Warszawa dnia 4 czerwca 2012r.

Grupa Posłów
na Sejm RP

Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust.1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. oraz na podstawie art. 32 ust. 2 Regulaminu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Na podstawie art. 34 ust. 1 Regulaminu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy Pana posła Michał Kabacińskiego .

Ustawa
z dnia 4 czerwca 2012
o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Art. 1. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) W art. 28:
   a) ust. 2. otrzymuje brzmienie:

Leczenie substytucyjne może prowadzić zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa, wydanego po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Biura odnośnie do spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7.

   b) ust. 6. otrzymuje brzmienie:

Zezwolenie na leczenie substytucyjne cofa się, gdy zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej przestał spełniać warunki stanowiące podstawę wydania zezwolenia.

   c) ust. 6b. otrzymuje brzmienie:

Zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej prowadzący leczenie substytucyjne jest obowiązany do niezwłocznego przekazywania Biuru informacji o zakwalifikowaniu, wyłączeniu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie realizującym takie leczenie.

   a) ust. 7. otrzymuje brzmienie:

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym, szczegółowe warunki, jakie powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej lub lekarz psychiatra wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej prowadzący leczenie substytucyjne, oraz szczegółowy sposób gromadzenia, przechowywania i przekazywania informacji, o których mowa w ust. 6b, mając na względzie dobro osób uzależnionych, w tym potrzebę zachowania anonimowości osób umieszczanych w Centralnym Wykazie Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

2) art. 62a zmienia zapis na art.62a.1.

art. 62a. 1. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeśli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

3) do art. 62a.1. dodaje się ustęp 2. i 3. o następującej treści:

2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określą w drodze rozporządzenia ilości wybranych środków odurzających i substancji psychotropowych, które należy uznać za nieznaczne. Celem rozporządzenia jest stworzenie jasnych kryteriów stosowania instytucji umorzenia, o której mowa w ustępie 1. Rozporządzenie bierze pod uwagę całkowitą masę środków odurzających i substancji psychotropowych zabezpieczonych przy zatrzymanych, nie zaś wagę substancji czynnej. Rozporządzenie uwzględnia jedynie najpopularniejsze z zabezpieczanych substancji. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

3. Prokurator Generalny wydaje wytyczne dla organów postępowania przygotowawczego określające sposób prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach, o których mowa w ust. 1, zwłaszcza w odniesieniu do czynności niezbędnych i niecierpiących zwłoki.

4) Do art. 45 dodaje się ust. 4 w następującym brzmieniu:

Art. 45 ust. 4. Uprawa konopi innych niż włókniste może być prowadzona wyłącznie na użytek własny i w celach medycznych określonych przez lekarza. Minister sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określą w drodze rozporządzenia warunki oraz zasady i tryb przyznania pozwolenia na uprawę konopi przeznaczonej na własne potrzeby medyczne. Pozwolenie na uprawę wydaje wójt, burmistrz lub prezydent miasta po spełnieniu warunków rozporządzenia. Rozporządzenie wydaje się w ciągu 12 miesięcy od wejścia w życie ustawy.

5) W art. 45, ust. 5 otrzymuje następujące brzmienie:

Art. 45 ust 5. Uprawa konopi innych niż wymienione w ust. 3 oraz ust. 4 jest zabroniona.

6) Art.. 63 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

Art. 63.1. Kto, wbrew przepisom ustawy, uprawia mak, z wyjątkiem maku niskomorfinowego, konopie, z wyjątkiem konopi włóknistych lub z wyjątkiem przeznaczenia na własne potrzeby medyczne, lub krzew koki, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

7) wykreśla się z tabeli IV-N, stanowiącej załącznik do ustawy, żywicę i ziele konopi

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie:

Dwudziestoletnie już doświadczenia Polski w prowadzeniu leczenia substytucyjnego pokazują, że dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie wydają się niewystarczające, a przez to są nieskuteczne dla wielu pacjentów i obciążone dużymi kosztami po stronie systemu zdrowia. Od pewnego już czasu w środowisku lekarzy i terapeutów, a także pacjentów toczą się dyskusje o potrzebach wprowadzenia uzupełnień i modyfikacji. Mimo, że zmiany są stosunkowo często wprowadzane, a kolejne rozporządzenia MZ łagodzą zbyt restrykcyjne zapisy lub z nich wręcz rezygnują, to w efekcie sytuacja nie ulega znaczącej poprawie. Zdaniem wielu specjalistów, pożądany efekt w postaci zdecydowanie szerszego udostępnienia terapii zastępczej i większego zhumanizowania dotyczących jej praktyk, da jedynie wprowadzenie alternatywy dla modelu, który zezwala na

prowadzenie przedmiotowej terapii jedynie w ramach formuły tzw. programu substytucyjnego.

Korzyści z umożliwienia prowadzenie leczenia substytucyjnego gabinetom lekarskim:

- Zmiana pozwoli objąć leczeniem o wiele większą liczbę potrzebujących go osób. Jest to celem zarówno Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, jaki i Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2010-2014, czy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2015. Obecnie leczenie substytucyjne otrzymuje ok. 2000 osób, z czego ponad 1000, w Warszawie. Aby osiągnąć np. priorytetowe cele KPPN należałoby objąć tą terapią, co najmniej drugie tyle osób.
- Poprzez rozproszenie pacjentów zmiana pozwoli rozładować sytuację w wielu programach substytucyjnych, w tym w stołecznych, gdzie w każdym, pomoc otrzymuje średnio ok. 200 pacjentów. Zbyt duża liczba zgłaszających się codziennie po lek osób, powoduje znaczące utrudnia w funkcjonowaniu programu i osłabia jego efektywność (podtrzymywanie u pacjentów tzw. uzależnienia środowiskowego).
- Pozwoli udostępnić terapię zastępczą w mniejszych miejscowościach. Możliwości powstawania i prowadzenia programów substytucyjnych na warunkach określonych w UPN i opartych o te przepisy rozporządzeniach MZ zdecydowały o tym, że leczenie to jest dostępne tylko w dużych ośrodkach miejskich. Wymogi, określające np. jak przechowywać lek, zasady jego wydawania, kontrolę abstynencji, prowadzenie psychoterapii, przekładają się na liczbę zatrudnionego personelu. Powodują, że nie jest opłacalne prowadzenie programów substytucyjnych w małych ośrodkach miejskich, gdzie liczba osób uzależnionych od opioidów jest niewielka.

Ten fakt, w skali kraju poważnie zawęża grupę osób mogących korzystać z terapii substytucyjnej i decyduje o nierównym dostępie obywateli do służby zdrowia.

Zgodnie z proponowanymi zmianami, jeśli leczenie substytucyjne będzie prowadzone przez odpowiednio przygotowanego lekarza psychiatrę wykonującego praktykę lekarską, będzie ono dostępne dla osób, które do tej pory ze względu na miejsce zamieszkania nie mogły w takim leczeniu uczestniczyć. Zmiana ta ograniczy także inne negatywne zjawiska, jak np. migrację części uzależnionych do dużych miast „za leczeniem", czego ubocznym skutkiem jest powiększająca się w tych miastach grupa osób wykluczonych społecznie, których utrzymaniem wcześniej czy później będą musiały zajmować się służby społeczne.

Proponowane zmiany spowodują większą dostępność do leczenia substytucyjnego dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Do tej pory, o ile nie były to osoby mieszkające w pobliżu prowadzonych programów substytucyjnych – nie miały żadnych szans na podjęcie takiego leczenia. Bezsprzeczny wydaje się fakt braku udogodnień w poruszaniu się osób na wózku inwalidzkim w naszym kraju. Oczywiście, można byłoby oprzeć udział osoby niepełnosprawnej w leczeniu substytucyjnym o opiekę ze strony rodziny. Wydaje się to jednak stwarzać sytuację w której nie tylko życie jednej osoby, ale także całej rodziny jest podporządkowane dość kuriozalnej procedurze medycznej, jaką jest leczenie substytucyjne w ramach tzw. programów.

Coraz większą grupę osób leczonych substytucyjnie stanowią pacjenci wieloletni. Osoby te, pomimo, że prowadzą normalne życie zawodowe i rodzinne oraz wykonują wiele innych ważnych ról społecznych, nadal pozostają w systemie leczenia nakładających na nich wzmożoną kontrolę (w tym kontrolę abstynencji) oraz zmuszone są do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w trybie odbiegającym zasad postępowania przy leczeniu innych przewlekłych schorzeń. Przyjmowanie metadonu czy innego leku substytucyjnego, powinno z wraz z długością terapii, zbliżać się do sposobu przyjmowania innych preparatów leczniczych. Leczeni substytucyjnie muszą, w dłuższej perspektywie czasu, mieć możliwość

stasowania swoich leków w sposób podobny do tego, jak robią to diabetycy czy chorzy na nadciśnienie: wizyta u lekarza, a następnie wizyta w aptece.

Proponowane zmiany mają niebagatelne znaczenie również pod kątem oszczędności i zmniejszenia kosztów udzielanych w ramach leczenia substytucyjnego świadczeń zdrowotnych. Szczególnie, jeśli weźmiemy pod uwagę, że terapia substytucyjna jest procedurą wieloletnią, a w wielu przypadkach pacjenci będą korzystać z niej do końca życia. W takich przypadkach, nie powinni oni mieć tylko „możliwości" leczenia poza programami substytucyjnymi – zmiana trybu leczenia wg proponowanych zmian powinna być obligatoryjna. To zapewni im skuteczniejszą readaptację, a z drugiej strony przyniesie poważne oszczędności w nakładach na leczenie uzależnień. Ponadto, oszczędności pozwolą na szersze zastosowanie skuteczniejszych ale też i nieco droższych leków, np. preparatów złożonych.

Musimy zauważyć, że zmiany, które są zaproponowane w art. 28 stanowią normę jeśli chodzi o organizację leczenia substytucyjnego w całej Europie. W większości krajów leczenie substytucyjne w programach dotyczy tylko dwóch grup pacjentów:
[1] pacjentów rozpoczynających terapię, dla których istotne jest wdrożenie do leczenia, poprawa sytuacji zdrowotnej i socjalnej, nabranie odpowiednich nawyków, a stała kontrola abstynencji wydaje się nieodzowna. Po pewnym czasie (zazwyczaj jest to kilka lub kilkanaście miesięcy) przesłanki te przestają być istotne.
[2] pacjentów „trudnych", u których poziom uzależnienia od innych niż opioidy substancji (np. alkoholu) i niski potencjał osobisty w sposób istotny ograniczają cele leczenia.

Propozycja uzupełnienia art. 62a.

Ustęp pierwszy stanowi propozycję rządową bez zmian. Ustęp drugi stanowi delegację ustawową do wydania rozporządzenia, które będzie grało rolę definicji legalnej dla terminu „środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego". Definicja taka przybierze formę tabeli wartości granicznych narkotyków.

Tabela wartości granicznych narkotyków jest narzędziem znanym i stosowanym w wielu krajach UE (m.in. Republika Czeska, Republika Federalna Niemiec). Pozwala ona organom ścigania ukierunkować działania na tych obywateli, którzy narkotyki posiadają nie w związku z ich konsumpcją, ale przede wszystkim w związku z udostępnianiem i obrotem nimi. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia01.04.2011 r. w zakresie art. 62a miała za zadanie rozwiązać problem konieczności ścigania przez Policję i Prokuraturę drobnych posiadaczy narkotyków, przede wszystkim marihuany, co wydaje się być działaniem niecelowym, a jednocześnie kosztownym. Dodanie art.62a miało mieć ten efekt, że prokuratorzy uzyskaliby możliwość umarzania postępowania względem takich osób i niewykonywania szeregu niepotrzebnych, kosztownych czynności procesowych. Przy okazji, zaprzestano by również niespotykanej nigdzie w UE praktyki surowego karania (9 tys. wyroków więzienia rocznie) konsumentów narkotyków.

Należy zauważyć, że prawo obowiązujące przed nowelizacją z 01.04.2011 r. miało rozwiązania prawne umożliwiające umorzenie postępowania (art. 17 kpk), albo kwalifikację czynu posiadania narkotyków jako wypadek mniejszej wagi (art. 62.3 upn). Mimo to, brak precyzji znamion ustawowych w rodzaju „niskiej społecznej szkodliwości" czy „wypadku mniejszej wagi" skutecznie uniemożliwiał ich stosowanie w praktyce względem

zatrzymanych z narkotykami. Problemu tego nie rozwiązało dodanie do ustawy kolejnego terminu nieostrego i niedookreślonego – „ilość nieznaczna narkotyku", do czego sprowadza się rozwiązanie w postaci art. 62a. Dlatego niezbędne jest doprecyzowanie w możliwie największym stopniu znaczenia tego terminu, na przykład poprzez wprowadzenie wzorowanych na innych krajach europejskich tabel wartości granicznych narkotyków. Należy również zauważyć, że tabele wartości granicznych wprowadzane mocą rozporządzenia nie stanowią naruszenia zasady normowania granic odpowiedzialności karnej mocą ustawy. Tabele wartości granicznych stanowią bowiem definicję legalną terminu „środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego", który to termin stanowi przesłankę ewentualnego, fakultatywnego umorzenia postępowania, nie zaś przesłankę karalności czynu.

Ustęp trzeci ma charakter przede wszystkim deklaratywny. Jego celem jest zwrócenie uwagi na konieczność uregulowania sposobu postępowania organów ścigania z zatrzymywanymi okazjonalnymi konsumentami narkotyków. Problem praktyki stosowania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, związany z dużymi kosztami jej stosowania w przedmiocie środków karnych oraz represyjnością tych środków polega m. in. na tym, że każda osoba zatrzymana z narkotykami zatrzymywana jest w policyjnych izbach zatrzymań, a jej mieszkanie jest przeszukiwane. Praktyka taka nie jest zgodna z obowiązującymi przepisami prawa, wydaje się również dalece niecelowa i słusznie odbierana jest przez część społeczeństwa oraz badaczy prawa jako nieuzasadniona represja, jakiej poddawane są osoby konsumujące narkotyki. Dlatego też, konieczne jest, aby Prokurator Generalny wydał odpowiednie wytyczne, przede wszystkim odnoszące się do okoliczności podejmowania poszczególnych czynności przez funkcjonariuszy Policji wobec zatrzymanych z narkotykami.

Propozycja wykreślenia się z tabeli IV-N, stanowiącej załącznik do ustawy, żywicy i ziela konopi
oraz propozycja dopuszczenia uprawy konopi innej niż włóknista na własne potrzeby medyczne.

Żywica i ziele konopi ujęte są już w tabeli I-N, co zgodnie z art. 33.1 ustawy przesądza o ich zastosowaniu wyłącznie do celów medycznych, przemysłowych czy prowadzenia badań. Jednak dodatkowe ujęcie żywicy i ziela konopi w tabeli IV-N przesądza o niemożliwości medycznych zastosowań tych środków (art. 33.2). Wydaje się, że mamy tutaj do czynienia z niezamierzoną sprzecznością w legislacji – konopie raz traktowane są jako środek o możliwym medycznym zastosowaniu (I-N), innym razem jako środek, który w celach medycznych nie może być stosowany (IV-N).

Tymczasem, ziele i żywica konopi bez wątpienia mają medyczne zastosowania i są przedmiotem rosnącego w ostatnim czasie zainteresowania nauki. Coraz częściej pojawiają się głośne doniesienia o anty-nowotworowych właściwościach składników ziela konopi, jednocześnie badania pokazują niewielkie ryzyko zdrowotne związane z ich przyjmowaniem. Konopie stosowane są również jako leki łagodzące objawy nieuleczalnych chorób przewlekłych (AIDS, SM). Dlatego też, w wielu krajach UE używanie preparatów konopi w celach medycznych jest tolerowane i praktykowane. W 15 stanach USA ziele konopi hodowane jest i sprzedawane na zasadach podobnych do farmaceutyków (tzw. medyczna

marihuana). Dodatkowo, w UE do obrotu farmaceutycznego dopuszczone są preparaty oparte na aktywnych składnikach ziela konopi (dronabinol), które zresztą zalicza się do grup niskiego ryzyka uzależnienia i sprzedaje na receptę.

Brak możliwości medycznego stosowania konopi w Polsce stwarza w praktyce sytuację naruszenia praw pacjentów do skutecznego i dostępnego leczenia. Jak donoszą środki masowego przekazu, wielu przewlekle chorych pacjentów uprawia konopie na własną rękę, bądź zaopatruje się na czarnym rynku, narażając się tym samym na surową odpowiedzialność karną i stymulując niekorzystne zjawiska społeczne (podziemny obrót). Dalsze utrzymywanie przez ustawodawcę tej sytuacji jest w oczywisty sposób niecelowe, zwłaszcza, że istnieje prosty sposób (zaproponowana zmiana), aby wyjść naprzeciw społecznych oczekiwań dotyczących medycznego zastosowania konopi. Należy wreszcie na koniec zaznaczyć, że wykreślenie ziela i żywicy konopi z tabeli IV-N w żaden sposób nie wpływa na zakres karalności posiadania tych środków. Nadal, o ile nie są one posiadane w ramach wprowadzonego ustawą i odpowiednimi rozporządzeniami systemu uprawnień, posiadanie żywicy oraz ziela konopi stanowić będzie czyn zabroniony pod groźbą kary (art. 62).

Dodatkowo, w projekcie określona została możliwość uprawy konopi innej niż włóknista na użytek własny i w celach medycznych. Obie przesłanki muszą zostać spełnione, by zachodził wyjątek od zakazu uprawy. Celem takiego rozwiązania jest umożliwienie domowej uprawy na własne potrzeby medyczne pacjentów. Reżim prawny kontroli uprawy oraz wydawania pozwolenia umożliwiającego uprawę będzie określony w rozporządzeniu do ustawy. Decyzja lekarza umożliwi zastosowanie Cannabis zarówno w leczeniu poważnych schorzeń, jak i łagodzeniu objawów wywołanych przez liczne chorobu i sposoby ich leczenia (chemioterapię nowotworów, zmniejszenie ciśnienia wewnątrz gałki ocznej u osób chorujących na jaskrę, itd.). Pisemne zalecenie lekarza powinno być podstawą do zakwalifikowania pacjenta do procedury pozwalającej na uprawę konopi bądź też do kupna medycznej Cannabis w aptece czy sprowadzenia leku w ramach importu docelowego.

Przewidywane skutki finansowe:

Projekt ustawy stanowi propozycję kompleksowej zmiany polityki narkotykowej prowadzonej dotychczas w Polsce; polityki niezwykle nieskutecznej i generującej ogromne koszta związane z nieskutecznym modelem leczenia uzależnień i karaniem za posiadanie narkotyków. Przyjęcie proponowanych rozwiązań będzie miało wymierne korzyści finansowe i wprowadzi humanitarne rozwiązania względem prawa narkotykowego, które od lat stosowane są w krajach zachodnich. Wprowadzenie delegacji ustawowej do rozporządzenie zawierającego tabele wartości granicznych narkotyków oraz zobligowanie Prokuratora Generalnego do wydania wytycznych policyjno-prokuratorskich pozwoli bardziej racjonalnie adresować represję karną, co przyczyni się do znacznych oszczędności. Otóż, według raportu *Instytutu Spraw Publicznych* z 2009[1] r., 80 mln zł rocznie przeznaczanych jest na ściganie, na ogół drobnych przestępstw z art. 62. Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Wprowadzenie

[1] E. Kuźmicz, Z. Mielecka- Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka (red.), *Karanie za posiadanie. Artykuł 62 ustawy o przeciw działaniu narkomanii – koszty, czas, opinie*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009

proponowanych zmian skutkować będzie realną oszczędnością w postaci 80 mln zł rocznie, gdyż procedura związana z egzekwowaniem art. 62 zostanie niemalże zniwelowana. Dodatkowo, wprowadzenie możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego przez lekarzy psychiatrów w ramach praktyki lekarskiej zrewolucjonizuje leczenie uzależnień w Polsce. Koszta leczenia uzależnień od opiatów w programach substytucyjnych, choć znacznie tańsze i skuteczniejsze od leczenia w ośrodkach typu *drug free*, generują koszta związane z prowadzeniem programów, utrzymaniem lokalu i pracowników służby zdrowia. Umożliwienie prowadzenia tego typu leczenia w ramach praktyki lekarskiej poszczególnych lekarzy psychiatrów oraz realizowania recept na lek substytucyjny w aptekach będzie miało realny wpływ na oszczędności w budżecie NFZ (ok. 40 mln zł rocznie).

Zakres konsultacji projektu:

Projekt był przedmiotem konsultacji i opiniowania przez profesora prawa Krzysztofa Krajewskiego, który przygotował opinię prawną na temat poszczególnych propozycji zmian. Bardzo pozytywnie zaopiniował zmianę dotyczącą wprowadzania możliwości leczenia substytucyjnego w ramach praktyki lekarskiej prowadzonej przez lekarza psychiatrę oraz możliwość uprawy *Cannabis* na własne cele medyczne. Dodatkowo w opinii uwzględnił pogląd na praktyczne kwestie związane z ewentualnym funkcjonowaniem tabeli wartości granicznych narkotyków oraz wykreśleniem marihuany z załącznika IVN do Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Krzysztof Krajewski jest profesorem zwyczajnym w Katedrze Kryminologii UJ (od 2010); kierownikiem Katedry Kryminologii UJ (od 2006), członkiem Komitetu Naukowego przy Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA - *European Monitoriing Centre for Drugs and Drug Addiction*) w Lizbonie (od 2007 r.); specjalizuje się m.in. w kryminologicznej i prawnej problematyce narkotyków i narkomanii i prowadzi wykład na ten temat na Uniwersytecie Jagiellońskim; był kierownikiem zespołu eksperckiego, który opracował projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przyjęty w kwietniu 2012.

Projekt uzyskał także pozytywną opinię profesor prawa Moniki Płatek w zakresie medycznego zastosowania marihuany oraz wartości granicznych narkotyków. Projekt był także konsultowany z Grzegorzem Wodowskim – terapeutą uzależnień, kierownikiem poradni Monar w Krakowie, który brał udział w sporządzaniu projektu w roli konsultanta.