

Sławomir Guzik
adres
miejsowość
telefon
email

Warszawa 27-08-2010r.

Przewodniczący Komitetu Stałego Rady Ministrów Michał Boni

Cel listu. Zachowanie stawki VAT na obecnym poziomie przy zmniejszonym deficycie poprzez udostępnienie społeczeństwu i opodatkowanie medycznych konopi indyjskich.

- 1/ Zachowanie obecnych stawek VAT
- 2/ Konsekwencje polityczne dopuszczenia konopi do użytku medycznego
- 3/ Możliwość zgodnej z prawem międzynarodowym dystrybucji konopi indyjskich
- 4/ Korzyści finansowe
- 5/ Medyczne zastosowanie konopi indyjskich
- 6/ Zniesienie prohibicji konopi indyjskich
- 7/ Skutki społeczne
- 8/ Podsumowanie

1/ Szanowny Panie Ministrze,
podniesienie stawek VAT uderza bezpośrednio w ideały kluczowego elektoratu Platformy Obywatelskiej. Nie ma dla nas już znaczenia jak mocno odbije się to na naszych budżetach domowych, ważne, że PO ma zamiar zdradzić cel, dla którego jako wyborcy powołaliśmy ją do władzy. Być może spowoduje to porażkę Platformy w następujących wyborach parlamentarnych, co w mojej opinii przyniesie Polsce długotrwały impas. A przecież przed wyborami będzie jeszcze kampania, w której z całą pewnością wszyscy konkurenci PO skorzystają ze sposobności przypomnienia wyborcom co się stało.

2/ Mniejszą stratą polityczną było by w tej sytuacji wykorzystanie innych źródeł finansowania budżetu, bądź też redukcja wydatków. W 2009 roku w liście otwartym do pięciu ministerstw rządu Donalda Tuska nakreśliłem możliwość pozyskania 10 miliardów złotych rocznie do budżetu w wyniku legalizacji konopi indyjskich. Jak wiemy jednak akceptacja społeczna dla legalizacji narkotyków jest niska. W związku z tym przeprowadziłem przy pomocy fundacji ogólnokrajową ankietę outdoor w celu zbadania faktycznego nastawienia społeczeństwa do samych konopi indyjskich bez twardych narkotyków. Pomimo niewielkiej próby 157 ankiet można już przyjąć, że mamy szacunkową informację, choć nie jest ona dokładna.

Otóż, za karaniem więzieniem za posiadanie marihuany opowiedziało się 30,2% obywateli głosujących w wyborach 2007 roku, przy braku możliwości odpowiedzi nie wiem. Za pełną legalizacją opowiedziało się wprawdzie jedynie 15,7% społeczeństwa, a dodatkowo 7% poparło dopuszczenie opodatkowanej uprawy na własny użytek. Formy te jednak nie zyskują wystarczającego poparcia społecznego, a ponadto są niezgodne z prawem międzynarodowym.

Kolejna opcja ankiety to dopuszczenie marihuany do sprzedaży na receptę w aptece. Mógłbym powiedzieć, że to była ulubiona opcja Pań w starszym wieku, ale nie tylko. Z ogółu wyborców takie rozwiązanie poparło wprost 18,7%. Oczywiście jest, że osoby, które wyraziły poparcie dla bezpośredniej legalizacji wyrażają także aprobatę i zadowolenie z mniej radykalnego, ale zauważalnego kroku. Mamy więc szacunkowe poparcie dla sprzedaży suszu konopi w aptekach na receptę na poziomie 43,8%. Poparcie to można zwiększyć publikując i propagując obecnie mało popularne w Polsce oficjalne wyniki badań naukowych, na temat medycznych właściwości marihuany. Znaczna ilość osób nawet najbardziej zagorzałych przeciwników kieruje się w swoich decyzjach głównie oficjalnymi danymi. Dotyczy to przede wszystkim osób w średnim wieku i młodych dorosłych, którzy nie mieli nigdy do czynienia z marihuaną. Pełne wyniki ankiet wraz ze skanami .pdf i zastosowanymi współczynnikami udostępnię na życzenie.

3/ Zgodnie z konwencją z 1961 roku Polska zobowiązała się wprowadzić prohibicję narkotyków w tym konopi indyjskich, z których produkowana jest marihuana i haszysz. Polska podpisała także inne międzynarodowe konwencje uniemożliwiające legalizację marihuany. Jednak żadna z nich nie zabrania stosowania konopi w medycynie. Tak więc do zastosowań medycznych marihuanę możemy nabyć w Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Czechach, Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii, Portugalii, a także w 14 stanach USA, w tym w największej Kalifornii oraz wielu innych krajach. To Salomonowe rozwiązanie nabrzmiałego problemu godzi w sposób akceptowany społecznie i zgodny z prawem międzynarodowym wszystkie strony konfliktu. Także w Polsce możemy objąć konopie indyjskie akcyzą oraz zwykłą receptą, dopuścić do użytku medycznego i sprzedawać w już istniejących aptekach pod nadzorem państwa od momentu uprawy do sprzedaży. Obecnie nadzór nad produkcją i sprzedażą marihuany prowadzą organizacje przestępcze gardząc bezpieczeństwem swoich klientów wypełniają marihuanę substancjami dodatkowymi, uzależniającymi i stanowiącymi znaczne zagrożenie dla zdrowia. Bardzo istotne jest, aby przy dopuszczeniu zastosowań medycznych konopi indyjskich nie pominięto utworzenia polskiej katedry badań nad właściwościami medycznymi konopi indyjskich. Pozwoli to polskiemu środowisku medycznemu przyswoić, a z czasem rozszerzyć obecną wiedzę.

4/ Rozwiązanie takie przyniesie oczywiste korzyści finansowe dla budżetu. Różne organizacje wyliczają ilość palaczy konopi w Polsce na ok. dwa miliony, wg badań ONZ jest ich milion sześćdziesiąt trzy tysiące, a wg Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 9,1 procent Polaków w wieku od 15 do 64 lat przynajmniej raz w roku pali marihuanę. Przed sześciu laty ten współczynnik wynosił 7,7%.

Trudno dokładnie oszacować jakie wpływy podatkowe uzyskała by Polska dzięki akcyzie na marihuanę medyczną oraz innym podatkom z tym związanym. Na podstawie wyliczeń ministra finansów Belgii z 2002 roku oszacowałem, że gdy dopuści się marihuanę do sprzedaży zyski budżetu sięgną 10 miliardów złotych rocznie i ok. 100000 miejsc pracy. Przy bardziej akceptowalnym społecznie dopuszczeniu konopi na receptę zwykłą zyski te mogą być znacząco niższe, ale nadal będą porównywalne z korzyściami, jakie rząd planuje uzyskać z podwyższenia stawek VAT.

5/ Najnowsze badania naukowe potwierdzają właściwości lecznicze konopi indyjskich. Już w 1995 roku WHO opublikowała raport, z którego wynika, że marihuana jest znacznie mniej szkodliwa niż alkohol lub tytoń. W poniżej przedstawionych przypadkach dowiedziono, że konopie indyjskie są istotnym środkiem wspomagającym leczenie, trudnym bądź niemożliwym do zastąpienia. Skutecznym, lub jedynym skutecznym lekiem. Zestawienie przygotował ekspert Rafał Grudziński.

Choroby leczone przy użyciu konopi indyjskich.
Źródła i dowody naukowe.

Stwardnienie Rozsiane:

- Wills, S. (1995) The use of cannabis in multiple sclerosis. **The Pharmaceutical Journal** **255** 237-238.
- Consroe, P., Musty, R., Rein, J., Tillery, W., and Pertwee, R. (1997) The perceived effects of smoked cannabis on patients with multiple sclerosis. **European Neurology** **38** (1) 44-48.
- Clifford, D.B. (1983) Tetrahydrocannabinol for tremor in multiple sclerosis. **Annal. Neurology** **13** 669-671.
- Meinck, H.M., Schonle, P.W. and Conrad, B. (1989) Effect of cannabinoids on spasticity and ataxia in multiple sclerosis. **J. Neurology** **236** 120-122.
- Petro D.J. (1980) Marijuana as a therapeutic agent for muscle spasm or spasticity. **Psychomatics** **21** (1) 81-85.
- Petro D.J. & Ellenburger C. (1981) Treatment of human spasticity with delta(9)tetrahydrocannabinol. **J. Clinical Pharmacology** **21** 413S-416S.
- Ungerlieder J.T. Andyrsiak T., Fairbanks L. et al. (1981) Delta-9 THC in the treatment of spasticity associated with multiple sclerosis. **Adv. Alc. Substance Abuse** **7** 39-50.
- Martyn C.N., Illis L.S., & Thom J. (1995) Nabilone in the treatment of multiple sclerosis [letter]. **Lancet** **345** 579.
- Lyman W.D., Sonett J.R., Brosnan C.F., Elkin R. and Bornstein M.B. (1989) Delta-9-tetrahydrocannabinol: A novel treatment for experimental autoimmune encephalitis. **J. Neuroimmunology** **23** 73-81.
- Greenberg H.S., Werness S.A.S., Pugh J.E., et al. (1994) Short-term effects of smoking marijuana on balance in patients with multiple sclerosis and normal volunteers. **Clinical Pharmacology Ther.** **55** 324-328.
- Petro DJ, et al., "Treatment of Human Spasticity with Delta-9- Tetrahydrocannabinol," Journal of Clinical Pharmacology 21 (1981): 413-416.
<http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/medical/spast1.htm>
- Petro DJ. Cannabis in multiple sclerosis: Women's health concerns. *Journal of Cannabis Therapeutics* 2002;2(3-4):161-175.
- Musty RE, Consroe P. Spastic disorders. In: Grotenhermen F, Russo EB, editors. Cannabis and cannabinoids: Pharmacology, toxicology, and therapeutic potential. Binghamton, NY: Haworth Press; 2002. p. 195-204.
- Clifford D, "Tetrahydrocannabinol for Tremors in Multiple Sclerosis," *Annals of Neurology* 13 (1983): 669-671.
- Ungerleider J, et al., "Delta-9-THC in the treatment of Spasticity Associated with Multiple Sclerosis," *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 7 (1988): 39-50.
- Meinck H, et al., "Effects of cannabinoids on spasticity and ataxia in multiple sclerosis," *Journal of Neurology* 226 (1989): 120-122.
<http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/medical/ms1.htm>
- Consroe P, et al., "The Perceived Effects of Smoked Cannabis on Patients with Multiple Sclerosis," *European Neurology* 38 (1997): 44-48.
- Baker D, et al. "Cannabinoids control spasticity and tremor in a multiple sclerosis model," *Nature* 404 (2000): 84-87.
- Page SA, Verhoef MJ, Stebbins RA, Metz LM, Levy JC. Cannabis use as described by people with multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 2003; 30:201-205.
- Killestein J, Polman CH. Cannabis Use in Multiple Sclerosis: Excited Interest. *Can. J. Neurol. Sci.* 2003; 30: 181-182
- Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, Thompson A; "Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial," *Lancet*. 2003 Nov 8;362(9395):1517-26.
- Metz L, Page S. Oral cannabinoids for spasticity in multiple sclerosis: will attitude continue to limit use? *Lancet* 2003;362(9395):1513.
- A. Achiron, et al. "Dexanabinol (HU-211) effect on experimental autoimmune encephalomyelitis: implications for the treatment of acute relapses of multiple sclerosis." *Journal of Neuroimmunology* 102 (2000): 26-31.

- Pryce G, Ahmed Z, Hankey DJ, Jackson SJ, Croxford JL, Pocock JM, Ledent C, Petzold A, Thompson AJ, Giovannoni G, Cuzner ML, Baker D., "Cannabinoids inhibit neurodegeneration in models of multiple sclerosis," *Brain*. 2003 Jul 22.
- Emma Ross, First major study of medicinal marijuana indicates it could help in multiple sclerosis, Associated Press, Thursday, November 6, 2003
- Beard S, Hunn A, Wight J., "Treatments for spasticity and pain in multiple sclerosis: a systematic review," *Health Technol Assess*. 2003;7(40):iii, ix-x, 1-111.

Artretyzm:

- Russo EB. Role of cannabis and cannabinoids in pain management. In: Weiner RS, editor. *Pain management: A practical guide for clinicians*. 6th ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2002. p. 357-375.
- E. Formukong et al., "Analgesic and Antiinflammatory Activity of Constituents of Cannabis Sativa L.," *Inflammation* 12 (1988): 361.
- M.L. Barret et al, "Isolation from Cannabis sativa L. of Cannflavon - a novel inhibitor of prostaglandin production," *Biochem. Pharmacol*. 34: 2019 (1985);
- Zurier RB, et al. Dimethylheptyl-THC-11 Oic Acid: A Nonpsychoactive Antiinflammatory Agent with a Cannabinoid Template Structure. *ARTHRITIS AND RHEUMATISM* January 1998; volume 41, number 1, pages 163-170.
- Zurier RB, et al. Dimethylheptyl-THC-11 Oic Acid: A Nonpsychoactive Antiinflammatory Agent with a Cannabinoid Template Structure. *ARTHRITIS AND RHEUMATISM* January 1998; volume 41, number 1, pages 163-170.

Nowotwory:

- Munson, Harris, Friedman, Dewey and Carchman, September 1975, Antineoplastic activity of cannabinoids, **Journal of the National Cancer Institute v55 no. 3**
- Department of Pediatrics, State University of New York, Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA., Cannabinoids inhibit cellular respiration of human oral cancer cells, **Pharmacology**, 2010;85(6):328-35. Epub 2010 Jun 2.
- Cristina Sanchez et al, 01/08/01, Inhibition of Glioma Growth in Vivo by Selective Activation of the CB2 cannabinoid receptor, **Cancer Research 61, 5784-5789**
- Zuo-Feng Zhang et al., 1999, Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck, **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 8:1071-1078**
- Rosenblatt, Daling, Chen, Sherman, Schwartz, 01/07/04, Marijuana Use and Risk of Oral Squamous Cell Carcinoma, **Cancer Research 64, 4049-4054**
- American Cancer Society [2003]. *Cancer Facts and Figures 2003*. <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf>
- Guzman M. [2003] Cannabinoids: potential anticancer agents. *Nat Rev Cancer*. 3(10): 745-55
- Doblin, Richard; Kleiman, Mark A. R. "Marijuana as Antiemetic Medicine: A Survey of Oncologists' Experiences and Attitudes." *J Clin Oncol*, 1991; 9: 1275-1290.
- James, John S. "Medical Marijuana: Unpublished Federal Study Found THC- Treated Rats Lived Longer, Had Less Cancer." *AIDS Treatment News*. 1997. 263. <http://www.immunet.org/>
- Blazquez C, Casanova ML, Planas A, Del Pulgar TG, Villanueva C, Fernandez-Acenero MJ, Aragonés J, Huffman JW, Jorcano JL, Guzman M. [2003] Inhibition of tumor angiogenesis by cannabinoids. *FASEB J*. 17(3): 529-31. Epub 2003 Jan 02.
- Sanchez C, de Ceballos ML, del Pulgar TG, Rueda D, Corbacho C, Velasco G, Galve-Roperh I, Huffman JW, Ramon y Cajal S, Guzman M. [2001] Inhibition of glioma growth in vivo by selective activation of the CB(2) cannabinoid receptor. *Cancer Res*. 61(15): 5784-9
- Casanova ML, Blazquez C, Martinez-Palacio J, Villanueva C, Fernandez- Acenero MJ, Huffman JW, Jorcano JL, Guzman M. [2003] Inhibition of skin tumor growth and angiogenesis in vivo by activation of cannabinoid receptors. *J Clin Invest*. 111(1): 43-50
- Jacobsson SO, Wallin T, Fowler CJ. [2001] Inhibition of rat C6 glioma cell proliferation by endogenous and synthetic cannabinoids. Relative involvement of cannabinoid and vanilloid receptors. *J Pharmacol Exp Ther*. 2001 Dec;299(3): 951-9.
- I. Galve-Roperph et al. "Antitumoral action of cannabinoids: involvement of sustained ceramide accumulation of ERK activation." *Nature Medicine* 6 (2000): 313-319; *ACM Bulletin*.

"THC destroys brain cancer in animal research."

<http://www.acmed.org/english/2000/eb000305.html>

- J. Benard. "Cannabinoids, among others, send malignant tumors to nirvana." *Bull Cancer* 87 (2000): 299-300.
- Di Marzo V., et al. "Palmitoylethanolamide inhibits the expression of fatty acid amide hydrolase and enhances the anti-proliferative effect of anandamide in human breast cancer cells." *Biochem J.* 2001. 15(358): 249-55.
- J. Molnar et al. "Membrane associated with antitumor effects of crocine-ginsenoside and cannabinoid derivatives." *Anticancer Res* 20 (2000): 861-867.
- Lanos Casanov z Centro de Investigaciones Energeticas, Medioambientales y Tecnologicas w Madrycie, *Journal of Clinical Investigatio*, 2009
- L. Ruiz et al. "Delta-9-tetrahydrocannabinol induces apoptosis in human prostate PC-3 cells via a receptor-independent mechanism." *FEBS Letter* 458 (1999): 400-404.
- S. Baek et al. "Antitumor activity of cannabigerol against human oral epitheloid carcinoma cells." *Arch Pharm Res* 21 (1998): 353-356
- L. Harris et al., "Anti-tumoral Properties of Cannabinoids," *The Pharmacology of Marihuana*, ed. M. Braude et al., 2 vols., New York: Raven Press (1976) 2: 773-776 as cited by L. Grinspoon et al., *Marihuana: The Forbidden Medicine* (second edition), New Haven, CT: Yale University Press (1997), 173.
- L. De Petrocellis et al., The endogenous cannabinoid anandamide inhibits human breast cancer cell proliferation, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 95 (1998): 8375-8380. <http://www.pnas.org/cgi/content/abstract/95/14/8375>
- "Pot Chemicals Might Inhibit Breast Tumors, Stroke Damage," *Dallas Morning News*, July 13, 1998.
- Di Marzo V, Melck D, Orlando P, Bisogno T, Zagoory O, Bifulco M, Vogel Z, De Petrocellis L. [2001] Palmitoylethanolamide inhibits the expression of fatty acid amide hydrolase and enhances the anti-proliferative effect of anandamide in human breast cancer cells. *Biochem J.* 358(Pt 1):249-55
- Portella G, Laezza C, Laccetti P, De Petrocellis L, Di Marzo V, Bifulco M [2003] Inhibitory effects of cannabinoid CB1 receptor stimulation on tumor growth and metastatic spreading: actions on signals involved in angiogenesis and metastasis. *FASEB J.* 17(12): 1771-3. Epub 2003 Jul 03.
- Mimeault M, Pommery N, Watzet N, Bailly C, Henichart JP. [2003] Antiproliferative and apoptotic effects of anandamide in human prostatic cancer cell lines: implication of epidermal growth factor receptor down-regulation and ceramide production. *Prostate.* 56(1): 1-12.
- Ligresti A, Bisogno T, Matias I, De Petrocellis L, Cascio MG, Cosenza V, D'argenio G, Scaglione G, Bifulco M, Sorrentini I, Di Marzo V. [2003] Possible endocannabinoid control of colorectal cancer growth. *Gastroenterology.* 125(3):677-87.
- Gomez del Pulgar T, Velasco G, Sanchez C, Haro A, Guzman M. [2002] De novo-synthesized ceramide is involved in cannabinoid-induced apoptosis. *Biochem J.* 363(Pt 1):183-8.
- Gomez Del Pulgar T, De Ceballos ML, Guzman M, Velasco G. [2002] Cannabinoids protect astrocytes from ceramide-induced apoptosis through the phosphatidylinositol 3-kinase/protein kinase B pathway. *J Biol Chem.* 277(39):36527-33. Epub 2002 Jul 19.
- Gonzalez S, Mauriello-Romanazzi G, Berrendero F, Ramos JA, Franzoni MF, Fernandez-Ruiz J. [2000] Decreased cannabinoid CB1 receptor mRNA levels and immunoreactivity in pituitary hyperplasia induced by prolonged exposure to estrogens. *Pituitary.* 3(4):221-6.
- Bifulco M, Laezza C, Portella G, Vitale M, Orlando P, De Petrocellis L, Di Marzo V. [2001] Control by the endogenous cannabinoid system of ras oncogene- dependent tumor growth. *FASEB J.* 15(14):2745-7. Epub 2001 Oct 29.

HIV/AIDS:

- Abrams, Donald I., et al [2003]. Short-Term Effects of Cannabinoids in Patients with HIV-1 Infection: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Ann Intern Med.* 2003 Aug 19;139(4):258-66.
- O'Shaughnessy WB. On the preparations of the Indian hemp, or gunjah (*Cannabis indica*); their effects on the animal system in health, and their utility in the treatment of tetanus and other convulsive diseases. *Transactions of the Medical and Physical Society of Bengal* 1838-18; 40: 71-102, 421-61.
- Reynolds JR. Therapeutical uses and toxic effects of *Cannabis indica*. *Lancet* 1890; i: 637-638.

- R. El-Mallakh. "Marijuana and migraine." Headache 27 (1987): 442-443.
- A. Holdcroft et al. "Pain relief with oral cannabinoids in familial Mediterranean fever." Anaesthesia 5 (1997): 483-486.
- Karst, M et al, " Analgesic Effect of the Synthetic Cannabinoid CT-3 on Chronic Neuropathic Pain A Randomized Controlled Trial," JAMA. 2003;290:1757-1762.
- Richardson, Jennelle Durnet; Kilo, Sonja; Hargreaves, Kenneth M. "Cannabinoids Reduce Hyperalgesia and Inflammation via Interaction with Peripheral CB1 Receptors." Pain. 1998. 75(1): 111-119.
- Martin, W.J., Basic Mechanisms of Cannabinoid-Induced Analgesia, IASP Newsletter (International Association for the Study of Pain) Summer 1999, at 89.

Pozostałe:

- Joy, Janet E.; Stanley J. Watson, Jr.; John A. Benson, Jr., Eds. Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base. Washington, DC: Division of Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. 1999.
- British Medical Association [1997]. Therapeutic Uses of Cannabis. Harwood Academic Pub.
- House of Lords, Select Committee on Science and Technology, [1998]. Cannabis: The Scientific and Medical Evidence. London, England: The Stationery Office, Parliament.

W wielu przypadkach marihuana uzupełnia klasyczne kuracje lecznicze. Przykładowo wspomaga chemoterapię antynowotworową zmniejszając jadłowstręt. Lub wprost leczy jak w przypadku jaskry, poprzez zmniejszenie ciśnienia płynów wewnątrzgałkowych pozwala zachować wzrok osobom chorym. W wielu innych przypadkach łagodzi długotrwałe bóle, z którymi nie radzą sobie inne leki a nawet narkotyki jak morfina, przede wszystkim z tego powodu, że inne środki tracą swoje właściwości przy długotrwałym używaniu, a marihuana nadal zwalcza ból i poprawia nastrój bez zwiększania dawki. Poniżej przytaczam rozszerzoną listę chorób i przypadłości, w których przypadku stwierdzono przydatność medyczną konopi indyjskich.

ADHD, alkoholizm, alzheimer, anoreksja, astma, arterioskleroza, bezsenność, biegunki, bóle, bóle menstruacyjne, bóle mięśniowe, bóle nowotworowe, bóle reumatyczne, crohn (leśniowski), demencja, depresja, dermatozy, dyskinezje, dystonia, egzemy, epilepsja, glejak wielopostaciowy, gronkowiec złocisty MRSA, MSSA, grzybica, HBV, hemoroidy, HCV, huntington, infekcje, jaskra, jęczmień oka, kacheksja, leukemia, łuszczyca, miażdżyca, migreny, odleżyny, oparzenia, padaczka, Paraplegia, parkinson, plamica wątrobowa, porażenie mózgowe, PTSD, retinopatia cukrzycowa, skurcze spastyczne, szумы uszne, świąd, tetraplegia, Tiki nerwowe, tinnitus, tourett, trądzik, udary mózgu, urazy mózgu, wymioty, wytrzeszcz, zapalenie gardła, zapalenie oskrzeli, zapalenie wątroby typu B, zapalenie wątroby typu C, zapalenie węzłów chłonnych, zapalenie żyły, zawał serca, zespół napięcia przedmiesiączkowego, zespół stresu pourazowego, żylaki.

Charakterystyczny jest brak źródeł polskich, jak i specyficzne podejście ministerstwa zdrowia do tego zagadnienia. Całkowita ignorancja i negacja wbrew oczywistym dowodom. Ministerstwo zdrowia wszystkie interpelacje jakie wysłałem skierowało do Dyrektora Departamentu Wojciecha Kłosińskiego, który zajmuje się oddalaniem tematu, głównie za pomocą jednostronnie i nierzetelnie dobranych argumentów. Mimo to zachowane są pozory demokratycznego dialogu społecznego.

Właściwości medyczne konopi znane były już od tysiącleci. Także w cywilizacji zachodniej używano ich w celach leczniczych. Sir Russell Reynolds nadworny lekarz królowej Wiktorii stwierdził w pierwszym numerze czasopisma 'The Lancet', że Konopie, stosowane w odpowiedni sposób, są jednym z najcenniejszych lekarstw, jakie posiadamy. Polecał roślinę na bóle menstruacyjne.

Jednocześnie konopie nie stanowią zasadniczego zagrożenia dla zdrowia publicznego i ich pełna prohibicja nie stanowi najwyższej konieczności, a wręcz jest szkodliwa społecznie. Raport WHO jednoznacznie stwierdza, że nie dowiedziono ani jednego przypadku zgonu spowodowanego wyłącznie przez palenie konopi. Marihuana, wbrew mylnej opinii ministerstwa zdrowia błędnie udokumentowanej nie stanowi zagrożenia dla kobiet w ciąży i ich dzieci. Dowiodły tego wieloletnie badania statystyczne prowadzone w Holandii. Średnia wad wrodzonych i upośledzeń była identyczna wobec normy dla niepalących. Nie ma też zagrożenia masowym uzależnieniem. Miara mocy uzależniającej w/g instytutu Cato dla nikotyny wynosi 100%, dla alkoholu 81%, a dla marihuany 21%.

Właściwości psychoaktywne marihuany w przekazie ministerstwa zdrowia są wyolbrzymiane. Znacznie częściej spotykałem się z przypadkami pozytywnego działania na psychikę palaczy, niż złymi objawami. Mimo to zachowanie recept i ograniczenie popytu akcyzą powinno uspokoić sceptyków.

Warto także zauważyć, iż w USA powszechnie stosuje się w leczeniu za pomocą konopi vaporyzery uzyskujące substancję czynną bez dymu, zmniejszając w ten sposób ewentualną szkodliwość. Uprawia się także specjalne gatunki konopi do zastosowań medycznych.

6/ William F. Buckley Jr., amerykański publicysta konserwatywny powiedział: „Prohibicja marihuany wyrządziła znacznie więcej krzywdy znacznie większej ilości ludzi niż kiedykolwiek mogła to zrobić marihuana”.

Prohibicja marihuany jest błędem. Nie jest prosto się z niej wycofać, ponieważ społeczeństwo podlega stałej dezinformacji, a rzetelny przekaz jest traktowany jako sprzyjanie narkotykom. Przypuszczam, że u źródeł wprowadzenia prohibicji narkotyków stały działania zakulisowe amerykańskich gangsterów, którzy ponieśli ogromne straty po zniesieniu prohibicji alkoholu. Szukali zapewne źródeł nowego finansowania swej działalności. Tak mogło być kilkadziesiąt lat temu w USA, ale nie mamy na to dowodów. Trudno też aby takie były skoro mafia nauczona porażką Al Caponea wołała prowadzić swoje interesy po cichu.

Pewne jest jednak, że zyski z nielegalnego handlu trafiają w ręce przestępców wzmacniając ich struktury. A są to kwoty niebagatelne. W Polsce rocznie pali się pomimo prohibicji ok. 300 ton konopi. Rentowność produkcji i sprzedaży jest wysoka, a wykrywalność na poziomie ok. 0,2% dotyczy głównie drobnych, niezależnych producentów. Zaostrzenie kontroli zwiększy wykrywalność, ale i poprawi rentowność przestępstwa pogarszając jedynie bilans państwa. Dopuszczenie konopi do aptek nie powinno znacząco zwiększyć spożycia marihuany, tak też się stało w Kanadzie. Może jedynie odebrać część zysków mafii. Może także zlikwidować plagę szkodliwych i uzależniających dodatków do marihuany, oraz kontakt na linii klient - diler reklamujący twarde narkotyki. W aptece nic takiego nie czeka pacjenta kupującego lekarstwo. Wpłyne to na poprawę sytuacji osób chorych, nie mogących obecnie podjąć jedynego skutecznego w ich przypadku leczenia. Doskonałym przykładem jest Tomek z Rybnika, w którego obronie odbyła się niedawna demonstracja. Jest chory, a za dostarczenie mu lekarstwa z Czech dwie osoby prawdopodobnie zostaną skazane na wieloletnie kary więzienia. Dodam, że osoby te działały bezinteresownie z chęci pomocy koledze.

Proponowana przez ministra Kwiatkowskiego zmiana ustawy z pewnością przyniesie poprawę sytuacji ofiar przestępstw narkotykowych, obecnie skazywanych na kary więzienia, w zawieszeniu w kolejności bez zawieszenia. Niestety ustawa po zmianie będzie bardzo

zależna od poglądów i uprzedzeń prokuratury, która z założenia kształcona jest do zamykania ludzi, a nie wypuszcza ich. Przypuszczam więc, że ilość ofiar przestępstw narkotykowych skazywanych na kary więzienia spadnie, ale pożądane było by wyeliminowanie w całości tego zjawiska. Dziwimy się, że sądy w Arabii Saudyjskiej potrafią skazać ofiarę gwałtu zbiorowego za nierząd na dwa lata pozbawienia wolności bez zawieszenia. Czym się różni nasze prawo? Tylko tym, że u nas ofiary przestępstw narkotykowych skazywane są masowo.

Konieczna jest zmiana podejścia do łapania dilerów. Policja obecnie czuje się usprawiedliwiona zamykając użytkownika bo takie jest prawo. Trzeba zmotywować policję do pracy przeciw osobom groźniejszym, a to nie jest dla funkcjonariuszy wygodne. Ponadto aby skutecznie łapać dilerów bez karania za posiadanie potrzebne są znaczne środki finansowe na organizowanie prowokacji policyjnych. Te środki można łatwo uzyskać przekazując na cele policji i walki z twardymi narkotykami 10% zysków z akcyzy na konopie indyjskie do celów medycznych czyli kwotę około 400 milionów złotych rocznie. Jednocześnie osłabione zostaną siły organizacji przestępczych. System taki działa z powodzeniem w Holandii i przynosi lepsze efekty niż średnia europejska.

Jesteście państwo w stanie ograniczyć w znacznym stopniu zagrożenie narkotykowe, nigdy go jednak nie zlikwidujecie do końca. Trzeba przyjąć najbardziej efektywną i zarazem sprawiedliwą społecznie metodę. Trzeba zachować też umiar bo konopie przyniosły zero potwierdzonych naukowo zgonów, natomiast heroina w samej Wielkiej Brytanii rocznie uśmierca tysiąc osób.

7/ W tym roku już dwukrotnie doszło do naruszenia przez policję swobody wyrażania poglądów podczas legalnych demonstracji. Po raz pierwszy podczas marszu wyzwolenia konopi organizowanego w Warszawie policja porwała i aresztowała przypadkową osobę prowokując tłum do pikiety pod komisariatem. Pomimo pokojowego przebiegu pikiety doszło do kolejnych aresztowań, młodych, aktywnych społecznie osób. Po raz drugi po demonstracji w Rybniku policja wraz z właścicielem klubu wynajmowanego przez demonstrantów zastawiła pułapkę na demonstrantów aresztując, terroryzując i przedstawiając wyreżyserowane zarzuty kilkunastu osobom.

Karzymy więzieniem palaczy marihuany za posiadanie substancji mniej groźnej niż tytoń. Rocznie do więzienia trafia ok. 5000 Polaków, co, że wyroki nie są długie, ale koszty społeczne ogromne. Proszę tylko przeanalizować jaką część produktu krajowego brutto wytwarzają osoby karane. Można więc śmiało stwierdzić, że z punktu widzenia gospodarki młody człowiek raz skazany za posiadanie trawki staje się ciężarem społecznym do końca życia.

Obecne prawo źle wpływa na długofalowe perspektywy Polski. Od 2001 roku ukaraliśmy więzieniem ok. 50000 obywateli za posiadanie marihuany, nie za jej sprzedaż. Jako niepalący, ojciec dwójki dzieci szczerze przejmuję się zagrożeniem jakie im stwarza państwo. To niebezpieczeństwo musi zostać wyeliminowane. Nie może być tak, że matki płaczą, a ojcowie pałają słusznym gniewem wobec państwa. To budzi usprawiedliwiony bunt. Fakt, że znaczna część obywateli nie zdaje sobie z tego sprawy dopóki ich oraz ich rodzin to nie dotknie, nie upoważnia nas do utrzymywania takiego stanu prawnego bezprawia.

Mitem jest twierdzenie, że marihuana jest wstępem do narkomani. Przede wszystkim, jedyną faktyczną metodą reklamy ciężkich narkotyków wśród palaczy konopi są nielegalne kanały dystrybucji. Nie będzie diler zainteresowanego w pozyskaniu klienta na ciężkie narkotyki, nie będzie także przejścia. Ale już teraz na dwa miliony palaczy marihuany mamy w Polsce około 26 tysięcy osób uzależnionych od heroiny. Z heroinistów nieco ponad połowa

wcześniej paliła marihuanę. Wyższe wyniki osiągnęły tytoń i alkohol. Gdybym chciał być uszczypliwy zauważył bym, że w 99% narkomani zaczynali od mleka matki. Czy mleko matki jest wstępem? Z drugiej strony przez ponad rok spotykam się i uczestniczę w dyskusjach na forach z osobami palącymi marihuanę. Ani razu nie byłem namawiany, ani też nie zauważyłem, by ktoś inny na forum był zachęcany do przyjmowania tzw. twardych narkotyków. Zagrożenie marihuaną jako wstępem do narkomani to fałszywy mit.

Dopuszczenie konopi indyjskich do użytku medycznego spowoduje dobre konsekwencje społeczne. Mógłbym przyznać rację osobom sugerującym, że palacze mają mniejszą motywację do pracy. Rekompensują to jednak wyższą kreatywnością. Czynniki te nie mają jednak zasadniczego wpływu, ponieważ ogólne spożycie konopi nie wzrośnie znacząco. Zmieni się jedynie sposób ich dystrybucji. Znikną szkodliwe dodatki. Powołuję się tu na przykład Holandii, gdzie od lat osiemdziesiątych i otwarcia coffieshopów faktyczne spożycie marihuany spadło. Jeden z moich znajomych Holendrów wprost twierdzi, „Marihuana? Nie palę. To u nas nie jest modne”.

Zdaję sobie sprawę, że dostępność konopi na receptę nie likwiduje całkowicie zjawiska czarnego rynku, warto więc pomyśleć o innych rozwiązaniach zmniejszających zyski mafii, a poprawiających sytuację użytkowników i ich rodzin. Najważniejszy z postulatów społeczności zielarzy to określenie ilości na własny użytek i dopuszczenie uprawy kilku roślin.

8/ Paliłem marihuanę przez cztery lata, i zaprzestałem. Rzuciłem palenie w Holandii, przy pełnej dostępności. Nie odczuwałem potem żadnego głodu. Po czterech latach nie byłem uzależniony. Marihuana to nie było zło. Z mojego punktu widzenia był to ciekawy i kształcący etap życia. Nie wiedziałem wtedy jeszcze, że dzięki marihuanie poprawi się stan mojego zdrowia. Wcześniej byłem nieskutecznie leczony w sanatorium. Żyłem z chorobą. Obecnie nie mam już problemu, a mój ogólny stan zdrowia jest bardzo dobry.

W najbliższym czasie jako kolejny kraj Niemcy zamierzają zmienić prawo. Do tej pory dostępność marihuany medycznej w Niemczech była utrudniona przez skomplikowane procedury. Pomysł koalicyjnej FDP o dostępności na receptę w aptekach zbliżony jest do mojej propozycji. Da się, można i opłaci się, bo bez wątplenia czynniki polityczne prawne i ekonomiczne zostały tam dogłębnie zbadane. Można też w Polsce przy odrobinie dobrej woli. Można też nie przegrać z tego powodu wyborów, a nawet wzmocnić obecne spadające przez zapowiedź podwyżki VAT poparcie. Wystarczy to umiejętnie przeprowadzić. Wystarczy mieć wizję i ją realizować i dlatego zwracam się do Pana, Panie Ministrze z prośbą o przemyślenie takiego rozwiązania. Franklin Delano Roosevelt zniósł w USA prohibicję alkoholu, mimo to zdołał z cuglach wygrać kolejne wybory prezydenckie. Argumentacja była prosta i szczerą. O to chodzi.

Z pomocą eksperta marihuany medycznej Rafała Grudzińskiego jestem gotów odpowiedzieć na każdy zarzut wobec konopi indyjskich. Jestem przekonany, że jest niewinna. W wielu religiach była wręcz uważana za roślinę świętą.

Z poważaniem, Sławomir Guzik