

Katarzyna Tkaczyk-Rymanowska

Tak zwana medyczna marihuana – 7 lat polskich doświadczeń

*The so-called “medical marijuana”
– 7 years of Polish experience*

Abstract

The aim of the article is to examine the functioning in practice of the regulations in force since 1 November 2017 (Articles 33a–33d of the Act on Counteracting Drug Addiction), which legalized the use of marijuana for medical purposes in the territory of the Republic of Poland. Four main research problems will be posed, which are addressed by the structure of the article. The first describes the situation of Polish patients before the 2017 amendment, when de facto availability of marijuana for medical purposes was possible as part of target import. The second one points out the problems that occurred after 2017, when pharmaceutical dried hemp became available in theory but in practice the raw material for it was frequently in short supply, which entailed significant costs and made it attainable only to selected patients. The third problem relates to the issue of the legality (or lack thereof) of possessing marijuana obtained from an illegal source, but used for medical purposes. And the fourth relates to the key issue of ensuring regular supplies of pharmaceutical raw material in the form of dried non-fibre hemp, which became the subject of an amendment to the Act on Counteracting Drug Addiction made on 24 March 2022 allowing for local hemp cultivation in Poland. The analysis of literature and case law in this area has led to the conclusion that Polish crops would be a significant step toward patient health. Cannabis in pharmacies would become easily available, and its price would be lower than before. Above all, Polish hemp cultivation would allow the patient, regardless of his economic status (as has been the case so far), to have access to treatment that is successfully used in many European countries.

Keywords: pharmaceutical raw material, marijuana, treatment, cannabis cultivation

Streszczenie

Celem artykułu jest zbadanie funkcjonowania w praktyce regulacji obowiązujących od 1.11.2017 r. (art. 33a–33d ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), które zalegalizowały używanie marihuany dla celów medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Postawione zostaną cztery główne problemy badawcze, którym odpowiada struktura artykułu. Pierwszy opisuje sytuację polskich pacjentów przed nowelizacją z 2017 r., kiedy *de facto* dostępność stosowania marihuany do celów medycznych była możliwa w ramach importu docelowego. Drugi wskazuje na problemy, jakie zaistniały po 2017 r., kiedy susz apteczny stał się teoretycznie dostępny, ale w praktyce dochodziło często do braków surowca, co wiązało się ze znacznymi kosztami i powodowało, że był on osiągalny tylko dla wybranych pacjentów. Trzeci problem dotyczy kwestii legalności (lub jej braku) posiadania marihuany pochodzącej z nielegalnego źródła, ale używanej w celu medycznym. Czwarty zaś odnosi się do kluczowej kwestii, jaką jest zapewnienie regularnych dostaw surowca farmaceutycznego w postaci suszu konopi innych niż włókniste, co stało się przedmiotem nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonanej 24.03.2022 r. dopuszczającej możliwość prowadzenia lokalnych upraw konopi w Polsce. Analiza literatury i orzecznictwa w tym zakresie pozwoliła na wyciągnięcie wniosku, że polskie uprawy stanowiłyby istotny krok na drodze do zdrowia pacjentów. Konopie w aptekach stałyby się łatwo dostępne, a ich cena byłaby niższa niż dotychczas. Przede wszystkim jednak polskie uprawy pozwoliłyby pacjentowi, bez względu na jego status ekonomiczny (jak to miało miejsce do tej pory), na dostęp do leczenia, które z powodzeniem jest stosowane w wielu krajach europejskich.

Słowa kluczowe: surowiec farmaceutyczny, marihuana, leczenie, uprawa konopi

1. Wprowadzenie

W grudniu 2023 r., po 6 latach od zalegalizowania tzw. medycznej marihuany, Główny Inspektor Farmaceutyczny (dalej GIF) wydał pierwsze zezwolenie na uprawę medycznej marihuany w Polsce¹ – takie krótkie informacje prasowe pojawiły się na kilku stronach internetowych w całym kraju. Dość ciekawe jest to, że ogólnopolskie serwisy informacyjne niestety raczej nie wykazały większego zainteresowania w kwestii podjęcia tego tematu i poinformowania społeczeństwa, iż być może już niedługo do aptek trafi pierwsza polska tzw. medyczna marihuana, zdecydowanie bardziej dostępna i prawdopodobnie tańsza niż ta sprowadzana dotychczas z Niemiec², Holandii³ czy nawet z Kanady⁴.

Temat marihuany od wielu lat podejmowany jest w środowiskach medycznych i prawnych. Z roku na rok pojawia się więcej publikacji naukowych dotyczących właściwości marihuany i jej wpływu na leczenie konkretnych jednostek chorobowych. Choć zagadnienie to wymaga jeszcze dalszych badań, coraz więcej mówi się o pozytywnych efektach jej stosowania w medycynie⁵. Kolejne kraje decydu-

¹ GIF wydał pierwsze w Polsce zezwolenie na uprawę medycznej marihuany!, <https://faktykonopne.pl/gif-wydal-pierwsze-w-polsce-zezwozenie-na-uprawe-medycznej-marihuany/> (dostęp: 18.04.2024 r.); *Wkrótce w aptekach polskie konopie medyczne*, <https://www.termedia.pl/mz/Wkrotce-w-aptekach-polskie-konopie-medyczne.54479.html> (dostęp: 18.04.2024 r.); *Wydano pierwsze zezwolenie na uprawę konopi indyjskich w Polsce*, <https://420polska.pl/wydano-pierwsze-zezwozenie-na-uprawe-konopi-indyjskich-w-polsce/> (dostęp: 18.04.2024 r.).

² W Niemczech ustawę o medycznej marihuanie uchwalono w 2017 r., a od kwietnia 2024 r. jest możliwe także niemedyczne stosowanie marihuany. Zalegalizowano używanie i posiadanie konopi indyjskich na własny użytek, dopuszczając posiadanie maksymalnie 25 g przez osoby dorosłe, z uwzględnieniem uprawy domowej maksymalnie 3 roślin konopi. Przewidziano też tworzenie „klubów konopnych”, w których do 500 dorosłych członków będzie mogło wspólnie uprawiać konopie indyjskie i uzyskiwać marihuanę na własny użytek. P. Hiller, K. Lehmann, J. Schlink, A. Schroers, *Die Frankfurter Cannabis-Studie. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Frankfurter Bevölkerung zum Thema Cannabis, Abschlussbericht*, Frankfurt am Main 2023, s. 7 i n.

³ W Holandii medyczna marihuana jest dopuszczona od 2003 r. Za uprawę wysokiej jakości farmaceutycznej marihuany do celów leczniczych odpowiada Biuro ds. Konopi Leczniczych, które jest częścią Ministerstwa Zdrowia, natomiast uprawa, pakowanie, badania laboratoryjne i dystrybucja są wykonywane przez wyspecjalizowane firmy. Marihuana lecznicza jest dostępna wyłącznie na receptę i może być wydawana przez wszystkie holenderskie apteki. B. de Hoop, E.R. Heerdink, A. Hazekamp, *Medicinal Cannabis on Prescription in The Netherlands: Statistics for 2003–2016*, „Cannabis and Cannabinoid Research” 2018/3(1), s. 54.

⁴ Kanada jest jednym z pierwszych krajów, które zalegalizowały marihuanę zarówno do celów medycznych (od 1999 r.), jak i rekreacyjnych (od 2018 r.). W przypadku tzw. medycznej marihuany istnieje kilka możliwości dostępu do terapii: 1) zakup od licencjonowanego sprzedawcy; 2) rejestracja w Health Canada w celu otrzymania dokumentu uprawniającego do samodzielnej uprawy ograniczonej ilości marihuany w celach terapeutycznych lub wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za uprawę. Osoba upoważniona zgodnie z prawem może posiadać ilość suszu konopi przeznaczoną do maksymalnie 30-dniowego stosowania. Dopuszczalna ilość zależy od dawki przepisanej przez lekarza, natomiast nie może ona przekroczyć sumarycznie 150 g. Zezwolenie na samodzielną uprawę marihuany w celach medycznych zawiera informację o: 1) ilości roślin, które pacjent ma prawo uprawiać; 2) ilości suszu, którą pacjent ma prawo przechowywać; 3) miejscu uprawy i przechowywania konopi. *Cannabis for medical purposes under the Cannabis Act: information and improvements*, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/medical-use-cannabis.html> (dostęp: 19.04.2024 r.).

⁵ Na temat możliwych pozytywnych efektów stosowania marihuany w medycynie, popartych wynikami szeregu badań naukowych, zob. m.in. publikację napisaną przez doktor nauk medycznych: D. Rogowska-Szadkowska, *Komu pomaga medyczna marihuana*, Warszawa 2022, zwłaszcza rozdziały 6–24.

ją się zatem zalegalizować marihuanę do celów medycznych⁶. Uczynił to także polski ustawodawca w 2017 r.⁷ Nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁸ ustanowił, że ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste, mogą stanowić surowiec farmaceutyczny, o którym mowa w ustawie Prawo farmaceutyczne⁹, przeznaczony do sporządzania leków recepturowych.

Przepisy weszły w życie 1.11.2017 r. Niestety w praktyce na początku nie było możliwości zakupu marihuany ani tym bardziej otrzymania recepty. Po ponad roku od wejścia w życie ustawy, tj. od stycznia 2019 r., pierwsze surowce farmaceutyczne pojawiły się na rynku aptecznym i tzw. medyczna marihuana stała się możliwa do kupienia w 3 aptekach w Polsce (w Poznaniu, w Koninie i we Wrocławiu). Dzisiaj jest już bardziej powszechna i można ją kupić w niemal każdym mieście. Okazała się dostępna w każdej sprawdzonej przeze mnie aptece sprzedającej leki psychotropowe. Rzadko zdarza się jednak, aby pacjent mógł nabyć ten produkt „od ręki”. Zmiana, która pojawiła się w kontekście zezwolenia GIF na uprawę w Polsce konopi innych niż włókniste z przeznaczeniem na cele medyczne, spowoduje być może, że dostępność surowca na miejscu sprawi, iż lek stanie się łatwiej osiągalny dla potrzebujących pacjentów¹⁰.

Należy na wstępie wyraźnie zaznaczyć, iż terminy „marihuana” i „marihuana medyczna” oficjalnie w języku prawnym nie występują. Ustawodawca posługuje się wyłącznie pojęciami: „konopie”, „konopie włókniste” lub „ziele konopi innych niż włókniste”. Jednakże ten ustawowy podział nie jest jedynym funkcjonującym w języku potocznym.

Powszechnie „ziele konopi innych niż włókniste” jest określane mianem marihuany (w odróżnieniu od żywicy utożsamianej z haszyszem). Należy przy tym zwrócić uwagę na to, że posługiwanie się w mediach czy piśmiennictwie terminem „marihuana medyczna” jest nie do końca właściwe, ponieważ może sugerować, iż istnieje wyodrębniony (lekarski) gatunek konopi, a tak nie jest. Bardziej adekwatne wydaje się stosowanie pojęć: „medyczne zastosowanie marihuany” lub „marihuana stosowana w celach terapeutycznych”. I w takim znaczeniu zwrot „medyczna marihuana” używany jest w niniejszym opracowaniu.

⁶ Przykładowo: Kanada od 1999 r., Hiszpania oraz Izrael od 2001 r., Holandia od 2003 r., Włochy od 2006 r., Szwajcaria od 2011 r., Czechy od 2013 r., Australia od 2016 r., Niemcy od 2017 r.

⁷ Ustawa z 7.07.2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1458). O tym, czy przepisy tej ustawy, dopuszczające stosowanie konopi do celów leczniczych, są zgodne z zobowiązaniami międzynarodowymi Polski zob. M. Purgoł, J. Barcik, *Ustawa legalizująca tzw. marihuanę dla celów medycznych w świetle standardów prawa międzynarodowego*, „Międzynarodowe Prawo Publiczne” 2018/7–8, s. 187 i n.

⁸ Ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1939 ze zm.) – dalej u.p.n.

⁹ Ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 686) – dalej u.p.f.

¹⁰ Obecnie w aptekach dostępne są opakowania po 5, 10 i 15 g suszu. Oprócz tego można nabyć również ekstrakty do waporyzacji, olejki podjęzykowe oraz maści, tabletki czy czopki z kannabidiolem.

2. Legalizacja tzw. medycznej marihuany w Polsce

Konopie bywają potocznie dość często nazywane *cannabis* od łacińskiego terminu botanicznego określającego tę roślinę. W rodzinie konopiowatych (*Cannabaceae*) rodzaju *Cannabis* wyróżniamy różne gatunki tej rośliny, m.in. *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* czy *Cannabis ruderalis*. Oprócz najbardziej znanego podziału na konopie siewne i indyjskie można je podzielić także na typ włóknisty oraz typ narkotykowy¹¹. Podobny podział znajdujemy w polskiej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. – konopie, konopie włókniste oraz ziele konopi innych niż włókniste, a także żywica konopi (art. 4 pkt 4, 5, 37 i 38 u.p.n.). Z tych ostatnich, z uwagi na dużą zawartość delta-9-THC, uzyskuje się marihuanę.

Marihuana o przeznaczeniu medycznym i ta wykorzystywana do celów rekreacyjnych, choć botanicznie pochodzą z tego samego gatunku rośliny, różnią się na wielu płaszczyznach, m.in. działaniem, zawartością kannabinoidów, legalnością, czystością i warunkami uprawy. Marihuana niemająca przeznaczenia medycznego najczęściej pochodzi z nieznanymi źródłami, przez co może być zanieczyszczona metalami ciężkimi, pestycydami lub innymi substancjami toksycznymi. Jej spożycie wywołuje uczucie nadmiernej euforii, zmiany w percepcji rzeczywistości, a czasem także zmiany w zachowaniu. Posiadanie marihuany w celach rekreacyjnych jest przestępstwem z art. 62 u.p.n. Marihuana używana do celów medycznych jest restrykcyjnie kontrolowana na każdym etapie. Monitoruje się stopień zanieczyszczenia gleby pestycydami i metalami ciężkimi. Dodatkowo wyciągi z konopi są standaryzowane pod względem zawartości THC i CBD. W efekcie każda próbka suszu ma precyzyjnie określoną procentową zawartość obu tych związków. Dzięki temu marihuana tzw. medyczna może być skutecznym środkiem wspierającym leczenie.

Konopie inne niż włókniste (potocznie nazywane narkotycznymi) były stosowane w medycynie od wieków¹². Historycznie rzecz biorąc, leki na bazie konopi były podawane w leczeniu wielu schorzeń, zanim w XX w. nie nastąpiła w świecie kryminalizacja ich posiadania i/lub używania¹³. W Polsce zasadniczo do lat 80. XX w. nie podejmowano tematu medycznego używania marihuany. Wszystkie współczesne ustawy narkotykowe, tj. ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 r.¹⁴ oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 r.¹⁵ i 2005 r., ustanowiły, że zbiór ziela konopi i żywicy konopi ściśle ograniczono do działalności w celach naukowych, prowadzonej na podstawie zezwolenia ministra właściwego do spraw

¹¹ P. Bołtryk, *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce na przykładzie pochodnych konopi innych niż włókniste*, Białystok 2014, s. 54–56.

¹² H.-E. Jiang, X. Li, Y.-X. Zhao, D.K. Ferguson, F. Hueber, S. Bera, Y.-F. Wang, L.-C. Zhao, C.-J. Liu, C.-S. Li, *A new insight into Cannabis sativa (Cannabaceae) utilization from 2500-year-old Yanghai Tombs, Xinjiang, China*, „Journal of Ethnopharmacology” 2006/108(3), s. 414–416, <https://doi.org/10.1016/j.jep.2006.05.034> (dostęp: 11.02.2025 r.); M. Szabla, E. Kędzierska, *Medyczna marihuana*, [w:] *Rośliny – przegląd wybranych zagadnień*, red. K. Kropiwek, M. Szala, Lublin 2016, s. 270.

¹³ Szczegółowo na ten temat: M. Motyka, J.T. Marcinkowski, *Używanie pochodnych konopi, cz. 2, Zastosowanie w medycynie vs. konsekwencje zdrowotne*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014/1(95), s. 21–27.

¹⁴ Ustawa z 31.01.1985 r. o zapobieganiu narkomanii (Dz.U. z 1985 r. Nr 4, poz. 15 ze zm.).

¹⁵ Ustawa z 24.04.1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz.U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198 ze zm.).

zdrowia, a naruszenie tych norm wyczerpywało znamiona wielu typów czynów zabronionych (w tym posiadania środków odurzających oraz substancji psychotropowych kryminalizowanego po raz pierwszy wspomnianą wyżej ustawą z 1985 r.). W minionym czasie jednak, zwłaszcza w okresie ostatnich 30 lat, z uwagi na znaczny rozwój badań naukowych w tym zakresie, zaczęło wzrastać zainteresowanie zastosowaniem konopi i kannabinoidów w terapii wielu schorzeń, w tym przewlekłego bólu, bólu nowotworowego, stwardnienia rozsianego, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu i zaburzeń neurologicznych, w szczególności wobec wyczerpania innych form leczenia¹⁶.

Pierwsza próba legalnego uregulowania kwestii dostępu do tzw. medycznej marihuany została podjęta 4.06.2012 r. Rządowy projekt¹⁷, w którym zaproponowano m.in. wykreślenie żywicy i ziela konopi z ówczesnej listy IV-N środków odurzających stanowiącej załącznik nr 1 do u.p.n., a więc listy środków niemających zastosowań medycznych, miał w intencji twórców projektu otworzyć drogę do medycznego wykorzystywania marihuany. W opinii do projektu zgłoszone zostały jednak poważne wątpliwości, czy proponowane zmiany są wystarczające dla otwarcia drogi medycznej marihuanie w Polsce i czy nie jest jednak wymagana o wiele bardziej kompleksowa regulacja¹⁸. Projekt został więc wycofany. Mimo to kwestię tę nadal często poruszano w mediach, a w niedługim czasie powróciła ona na szczeblu jurydycznym, tym razem w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (dalej TK). Znaczący wpływ na kontynuowanie dyskusji w zakresie ustawowego uregulowania kwestii dopuszczalności stosowania marihuany do celów medycznych miały orzeczenia TK z 4.11.2014 r. oraz z 17.03.2015 r.¹⁹

W orzeczeniu z 4.11.2014 r. TK stanął na stanowisku, że art. 62 ust. 1 oraz art. 63 ust. 1 u.p.n. w zakresie, w jakim dotyczą konopi innych niż włókniste, są zgodne z art. 47 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej²⁰. Wyrokiem tym TK potwierdził, że kryminalizacja i penalizacja posiadania (uprawiania) konopi innych niż włókniste jest, co do zasady, konstytucyjnie dopuszczalna. Stanowi usprawiedliwione (proporcjonalne) ograniczenie prawa do prywatności. Uzasadniając rozstrzygnięcie, Trybunał podkreślił, że o kryminalizacji posiadania narkotyków (w tym marihuany) przesądziły szeroko rozumiane względy zdrowotne, jak również

¹⁶ *Therapeutic effects of cannabis and cannabinoids*, [w:] *The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*, Washington 2017, <https://nap.nationalacademies.org/read/24625/chapter/6> (dostęp: 18.04.2024 r.); *Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking*, Lisbon 2018, s. 11 i n., <https://doi.org/10.2810/979004> (dostęp: 11.02.2025 r.).

¹⁷ Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 3420, Sejm VI kadencji.

¹⁸ K. Krajewski, *Opinia nt. projektu zmian w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r. dotyczących art. 62a oraz wykazu środków odurzających grupy IV-N, stanowiącego załącznik nr 1 do ustawy*, 31.01.2012 r., s. 9–10, <https://www.politykanarkotykowa.pl/wp-content/uploads/2021/01/opinia-prof.-K.-Krajewskiego-do-projektu-ustawy.pdf> (dostęp: 21.04.2024 r.).

¹⁹ Wyrok TK z 4.11.2014 r., SK 55/13, OTK-A 2014/10, poz. 111; postanowienie TK z 17.03.2015 r., S 3/15, OTK-A 2015/3, poz. 39.

²⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.) – dalej Konstytucja RP.

sposób postrzegania narkomanii w Polsce²¹. Następnie postanowieniem z 17.03.2015 r. TK przedstawił Sejmowi uwagi dotyczące celowości podjęcia działań ustawodawczych zmierzających do uregulowania kwestii medycznego wykorzystania marihuany. Trybunał Konstytucyjny zważył, że w ówczesnym stanie prawnym zapobieganie przez ustawodawcę niekontrolowanemu rozpowszechnianiu substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, całkowicie wyklucza możliwość wykorzystywania marihuany do celów medycznych. Ponadto, z punktu widzenia określonej grupy obywateli korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej, dopuszczenie medycznego wykorzystywania marihuany wymagało rozważenia ze względu na jej terapeutyczną przydatność w pewnych stanach chorobowych (m.in. może być pomocna w łagodzeniu różnych negatywnych objawów chemioterapii stosowanej w chorobach nowotworowych)²². Pamiętać bowiem należy, że pacjent posiada prawo do świadczeń odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej, a istnieje szereg dostępnych badań wskazujących na skuteczność stosowania konopi w celach leczniczych²³.

Wątpliwości TK dotyczyły również regulacji związanych z przewozem środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów przez osoby przekraczające granice Polski w sytuacji, gdy środki te były niezbędne do leczenia medycznego. Na gruncie obowiązujących wówczas regulacji, pomimo braku możliwości uzyskania w Polsce legalnego dostępu do marihuany, środek ten mógł być wykorzystywany w celach medycznych, o ile został wwieziony do kraju z zagranicy (w ilości do 5 najmniejszych dostępnych opakowań)²⁴. Według TK niespójności te mogły godzić w zagwarantowane w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia. Dostęp do zawierających marihuanę produktów leczniczych był utrudniony i w zasadzie ograniczony wyłącznie do indywidualnych przypadków. Polegał na sprowadzaniu takich produktów z zagranicy w ramach tzw. importu docelowego, realizowanego w trybie art. 4 ust. 1 u.p.f. Do obrotu na tej podstawie dopuszczono bez konieczności uzyskania pozwolenia produkty lecznicze sprowadzane z zagranicy, jeżeli ich zastosowanie stało się niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta, pod warunkiem że dany produkt leczniczy został dopuszczony w kraju, z którego jest sprowadzany, i posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu (z zastrzeżeniem art. 4 ust. 3 i 4 u.p.f.).

Trybunał Konstytucyjny zwrócił jednakże uwagę na alternatywne rozwiązanie problemu. Było ono jednak znacznie bardziej skomplikowane dla pacjenta, ale legalne, dostępne w Polsce już w zasadzie od wielu lat. Dnia 21.12.2007 r. Polska (wraz z Czechami, Węgrami, Estonią, Litwą, Łotwą, Maltą, Słowacją i Słowenią) przystąpiła bowiem

²¹ Można mieć wątpliwości w kwestii stanowiska TK. Szerzej na ten temat: K. Tkaczyk-Rymanowska, *Refleksje na temat art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na tle karnoprawnym i konstytucyjnym*, „Ius Novum” 2021/1, s. 56 i n., <https://doi.org/10.26399/iusnovum.v15.1.2021.03/k.tkaczyk-rymanowska> (dostęp: 11.02.2025 r.).

²² K. Krajewski, *Opinia...*, s. 11.

²³ B. Kmiecik, *Prawo do świadczeń zdrowotnych wobec dyskusji dotyczącej legalizacji miękkich narkotyków*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Juridica” 2016/76, s. 100.

²⁴ Postanowienie TK z 17.03.2015 r., S 3/15, OTK-A 2015/3, poz. 39.

do strefy Schengen²⁵. Jest to porozumienie znoszące kontrolę osób przekraczających granice między państwami członkowskimi tego układu²⁶. W konsekwencji należałoby stosować uregulowania Konwencji wykonawczej do układu z Schengen z 14.06.1985 r.²⁷, a zwłaszcza te zawarte w jej tytule III rozdziale 6 pt. „Środki odurzające”, ze szczególnym uwzględnieniem art. 75 ust. 1 („W odniesieniu do przemieszczania się podróżnych na terytoria Umawiających się Stron lub ich przemieszczania się w ramach powyższych terytoriów, osoby mogą przewozić środki odurzające i substancje psychotropowe, jakie są niezbędne dla ich leczenia medycznego, pod warunkiem że w przypadku kontroli okażą zaświadczenie wydane lub uwierzytelnione przez właściwe władze ich państwa pobytu”). Obecnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.03.2017 r.²⁸ wskazuje, w jaki sposób osoby mogą przewozić środki odurzające i substancje psychotropowe, które są niezbędne dla ich leczenia medycznego, pod warunkiem jednak, że w przypadku kontroli okażą zaświadczenie wydane lub uwierzytelnione przez właściwe władze ich państwa pobytu. Na tej podstawie polski pacjent już wówczas, tj. 7 lat temu, uzyskał prawo pozyskania recepty na lek z marihuany w dowolnym kraju należącym do strefy Schengen i z tym lekiem mógł podróżować po całym terytorium Unii Europejskiej. W konsekwencji oznaczało to uprawnienie do legalnego posiadania i używania takiego leku na terytorium Polski. Najistotniejsza komplikacja w tym przypadku związana była jednak z koniecznością uzyskania recepty od lekarza w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej zamiast od lekarza rodzinnego w swoim rodzimym miejscu zamieszkania²⁹. Tę trudną sytuację miała zmienić wspomniana już nowelizacja z 7.07.2017 r. Polski pacjent od 1.11.2017 r. uzyskał (w teorii) prawo do nabywania marihuany w celu medycznym w aptece w swoim miejscu zamieszkania na terytorium Polski. Od tego też czasu jego dolegliwości zdrowotne miały zostać złagodzone w znacznie większym zakresie, a aplikowanie mu preparatów z marihuany miało być łatwe, tanie i legalne. Do tego czasu posiadanie w celach terapeutycznych środków zawierających w składzie marihuanę, z wyjątkiem uzyskanych w ramach importu docelowego lub w trybie art. 75 Konwencji wykonawczej, było sprzeczne z prawem i kryminalizowane³⁰.

²⁵ Decyzja Rady 2007/801/WE z 6.12.2007 r. w sprawie pełnego stosowania przepisów dorobku Schengen w Republice Czeskiej, Republice Estońskiej, Republice Łotewskiej, Republice Litewskiej, Republice Węgierskiej, Republice Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republice Słowenii i Republice Słowackiej (Dz.Urz. UE L 323 z 8.12.2007 r., s. 34).

²⁶ A. Olak, B. Konecka-Szydełko, M. Maruszak, *Układ z Schengen a bezpieczeństwo Polski*, „Współczesne Problemy Zarządzania” 2020/8(1[16]), s. 9, <https://doi.org/10.52934/wpz.81> (dostęp: 11.02.2025 r.).

²⁷ Konwencja wykonawcza do układu z Schengen z 14.06.1985 r. między Rządami Państw Unii Gospodarczej Beneluksu, Republiki Federalnej Niemiec oraz Republiki Francuskiej w sprawie stopniowego znoszenia kontroli na wspólnych granicach (Dz.Urz. UE L 239 z 22.09.2000 r., s. 19 ze zm.) – dalej Konwencja wykonawcza.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.03.2017 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu wydawania pozwoleń oraz dokumentów niezbędnych do przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowego nabycia lub wewnątrzwspólnotowej dostawy środków odurzających, substancji psychotropowych lub prekursorów kategorii 1 (tekst jedn.: Dz.U. z 2021 r. poz. 399 ze zm.). Rozporządzenie wydane zostało na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 37 ust. 12 u.p.n.

²⁹ M. Kuna, *Warunki medycznego zastosowania marihuany w Polsce – aspekty prawa administracyjnego*, „Przegląd Prawa Administracyjnego” 2019/2, s. 86.

³⁰ M. Kuna, *Warunki...*, s. 88.

3. Problemy związane z marihuaną używaną do celów medycznych po nowelizacji ustawy w 2017 r.

Projekt nowelizacji ustawy dotyczący tzw. medycznej marihuany został złożony w Sejmie już 1.02.2016 r.³¹ Niestety dopiero 5.09.2016 r. skierowany został do czytania w Komisji Zdrowia, choć już w marcu zakończyły się konsultacje w sprawie projektu i wyrażone zostało stanowisko m.in. przez Polską Akademię Nauk, Naczelną Radę Lekarską czy Sąd Najwyższy. W dniu 7.02.2017 r. na ręce Marszałka Sejmu zostało złożone sprawozdanie Komisji Zdrowia o projekcie nr 812 (z autopoprawką) i od tego momentu prace potoczyły się już stosunkowo szybko. Być może wpływ na przyspieszenie prac legislacyjnych wywarła nagłośniona w mediach sprawa związana ze śmiercią na nowotwór mózgu (glejaka) Tomasza Kality, zwolennika legalizacji marihuany do celów medycznych, który z uwagi na niedostępność wówczas tej terapii nie miał możliwości legalnie sięgnąć po – jak twierdził – „niekonwencjonalne metody leczenia”³². Wiele ostatnich miesięcy swojego życia spędził na walce o prawo pacjentów takich jak on do dostępu do „lecniczej marihuany”. Nieustannie apelował do polityków o przyspieszenie prac nad dopuszczeniem marihuany do użytku medycznego. Zmarł w styczniu 2017 r. Drugie czytanie odbyło się w Sejmie 20.06.2017 r., a 2 dni później – trzecie czytanie, po którym nowelizacja została w tym samym dniu przegłosowana. W głosowaniu nad projektem wzięło udział 443 posłów: 440 było za, 2 – przeciw, a 1 wstrzymał się od głosu. Po poprawkach Senatu nowelizację ostatecznie uchwalono 7.07.2017 r. Weszła ona w życie 1.11.2017 r.

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 33a ust. 1 u.p.n. „ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste, o których mowa w załączniku nr 1 do ustawy, mogą stanowić surowiec farmaceutyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 40 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, przeznaczony do sporządzania leków recepturowych, o których mowa w art. 3 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, po uzyskaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (...)”. W myśl art. 33c ust. 3 u.p.n. Minister Zdrowia ustanowi w drodze rozporządzenia wzór wniosku i wykaz niezbędnych do złożenia dokumentów o dopuszczenie do obrotu przedmiotowego surowca.

Ustawa nowelizująca u.p.n. początkowo nie przyniosła polskiemu pacjentowi żadnych zmian. Marihuana w celach medycznych nie była dostępna w aptekach aż do grudnia 2018 r.³³ Wynikało to stąd, że restrykcyjne wymogi technologiczne

³¹ Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, druk sejmowy nr 812 z autopoprawką nr 812-A, Sejm VIII kadencji. Przebieg procesu legislacyjnego – <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=812> (dostęp: 21.04.2024 r.).

³² *Na miesiąc przed śmiercią mówił o adopcji dziecka. Tomasz Kalita żył „na bombie”*, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/tomasz-kalita-zyl-na-bombie-przed-smiercia-chcial-miec-jeszcze-dzieci/4512myv> (dostęp: 21.04.2024 r.).

³³ A. Owczarek, P. Kozaczuk, B. Grimling, B. Karolewicz, *Uwarunkowania stosowania marihuany do celów medycznych w Polsce*, „Farmacja Polska” 2023/79(7), s. 380.

zawarte – w wydanym na podstawie art. 33c ust. 3 u.p.n. – rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 5.12.2017 r.³⁴ były dla szeregu podmiotów bardzo trudne do spełnienia. Aż do 9.05.2018 r. nie złożono, w trybie art. 33a ust. 1 u.p.n., do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych żadnego wniosku o dopuszczenie do obrotu na polskim rynku surowca z konopi. Oznacza to, że potencjalni producenci w Polsce nie byli w stanie spełnić zawartych we wskazanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia rygorystycznych kryteriów obowiązujących dla surowca farmaceutycznego.

Podnosi się w literaturze³⁵, że dodatkowe utrudnienie dla pacjentów stanowiło także to, iż marihuana stosowana do celów medycznych nie była – i nie jest – refundowana, choć wiele krajów taką refundację przyznaje, np. Niemcy (częściowo; wówczas cena za 1 g wynosi ok. 20 zł) czy Czechy (zakup do 30 g jest refundowany co najmniej w 90%; warto nadmienić, iż marihuana jest tam dwukrotnie tańsza niż w Polsce – cena za 1 g wynosi ok. 35 zł bez refundacji, a w Polsce – 65–80 zł)³⁶. Dokonana 25.05.2017 r. nowelizacja³⁷ art. 39 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³⁸ przewiduje co prawda refundację na potrzeby pacjenta produktów niedostępnych w Polsce, sprowadzanych do kraju w trybie importu docelowego, ale art. 39 ust. 3e te same ustawy wskazuje przypadki, w których Minister Zdrowia obligatoryjnie odmawia wydania zgody na refundację. Dzieje się tak wtedy, gdy z rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wynika, że w danym przypadku nie jest zasadne finansowanie ze środków publicznych wskazanych w rekomendacji leków. W rekomendacji z 26.02.2018 r. w sprawie zasadności wydawania zgody na refundację produktów zawierających kannabinoidy³⁹ wprost wymieniono 5 leków (Bedica, Bediol, Bedrolite, Bedrocan, Bedrobinol), które nie powinny być refundowane w następujących wskazaniach: padaczka lekooporna, przewlekły ból (w tym nowotworowy, neuropatyczny, fantomowy), spastyczność, algodystrofia,

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.12.2017 r. w sprawie wzoru wniosku o dopuszczenie do obrotu surowca farmaceutycznego do sporządzania leków recepturowych w postaci ziela konopi innych niż włókniste oraz wyciągów, nalewek farmaceutycznych, a także wszystkich innych wyciągów z konopi innych niż włókniste oraz żywicy konopi innych niż włókniste oraz szczegółowego zakresu danych i wykazu dokumentów objętych tym wnioskiem (Dz.U. z 2017 r. poz. 2337).

³⁵ M. Kuna, *Warunki...*, s. 89.

³⁶ *Ile kosztuje medyczna marihuana w Polsce? Takie wydatki czekają pacjentów!*, <https://greendoctor.pl/blog/ile-kosztuje-medyczna-marihuana/> (dostęp: 21.04.2024 r.); *Ile kosztuje medyczna marihuana w różnych krajach świata – porównanie cen i regulacji rynku*, <https://vaporshop.pl/pl/blog/cbd-olejki-konopne-cbd-i-susz-cbd-przydatne-informacje/ile-kosztuje-medyczna-marihuana-w-roznych-krajach-swiata-porownanie-cen-i-regulacji-rynku> (dostęp: 21.04.2024 r.); M. Altschwager, A. Gruener, C. Lebrecht, *Germany: New reimbursement price for German medical cannabis flowers*, https://www.globalcompliancenews.com/2022/09/01/https-insightplus-bakermckenzie-com-bm-healthcare-life-sciences-made-in-germany-new-reimbursement-price-for-german-medical-cannabis-flowers_8242022/ (dostęp: 21.04.2024 r.).

³⁷ Ustawa z 25.05.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 1200 ze zm.). Zmiana ta weszła w życie 23.07.2017 r.

³⁸ Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 930 ze zm.).

³⁹ Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 15/2018 z 26.02.2018 r., s. 1.

nudności i wymioty związane z chemioterapią, stwardnienie rozsiane. W rekomendacji stwierdzono, że w przypadku tych schorzeń dostępne dowody naukowe nie uzasadniają finansowania ze środków publicznych produktów zawierających kannabinoidy. Rekomendacja wydana przez Agencję wiąże Ministra Zdrowia oraz jest niezaskarżalna w trybie regulacji określonych w Kodeksie postępowania administracyjnego⁴⁰, ponieważ art. 39 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych nie przewiduje możliwości odwołania się od takiej opinii. Przepisy te w rzeczywistości zamknęły, przynajmniej grupie niezamożnych pacjentów, drogę do terapii marihuaną, co istotnie mogło powodować ograniczenie realizacji określonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia, o którym wspominał TK w swoim postanowieniu⁴¹.

Należy także zaznaczyć, że dopiero pod koniec 2018 r. procedurę dopuszczenia do obrotu na polskim rynku surowca z konopi innych niż włókniste przeszła kanadyjska spółka Spectrum Cannabis Polska (Spectrum Therapeutics)⁴². Pierwsza partia 7 kg marihuany pojawiła się w Polsce 17.01.2019 r.⁴³, ale recepty można było zrealizować początkowo tylko w 3 aptekach. Następne dostawy pochodziły już m.in. z Niemiec (Aurora Deutschland) czy Portugalii (Tilray Portugal, Unipessoal)⁴⁴. Dostęp do marihuany stawał się stopniowo coraz szerszy, choć niewątpliwie była to terapia tylko dla najbogatszych pacjentów. Miesięczny jej koszt mógł wynieść od 90 zł do 1000 zł⁴⁵, a niekiedy nawet (w zależności od zapotrzebowania pacjenta) do 2000 zł. Do tego dochodził jednorazowy koszt zakupu sprzętu: młynka, waporyzatora, miniwagi elektronicznej, co w konsekwencji powodowało, że wydatki mogły sięgać 2500 zł (jednorazowo za sprzęt; plus miesięcznie średnio nawet do 2000 zł)⁴⁶.

Z czasem marihuana stała się dostępna także na e-recepty przepisywane podczas e-wizyt lekarskich. Z uwagi na to, że często dochodziło do szeregu nieprawidłowości w dostępie do leku i jego dystrybucji, m.in. z uwagi na łatwość, z jaką można było uzyskać e-receptę na marihuane, a w konsekwencji brak dostępności leku dla

⁴⁰ Ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 572).

⁴¹ Postanowienie TK z 17.03.2015 r., S 3/15, OTK-A 2015/3, poz. 39; M. Kuna, *Warunki...*, s. 90.

⁴² M. Kuna, *Warunki...* Zob. także odpowiedź z 6.04.2019 r., na interpelację 30432, PLD.070.12.2019.AD, <https://sejm.gov.pl/INT8.nsf/klucz/ATTBB4HLU/%24FILE/i30432-o1.pdf> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁴³ *Terapia medyczną marihuaną w Polsce: czy marihuana lecznicza jest legalna? Jakie choroby można nią leczyć i gdzie zrealizować receptę?*, <https://zielonakaretka.pl/medyczna-marihuana-w-polsce/> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁴⁴ Lista Surowców Farmaceutycznych, <https://rejstry.ezdrowie.gov.pl/rejstry/lstf> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁴⁵ M. Tabaka, *Wreszcie. Marihuana medyczna będzie produkowana w Polsce, przestaniemy przepłacać*, <https://bizblog.spidersweb.pl/marihuana-medyczna-konopie-indyjskie-budzet> (dostęp: 25.04.2024 r.).

⁴⁶ Na czarnym rynku ceny marihuany wynoszą ok. 50 zł/g, ale im więcej kupuje klient, tym jest taniej. Dodatkowo dochodzą różnego rodzaju bonusy i rabaty, np. dla stałych klientów. Towar taki nie wymaga też specjalistycznego sprzętu (np. waporyzatora). Bywa też, że tzw. piątkę (5 g marihuany) można nabyć już w cenie 150–200 zł, w zależności od lokalizacji i wielkości miejscowości. Ponadto np. w Czechach, przy założeniu, że pacjent przyjmuje 6 g marihuany miesięcznie, koszt takiej kuracji wynosi ok. 180–200 zł, z czego 90% zostaje zrefundowane. W Polsce koszt porównywalnej ilości marihuany z legalnego źródła to ok. 420–500 zł (bez refundacji).

pacjentów np. onkologicznych, Minister Zdrowia rozporządzeniem z 12.07.2023 r.⁴⁷ ograniczył możliwość uzyskiwania leku na podstawie e-wizyt. Wprowadzona nowelizacja wymaga, aby recepta na lek na bazie marihuany została wystawiona po uprzednim dokonaniu przez lekarza weryfikacji za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁸, lub po zebraniu wywiadu od pacjenta, że ilość i rodzaj produktów leczniczych przepisanych pacjentowi na receptach wystawionych i zrealizowanych nie jest wystarczająca dla prawidłowego prowadzenia farmakoterapii. *De facto* wymagana stała się osobista wizyta pacjenta u lekarza, co może generować pewne wątpliwości w zakresie rzeczywistego dostępu pacjentów do terapii⁴⁹. Wątpliwości w tej kwestii zgłosił do Ministerstwa Zdrowia w maju i w czerwcu 2023 r. Rzecznik Praw Obywatelskich (dalej RPO), wyrażając niepokój związany z ograniczoną liczbą lekarzy zalecających terapię medyczną marihuaną. Szczególne obawy RPO dotyczyły pacjentów z mniejszych miejscowości, dla których dostępność leczenia może ulec pogorszeniu z uwagi na konieczność każdorazowego, osobistego stawienia się u lekarza prowadzącego terapię⁵⁰. W tym samym okresie RPO wystąpił do Komendanta Głównego Policji (dalej KGP) z wnioskiem o wyjaśnienie metodyki postępowania w sytuacji ujawnienia w trakcie czynności prowadzonych przez Policję posiadania marihuany medycznej przez zatrzymanego⁵¹. Ważne jest, zdaniem RPO, podejmowanie działań w celu rozpowszechnienia wśród służb mundurowych informacji o tym, że „pacjenci leczeni preparatami na bazie wspomnianego surowca (konopnego – dop. K.T.-R.) nie mogą być apriorycznie traktowani jako podejrzani, zatrzymywani, nie może być zatrzymywana bez wydania kopii – ich dokumentacja medyczna, recepty na leki, zaświadczenia o leczeniu i faktury imienne za zakup leków, nie może być przeszukiwane ich miejsce pobytu czy pojazdy, z których korzystają – sam bowiem fakt leczenia taką, a nie inną substancją – nie stanowi bowiem przesłanki określonej

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.07.2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. z 2023 r. poz. 1368).

⁴⁸ Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 2465 ze zm.).

⁴⁹ Farmaceuci podkreślają jednak, że zgodnie z powyższym rozporządzeniem „pierwsza wizyta w celu kwalifikacji do terapii konopnej i uzyskania recepty (...) musi odbyć się stacjonarnie (...). Podczas takiej wizyty przeprowadza się dokładny wywiad, a lekarz specjalista zapoznaje się z dokumentacją medyczną choroby i całą historią leczenia pacjenta. Na tej podstawie dobierany jest rodzaj suszu, stężenie THC i CBD, a także dawkowanie. Kolejna wizyta w celu uzyskania recepty na marihuaną leczniczą może już odbyć się z użyciem środków teleinformatycznych. Oznacza to, że pacjent może uzyskać receptę na lek bez konieczności wychodzenia z domu. (...) W czasie rozmowy (telefonicznej – dop. K.T.-R.) lekarz przeprowadzi wywiad oraz zakwalifikuje pacjenta do dalszego leczenia i wypisze e-receptę. Aby było to możliwe, należy udzielić placówce medycznej dostępu do IKP” – *Terapia medyczną marihuaną w Polsce: czy marihuana lecznicza jest legalna? Jakie choroby można nią leczyć i gdzie zrealizować receptę?*, <https://zielonakaretka.pl/medyczna-marihuana-w-polsce/> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵⁰ Zob. pisma V.7010.71.2023.ŁK oraz V.7010.71.2023.ŁK, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/dostepnosc-terapii-medyczna-marihuana-rozporzadzenie-mz-ponownie> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵¹ Pismo II.519.299.2023.MT, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-legalna-marihuana-medyczna-kgp-odpowiedz> (dostęp: 21.04.2024 r.).

art. 217, 219, 221, 223 i 244 k.p.k. (...)"⁵². Jest to istotne w kontekście pojawiających się wątpliwości popełnienia czynu zabronionego z art. 62 u.p.n. przez osobę nieposiadającą zaświadczenia o leczeniu medyczną marihuaną, a mającą przy sobie preparat konopi. Wskazuje się, że do obowiązków osoby dysponującej medyczną marihuaną należy przechowywanie jej w oryginalnym opakowaniu wydanym z apteki, posiadanie przy sobie zaświadczenia o leczeniu medyczną marihuaną, dowodu tożsamości oraz dokumentu potwierdzającego zakup medycznej marihuany zgodnie z prawem, np. wydruk zrealizowanej recepty z apteki wraz z paragonem⁵³. Nie oznacza to jednak, że do nadużyć w tej kwestii nie dochodzi⁵⁴. Zdarza się bowiem, że fakt dostępności na rynku leków konopi innych niż włókniste – w formie suszu – wykorzystuje się do próby uniknięcia odpowiedzialności karnej przez osoby uzyskujące ziele z nielegalnych źródeł. Do przejawów takich działań zaliczyć można przypadki ponownego użycia, udostępniania lub sprzedaży opakowań po lekach recepturowych na bazie konopi innych niż włókniste, a także składanie niezgodnych z prawdą oświadczeń o uzyskaniu z apteki suszu roślinnego, pochodzącego w rzeczywistości z nielegalnej dystrybucji⁵⁵. Podkreślenia wymaga także to, że farmaceuta nie może odmówić realizacji recepty, choćby nawet na silny lek psychotropowy, wystawionej przez receptomat⁵⁶. Z uwagi na powyższe, według KGP, stosunkowa łatwość otrzymania recepty na tzw. medyczną marihuanę, a także wykorzystania jej obecności na rynku do ukrycia nielegalnych źródeł uzyskiwania marihuany w celach niemedycznych, konieczna wydaje się indywidualna – ale i kompleksowa – ocena każdego przypadku ujawnienia tego typu środków przez organy ścigania⁵⁷. Należy wspomnieć, że media wielokrotnie wskazywały, iż w aptekach często brakuje leków na bazie konopi, choć

⁵² Pismo II.519.299.2023.MT, s. 2, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-legalna-marihuana-medyczna-na-kgp-odpowiedz> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵³ A. Owczarek, P. Kozaczuk, B. Grimling, B. Karolewicz, *Uwarunkowania...*, s. 395.

⁵⁴ Wypowiedzi internautów (pisownia oryginalna): „patent jest prosty kupujesz kilka gram na receptę a na spodzie słoika trzymasz maryche na handel już ta nielegalna i tylko od dociekliwego gliny zależy czy cie dokładnie sprawdzi jeśli nie ze słoikiem z apteki legalnym i zaświadczeniem wedrujesz sobie po osiedlu i legalnie prawie handlujesz lewa marycha (...)”; „Palilem i będę palił. Przez neta recepta, historia choroby i wszyscy przeciwnicy mogą mnie (...). Jeden problem z receptą jest taki że trzeba kupować na raz większą ilość. Byłaby legalna to poszedłbym do apteki, kupił grama i na weekend by mi starczyło. A tak niestety muszę kupić 15 lub 20 gram i jaram codziennie (...)”; „Znam sam palaczy co kopca legalnie, dostają mocna maryche na receptę lepsza jak u diler a policja może ich cmoknąć, mają paragon. A państwo obniżyło VAT z 23% na 8% i tak Wychodzi drożej ale nie grozi kara więzienia, jak czytam newsy ze kogoś złapali z marycha to jest kompletny bezmozgiem bo nie potrafi sobie recepty załatwić” – <https://www.money.pl/gospodarka/polacy-kupuja-tony-medycznej-marihuany-resort-pokazal-dane-7012522473712224a.html> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵⁵ Zob. pismo KGP z 29.06.2023 r., KPL 5368/3991/23, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-legalna-marihuana-medyczna-kgp-odpowiedz> (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵⁶ Jeśli dana spółka jest podmiotem leczniczym i jest zarejestrowana w systemie e-zdrowie, nie uda się ustalić, czy recepta została wydana w siedzibie podmiotu w wyniku długiej konsultacji stacjonarnej, czy w trybie elektronicznej porady. Nie ma możliwości przyjęcia tu domniemania, zatem jeśli recepta nie jest sfalszowana ani nie ma podejrzeń co do jej podrobienia lub możliwości użycia leku w celu pozamedycznym, niemożliwe jest powstrzymanie się od wydania leku (art. 96 ust. 5 oraz art. 71a ust. 2 i 3 u.p.f.). B. Dąbłaż, *Recepta z receptomatu – farmaceuta nie może odmówić realizacji*, LEX/el. 2023.

⁵⁷ Pismo KGP z 29.06.2023 r., KPL 5368/3991/23, s. 4, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-legalna-marihuana-medyczna-kgp-odpowiedz> (dostęp: 21.04.2024 r.).

– jak wskazują dane z Ministerstwa Zdrowia – co roku sprzedaje się tony medycznej marihuany. Tylko w 2023 r. sprzedano jej aż 4,6 tony, realizując w ten sposób ponad 276 000 recept (tymczasem w 2022 r. sprzedano prawie 1,2 tony medycznej marihuany, a w 2019 r. – zaledwie 33 kg)⁵⁸. Pojawia się zatem pytanie: czy tak bardzo polskie społeczeństwo się rozchorowało, czy może ujawniane braki w dostępie do marihuany dla rzeczywiście potrzebujących pacjentów wynikały z innych powodów?

4. Marihuana z nielegalnego źródła używana w celu medycznym

W kontekście problemów z dostępem do tzw. medycznej marihuany pochodzącej z legalnego źródła odżywa problem nabywania marihuany w celu medycznym, ale na czarnym rynku. Surowiec taki jest tańszy, łatwiej dostępny i nie wymaga ani dodatkowych nakładów finansowych na sprzęt do waporyzacji (zrobiony skręt można po prostu wypalić), ani zaangażowania w całą machinę działań – począwszy od konsultacji z lekarzem, a skończywszy na oczekiwaniu na dostawę leku do apteki. Co szczególnie istotne, marihuana jest zawsze dostępna dla pacjenta u lokalnego dealera, często w dość atrakcyjnych cenach w porównaniu z cenami na rynku aptecznym.

W literaturze karnistycznej autorem obszernego artykułu na ten temat jest Dominik Zając⁵⁹. Autor stanął na stanowisku, że wejście w posiadanie marihuany z uwagi na wystąpienie potrzeby medycznej, uprawniające do stosowania substancji psychoaktywnej w procesie leczenia, wyklucza przyjęcie ataku na dobro prawne określone jako zdrowie indywidualne lub powszechne⁶⁰, a tym samym wyłącza przyjęcie bezprawności działania w postaci nabywania marihuany na czarnym rynku. Cel medyczny w takich okolicznościach nie musi zostać ustalony w sposób formalny poprzez wystawienie recepty, gdyż wystawienie recepty ma charakter tylko dowodowy – potwierdza wystąpienie celu medycznego, który w postępowaniu można wykazać różnymi środkami dowodowymi⁶¹. Zgadzam się w pełni ze stanowiskiem zajęтым przez autora. Po pierwsze należy przypomnieć, że marihuana posiada szereg potwierdzonych naukowo właściwości leczniczych i jej używanie – przy zachowaniu pewnych wymogów – jest dopuszczalne ze względu na korzystne skutki dla

⁵⁸ https://twitter.com/RafalMundry/status/1775043493104087362?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5E-tweetembed%7Ctwterm%5E1775043493104087362%7Ctwgr%5Eea340199090a86d5da3b864552267756362cf020%7Ctwtcon%5Esl1_&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.money.pl%2Fgospodarka%2Fpolacy-kupuja-tony-medycznej-marihuany-resort-pokazal-dane-7012522473712224a.html (dostęp: 21.04.2024 r.).

⁵⁹ D. Zając, *Narkotyki z nielegalnego źródła jako przedmiot czynności podjętej w celu leczniczym*, „Państwo i Prawo” 2022/8, s. 67–81.

⁶⁰ W literaturze wskazuje się, że dobrem chronionym prawnie w ujęciu art. 62 i 62b u.p.n. jest przede wszystkim zdrowie indywidualne i/lub zdrowie publiczne. Niekiedy wymienia się także porządek publiczny, interes społeczny w zapobieganiu zjawisku narkomanii poprzez niekontrolowane posiadanie i używanie środków, które mogą prowadzić do uzależnienia, czy interes społeczny w przestrzeganiu administracyjnoprawnych norm postępowania z substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii. Krytycznie na temat tak zakreślonego katalogu dóbr prawnych: K. Tkaczyk-Rymanowska, *Dobro prawne na gruncie art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r.*, „Ius Novum” 2023/2, s. 37–62 i podana tam literatura.

⁶¹ D. Zając, *Narkotyki...*, s. 79.

zdrowia⁶². Dał temu wyraz także polski ustawodawca we wspomnianej nowelizacji z 7.07.2017 r. Po drugie podkreślić trzeba dość jednolite stanowisko polskiej doktryny, zgodnie z którym celem prawa karnego jest wyłącznie reakcja na pewne wyrządzone zło⁶³, ujęte w ramy przepisów, mających jednak charakter wyłącznie deskryptywny, czyli opisujący zachowania godzące w dobra prawne. Aczkolwiek może się zdarzyć, jak słusznie podniósł D. Zając, że naruszenie formalnego zakazu nie będzie prowadziło do naruszenia ani nawet narażenia tych dóbr. W takiej sytuacji, z uwagi na brak bezprawności zachowania, sprawca nie będzie podlegał odpowiedzialności karnej⁶⁴.

Zgodnie z przepisem art. 62 ust. 1 u.p.n. odpowiedzialność karną ponosi ten, „kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe”. Ze względu na to, że dobrem prawnym, jak twierdzi się w literaturze i orzecnictwie, jest zdrowie publiczne i/lub indywidualne, to jeśli zamierzamy dekodować z tej normy treść zakazu, to – zdaniem D. Zająca – jego brzmienie przedstawia się następująco: „nikomu nie wolno narażać zdrowia indywidualnego / zdrowia publicznego przez posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych, poza sytuacjami X, Y, Z. Owe sytuacje X, Y i Z to inna forma zapisu frazy: wbrew przepisom ustawy”⁶⁵. Takie ujęcie opisu czynu wskazuje, że w pewnych przypadkach ustawodawca toleruje ryzyko związane z używaniem środków odurzających czy substancji psychotropowych, uznając, iż jest to społecznie bardziej opłacalne, choć nadal ryzykowne. Widać to na przykładzie szeregu substancji psychoaktywnych, które mogą być zarówno lekami przyjmowanymi przez pacjenta w procesie leczenia, jak i narkotykami, jeśli używane są przez konsumenta w celach odurzenia (np. morfina czy marihuana). Możliwość ich zażywania w procesie leczenia nie powoduje, że nagle zmieniają się ich właściwości farmakologiczne i te same środki stają się mniej szkodliwe dla organizmu pacjenta. Dopuszczalność stosowania tych środków wynika z zaakceptowanego ryzyka (zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa, z uwagi na ryzyko popadnięcia pacjenta w narkomanię, co zaburzy również realizację pewnych ról społecznych tej jednostki), w którego przypadku potencjalne korzyści medyczne przeważają na mogącymi wystąpić skutkami ubocznymi. W praktyce może zatem mieć miejsce sytuacja, w której choć dojdzie do naruszenia formalnego zakazu, nie wystąpi w ogóle zagrożenie dla dobra prawnego w postaci zdrowia indywidualnego/publicznego. Moim zdaniem będzie tak w przypadku posiadania marihuany z nielegalnego źródła (pozyskanej z tego źródła z różnych powodów, np. braku dostępności marihuany w aptekach, względów ekonomicznych czy nawet korzystniejszych efektów działania marihuany z tzw. czarnego rynku od suszu aptecznego), ale w celu medycznym. Potrzeba medyczna powinna być rozpatrywana w kontekście braku ataku na dobro prawne w ogóle. Czyn obiektywnie służący ochronie dobra

⁶² Zresztą identyczna sytuacja dotyczy wielu innych substancji psychoaktywnych, które wykorzystywane są do celów medycznych, szczególnie z grupy opioidów.

⁶³ G. Wycichowska-Kuchta, *Dekryminalizacja posiadania i używania narkotyków według Douglasa Husaka. Perspektywa polska*, „Zeszyty Prawnicze” 2018/18(3), s. 52, <https://doi.org/10.21697/zp.2018.18.3.03> (dostęp: 11.02.2025 r.); W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne, część ogólna*, Kraków 2010, s. 21 i n.

⁶⁴ D. Zając, *Narkotyki...*, s. 69.

⁶⁵ D. Zając, *Narkotyki...*, s. 71.

prawnego (zdrowia) nie może być bowiem jednocześnie czynem obiektywnie to dobro atakującym⁶⁶. W związku z powyższym należy przyjąć, że wejście w posiadanie marihuany pochodzącej z czarnego rynku w celu złagodzenia dolegliwości bólowych lub użycia w innym celu medycznym nie jest atakiem na zdrowie jednostki ani zdrowie publiczne, skoro nie tylko ratuje to zdrowie, ale pomaga człowiekowi funkcjonować w społeczeństwie w sposób najbardziej zbliżony do prawidłowego. Czyn takiego pacjenta nie stanowi więc żadnego naruszenia normy sankcjonowanej chroniącej zdrowie, a tym samym nie wymaga (aby go uznać za legalny) żadnego usprawiedliwienia, bowiem znajduje się poza zakresem normowania z art. 62 u.p.n.⁶⁷ Nie ma także znaczenia, kto tę substancję w celu medycznym posiada – czy pacjent mający uprawnienie o charakterze formalnym (np. receptę na susz), czy pacjent niemający uprawnienia formalnego, ale u którego występuje obiektywna potrzeba medyczna, np. jest pacjentem onkologicznym, choruje na stwardnienie rozsiane (uprawnienie materialne)⁶⁸. Ważne jest tylko, że nie przekazuje marihuany osobom trzecim, a sam używa jej w celach terapeutycznych (np. przeciwbólowo). Należy także podkreślić, że ilość posiadanego środka także powinna wskazywać na stosowanie go w celach terapeutycznych. W przypadku wystawionej recepty ustalenie dawek będzie zasadniczo proste, w przypadku zaś jej braku pacjent przejmuje na siebie ryzyko wyznaczenia potrzebnej dawki terapeutycznej, co niekiedy można będzie uznać za zachowanie bezprawne, ale równocześnie możliwe do oceny z punktu widzenia stopnia społecznej szkodliwości lub winy sprawcy⁶⁹.

Niewątpliwie uprawnienie, o którym mowa wyżej, dotyczy osoby chorej wymagającej określonego leczenia. Taka osoba posiadająca marihuanę z nielegalnego źródła, działająca w celu zrealizowania potrzeby medycznej, według mnie nie będzie sprawcą w rozumieniu art. 62 u.p.n. Na szczególną uwagę zasługuje w tym kontekście stanowisko Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej ETPC) w sprawie Thörn przeciwko Szwecji⁷⁰. Zdaniem sędziów ETPC skazanie karne osoby, która używała marihuany na własne potrzeby z własnej uprawy, aby walczyć z przewlekłym bólem, choć środek ten nie został jej zapisany przez lekarza, mieści się w granicach swobody decyzyjnej państwa i nie narusza art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności⁷¹. Skarżący od 1994 r. poruszał się na wózku inwalidzkim,

⁶⁶ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 168.

⁶⁷ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie...*, s. 168. W tym kontekście może pojawić się pytanie o inne czynności sprawcze, np. uprawa konopi, przywożenie. Według mnie potrzeba medyczna także wyłącza możliwość ścigania pacjentów za tego typu zachowania pod warunkiem, że służą one zaspokojeniu obiektywnie istniejącej potrzeby medycznej pacjenta.

⁶⁸ O możliwości krytyki (i obrony) uprawnienia materialnego do posiadania narkotyku z nielegalnego źródła zob. D. Zając, *Narkotyki...*, s. 75.

⁶⁹ D. Zając, *Narkotyki...*, s. 74.

⁷⁰ Wyrok ETPC z 1.09.2022 r., skarga nr 24547/18, Thörn przeciwko Szwecji. Zob. J. Kulesza, M. Mrowicki, *Uprawa i przetwarzanie konopi w stanie wyższej konieczności – glosa do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 1.09.2022 r., 24547/18, Thörn przeciwko Szwecji*, „Europejski Przegląd Sądowy” 2024/4, s. 36 i n.

⁷¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.) – dalej EKPC.

gdyż uszkodził kręgosłup w wypadku samochodowym. Przewlekłe bóle, na które nie pomagały tradycyjne środki przeciwbólowe, doprowadziły skarżącego do depresji. W tym czasie medyczna marihuana była dostępna w Szwecji na receptę przy leczeniu niektórych chorób, ale nie była refundowana, zatem skarżący musiałby ponieść znaczne nakłady finansowe na jej zakup. Skarżący wskazał, że marihuana z własnej produkcji, przy spożywaniu jej niewielkich ilości dwa razy dziennie, pomogła mu na tyle, iż poprawił się komfort jego życia, dzięki czemu mógł nawet wrócić do pracy na pełen etat. W 2015 r. został jednak skazany za wyrób, posiadanie oraz używanie narkotyków na kwotę ok. 520 euro. W skardze do ETPC skarżący zarzucił, że skazanie to stanowiło naruszenie jego prawa do poszanowania życia prywatnego, chronionego art. 8 EKPC⁷². Trybunał, co prawda, częściowo zgodził się ze skarżącym, że doszło do ingerencji w prawo do poszanowania jego życia prywatnego, ale równocześnie uznał, iż było to konieczne w demokratycznym społeczeństwie (*necessary in a democratic society*), czego wymaga art. 8 ust. 2 EKPC. Trybunał wyraźnie wskazał jednak, że sprawa, w której orzekał, nie dotyczyła jako takiej legalności używania i hodowania konopi do celów medycznych (więc stanowiska ETPC w tej kwestii nie znamy), lecz tego, czy niezwolnienie skarżącego z odpowiedzialności karnej za te czyny stanowi naruszenie jego prawa do poszanowania życia prywatnego. Szwedzki sąd uznał, że nawet jeśli skarżący działał w stanie wyższej konieczności, a jego czyny nie stanowiły zagrożenia dla innych osób, to i tak dopuścił się przestępstwa. Jego indywidualne okoliczności zdrowotne zostały przez sąd uwzględnione wyłącznie na etapie wymiaru kary. Trybunał stwierdził zaś, że w czasie prowadzonego w sprawie postępowania karnego skarżący uzyskał już receptę na konopie, a ponadto w żaden sposób nie dowiódł, aby prowadzone w sprawie postępowanie karne miało na niego negatywny wpływ. Zdaniem ETPC sądy krajowe prawidłowo oceniły i zrównoważyły interesy skarżącego i interes publiczny w egzekucji systemu kontroli w zakresie szeroko pojętego obrotu narkotykami, nie przekraczając marginesu swobody działania – jako strony EKPC – w dziedzinie regulacji legalności substancji psychoaktywnych⁷³.

Stanowisko podobne do tego, które zajął w 2015 r. sąd szwedzki, podzielił także polski Sąd Apelacyjny (dalej SA) we Wrocławiu w wyroku z 27.02.2018 r.⁷⁴ Zdaniem sędziów orzekających w sprawie, jeśli oskarżony prowadzi dla własnych celów plantację konopi, aby móc ją wykorzystać do produkcji medycznej marihuany, sąd powinien takiemu sprawcy nadzwyczajnie złagodzić karę, ale nie orzekać kary zbyt łagodnej. O braku realizacji znamion czynu zabronionego w takim przypadku w ogóle nie ma mowy. Według mnie ważny jest stan faktyczny, na którego tle zapadło orzeczenie. Sprawca bowiem przez kilka miesięcy prowadził uprawę ponad 300 krzewów konopi,

⁷² Wyrok ETPC z 1.09.2022 r., skarga nr 24547/18, Thörn przeciwko Szwecji.

⁷³ K. Warecka, *Strasburg: Skazanie za uprawę konopi indyjskich na potrzeby własne zgodne z Konwencją*, LEX/el. 2022.

⁷⁴ Wyrok SA we Wrocławiu z 27.02.2018 r., II AKa 26/18, LEX nr 2464906. Zob. wyrok SA w Gdańsku z 29.12.2021 r., II AKa 355/21, LEX nr 3350555, w którym sąd podtrzymał kwalifikację działania sprawcy w stanie wyższej konieczności wyłączającą winę, ale z przekroczeniem jej granic (zob. J. Kulesza, A.J. Białas, *Uprawa i przetwarzanie marihuany w stanie wyższej konieczności. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 29.12.2021 r., II AKa 355/21*, „Przegląd Sądowy” 2024/5, s. 109 i n.).

z których wytworzył znaczną ilość środka w postaci suszu o wadze ok. 8900 g oraz usiłował wytworzyć znaczną jego ilość o wadze ponad 10 000 g (do czego nie doszło z uwagi na wykrycie uprawy). Argumentował to tym, że on i jego żona to osoby poważnie chore, które wykorzystywały konopie jako surowiec w celach medycznych. Zarówno Sąd Okręgowy, jak i następnie Sąd Apelacyjny uznały jednak, że sprawca zmierzał do wytworzenia aż niemal 20 kg marihuany, co stanowi czyn o wysokiej społecznej szkodliwości, za co sprawca został skazany na karę bezwzględnego pozbawienia wolności (2 lata) oraz grzywnę. Sąd Apelacyjny podkreślił, że sprawca w takich okolicznościach zasługuje na karę z nadzwyczajnym złagodzeniem, ponieważ decyzję o hodowli podjął w związku z chorobą nowotworową, a uprawę miał przeznaczyć na własne cele⁷⁵. Sprawcy należy się zatem łagodniejsze potraktowanie, ale SA wyraźnie stwierdził, że nie można przyjąć braku realizacji znamion. Mam zatem wątpliwości, jaką kwalifikację przyjąłby sąd, gdyby przedmiotem uprawy były konopie w ilości stanowiącej typ podstawowy. Po przeanalizowaniu tej kwestii należałoby uznać (choć stoję na stanowisku przeciwnym, z powodów, o których pisałam wyżej), że sprawca taki realizuje znamiona typu czynu, a ewentualne złagodzenie kary następuje wyłącznie na etapie sądowego wymiaru. Można byłoby jednak, moim zdaniem, rozważyć ocenę podjętego czynu także przez pryzmat art. 26 Kodeksu karnego⁷⁶, ale wyłącznie w kontekście uprawy dostarczającej znaczne ilości konopi. Uważam, że w przeciwnym wypadku czyn pacjenta nie stanowi żadnego naruszenia normy sankcjonowanej, a tym samym nie wymaga żadnego usprawiedliwienia.

Pojawia się w tym miejscu także inne pytanie, a mianowicie o odpowiedzialność osoby, która jako „nielegalne źródło” jest podmiotem czynności wykonawczej w postaci dostarczenia marihuany pacjentowi z potrzebą medyczną. Rozstrzygającą kwestią w tym przypadku wydaje się być wiedza, świadomość dostawcy marihuany. Jeśli będzie on posiadał wiedzę o stanie zdrowia pacjenta i przeznaczeniu środka (np. będzie osobą najbliższą choremu, dla którego prowadzi uprawę w celu ulgi w bólu), to w takiej sytuacji wydaje się, że nie dochodzi do ataku na dobro prawne. Jeśli jednak dostawca nie ma takiej świadomości i dostarcza marihuanę w przekonaniu o rekreacyjnym charakterze nabycia, w takim wypadku sprawca poniesie odpowiedzialność na ogólnych zasadach. Słusznie D. Zając proponuje⁷⁷, aby wówczas oceniać zachowanie dostawcy przez pryzmat art. 13 § 2 k.k.

5. Podsumowanie

W kontekście tzw. medycznej marihuany kluczową kwestią jest zapewnienie regularnych dostaw surowca farmaceutycznego. Gdy 7.07.2017 r. zalegalizowano marihuanę

⁷⁵ A. Partyk, *Dwa lata więzienia to odpowiednia kara za hodowanie marihuany przez osobę ciężko chorą*, LEX/el.2018.

⁷⁶ Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.) – dalej k.k. Szerzej na ten temat: K. Tkaczyk-Rymanowska, *Polskie regulacje dotyczące medycznej marihuany*, referat wygłoszony na zebraniu naukowym w Katedrze Kryminologii na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego 25.06.2024 r., niepubl.

⁷⁷ D. Zając, *Narkotyki...*, s. 79.

do celów medycznych, podstawowym problemem, z jakim zmagali się polscy pacjenci, był brak surowca w aptekach. Pierwsze dostawy pojawiły się dopiero w styczniu 2019 r., a marihuana dostępna była wówczas w zaledwie 3 aptekach w kraju. Dnia 2.08.2021 r. wpłynął do Sejmu poselski projekt ustawy nowelizującej u.p.n.⁷⁸ Projekt został opracowany ze względu na potrzebę uregulowania kwestii dotyczących upraw i zbioru konopi innych niż włókniste w celu uzyskania surowca farmaceutycznego. Na dzień wnoszenia projektu na liście surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu na terytorium kraju na podstawie decyzji Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych znajdowało się zaledwie 6 surowców: 4 pochodzące od spółki Aurora Deutschland oraz 2 – spółki Canopy Growth. Nie spełniało to potrzeb polskich pacjentów. Zdecydowano zatem uregulować kwestię krajowej uprawy konopi na surowiec farmaceutyczny poprzez wprowadzenie do u.p.n. art. 49a. Ostatecznie nowelizacja została uchwalona, po uwzględnieniu poprawek senackich, w dniu 24.03.2022 r.⁷⁹ Przepis art. 49a u.p.n. zezwolił, aby uprawy i zbiór konopi innych niż włókniste, mające stanowić surowiec farmaceutyczny do wytworzenia tzw. medycznej marihuany, były prowadzone – po uzyskaniu zezwolenia GIF – przez instytut badawczy w rozumieniu ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych⁸⁰, nadzorowany przez ministra właściwego do spraw rolnictwa. Przepis ten dokładnie precyzuje wymogi, jakie powinien spełnić instytut badawczy ubiegający się o zezwolenie na krajową uprawę, reguluje, jakie powinien przedsięwziąć środki zabezpieczające uprawę przed nieuprawnionym dostępem, a także wskazuje minimalne wymogi infrastrukturalne do prowadzenia uprawy. Szczegółowy zaś tryb zabezpieczenia upraw konopi oraz przechowywania zbiorów ziela czy żywicy określa rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 4.01.2023 r.⁸¹ Zgodnie z zapisem w art. 49a ust. 11 u.p.n. GIF będzie mógł odmówić wydania zezwolenia, jeżeli instytut nie spełni warunków lub nie udzieli rękojmi należytego zabezpieczenia zbioru z upraw przed wykorzystaniem do celów innych niż określone w ustawie.

Pierwsze efekty nowelizacji pojawiły się jednak dopiero pod koniec 2023 r. Wpłynął wówczas pierwszy wniosek o udzielenie zezwolenia na uprawę konopi w celu wytwarzania surowca farmaceutycznego (postępowanie jednak zawieszono)⁸², natomiast w grudniu tegoż roku inny podmiot uzyskał zgodę GIF na pierwszą w Polsce legalną uprawę konopi. Miałaby ona powstać w Konopnicy (województwo lubelskie). Instytut Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego im. prof. Wacława Dąbrowskiego Państwowy Instytut Badawczy przeprowadził

⁷⁸ Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, druk sejmowy nr 1699, Sejm IX kadencji.

⁷⁹ Ustawa z 24.03.2022 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2022 r. poz. 763). Przebieg procesu legislacyjnego – <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1699> (dostęp: 13.02.2025 r.).

⁸⁰ Ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 534).

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 4.01.2023 r. w sprawie zabezpieczenia upraw konopi innych niż włókniste oraz przechowywania zbiorów ziela lub żywicy tych konopi (Dz.U. z 2023 r. poz. 72).

⁸² K. Nocuń, *Uprawa medycznej marihuany – wpłynął jeden wniosek*, LEX/el. 2023.

pierwszą fazę uruchomienia farmy *indoor*. Druga faza projektu jest w trakcie realizacji i – zgodnie z deklaracją – powinna zostać oddana do użytku w 2024 r. Byłby to istotny krok dla pacjentów, którzy będą mogli korzystać z konopi uprawianych w Polsce. W konsekwencji może to oznaczać, że cena konopi w aptekach będzie niższa niż dotychczas, ponieważ lokalne uprawy pozwolą na ominięcie pośredników, którzy do tej pory narzucali swoją marżę. Wydanie pierwszego zezwolenia na uprawę medycznej marihuany w Polsce to znaczny postęp i należy ocenić go pozytywnie. Nie tylko wpłynie on na rozwój branży konopnej, ale być może otworzy także drzwi do nowych możliwości, takich jak eksport lokalnego surowca do innych krajów⁸³. Przede wszystkim jednak pozwoli polskiemu pacjentowi, bez względu na jego status ekonomiczny (jak to miało miejsce dotychczas), na dostęp do leczenia, które w wielu krajach europejskich jest stosowane z powodzeniem.

Bibliografia

1. Altschwager M., Gruener A., Lebrecht C., *Germany: New reimbursement price for German medical cannabis flowers*, https://www.globalcompliance-news.com/2022/09/01/https-insightplus-bakermckenzie-com-bm-healthcare-life-sciences-made-in-germany-new-reimbursement-price-for-german-medical-cannabis-flowers_8242022/.
2. Bołtryk P., *Kryminologiczne i prawne aspekty posiadania narkotyków w Polsce na przykładzie pochodnych konopi innych niż włókniste*, Białystok 2014.
3. *Cannabis for medical purposes under the Cannabis Act: information and improvements*, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/medical-use-cannabis.html>.
4. Dązbłaż B., *Recepta z receptomatu – farmaceuta nie może odmówić realizacji*, LEX/el. 2023.
5. *GIF wydał pierwsze w Polsce zezwolenie na uprawę medycznej marihuany!*, <https://faktykonopne.pl/gif-wydal-pierwsze-w-polsce-zezwolenie-na-uprawe-medycznej-marihuany/>.

⁸³ Niestety należy także wspomnieć, że kwestię uprawy konopi w kraju komplikuje fakt pewnych perturbacji związanych z firmą Plantalux, która miała być odpowiedzialna za wyposażenie i spełnienie wymogów infrastrukturalnych. Informacje dostępne w mediach wskazują, że w sprawie ewentualnego zablokowania uprawy konopi może być zaangażowany poznański Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich, który miał być pierwszym dostawcą surowca farmaceutycznego na tzw. medyczną marihuanę. „Według wszelkich dostępnych informacji, które zgromadziłem, projekt Instytutu Biotechnologii Przemysłu Spożywczego napotkał takie problemy, przez liczne naciski i kontrole wynikające z interwencji ich kolegów z poznańskiego Instytutu. (...) Wszystko przez to, że ta instytucja ma już ponoć zapewnione 50 milionów złotych z publicznych pieniędzy, na stworzenie «polskiego know-how uprawy medycznej marihuany». Tak więc jakby to wyglądało, że inny Instytut za o wiele mniejsze pieniądze i w o wiele szybszym tempie mógłby uprawiać medyczne konopie” – wypowiedź pochodzi z portalu tworzonego przez aktywistów, zwolenników legalizacji konopi i marihuany: M. Rusin, *W Polsce nie będzie upraw medycznej marihuany? Otrzymałmyś oświadczenie jednej z firm*, 19.02.2024 r., <https://www.weedweek.pl/w-polsce-nie-bedzie-upraw-medycznej-marihuany-otrzymalismy-oswiadczenie-jednej-z-firm/> (dostęp: 24.04.2024 r.). Wydaje się jednak, że problem leży gdzie indziej. Wspomniany instytut posiadał zaplecze intelektualne i techniczne, spełniał wymagania ustawowe. Narodowy Instytut Leków zadeklarował w związku z tym gotowość opracowania taniej technologii otrzymywania wystandaryzowanego ekstraktu, ale ostatecznie projekt ten nie spotkał się z przychylnością Rady Ministrów i został odrzucony. M. Purgoł, J. Barcik, *Ustawa...*, s. 192.

6. Hiller P., Lehmann K., Schlink J., Schroers A., *Die Frankfurter Cannabis-Studie. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Frankfurter Bevölkerung zum Thema Cannabis, Abschlussbericht*, Frankfurt am Main 2023.
7. Hoop B., Heerdink E.R., Hazekamp A., *Medicinal Cannabis on Prescription in The Netherlands: Statistics for 2003–2016*, Cannabis and Cannabinoid Research 2018, t. 3(1).
8. Ile kosztuje medyczna marihuana w Polsce? Takie wydatki czekają pacjentów!, <https://greendoctor.pl/blog/ile-kosztuje-medyczna-marihuana/>.
9. Ile kosztuje medyczna marihuana w różnych krajach świata – porównanie cen i regulacji rynku, <https://vaporshop.pl/pl/blog/cbd-olejki-konopne-cbd-i-susz-cbd-przydatne-informacje/ile-kosztuje-medyczna-marihuana-w-roznych-krajach-swiatea-porownanie-cen-i-regulacji-rynku>.
10. Jiang H.-E., Li X., Zhao Y.-X., Ferguson D.K., Hueber F., Bera S., Wang Y.-F., Zhao L.-C., Liu C.-J., Li C.-S., *A new insight into Cannabis sativa (Cannabaceae) utilization from 2500-year-old Yanghai Tombs, Xinjiang, China*, Journal of Ethnopharmacology 2006, t. 108, nr 3, <https://doi.org/10.1016/j.jep.2006.05.034>.
11. Kmiecik B., *Prawo do świadczeń zdrowotnych wobec dyskusji dotyczącej legalizacji miękkich narkotyków*, Acta Universitatis Lodzensis. Folia Juridica 2016, t. 76.
12. Krajewski K., *Opinia nt. projektu zmian w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r. dotyczących art. 62a oraz wykazu środków odurzających grupy IV-N, stanowiącego załącznik nr 1 do ustawy*, 31.01.2012 r., <https://www.politykanarkotykowa.pl/wp-content/uploads/2021/01/opinia-prof.-K.-Krajewskiego-do-projektu-ustawy.pdf>.
13. Kulesza J., Białas A.J., *Uprawa i przetwarzanie marihuany w stanie wyższej konieczności. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 29.12.2021 r., II AKa 355/21*, Przegląd Sądowy 2024, nr 5.
14. Kulesza J., Mrowicki M., *Uprawa i przetwarzanie konopi w stanie wyższej konieczności – glosa do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 1.09.2022 r., 24547/18, Thörn przeciwko Szwecji*, Europejski Przegląd Sądowy 2024, nr 4.
15. Kuna M., *Warunki medycznego zastosowania marihuany w Polsce – aspekty prawa administracyjnego*, Przegląd Prawa Administracyjnego 2019, nr 2.
16. *Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking*, Lisbon 2018, <https://doi.org/10.2810/979004>.
17. Motyka M., Marcinkowski J.T., *Używanie pochodnych konopi, cz. 2, Zastosowanie w medycynie vs. konsekwencje zdrowotne*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2014, t. 95, nr 1.
18. *Na miesiąc przed śmiercią mówił o adopcji dziecka. Tomasz Kalita żył „na bombie”*, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/tomasz-kalita-zyl-na-bombie-przed-smiercia-chcial-miec-jeszcze-dzieci/45l2myv>.
19. Nocuń K., *Uprawa medycznej marihuany – wpłynął jeden wniosek*, LEX/el. 2023.
20. Olak A., Konecka-Szydełko B., Maruszak M., *Układ z Schengen a bezpieczeństwo Polski*, Współczesne Problemy Zarządzania 2020, t. 8, nr 1(16), <https://doi.org/10.52934/wpz.81>.

21. Owczarek A., Kozaczuk P., Grimling B., Karolewicz B., *Uwarunkowania stosowania marihuany do celów medycznych w Polsce*, *Farmacja Polska* 2023, t. 79, nr 7.
22. Partyk A., *Dwa lata więzienia to odpowiednia kara za hodowanie marihuany przez osobę ciężko chorą*, *LEX/el.* 2018.
23. Purgoł M., Barcik J., *Ustawa legalizująca tzw. marihuanę dla celów medycznych w świetle standardów prawa międzynarodowego*, *Międzynarodowe Prawo Publiczne* 2018, nr 7–8.
24. Rogowska-Szadkowska D., *Komu pomaga medyczna marihuana*, Warszawa 2022.
25. Rusin M., *W Polsce nie będzie upraw medycznej marihuany? Otrzymaliśmy oświadczenie jednej z firm*, <https://www.weedweek.pl/w-polsce-nie-bedzie-upraw-medycznej-marihuany-otrzymalismy-oswiadczenie-jednej-z-firm/>.
26. Szabla M., Kędzierska E., *Medyczna marihuana*, [w:] *Rośliny – przegląd wybranych zagadnień*, red. K. Kropiwiec, M. Szala, Lublin 2016.
27. Tabaka M., *Wreszcie. Marihuana medyczna będzie produkowana w Polsce, przestaniemy przepłacać*, <https://bizblog.spidersweb.pl/marihuana-medyczna-konopie-indyjskie-budzet>.
28. *Terapia medyczną marihuaną w Polsce: czy marihuana lecznicza jest legalna? Jakie choroby można nią leczyć i gdzie zrealizować receptę?*, <https://zielonakaretkka.pl/medyczna-marihuana-w-polsce/>.
29. *Therapeutic effects of cannabis and cannabinoids*, [w:] *The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research*, Washington 2017, <https://nap.nationalacademies.org/read/24625/chapter/6>.
30. Tkaczyk-Rymanowska K., *Dobro prawne na gruncie art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r.*, *Ius Novum* 2023, nr 2.
31. Tkaczyk-Rymanowska K., *Polskie regulacje dotyczące medycznej marihuany*, referat wygłoszony na zebraniu naukowym w Katedrze Kryminologii na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego 25.06.2024 r., niepubl.
32. Tkaczyk-Rymanowska K., *Refleksje na temat art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na tle karnoprawnym i konstytucyjnym*, *Ius Novum* 2021, nr 1, <https://doi.org/10.26399/iusnovum.v15.1.2021.03/k.tkaczyk-rymanowska>.
33. Warecka K., *Strasburg: Skazanie za uprawę konopi indyjskich na potrzeby własne zgodne z Konwencją*, *LEX/el.* 2022.
34. *Wkrótce w aptekach polskie konopie medyczne*, <https://www.termedia.pl/mz/Wkrotce-w-aptekach-polskie-konopie-medyczne,54479.html>.
35. Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne, część ogólna*, Kraków 2010.
36. Wycichowska-Kuchta G., *Dekryminalizacja posiadania i używania narkotyków według Douglasa Husaka. Perspektywa polska*, *Zeszyty Prawnicze* 2018, t. 18, nr 3, <https://doi.org/10.21697/zp.2018.18.3.03>.
37. *Wydano pierwsze zezwolenie na uprawę konopi indyjskich w Polsce*, <https://420polska.pl/wydano-pierwsze-zezwolenie-na-uprawe-konopi-indyjskich-w-polsce/>.
38. Zajac D., *Narkotyki z nielegalnego źródła jako przedmiot czynności podjętej w celu leczniczym*, *Państwo i Prawo* 2022, nr 8.