



Bruksela, dnia 27.11.2015 r.
COM(2015) 584 final

SPRAWOZDANIE KOMISJI

**w sprawie postępów we wdrażaniu Strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020 i
Planu działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016**

{SWD(2015) 257 final}

1. Wprowadzenie i treść

Niedozwolone środki odurzające stanowią złożony problem społeczny, który wpływa na życie milionów ludzi. Mimo że w ciągu kilku ostatnich lat spadło użycie środków odurzających takich jak heroina czy kokaina, nowe substancje psychoaktywne są coraz łatwiej dostępne na otwartym rynku lub przez internet, stwarzając poważne zagrożenie dla zdrowia.

Koszty ludzkie i społeczne uzależnienia od środków odurzających są bardzo wysokie. Generują one koszty dla zdrowia publicznego (związane z profilaktyką i leczeniem uzależnień od środków odurzających, opieką zdrowotną i hospitalizacją), bezpieczeństwa publicznego, środowiska i wydajności pracy.

Co najmniej 78,9 mln Europejczyków przyznało, że użyło konopi co najmniej raz w życiu, natomiast kokainy i amfetaminy próbowało odpowiednio 15,6 mln i 12 mln osób. Ponadto 1,3 mln osób dorosłych to osoby problemowo używające opioidów, a 3,4 % wszystkich zgonów Europejczyków w wieku 15–39 lat spowodowanych jest przedawkowaniem środków odurzających. Zgodnie z najnowszymi szacunkami w 2010 r. w UE zmarło na HIV/AIDS w wyniku używania środków odurzających 1 700 osób¹. W 2013 r. w UE zgłoszono 1 446 nowych przypadków zachorowania na HIV związanych z dożywlnym przyjmowaniem środków odurzających². W 2014 r. wykryto 101 nowych substancji psychoaktywnych, tj. 22 % więcej niż w 2013 r.

W Europejskiej agencji bezpieczeństwa³ potwierdzono ocenę Europolu, zgodnie z którą **rynek niedozwolonych środków odurzających jest najbardziej dynamicznym rynkiem przestępczym.** Nielegalny obrót środkami odurzającymi i wytwarzanie środków odurzających są w dalszym ciągu zaliczane do jednych z najbardziej dochodowych działalności przestępczych dla zorganizowanych grup przestępczych działających w UE. Wartość europejskiego rynku opiatów oszacowano na około 12 mld EUR⁴, zaś szacowane użycie konopi, najpopularniejszego środka odurzającego w UE, wynosi 2 000 ton. Kokaina znajduje się na drugim miejscu wśród najczęściej używanych środków odurzających w UE: w 2013 r. państwa członkowskie UE skonfiskowały ponad 61 ton tego środka⁵. Ponadto internet stał się w ciągu kilku ostatnich lat miejscem umożliwiającym obrót online środkami odurzającymi⁶.

W 2013 r. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) udoskonaliło swoją sprawozdawczość w zakresie sytuacji związanej ze środkami odurzającymi w Europie. Ponadto w 2013 r. EMCDDA i Europol wydały na wniosek Komisji Europejskiej pierwsze sprawozdanie dotyczące rynków środków odurzających w UE. Obie agencje UE opublikują drugie wydanie tego sprawozdania na początku 2016 r.

Środki odurzające stanowią problem o zasięgu globalnym. Szacuje się, że w sumie 264 mln osób w wieku od 15 do 64 lat użyło niedozwolonego środka odurzającego w 2013 r. Około 27 mln osób cierpi z powodu zaburzeń związanych z używaniem środków odurzających lub uzależnienia od środków odurzających. Prawie połowa z nich (12,19 mln) przyjmuje środki odurzające dożylnie, a

¹ Europejski raport narkotykowy z 2015 r. opracowany przez EMCDDA.

² Zgodnie z raportami EMCDDA.

³ COM(2015) 185.

⁴ Sprawozdanie ogólne z działalności Europolu w 2014 r.

⁵ Okresowa ocena zagrożenia poważną i zorganizowaną przestępczością (SOCTA) z 2015 r.: Aktualne informacje na temat poważnej i zorganizowanej przestępczości w UE, Europol, marzec 2015 r.

⁶ Wspólne sprawozdanie EMCDDA i Europolu: sprawozdanie dotyczące rynku środków odurzających w UE: analiza strategiczna, 2013 r.

szacuje się, że 1,65 mln osób przyjmujących środki odurzające dożylnie było nosicielami wirusa HIV w 2013 r.⁷.

W kwietniu 2016 r. odbędzie się **sesja nadzwyczajna Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych poświęcona środkom odurzającym**, podczas której przeanalizowane zostaną sposoby poprawy globalnych polityk antynarkotykowych przy jednoczesnym wzmocnieniu aspektów związanych ze zdrowiem publicznym i prawami człowieka w ramach konwencji Narodów Zjednoczonych o środkach odurzających⁸. Będzie to punkt zwrotny dla społeczności międzynarodowej, jeżeli chodzi o określenie przyszłej polityki antynarkotykowej. W tym kontekście będzie się liczyło zdanie UE.

W **Strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020⁹ i Planie działania w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016¹⁰** określono ramy i priorytety polityczne UE w zakresie polityki antynarkotykowej. W strategii określono jednolite i oparte na dowodach ramy zwalczania używania środków odurzających zarówno w UE, jak i poza nią. Strategia ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia zarówno popytu na środki odurzające, jak i ich podaży w UE oraz ograniczenia ryzyka i szkód zdrowotnych i społecznych, których przyczyną są środki odurzające. Strategia obejmuje trzy tematy przekrojowe: a) koordynację, b) współpracę międzynarodową i c) badania, informacje, monitoring i ocenę.

W niniejszym sprawozdaniu przedstawiono **główne postępy** osiągnięte przez UE w latach 2013 i 2014 we wdrażaniu unijnej strategii na lata 2013–2020 i Planu działania w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016. Szczegółowe ustalenia przedstawiono w załączonym dokumencie roboczym służb Komisji.

2. Metoda

W planie działania UE w zakresie środków odurzających wskazano podmioty odpowiedzialne za realizację działań przewidzianych w planie oraz wyznaczono terminy dla każdego z nich. Niniejszy przegląd, który obejmuje lata 2013 i 2014, opiera się na informacjach przekazanych przez EMCDDA, Europol, Eurojust (Europejską Jednostkę Współpracy Sądowej) i CEPOL (Europejskie Kolegium Policyjne). Informacje otrzymano również od Europejskiej Służby Działań Zewnętrznych i prezydencji Rady¹¹. Komisja przeprowadziła również ankietę wśród państw UE¹² i organizacji społeczeństwa obywatelskiego zainteresowanych polityką antynarkotykową¹³. Niniejsze sprawozdanie dotyczy głównie wyników unijnej strategii antynarkotykowej i unijnego planu działania.

3. Ograniczanie popytu na środki odurzające

Zapobieganie

⁷ Biuro Narodów Zjednoczonych ds Narkotyków i Przemocności (UNODC), Światowy raport o narkotykach z 2015 r.

⁸ Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r.; Konwencja o substancjach psychotropowych z 1971 r. i Konwencja o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 r.

⁹ Dz.U. C 402 z 29.12.2012, s. 1.

¹⁰ Dz.U. C 351 z 30.11.2013, s. 1.

¹¹ W tym na wynikach ankiety przeprowadzonej przez prezydencję Rady wśród państw członkowskich w kwietniu 2015 r. w kwestii niewłaściwego stosowania leków i uzależnienia od nich. Mimo że ankieta wykracza poza horyzont czasowy obejmujący lata 2013–2014, jej wyniki wykorzystano w niniejszym sprawozdaniu, ponieważ pokazują one stan prac w państwach członkowskich w odniesieniu do działań nr 4 i 50 określonych w planie działania UE w zakresie środków odurzających. Wspomniany stan prac jest istotny również dla okresu 2013–2014.

¹² Wszystkie państwa członkowskie odpowiedziały na ankietę.

¹³ Organizacje z Grecji, Hiszpanii, Francji, Włoch, Litwy, Luksemburga, Węgier, Niderlandów, Portugalii, Słowenii i Szwecji udzieliły odpowiedzi na kwestionariusz. Niektóre z tych organizacji są organizacjami sieciowymi/patronackimi, które reprezentują szereg innych organizacji z tego samego państwa lub innych państw prowadzących działalność w tej dziedzinie.

Według badania Eurobarometru z 2014 r. dotyczącego osób młodych i środków odurzających¹⁴ eksperymenty ze środkami odurzającymi często zaczynają się w latach szkolnych: szacuje się, że co czwarty 15- i 16-latek użył niedozwolonego środka odurzającego¹⁵. **Podnoszenie świadomości i doradztwo** to w dalszym ciągu najpowszechniejsze działania prewencyjne stosowane w celu dotarcia do osób młodych, w przypadku których uważa się, że istnieje ryzyko nadużywania środków odurzających, tj. do uczniów borykających się z problemami z nauką i problemami społecznymi¹⁶. W 2013 r. mniej niż połowa wszystkich państw UE poinformowała EMCDDA o pełnym wdrożeniu polityki antynarkotykowej w szkołach. Z dostępnych danych wynika jednak, że **ogólne kampanie informacyjne** w szkołach dotyczące nadużywania substancji są powszechnie dostępne w UE¹⁷. Większość państw UE zgłosiła, że w latach 2013–2014 posiadała specjalne programy lub środki mające na celu **opóźnienie pierwszego użycia niedozwolonych środków odurzających**.

¹⁴ Badanie Flash Eurobarometr nr 401 z 2014 r. „Młodzież i narkotyki”.

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

¹⁶ Zgodnie z raportami EMCDDA.

¹⁷ Do substancji nadużywanych należą alkohol, tytoń i środki odurzające. Informacje przedstawione przez EMCDDA.

Przykład

Oparta na współpracy grupa Mondorf, obejmująca Luksemburg i graniczące z Luksemburgiem regiony Francji, Niemiec i Belgii, przeprowadziła działania prewencyjne, łącząc podejście nieukierunkowane na środki odurzające z elementami międzykulturowymi, i organizuje zajęcia rekreacyjne dla młodzieży oparte na koncepcji „pedagogiki przygody”. Wspomniane działania mają na celu przede wszystkim umożliwienie młodzieży doświadczenia dynamiki grupy, zarządzania konfliktami, oceny ograniczeń i ryzyka oraz poczucia solidarności z grupą złożoną z osób różnych pod względem społecznym i kulturowym.

Większość państw UE, w tym społeczeństwo obywatelskie, poinformowała, że prowadzi **inicjatywy uświadamiające** na temat zagrożeń i skutków wynikających z używania niedozwolonych środków odurzających i innych nowych substancji psychoaktywnych.

Wszystkie państwa UE poinformowały, że **wdrożyły środki prewencyjne**. Wiele państw członkowskich UE prowadzi uniwersalne programy prewencyjne, a kilka z nich przedstawiło sprawozdanie z wdrażania programów prewencji selektywnej¹⁸ i ukierunkowanej¹⁹. Połowa państw członkowskich UE zgłosiła, że realizuje kampanie antynarkotykowe w miejscach rozrywki, takich jak festiwale muzyczne, imprezy czy kluby nocne. Większość państw UE stwierdziła, że dostępność środków prewencyjnych poprawiła się lub utrzymała się na stabilnym poziomie w latach 2013–2014. Niektórzy przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego wskazali jednak na zmniejszenie wydatków publicznych w tym obszarze ze względu na ograniczenia budżetowe.

Niewłaściwe stosowanie i uzależnienie od leków wydawanych na receptę

Niewłaściwe stosowanie i uzależnienie od leków wydawanych na receptę w UE to kwestie wymagające podjęcia dalszych działań i przeprowadzenia dodatkowych analiz. Benzodiazepiny²⁰ są często niewłaściwie stosowane przez obciążone wysokim ryzykiem osoby używające opioidów i wiążą się z zachorowalnością i śmiertelnością w tej grupie²¹. Uważa się, że istnieje prawdopodobieństwo niewłaściwego stosowania opioidowych leków przeciwbólowych i środków znieczulających²², leków przepisywanych głównie ze względu na ich skutki psychoaktywne i jako leki substytucyjne w leczeniu uzależnień. W państwach UE dostępne są jednak tylko bardzo ograniczone dane umożliwiające uzyskanie pełnych informacji szacunkowych na temat niewłaściwego stosowania, mającego miejsce w różnych kontekstach w całej UE. W związku z tym konieczne jest przeanalizowanie skali problemu i dopracowanie reakcji całej UE na ten problem, aby podjąć decyzję w sprawie działań, które należy przeprowadzić w przyszłości.

Leczenie

¹⁸ Strategie w zakresie „prewencji selektywnej” są ukierunkowane na podzbiory całej populacji, w przypadku których uznaje się, że istnieje ryzyko nadużywania substancji ze względu na ich przynależność do określonej grupy populacji np. młodocianych przestępców, uczniów przedwcześnie kończących naukę lub studentów, którzy nie radzą sobie z nauką. Grupy ryzyka można określić na podstawie społecznych, demograficznych lub środowiskowych czynników ryzyka, o których wiadomo, że są powiązane z nadużywaniem substancji, zaś docelowe podgrupy można określić na podstawie wieku, płci, wywiadu rodzinnego lub miejsca pobytu np. ubogich dzielnic lub miejsc o wysokim wskaźniku używania środków odurzających lub obrotu tymi środkami.

¹⁹ „Prewencja ukierunkowana” jest skierowana do osób narażonych i pomaga im w radzeniu sobie z indywidualnymi cechami osobowościowymi, które czynią je bardziej podatnymi na eskalację używania środków odurzających.

²⁰ Benzodiazepiny są grupą powszechnie przepisywanych leków o szerokim zastosowaniu klinicznym, m.in. w leczeniu lęku i bezsenności oraz łagodzeniu objawów odstawiennych w alkoholizmie. Przykładami takich leków są: diazepam, klonazepam, alprazolam i oksazepam.

²¹ [Niewłaściwe stosowanie benzodiazepin przez obciążone wysokim ryzykiem osoby używające opioidów w Europie. Raport EMCDDA z 2015 r.](#)

²² Zarówno przepisywanych na receptę, jak i w stosownych przypadkach dostępnych bez recepty.

W latach 2013–2014 we wszystkich państwach członkowskich UE były dostępne zintegrowane terapie uzależnień²³ o szerokim zasięgu. Połowa państw UE uznała, że w latach 2013–2014 w ich państwie nie zaszła żadna większa zmiana w dostępności terapii uzależnień; większość pozostałych państw UE uznała, że dostępność takich terapii wzrosła. Z drugiej strony niektórzy przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego twierdzą, że dostępność terapii uzależnień spadła z powodu cięć budżetowych.

W latach 2013–2014 w państwach UE istniało wiele **kompleksowych i zintegrowanych terapii uzależnień**. Połowa państw członkowskich UE poinformowała, że terapie te nie zostały zróżnicowane w latach 2013 i 2014 w porównaniu z poprzednimi latami.

Przykład

Terapie uzależnień od środków odurzających są powszechnie dostępne w Anglii. Z najnowszych danych dotyczących terapii (za okres 2013–2014) wynika, że 98 % osób skierowanych na terapię rozpoczęło ją przed upływem trzech tygodni. Czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii jest krótki – około trzech dni. Usprawnienia systemu terapii wprowadzone w ciągu dziesięciu lat doprowadziły do skrócenia czasu oczekiwania z dwóch miesięcy w 2001 r. do zaledwie trzech dni w latach 2013–2014.

Większość terapii uzależnień od środków odurzających w Europie prowadzona jest w **systemie ambulatoryjnym**²⁴. Co dziesiątą terapię uzależnień od środków odurzających odbywają pacjenci przyjęci do szpitala lub ośrodków specjalistycznych²⁵.

Świadczenia na rzecz rehabilitacji / powrotu do zdrowia ewoluowały w latach 2013–2014, ale blisko połowa państw UE nie odnotowała żadnego rozszerzenia zakresu takich świadczeń. Podobnie wielu przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego poinformowało, że w ich państwach w latach 2013 i 2014 nie rozszerzono zakresu świadczeń na rzecz rehabilitacji / powrotu do zdrowia.

Zmniejszenie ryzyka i redukcja szkód

Do 2013 r. wszystkie państwa UE przyjęły cele polityki dotyczącej zdrowia publicznego w celu zapobiegania występowaniu i redukcji szkód zdrowotnych związanych z uzależnieniem od środków odurzających²⁶. Większość państw UE poinformowała, że podjęła konkretne działania w latach 2013 i 2014 w celu zapewnienia osiągalności i dostępności opartych na dowodach **środków zmniejszania ryzyka i redukcji szkód**.

Przykład

Na Cyprze w ramach programu niskoprogowego²⁷ ustanowionego w 2013 r. wdrożono w 2014 r. pierwszy pilotażowy program na zasadzie „kuli śnieżnej”. Do programu przyjęto osoby obecnie lub w przeszłości używające środków odurzających dożylnie, które następnie wzięły udział w szkoleniu

²³ Zgodnie z działaniem nr 5 określonym w planie działania UE w zakresie środków odurzających. Więcej szczegółowych informacji można również znaleźć w towarzyszącym dokumencie roboczym służb Komisji.

²⁴ Pacjent leczony ambulatoryjnie to pacjent, który nie jest przyjmowany do szpitala na co najmniej 24 godziny, ale który korzysta z usług szpitala, kliniki lub powiązanej placówki w celu otrzymania diagnozy lub odbycia terapii. Dane przedstawione przez EMCDDA.

²⁵ Dzieje się tak dlatego, że w wielu państwach specjalistyczne ośrodki mogą przepisać substytucję opiatową. Informacje przedstawione przez EMCDDA.

²⁶ Zgodnie z [Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries](#) (Sprawozdanie na temat aktualnego stanu wykonania zalecenia Rady z 2003 r. w sprawie zapobiegania występowaniu i redukcji szkód związanych z uzależnieniem od środków odurzających w UE i krajach kandydujących), Gesundheit Oesterreich & Sogeti, 2013 r.

²⁷ „Programy niskoprogowe” to programy, w ramach których nakłada się na pacjentów minimalne wymagania, oferując świadczenia bez podejmowania próby kontrolowania używania przez nich środków odurzających i zapewniając doradztwo wyłącznie na ich życzenie.

obejmującym informacje na temat HIV/AIDS, zapalenia wątroby, gruźlicy, technik udzielania pierwszej pomocy, bezpieczniejszego seksu i bezpieczniejszego używania środków odurzających. Po szkoleniu każdy uczestnik „zrekrutował” trzy kolejne osoby używające środków odurzających dożylnie i podzielił się z nimi wiedzą zdobytą podczas szkolenia oraz za pomocą kwestionariusza zebrał dane na temat obciążonego wysokim ryzykiem używania środków odurzających.

Wszystkie państwa UE stosują substytucję opiatową oraz programy wymiany igieł i strzykawek jako podstawowe środki zapobiegające zakażeniom i kontrolujące zakażenia wśród osób, które używają środków odurzających dożylnie, przy czym zasięg obu tych programów znacznie się zwiększył. W 2013 r. programy wymiany igieł i strzykawek były jednak dalekie od zapewnienia pełnego pokrycia zapotrzebowania we wszystkich państwach, zwłaszcza w więzieniach²⁸. Kilka państw odnotowało również ograniczenie usług w zakresie redukcji szkód w ostatnich latach, a niektóre państwa świadczą te usługi jedynie w ograniczonym zakresie²⁹.

Przykład

W Republice Czeskiej dostęp do substytucji opiatowej jest ograniczony. Metadon, mimo że jest bezpłatny dla pacjentów, dostępny jest tylko w około dziesięciu ośrodkach specjalistycznych. Większość pacjentów uczestniczących w substytucji opiatowej zażywa buprenorfinę, która w praktyce nie jest jednak objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, w związku z czym większość pacjentów musi płacić bardzo wysoką cenę za swoje leki (wydają na leki około połowę swojego średniego miesięcznego wynagrodzenia). Sprzyja to rozwojowi czarnego rynku buprenorfiny.

W kilku państwach zapewnia się dostęp do objętych nadzorem **pomieszczeń do używania środków odurzających**³⁰, a niektóre państwa UE prowadzą również programy leczenia naloksonem w domu³¹.

Choć w ostatnich latach poczyniono postępy w tym obszarze, używanie środków odurzających w sposób prowadzący do ich przedawkowania lub sprzyjający rozwojowi chorób związanych z używaniem środków odurzających, jak również wypadki, akty przemocy i samobójstwa spowodowane używaniem środków odurzających w dalszym ciągu stanowią jedne z głównych przyczyn zgonów możliwych do uniknięcia wśród osób młodych w UE. **Szacuje się, że liczba zgonów w UE spowodowanych wyłącznie przedawkowaniem środków odurzających wynosiła co najmniej 5 800 w 2013 r.**³². Od 2003 r. większość państw nie jest w stanie zmniejszyć liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem środków odurzających. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że – ogólnie rzecz biorąc – wydaje się, iż zasięg i dostępność środków redukcji szkód w UE są powiązane ze zmniejszeniem liczby zgłaszanych przypadków przedawkowania środków odurzających. Liczba zakażeń wirusem HIV wśród użytkowników środków odurzających zmniejszyła się w 2013 r. Wskaźnik zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie w wielu państwach³³.

Używanie środków odurzających w więzieniach

²⁸ *Ibid.*, przypis 26.

²⁹ Zgodnie z raportami EMCDDA.

³⁰ Odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu uzupełnione o dane zaczerpnięte z raportu EMCDDA „[Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)” (Spojrzenie na środki odurzające. Pomieszczenia do używania środków odurzających: przegląd dotyczący ich zapewniania i dowodów), 2015 r.

³¹ Nalokson to lek wykorzystywany do niwelowania skutków zażycia opioidów, w szczególności w przypadku ich przedawkowania. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez EMCDDA niektóre programy leczenia naloksonem są prowadzone na niewielką skalę i cechują się ograniczeniami czasowymi. W jednym państwie programy leczenia naloksonem są adresowane do użytkowników wysokiego ryzyka w danej społeczności oraz do więźniów opuszczających zakłady karne.

³² Zgodnie z raportami EMCDDA.

³³ Raport narkotykowy EMCDDA z 2015 r.

Wskaźnik używania substancji wśród więźniów jest wyższy niż wśród ogółu społeczeństwa. W latach 2013 i 2014 większość państw UE realizowała politykę w zakresie opieki zdrowotnej skierowaną do użytkowników środków odurzających odbywających karę pozbawienia wolności. Ponad połowa tych państw zamierza również rozszerzyć zakres istniejących środków do końca 2016 r., a większość spośród tych państw, które obecnie nie stosują takich środków, zamierza rozpocząć ich stosowanie również do końca 2016 r.

W latach 2013 i 2014 świadczenia realizowane w zakładzie karnym i świadczenia realizowane w miejscu zamieszkania umożliwiły zapewnienie ciągłości opieki użytkownikom środków odurzających w ponad połowie państw członkowskich UE, przy czym szczególny nacisk położono na przeciwdziałanie przypadkom przedawkowania środków odurzających³⁴.

Zgodnie z otrzymanymi informacjami w 2013 r. w więzieniach w zdecydowanej większości państw UE można było skorzystać z substytucji opiatowej³⁵. W niektórych państwach prawo udziału w programach leczenia prowadzonych w więzieniach przysługuje wyłącznie osobom, które otrzymały skierowanie, jeszcze zanim trafiły do więzienia.

W latach 2013 i 2014 tylko niektóre państwa **przeznaczyły specjalne środki na realizację działań na rzecz ograniczania popytu na środki odurzające**. Działania w tym obszarze są często finansowane z budżetu przeznaczanego na realizację działań z powiązanych obszarów, takich jak opieka zdrowotna, edukacja i opieka społeczna.

4. Ograniczanie podaży środków odurzających

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Europol nielegalny obrót środkami odurzającymi stanowił główny obszar przestępczości w latach 2013 i 2014, jeżeli chodzi o liczbę wszczętych postępowań oraz natężenie przepływu informacji. Szacuje się, że w 2013 r. zgłoszono 230 000 przestępstw związanych z podażą środków odurzających, z czego 57 % dotyczyło konopi³⁶. W 2014 r. w UE wszczęto ponad 1 600 nowych postępowań dotyczących środków odurzających skierowanych przeciwko zorganizowanym grupom przestępczym zajmującym się nielegalnym obrotem kokainą, heroiną, narkotykami syntetycznymi i konopiami³⁷.

W 2014 r. zgłoszono **101 nowych substancji psychoaktywnych**, które pojawiły się w UE po raz pierwszy, w porównaniu z 41 nowymi substancjami zgłoszonymi w 2010 r. Ponad 450 substancji psychoaktywnych jest obecnie monitorowanych przez EMCDDA. W 2013 r. dokonano 33 000 konfiskat nowych substancji psychoaktywnych o łącznej masie powyżej 2,3 tony. Wytwarzanie takich substancji – w tym produkcja tabletek, ich pakowanie i etykietowanie – coraz częściej odbywa się na terytorium UE³⁸, choć takie substancje są również sprowadzane do Europy z państw niebędących członkami UE. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez państwa członkowskie UE w 2014 r. nowe substancje psychoaktywne trafiały do Europy głównie z Chin.

W latach 2013 i 2014 EMCDDA wystosowała 182 formalne zgłoszenia dotyczące nowych substancji psychoaktywnych oraz opublikowała 32 publiczne ostrzeżenia i porady zdrowotne w ramach sieci systemu wczesnego ostrzegania. Wiele z nich dotyczyło poważnych zdarzeń niepożądanych, w

³⁴ Należy jednak podkreślić, że w części państw dotyczy to tylko niektórych więźniów.

³⁵ Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez EMCDDA.

³⁶ Zgodnie z raportami EMCDDA.

³⁷ Zgodnie z raportami Europolu.

³⁸ *Ibid.*, przypis 4.

szczególności zgonów lub zagrożeń, które mogły doprowadzić do poważnego uszczerbku na zdrowiu. W tym okresie EMCDDA i Europol przeprowadziły siedem ocen ryzyka dotyczących nowych substancji psychoaktywnych wzbudzających obawy związane ze zdrowiem. Na podstawie wyników tych ocen ryzyka³⁹ Komisja przedstawiła Radzie wnioski dotyczące objęcia dwóch substancji ogólnounijnymi kontrolami w 2013 r., a kolejnych sześciu – w 2014 r.⁴⁰. Rada przyjęła wszystkie wnioski Komisji po ich pozytywnym zaopiniowaniu przez Parlament Europejski⁴¹.

Biorąc pod uwagę skalę zagrożeń związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi, Rada i Parlament Europejski musiały uzgodnić nowy, sprawniejszy i efektywniejszy system eliminowania tych zagrożeń. We wrześniu 2013 r. **Komisja przyjęła pakiet legislacyjny**⁴², który ma pozwolić na osiągnięcie tych celów. Od tego czasu pakiet jest przedmiotem dyskusji współprawodawców.

W latach 2013 i 2014 EMCDDA współpracowało z państwami UE w celu pozyskania prawidłowych, wiarygodnych, porównywalnych i wysokiej jakości **danych dotyczących podaży środków odurzających na obszarze całej UE**. Dzięki temu będzie możliwa ocena sytuacji oraz skuteczności polityki ukierunkowanej na ograniczanie podaży środków odurzających. W 2015 r. dane będą gromadzone na zasadzie pilotażowej.

W 2014 r. odnotowano tylko nieznaczny wzrost liczby spraw dotyczących nielegalnego obrotu środkami odurzającymi skierowanych do Eurojustu w porównaniu z poprzednim rokiem. W trakcie realizacji projektu Eurojustu dotyczącego nielegalnego obrotu środkami odurzającymi w 2014 r. ustalono, że różnice w przepisach prawa materialnego i procesowego obowiązującego w państwach UE stanowiły **poważną przeszkodę utrudniającą prowadzenie dochodzeń w sprawie nielegalnego obrotu środkami odurzającymi** oraz wykrywanie, śledzenie i odzyskiwanie aktywów pochodzących ze zorganizowanej transgranicznej działalności przestępczej. Wyniki projektu pokazały również, że postanowienia o zabezpieczeniu i nakazy konfiskaty były bardzo rzadko wykorzystywane w sprawach dotyczących nielegalnego obrotu środkami odurzającymi⁴³. W latach 2013 i 2014 większość państw UE wdrożyła we współpracy z innymi państwami członkowskimi inicjatywy na rzecz przeciwdziałania transgranicznemu nielegalnemu obrotowi środkami odurzającymi oraz poprawy bezpieczeństwa.

W latach 2013 i 2014 CEPOL organizował szkolenia w zakresie środków odurzających i kwestii związanych ze środkami odurzającymi dla blisko **1 300 uczestników** z państw UE, krajów stowarzyszonych, krajów kandydujących i agencji UE. Nieco ponad połowa państw UE zwróciła

³⁹ EMCDDA i Europol przeprowadziły ósmą ocenę ryzyka (dotyczącą 4-metyloamfetaminy) w 2012 r.

⁴⁰ Decyzja wykonawcza Rady (UE) 2015/1876 z dnia 8 października 2015 r. w sprawie poddania 5-(2-aminopropyl)indolu środkom kontroli; decyzja wykonawcza Rady (UE) 2015/1874 z dnia 8 października 2015 r. w sprawie poddania 4-metyloamfetaminy środkom kontroli; decyzja wykonawcza Rady (UE) 2015/1875 z dnia 8 października 2015 r. w sprawie poddania 2-(2,5-dimetoksy-4-jodofenyl)-N-(2-metoksybenzyl)etyloaminy (25I-NBOMe), 3,4-dichloro-N-[(1-dimetyloamino)cykloheksylometrylo]benzamidu (AH-7921), 1-(1,3-benzodioxyl-5-yl)-2-pirolidyno-1-ylpentan-1-onu (MDPV) oraz 2-(3-metoksyfenyl)-2-(etyloamino)cykloheksanonu (metoksetaminy) środkom kontroli; decyzja wykonawcza Rady (UE) 2015/1873 z dnia 8 października 2015 r. w sprawie poddania 4-metylo-5-(4-metylofenyl)-4,5-dihydrooksazolo-2-aminy (4,4'-DMAR) i 1-cykloheksyl-4-(1,2-difenyletylo)-piperazyny (MT-45) środkom kontroli.

⁴¹ W wyroku Trybunału Sprawiedliwości z dnia 16 kwietnia 2015 r. w sprawach C-317/13 i C-679/13 nałożono na Radę obowiązek przeprowadzania konsultacji z Parlamentem Europejskim przed przyjęciem decyzji w sprawie ustanowienia zakazu dotyczącego nowych substancji psychoaktywnych. Z tego względu wszystkie decyzje Rady przyjęte lub oczekujące na przyjęcie przed wydaniem wyroku Trybunału Sprawiedliwości musiały zostać przyjęte przez Radę ponownie po przeprowadzeniu konsultacji z Parlamentem Europejskim. Miało to miejsce w październiku 2015 r.

⁴² Pakiet obejmuje: wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych substancji psychoaktywnych oraz wniosek dotyczący dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającej decyzję ramową Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającą minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami w odniesieniu do definicji narkotyków.

⁴³ Zgodnie z decyzją ramową Rady 2006/783/WSiSW z dnia 6 października 2006 r. w sprawie stosowania zasady wzajemnego uznawania do nakazów konfiskaty (Dz.U. L 328 z 24.11.2006, s. 59) i decyzją ramową Rady 2003/577/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie wykonania w Unii Europejskiej postanowień o zabezpieczeniu mienia i środków dowodowych (Dz.U. L 196 z 2.8.2003, s. 45).

uwagę na **dobrą współpracę** między organami ścigania a właściwymi organami⁴⁴ w kwestiach związanych ze środkami odurzającymi, choć nie wszystkie tego rodzaju organy zawarły wiążące protokoły ustaleń w celu sformalizowania takiej współpracy.

W 2013 r. odnotowano łącznie **846 przypadków konfiskaty i wstrzymania przesyłek prekursorów narkotykowych, które miały zostać wykorzystane w sposób niezgodny z prawem**; w 2014 r. odnotowano **628 takich przypadków**⁴⁵.

Szereg państw UE łączy swój potencjał w zakresie egzekwowania prawa w ramach Morskiego Centrum Analiz i Operacji ds. Zwalczania Narkotyków (MAOC-N), aby przechwytywać przesyłki środków odurzających, w szczególności na Oceanie Atlantyckim. Od swego utworzenia Centrum koordynuje działania, które doprowadziły do przechwycenia ponad **120 jednostek pływających** oraz konfiskaty ponad **100 ton kokainy** i **300 ton konopi**, których detaliczna wartość rynkowa w UE wynosiła **8 mld EUR**. Działalność Centrum jest również finansowana ze środków UE.

W latach 2013–2014 w systemach prawnych większości państw UE przewidziano **dla przestępców używających środków odurzających rozwiązania alternatywne wobec sankcji karnych**. Prawie wszystkie wspomniane państwa UE zapewniły takim przestępcom możliwość poddania się terapii i rehabilitacji, przy czym połowa z nich zapewniła im możliwość kształcenia się oraz objęła ich programem dalszej opieki i integracji społecznej.

Przykład

Na mocy portugalskiej ustawy, która weszła w życie w lipcu 2001 r., zdekryminalizowano używanie niedozwolonych środków odurzających i powiązane działania, przy czym zgodnie z tą ustawą używanie środków odurzających w dalszym ciągu stanowi działanie niezgodne z prawem. Posiadanie środków odurzających w ilości przekraczającej średnią ilość przyjmowaną przez jedną osobę przez okres 10 dni uznaje się za przestępstwo. Osoba znajdująca się w posiadaniu środków odurzających niskiej jakości, co do której nie podejrzewa się, że bierze udział w nielegalnym obrocie środkami odurzającymi, zostanie poddana ocenie przeprowadzanej przez lokalną komisję ds. przeciwdziałania narkomanii, w której skład wchodzi prawnik, lekarz i pracownik socjalny. Choć dopuszcza się możliwość nałożenia sankcji administracyjnych, głównym celem jest ułatwienie osobie używającej środków odurzających dostępu do leczenia i zapewnienie jej możliwości powrotu do zdrowia oraz do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Komisje pełnią funkcję organów odpowiedzialnych za przeprowadzanie działań prewencyjnych „drugiej linii” – oceniają sytuację osobistą użytkowników środków odurzających przekazanych im przez policję i doradzają im w kwestii dalszych działań.

Kolejnym wyzwaniem jest coraz częstsze wykorzystywanie internetu jako rynku, na którym obraca się środkami odurzającymi. **Ponad połowa państw UE podjęła działania koncentrujące się w szczególności na zwalczaniu przestępczości związanej ze środkami odurzającymi w internecie** – szereg tych państw podjął kroki względem stron internetowych prowadzonych w celu sprzedaży narkotyków syntetycznych. Eurojust i Europol poinformowały również o podjęciu działań na rzecz zwalczania przestępczości związanej ze środkami odurzającymi w internecie.

Przykład

⁴⁴ Takimi jak: przewoźnicy lotniczy, przedsiębiorstwa świadczące ekspresowe usługi kurierskie drogą lotniczą, przedsiębiorstwa spedycyjne, władze portowe oraz przedsiębiorstwa chemiczne.

⁴⁵ Unijna baza danych dotycząca prekursorów narkotykowych.

Federalne Biuro Policji Kryminalnej (BKA) w Niemczech odnotowało wzrost liczby wszelkiego rodzaju środków odurzających sprzedawanych przez internet. Szczególny nacisk jest kładziony na narkotyki syntetyczne. Ponadto handel środkami odurzającymi w coraz większym stopniu przenosi się z ogólnodostępnej sieci do tzw. sieci *darknet*. Użytkownicy sieci *darknet* mogą zachować anonimowość i szyfrować wymieniane informacje, co bardzo utrudnia ustalenie tożsamości administratorów, sprzedawców i klientów. Ponadto korzystanie z walut wirtualnych takich jak Bitcoin zapewnia użytkownikom większą anonimowość. Biorąc pod uwagę szybkie tempo rozpowszechniania się tego zjawiska, BKA powołała w dniu 15 listopada 2014 r. grupę roboczą „ds. nielegalnego obrotu środkami odurzającymi za pośrednictwem internetu”. Obecnie personel grupy roboczej obejmuje 2,5 etatu.

W latach 2013 i 2014 tylko niektóre państwa **przeznaczyły specjalne środki na realizację działań na rzecz ograniczania podaży środków odurzających**. Działania w tym obszarze są zazwyczaj finansowane z budżetu przeznaczonego na realizację działań z powiązanych obszarów, takich jak budżet ogólny policji kryminalnej.

5. Koordynacja

Aby zapewnić możliwość skutecznego reagowania na **transgraniczny charakter problemu środków odurzających, należy skoordynować** różne obszary polityki unijnej i krajowej w państwach członkowskich UE.

Rada powołała specjalną grupę roboczą odpowiedzialną za wszelkie kwestie związane ze środkami odurzającymi. W ramach tej grupy prezydencie Rady realizują program działań ściśle odpowiadający założeniom planu działania UE w zakresie środków odurzających. Kilka państw UE stwierdziło jednak, że nie wszystkie działania są prowadzone w systematyczny sposób. Rotacyjne prezydencie Rady również podejmowały wysiłki na rzecz zacieśnienia współpracy i zintensyfikowania wymiany informacji z pozostałymi grupami roboczymi ds. egzekwowania prawa.

Niemalże wszystkie państwa członkowskie UE stwierdziły, że uzgadniają swoje **stanowiska w kwestiach dotyczących środków odurzających przedstawiane na posiedzeniach grup roboczych Rady UE** ze wszystkimi zainteresowanymi stronami na szczeblu krajowym.

W 2013 r. wszystkie państwa UE realizowały krajową **strategię dotyczącą środków odurzających** poza jednym państwem, które zdecydowało się na podejście regionalne. Choć większość strategii koncentrowała się w szczególności na niedozwolonych środkach odurzających, w niektórych państwach UE środki odurzające stanowią jeden z elementów szerszej zakrojonych strategii przeciwdziałania uzależnieniom, które obejmują również uzależnienie od tytoniu, alkoholu oraz – niekiedy – również inne rodzaje uzależnień. W ostatnich latach coraz większa liczba państw decyduje się na przeprowadzenie końcowej oceny swoich strategii lub planów działania w zakresie środków odurzających⁴⁶. Wszystkie państwa członkowskie UE potwierdziły, że **organizacje społeczeństwa obywatelskiego**⁴⁷ brały udział w opracowywaniu, monitorowaniu lub ocenianiu krajowej polityki antynarkotykowej w latach 2013–2014.

Przykład

⁴⁶ Zgodnie z raportami EMCDDA.

⁴⁷ Tj. profesjonalni dostawcy usług w obszarze środków odurzających; organizacje pozarządowe prowadzące aktywną działalność w dziedzinie polityki antynarkotykowej; organizacje pozarządowe reprezentujące interesy poszczególnych zainteresowanych stron w obszarze środków odurzających (użytkowników środków odurzających / członków ich rodzin itp.); przedstawiciele środowiska naukowego.

Słowackie NGO mają swojego przedstawiciela (urzędnika rządowego) w głównym organie odpowiedzialnym za koordynację, tj. w Radzie Rządu Republiki Słowackiej ds. Polityki Antynarkotykowej, który jest uprawniony do zapraszania przedstawicieli NGO na posiedzenia Rady oraz do udziału w dyskusjach poświęconych określonym punktom planu działania. Ponadto w trakcie opracowywania nowych dokumentów strategicznych (strategii, planów działania) przedstawiciele NGO są proszeni o zgłaszanie swoich pomysłów za pośrednictwem urzędnika rządowego albo bezpośrednio. Przedstawiciele NGO są również uprawnieni na mocy prawa do zgłaszania swoich uwag i sugestii w ramach procedury zatwierdzania dokumentów. Zgłoszone przez nich uwagi i sugestie muszą zostać omówione, a najbardziej racjonalne z nich muszą zostać wzięte pod uwagę; należy unikać wszelkich rozbieżności, ponieważ w przeciwnym razie procedura zatwierdzania może zostać wstrzymana.

Większość przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego potwierdziła, że brała udział w opracowywaniu, monitorowaniu lub ocenie krajowej polityki antynarkotykowej w latach 2013–2014, choć niektórzy z nich zwrócili również uwagę na **brak zorganizowanego dialogu** w tej kwestii. Choć wielu przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego uznało, że współpraca na szczeblu krajowym była owocna, kilku zwróciło uwagę na fakt, że organizacje społeczeństwa obywatelskiego nie odgrywają żadnej roli w kształtowaniu polityki antynarkotykowej w swoich państwach. Komisja i przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego prowadzą zorganizowany dialog na szczeblu UE w ramach Europejskiego Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków, które udziela porad wspierających proces opracowywania i wdrażania polityki.

Przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego uznali, że na szczeblu krajowym przydzielono **środki niewystarczające** do realizacji priorytetów strategii antynarkotykowej UE w latach 2013 i 2014. Wiele organizacji pozarządowych zgłosiło również cięcia budżetowe.

W dalszym ciągu dostępne są nieliczne dowody dotyczące wydatków publicznych poniesionych na szczeblu krajowym w związku ze środkami odurzającymi. Szacuje się, że wydatki 19 państw, które w ciągu ostatnich 10 lat opracowały dane szacunkowe, wynoszą 0,01–0,5 % PKB, przy czym opieka zdrowotna stanowi 24–73 % wszystkich wydatków dotyczących środków odurzających⁴⁸.

6. Współpraca międzynarodowa

Jeżeli chodzi o szczebel międzynarodowy, ważnym celem określonym w strategii antynarkotykowej UE jest prezentowanie przez UE jednego stanowiska na forum międzynarodowym i w rozmowach z krajami partnerskimi. Podczas spotkań na szczeblu międzynarodowym w latach 2013 i 2014 UE w dużym stopniu była w stanie prezentować uzgodnione stanowisko. Chociaż poczyniono kroki w celu osiągnięcia większej synchronizacji stanowiska UE w instytucjach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), istnieje potrzeba ściślejszej koordynacji działań delegatur przy ONZ w Wiedniu i Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków ustanowionej przez Radę w Brukseli.

Stanowiska UE były przygotowywane na potrzeby spotkań na forum ONZ lub na innych forach międzynarodowych zajmujących się sprawami dotyczącymi środków odurzających. Wspólne stanowisko UE jest opracowywane na potrzeby sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych, która odbędzie się w 2016 r.

UE prowadzi **długotrwałą współpracę z państwami niebędącymi członkami UE**, takimi jak USA, państwa w Ameryce Łacińskiej, na Karaibach, w Azji Środkowej i na Bałkanach Zachodnich, Rosja i

⁴⁸ Zgodnie z raportami EMCDDA.

kraje objęte europejską polityką sąsiedztwa, z którymi odbywa regularne spotkania ekspertów w sprawie środków odurzających. UE podpisała również szczegółowe umowy o współpracy w zakresie kontroli prekursorów narkotykowych z 11 państwami, takimi jak Chiny, USA i Meksyk. W ramach tych umów odbywają się regularne, najczęściej coroczne, spotkania ekspertów.

W latach 2013 i 2014 współpraca z **krajami objętymi europejską polityką sąsiedztwa i z Rosją** koncentrowała się na ograniczaniu podaży środków odurzających, przy czym współpraca ta była mniej dynamiczna niż w przeszłości. Najprawdopodobniej było to spowodowane trudną sytuacją w zakresie bezpieczeństwa na wschodniej granicy Europy. Pojawienie się w **krajach objętych procesem rozszerzenia** krajowych strategii dotyczących środków odurzających, które są zgodne ze strategią antynarkotykową UE i planami działania UE w zakresie środków odurzających, stanowi istotny krok naprzód⁴⁹. W ramach mechanizmu koordynacji i współpracy w zakresie środków odurzających **UE-CELAC**⁵⁰ oraz wspólnej grupy monitorującej ds. prekursorów⁵¹ odbyły się spotkania, podczas których skoncentrowano się na rozwiązaniu światowego problemu dotyczącego środków odurzających. Politykę UE w zakresie środków odurzających w regionie Ameryki Łacińskiej wspierają również liczne projekty współpracy regionalnej i dwustronnej⁵². W dialogu między **UE i USA** skoncentrowano się na takich zagadnieniach jak: rozwiązanie problemu nowych substancji psychoaktywnych, nadużywanie leków wydawanych na receptę i przygotowanie do sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 2016 r.

Celem podejścia przyjętego w programach współpracy zewnętrznej UE w zakresie środków odurzających jest zwalczanie podaży środków odurzających i popytu na te środki w zrównoważony sposób przy jednoczesnym promowaniu i ochronie praw człowieka.

Do najważniejszych projektów dotyczących środków odurzających sfinansowanych przez UE w latach 2013 i 2014 należą:

- COPOLAD, program współpracy regionalnej w zakresie polityki antynarkotykowej z Ameryką Łacińską⁵³;
- program „szlak kokainowy”⁵⁴ realizowany w 38 państwach Afryki Zachodniej, Ameryki Łacińskiej i Karaibów;
- program „szlak heroinowy”⁵⁵;
- Program antynarkotykowy dla Azji Środkowej (program CADAP)⁵⁶;
- program BOMCA⁵⁷, realizowany również w Azji Środkowej.

⁴⁹ W latach 2013–2014 nowe/zaktualizowane strategie przyjęto w Turcji, Czarnogórze, byłej jugosłowiańskiej republice Macedonii i Serbii.

⁵⁰ Wspólnota Państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów.

⁵¹ UE zawarła siedem szczegółowych umów o kontroli prekursorów narkotykowych w Ameryce Łacińskiej z: Boliwią, Chile, Kolumbią, Ekwadorem, Meksykiem, Peru i Wenezuelą.

⁵² Tj. w Boliwii, Peru, Brazylii, Ekwadorze i Kolumbii.

⁵³ Uruchomiony w 2010 r. program COPOLAD jest w całości finansowany przez UE, a jego całkowity budżet wynosi 6,5 mln EUR. W 2014 r. przedłużono program COPOLAD (na lata 2016–2019). Na drugim etapie wkład UE będzie wynosił 10 mln EUR. Umowę o przyznanie dotacji na wdrożenie COPOLAD podpisano z konsorcjum pod przewodnictwem Hiszpanii obejmującym partnerów z Europy i Ameryki Łacińskiej, podmioty stowarzyszone z Kostaryki, Polski, Ekwadoru, Meksyku i Rumunii, CICAD (Międzamykańską Komisję ds. Kontroli Nadużywania Narkotyków), IDPC (Międzynarodowe Konsorcjum ds. Polityki Antynarkotykowej), EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii), PAHO (Panamerykańską Organizację Zdrowia) i RIOD (Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias) https://ec.europa.eu/europeaid/regions/latin-america/copolad-cooperation-programme-between-latin-america-and-european-union-drugs_en

⁵⁴ <http://www.cocaineroute.eu/>

⁵⁵ <https://www.fight-trafficking.eu/>

⁵⁶ Konsorcjum UE pod przewodnictwem Niemiec. Do państw Azji Środkowej objętych programem należą: Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan, Turkmenistan i Uzbekistan. Unia przeznaczyła 20,7 mln EUR na wdrażanie programu na lata 2001–2013.

⁵⁷ Program zarządzania granicami w Azji Środkowej. Unia przeznaczyła 33,6 mln EUR na wdrażanie programu BOMCA na lata 2003–2014. Jeden z elementów programu dotyczył zwiększania zdolności agencji pracujących na granicach w zakresie przeciwdziałania przemytowi środków odurzających.

UE rozwija również współpracę z Afryką Zachodnią, udzielając wsparcia na rzecz wdrażania regionalnego planu działania ECOWAS⁵⁸ w zakresie nielegalnego obrotu środkami odurzającymi, powiązanej przestępczości zorganizowanej i nadużywania środków odurzających.

Unia od dawna wspiera projekty i programy Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC). W ramach ogólnoświatowej walki z nielegalnym obrotem środkami odurzającymi UE finansuje szereg projektów i programów, przekazując środki finansowe o łącznej wysokości 73 mln EUR.

Przykład

Współpraca między UE a Ameryką Łacińską jest również określona w ramach COPOLAD, regionalnego programu współpracy w zakresie polityk antynarkotykowych, którego celem jest zwiększenie równowagi, spójności i wpływu polityk antynarkotykowych w Ameryce Łacińskiej oraz mechanizmu koordynacji i współpracy w zakresie środków odurzających UE-CELAC. Jego celem jest w szczególności zwiększenie zdolności i zapewnienie wsparcia na różnych etapach procesu opracowywania polityki antynarkotykowej w państwach Ameryki Łacińskiej. Według krajowych agencji ds. środków odurzających państw Ameryki Łacińskiej program COPOLAD pomógł w spotęgowaniu zmian w sposobie postrzegania polityki antynarkotykowej, w zmianie paradygmatów oraz w podkreśleniu konieczności: wyważenia podejścia między ograniczeniem popytu na środki odurzające a ograniczeniem podaży środków odurzających; przyjęcia strategii politycznych opartych na dowodach; przyjęcia strategii politycznych opartych na zasadach praw człowieka i zdrowia publicznego; uwzględnienia kwestii płci; a także pomógł w zwiększeniu akceptowalności podejść zakładających redukcję szkód, które w przeszłości były zdecydowanie odrzucane.

Celem **alternatywnego rozwoju** jest zapewnienie rolnikom opłacalnej, legalnej alternatywy dla uprawy roślin wykorzystywanych do produkcji środków odurzających. Zaledwie kilka państw UE poinformowało, że w latach 2013 i 2014 sfinansowało takie programy w regionach, w których miała miejsce uprawa roślin wykorzystywanych do produkcji niedozwolonych środków odurzających lub w których występowało ryzyko uprawy takich roślin⁵⁹.

W latach 2013–2014 mniej niż połowa państw UE była zaangażowana w pomoc państwom niebędącym członkami UE, uwzględniając społeczeństwo obywatelskie w tych państwach, w opracowywaniu i wdrażaniu **inicjatyw na rzecz zmniejszenia ryzyka i redukcji szkód**⁶⁰.

W latach 2013–2014 kilka państw UE sfinansowało projekty lub programy na rzecz zwalczania **przestępczości zorganizowanej związanej ze środkami odurzającymi** w państwach niebędącymi członkami UE⁶¹.

W latach 2013 i 2014 połowa wszystkich państw członkowskich UE zawarła **umowy dwustronne**, przystąpiła do **strategii współpracy lub planów działania, których zakres obejmował współpracę w zakresie środków odurzających z państwami niebędącymi członkami UE** (głównie z Rosją, Bałkanami Zachodnimi, Bliskim Wschodem i Ameryką Łacińską). Do najczęściej zawieranych rodzajów umów o współpracy dwustronnej należały umowy obejmujące koordynację, ograniczenie popytu na środki odurzające, ograniczenie podaży środków odurzających, udzielanie informacji,

⁵⁸ Wspólnota Gospodarcza Państw Afryki Zachodniej.

⁵⁹ Głównymi beneficjentami były Afganistan, Mjanma/Birma, Laos, Boliwia, Kolumbia, Peru i Ekwador.

⁶⁰ Głównymi beneficjentami były Ameryka Łacińska, Azja Środkowa i Południowo-Wschodnia, państwa Afryki, Bałkany Zachodnie, państwa położone w południowym regionie Morza Śródziemnego i państwa Europy Wschodniej.

⁶¹ Głównymi beneficjentami były państwa Afryki, Karaiby, Ameryka Południowa, Bałkany Zachodnie, Azja Środkowa i Europa Wschodnia.

ocenę, badanie i monitorowanie, a także umowy obejmujące wyłącznie ograniczenie podaży środków odurzających.

7. Udzielanie informacji, badania, monitorowanie i ocena

W latach 2013 i 2014 Komisja zapewniła finansowanie o wartości blisko 10 mln EUR na rzecz dwóch projektów dotyczących środków odurzających realizowanych w ramach programu nauk społeczno-ekonomicznych i humanistycznych będącego częścią Siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań (7PR). Wspomniane dwa projekty to: Projekt: uzależnienia a styl życia we współczesnych społeczeństwach Europy – nowe ujęcie oraz Sieć Europejskiej Przestrzeni Badawczej ds. niedozwolonych środków odurzających (ERANID). Ogólny poziom wsparcia z 7PR na rzecz badań w zakresie niedozwolonych środków odurzających, w tym również badań dotyczących: osób używających środków odurzających dożylnie w kohortach wirusowego zapalenia wątroby i kobiet w ciąży zakażonych wirusem HIV, innowacyjnych możliwości leczenia oraz doskonalenia technologii służących do wykrywania niedozwolonych środków odurzających, wynosi około 60 mln EUR.

Ponadto Komisja zapewniła finansowanie w wysokości ponad 1,5 mln EUR w ramach innych programów finansowych⁶² na rzecz projektów dotyczących badań w zakresie środków odurzających.

W latach 2013–2014 w państwach UE przeprowadzono nowe kluczowe badania dotyczące głównie ograniczenia popytu na środki odurzające i chorób przenoszonych przez krew związanych z używaniem środków odurzających. Na kolejnych miejscach wśród najpopularniejszych tematów badań znalazły się: politoksykomania i niezgodne z przeznaczeniem stosowanie kontrolowanych leków wydawanych na receptę; problemy dotyczące środków odurzających wśród więźniów, jak również dostępność środków odurzających oraz sprawozdania z interwencji i świadczenia w zakresie ograniczania popytu na środki odurzające w warunkach więziennych. W kilku państwach prowadzono badania nad ograniczeniem podaży środków odurzających i współwystąpieniem zaburzenia psychicznego i somatycznego.

W latach 2013 i 2014 prawie wszystkie państwa UE zapoczątkowały/wdrożyły inicjatywy mające na celu **przeszkolenie profesjonalistów**⁶³ w zakresie ograniczania popytu na środki odurzające i ograniczania podaży środków odurzających. Połowa z nich zapoczątkowała lub wdrożyła również inicjatywy mające na celu przeszkolenie profesjonalistów w zakresie zbierania danych i przekazywania informacji na temat ograniczania popytu na środki odurzające i ograniczania podaży środków odurzających. W inicjatywy szkoleniowe na szczeblu krajowym lub unijnym zaangażowane były również niektóre organizacje społeczeństwa obywatelskiego.

8. Wnioski

Niedozwolone środki odurzające stanowią złożony problem społeczny, z którym wiążą się bardzo wysokie **koszty ludzkie i społeczne**. Nielegalny obrót środkami odurzającymi stanowi jedno z

⁶² W ramach szczegółowego programu „Zapobieganie i walka z przestępczością”, programu profilaktyki narkotykowej i informacji o narkotykach (DPIP) i programu „Sprawiedliwość” sfinansowano następujące projekty: LEADER w sprawie pogłębiania analiz ekonomicznych dotyczących niedozwolonych środków odurzających (Fundacja na rzecz Klinicznych Badań Biomedycznych, Barcelona), badania w zakresie leczenia zapalenia wątroby typu C i zapobiegania mu (Uniwersytet w Bristolu), CASSANDRA – badania dotyczące łańcucha dostaw i rozpowszechniania nowych substancji psychoaktywnych (King's College London), PREDICT – przewidywanie ryzyka związanego z nowymi środkami odurzającymi metodą *in silico* i za pomocą toksykologii klinicznej (Uniwersytet w Maastricht).

⁶³ Z uwzględnieniem pracowników służby zdrowia, organizacji pozarządowych, funkcjonariuszy policji, dyplomatów, nauczycieli i wychowawców, pracowników socjalnych, badaczy i osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki, analityków ryzyka, zarządzających programami rehabilitacji psychospołecznej, funkcjonariuszy celnych i psów w służbie celnej, sędziów, prokuratorów, administracji więziennej.

najbardziej opłacalnych działań przestępczości zorganizowanej. Unia od wielu lat realizuje politykę, której celem jest osiągnięcie równowagi między ograniczaniem popytu na środki odurzające i ograniczaniem podaży środków odurzających. Ten model unijny jest uznawany za słuszny przez wiele zainteresowanych stron i przez państwa niebędące członkami UE.

Unia powinna bazować na istniejących relacjach i dotychczas prowadzonym dialogu z państwami niebędącymi członkami UE, aby nadać **nowy impet współpracy na rzecz zwalczania używania środków odurzających**. Jeżeli UE chce, aby jej zrównoważone podejście do problemu związanego ze środkami odurzającymi zostało przyjęte na całym świecie, będzie potrzebowała ściślejszej i ukierunkowanej współpracy z państwami niebędącymi członkami UE i organizacjami regionalnymi i międzynarodowymi. Zaangażowanie i wsparcie ze strony UE pomoże państwom niebędącym członkami UE w ich walce z problemami dotyczącymi środków odurzających, przyczyniając się jednocześnie do zmniejszenia dostaw środków odurzających do UE.

Nowe zagrożenia pojawiają się regularnie. Jednym z takich zagrożeń jest **pojawianie się nowych substancji psychoaktywnych**. Obecnie niezbędne jest osiągnięcie porozumienia między Parlamentem Europejskim a Radą w zakresie wdrożenia solidnego i skutecznego systemu mającego na celu zwalczanie zagrożeń, jakie stwarzają nowe substancje psychoaktywne w całej UE. Jednocześnie niezbędne jest podjęcie wysiłków mających na celu zwiększenie możliwości umieszczania substancji niebezpiecznych w specjalnym wykazie na szczeblu międzynarodowym we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia.

Kolejnym wyzwaniem jest coraz częstsze wykorzystywanie **internetu jako rynku, na którym obraca się środkami odurzającymi**. Unia i społeczność międzynarodowa muszą wykazać aktywne podejście do rozwiązania tego aspektu problemu dotyczącego środków odurzających, współpracując z organami ścigania, partnerami z branży, społeczeństwa obywatelskiego i innych obszarów w celu znalezienia skutecznych sposobów zapobiegania nielegalnemu obrotowi środkami odurzającymi online.

Konopie są powszechnie używane i są często przedmiotem obrotu w UE, a niedawne pojawienie się syntetycznych produktów kannabinoidowych nadało temu rynkowi nowy wymiar. Konopie stanowią również przedmiot intensywnej debaty na szczeblu międzynarodowym i w Europie, ponieważ w państwach niebędących członkami UE wdrażane są nowe rozwiązania prawne, na mocy których dozwolone jest używanie konopi do celów rekreacyjnych. Debata ta zapewne będzie kontynuowana i przyciągnie większe zainteresowanie w przyszłości.

Chociaż dostępne są znikome informacje na temat **wydatków publicznych na wdrażanie polityki antynarkotykowej** w UE, nie ma wątpliwości, że kryzys ekonomiczny wpłynął na to, w jaki sposób państwa UE podchodzą do tego problemu. Według EMCDDA szereg państw członkowskich UE zgłosiło ograniczenie swoich usług w zakresie redukcji szkód lub wdrożenie środków wyłącznie na niewielką skalę. Ponadto organizacje społeczeństwa obywatelskiego zwróciły uwagę na zmniejszenie budżetów krajowych przeznaczonych na profilaktykę i leczenie uzależnień od środków odurzających.

Na szczeblu UE podejmowane będą **wysiłki w dziedzinie badań** w zakresie środków odurzających. Głównymi instrumentami mającymi wspierać unijne badania w tej dziedzinie będą „Horyzont 2020” – program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji (2014–2020) i program „Sprawiedliwość” (2014–2020).

Sesja nadzwyczajna Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w 2016 r. poświęcona środkom odurzającym będzie stanowiła ważny etap w dalszym opracowywaniu polityki, która wpłynie na życie milionów osób na całym świecie. Modelem, jaki UE będzie promowała podczas sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych, będzie zintegrowane i zrównoważone podejście oparte na dowodach naukowych. Unia wykorzysta również to wydarzenie, aby wezwać do opracowania na szczeblu międzynarodowym polityki antynarkotykowej, która jest bardziej humanitarna i w większym stopniu ukierunkowana na zdrowie publiczne. Niezmiernie ważne jest, aby podczas sesji nadzwyczajnej Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych UE prezentowała jednolite stanowisko.

Jak określono w strategii antynarkotykowej UE, w 2016 r. Komisja Europejska przeprowadzi **kompleksową ocenę** swojej strategii antynarkotykowej i planu działania w zakresie środków odurzających. Ocenie poddany zostanie wpływ, jaki wdrożenie strategii antynarkotykowej UE wywiera zarówno w UE, jak i poza jej granicami. Na podstawie wyników oceny Komisja podejmie decyzję o ewentualnym przedstawieniu wniosku w sprawie nowego planu działania na lata 2017–2020.