

*Błażej Kmiecik**

PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WOBEC DYSKUSJI DOTYCZĄCEJ LEGALIZACJI MIĘKKICH NARKOTYKÓW

Streszczenie. Prawa pacjenta są stałym elementem debat dotyczących ochrony zdrowia. Szczególnie zainteresowanie od wielu lat budzi problem poszanowania godności oraz intymności osób chorych. Także zagadnienie rozwoju biologii oraz medycyny wiąże się z problematyką uprawnień pacjentów. Czy naukowy postęp powoduje (automatycznie), iż pacjent posiada prawo do nowych świadczeń?

Podobne pytanie stało się aktualne w kontekście dyskusji dotyczącej terapeutycznej marihuany. W dyskusji medialnej pojawiły się informacje wskazujące, że marihuana posiada istotne właściwości lecznicze. Także część naukowców podziela podobny pogląd. Z drugiej strony wskazuje się, że nie jest do końca znane działanie wspomnianego narkotyku. Dodaje się ponadto, że tylko część składników marihuany działać może terapeutycznie.

Jak jednak podobną sytuację ukazać można z perspektywy poszanowania prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej? Czy brak dostępu do legalnej marihuany naruszać może przywołane prawo? Być może naruszane jest w podobnej sytuacji również prawo pacjenta do poszanowania godności pacjenta? Czy „medyczna marihuana” jest nadal narkotykiem?

Słowa kluczowe: medyczna marihuana, prawa pacjenta, godność człowieka, prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo medyczne.

1. WPROWADZENIE

Czy w Polsce powinien być swobodny dostęp do marihuany przyjmowanej w celach leczniczych? Z podobnym pytaniem spotkali się kandydaci na urząd Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w trakcie wyborów w 2015 r. (Kowalski 2015). Pojawienie się omawianego zagadnienia w trakcie kampanii związane było bezpośrednio z wydaniem w tym samym roku przez Trybunał Konstytucyjny (dalej TK) skierowanego do Sejmu postanowienia sygnalizacyjnego. Wskazano w nim, że:

„Z punktu widzenia określonej grupy obywateli korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej dopuszczenie medycznego wykorzystywania marihuany wymaga rozważenia z uwagi na terapeutyczną przydatność marihuany w pewnych stanach chorobowych” (Postanowienie TK z dnia 17 marca 2015 r.).

* Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Prawa Medycznego, blazej.kmiecik@umed.lodz.pl.

Komentując przywołane Postanowienie zwracano uwagę na jego przełomowy charakter. Jasno wskazuje ono bowiem na istnienie niepokojącej luki w systemie ochrony zdrowia. Zdaniem byłego Ministra Zdrowia Marka Balickiego, komentującego decyzję TK:

„Mamy problem w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, gdzie są dwa sprzeczne ze sobą zapisy. W jednym punkcie mówi się, że można stosować [marihuane – przyp. B. K.] do celów medycznych tak jak morfinę. Ale w drugim punkcie mówi się, że nie wolno do celów medycznych, tylko do celów naukowych i weterynarii” (Koźmiński 2015).

Istnienie podobnej sprzeczności dostrzeżono w trakcie analizy sprawy Łukasza Polańskiego, który wniósł o zbadanie zgodności z Konstytucją art. 62 i art. 63 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej ustawa o.p.n.). W mieszkaniu skarżącego znaleziono ususzoną marihuane oraz uprawę konopi. Jak sam jednak stwierdził: „[...] nie mógł zgodnie z własnym sumieniem i poczuciem godności przestrzegać takiego zakazu, ponieważ wiadome mu było od dawna, że zakaz ten nie ma podstaw racjonalnych”. Zdaniem Polańskiego, penalizacja posiadania marihuany przez osoby prywatne narusza gwarantowane przez polską Konstytucję prawo do ochrony życia prywatnego, wolności sumienia oraz ochrony zdrowia. Jest również sprzeczna z konstytucyjnymi zasadami zakazującymi „okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania” (Wyrok TK z dnia 4 listopada 2014 r.; Koźmiński 2015). Wątek ochrony zdrowia zdaniem TK zasługiwał na odrębną analizę, stąd też do Sejmu skierowane zostało odrębne postanowienie sygnalizacyjne. Śledząc informacje dotyczące omawianego problemu, dojść można do wniosku, iż nie został on ukazany w pełnym aspekcie. Trybunał wskazując sprzeczność polskich unormowań zawartych w ustawie o.p.n., odniósł się przede wszystkim do zapisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (dalej: prawo farmaceutyczne). Zwracano tym samym uwagę, iż w polskim porządku prawnym istnieje z jednej strony ustawa zakazująca przyjmowania substancji uzależniających w jakimkolwiek celu. Z drugiej strony zauważono, że jednocześnie funkcjonują przepisy pozwalające na podejmowanie podobnych działań w ramach procedury medycznej. W oficjalnych uzasadnieniach Trybunału oraz w komentujących je materiałach prasowych ani razu nie odniesiono się jednak do kluczowego w tym aspekcie zagadnienia praw pacjenta. Dostrzeżona w tym miejscu luka posiada istotny charakter. Konstytucyjny kontekst swobodnego dostępu do marihuany przyjmowanej w celach leczniczych, w sposób bezpośredni odnosi się do art. 68 Konstytucji RP wskazującego, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. To wspomniane unormowanie stanowi podstawę dla art. 6 ust. 1. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazującego, że „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej” (dalej ustawa o.p.p.).

2. CEL I METODA

Prezentowane rozważania mają na celu zwrócenie uwagi na prawno-pacjenccki charakter dyskusji dotyczącej uregulowania w Polsce możliwości swobodnego stosowania tzw. leczniczej marihuany. By działania te miały w pełni systematyczny charakter, odniesione zostaną do kluczowych dla omawianych zagadnień pytań badawczych (Apanowicz 2002). W tym sensie warto zatem rozważyć:

1. Czy dostęp do leczniczej marihuany można traktować jak świadczenie zdrowotne udzielane pacjentowi?

2. Czy przyjęcie podobnego założenia implikuje pojawienie się szczególnych praw, jakie w trakcie podobnej terapii winny być chronione?

Próba udzielenia odpowiedzi na wspomniane pytania odwoływać się będzie przede wszystkim do utrwalonych w socjologii prawa metod niereaktywnych (Babbie 2004). Pomocą w analizie służyć będą zatem metody: analizy dokumentów (Pieniążek, Stefaniuk 2003) (głównie aktów prawnych, orzeczeń sądowych), wtórnej analizy danych (Nachmias, Nachmias 2001) (głównie raportów oraz sprawozdań) oraz analizy przekazów masowych (głównie szeroko dostępnych materiałów internetowych: obecnie coraz więcej osób próbując uzyskać informacje na dany temat, w pierwszej kolejności szuka wiedzy z łatwo dostępnych zasobów prezentowanych na stronach internetowych) (Lisowska-Magdżiarz 2006). Prezentowane działania odnosić się będą do przykładów osób, które z racji na długotrwałe doświadczenie problemów zdrowotnych zdecydowały się na stosowanie marihuany w celach leczniczych (na temat metody *case study* zob. Król 2011, 16, 19).

3. MARIHUANA W SPOŁECZNYM ZWIERCIADLE

Wśród oponentów liberalizacji przepisów antynarkotykowych pojawił się w ostatnim czasie pogląd wskazujący, że zgoda na swobodny dostęp do miękkich narkotyków jest *de facto* pójściem na skróty. Stanowi przykład zwalczania narkotyków innymi narkotykami. Podobną opinię wyraził m. in. Papież Franciszek w trakcie International Drug Enforcement Conference 2014. Odniósł się on w tym miejscu do własnego doświadczenia pracy z osobami uzależnionymi na terenie Buenos Aires, stolicy Argentyny. W ocenie Franciszka, przyczyna sięgania po narkotyki nie tkwi w samych narkotykach, lecz w coraz większej nierówności społecznej (zob. *Papież przeciwny legalizacji...*). Krytyczne opinie dotyczące ułatwienia dostępu do np. marihuany wyrażają od lat eksperci zajmujący się psychoterapią. Jak podkreśla Frans Koopmans, dyrektor ośrodka odwykowego De Hoop w Dordrechcie:

„Liberalizacja polityki narkotykowej [na terenie Holandii – przyp. B. K.] zmniejszyła liczbę zażywania twardych narkotyków, ale przyczyniła się do drastycznego wzrostu i akceptowalności społecznej zażywania narkotyków syntetycznych”.

W tym kontekście, częste stosowanie marihuany może prowadzić do: zaburzeń pamięci „świeżej”, trudności w nauce, ucieczek, izolacji społecznej, apatii, utraty celów, stanów depresyjnych itp. (Rejniak 2015). Jak dodaje w podobnym kontekście Jolanta Koczukowska ze Stowarzyszenia MONAR:

„Z mojego wieloletniego doświadczenia w prowadzeniu terapii dla osób uzależnionych od narkotyków wynika, że prawie wszyscy uzależnieni pacjenci zaczęli niewinnie i od tzw. miękkich narkotyków. Marihuana rzeczywiście otwiera drzwi do nowych doświadczeń. Z czasem wrażenia przestają wystarczać i człowiek sięga po mocniejszy narkotyk” (Koczukowska 2011).

Z drugiej jednak strony, pobieżne zapoznanie się z informacjami dotyczącymi legalizacji miękkich narkotyków wskazuje, iż nie brakuje akceptacji dla liberalizacji polskiego prawa antynarkotykowego. Zwolennicy swobodnego dostępu do np. marihuany lub też dopalaczy wskazują, iż zmiana przepisów skutkować będzie realnymi korzyściami finansowymi dla państwa. Ściąganie akcyzy umożliwi przekazywanie pieniędzy m.in. na leczenie osób uzależnionych od „twardych” narkotyków. Podkreśla się poza tym, iż jawny obrót podobnymi środkami zmniejszy prawdopodobieństwo kontaktu danej osoby z toksycznym towarem, celowo zniszczonym przez dilerów. Robert Rejniak wskazując na istotę obecnego sporu, przywołuje głosy zwolenników legalizacji, podkreślających konieczność „wykorzystania pozytywnego wpływu kanabinoli (substancji zawartych w marihuanie) w leczeniu raka, jaskry, stwardnienia rozsianego czy migreny”. Autor dodaje, że częstokroć marihuana ukazywana jest jako środek mniej szkodliwy niż tytoń i alkohol (Rejniak 2015).

Eksperti wskazujący na konieczność modyfikacji m.in. polskich przepisów prezentują również wyniki badań dołączone m.in. do Europejskiego Raportu Narkotykowego za 2014 r. Podano w nim, iż „73 mln Europejczyków przyznaje, że kiedykolwiek w życiu po nie sięgnęło, a 18 mln przyznaje, że sięgnęło po konopie w zeszłym roku”. Omawiając podobne statystyki dodaje się, że legalizacja sprawia, iż twarde narkotyki przestają być atrakcyjne. W Holandii (na jej terenie istnieje możliwość swobodnego palenia marihuany w tzw. *coffe shopach*), heroina uznawana jest za narkotyk dla przegranych. Tym samym pojawia się konieczność „ucywilizowania narkotyków”, po które ludzie sięgają (Raport: Nowe syntetyczne narkotyki...).

4. MEDYCZNA MARIHUANA

Powyższy kontekst kieruje nas w stronę dyskusji dotyczącej legalizacji marihuany, jako środka wykorzystywanego m.in. w terapii nowotworowej. Małgorzata Waszkiewicz w jednym z materiałów publicystycznych zestawiała kilka wy-

powiedzi osób, które bądź to stosują same w tym przypadku olej konopny, bądź też podejmują trudy, by go nielegalnie zdobyć dla swoich bliskich. W pierwszej wypowiedzi publicystka prezentuje następującą refleksję:

„To nie był cud. Mamy dowód, że olej konopny pomaga. Mojego męża, który ma raka mózgu, odesłali do domu, choć jechał na trzecią już operację. Odesłali, bo była poprawa” (cyt. za Iwazkiewicz 2015).

Kolejna osoba odnosi się z kolei do objawów po operacjach neurologicznych:

„Guzy mózgu często dają objawy padaczek. Ja na dwa lata przed diagnozą miałam wstrząsy jednej ręki. Teraz, po operacji, mam lekki niedowład trzech palców, ale odkąd biorę olej, drgania mi się nie zdarzały”.

Autorzy prezentowanych opinii zwracają uwagę, iż odczuwają dyskomfort związany z używaniem nielegalnych preparatów:

„Wolałabym oczywiście pójść do lekarza, dostać receptę i wykupić ją w aptece. A nie czuć ciągle zagrożenie: że może ktoś się dowie, że ja to w ogóle biorę, że gdzieś to nielegalnie kupiłam. To wszystko jest osnute taką tajemnicą” – podkreśla jedna z osób codziennie stosujących olej konopny (za Iwazkiewicz 2015).

Przywołane powyżej wypowiedzi zaczerpnięte zostały z materiałów prezentowanych przez „Gazetę Wyborczą”, znaną z zaangażowania w walkę o liberalizację polskiej polityki antynarkotykowej. Temat medycznego zastosowania marihuany spotkał się również z zainteresowaniem mediów konserwatywnych. Monika Odrobińska z tygodnika „Idziemy” w swoim tekście *Co z tą marihuaną* zwróciła szczególnie uwagę na kontekst medycznego zastosowania *Cannabisativa*. Autorka podkreśliła, iż analizując działanie marihuany, należy zwrócić uwagę, że w jej składzie odnaleźć można ponad 100 związków określanych mianem kanabinoli. Najistotniejszymi z nich są CBD, a więc kanabidol, oraz coraz powszechniej rozpoznawalne THC, a więc tetrahydrokannabinol. W materiale powołano się w tym kontekście na wypowiedź neurologa dziecięcego dr Marka Bachańskiego, który podkreślił:

„W marihuanie rekreacyjnej znaczenie ma THC, i ono też uzależnia; w marihuanie leczniczej najważniejszą rolę odgrywa CBD, które przy swoich dobroczynnych skutkach medycznych nie ma właściwości uzależniających. Jeśli zwolennik marihuany rekreacyjnej dobrałby się do leczniczej marihuany w kropelkach, nie miałyby z niej żadnego «pożytku»” (Odrobińska 2015).

W materiale zwrócono jednak uwagę, iż dyskusja dotycząca leczniczego zastosowania marihuany komplikuje się z racji na jej możliwe pozytywne oddziaływanie w poszczególnych jednostkach chorobowych. Jak dodaje Odrobińska:

„W leczeniu padaczki dziecięcej związków THC nie ma, bo pożądane jest wyłącznie wysokie stężenie CBD. W stwardnieniu rozsianym, czyli chorobie dorosłych, stężenie CBD i THC jest już takie samo. W onkologii z kolei stężenie THC jest wyższe niż CBD”.

Pojawia się zatem obawa, iż pacjentowi podawany będzie lek, który wpływając może nie tylko na jego uzależnienie, ale również pojawienie się towarzyszących owemu zjawisku negatywnych objawów (tamże).

Dokonując przeglądu literatury przedmiotu, coraz częściej dostrzec można analizy poświęcone medycznemu wykorzystaniu marihuany. Zdaniem Jerzego Vetulaniego wskazując na pozytywny wpływ THC (jednego z jej składników) na organizm ludzki, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na „działanie przeciwbólowe, rozluźniające mięśnie (miorelaksacyjne), rozszerzające oskrzela, zmniejszające ślinienie, pobudzające apetyt, indukujące sen”. Wspomniany neurobiolog dodaje ponadto, że marihuana, haszysz oraz ekstrakty z ziela i kwiatów konopi zmniejszają ciśnienie śródgałkowe. Wpływają również pozytywnie na przeżywalność neuronów. Dokonując przeglądowej analizy, wspomniany w tym miejscu autor wskazuje, iż pozytywne efekty działania marihuany nie wpływają na zmianę nastawienia m.in. polityków do możliwości wprowadzenia preparatów powstałych na bazie konopi. Jak wskazuje Vetulani, zastosowanie marihuany np. w przypadku AIDS lub nowotworu jest klinicznie uzasadnione z racji m.in. na konieczność przywrócenia łaknienia. Część władz zamiast stosować jednak naturalny THC, decyduje się na legalizację droższych, syntetycznych odpowiedników. W ocenie autora wykorzystanie leczniczej marihuany mogłoby jednak przynieść sukces w terapii bólu, leczeniu wspomagającym w przypadku AIDS (wzmaga łaknienie, hamuje reakcje zapalne, zapobiega depresji) oraz choroby Parkinsona, Huntingtona, Tourette’a, Alzheimer’a, stwardnieniu zanikowym bocznym oraz epilepsji (Vetulani 2014, 21–23). Mariusz Jędrzejko, omawiając badania Bogdana Szukalskiego, zwraca uwagę, że kanabinoły mogą służyć terapeutycznym wsparciem m.in. jako „środek pomocniczy w ograniczaniu wymiotów po chemioterapii nowotworowej [...] w leczeniu chorób przewodu pokarmowego”. Wykorzystywane mogą być również w terapii stwardnienia rozsianego (łagodzenie takich powikłań jak drżenia, nocne bóle nóg, zaburzenia równowagi i pamięci, drętwienie tułowia). Pojawiają się również doniesienia naukowe wskazujące, iż wykorzystanie medycznej marihuany jest pomocne w łagodzeniu objawów jaskry: powoduje obniżenie ciśnienia w gałce ocznej (Jędrzejko 2011, 39–40). Jak wskazuje z kolei Mariusz Jot, wyniki angielskich badań eksperymentalnych sugerują pozytywny wpływ stosowania marihuany w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. Kilkutygodniowe zażywanie wyciągu z marihuany (Sativex) przyczyniło się do zmniejszenia poziomu odczuwanego przez pacjentów bólu w trakcie poruszania się oraz spoczynku. Zdaniem wspomnianego autora stosowanie marihuany zmniejsza również stany zapalne pojawiające się przy nadmiernym wydzielaniu przez organizm kwasu moczowego, co w konsekwencji prowadzi do pojawienia się tzw. dny moczanowej (Jot 2014, 58–59).

Dokładnej analizie poświęconej wykorzystaniu marihuany w medycynie dokonali w ostatnim czasie Marek Motyka oraz Jerzy Marcinkowski. Wspomniani autorzy zwrócili uwagę, iż terapeutyczne stosowanie kanabinoli znane jest już od kilku tysięcy lat. Poza powyższym wymienionym zastosowaniem marihuany, wspomniani badacze ukazują jej pozytywny efekt w terapii zaburzeń autoimmunologicznych, takich jak nieswoiste zapalenie jelit. Jej pozytywny efekt dostrzeżono również u pacjentów, u których wykryto stwardnienie zanikowe boczne. Zwrócono ponadto uwagę, że stosowanie marihuany wpływa na „łagodzenie przewlekłego bólu neuropatycznego u osób chorych na cukrzycę, SM i AIDS. Kanabinoły wykazują również działanie przeciwnowotworowe, m.in. opóźniają rozwój oraz zapobiegają przerzutom, łagodzą symptomy związane ze stwardnieniem rozsianym: bóle, stany depresyjne, zmęczenie, problemy z trzymaniem moczu, znajdują także zastosowanie w łagodzeniu świądu oraz koją ból, łagodzą obrzęk stawów, zapobiegają ich niszczeniu przy reumatoidalnym zapaleniu stawów”. Autorzy dodają, że obserwowalny jest pozytywny efekt stosowania kanabinoli w ww. zaburzeniach jelit: „pozwalają komórkom śluzówki jelit tworzyć ciaśniejsze połączenia i przywracają jej funkcję bariery ochronnej. [...] wzmacniają błonę śluzową jelit” (Motyka, Marcinkowski 2014, 22–23). Do tematu ostatniego z przywołanych powyżej schorzeń odnosił się list skierowany do Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Dotyczył on pacjenta cierpiącego od sześciu lat na chorobę Leśniowskiego-Crohna (na temat choroby Bartnik 2009, 3, 18). Choroba najczęściej przybierała ostrą postać, pacjent w większości dnia wyłączony był z codziennego funkcjonowania. Kilkanaście razy dziennie musiał korzystać z toalety. W swojej relacji zwrócił uwagę, iż standardowe leczenie, jakiemu podlegał, polegało na przyjmowaniu przez niego znacznych ilości stwardów, które powodowały liczne dolegliwości żołądkowe oraz – jak twierdzi sam pacjent – wzmagwały w nim agresję. W kolejnej części listu jego autor wspomniał, iż od pewnego czasu regularnie udaje się do Czech w celu legalnego użycia marihuany. W trakcie jednej z wizyt – jak twierdzi – lekarz miał powiedzieć: „Marihuana może pomóc, ale ja nic nie mówiłem”. Następnie autor ww. listu dodał: „Przy paleniu w trakcie ataków choroby wracał apetyt, a ilość tabletek mogłem spokojnie zredukować o ok. 30% – mniej «rozwalam» swój układ odpornościowy, mniej szkodzę wątrobie itd.” (cyt. za Sieniawska 2013, 46–47).

5. PERSPEKTYWA PRAW PACJENTA

Przywołane powyżej doniesienia naukowe oraz opinie wyrażane przez naukowców i osoby stosujące w różnej formie marihuanę zmuszają do rozważenia, czy dostęp pacjenta do kanabinoli uznany może być w czasach dzisiejszych

za jego prawo? Skoro kolejne obserwacje naukowe sugerują istotnie pozytywny wpływ marihuany na łagodzenie bólu lub regulację perystaltyki jelit, być może zasadne jest wskazanie, iż podobna terapia odpowiada wymogom współczesnej medycyny? Podobny wniosek sugerowałby uznanie, że przywołane we wstępie stanowisko TK oraz oczekiwania części pacjentów odwołują się do zapisanego w ustawie o p.p. prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Analizując wypowiedzi osób, które pomimo legalnego zakazu zdecydowały się na terapeutyczne stosowanie marihuany, uznać można, iż działania te odzwierciedlały również prawo pacjenta do poszanowania jego godności w trakcie terapii. Jak wskazuje bowiem art. 6 ust. 2 ustawy o p.p.: „Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”. Choć zapis ten odnosi się do godności pacjenta w krańcowym etapie życia, to jednakże nie można w tym miejscu pominąć faktu, iż podejmowanie działań medycznych w sposób ograniczający ból pacjenta w pełni odzwierciedla wizję terapii przeprowadzanej w sposób szanujący godność oraz intymność osoby chorej. Ponadto, jak wskazano, kanabinoły wykazują szczególnie cenne właściwości zwłaszcza jako środki łagodzące negatywne objawy pojawiające się w trakcie chemioterapii (por. Augustynowicz, Budziszewska-Makulska 2010, 150).

Sformułowane w tym miejscu wstępne wnioski wymagają pogłębionej analizy. W pierwszym rzędzie należy wskazać na istnienie trudności w pełnym zdefiniowaniu terminu „świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej”. Dynamiczny postęp medycyny powoduje, iż z roku na rok przybywa opracowań badawczych coraz dokładniej opisujących m.in. wpływ poszczególnych terapii na organizm pacjenta. Aktualnie środowiska prawnomedyczne wskazują, iż omawiany typ świadczeń odnosi się przede wszystkim do procedur zdrowotnych, które są sugerowane przez towarzystwa naukowe bądź konsultantów (krajowych lub wojewódzkich) w danej dziedzinie medycyny (Kmieciak 2015, 74–76). Jak wskazuje Dorota Karkowska, przeprowadzanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej w sposób bezpośredni odnosi się do standardów zapisanych w aktach normujących postępowanie lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz diagnostów laboratoryjnych. Przywołany powyżej przepis ustawy o p.p. wskazuje, iż ekspert medyczny winien podejmować interwencję terapeutyczną, która w danym momencie uznawana jest za cenną oraz akceptowalną przez środowisko medyczne. Założenie to opiera się na racjonalnej, wcześniej zbadanej argumentacji. Wymieniona autorka zwraca jednak uwagę, iż dynamiczny postęp medycyny powoduje, że częstość w konkretnych postępowaniach odnaleźć można różne podejścia do danego problemu, *ergo* proponowane są różne formy jego rozwiązania. Jak dodaje Karkowska, „aktualność” wiedzy medycznej nie ma charakteru subiektywnego, lecz obiektywny i wiąże się z możliwością odniesienia do np. sprawdzalnych wyników badań, które umożliwiają stworzenie określonych standardów. Dzięki nim pacjent

ma możliwość doświadczenia poczucia bezpieczeństwa terapeutycznego (Karkowska 2010, 104–106). Jak dodaje w omawianym ujęciu Monika Gąsiorowska, prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej powoduje pojawienie się po stronie lekarza kluczowego prawa, a zarazem obowiązku. Owo atrybutywno-imperatywne zagadnienie odnosi się do zasady stałego podnoszenia przez personel medyczny poziomu swojej wiedzy, dzięki czemu istnieje gwarancja, że podejmowane działania będą miały charakter odpowiadający aktualnym standardom (Gąsiorowska 2009, 6). W tym miejscu należy dodać, iż świadczenia te nie mogą posiadać charakteru eksperymentu (chyba że oficjalnie w danym przypadku podejmowane jest działanie zgodnie z legalnymi standardami przeprowadzania eksperymentu badawczego lub leczniczego) (Karkowska 2010, 108; zob. także Rozdział 4 Ustawy z 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i...; oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 maja 2012 w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej). Warto w tym miejscu wskazać również opinię Jędrzeja Bujnego, który odnośnie do omawianego w tym miejscu prawa pacjenta wskazał, iż zgodnie ze standardami wypracowanymi w orzecznictwie Sądu Najwyższego należy dodać, że „aktualność wiedzy” łączy się z pojęciem staranności w udzielaniu świadczeń rozumianej jako: „dokładność, pilność, sumiennosc, troskliwość, gorliwość, dbałość o szczegóły...” (Bujny 2007, 112).

Odnosząc powyższe spostrzeżenia do tematu leczniczej marihuany, dostrzegamy, że uznanie udostępnienia omawianych środków za realizację prawa pacjenta do świadczeń może natrafić na kilka kluczowych barier. Po pierwsze natrafiamy na istotny problem terminologiczny dotyczący „medycznej marihuany”. Z jednej bowiem strony w Polsce dostępny jest od 2012 r. preparat o nazwie Sativex. Został on stworzony na bazie THC oraz CBD. W sposób szczególny zaleca się go pacjentom doświadczającym objawów spastyczności w przebiegu stwardnienia rozsianego (Sieniawska 2013, 46). Z drugiej jednak perspektywy, w materiałach dotyczących zastosowania medycznej marihuany dostrzec można, że część pacjentów dąży do uzyskania nie tyle preparatów zawierających konopie indyjskie, ile raczej samych konopi. W przedstawionym powyżej przykładzie pacjenta cierpiącego na chorobę Leśniowskiego-Crohna zostało w sposób wyraźny powiedziane, iż jedynie zapalenie marihuany przynosi pozytywny efekt (tamże). W preparatach farmaceutycznych powstałych na bazie marihuany dąży się do ograniczenia działania owego uzależniającego środka. Mowa w tym miejscu zwłaszcza o zwiększeniu poziomu CBD w stosunku do THC. Jak powyżej jednak wskazano, to właśnie THC przynosi pozytywne efekty w terapii onkologicznej (Odrobińska 2015, 22). Bogusław Habrat dodaje w tym kontekście: „Współcześnie pod nazwą «marihuana» kryją się dziesiątki, jeśli nie setki odmian o bardzo zróżnicowanej zawartości substancji czynnych. Obserwuje się tendencję do zwiększania drogą upraw lub manipulacji genetycznych odmian o zawartości psychoaktywnego THC, a zmniejszania zawartości CBD, który zmniejsza efekt euforyzujący” (Habrat 2015, 13). Jak dodaje wspomniany badacz zjawiska narkomanii, aktualnie

trudno w sposób obiektywny zweryfikować terapeutyczny charakter działania marihuany. Okazuje się bowiem, że wnioski badaczy dotyczące eksperymentów z wykorzystaniem omawianych substancji były odrzucane ze względu na niemożność dostarczenia produktu o powtarzalnych parametrach farmaceutycznych. Tym samym, zdaniem Habrata, nie posiadamy obecnie dostatecznej obiektywnej wiedzy dotyczącej terapeutycznego działania marihuany lub też wpływu na społeczeństwo szerokiego dostępu omawianych środków przepisanych z medycznego wskazania (tamże). W podobnym tonie wypowiada się neurofizjolog Piotr Zwoliński. Jego zdaniem w ostatnim czasie w mediach pojawiło się wiele informacji wskazujących, że „marihuana pomaga na wszystko i w 100%”. Autor ten zwrócił jednak uwagę, że „CBD może być – podkreślam: może – alternatywą wspomagającą proces leczenia. Ale nie ma – i to jest pewne! – dużych badań, poprawnych metodologicznie i na odpowiednio dużych próbach, by jednoznacznie powiedzieć, czy CBD jest skuteczne i bezpieczne” (Zwoliński 2015, 16). Spostrzeżenia Zwolińskiego odzwierciedlają formy wypowiedzi, jakie towarzyszą wzmiankom wskazującym na terapeutyczne działanie marihuany. Dostrzec tutaj można takie zwroty, jak: „zwraca się uwagę”, „zgłaszane są efekty”, „obserwuje się”, „może być”, „występują subiektywne przekonania” (Motyka, Marcinkowski 2014, 23) oraz „zauważa się”, „coraz więcej gromadzi się dowodów”, „korzystne efekty mogą się łączyć”, „może mieć znaczenie”, „może poprawiać” (Vetulani 2014, 23–24). Można odnieść wrażenie, że brakuje informacji, które dostarczałyby bezspornych dowodów na terapeutyczne właściwości marihuany.

Z drugiej jednak perspektywy, to właśnie coraz częściej artykułowane przypuszczenia dotyczące np. klinicznego stosowania THC doprowadziły do pojawienia się konkretnych inicjatyw mających na celu poprawę sytuacji pacjentów, u których marihuana mogłaby przynieść pozytywne zmiany w trakcie terapii. Przykładem podobnych inicjatyw jest m.in. apel Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, która odwołując się do wyżej ukazanych spostrzeżeń Trybunału Konstytucyjnego zwróciła uwagę, że brak dostępu do medycznej marihuany narusza prawo pacjentów, co w pewnych okolicznościach przybierać może postać nieludzkiego traktowania, bądź karania, tożsamego z torturami. Eksperti Fundacji wskazują, że w obecnym stanie prawnym pacjenci mogą uzyskać dostęp do podobnych środków jedynie drogą „tzw. procedury importu docelowego leków. Warunkiem sprowadzenia leku z zagranicy jest to, aby jego zastosowanie było niezbędne do ratowania zdrowia lub życia chorego. Sprowadzany preparat musi być dopuszczony do obrotu w kraju, z którego pochodzi, ponadto nie może mieć odpowiednika, który mógłby być zastosowany w leczeniu pacjenta. Lekarz lub szpital, aby móc sprowadzić lek, musi uzyskać zgodę konsultanta z danej dziedziny oraz Ministra Zdrowia”. Ponadto obecność Polski w układzie z Schengen powoduje, iż pacjent może dla celów medycznych wwozić do naszego kraju środki niezbędne do jego leczenia. Zobowiązany jest jednak do posiadania „zaświadczeni(a) wydane(go) lub uwierzytelnione(go) przez właściwe władze ich państwa pobytu”. Podobne

możliwości ograniczają w sposób istotny dostęp do środków terapeutycznych, jednocześnie pogłębiając rozdział „między celami deklarowanymi przez ustawodawcę w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii a celami wynikającymi z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej” (Kubaszewski, Warso 2015, 4–5).

W kontekście praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej warto zwrócić uwagę również na wniosek, jaki do Ministerstwa Zdrowia zgłosiła Fundacja NeuroPozytywni. Organizacja ta skierowała wystąpienie postulujące wpisanie na listę leków refundowanych ww. preparatu Sativex, który obecnie jest dostępny w ramach importu docelowego. Resort zdrowia nie zdecydował się jednak na podobne działanie. W piśmie skierowanym do Fundacji ze strony Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji wskazano, że Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji „wydał negatywną rekomendację [...] w sprawie finansowania ze środków publicznych leku Stativex”. Prezes podkreślił, że „wyniki dostępnych badań w niewystarczającym stopniu udowadniają efektywność kliniczną ocenianej substancji czynnej u pacjentów z ciężką spastycznością w przebiegu stwardnienia rozsianego, u których terapia baklofenem i tyzanimidyną okazała się nieskuteczna” (Bartolik 2015, 2).

6. WNIOSKI

Dyskusje dotyczące medycznego zastosowania marihuany nieuchronnie powodują pojawienie się silnych emocji. Z jednej strony obserwujemy osoby chore oraz ich bliskich. Najczęściej w podobnych dyskusjach poruszany jest temat szczególnych chorób, takich jak: stwardnienie rozsiane, nowotwór, AIDS, czy też choroba Leśniowskiego-Crohna. Z drugiej jednak strony samo słowo „marihuana” dla wielu nieodparcie wiąże się z pojawieniem się obaw związanych z istnieniem substancji, która powodować może cierpienie poprzez wyzwalanie uzależnienia. Jak słusznie zauważył Piotr Zwoliński, marihuana zyskała znacznie „gorsze miejsce” w historii niż np. alkohol, który także uzależnia, przy prawdopodobnym silniejszym działaniu toksycznym na ludzki organizm. Z drugiej jednak strony, czytając informacje dotyczące medycznego zastosowania marihuany, w zasadzie nie do końca możemy obecnie wywnioskować, czego dotyczy dyskusja. Część pacjentów i ich bliskich oczekuje dostępu do omawianego środka w postaci „tradycyjnej”, chcąc np. raz dziennie palić skręcony papieros w celu zmniejszenia częstotliwości występowania niepokojących objawów towarzyszących chorobie. Inna z kolei grupa oczekuje szybszego, a przede wszystkim taniego dostępu do leków, które zawierają THC lub CBD. Podobna dyskusja analizowana z perspektywy ochrony praw pacjenta miałaby bez wątpienia inny charakter, gdyby nie lęk związany z istnieniem marihuany, a więc środka, od którego najczęściej „zaczynają” osoby uzależnione od silnych narkotyków. Paradoksem jest jednak, iż substancja ta stosowana jest w szeroko

rozumianej terapii od kilku tysięcy lat. Aktualnie trudno bezspornie uznać, na jakie schorzenia może skutecznie oddziaływać marihuana oraz powstałe na jej bazie substancje lecznicze. Coraz częstsze doniesienia naukowe sugerują, iż może ona być nie tyle istotnym elementem terapeutycznym, ile cennym środkiem wspomagającym terapię poprzez łagodzenie niepożądanych objawów. Poszanowanie praw pacjenta, w tym realizacja prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, wymaga, by Państwo przede wszystkim wprowadziło spójne prawo w zakresie dostępu do medycznej marihuany. Z jednej strony nie można jej otrzymać np. w formie leku Sativex z „bezpośredniego” przepisu lekarskiego. Z drugiej jednak może ona być uzyskana na podstawie skomplikowanej procedury związanej z uzyskaniem konkretnych urzędowych pozwoleń. Podobna sprzeczność istnieje w samej ocenie marihuany. Jest ona powszechnie krytykowana i w wielu przypadkach są ku temu realne podstawy. Z drugiej jednak strony, w Polsce istnieje swobodny dostęp i promocja alkoholu, który regularnie spożywany, niszczy nie tylko zdrowie danej osoby, ale wpływać może również na pojawienie się erozji życia rodzinnego. Pacjent posiada prawo do świadczeń odpowiadających aktualnemu stanowi wiedzy medycznej. Marihuana, zdaniem medyków, stanowi istotny element wspomagający leczenie, a niekiedy łagodzący niepożądane skutki towarzyszące terapii. Wątpliwości dotyczące jej zastosowania z perspektywy ochrony praw pacjenta oraz spójności polskiego prawa nie powinny być pogłębiane, ale wyjaśniane w toku rzetelnych badań.

BIBLIOGRAFIA

- Apanowicz, Jerzy. 2002. *Metodologia ogólna*. Gdynia: Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum”.
- Augustynowicz, Anna, Anna Budziszewska-Makulska. 2010. *Ustawa o prawach pacjenta i rzezni-ku praw pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo CEDEWU.
- Babbie, Earl. 2004. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bartnik, Witold. 2009. *Choroba Leśniowskiego-Crohna. Informacje dla pacjentów*. Wyd. II. Warszawa: Schering Plough.
- Bartolik, Grzegorz. 2015. *Wystąpienie do Izabelli Czarneckiej, Prezesa Zarządu NeuroPozytywni*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Bujny, Jędrzej. 2007. *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Gąsiorowska, Monika (oprac.). 2009. *Prawa pacjenta – prawno-zdrowotny poradnik dla kobiet*. Warszawa: Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.
- Habrat, Bogdan. 2015. „Zażarte boje o byt nieistniejący, czyli tzw. medyczna marihuana”. *Psychiatria – Pismo dla praktyków* 9: 13–14.
- Iwazskiewicz, Małgorzata. 2015. „Marihuana lecznicza – w Polsce chorzy stają na głowie, żeby ją zdobyć. I płacą krocie. «Czuję, że popełniam przestępstwo»”. *Gazeta Wyborcza*. http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,17781691,Marihuana_lecznicza_w_Polsce_chozy_staja_na_glowie_.html [dostęp 17.07.2015].

- Jędrzejko, Mariusz. 2011. *Marihuana – fakty i mity*. Warszawa: Warszawskie Centrum Profilaktyki Uzależnień.
- Jot, Bogdan. 2014. *Marihuana leczy*. Bydgoszcz: Wydawnictwo AMJ1.
- Karkowska, Dorota. 2010. *Komentarz do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kmieciak, Błażej. 2015. „Sprawozdanie «Rola biegłego w procesach medycznych». Ogólnopolska konferencja naukowa, Wrocław, 10 października 2014 roku”. *Forum Prawnicze* 1: 74–76.
- Koczukowska, Jolanta. 2011. „Jestem przeciwna legalizacji”. *Newsweek*. <http://polska.newsweek.pl/jestem-przeciwna-legalizacji,81054,1,1.html> [dostęp 15.07.2015].
- Koźmiński, Paweł. 2015. „TK: Walka z narkotykami zgodna z konstytucją. Ale o zmianie ws. marihuany medycznej warto pomyśleć”. *Gazeta Wyborcza*. http://wyborcza.pl/1,75478,16914247,TK_Walka_z_narkotykami_zgodna_z_konstytucja_Ale.html [dostęp 01.07.2015].
- Koźmiński, Paweł. 2015. „Trybunał Konstytucyjny do Sejmu: Należy uregulować medyczne wykorzystanie marihuany”. *Gazeta Wyborcza*. http://wyborcza.pl/1,75478,17636001,Trybunał_Konstytucyjny_do_Sejmu_Nalezny_uregulowac.html [dostęp 01.07.2015].
- Kowalski, Maciej. 2015. „Kandydaci na Prezydenta RP o marihuanie – odpowiedzi”. *naTemat*. <http://maciejkowalski.natemat.pl/140563,kandydaci-na-prezydenta-rp-o-marihuanie-odpowiedzi> [dostęp 01.07.2015].
- Król, Małgorzata (red.). 2011. *Etyka zawodów prawniczych. Metoda case study*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kubaszewski, Piotr, Zuzanna Warso. 2015. „Medyczna marihuana – czas na reakcję ustawodawcy”. *Analizy i Rekomendacja* 8: 4–5.
- Lisowska-Magdziarz, Małgorzata. 2006. „Dyskurs – semiotyka – wspólnota interpretacyjna. W stronę modelu zintegrowanego instrumentarium badań nad zawartością mediów”. *Global Media Journal – Polish Edition* 1. <http://www.globalmediajournal.collegium.edu.pl/artykuly/wiosna%202006/Lisowska-Magdziarz-Zawartosc-dyskurs-semiotyka.pdf>
- Motyka, Marek, Jerzy Marcinkowski. 2014. „Używanie pochodnych konopi. Część II. Zastosowanie w medycynie vs. konsekwencje zdrowotne”. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 95: 21–27.
- Nachmias, Frangfort, Dawid Nachmias. 2001. *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Odrobińska, Monika. 2015. „Co z tą marihuaną?”. *Idziemy* 26: 21.
- „Papież przeciwny legalizacji miękkich narkotyków. *Są złem, a wobec zła nie ma kompromisów*”. Radio TOK.FM, http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,16187906,Papiez_przeciwny_legalizacji_miekkich_narkotykow_html [dostęp 11.07.2015].
- Pieniążek, Marek, Małgorzata Stefaniuk. 2003. *Socjologia prawa – zarys wykładu*. Kraków: Zakamycze.
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 2015 r. Sygn. akt S 3/15.
- „Raport: Nowe, syntetyczne narkotyki coraz większym zagrożeniem w Europie”. Depesza PAP. *Gazeta Wyborcza*. http://wyborcza.pl/1,91446,16044973,Raport_nowe_syntetyczne_narkotyki_coraz_wiekszym.html#ixzz3fwJJ9RG5 [dostęp 15.07.2015].
- Rejniak, Robert. 2015. *O legalizacji narkotyków, czyli gdzie jesteś mamo, gdzie jesteś tato?* Poradnia: Narkomania.org. <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/o-legalizacji-narkotykow-czyli-gdzie-jestes-mamo-gdzie-jestes-tato> [dostęp 11.07.2015].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej. Dz. U. 2012, poz. 489.
- Sieniawska, Agnieszka. 2013. *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012/2013. Część prawna*. Warszawa: Biuro Rzecznika Osób Uzależnionych.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Dz. U. Nr 179, poz. 1485, ze zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dz. U. 2005, Nr 226, poz. 1943, z późn. zm..

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Dz. U. 2008, Nr 45, poz. 271, ze zm.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm..
- Vetulani, Jerzy. 2014. „Lecznicze zastosowanie marihuany”. *Wszechświat* 1–3 (115): 15–24.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 listopada 2014 r. Sygn. akt SK 55/13.
- Zwoliński, Piotr. 2015. „Marihuana lecznicza, czy rekreacyjna?”. *Psychiatria – Pismo dla praktyków* 9: 16.

Błażej Kmieciak

RIGHT TO HEALTH CARE SERVICES IN VIEW OF DISCUSSION ON LEGALIZATION OF SOFT DRUGS

Abstract. Patients' rights are a regular part of debates on health care. For many years the issue of respect for dignity and intimacy of patients has aroused a big interest. Also the issue of the development of biology and medicine is associated with problems of patients' rights. Does scientific progress cause (automatically) patient's entitlement to new services?

A similar question has become topical in the context of a discussion on therapeutic marijuana. In the media discussion there have been reports indicating that marijuana has significant medicinal properties. Some scientists also share a similar view. On the other hand, it is indicated that effects of the drug are not well recognised. Moreover, it is added that only some of the ingredients of marijuana may act therapeutically.

How, however, a similar situation can be shown from the perspective of respect for the patient's right to health care services corresponding to the current state of medical knowledge? Can the lack of access to legal marijuana violate the right in question? Perhaps, in a similar situation the patient's right to dignity is also violated. Is the "medical marijuana" still a drug?

Keywords: medical marijuana, patients' rights, human dignity, right to health care services, medical law.