzania systemem ochrony zdrowia i dopilnować, żeby przedstawiały one rzetelne, oparte na dowodach oszacowania dotyczące zapotrzebowania na leki kontrolowane.
- 9** Rządy krajów oraz organy ONZ zajmujące się kontrolą narkotyków powinny przyznać i zająć się tym, że istnieje wiele luk i niewykorzystanych możliwości w zakresie medycznego i badawczego zastosowania substancji kontrolowanych, w tym konopi indyjskich. W świetle nowych dowodów naukowych powinny zweryfikować wykazy konwencji narkotykowych z lat 1961 i 1971 oraz nadać priorytet badaniu zalet medycznych substancji kontrolowanych w oparciu o rekomendacje Komisji Ekspertów ds. Uzależnienia od Narkotyków Światowej Organizacji Zdrowia.
- 10** ONZ i wspólnota międzynarodowa muszą w trybie pilnym zająć się kwestią niedostatecznego dostępu do leków kontrolowanych jako zadaniem priorytetowym w dziedzinie zdrowia na skalę globalną. Zapotrzebowaniem na takie leki nie kierują bynajmniej względy polityczne, lecz powszechna podatność człowieka na choroby i ból. Nie możemy czekać na konsensus ze strony państw w kwestii szerszej reformy polityki narkotykowej. Najwyższa pora, by podjąć odpowiednie działania.

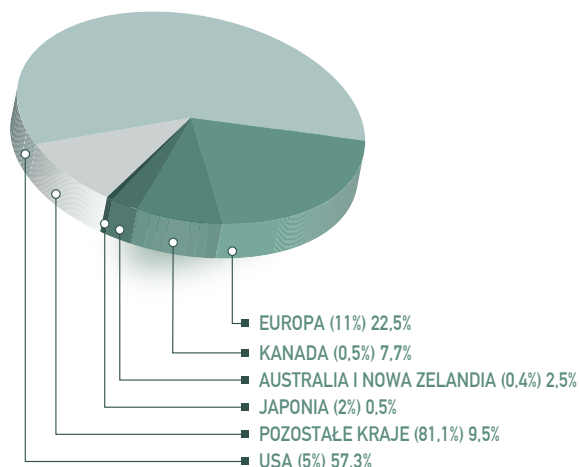
Na całym świecie występuje paląca potrzeba zapewnienia większego dostępu do leków kontrolowanych

System międzynarodowej kontroli narkotyków przyczynia się do zaostrzenia globalnego kryzysu w dostępie do leków kontrolowanych, co skutkuje skazywaniem obywateli na całym świecie na ból oraz cierpienie, których można uniknąć. Kontrolowanych leków używa się w tak różnych gałęziach medycyny jak neurologia, psychiatria, czy anestezjologia. Niniejszy raport dogłębnie bada sytuację dostępu do leków kontrolowanych w leczeniu bólu oraz uzależnienia od opioidów.

Szacuje się, że ok. 5,5 miliarda osób – ponad 75% światowej populacji – ma utrudniony lub zerowy dostęp do analgetyków opioidowych², które podlegają kontroli na mocy traktatu kluczowego dla systemu kontroli narkotyków, mianowicie Jednolitej konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 roku. W przypadku morfiny, jednego z najważniejszych analgetyków do leczenia umiarkowanego i ostrego bólu, 92% światowej podaży konsumowanej jest przez zaledwie 17% ludności świata, skupionej głównie na półkuli północnej. W 2014 roku silne opioidy i opiaty były w zasadzie niedostępne w ponad 150 krajach³. Leki na bazie opioidów lub je zawierające są konieczne

RYCINA 1:

UDZIAŁ W KONSUMPCJI MORFINY W 2013 ROKU



W nawiasach podano procent populacji światowej, jaki stanowi ludność danego kraju/-ów.

Źródło: INCB

nie tylko przy leczeniu bólu, ale również przy leczeniu uzależnienia od opioidów. Metadon i buprenorfinę stosuje się głównie w terapii substytucyjnej (OST), stanowiącej metodę leczenia dla osób cierpiących na uzależnienie od opioidów. Oba te środki podlegają kontroli zgodnie z traktatami ONZ dotyczącymi substancji odurzających⁴. Jednocześnie oba, wraz z morfiną, znajdują się na liście leków podstawowych WHO⁵, stanowiącej najważniejszy wyznacznik dla rządów oraz instytucji państwowych w określaniu, jakie leki powinny być dostępne w systemie ochrony zdrowia.

Jednolita konwencja o środkach odurzających potwierdza w swojej preambule, że medyczne zastosowanie substancji kontrolowanych objętych traktatem „jest nadal niezbędne dla przynoszenia ulgi w bólu i cierpieniu” i że „należy zapewnić ich dostępność odpowiednimi przepisami”⁶. Niemniej jednak wiele krajów tego zobowiązania nie wypełnia. Zamiast tego, lęki przed uzależnieniem od kontrolowanych opioidów oraz przed ich wypłynięciem na nielegalny rynek wywołują obawy przed zapewnieniem ich dostępności dla celów medycznych. I to pomimo badań, które – choć dość ograniczone – wykazały, że wśród pacjentów, nie mających historii niewłaściwego stosowania substancji, których leczono przy użyciu opioidowych analgetyków, zaledwie 0,43% wykorzystało swoje lekarstwa do niewłaściwych celów, podczas gdy uzależnienie rozwinęło dosłownie 0,05% pacjentów⁷.

W Stanach Zjednoczonych – kraju, gdzie konsumuje się najwięcej analgetyków opioidowych – z niepokojem odnotowano w latach 1999-2011 wzrost przypadków śmiertelnych w związku z niewłaściwym stosowaniem tychże leków⁸. Mogłoby to sugerować, że szeroka dostępność leków opioidowych może przyczynić się do niewłaściwego ich używania. Niemniej ostatnie badania tej tendencji wykazały, iż jedynym wspólnym prognostykiem dla niewłaściwego stosowania leków uśmierzających ból, są zaburzenia wynikające ze stosowania w ciągu roku poprzedzającego badanie nielegalnych narkotyków⁹. Badania te potwierdziły, że u osób, które w przeszłości nie stosowały niewłaściwie podobnych substancji, prawdopodobieństwo rozwinęcia uzależnienia czy niezgodnego z zaleceniami zastosowania opioidowych analgetyków będzie niskie.

Oznacza to, niestety, że pacjenci stosujący w przeszłości narkotyki lub niewłaściwie stosujący

Co to są podstawowe leki kontrolowane?

Substancje kontrolowane prawem międzynarodowym stosuje się rutynowo w ochronie zdrowia w tak różnorodnych dziedzinach medycyny jak analgezja, anestezjologia, leczenie uzależnienia od narkotyków, opieka nad kobietą w ciąży, psychiatria, neurologia i opieka paliatywna. Światowa Organizacja Zdrowia umieściła na swojej liście leków podstawowych 12 leków zawierających substancje podlegające międzynarodowej kontroli. Tym samym powinny być one dostępne dla każdego, kto ich potrzebuje.

Substancje kontrolowane często napotykają na trudności w dostępie do opioidowych leków uśmierzających ból, częściowo w wyniku obaw, że z większym prawdopodobieństwem mogą rozwinąć uzależnienia. Takie obawy nigdy nie powinny stanowić podstawy do odmówienia tego rodzaju leczenia, a analgetyki opioidowe winno się przepisywać zawsze, kiedy występuje taka kliniczna potrzeba¹⁰.

Brak dostępu do leków kontrolowanych wywołał kryzys w sferze zdrowia publicznego oraz praw człowieka, powodując cierpienie milionów ludzi

Uśmierzenie bólu poprzez stosowanie leków kontrolowanych stanowi niezbędny element opieki medycznej nad wieloma różnymi grupami pacjentów, między innymi śmiertelnie chorymi na raka, kobietami doświadczającymi bólu podczas porodu, cierpiącymi bóle pacjentami chorymi na AIDS oraz osobami, które doznały obrażeń na skutek wypadków bądź doświadczania przemocy. Ponad dwie trzecie chorych

na raka oraz połowa zakażonych HIV i chorych na AIDS¹¹ w zaawansowanym stadium choroby, w tym wielu, którzy albo w ogóle nie mają dostępu do terapii antyretrowirusowej, albo wkracząc w nią bardzo późno, będzie doświadczać od umiarkowanego do ostrego bólu. Środki przeciwbólowe mogą być również potrzebne podczas porodu, w trakcie operacji lub w sytuacjach pooperacyjnych.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, iż każdego roku miliony ludzi cierpią nieuśmierzony ból w wyniku braku dostępu do leków kontrolowanych¹², zwłaszcza opioidów.

Dostęp do opieki paliatywnej – tej specjalizacji medycyny, która stawia sobie za cel złagodzenie bólu i polepszenie jakości życia osób cierpiących na choroby ograniczające długość życia – a zwłaszcza dostęp do analgetyków opioidowych ma znaczenie szczególne dla pacjentów chorujących na raka w krajach o niskiej czy średniej zamożności, gdyż często ich choroba diagnozowana jest już w zaawansowanym stadium¹³. Ze względu na słabą infrastrukturę systemu ochrony zdrowia mogą oni też nie mieć dostępu do chemioterapii czy radioterapii¹⁴. Brak dostępnych usług z zakresu opieki paliatywnej w tych krajach oznacza, że dziewięć na dziesięć osób na świecie, które takiej opieki potrzebują, jest jej pozbawionych¹⁵.

„Dowody są jasne – na całym świecie obserwujemy, że państwa, które włączają kwestie zdrowia publicznego w system kontroli narkotyków, osiągają lepsze efekty w ochronie zdrowia oraz większe korzyści społeczne, jednocześnie znacząco wzmacniając rządy prawa oraz bezpieczeństwo. Naszym priorytetem muszą być takie odpowiedzi na problem narkotyków, które opierają się na ochronie zdrowia i oferują użytkownikom narkotyków opiekę. Musimy zapewnić dostęp do podstawowych substancji kontrolowanych w zasadnych celach medycznych”.

Jan Eliasson, zastępca Sekretarza Generalnego ONZ, 2015

Poważny deficyt podaży i dostępu do leków uśmierających ból ma szersze fizyczne, społeczne i ekonomiczne implikacje niż tylko bezpośredni brak złagodzenia cierpienia. W konsekwencji pozbawienia dostępu do leków kontrolowanych pacjenci mogą chociażby cierpieć z powodu utraty siły i mobilności¹⁶. Co do skutków społecznych i ekonomicznych, niezapewnienie dostępu do leków uśmierających ból może prowadzić do przyszłej niezdolności do pracy lub niewłaściwej opieki nad dziećmi, stając się źródłem niepotrzebnego cierpienia dla członków rodziny. W niektórych bardzo ciężkich przypadkach pacjenci pozbawieni leków uśmierających ból targali się na życie¹⁷.

Z przepisywania opioidowych analgetyków wynikają natomiast dodatkowe korzyści, które wykraczają poza samo zjawisko uśmierzenia bólu. Na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2015 roku Naczelny Lekarz Austrii, prof. Chris Baggoley, podzielił się swoim zawodowym doświadczeniem, podkreślając, że „uśmierzenie bólu nie tylko przynosiło ulgę (...) pacjentom, ale również wspomagało precyzyjniejsze i szybsze diagnozowanie oraz leczenie ich dolegliwości”.

Niedostateczny dostęp do leków kontrolowanych i wynikające z tego skutki dla zdrowia publicznego nie ograniczają się jedynie do obszaru uśmierzenia bólu. Terapia substytucyjna, stosowana w leczeniu uzależnienia od opioidów, dostępna jest jedynie na terenie 80 krajów i terytoriów.¹⁸ Co gorsza, ostatnie globalne szacunki wskazują, że pomimo udowodnionej skuteczności tego leczenia w powstrzymywaniu rozprzestrzeniania się HIV oraz żółtaczkę typu C, otrzymuje je zaledwie 6-12% osób stosujących narkotyki iniekcyjnie¹⁹.

Mimo postępu, jaki medycyna osiągnęła w ciągu ostatniego stulecia, w leczeniu umiarkowanego i ostrego bólu nie wynaleziono dotychczas alternatywy dla silnych opioidów. To pokazuje, że aby rozwiązać problem niewybaczalnego cierpienia najbardziej narażonych na nie grup ludności, konieczne jest zapewnienie większej dostępności tych środków w skali globalnej. Międzynarodowa społeczność ma możliwości przezwyciężenia poważnego deficytu w dostępności medycznych opioidów na świecie, dotychczas jednak ze względu na różnorakie czynniki nie była w stanie tego dokonać. Niniejszy raport, uznając konieczność dynamicznych zmian w tej dziedzinie, analizuje rolę międzynarodowego systemu kontroli narkotyków w ograniczaniu dostępu do leków

kontrolowanych i nieuzasadnione akcentowanie tych elementów systemu, które niejednokrotnie naruszają prawa człowieka zapisane w międzynarodowej legislacji.

W świetle prawa międzynarodowego państwa zobowiązane są zapewnić dostęp do leków kontrolowanych

Jednolita konwencja, jak zapisano w jej preambule, promuje dostęp do leków kontrolowanych, uznając, że „należy zapewnić, aby środki odurzające były dostępne w tych celach [stosowanie w lecznictwie]”²⁰. Tekst traktatu odnosi się do form realizacji powyższej zasady poprzez stworzenie zobowiązań i mechanizmów pomyślanych tak, by zapewniły państwom dostateczne zapasy leków kontrolowanych.

W preambule do Jednolitej konwencji mowa jest nie tylko o zobowiązaniu do udostępniania państwom zapasów leków kontrolowanych, ale także o zobowiązaniu państw do udostępniania leków obywatelom. To zobowiązanie, nałożone w ramach traktatu o międzynarodowej kontroli narkotyków, zostało jednoznacznie sformułowane w obrębie praw człowieka. Komitet Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych ONZ sprecyzował, iż dostęp do „niezbędnych leków” to element prawa każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego (zwanego dalej „prawem do zdrowia”) w myśl Artykułu 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (ICESCR)²¹. Zgodnie z prawem do zdrowia, po raz pierwszy określonym w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia²², Państwa-Strony mają jasno sprecyzowany obowiązek zapewniania realizacji prawa do zdrowia²³, w tym także udostępniania leków. Zapis ten obejmuje również leki, które mogą być jednocześnie substancjami kontrolowanymi zgodnie z konwencjami dotyczącymi narkotyków oraz krajowego ustawodawstwa, wprowadzającego owe konwencje w życie. Fakt, że dana substancja uwzględniona została w wykazie konwencji nt.

Niebezpieczny precedens – próba uznania ketaminy przez prawo międzynarodowe za substancję kontrolowaną

Ketamina, substancja z listy leków podstawowych WHO, to na większości terenów wiejskich w krajach o niskich lub średnich dochodach, a zatem na obszarze, gdzie mieszkają łącznie ponad 2 miliardy ludzi, jedyny dostępny środek znieczulający stosowany podczas koniecznych zabiegów chirurgicznych³⁴. W odróżnieniu od innych leków z listy WHO, omawianych w niniejszym raporcie, ketamina nie należy do substancji kontrolowanych zgodnie z konwencjami Narodów Zjednoczonych. Jednakże w przededniu 58. Sesji Komisji ds. Środków Odurzających w 2015 roku, Chiny, zaniepokojone niewłaściwym wykorzystaniem ketaminy, domagały się, by zaklasyfikować ją jako lek kontrolowany zgodnie z Konwencją o substancjach psychotropowych z 1971 roku.

Zaliczenie ketaminy w poczet leków kontrolowanych międzynarodowo, takich jak opioidy, doprowadziłoby do kryzysu zdrowia publicznego i praw człowieka, który przyniósłby skutki odczuwalne w wielu krajach rozwijających się. Komitet Ekspertów ds. Uzależnienia od Narkotyków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Expert Committee on Drug Dependence, ECDD) trzykrotnie, i to przy trzech różnych okazjach (w 2006, 2012 i 2014 roku) zalecał, aby Komisja ds. Środków Odurzających nie włączała ketaminy do grupy leków kontrolowanych przez międzynarodowe konwencje, zauważając w swoim raporcie z 2014 roku, że takie plany „ograniczyłyby dostęp do koniecznych i pilnych zabiegów chirurgicznych (...) w krajach, gdzie niedostępne są alternatywne środki znieczulające”³⁵. Chiny ostatecznie wycofały swoją propozycję i głosownie w tej kwestii w Komisji zostało – przynajmniej na razie – odroczone.

Niepokoje jednak fakt, że głosowanie to nadal mogłoby się odbyć. Po pierwsze, gdyby podjęto decyzję o uznaniu ketaminy za substancję kontrolowaną, utrwaliłoby to brak równowagi w traktatach narkotykowych Narodów Zjednoczonych, pozwalając, by obawy przed niewłaściwym wykorzystaniem substancji i czynienie priorytetem niedopuszczenie do ich używania do niewłaściwych i nielegalnych celów, wzięły górę nad niezwykle pilną potrzebą dostępu do tychże substancji ze względów medycznych lub naukowych. Po drugie, fakt, że niektóre państwa odmówiły poważnego rozważenia zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących ketaminy, stanowi niepokojący precedens, wskazujący na potrzebę, by kwestie związane z dostępem do leków podstawowych – kontrolowanych i nie tylko – w skali globalnej należały zdecydowanie do mandatu WHO.

kontroli substancji odurzających, nie zwalnia państwa ze zobowiązania do zapewnienia jej dostępności do celów medycznych.

Zobowiązania wynikające z Jednolitej konwencji oraz ICESCR faktycznie wzajemnie się dopełniają i wzmacniają²⁴. Zdecydowanie zbyt wiele krajów jednak ich nie realizuje, naruszając tym samym prawo do zdrowia i dając przykład nagminnego naruszania prawa w imię kontroli narkotyków.

Istnieje wiele dobrze udokumentowanych form naruszania prawa, od przymusowego zamykania użytkowników w tak zwanych ośrodkach rehabilitacji²⁵, które w dziedzinie leczenia

uzależnień niewiele mają do zaoferowania (są za to placówkami nie stroniącymi od tortur czy innych form okrucieństwa)²⁶, aż po stosowaną wciąż karę śmierci za przestępstwa związane z narkotykami – czyli sankcję, naruszającą prawo międzynarodowe²⁷. Jednolita konwencja, choć wyrażająca w swojej preambule troskę o „zdrowie i dobrobyt ludzkości”, jest krytykowana za to, że nie wspomina o uchwalonej w 1948 roku Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Niedopatrzenie to jest częściowo odpowiedzialne za sytuację, w której kontrola narkotyków wzięła górę nad zobowiązaniami państw w zakresie przestrzegania praw człowieka²⁸. Sytuację tę pogarsza jeszcze Artykuł 39 Jednolitej konwencji, który zezwala państwom na

„przyjęcie przepisów kontroli surowszych i ściślejszych od przepisów przewidzianych niniejszą konwencją”²⁹.

Obserwatorzy oraz organy ONZ nieustannie podkreślają ewidentne naruszanie praw człowieka poprzez ograniczanie dostępu do leków kontrolowanych, ale nie przynosi to istotnych rezultatów. W 2008 roku chociażby, dwóch Specjalnych Sprawozdawców ONZ mianowanych przez Radę Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, wystosowało wspólny list do Komisji ds. Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs, CND)³⁰ – organu ONZ opracowującego politykę Narodów Zjednoczonych w kwestii kontroli narkotyków, przypominając rządowi, że w swoich „minimalnych zobowiązaniach w ramach prawa do zdrowia”, podjęły się zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych, i wezwali, by kwestię braku dostępu „rozwiązać w sposób zdecydowany w najbliższej 10-letniej strategii”³¹. Niemniej jednak postęp w tej dziedzinie, choć począwszy od 2008 roku jest w niektórych krajach widoczny, w wielu miejscach następuje powoli albo pozostaje właściwie niezauważalny.

Międzynarodowy system kontroli narkotyków nie funkcjonuje w oderwaniu od międzynarodowego systemu ochrony praw człowieka. Przeciwnie – oba te systemy działają zbieżnie w ramach szerokiego zakresu międzynarodowych zobowiązań prawnych. Dlatego wypełnianie zobowiązań państwa, wynikających z traktatów narkotykowych, musi odbywać się w zgodzie z zobowiązaniami w zakresie praw człowieka³².

Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków – ciało niezależnych ekspertów stworzone do monitorowania trzech międzynarodowych traktatów dotyczących narkotyków, systematycznie broni konwencji narkotykowych jako zgodnych z normami praw człowieka i formułuje zalecenia, by państwa poświęcały „należną uwagę” realizowaniu zarówno praw człowieka, jak i swoich zobowiązań do zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych³³. Niemniej jednak takiemu językowi brakuje siły oddziaływania, która sprawiłaby, że państwa zrealizują swoje zobowiązania wynikające z prawa międzynarodowego; leży on ponadto w sercu problemów wynikających z międzynarodowego systemu kontroli narkotyków oraz z działania podmiotów, których zadaniem jest go realizować – prowadzi do wyraźnego prymatu ograniczania dostępności nad zapewnieniem dostępu z uwagi na ochronę zdrowia publicznego.

Międzynarodowy system kontroli narkotyków kryje w sobie „głęboko zakorzenioną nierównowagę”, dającą priorytet penalizacji nad zapewnieniem dostępu do leków kontrolowanych

W praktyce, prawo dotyczące kontroli narkotyków uczyniło z promowania dostępu do leków kontrolowanych problem wtórny w stosunku do niedopuszczenia do obrotu tymi substancjami na nielegalnym rynku³⁶. W trakcie tworzenia projektu Jednolitej konwencji, skupiano się w dużym stopniu na kwestii nielegalnego handlu narkotykami oraz „uzależnieniu”, które w preambule konwencji określono jako „poważne zło”. Nacisk na zapobieganie nielegalnemu obrotowi substancjami widoczny jest w zobowiązaniach wynikających z traktatu, a wymagających od państw penalizacji różnych czynów, w tym uprawy, produkcji, sprzedaży oraz posiadania substancji kontrolowanych. I przeciwnie – określenia tego typu są wyraźnie nieobecne w miejscach mówiących o zapewnieniu dostępu do leków kontrolowanych. W „tekście konwencji występuje zatem głęboki brak równowagi”³⁷.

Organy ONZ zajmujące się kontrolą narkotykową nie przyznały jeszcze wyraźnie, że taka nierównowaga występuje. Nie uznają też oficjalnie swojej roli w jej promowaniu. Brakuje w efekcie prób, by ją przewyciężyć. Komisja ds. Środków Odurzających nie działała przez długi czas na rzecz dostępu do leków kontrolowanych, przyjmując rezolucje promujące odpowiednią ich dostępność dopiero w latach 2010 i 2011³⁸. I chociaż były to niewątpliwie kroki oczekiwane, dekady milczenia na ten temat wyraźnie świadczą, że skłonność do traktowania priorytetowo elementów kontroli narkotyków jest w konwencjach silnie zakorzeniona.

Przy okazji rezolucji z 2011 roku, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemoczości zostało wezwane do przeanalizowania i uaktualnienia swoich modelowych rozwiązań, by tym samym zagwarantować odpowiednią równowagę między zapewnieniem dostępu do środków przy jednoczesnym niedopuszczaniu do



Fot. Hospicjum Nyeri, będące częścią KEHPCA, Kenijskiego Hospicjum i Towarzystwa Opieki Paliatywnej
© Sven Torfinn dla Open Society Foundations

Szpital bez Bólu w Kenii

“Ból jest czymś rzeczywistym i nie zawaham się użyć morfiny, jeśli mój pacjent bardzo cierpi”- stwierdził jeden z pracowników służby zdrowia zatrudniony w kenijskim Szpitalu Bez Bólu (Pain Free Hospital Initiative). Kenia włożyła wiele wysiłku, by zwiększyć dostęp do opioidowych analgetyków. Szpital stara się wypełnić luki w wiedzy i wyszkoleniu poprzez edukację pacjentów i personelu. Kursy zapewniają praktykującym lekarzom systematyczne szkolenia, poszerzające ich wiedzę z zakresu zarządzania bólem. Program stawia sobie również za cel zapewnienie dostatecznych zapasów leków kontrolowanych do uśmierzania bólu⁴².

nielegalnego obrotu nimi. Propozycje UNODC uznawano już wcześniej za „nazbyt rygorystyczne” i poddawano krytyce za to, że niedostatecznie zachęcają do tworzenia krajowego ustawodawstwa, gwarantującego dostęp do leków kontrolowanych³⁹. Ze strony Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości oczekuje się zatem korekty wzorów legislacji dotyczącej kontroli narkotyków; niestety, w cztery lata po złożeniu tej prośby przez Komisję ds. Środków Odurzających zadanie to nadal nie zostało zrealizowane i istnieją obawy, że proponowane poprawki – co można ocenić na podstawie sygnałów w trakcie tworzenia legislacji – nie będą w stanie naprawić dotychczasowych błędów. W efekcie wiele państw pozostanie bez dostatecznego wsparcia przy wdrażaniu charakteryzujących się właściwą równowagą ustaw na poziomie krajowym.

Od 1989 roku Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków odgrywała niezwykle ważną rolę w nagłaśnianiu sytuacji braku dostępu do leków kontrolowanych; niemniej jednak sformułowanym przez nią wnioskom nie towarzyszyły konkretne

działania, mające na celu poprawienie sytuacji w tym zakresie. Rada w zasadzie ograniczyła się jedynie do obarczania odpowiedzialnością za niedopilnowanie sprawy dostępu do leków kontrolowanych rządów poszczególnych państw, nie łącząc tego z krytyką przeszkód stawianych w tym zakresie przez międzynarodowy system kontroli narkotyków jako taki. Brakuje zatem uznania jej własnej roli w utrzymywaniu pozbawionego równowagi podejścia, kładącego nacisk na porządek publiczny oraz kontrolę narkotyków⁴⁰. Sytuacja nadmiaru regulacji, którą można zaobserwować w większości krajów, wynika z prohibicyjnego nastawienia, jakie zaszczepiła w rządach poszczególnych państw Jednolita konwencja i kluczowe instytucje Narodów Zjednoczonych.

Na poziomie operacyjnym, Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków też nie wykorzystwała dostatecznie swojego znaczenia, by zmniejszyć bariery nakreślone w konwencji. Główną przeszkodą w tym zakresie jest system „oszacowań”, którym Rada kieruje i który zobowiązuje kraje do przedstawiania rocznych „oszacowań” zapotrzebowania na substancje

„Położenie zasadniczego akcentu na kryminalizację stosowania narkotyków drastycznie ograniczyło lub całkowicie uniemożliwiło dostęp do opiatów w niektórych państwach, a to przez wzgląd na obawy, że substancje te mogą zostać przekazane do nielegalnego użytku. Niezagwarantowanie dostępu do opiatów niezbędnych do prowadzenia legalnych kuracji medycznych stanowi pogwałcenie prawa do zdrowia i należy je traktować jako takie w państwach, które opiaty albo wyeliminowały, albo drastycznie ograniczyły ich użycie”⁵¹.

Navi Pillay, była Wysoka Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka, 2014

Human Rights Watch: „Pozostaje mi tylko płakać”. Rak i walka o opiekę paliatywną w Armenii

Armenia ma jedne z najbardziej restrykcyjnych regulacji dotyczących przepisywania opioidów w Europie. Podawana doustnie morfina jest tu całkowicie niedostępna – przepisuje się zatem jedynie morfinę w zastrzykach. Co więcej, wykorzystanie takich leków ogranicza się jedynie do osób chorujących na nowotwory, z diagnozą potwierdzoną biopsją. Receptę może wypisać tylko onkolog i tylko po uprzednim postawieniu przypadku przed stałą, wieloosobową komisją, która nie zgodzi się na zaordynowanie opioidów, o ile nie zobaczy pacjenta u niego w domu. Receptę muszą zwykle podstemplować cztery różne urzędy, a zapewnia ona zazwyczaj zapas opioidów zaledwie na 24-48 godzin. Co więcej, przepisujący je są zobowiązani przekazać szczegóły dotyczące chorego policji, łamiąc w ten sposób prawa do prywatności i poufności, które stanowią zasadniczy trzon prawa do zdrowia. System taki powoduje, że tysiące osób niepotrzebnie cierpi ból, a w przypadku pacjentów chorych na raka, którym przysługuje dostęp do opioidów, oznacza często, że na skutek uciążliwej procedury, zanim zdołają pozyskać leki przeciwbólowe, umierają⁵⁷.

- W Gruzji apteki wydające leki opioidowe mieszczą się na komisariatach – tam pacjenci muszą udać się po swoje lekarstwo⁶¹.
- W dziesięciu krajach afrykańskich ustawowo ogranicza się jednorazowe przepisywanie analgetyków opioidowych maksymalnie na okres do dwóch tygodni; w Ganie wypisuje się recepty tylko na dwa dni⁶².

kontrolowane dla celów naukowych i medycznych, co warunkuje dokonanie importu (system oszacowań poddamy krytyce w dalszej części raportu).

Na pochwałę zasługują wysiłki Rady, zmierzające do zwrócenia uwagi międzynarodowej społeczności na problem. Niestety jednak Rada nie wykorzystuje maksymalnie swego wpływu w celu promowania efektywnego, wyważonego podejścia, i w tym sensie przyczynia się do istnienia wielu przeszkód, nie pozwalających na dostateczny dostęp do leków kontrolowanych.

Dostęp do leków kontrolowanych jest poważnie utrudniany przez wiele kluczowych czynników, także spoza międzynarodowego systemu kontroli narkotyków

Obok międzynarodowego systemu kontroli narkotyków istnieje również wiele innych czynników, które w znaczący sposób utrudniają dostęp do leków kontrolowanych. Przeszkody wynikają głównie z niskiej jakości systemu ochrony zdrowia, w którym brakuje funduszy oraz innych niż finansowe zasobów.

Istotną przeszkodę w zapewnieniu dostępu do leków kontrolowanych, zwłaszcza analgetyków opioidowych, na właściwym poziomie stanowi brak edukacji klinicznej oraz szkoleń dla osób zawodowo związanych z ochroną zdrowia. Miliony lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów oraz urzędników, zajmujących się kontrolą narkotyków, w niewielkim stopniu rozumieją lub otrzymali niewystarczającą wiedzę formalną na temat leczenia bólu czy opieki paliatywnej. Braki te dostrzegła Rezolucja WHA 67.19, zalecająca, by państwa położyły większy nacisk na szkolenia osób zawodowo związanych z opieką paliatywną oraz pracujących z pacjentami w stanie krytycznym, co obejmuje również zapewnienie dostępu do leków kontrolowanych w celu łagodzenia bólu⁴¹.

Na wiele z tych utrudnień nie można patrzeć w oderwaniu od prawa narkotykowego danego państwa, gdyż bariery w dostępie do leków kontrolowanych

wynikają częściowo z faktu, że używanie i/ lub posiadanie nielegalnych wariantów leków kontrolowanych jest w większości krajów czynem karalnym. Owo zestawienie legalnych produktów medycznych z substancjami nielegalnymi przyczynia się do podsycania klimatu walki z narkotykami, w którym demonizuje się leki kontrolowane pomimo zapotrzebowania na nie w placówkach ochrony zdrowia. Jednym z możliwych wytłumaczeń dla takiego skojarzenia jest fakt, że w niektórych państwach rządowe organa mające zajmować się kontrolą tego typu leków czy ich udostępnianiem określają je jako „trujące”⁴³ bądź „niebezpieczne”⁴⁴. Wpływa to niewątpliwie na praktykę oraz poglądy pracowników służby zdrowia, pacjentów i członków ich rodzin, i prowadzi do obaw przed przepisywaniem leków uśmierzających ból, odmowy ich przyjmowania przez pacjentów lub prób powstrzymania chorych przed ich stosowaniem przez krewnych⁴⁵.

To w końcu rodzi szersze nastroje społeczne, które odgrywają zasadniczą rolę w ograniczaniu dostępu do leków kontrolowanych. Pacjenci, rodziny i sami lekarze często są niechętni ich przepisywaniu ze względu na społeczne napiętnowanie stosowania tych leków oraz obawy, że doprowadzi ono w sposób nieunikniony do uzależnienia, mimo iż dowody naukowe temu przeczą⁴⁶.

Wreszcie, samo wycenianie i zamawianie leków kontrolowanych (stanowiące złożone zagadnienie, na które składa się cały szereg czynników sprawiających, że za pozornie tanie leki trzeba zapłacić wysokie ceny) staje się przeszkodą w krajach o niskim poziomie konsumpcji, w których ceny są często najwyższe⁴⁷. I chociaż produkcja morfiny nie jest opatentowana, a jej wytwarzanie jest tanie, nadmierne regulacje prawne, trudne i ewidentnie skomplikowane systemy importu/eksportu, brak pewnego rynku w krajach, gdzie opioidy medyczne są w zasadzie niedostępne, oraz przewidywana niska marża zysku powodują, że w tych państwach, w których import lub produkcja samych leków nie jest subsydiowana, ich cena dla konsumentów pozostaje wysoka. Na Filipinach chociażby, miesięczna dawka stosowanej doustnie morfiny o natychmiastowym uwalnianiu ma cenę równoważną minimalnej płacy miesięcznej⁴⁸. I chociaż wiele państw subsydiuje droższe leki i preparaty, zaledwie kilka – te, które zaangażowały się w zapewnienie dostępu do leków kontrolowanych do uśmierzania bólu i w opiece paliatywnej – wnosi dopłaty do importu morfiny i samodzielnie ją rozprowadza⁴⁹.

Światowa Komisja zauważa, że powyższe czynniki stanowią poważne utrudnienie w dostępie do leków kontrolowanych, zachęca więc rządy krajów i organy ONZ do podjęcia skoordynowanych działań w celu ich przewyższenia. Źródłem wsparcia działań w tym zakresie mogą być wydane przez Światową Organizację Zdrowia Wytyczne dla polityki w zakresie substancji kontrolowanych, a także Rezolucja nr 67.19 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, które pokazują, w jakim kierunku należy kształtować politykę oraz ustawodawstwo w zakresie podaży, dostępności oraz przystępności cenowej⁵⁰.

Rządy państw ograniczają dostęp do leków kontrolowanych, decydując się na podejście oparte na prawie karnym zamiast na dowodach naukowych, prawach człowieka i zdrowiu publicznym

Od kilkudziesięciu lat zarówno Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków jak i Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępności do Faktu, iż państwa nie wywiązują się z obowiązku zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych, skupiając się przede wszystkim na niedopuszczeniu do ich stosowania do nielegalnych celów⁵². Widoczne jest to zarówno w rocznych raportach Rady, jak i corocznym Światowym raporcie o narkotykach. Chociażby ten ostatni, wydany w 2015 roku, nadal mówi o „światowym problemie narkotykowym” jedynie w kontekście produkcji, podaży oraz stosowania substancji nielegalnych, o braku dostępu do leków kontrolowanych wspominając jedynie przez moment w przedmowie⁵³. Spośród dwunastu edycji Światowego raportu o narkotykach opracowanych od 2004 roku, w dziewięciu nie ma nawet wzmianki o kwestii dostępu do leków kontrolowanych.

Choć w kompetencjach Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków leży monitorowanie wywiązywania się z zawartego w traktatach

podwójnego obowiązku – zapewnienia dostępu do substancji kontrolowanych na potrzeby medycyny i jednocześnie dbałości o to, by nie trafiły one na czarny rynek, dopiero niedawno Rada zaczęła podejmować kroki w kierunku zajęcia się problemem istniejących nierówności⁵⁴. Ze względu na tę dotychczasową rozbieżność, wielu komentatorów mówi o „jednostronności” Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków, Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępności, Komisji ds. Środków Odurzających, państw, oraz w pewnym stopniu samych konwencji, w których brakuje zainteresowania medycznym wykorzystaniem niektórych substancji kontrolowanych⁵⁵.

To właśnie w takim kontekście nierównego rozłożenia akcentów rządy państw wprowadziły nadmiernie uciążliwe regulacje podaży leków kontrolowanych, w wielu przypadkach bardziej restrykcyjne niż wymagania wynikające z międzynarodowych traktatów narkotykowych⁵⁶.

Występujące w poszczególnych krajach przeszkody prawne istotnie się między sobą różnią i mają bezpośredni wpływ zarówno na podaż, jak i dostęp do leków kontrolowanych, zwłaszcza analgetyków opioidowych. Wśród nich mogą występować^{58 59 60}:

- ograniczenia liczby dni podawania leku, na które można wystawić receptę
- ograniczenia dawki
- ograniczenia co do tego, kto taką receptę może wystawić - w niektórych krajach są to jedynie pewne grupy lekarzy
- „specjalne” procedury przepisywania opioidów, powodujące, że proces staje się jeszcze bardziej uciążliwy np. wymaganie „konkretnych” formularzy, które trudno uzyskać, lub konieczność wypełnienia wielu różnych formularzy
- wymaganie „rejestracji” bądź „specjalnego pozwolenia”, by zapewnić potwierdzenie prawa pacjenta do leków
- „nieadekwatne kary” grożące za błędy na receptce lub za „niewłaściwe obchodzenie się z opioidami”
- ograniczona liczba aptek mogących lub chcących sprzedawać opioidy
- nieracjonalne wymogi dotyczące magazynowania.

RYCINA 2:

ADEKWATNOŚĆ KONSUMPCJI ANALGETYKÓW OPIOIDOWYCH W STOSUNKU DO POTRZEB (2010)



Granice, nazwy, oraz określenia użyte na mapie nie są wyrazem opinii żadnego przedstawiciela Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, czy miasta, lub ich władz, bądź granic lub zasięgu. Linie przerywane wyznaczają granice, co do których nie osiągnięto w chwili obecnej porozumienia.
Źródło danych: WHO.

© WHO 2012

Wszystkie te praktyki są nie do przyjęcia i nie są wcale konieczne, podsycają przy tym atmosferę strachu, w której muszą działać lekarze. Wielu z nich obawia się, że nie sprosta tak surowym wymogom i tym samym narazi się na odpowiedzialność karną. Dla pacjentów te niezwykle restrykcyjne praktyki mogą być jeszcze bardziej uciążliwe, jeśli żyją w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie np. fakt zamieszkania w regionie wiejskim oznacza, że w celu pozyskania opioidów trzeba wyruszyć do miasta, co może okazać się niemożliwe ze względu na ograniczone możliwości materialne i/lub transportowe.

Wiele krajów nie tylko narzuca uciążliwe warunki wytwarzania i rozprowadzania leków kontrolowanych, ale również poddaje podmioty licencjonowane surowym karom nawet za najdrobniejsze naruszenia prawa, jak chociażby błędy w dokumentacji. Dlatego

też firmy farmaceutyczne unikają zajmowania się lekami kontrolowanymi, tym samym ograniczając do nich dostęp pacjentom.

Ponieważ wspomniane organy państwowe patrzą na wszystkie aspekty handlu substancjami kontrolowanymi z perspektywy prawa karnego, państwa powinny powołać do życia organy podchodzące do tych samych problemów z perspektywy zdrowia publicznego, działające pod auspicjami ministerstwa zdrowia oraz innych odpowiednich ministerstw, aby to one przejęły zadanie zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych. Organy międzynarodowej kontroli narkotyków oraz odpowiednie organy ONZ winny wspomagać ten proces poprzez promowanie potwierdzonych badaniami modeli zdrowia publicznego, przy technicznym wsparciu ze strony

„Istnienie krajowej polityki w zakresie redukcji szkód (w tym również terapii substytucyjnej) nie oznacza automatycznie działań o odpowiednim zasięgu lub odpowiedniej jakości”⁷².

Harm Reduction International, 2014

Terapia heroiną okazała się w Szwajcarii wielkim sukcesem

W 1988 roku 74% obywateli Szwajcarii wymieniało nielegalne narkotyki jako drugi na liście najbardziej palących problemów w kraju. W reakcji na otwarte sceny narkotykowe, Szwajcaria przeprowadziła badanie naukowe dotyczące przepisywania przez lekarzy medycznej heroiny (dzisiaj znane jako nadzorowana terapia heroiną, HAT), mające na celu ocenę:

- skuteczności tej metody leczenia w przypadku osób cierpiących na uzależnienie od heroiny, wobec których zawiodły inne terapie;
- skutków takiej terapii dla zdrowia oraz w wymiarze społecznym.

W konsekwencji, pacjenci mieli odczuć poprawę zdrowia, powrócić do pracy, powstrzymać się od używania niezaordynowanych przez lekarzy substancji; proces miał ponadto doprowadzić do zmniejszenia przestępczości.

Zgodnie z zaleceniem Międzynarodowej Rady Kontroli Narkotyków, Szwajcaria zwróciła się do Światowej Organizacji Zdrowia z prośbą o stworzenie niezależnej grupy międzynarodowych ekspertów w celu przeprowadzenia ewaluacji badania.

Oto najważniejsze wnioski płynące z badania i jego ewaluacji:

- Zdrowie: najbardziej uderzające wyniki terapii heroiną zauważono w znaczącej poprawie stanu zdrowia pacjentów oraz wysokim stopniu utrzymywania się pacjentów w leczeniu;
- Bezpieczeństwo publiczne: Osiągnięto bardzo istotną poprawę w sferze zatrudnienia oraz zachowań kryminalnych. O 68% zmalała liczba kontaktów z policją;
- Opłacalność: korzyści wyraźnie przekroczyły koszty terapii, przynosząc zwrot środków zainwestowanych w sferze zachowań prawnych (np. spadek liczby dni spędzonych w więzieniu, poprawa stanu zdrowia uczestników).

W 1998 roku nadzorowana terapia heroiną stała się dostępna dla osób spełniających następujące kryteria:

- minimalny wiek – 18 lat
- co najmniej dwuletnie uzależnienie od opiatów
- co najmniej dwie nieudane próby leczenia
- przypadłości medyczne, psychologiczne czy społeczne wynikające z uzależnienia.

W 1999 roku za prowadzeniem HAT opowiedziała się w referendum większość obywateli Szwajcarii (54,4%).

W 2008 roku, w wyniku kolejnego ogólnonarodowego referendum, Szwajcarzy zgodzili się – większością 68,1% głosów – na włączenie nadzorowanej terapii heroiną do szwajcarskiego ustawodawstwa federalnego o środkach odurzających.

Za: Diane Steber Büchli, Szwajcarskie Federalne Biuro ds. Zdrowia Publicznego

Światowej Organizacji Zdrowia oraz działających w danym kraju bądź regionie pracowników Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości. Państwa muszą dopilnować, aby ich krajowe ustawodawstwo pozostawało w zgodzie z prawem międzynarodowym oraz zagwarantować przestrzeganie prawa do zdrowia.

Globalny system oszacowań, służący zapewnieniu wystarczającego dostępu do leków kontrolowanych, poniósł klęskę. Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków musi podjąć dalsze zdecydowane kroki, by naprawić błędy

Nierówne rozłożenie akcentów w międzynarodowym systemie kontroli narkotyków ujawnia się w operacyjnych zapisach Jednolitej konwencji, które kładą nacisk na penalizację i zakazy, zaniedbując sformułowanie konkretnych wskazówek na temat tego, w jaki sposób kraje mogą zapewnić dostęp do leków kontrolowanych. Jedyne zapisy poświęcone tej kwestii zawarte zostały w Artykułach 12, 19 i 20, i mówią o systemach „oszacowania” oraz wymogach dostarczania danych statystycznych z zakresu spożycia leków kontrolowanych⁶³.

Wiele krajów systematycznie dostarcza Radzie oszacowania, które nie odzwierciedlają ich medycznych potrzeb, a inne w ogóle nie przedstawiają żadnych danych. System jako taki nie sprawdził się i nie osiągnął celu, jakim było zapewnienie państwom dostatecznych zapasów leków, gdyż nowe roczne oszacowania często opierają się na wskaźnikach spożycia z poprzedniego roku, co oznacza, że w wielu krajach nadal mamy nieduże i niedostateczne zapasy. Rada nie wywierała dotychczas wystarczającej presji na rządy państw, by zwiększyły swoje oszacowania celem zaspokojenia ewidentnych potrzeb medycznych, ugruntowując tym samym nieprzerwany cykl niedoszacowań.

Weźmy za przykład rok 2006 – liczby mówiące o konsumpcji ekwiwalentów morfiny w skali globalnej pokazały, że do faktycznego zapewnienia światowej

podaży morfiny w owym roku potrzeba by jej było sześciokrotnie więcej⁶⁴. Ogromny, choć może nie aż tak jak w 2006 roku, deficyt stanowi wciąż aktualny problem.

Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia podjęła w ostatnich latach próby zmierzenia się z nim problemem i w 2012 roku wydała obszerną *Wskazówki do oszacowywania zapotrzebowania na substancje kontrolowane zgodnie z międzynarodowymi umowami (Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control)*⁶⁵. Publikacja ta ma pomóc właściwym organom państwowym lepiej wyliczać i przygotowywać oszacowania substancji kontrolowanych potrzebnych do celów medycznych i naukowych przedstawianych Radzie. Komisja wzywa Radę, by we współpracy z WHO oraz Biurem Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości, kontynuowała zdecydowane kroki, zachęcające państwa do przedstawiania oszacowań, które odzwierciedlają rzeczywiste potrzeby ich obywateli. O ile takie kroki nie zostaną podjęte, istnieje bardzo realne ryzyko, że będziemy wciąż mieć do czynienia z niedoszacowaniem.

Leczenie uzależnienia od opioidów przy użyciu leków kontrolowanych podnosi jakość zdrowia publicznego i jest opłacalne. Należy więc zwiększyć do niego dostęp

Metadon i buprenorfina to leki najczęściej stosowane w opioidowej terapii substytucyjnej (OST) i wymienione na liście leków podstawowych WHO. Niektóre kraje stosują również alternatywne formy tej terapii np. wolno uwalnianą morfiną i kodeiną, czy nadzorowana terapia heroiną (HAT).

Leczenie substytucyjne, co zostało rzetelnie udokumentowane badaniami⁶⁶, zmniejsza lub eliminuje praktykę iniekcji wśród użytkowników narkotyków, tym samym znacząco redukując w obrębie tej grupy niebezpieczeństwo zakażenia HIV oraz żółtaczką typu C. Wobec udowodnionej skuteczności terapii, dostęp do niej popierają organy ONZ, podmioty prowadzące badania naukowe oraz

wiele państw na całym świecie.⁶⁷

Po zastosowaniu leczenia substytucyjnego na większą skalę, zaobserwowano także – obok zatrzymania rozprzestrzeniania się HIV i WZW C – redukcję przedawkowań, spadek liczby zgonów wynikających z używania narkotyków, a także spadek liczby przestępstw związanych z narkotykami⁶⁸. Wykazano również, że OST stanowi istotny czynnik zwiększający udział pacjentów w terapii antyretrowirusowej oraz w leczeniu gruźlicy⁶⁹, a zyski wynikające z zastosowania tej terapii czterokrotnie przewyższają koszty leczenia⁷⁰. Narodowy Instytut ds. Nadużywania Narkotyków (National Institute on Drug Abuse) w Stanach Zjednoczonych podaje, że „terapia metadonowa należy do najbardziej opłacalnych, przynosząc oszczędności rzędu 3 do 4 dolarów na każdego wydanego dolara”⁷¹.

Pomimo przytłaczających dowodów przemawiających na korzyść leczenia substytucyjnego, objętych nim jest bardzo niewielki procent potrzebujących – leczenie dostępne jest zaledwie w połowie krajów odnotowujących dożylnie stosowanie narkotyków. Przy czym tak podana informacja nie uwzględnia jakości terapii substytucyjnych stosowanych

w poszczególnych krajach. W niektórych jest ona dostępna jedynie na terenie placówek detoksykacyjnych czy rehabilitacyjnych. Odpowiedni dostęp do niej koncentruje się najczęściej w krajach o wysokich przychodach, odwzorowując schemat, jaki obserwujemy w przypadku nierównego dostępu do kontrolowanych leków przeciwbólowych.

W wielu krajach zasięg leczenia substytucyjnego jest zdecydowanie mniejszy, niż zalecają międzynarodowe wytyczne⁷³ – w Azji chociażby pięć krajów: Afganistan, Indie, Birma, Sri Lanka i Wietnam, odnotowuje zasięg poniżej 20% tj. bardzo niski w świetle międzynarodowych norm.

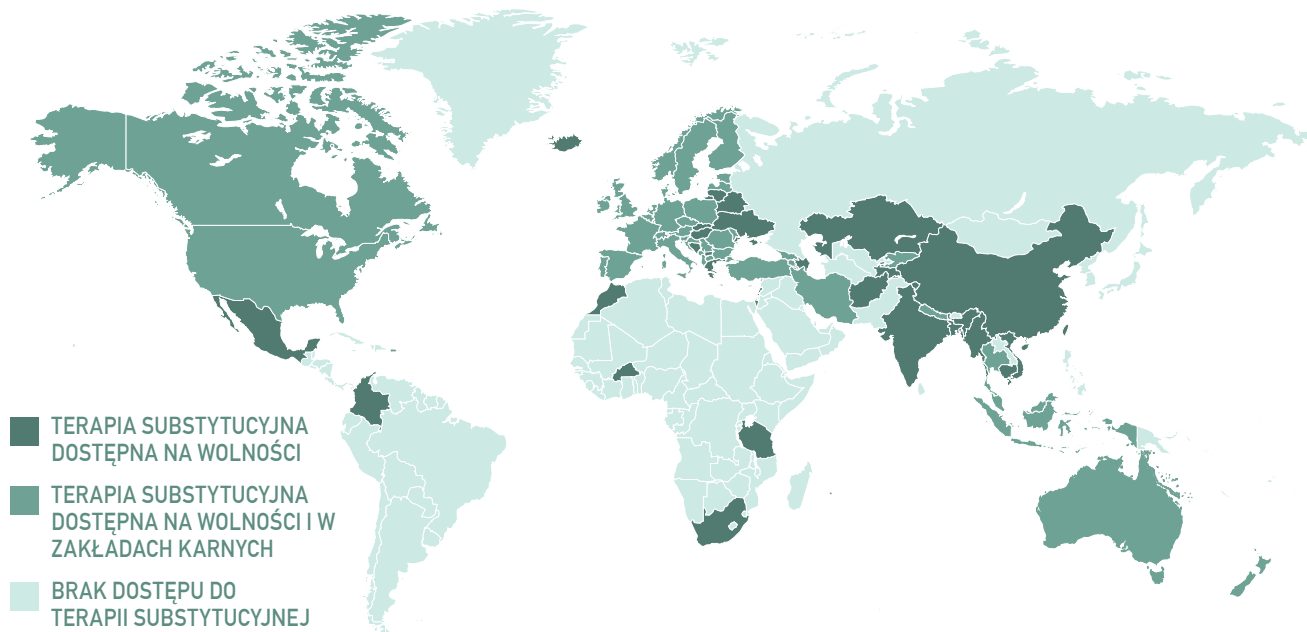
Kluczowym czynnikiem, który wpływa na brak dostępu do terapii substytucyjnej, jest stygmatyzujące nastawienie środowiska spowodowane surowym reżimem traktatów narkotykowych, a ten – jak już wspominaliśmy – podkreśla potrzebę zapobiegania „uzależnieniu”, nazwanemu w Jednolitej konwencji „poważnym złem”, któremu państwa mają „obowiązek zapobiegać i zwalczać”⁷⁴. Ta obawa przed uzależnieniem oraz wynikające z niej potępienie osób używających narkotyków doprowadziło w krajowych

Gdy dostęp utrudniony jest przez konflikt – zmniejszenie dostępu do opioidowej terapii substytucyjnej we Wschodniej Ukrainie

Dostawa leków kontrolowanych do ukraińskiego Donbasu została utrudniona ze względu na ograniczenia wynikające ze środków bezpieczeństwa oraz kontrole wprowadzone prezydenckim dekretem (nr 875) ogłoszonym w listopadzie 2014 roku w kwestii „pilnych środków mających na celu ustabilizowanie sytuacji społeczno-ekonomicznej w obwodzie donieckim i ługańskim”. Rząd Ukrainy zaprzestał finansowania placówek ochrony zdrowia (w tym wypłacania uposażenia personelu) na obszarach pozostających poza kontrolą Kijowa, z obawy że środki budżetowe mogą trafić w ręce separatystów. Metadon i buprenorfina zostały uznane za „leki odurzające” i „potencjalną broń”, zaczęły więc podlegać szczególnym i złożonym procedurom kontrolnym. Mimo wielokrotnie wznawianych wysiłków społeczności międzynarodowej (w tym próbujących odpowiedzieć na obawy rządu Ukrainy sugestii Lekarzy bez Granic z Doniecka, dotyczących monitorowania rozprowadzania i wykorzystania metadonu), nie zezwolono na dostarczanie tych leków przez Konwoje Humanitarne ONZ. W oparciu o dane zgromadzone przez Międzynarodowy Sojusz na rzecz walki z HIV i AIDS (International HIV/AIDS Alliance), w lipcu 2015 roku ponad tysiąc pacjentów mieszkających w Donbasie utraciło dostęp do terapii substytucyjnej ze względu na brak dostaw leku oraz zamknięcie placówek prowadzących terapię.

RYCINA 3:

DOSTĘPNOŚĆ OPIOIDOWEJ TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ NA ŚWIECIE – NA WOLNOŚCI I W ZAKŁADACH KARNYCH



regulacjach do zbyt silnego nacisku na modele, które przedkładają niedopuszczanie do zaistnienia substancji na nielegalnym rynku nad zapewnianie dostępu do substytucyjnej terapii opioidowej. To z kolei prowadzi do sytuacji, w której część krajów wprowadza wśród pacjentów potrzebujących leków kontrolowanych pewną „hierarchię”, dając pierwszeństwo chorym na nowotwory przed pacjentami z uzależnieniem od opioidów, tych ostatnich postrzega się bowiem jako winnych samym sobie, podejrzanych i w mniejszym stopniu zasługujących na leczenie farmakologiczne.

Nawet w sytuacjach, gdzie dostęp do terapii substytucyjnej jest dozwolony, osoby z niej korzystające nadal mogą liczyć się z groźbą nękania przez policję, czy aresztowań w okolicy ośrodków leczenia, co zniechęcać może do udziału w programie. W pewnych grupach, np. wśród kobiet i młodzieży, występują dodatkowo inne ograniczenia, jak limity wieku⁷⁵, brak przystosowania usług do potrzeb danej płci, czy też obawa przed utratą prawnej opieki nad dziećmi⁷⁶.

Podobnie jak w przypadku dostępu do leków kontrolowanych w celu uśmierzenia bólu, mało efektywne systemy ochrony zdrowia mają istotny wpływ na dostępność opioidowej terapii substytucyjnej. Sytuację w tym zakresie pogarsza

brak konkretnych, przeznaczonych na tego typu usługi funduszy, co prowadzi do sytuacji, w której, według szacunków, w skali świata w programy redukcji szkód inwestowanych jest obecnie 160 milionów dolarów, czyli zaledwie 7% potrzebnej na ten cel kwoty. Ponieważ szacunki te uwzględniają również dodatkowe elementy kompleksowego pakietu interwencji w ramach redukcji szkód⁷⁷, opłacająca suma na leczenie substytucyjne jest przypuszczalnie jeszcze znacznie niższa. Tymczasem na system penalizacji narkotyków wydaje się ok. 100 miliardów dolarów rocznie⁷⁸. Konieczna jest zatem zmiana proporcji tych kwot, dzięki czemu zdołamy jednoznacznie odejść od akcentowania penalizacji ku uwypukleniu jako priorytetu zdrowia publicznego.

Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków rzadko – jeśli w ogóle – krytykuje państwa, które nie zapewniają odpowiedniego dostępu do terapii substytucyjnej, mimo wyraźnego zobowiązania do pełnienia takiej roli, wynikającego zarówno z międzynarodowej legislacji w zakresie kontroli narkotyków, jak i z praw człowieka⁷⁹. Rada, razem z Biurem Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, powinna zacząć odgrywać kluczową rolę w monitorowaniu zapewniania przez poszczególne państwa dostępu do terapii substytucyjnej dla celów medycznych, gdyż jak

dotychczas nie wykazywała większego entuzjazmu do działania w tym kierunku.

W obecnej sytuacji organy ONZ zajmujące się kontrolą narkotyków muszą rozpocząć wyważone, aktywne i skoordynowane działania, by pomóc krajom w zapewnieniu dostępu do leków kontrolowanych

Przez dziesięciolecia Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków postrzegana była jako organ nadmiernie troszczący się o to, żeby osłabieniu nie uległ międzynarodowy system kontroli narkotyków. W zasadzie do niedawna milczała na temat naruszeń praw człowieka w imię kontroli narkotyków⁸⁰, przyczyniając się tym samym do obecnej sytuacji w zakresie dostępu do leków kontrolowanych.

Jednym z przykładów jest chociażby brak jakiegokolwiek krytyki Rosji, choć w stosunku do użytkowników narkotyków występują tam oczywiste przypadki łamania praw człowieka. Rosja konsekwentnie zakazuje stosowania terapii substytucyjnej, co przy braku programów wymiany igieł i strzykawek doprowadziło do sytuacji, w której w latach 2004-2014 liczba przypadków zakażeń HIV wzrosła o 80%⁸¹. W ciągu najbliższych pięciu lat zakażone HIV mogą być 3 miliony mieszkańców tego kraju⁸². Milczenie Rady w tej sprawie to przymykanie oczu na fakt, że w Rosji dochodzi do istotnego naruszenia prawa do zdrowia

uwzględnionego w międzynarodowych prawach człowieka, w tym także w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, który Rosja podpisała, i którego – jak twierdzi – przestrzega.

Istnieją mechanizmy, które mają pomagać w rozwiązywaniu takich kwestii. Artykuł 14 Jednolitej konwencji pozwala Radzie na: rozpoczęcie konsultacji, prośbę o złożenie wyjaśnień, zalecenie Państwu-Stronie zastosowanie jej rekomendacji, jeśli „cele [niniejszej] konwencji są poważnie zagrożone z powodu niewykonywania przez którąkolwiek ze Stron, kraj albo terytorium postanowień niniejszej konwencji”⁸³.

Niemniej jednak Rada nigdy nie zastosowała tego mechanizmu i nie zdecydowała się wskazać na jakikolwiek kraj, który nie przedstawia wystarczającego oszacowania bądź ewidentnie odmawia zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych swoim obywatelom. Powołując się na Artykuł 14 oraz Artykuł 14 bis, Rada ma prawo zapewnić techniczne i finansowe wsparcie krajom, którym przez długi czas nie udaje się zrealizować zobowiązań wyływających z prawa międzynarodowego⁸⁴.

Co więcej, Rada powinna pamiętać o tym, że może odgrywać ważną rolę w naświetlaniu przypadków naruszenia praw człowieka w ramach międzynarodowego systemu kontroli narkotyków, w tym również – choć nie tylko – kiedy kraje nie wywiązują się z obowiązku zapewnienia leków kontrolowanych.

Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, dysponujące większymi niż Rada

„Kontroli narkotyków nie należy traktować jako celu samego w sobie, ale jako narzędzie, pozwalające zoptymalizować jakość zdrowia publicznego. Z jednej strony winniśmy skupić się na profilaktyce nadużywania i uzależnienia; z drugiej na unikaniu dodatkowych szkód. Efekty kontroli narkotyków należy oceniać zarówno w świetle szkód, wynikających z nadużywania substancji, któremu kontrola przeciwdziała, jak i szkód, które sama powoduje przez, chociażby, brak dostępu [do leków kontrolowanych – red.]”.

WHO, 2011⁸⁵

środkami i mające pracowników na miejscu (jeśli nie w danym kraju, to chociaż w regionie), mogłyby przypuszczalnie odegrać większą rolę w działaniach na rzecz poprawy w dostępie do leków kontrolowanych poprzez zagwarantowanie wsparcia technicznego, które pozwoliłoby krajom ocenić, czy to aby nie ich wewnętrzne ustawodawstwo uniemożliwia dostęp do leczenia. Chociaż trudno ocenić rozmiary aktualnego wsparcia w tej dziedzinie, według niepotwierdzonych źródeł, kraje w sposób niewspółmierny do realnych potrzeb przeznaczają zasoby: ludzkie, techniczne i ekonomiczne, na umacnianie organów porządku publicznego, egzekwujących zakazy. W świetle takich informacji, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności powinno w sposób transparentny podawać informacje nt. celu swoich działań oraz przeznaczenia udostępnianych środków. Ponadto, Biuro, w ramach którego działa sekretariat Komisji ds. Środków Odurzających, powinno kontrolować, czy środki przeznaczane na wspieranie krajów służą sprostaniu wszystkim zobowiązaniom wynikającym z traktatów dotyczących kontroli narkotyków oraz międzynarodowych praw człowieka.

Międzynarodowa Rada Kontroli Narkotyków i Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności muszą zrobić wszystko, by realizować swój mandat, i żeby ich praca skupiała się na równym rozkładaniu akcentów: w takim samym stopniu niedopuszczaniu do działania czarnego rynku, jak i zapewnianiu dostępu do leków kontrolowanych, przy jednoczesnym staniu na straży potwierdzonych przez pakt międzynarodowe praw człowieka. Takie stanowisko musi stanowić punkt centralny wszystkich aspektów działalności tych instytucji, na wszelkich obszarach, również w biurach krajowych i regionalnych UNODC. Dążąc do zapewnienia dostępu do leków kontrolowanych obie instytucje, we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, muszą wdrażać podejście o równo rozłożonych akcentach, pro-aktywne i skoordynowane.

W celu zapewnienia równego dostępu do leków kontrolowanych, rządy państw winny sfinansować nowy, międzynarodowy program pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia

Fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia wyraźnie sformułowała potrzebę pracy w kierunku bardziej wyważonego modelu zapewniania dostępu do leków kontrolowanych, jednocześnie wyrażając przekonanie, że kontrola narkotyków winna służyć optymalizacji zdrowia publicznego, podkreśla konieczność zaangażowania WHO w działania w tym zakresie. Faktycznie, w ostatnim czasie rola WHO na tym polu wzrosła, głównie dzięki uruchomieniu w 2007 roku Programu Dostępu do Leków Kontrolowanych (ang. Access to Controlled Medicines Program, ACMP) – inicjatywy, którą realizuje wspólnie z Międzynarodową Radą Kontroli Narkotyków, a która ma na celu zapewnienie technicznego wsparcia rządów przy rozpoznawaniu i usuwaniu kluczowych barier w dostępie.

Jednak, mimo że Program odegrał zasadniczą rolę w kilku ważnych przedsięwzięciach, szczególnie w opracowaniu wspomnianych wcześniej Wytycznych polityki w kwestii substancji kontrolowanych wydanych przez WHO oraz Przewodnika do oszacowywania zapotrzebowania na substancje objęte międzynarodową kontrolą przygotowanego wspólnie przez WHO i Radę, jego działanie było w ciągu ostatnich lat poważnie utrudnione ze względu na brak funduszy. Od 2008 roku Światowa Organizacja Zdrowia nie mogła ich już zapewniać i choć znaleziono środki tymczasowe z Komisji Europejskiej oraz od rządu Holandii, w ostatnich latach Program praktycznie nie realizował żadnych działań.

Światowa Komisja ponawia swoje zalecenie, które sformułowała w raporcie z 2014 roku „Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work”, by Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Biurem Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności oraz Międzynarodową Radą Kontroli Narkotyków pokierowały działaniami zapewniającymi dostęp do leków kontrolowanych.



Konwencje Narodów Zjednoczonych dotyczące narkotyków przyczyniają się do ograniczenia badań nad potencjałem medycznym innych substancji kontrolowanych

LSD, MDMA, katynon i psylocybina to substancje, które na mocy Konwencji o substancjach psychotropowych z 1971 roku podlegają najściślejszej kontroli. Zgodnie z Wykazem I, przedstawiają one „wysokie ryzyko nadużywania, stanowiąc poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, nie posiadając wielkiej lub żadnej wartości terapeutycznej”⁹³.

Znajduje to odzwierciedlenie w ustawodawstwie wielu państw, które uznaje te substancje za nie mające żadnych efektów terapeutycznych. To z kolei – ze względu na ustawowe trudności – ogranicza badania, a jednocześnie zwiększa koszty nabywania substancji w formie do użytku medycznego (medical-grade form). W Wielkiej Brytanii np. ustawodawstwo zezwala szpitalom na licencje na posiadanie substancji z Wykazu II – morfiny, kokainy, itd., jednak ci, którzy chcą prowadzić badania nad substancjami z Wykazu I, muszą uzyskać pozwolenie z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych⁹⁴. Opracowanie z 2013 roku wykazało, że jedynie trzy spośród tysięcy szpitali w Wielkiej Brytanii dysponowało takim zezwoleniem⁹⁵.

Tego typu sytuacje nie występują tylko w Wielkiej Brytanii. Naukowcy z Kanady potrzebowali czterech lat, by sprowadzić ze Szwajcarii MDMA potrzebną do badań nad jej terapeutycznymi właściwościami w leczeniu zespołu stresu pourazowego⁹⁶. Oprócz ograniczeń prawnych, utrudnieniem jest koszt badanych substancji. Jedna z firm dostarcza gram psylocybiny za 12 tys. dolarów⁹⁷.

Medyczne walory tych substancji zaczynają się w tej chwili ujawniać w wyniku przełomowych, choć niezwykle ograniczonych badań. Eksplorują one możliwości wykorzystania MDMA do wspierania psychoterapii. Opracowanie ze Stanów Zjednoczonych opisuje jej wykorzystanie u pacjentów cierpiących na „odporny na leczenie zespół stresu pourazowego”⁹⁸. Efekty były imponujące – 80% chorych wykazało poprawę kliniczną, w porównaniu do 20% z grupy kontrolnej⁹⁹. Inne stany chorobowe, gdzie MDMA może przynieść pozytywne efekty, to autyzm i choroba Parkinsona¹⁰⁰.

Fot. Hospicjum Nyeri, będące częścią KEHPCA, Kenijskiego Hospicjum i Towarzystwa Opieki Paliatywnej.
© Sven Torfinn dla Open Society Foundations

W chwili obecnej WHO nie dysponuje ani środkami, ani niezbędnym personelem, by móc nadzorować nową międzynarodową inicjatywę; to pilna potrzeba i jeśli uda się zwiększyć możliwości agencji, pomoże ona zapewnić dostęp do leków kontrolowanych. Rządy państw winny zobowiązać się do wpłaty odpowiednich funduszy i wyznaczyć wyraźnie zarysowany harmonogram konkretnych celów, który doprowadzi do usunięcia krajowych i międzynarodowych przeszkód w zaopatrzeniu w leki kontrolowane. Działania te mogłyby skorzystać z zasobów w postaci regionalnych oddziałów WHO oraz Międzynarodowego Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, które wspierałyby proces przesunięcia akcentów w krajowym ustawodawstwie bardziej ku zdrowiu publicznemu, a to z kolei pozwoliłoby zająć się pozostałymi przeszkodami i zapewnić dostęp do leków kontrolowanych.

Międzynarodowy system kontroli narkotyków przyczynia się do kryminalizacji osób stosujących konopie indyjskie do celów medycznych

Miliony osób na całym świecie wykorzystują konopie indyjskie w celach medycznych i chociaż nie jest to lek kontrolowany, został syntetycznie opracowany przez firmy farmaceutyczne do zastosowania medycznego. Wielu krajowych ustawodawców nagina prawo dotyczące konopi indyjskich dla potrzeb tych produktów, które podlegają kontroli jako odmienna klasa substancji. W wielu krajach uznaje się, że konopie „nie mają efektu terapeutycznego”⁸⁶, co wynika z umieszczenia ich w wykazie Jednolitej konwencji.

Jednolita konwencja klasyfikuje substancje w trzy wykazy⁸⁷, które w zależności od ryzyka szkód, jakie może dana substancja wyrządzić, ryzyka jej nadużywania oraz jej potencjalnych wartości leczniczych, prowadzą do kontroli o zróżnicowanym nasileniu. Wykaz I zawiera substancje, które – jak się uważa – „mogą szczególnie łatwo stać się przedmiotem nadużywania i wywoływać skutki szkodliwe”⁸⁸, a także podlegają „**wszelkim** [podkreślenie autorów] przepisom o kontroli mającym zastosowania do substancji odurzających objętych niniejszą konwencją”⁸⁹. Ponadto, niektóre substancje kontrolowane w Wykazie I występują także w Wykazie IV, gdzie uważa się je za „szczególnie niebezpieczne”⁹⁰, a jednocześnie mające „niewielką lub żadną wartość terapeutyczną”⁹¹. Konopie indyjskie figurują zarówno w Wykazie I, jak i w Wykazie IV, podczas gdy są szczególnie wartościowe ze względu na potencjał leczenia całego spektrum medycznych dolegliwości. Badacze sugerują, że kilka aktywnych składników substancji może mieć korzystne skutki dla leczenia bólu, spastyczności (w stwardnieniu rozsianym), zaburzeń lękowych, zaburzeń padaczkowych, w tym epilepsji, psychozy, uzależnienia, zespołu stresu pourazowego (PTSD) oraz zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD)⁹².

Wielu użytkowników konopi indyjskich do celów medycznych potwierdza ich skuteczność w redukcji bólu oraz znaczące łagodzenie objawów chorób takich jak stwardnienie rozsiane i epilepsja. O ile niektórzy chorzy mają dostęp do leków wytworzonych na bazie konopi, większość leczących się samodzielnie nie ma innego wyjścia, jak tylko narazić się na kryminalizację, bądź przez własną uprawę roślin, bądź poprzez ich zakup z nielegalnych źródeł. To prawdziwa tragedia, że ludzie, którzy potrzebują leków, muszą ryzykować więzieniem, aby złagodzić swoje cierpienie.

- 1 United Nations Deputy-Secretary General (2015), Multi-Sector Approach, Integrating Public Health into Substance Control Efforts Key to Winning 'War on Drugs', Deputy Secretary-General Tells General Assembly, <http://www.un.org/press/en/2015/dsgsm865.doc.htm>
- 2 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014, United Nations: New York
- 3 Global Commission on Drug Policy (2014), Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work, <http://www.globalcommissionon-drugs.org/reports/>
- 4 Buprenorphine is controlled under the UN Convention on Psychotropic Substances, 1971. Methadone is controlled under the United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- 5 World Health Organization (2015), WHO Model List of Essential Medicines, http://www.who.int/medicines/publications/essential-medicines/EML2015_8-May-15.pdf
- 6 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- 7 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety, *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(2): 214–228
- 8 Chen, L, Hedegaard, H, & Warner, M (2014), Drug-poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics: United States, 1999–2011, NCHS Data Brief No. 166, <http://www.cdc.gov/nchs/data/data-briefs/db166.pdf>
- 9 Mowbray, O, & Quinn, A (2015), Prescription pain reliever misuse prevalence, correlates, and origin of possession throughout the life course, *Addictive Behaviors*, 50: 22–27
- 10 Joint Formulary Committee (2012), British National Formulary 63, BMA & Royal Pharmaceutical Society: London pg. 274
- 11 World Health Organization (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines, WHO: Geneva http://www.atome-project.eu/documents/gls_ens_balance_eng.pdf
- 12 Ibid.
- 13 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right, HRW: New York <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
- 14 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain: Rethinking the United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, *The Journal of Law Medicine and Ethics*, 35(4): 556–570
- 15 World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance (2014), Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO http://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf
- 16 Human Rights Watch (2011), Global State of Pain Treatment HRW
- 17 Cooper, T (2015), Dispatches: In Russia, Don't Tell the Living About the Dead, Human Rights Watch <http://www.hrw.org/news/2015/03/22/dispatches-russia-don-t-tell-living-about-dead>
- 18 Harm Reduction International (2014), The Global State of Harm Reduction 2014, HRI: London
- 19 Mathers et al (2010), HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *The Lancet* 375(9719): 1014–28
- 20 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- 21 UN Committee of Economic, Social and Cultural Rights 'General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health' (11 August 2000) UN Doc No E/C.12/2000, paras 12(a), 17
- 22 World Health Organization (1946), Constitution of the World Health Organization, WHO
- 23 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, arts. 2(1), 12
- 24 The obligation to provide access to medicines is also considered a component element of the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health under the Convention on the Rights of the Child. Committee on the Rights of the Child, 'General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)' (17 April 2013) UN Doc No CRC/C/GC/15, paras 73(b), E(2)(a)
- 25 Open Society Foundations (2011), Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation, OSF, New York <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf>
- 26 Elliott, R, Lines, R, Schleifer, R, & Symington, A (2011), Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers, OSF: New York <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
- 27 Gallahue, P, et al. (2012), The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012 Tipping the Scales for Abolition, HRI: London http://www.ihra.net/files/2014/08/06/HRI_-_2012_Death_Penalty_Report_-_FINAL.pdf
- 28 Barrett, D, Bewley-Taylor, D, Elliott, R, Lines, R, & Schleifer, R (2008), Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy, Beckley Foundation Drug Policy Programme, http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/HR_IDP_Mar08-ENG.pdf
- 29 United Nations, Single Convention on Narcotic Drugs, 1961
- 30 The United Nations' Special Rapporteur on the prevention of torture and cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment, and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
- 31 United Nations. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2008), Mandate of the Special Rapporteur on the question of torture, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf
- 32 United Nations General Assembly (2015), Resolution adopted by the General Assembly on 18 December 2014: 69/201 International cooperation against the world drug problem, UN: New York http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/201
- 33 International Narcotics Control Board (2015), Report 2014
- 34 Fact Sheet on the Proposal to Discuss International Scheduling of Ketamine at the 58th CND (2015) <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Ketamine-fact-sheet.pdf>

- 35 WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014), Ketamine: Update review report, Thirty-sixth meeting, WHO, Geneva, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/6_2_Update.pdf
- 36 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26 <https://www.tni.org/files/download/dlr26-e.pdf>
- 37 Ibid.
- 38 Commission on Narcotic Drugs (2010), Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 53/4 http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2010/CND_Res-53-4.pdf; Commission on Narcotic Drugs (2011), Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, Resolution 54/6. http://www.mccabecentre.org/downloads/Resolution_54-6.pdf
- 39 Husain Asra S, Skemp Brown, M, & Maurer (2013), 'Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes?', *Bulletin of the World Health Organisation*, 92; 108–116, <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/>
- 40 Taylor, A (2007), Addressing the Global Tragedy of Needless Pain
- 41 World Health Assembly (2014), Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, Resolution WHA67.19, Geneva http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- 42 KEHPCA (2015), Pain Free Hospital Initiative in Kenya, <http://kehPCA.org/pain-free-hospital-initiative-in-kenya/>
- 43 Human Rights Watch (2010), Needless Pain: Government Failure to Provide Palliative Care for Children in Kenya, HRW: New York—See Footnote 120, p.48
- 44 Legislation in the Philippines—The Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002—defines substances used for “legitimate medical needs” as “dangerous drugs.” For more information, consult, Pain and Policy Studies Group (2013), Improving Global Opioid Availability for Pain & Palliative Care: A Guide to a Pilot Evaluation of National Policy, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health <http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Global%20evaluation%202013.pdf>
- 45 Krakauer E. L. et al (2010), Opioid Inaccessibility and Its Human Consequences: Reports from the Field, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 24; 239–243, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19901en/s19901en.pdf>
- 46 Noble, M et al. (2008) Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain: Human Rights Watch (2009), “Please, do not make us suffer any more...” Access to Pain Treatment as a Human Right, HRW: New York
- 47 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances; Human Rights Watch (2009), “Please, do not make us suffer any more...”
- 48 International Association for Hospice and Palliative Care, Opioid Price Watch Project, <http://hospicecare.com/opioids/reports/map/>
- 49 De Lima, Liliana, et al (2014), Cross-Sectional Pilot Study to Monitor the Availability, Dispensed Prices, and Affordability of Opioids Around the Globe, *Journal of Pain and Symptom Management* 48(4): 649–659
- 50 WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances
- 51 Office of the High Commissioner for Human Rights (2014), Side event: World Drug Problem on Human Rights, United Nations <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14712&LangID=E>
- 52 The University of Wisconsin Pain & Policy Studies Group (2009), Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 23(2): 145–152
- 53 UNODC (2015), World Drug Report 2015, United Nations: Vienna, <http://www.unodc.org/wdr2015/>
- 54 Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines
- 55 Piana, R (2014), Dying without Morphine, *New York Times* http://www.nytimes.com/2014/10/01/opinion/dying-without-morphine.html?_r=0; Hallam, C (2014), The International Drug Control Regime and Access to Controlled Medicines
- 56 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna
- 57 Human Rights Watch (2015), “All I can do is cry”: Cancer and the Struggle for Palliative Care in Armenia, HRW: New York, <https://www.hrw.org/news/2015/07/14/armenia-needless-pain-end-life>
- 58 Joranson D.E., Ryan K.M., Maurer M.A (2010), Opioid policy, availability and access in developing and Nonindustrialized Countries, University of Wisconsin-Madison Pain and Policy Studies Group http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Joranson_2010_Bonica%20Chapter%2016.pdf
- 59 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care— progress and challenges in cancer care, *Ann Palliat Med*, 3(3): 129–138 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841689>
- 60 UNODC (2011), Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking then right balance to achieve the optimal public health outcome, United Nations: Vienna
- 61 Reville, B, & Foxwell, AM (2014), The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care
- 62 Ibid.
- 63 Ibid.
- 64 “For the actual consumption figures, we used 2006 data from the INCB for all relevant strong opioids and calculated their joint consumption in ‘morphine equivalents,’ i.e. the dosage of a substance that equals the analgesic potency of 1 mg oral morphine. Methadone was excluded.” From - Seya M-J, et al (2011), A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(1): 6–18 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf>

- 65 International Narcotics Control Board and World Health Organization (2012), *Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control*, United Nations: New York
- 66 See, for example, the Lancet 2010 special series on HIV infection among people who inject drugs
- 67 For example, see: WHO Evidence for Action series: www.who.int/hiv/pub/idu/en/; World Bank (2013) *The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs*, The World Bank: Washington DC.
- 68 World Health Organisation (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical paper and policy brief*, WHO: Geneva
- 69 Wolfe et al (2010), *Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward*, *The Lancet*, 376(9738): 355–366
- 70 World Health Organisation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2004), *Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV prevention*, United Nations: Geneva
- 71 Centre for Substance Abuse Treatment (2005), *Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programmes. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43*. HHS Publication No. (SMA) 12-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- 72 Harm Reduction International (2014), *The Global State of Harm Reduction 2014*
- 73 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), *Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*, World Health Organization: Geneva
- 74 United Nations, *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol*, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- 75 Barrett, D (2013), *Hidden in plain sight. Children and injecting drug use, a global snapshot of the available data*, Harm Reduction International
- 76 Flavin, J & Paltrow, L (2013), *The Policy and Politics of Reproductive Health: Arrests of and Forced Interventions on Pregnant Women in the United States, 1973–2005: Implications for Women’s Legal Status and Public Health*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(2): 299–343
- 77 WHO, UNODC, UNAIDS (2009), *Technical guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*,
- 78 Rolles, S, Kushlick, D, Powell, M, & Murkin, G, (2012), *The War on Drugs: Wasting Billions and Undermining Economies, Count the Costs* <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Economics-briefing.pdf>
- 79 Csete, J, & Wolfe, D (2007), *Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS*, Canadian HIV/AIDS Legal Network & Open Society Institute http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/closed_20070226.pdf
- 80 Malinowska-Sempruch Kasia (2013), *The International Narcotics Control Board Strains its Limited Credibility LSE Ideas*, <http://blogs.lse.ac.uk/ideas/2013/03/the-international-narcotics-control-board-strains-its-limited-credibility/>
- 81 Federal Scientific and Methodological Center for Prevention and Control of AIDS (2014), *HIV-infection bulletin number 39*. Moscow: The Federal Service for Surveillance of Consumer Rights Protection and Human Well-being
- 82 Agence France-Presse (2015), *‘Russian HIV-Aids epidemic worsening under Kremlin policies, says expert,’*, <http://www.theguardian.com/world/2015/may/15/russian-hiv-aids-epidemic-worsening-under-kremlin-policies-says-expert>
- 83 World Health Organisation, *Guidelines for the WHO Review of Dependence-Producing Psychoactive Substances for International Control*, WHO/EDM/QSM/2000.5,2000; cited by Taylor, A in *Addressing the Global Tragedy of Needless Pain*, at page 567
- 84 United Nations, *Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol*
- 85 World Health Organization, *Ensuring balance in national policies on controlled substances*,
- 86 For example, see, *United Kingdom’s Misuse of Drug Act 1971; United States’ Controlled Substances Act 1970*
- 87 United Nations (2013), *The International Drug Control Conventions Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol*, as at 25 September 2013, United Nations: New York, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf
- 88 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), *Scheduling in the International Drug Control System, TNI & IDPC, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25* http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf
- 89 United Nations, *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (1)* https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- 90 United Nations, *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol, Article 2 (5)* https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
- 91 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), *Scheduling in the International Drug Control System*
- 92 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), *Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation*, *Nature Reviews, Neuroscience*, 14: 577–585, <http://www.nature.com/nrn/journal/v14/n8/full/nrn3530.html>
- 93 Hallam C., Bewley-Taylor D, Jelsma M (2014), *Scheduling in the International Drug Control System*
- 94 United Kingdom, *Misuse of Drugs Act 1971, Section 7*
- 95 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), *Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation*
- 96 Ibid.
- 97 Grob C.S. et al (2011), *Pilot Study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced stage cancer*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 68: 71–78; cited by Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), *Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation*
- 98 Nutt D.J., King L.A, & Nichols D.E (2013), *Effects of Schedule 1 drug laws on neuroscience research and treatment innovation*
- 99 Ibid.
- 100 Ibid.

DODATKOWE ŹRÓDŁA

Count the Costs

www.countthecosts.org

Cupihd

www.cupihd.org

Drug Policy Alliance

www.drugpolicy.org

Global Commission on HIV and the Law (convened by UNDP)

www.hivlawcommission.org

Harm Reduction International

www.ihra.net

Human Rights Watch

www.hrw.org

Igarapé Institute

www.igarape.org.br

Intercambios

www.intercambios.org.ar

International Centre for Science in Drug Policy

www.icsdp.org

International Doctors for Healthier Drug Policies

www.idhdp.com

International Drug Policy Consortium

www.idpc.net

International Network of People who use Drugs

www.inpud.net

International Narcotics Control Board

www.incb.org

Talking Drugs

www.talkingdrugs.org

Transform Drug Policy Foundation

www.tdpf.org.uk

Transnational Institute; drug law reform resources

www.druglawreform.info

The Beckley Foundation

www.beckleyfoundation.org

UN Office on Drugs and Crime

www.unodc.org

Washington Office on Latin America - Drug Policy program

www.wola.org/program/drug_policy

West Africa Commission on Drugs

www.wacommissionondrugs.org

World Health Organization: Access to Controlled Medications Program

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_cmp/en/

World Health Organization: Essential Medicines

http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/

PODZIĘKOWANIA

Koordinacja techniczna

Niamh Eastwood
Edward Fox
Maria Phelan
Khalid Tinasti

Panel ekspertów

Marine Buissonnière
Jude Byrne
Ann Fordham
Rick Lines
Diederik Lohman
Katherine Pettus
Willem Scholten

Sekretariat Światowej Komisji ds. Polityki Narkotykowej

Beatriz Alqueres
Miguel Darcy
Zara Snapp
Ilona Szabo de Carvalho
Khalid Tinasti

Wsparcie

FIFHC - Fundação Instituto Fernando Henrique Cardoso
Open Society Foundations
Sir Richard Branson (support provided through Virgin Unite)
Igarape Institute



www.globalcommissionondrugs.org

Kontakt:

secretariat@globalcommissionondrugs.org

RAPORTY ŚWIATOWEJ KOMISJI DS. POLITYKI NARKOTYKOWEJ

- War on Drugs (2011)
- The War on Drugs and HIV/AIDS:
How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic (2012)
- The Negative Impact of the War on Drugs on Public Health:
The Hidden Hepatitis C Epidemic (2013)
- Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work (2014)

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

ŚWIATOWA KOMISJA DO SPRAW POLITYKI NARKOTYKOWEJ

Celem Komisji jest przeniesienie na forum międzynarodowe opartej na wynikach badań naukowych debaty na temat skutecznych i humanitarnych metod redukcji szkód, jakie powodują narkotyki – dla jednostek i społeczeństw.

CELE:

- Analiza podstawowych założeń, skuteczności i konsekwencji „wojny z narkotykami”
- Ocena ryzyka i korzyści różnych metod rozwiązywania problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi
- Opracowanie praktycznych, opartych na dowodach naukowych rekomendacji dla konstruktywnych reform w zakresie prawa i polityki narkotykowej