

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**
z dnia2010 r.
**w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii
na lata 2011 – 2016**

Na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016, stanowiący [załącznik do rozporządzenia](#).

§ 2.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.²⁾.

PREZES RADY MINISTRÓW

¹⁾Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr ..., poz. ...

²⁾Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033), które utraciło moc z dniem 31 grudnia 2010 r.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest aktem wykonawczym do art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485). Jego wydanie jest konieczne z uwagi na fakt, iż rok 2010 jest ostatnim rokiem obowiązywania rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Dz. U. Nr 143, poz. 1033). Przedstawiony w załączniku rozporządzenia Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii stanowi podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii określa harmonogram przyjętych działań, cele, sposoby ich osiągnięcia oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania

określonych działań. W projekcie rozporządzenia określone zostały również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii, które następnie powinny znaleźć swoją konkretyzację w wojewódzkich programach przeciwdziałania narkomanii (zgodnie z art. 9 ust. 1. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz w gminnych programach przeciwdziałania narkomanii (zgodnie z art. 10 ust. 2. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

Cel ogólny Krajowego Programu, jakim jest ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych, realizowany będzie w pięciu obszarach:

- 1) Profilaktyki,
- 2) Leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej,
- 3) Ograniczenia podaży,
- 4) Współpracy międzynarodowej,
- 5) Badań i monitoringu.

Dla każdego z pięciu obszarów działań sformułowano cel główny, którego osiągnięcie przyczyni się do zrealizowania założonego celu ogólnego.

W obszarze profilaktyki celem głównym jest zmniejszenie popytu na narkotyki w społeczeństwie polskim. Osiągnięcie tego celu planowane jest poprzez oddziaływania adresowane do ogółu społeczeństwa, wybranych grup docelowych, takich jak: dzieci i młodzież szkolna, grupy szczególnie zagrożone używaniem narkotyków oraz działania ukierunkowane na wzmocnienie systemu profilaktyki.

Wyniki ostatnich badań ogólnopolskich wskazują na stabilizację lub nawet spadek rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodzieży szkolnej. Jednak nadal znaczna część młodzieży podejmuje inicjację narkotykową. Wśród substancji nielegalnych relatywnie najwyższym rozpowszechnieniem cechują się konopie indyjskie. W ciągu ostatnich 12 miesięcy (tzw. aktualne używanie) używało ich blisko 11% uczniów w wieku 15-16 lat i 17,4% uczniów w wieku 17-18 lat. Na drugim miejscu znajdują się leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez przepisu lekarza (uczniowie młodsi – 7,1%, uczniowie starsi – 9,0%). Na trzecim miejscu wśród uczniów z młodziej grupy znajdują się substancje wziewne (3,5 %), a w starszej grupie amfetamina używana przez 4,4% badanych (ESPAD 2007). Zaznaczyć należy, że relatywnie nowym zjawiskiem jest używanie tzw. dopalaczy, które dotyczy ok. 3,5% badanej młodzieży szkół ponadgimnazjalnych (Młodzież, CBOS 2008).

Większość społeczeństwa dostrzega ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych, posiada świadomość szczególnego zagrożenia młodzieży narkotykami, nie wyraża także przyzwolenia na używanie narkotyków i ich legalizację. Młodzież jest dobrze zorientowana w zakresie szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych używaniem narkotyków, choć ich postawy wobec używania konopi są bardziej liberalne niż wobec innych substancji.

Pożądanym kierunkiem działań polskiej polityki narkotykowej jest utrzymanie trendu spadkowego używania substancji odurzających przez młodzież. Dla osiągnięcia zakładanego celu konieczne jest wdrożenie działań ukierunkowanych na wzmocnienie systemu wartości, w szczególności wartości zdrowia oraz doskonalenie umiejętności psychospołecznych młodzieży chroniących przed używaniem narkotyków.

Wzmocnienie postaw prozdrowotnych ogółu społeczeństwa poprzez edukację publiczną dotyczącą konsekwencji zdrowotnych, społecznych i prawnych używania narkotyków przyczyni się do zmniejszenia popytu na narkotyki.

W obszarze profilaktyki zaplanowano także działania służące podniesieniu jakości oddziaływań profilaktycznych. Niska skuteczność programów profilaktycznych związana jest,

poza niedostatecznym poziomem finansowania, z błędną konstrukcją programów, słabą jakością ich realizacji i niedostatecznym przygotowaniem realizatorów. Z tego względu niezbędne jest upowszechnianie profesjonalnych programów profilaktycznych o udowodnionej skuteczności, propagowanie wiedzy na temat konstruowania i ewaluacji programów profilaktycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami oraz wspieranie realizatorów.

W obszarze leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej głównym celem jest poprawa jakości życia osób używających narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych. Osiągnięcie tego celu planowane jest poprzez profesjonalizację programów leczenia, zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, rozwój programów redukcji szkód, zmniejszenie przypadków bezdomności i bezrobocia wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych.

Zgodnie z wynikami badań szacowana liczba osób używających narkotyków problemowo w Polsce wynosi pomiędzy 100 tys. - 125 tys., natomiast osób uzależnionych od opiatów znajduje się w przedziale od 25 tys. do 29 tys. W 2007 r. liczba osób leczonych w placówkach stacjonarnych z powodu uzależnienia wyniosła 15 125 osób, zaś w placówkach ambulatoryjnych 24 954 osoby. W porównaniu do roku 2006, zanotowano spadek liczby osób podejmujących leczenie w ośrodkach specjalistycznych i szpitalach. Z przeprowadzonych badań wynika, że populacja osób pozostających poza systemem lecznictwa jest ponad sześć i pół razy większa niż tych w lecznictwie i wynosi odpowiednio: 6,57 dla lecznictwa stacjonarnego i 6,48 dla lecznictwa ambulatoryjnego (IPiN, 2007).

Jednocześnie wyniki badań dotyczących oceny systemu leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce (Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce, IPiN, 2006), wskazują, że niezależnie od typu programu (ambulatoryjny, stacjonarny) leczenie kończy średnio 40% pacjentów. Prawdopodobieństwo utrzymania poprawy stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego jest tym większe, im pacjent dłużej pozostaje w systemie opieki i leczenia. W przypadku możliwości kontynuowania leczenia w programach postrehabilitacyjnych pobyt w placówce leczniczej nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy, zaś w przypadku braku takiej możliwości pobyt z konieczności jest dłuższy. Biorąc pod uwagę występowanie pozytywnej korelacji pomiędzy długością pobytu w placówce leczenia uzależnień a osiąganymi rezultatami należy dołożyć wszelkich starań, aby poprawić wskaźnik retencji w polskich placówkach leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Na poprawę wskaźników retencji wpływ mają między innymi takie czynniki jak diagnoza potrzeb pacjentów oraz odpowiednie dostosowanie oferty leczniczej do ich potrzeb. Zróżnicowana oferta lecznicza powinna opierać się na metodach i podejściach o zweryfikowanej w badaniach naukowych skuteczności.

Badania wskazują (IPiN, 2009), że grupę najliczniej reprezentowaną w leczeniu stacjonarnym stanowią osoby nadużywające substancji mieszanych i nieokreślonych, w tym opiatów razem z innymi substancjami – udział tych osób w ogólnej liczbie leczonych wzrósł od 30,9% w 1997 r. do 63,2% w 2007 roku. Wśród osób leczonych uzależnionych od jednej substancji przeważają osoby uzależnione od opiatów (16,3%). Ważnym jest, aby zapewnić tej grupie pacjentów szeroki wachlarz metod leczniczych o potwierdzonej skuteczności, w tym dostęp do leczenia substytucyjnego. Leczenie substytucyjne jest relatywnie tanie, nakłady na tego typu programy oszczędzają późniejsze koszty leczenia powikłań i inne koszty społeczne. Szeroka dostępność leczenia substytucyjnego ma wpływ na poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób przenoszonych drogą krwiopochodną (HIV, HCV, HBV). Obowiązujący do 2010 r. Krajowy Program zakładał objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 20 % uzależnionych od opiatów. Założenia tego nie udało się

zrealizować - w roku 2009 z tej formy leczenia skorzystało niespełna 2 tys. pacjentów, co stanowi 7 % wszystkich osób uzależnionych od opiatów. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011 – 2016 zakłada wzrost dostępności do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opiatów. Wzrost dostępności do programów leczenia substytucyjnego przyczyni się do poszerzenia oferty leczniczej, tak aby odpowiadała ona na różnorodne potrzeby osób uzależnionych.

Osoby szkodliwie używające narkotyków oraz osoby uzależnione są szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym. Uzależnienie i towarzyszące mu problemy, w tym zachowania kryminogenne, bezdomność, wykluczenie z rynku pracy, uniemożliwiają pełnienie ról społecznych. Stanowią one przyczynę marginalizacji, która często utrudnia podjęcie decyzji o zmianie dotychczasowego stylu życia i rozpoczęciu leczenia. Stan zdrowia tych osób pogarsza się w związku z używaniem narkotyków oraz stylem życia prowadzonym przez osoby szkodliwie używające narkotyków oraz uzależnione. Najpoważniejsze zagrożenia zdrowotne obejmują ryzyko zakażenia żółtaczką typu B i C, HIV, gruźlicą oraz ryzyko przedawkowania narkotyku.

Zapewnienie osobom szkodliwie używającym narkotyków oraz uzależnionym dostępu do zróżnicowanej oferty leczniczej i systemu pomocy społecznej wpłynie bezpośrednio na polepszenie jakości ich życia oraz znajdzie odzwierciedlenie w podniesieniu poziomu bezpieczeństwa publicznego.

Krajowy Program, obok ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, stanowi podstawę do podejmowania przez jednostki samorządu terytorialnego działań w wyżej wymienionym zakresie. Określa on kierunki działań, które powinny być uwzględnione w wojewódzkich i gminnych programach przeciwdziałania narkomanii. Budowanie wojewódzkich i gminnych programów pozwala na uwzględnienie potrzeb społeczności lokalnej, racjonalne wydatkowanie środków oraz efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów.

W obszarze profilaktyki określono kierunki zmierzające do wspierania i rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, podnoszenia wiedzy lokalnej społeczności w zakresie problemów narkomanii oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną.

W obszarze leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej samorządy terytorialne realizować powinny działania zmierzające do zwiększenia dostępności: pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej, programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków oraz leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów w danym województwie.

Istotnym kierunkiem działań podejmowanych przez samorządy lokalne powinno być zmniejszanie marginalizacji społecznej osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych, mające na celu poprawę jakości ich życia oraz podniesienie poziomu bezpieczeństwa lokalnej społeczności.

Działania dla jednostek samorządów terytorialnych określone w Krajowym Programie, ukierunkowane są również na wspieranie rozwoju zawodowego pracowników, zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków, co poprawia jakość świadczonych usług.

W obszarze redukcji podaży na narkotyki celem głównym jest ograniczenie produkcji, obrotu i dostępności środków odurzających oraz substancji psychotropowych. Osiągnięcie tego celu planowe jest poprzez szereg aktywności ukierunkowanych na zwalczanie przestępczości narkotykowej.

Polska jest jednym z głównych producentów amfetaminy. Według ostatnich danych w Polsce odnotowano wzrost liczby przestępstw dotyczących produkcji, obrotu i przemytu prekursorów. Ze względu na dynamicznie zmieniające się sposoby produkcji narkotyków, pojawianie się nowych środków odurzających oraz zastępowanie prekursorów znajdujących się pod ścisłą kontrolą innymi, nowymi substancjami, niezbędne jest realizowanie działań mających na celu efektywną kontrolę prekursorów oraz rozwijanie współpracy z przemysłem farmaceutycznym oraz chemicznym.

W Polsce od kilku lat wzrasta także liczba zabezpieczonych upraw konopi indyjskiej. W 2008 roku ujawniono 123 uprawy konopi innych niż włókniste. Wskazuje to na potrzebę rozwijania działań, których celem jest wykrywanie nielegalnych upraw prowadzonych przez zorganizowane grupy przestępcze.

Przez terytorium Polski przebiegają główne szlaki przemytu narkotyków. Niezbędne jest zatem dalsze wzmacnianie współpracy odpowiednich służb i instytucji na poziomie krajowym oraz międzynarodowym, a także rozwijanie stałego monitoringu pojawiania się na rynku nowych substancji.

W obszarze redukcji podaży zaplanowano również działania mające na celu ograniczenie przestępczości narkotykowej z wykorzystaniem Internetu. Planowane jest przeprowadzenie pogłębionej analizy zjawiska zagrożenia przestępczością narkotykową z wykorzystaniem Internetu, a także wypracowanie rekomendacji do jego ograniczenia.

Głównym celem działalności zorganizowanych grup przestępczych jest generowanie zysków. Dlatego też działania odpowiednich służb powinny przede wszystkim pozbawiać grupy przestępcze zysków finansowych pochodzących z przestępczości narkotykowej. Wiąże się to z ograniczeniem zjawiska „prania pieniędzy” oraz wdrożeniem skutecznych procedur w zakresie konfiskowania mienia pochodzącego z przestępstwa. Działania w tym zakresie zostały również zaplanowane w obszarze redukcji podaży.

W obszarze badań i monitoringu celem głównym jest wsparcie analityczne realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Realizowany jest on poprzez monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w drodze badań i analiz wielu wymiarów tego problemu. Drugim elementem jest prowadzenie oceny instytucjonalnych i społecznych postaw wobec zjawiska narkotyków i narkomanii. Trzecim elementem jest praca nad rozwojem i konsolidacją systemu informacji o środkach odurzających, substancjach psychoaktywnych i środkach zastępczych.

Stale monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie narkotyków dostarcza podstaw do planowania konkretnych działań oraz przesłanek do oceny ich skuteczności. Poprzez zbieranie danych statystycznych oraz prowadzenie badań ankietowych, jakościowych i kohortowych, a także szacowanie liczby użytkowników narkotyków możliwa jest ocena sytuacji narkotykowej w Polsce. Ponadto prowadzenie monitoringu zjawiska na różnych poziomach pozwoli na dokonywanie porównań międzywojewódzkich i międzynarodowych oraz umożliwi lepsze rozumienie procesów zachodzących na scenie narkotykowej.

Poznanie percepcji społecznej problemu narkomanii stanowi natomiast podstawę do kształtowania działań z zakresu redukcji popytu i podaży. Badania populacji generalnej są cennym źródłem informacji dla praktyków oraz osób odpowiedzialnych za kreowanie polityki w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Pokazują one w jaki sposób opinia publiczna postrzega prowadzone działania. Poznanie poglądów społeczeństwa na temat polityki wobec problemu narkomanii oraz samego zjawiska umożliwia zarówno zaplanowanie racjonalnych i efektywnych działań np. kampanii społecznych, jak i modyfikowanie prowadzonej polityki. Niemniej ważnym elementem monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii pozostaje analiza reakcji instytucjonalnych. Pozwala ona na ocenę efektywności prowadzonych działań oraz wydatkowanych środków finansowych. Systematyczny monitoring prowadzony w powyższych obszarach umożliwi przeprowadzenie ewaluacji

Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Krajowe Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, działające przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zobligowane jest do dostosowywania sposobów zbierania danych w kluczowych obszarach do standardów wymaganych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Podjęcie prac nad poprawieniem jakości danych w zakresie zgłaszalności do leczenia oraz pozostałych kluczowych wskaźników związanych z używaniem narkotyków pozwoli w większym stopniu wypełniać obowiązek sprawozdawczy wobec Europejskiego Centrum oraz dostarczy bardziej wszechstronnych i wiarygodnych danych.

Sieć ekspertów wojewódzkich utworzona w 2001 r. stanowi część ogólnopolskiego systemu wymiany informacji. Szkolenia ekspertów pozwolą na podniesienie ich umiejętności, co przełoży się na lepszą jakość regionalnych raportów. Innym elementem wymagającym dalszego rozwoju jest sieć monitoringu lokalnego. Szkolenia dla przedstawicieli gmin pozwolą poprawić jakość prowadzonych monitoringu lokalnych, co przyczyni się do prowadzenia racjonalnej i opartej na faktach polityki przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym.

Szczególne uwagi w kolejnych latach powinna być poświęcona monitorowaniu rynku nowych substancji tzw. dopalaczy. Znacząca rola przypadając będzie w tym zakresie Zespołowi Oceny Ryzyka, działającemu przy Radzie do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

W obszarze współpracy międzynarodowej celem głównym jest wzmocnienie pozycji Polski na forum międzynarodowym w zakresie ograniczania problemu narkotyków i narkomanii. Członkostwo Polski w Unii Europejskiej wiąże się z przyjęciem obowiązków związanych z aktywnym uczestnictwem w pracach tej organizacji. Oznacza to m.in. zdolność do uczestniczenia w procesie decyzyjnym na poziomie unijnym i współuczestnictwo w wypracowywaniu kierunków polityki Unii Europejskiej zarówno w aspekcie ograniczania podaży, jak i popytu na narkotyki.

Osiągnięcie tego celu planowane jest poprzez udział w pracach instytucji Unii Europejskiej zajmujących się ograniczaniem podaży i popytu na narkotyki a także rozwijanie współpracy bilateralnej z państwami nie należącymi do Unii Europejskiej.

Jednym z głównych priorytetów UE w obszarze współpracy międzynarodowej jest udzielanie wsparcia krajom trzecim oraz państwom będącym producentami i krajami tranzytowymi, tak by ich działania były bardziej skuteczne w zmniejszaniu popytu i podaży narkotyków. Szczególną uwagę w tym kontekście zwraca się na państwa leżące wzdłuż wschodniej granicy Unii tj. Federację Rosyjską, Ukrainę i Białoruś, gdzie jak wskazują statystyki międzynarodowe, występują szczególnie wysokie wskaźniki dotyczące poziomu konsumpcji i produkcji narkotyków, zakażeń HIV, HCV, HBV. Zjawiska te stanowią problem dla bezpieczeństwa i zdrowia publicznego w tych krajach oraz państwach członkowskich UE. Szczególną rolę w tej dziedzinie mają do odegrania państwa członkowskie UE graniczące ze wspomnianymi krajami, w szczególności zaś Polska. Wśród działań podejmowanych w ramach nowego KPPN znalazł się zapis dotyczący rozwijania współpracy z krajami trzecimi, nie należącymi do UE.

Nowe możliwości działania w zakresie współpracy z państwami z Europy Wschodniej stwarzać może tzw. Partnerstwo Wschodnie - pierwsza polska, autorska inicjatywa wprowadzona do systemu stosunków zewnętrznych Unii Europejskiej. Działania określone w Krajowym Programie, ukierunkowane są również na aktywności w ramach Partnerstwa Wschodniego.

Co sześć miesięcy kolejne państwo członkowskie Unii Europejskiej przewodniczy pracom Rady Unii Europejskiej. Od 1 lipca 2011 r. na okres sześciu miesięcy Polska obejmie Przewodnictwo w UE. Mając na uwadze powyższe, wśród działań przewidzianych przez nowy Program znalazł się zapis odnoszący się do realizacji inicjatyw krajowych w ramach

polskiej Prezydencji z uwzględnieniem aktywności Trio Prezydencji tzn. Polski, Danii oraz Cypru.

Współpraca w zakresie narkotyków prowadzona na poziomie międzynarodowym oparta jest w dużej mierze na osiągnięciach wypracowanych przez wspólnotę międzynarodową pod auspicjami Narodów Zjednoczonych. Należy wymienić tu m.in. najważniejsze konwencje międzynarodowe, takie jak Jednolita Konwencja o Środkach Odurzających z 1961 roku, Konwencja o Substancjach Psychotropowych z 1971 roku czy Konwencja Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku. Wzmocnienie pozycji Polski na forum międzynarodowym osiągnięte może być także poprzez uczestnictwo w pracach organizacji międzynarodowych (innych niż UE) zajmujących się problematyką narkotyków i narkomanii. Mając na uwadze powyższe działania określone w Krajowym Programie, ukierunkowane są również na rozwój współpracy z organizacjami międzynarodowymi (innymi niż UE).

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia swoim zakresem wywiera wpływ na podmioty określone w dokumencie jako realizatorzy Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016, w tym na organy administracji rządowej, samorządowej oraz organizacje pozarządowe w zakresie zadań profilaktycznych i leczniczych określonych Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii. Regulacje rozporządzenia będą miały wpływ na organa porządkowe i kontrolne państwa, policję, straż graniczną, służby celne, organa wymiaru sprawiedliwości, a także na jednostki samorządu terytorialnego.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie skonsultowana z następującymi podmiotami:

- 1) Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 2) Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia
- 3) Konsultantem Krajowym w dziedzinie psychiatrii;
- 4) Centralnym Zarządem Służby Więziennej;
- 5) Instytutem Psychiatrii i Neurologii;
- 6) Krajowym Centrum ds. AIDS;
- 7) Naczelną Radą Lekarską;
- 8) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych;
- 9) Komendą Główną Policji;
- 10) Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii;
- 11) Radą ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
- 12) Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 13) Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych
- 14) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy;
- 15) Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych;

- 16) Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowi
- 17) Konwentem Marszałków RP;
- 18) Związkiem Województw RP;
- 19) Związkiem Powiatów Polskich;
- 20) Helsińską Fundacją Praw Człowieka;
- 21) Fundacją Batorego;
- 22) Stowarzyszeniem „Monar”;

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Projektowane regulacje nie spowodują dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Finansowanie realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016, przewiduje się w ramach budżetów jego realizatorów, których wydatki na realizację Krajowego Programu są szacowane na poziomie porównywalnym z wydatkami na realizację dotychczas funkcjonującego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010. W chwili obecnej brak jest jeszcze dokładnych szacunków co do kosztów jakie mają być poniesione przez poszczególne resorty domniemywać jednak należy, iż nie będą one znacząco odbiegały od wydatków poniesionych przez budżet państwa na realizację Krajowego Programu w roku 2009, które wyniosły 93 896 707 zł.

Zgodnie z regulacją art. 75 ustawy z dnia 29 lipca o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485), która dokonuje zmiany w przepisach ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, z późn. zm.), zapewniono finansowanie realizacji zadań jednostek samorządu terytorialnego wyznaczanych przez te jednostki gminnymi/wojewódzkimi programami przeciwdziałania narkomanii. Finansowanie programów gminnych/wojewódzkich będzie odbywać się środkami pobranymi z tytułu opłat określonych w przepisach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na poziom konkurencyjności wewnętrznej i zewnętrznej gospodarki.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

6. Wpływ na rynek pracy.

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na rynek pracy

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa.

Wejście w życie projektowanych regulacji przyczyni się do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów zdrowotnych i społecznych. Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki będzie rezultatem działań z zakresu profilaktyki uzależnień a ograniczanie podaży wynikiem zintensyfikowanych działań organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości oraz poprawy poziomu koordynacji zwalczania przestępczości narkotykowej (produkcji, handlu, przemytu).