

**ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЈА НА ДРОГИТЕ**  
КАКО ОСНОВА ЗА **ХУМАНА И ЕФЕКТИВНА**  
ПОЛИТИКА ЗА ДРОГИ



АНАЛИЗА НА ПОРТУГАЛСКИОТ И ХОЛАНДСКИОТ  
МОДЕЛ НА ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЈА

---

ДОКУМЕНТ ЗА ЈАВНИ ПОЛИТИКИ

**ВЛАТКО ДЕКОВ**

**Издавач:**

Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“  
МАРГИНИ – Скопје

**Автор:**

Влатко Деков

**Лектура:**

Виолета Танчева-Златева

**Дизајн:**

Бојана Мицевска

CIP - Каталогизација во публикација  
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

613.83(469)(047.31)  
343.575(469)(047.31)  
613.83(492)(047.31)  
343.575(492)(047.31)

**ДЕКОВ, Влатко**

Декриминализација на дрогите како основа за хумана и ефективна политика за дроги : анализа на португалскиот и холандскиот модел на декриминализација : документ за јавни политики / Влатко Деков. - Скопје : Коалиција Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници, 2020. - 77 стр. : илустр. ; 30 см

Фусноти кон текстот. - Библиографија: стр. 72-77

ISBN 978-608-4803-25-6

а) Дроги -- Декриминализација -- Португалија -- Истражувања б) Дроги -- Декриминализација -- Холандија -- Истражувања

COBISS.MK-ID 52751109



Оваа публикација е издадена во рамките на проектот „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“ поддржан од Фондација Отворено општество – Македонија.

# КРАТЕНКИ

**ЕМЦДДА** – Европски центар за мониторинг за дроги и зависност од дроги

**ИДПЦ** – Интернационален конзорциум за политики за дроги

**ЛКУД** – Луѓе кои употребуваат дроги

**ЛСД** – Диетиламид на лизергинова киселина

**ОСФ** – Фондација Отворено општество

**РСМ** – Република Северна Македонија

**СИЦАД** – Генерален директорат за зависнички однесувања и зависности

# 1. | ВОВЕД И ЦЕЛ

Во текот на последните неколку децении употребата на дроги постојано се зголемува во целиот свет, и покрај рестриктивните политики. Тој традиционален пристап на забрана и казнување поради поседување и употреба на дроги создава социјална неправда на индивидуално ниво, јавно-здравствени проблеми и високи социјални трошоци на макрониво. Како резултат на тоа, се јавуваат политиките на декриминализација како баланс на непрактичните прохибиционистички политики за дроги. Во моментот во светот постојат повеќе примери на декриминализација на дрогите, кои се разликуваат според повеќе критериуми. Ние се одлучивме да направиме анализа на два модела на декриминализација – португалскиот и холандскиот – кои се прилично различни меѓу себе, но и двата се добри примери на политики кои доведоа до подобрување на ситуацијата со дроги во нивните земји. Главната цел на оваа анализа е да ги евалуираме двата модела на декриминализација и да ги утврдиме нивните постигнувања.

Главен метод кој се користеше беше преглед и ревизија на литературата, извештаите на владините институции, академските и граѓанските организации.

Нашата идеја е да ги презентираме овие два модела пред македонската политичка и експертска јавност и да покренеме иницијатива за промена на сегашната политика за дроги на Република Северна Македонија, која се покажа дека не одговара на времето во кое живееме и не дава соодветни резултати. Имено, политиката за дроги на нашата земја е неkontинуирана, неkontзистентна и

хаотична. Се базира само врз еден документ, Национална стратегија за дроги, која не се реализира, или пак се носат ад хок политички одлуки каква што е легализација на канабис за медицински цели, а таа мерка не е предвидена во Стратегијата. Друг пример за неконзистентноста на националната политика за дроги е нереализирањето на една од клучните цели на Националната стратегија за дроги 2006 – 2012, имено дефинирање на минимални количини на дроги за лична употреба (Министерство за здравство, 2006). Намерата на оваа мерка беше да се почитуваат правата на луѓето кои употребуваат дроги, да не се лишуваат од слобода поради поседување на која било дрога за лична употреба и да се намалат трошоците поврзани со полициските акции и судските процеси. Напротив, продолжија и се зголемија активностите на полицијата за апсење на луѓе кои поседуваат дроги за лична употреба, а судовите донесуваат правосилни решенија за кривични дела за поседување на дроги за лична употреба, иако согласно член 215 од Кривичниот законик поседувањето на дроги за лична употреба и самата употреба на дроги не се кривични дела. Дополнително, ваквата политика создава дискриминаторски и стигматизирачки однос кон луѓето кои употребуваат дроги и тие се соочуваат со повеќе прекршувања на нивните права. Така, на пример, според истражувањето на здружението ХОПС – Опции за здрав живот Скопје, луѓето кои инјектираат дроги се соочуваат со 15 правни проблеми во период од 3 и пол години, додека општата популација за истиот период се соочува во просек со 1,4 правни проблеми. Дури 93 % од луѓето кои инјектираат дроги се соочиле со проблем од областа работен однос и вработување (ХОПС, 2018). Од друга страна, одговорот кон зависностите преку соодветни програми за лекување и реинтеграција е недоволен. Имајќи предвид дека во Македонија околу 1.600 лица се лекуваат со метадон, а 250 со бупренорфин, додека големината на популацијата на луѓе кои инјектираат дроги е проценета на околу 6.800, опфатот на програмите за лекување на зависности е околу 27 %. Ова е далеку под европскиот просек, кој изнесува 50 % (ХОПС, 2019). Квалитетот на програмите за лекување постојано опаѓа, клиентите воопшто не се задоволни, а лекувањето со бупренорфин не е достапно во сите центри за лекување на зависност во државата (ХОПС, 2019).

И покрај големиот број иницијативи, сè уште не е отворена програма за лекување на деца зависни од дроги. Програмите за ресоцијализација и реинтеграција спроведувани од Министерството за труд и социјална политика се затворија и денес вакви програми спроведуваат само 3 здруженија на граѓани. Законската регулатива поврзана со дрогите

во РСМ исто така доведува до повеќе проблеми. Во законите се предвидени казни кои се еднакви за сите сторители, без да се земат предвид количината и видот на дрогите. Веќе споменавме дека судската пракса генерално го криминализира поседувањето на дроги за лична употреба, што не е во согласност со Кривичниот законик (Бошкова и др. 2014). Овие се само дел од проблемите кои се актуелни и кои укажуваат на тоа дека постојната политика за дроги во РСМ не се базира врз човековите права, научните факти и прагматичноста и дека е потребна нејзина ревизија и промена во согласност со добрите практики во светот. Оваа анализа на моделите на политиките за дроги во Португалија и Холандија е првиот чекор кој треба да даде насоки за промените во македонската политика за дроги.

## 2. ШТО Е ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЈА?

Декриминализација на дрогите најчесто се дефинира како елиминирање на кривичните дела поврзани со поседување и употреба на дроги, поретко и купување на дроги (EMCDDA 2018a).

Декриминализацијата претставува преместување на фокусот на политиките од полициско-судскиот систем кон здравствено-социјалниот систем. Ваквата рамка создава поддржувачки контекст и средина за потребните јавно-здравствени и социјални интервенции за луѓето кои употребуваат дроги и намалување на негативните последици од кривичното гонење поради поседување и употреба на дроги (Benfer et al. 2018, International Drug Policy Consortium 2016).

Политиките за декриминализација на дрогите се генерално насочени кон намалување на ризиците за јавното здравје, намалување на смртните случаи и високите трошоци за спроведување на репресивните политики. Во зависност од целта што државата сака да ја постигне, најчесто не е доволно само да се декриминализира поседувањето и/или употребата на дрогите, туку е потребно да се донесат и други мерки (Unlu et al. 2020). На пример, ако целта е да се намали бројот на ХИВ-инфекции и бројот на смртни случаи со предозирање, тогаш не е доволна мерка само менувањето на член во Законот со кој се декриминализира поседувањето на дроги и нивната употреба. Потребно е да се развијат и да се отворат повеќе програми за намалување на штетите од употреба на дроги, на пример, размена на стерилен прибор за инјектирање и дистрибуција на налоксон. Затоа декриминализацијата на дрогите секогаш треба да биде дел од еден поширок модел или стратегија за решавање на проблемите поврзани со дрогите и зависностите од дроги.

## ПОЛИТИКА ЗА ДРОГИ

# ПОРТУГАЛИЈА

## 3.1 | ПОРТУГАЛИЈА ПРЕД 2000 ГОДИНА

По Втората светска војна Португалија, заедно со Шпанија, беше единствената европска земја во која владееше фашистички ориентирана партија под водство на Антонио Салазар. Во еден таков контекст со силно влијание на католичката црква, Португалија беше затворена земја, без надворешни влијанија и без можност за развивање на нови идеи и промени што ги карактеризираа останатите западни општества. Културните промени и движења што ги обележаа 60-тите и кои, покрај другото, ја славеа слободата и употребата на некои психоактивни супстанции, поминаа речиси незабележано во Португалија. Употребата на дроги, пред сè на ЛСД, беше прифатено од мали заедници на уметници и боџиери, без некое поголемо културно и социјално влијание.

Дрогите не претставуваа значаен проблем сè до доцните 70-ти години. Се претпоставува дека следниве фактори влијаеја врз зголемената употреба на дроги: крајот на колонијалната војна во Африка и враќање на населението од колониите, вклучително и на португалската војска, како и падот на диктатурата на Салазар во 1974 година, што резултираше со брзо отворање на земјата кон светот (OSF 2011).

По половина век изолација, Португалците не беа добро подготвени за бранот промени што следуваа по отворањето на земјата. Тие немаа познавање за дрогите, посебно не за разликите меѓу различните видови дроги и нивните влијанија, не знаеја кои се здравствените ризици од нивната употреба или кој вид социјални проблеми можат да ги предизвикаат. Во почетокот на 80-тите години најупотребувана дрога беа хашишот и марихуаната, додека хероинот, иако беше присутен, почна да се употребува во голема мера кон крајот на 80-тите. Токму во тој период употребата на дроги стана видлив социјален проблем. Многу индивидуалци во португалското општество отворено зборуваа дека земјата има сериозен проблем со употребата на дроги. Тие сознанија се базираа врз лични впечатоци и евиденции, затоа што не постоеја истражувања кои ќе ги потврдат (OSF 2011). Според студијата на „Евробарометар“ од 1997 година, Португалците

како најголем социјален проблем го перципираат проблемот на употребата на дроги (European commission 1997). Овие перцепции на Португалците не ги потврдија истражувањата во 2001 година, според кои само 7,8 % од лицата на возраст од 15 до 64 години употребиле дрога во животот, што ја позиционира Португалија на долниот дел од табелата на употреба на дроги од земјите во ЕУ (Hughes and Stevens 2010). Професор Казимиро Балса (Casimiro Balsa) кој го спроведе истражувањето во 2001 година, смета дека загриженоста на португалските граѓани е последица, пред сè, на видливоста на употребата на дроги на јавни места. Во земја во која традиционалните вредности и морал доминираа толку долго време, ваквото нетипично однесување е веднаш забележливо и е предмет на јавна критика.

Како и да е, во 90-тите имаше значајна популација на корисници кои инјектираат хероин, а стапката на ХИВ, туберкулоза, хепатит Ц и Б рапидно се зголемуваа. На пример, во периодот 1990 – 1997 бројот на корисници на дроги кои живеат со ХИВ се зголеми од 47 на 590. Во 1999 година Португалија беше земја со најголем број ХИВ-случаи чија причина е употребата на дроги, и втора според преваленцијата на ХИВ помеѓу лицата кои инјектираат дроги (EMCDDA 2000).

Исто така, смртта предизвикана од употреба на дроги се зголеми за 57 % и во 1999 година беа регистрирани 369 смртни случаи.

Постоеше голема загриженост за социјалната исклученост и маргинализација на корисниците на дроги и перцепцијата на експертите од разни области, вклучително од полицијата и од здравствениот сектор, беше дека криминализацијата на употребата на дроги беше дел од проблемот, а не негово решение (Hughes 2006).

Употребата на дрога стана значајно политичко прашање во 1998 година и предмет на дебати и состаноци, како во Владата и Парламентот така и во медиумите и на улиците. И покрај традиционалната, конзервативна и авторитарна историја, Владата реагираше на изненадувачки и неконвенционален начин. Имено, наместо да ја засили политиката на нулта толеранција (затворски казни за секој кој произведува, продава, купува, поседува и употребува дроги) кон оние кои употребуваат дроги, таа реши да ја анализира состојбата и за таа цел формираше комисија без ниту еден политичар во неа. Целта на оваа комисија составена од доктори, социјални работници, социолози, психолози, правници

и активисти беше да направи анализа на ситуацијата со употреба на дроги и да даде препораки кои ќе се преточат во национална стратегија. По осум месеци комисијата ги објави резултатите и препорача да се декриминализираат поседувањето и употребата на сите дроги како најефективен начин за намалување на употребата на дроги и бројот на лица зависни од дроги. Освен овие законски промени, таа препорача фокусот на владините активности да бидат превенција и едукација, намалување на штетите од употреба на дроги, проширување и подобрување на третманските можности за лицата зависни од дроги и активности за ресоцијализација и подобрување на релациите со семејството, работата и општеството. Со тоа се воспоставија нова филозофија и нов приод кон употребата на дроги втемелени врз идејата дека, иако употребата на дроги носи проблеми, тоа не е причина за да бидат корисниците осудувани и ставени во затвор и дека во моменталниот контекст и развој на човештвото, постоењето на свет ослободен од дроги е илузија која нема да стане реалност, исто како што е неможно општество во кое возачите нема да ја надминуваат ограничената брзина на патот.

Затоа, комисијата заклучува дека репресивните мерки и казни се нерационални, не даваат резултати и можат уште повеќе да ја влошат ситуацијата. Имено, третирањето на употребата на дроги како кривично дело ги одбива корисниците на дроги од доброволно барање помош. Криминализацијата придонесе многу корисници на дроги да се плашат да побараат медицинска помош – прво поради можноста да бидат казнети, и второ поради тоа што самата казна ќе има негативно влијание за нивните можности за вработување и учество во општеството.

Базирајќи се врз овие наоди и принципи, комисијата ја дефинираше декриминализацијата на поседувањето и употребата на дрога како клучна препорака до Владата, која пак ја реализираше за неполни три години.

## 3.2 ЗАКОНСКИ ПРОМЕНИ

Во ноември 2000 година во Португалија се донесе нов закон, кој стапи на сила во јули 2001 година, со кој се декриминализираа купувањето, поседувањето и употребата на дрогите. Декриминализацијата се однесува за сите видови дроги во количини за 10 дена и кои се за лична употреба. Оваа промена не значи дека дрогите се легални. Напротив, поседувањето и употребата на дрогите и понатаму се забранети, но со новиот закон тие не се кривични дела туку се прекршоци за кои се одредува некоја административна казна. Сепак, поседувањето на дрога во дозволените количини заради продажба останува кривично дело исто како и поседувањето на која било дрога над дозволените 10 дози (Hughes and Stevens 2010, Greenwald 2009, OSF 2011).

Како што е наведено во Законот, тој претставува „**правна рамка за употребата на наркотици и психотропни супстанции, заедно со здравствената и социјалната благосостојба на корисниците на овие супстанции**“. Овој закон е дел од поширокиот португалски модел во пристапот кон зависностите, кој воведува збир мерки и политики базирани врз здравството, социјалната политика и почитувањето на човековите права. Законот за декриминализација се базира врз претпоставката дека луѓето кои употребуваат дроги се граѓани на кои им треба поддршка и помош од здравствен и социјален аспект.

Табела 1. Дозволените количини на дроги за десет дена

ВИД НА ДРОГА	ДОЗВОЛЕНИ КОЛИЧИНИ ВО ГРАМОВИ
Хероин	1
Метадон	1
Морфин	2
Опиум	10
Кокаин (hydrochloride)	2
Кокаин (methyl ester benzoilegonine)	0,3
Канабис (листови и цвет)	25
Канабис (смола)	5
Канабис (масло)	2,5
ЛСД	0,1
МДМА	1
Амфетамин	1

Извор: <http://www.idt.pt>

Трговијата на дроги се казнува со казна затвор од 1 до 5 години и од 4 до 12 години зависно од повеќе определени критериуми, од кој едниот е причината за продажба. Така, доколку во трговијата е вклучено лице кое со продажбата си обезбедува средства за да ја финансира сопствената зависност или употребата на дроги, тоа лице се казнува со минимални казни.

Членот 5 од законот предвидува формирање на Комисија за разубедување чија задача е да донесе одлука во врска со евентуалните парични или административна казни, но пред сè, да разговара со лицето кое е процесирано со дозволената количина и да му понуди можности за помош и третман (Greenwald 2009, OSF 2011).

Членовите 15 и 17 од Законот за декриминализација ги предвидува санкциите кои може да ги донесе Комисијата за разубедување и согласно нив се предвидува: лицата кои не се зависни, но употребуваат дроги можат да добијат парична казна – најчесто од 25 до 40 евра или евентуално некоја казна која не е парична.



За лица кои се зависни од дроги треба да се применуваат санкции кои не се парични. Такви санкции се: предупредување, забрана за движење на одредени места, забрана за добивање лиценца за работа со која поради употребата на дрога може да се доведе во опасност лицето кое употребува дрога или трети лица, забрана за патување во странство без дозвола, периодични посети на Комисијата итн. (Greenwald 2009).

## 3.3 | КОМИСИЈА ЗА РАЗУБЕДУВАЊЕ

Комисиите за разубедување се формирани во сите 18 дистрикти во Португалија и во нив членуваат по 3 лица експерти номинирани од Министерството за здравство и Министерството за правда. Министерството за правда именува еден член кој е правен експерт, а другите двајца членови се поставени од Министерството за здравство и се некои од следниве профили: доктор, психолог, социјален работник или социолог. Комисијата соработува и со тим од психолози, социолози и социјални работници (Moreira M. et al. 2011).

Улогата на оваа Комисија има огромно значење за спроведувањето на португалската политика за дроги и претставува нејзин темел, па затоа подетално ќе ја опишеме нејзината улога.

Кога некое лице кое употребува дрога биде фатено од полиција со дозволените количини на дроги, таа ги зема неговите податоци, ја конфискува илегалната дрога и не го приведува во полициска станица, туку го препраќа до Комисијата за разубедување. Доколку лицето одбие да ја посети Комисијата, може да му се одреди административна казна во негово отсуство, како парична казна, одземање или забрана за поседување на возачка дозвола, да му се одреди мерка за извршување на некоја корисна активност во заедницата или да му се забрани пристап до одредено место (OSF 2011). Ако количината на дроги е над дозволената, се покренува судски процес, а ако обвинителот или судијата утврди дека дрогата била за лична употреба без намера за продажба, лицето повторно ќе биде препратено до Комисијата, која ќе решава понатаму за случајот.

При посетата на оваа Комисија се разговара за причините за употреба

на дроги, историјатот на употреба, семејната состојба, работниот статус и сл. Целта на Комисијата со разговорот на овие теми е да ја подигне свеста кај корисникот за штетните последици од дрогите што ги користи, вклучувајќи ги и последиците од можните идни прекршоци и казните за нив, а од друга страна, да го информира корисникот за сите можни опции за помош и третман, како и да го мотивира и препрати на третман кога тоа е возможно.

Состанокот со Комисијата за разубедување е многу поинаков, не предизвикува траума како судскиот процес и не е извор на социјална стигма за оние кои учествуваат на него. На корисникот кој доаѓа на средбата му е дозволено да дојде во присуство на неговиот терапевт, доколку го има, како и на неговиот адвокат. Присуството на адвокат е обврзувачко за малолетните лица.

Доколку корисникот доаѓа на средба за првпат, тогаш речиси секогаш се стопира процесот и не се изрекува никаква казна. Доколку истиот корисник е препратен од полицијата по втор или третпат, тогаш следува парична казна во износ од 30-40 евра, а за секој нареден случај износот пропорционално се зголемува. Наместо парични казни, Комисијата може да изрече друг тип на мерки: општествено корисна работа, регуларно пријавување во Комисијата, задржување на социјалните бенифиции или групна терапија. Слични мерки можат да се изречат и за лицето кое е зависник, доколку тој не прифати да оди на третман. Сепак, овие лица во пракса не се соочуваат со вакви мерки, затоа што цел на Комисијата е да ја подигне свеста и да ги мотивира тие доброволно да се пријават за лекување, а не да ги присилува да го сторат тоа. Според Законот, парична казна не може да се изрече за лице кое е зависно од дроги, бидејќи тоа може да предизвика извршување на кривично дело со цел обезбедување на парични средства за да ја плати казната (OSF 2011). Средбата во Комисијата може да им помогне на оние корисници кои немаат доволно информации да ги разберат последиците од употребата на одредени видови дроги и да станат свесни за сите ризици што употребата може да ги предизвика.

Комисијата настојува да ги советува ЛКУД во насока да развијат поздрав однос со дрогите, дури и тогаш кога тие ќе решат и понатаму да ги употребуваат.

## 3.4 ПРОГРАМИ ВО СКЛОП НА ПОРТУГАЛСКИОТ МОДЕЛ НА ПОЛИТИКА ЗА ДРОГИ

Како што нагласивме погоре, Законот за декриминализација на дрогите е дел од поширокиот португалски модел на политика за дроги и пристап кон зависностите, кој воведува збир мерки и политики базирани врз здравството, социјалната политика и почитувањето на човековите права. Затоа ќе го анализираме целиот модел со сите програми од кои е составен.

### 3.4.1 СОЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ

Реинтеграцијата на корисниците на дроги е една од клучните цели во португалската национална стратегија за дроги. Бројот на програми чија цел е ресоцијализацијата и социјалното вклучување на корисниците на дроги постојано се зголемува, како во рамките на државните институции така и кај здруженијата на граѓани. По објавувањето на извештајот на Комисијата од 1998 година, чии препораки се преточија во национална стратегија, се зголемија и програмите за ресоцијализација и социјално вклучување. Португалија создаде посебен модел за интергација на корисниците на дроги познат под името Модел за интервенции за интеграција (MIR). Целта на овој модел е да даде поддршка на социјалната дијагностика и на социјалните интервенции во интерес на индивидуите, како и да овозможи координација на заедничките програми на разните партнери за социјална работа и социјално опкружување. Во согласност со овој модел се формирани таканаречени тимови за интеграција, кои во рамките на програмите за лекување, тераписките заедници, програмите за реинтеграција, центрите за детоксикација и програмите за намалување на штети, работат на подобрување на социјалната состојба на лицата кои се лекуваат од зависност од дроги, но и на оние кои сè уште употребуваат дроги и се надвор од системот на лекување (Gesaworld SA 2013, OSF 2011). Во 2011 година 95 % од локалните програми го имплементираат

овој модел (само 4 од вкупно 72 програми не го применуваат MIR). Во рамките на специфичните програми за ресоцијализација овој модел се спроведува во 100 % од програмите (Gesaworld SA 2013).

Овие тимови, кои се составени од социјални работници, заедно со корисниците изработуваат индивидуален акциски план за секој корисник на дрога; таквиот план вклучува одредени цели, како, на пример, враќање во образовниот процес, враќање или наоѓање нова работа, вдомување итн. Во 2012 година 44 % од ЛКУД во контакт со некоја програма имале сопствен план за интеграција (Gesaworld SA 2013). Тимовите за реинтеграција работат и во заедницата, т. е. во соседството каде што живее корисникот, во училиштата, во бизнис-секторот, каде што ја подигаат свесноста за потребата од социјално вклучување и надминување на стигмата кон луѓето кои употребуваат дроги (OSF 2011). Во текот на 2012 година тимовите за реинтеграција дале вкупно 82.762 консултации и услуги за реинтеграција (наспроти 77.112 во 2011 г.) на вкупно 16.311 (наспроти 15.064 во 2011 г.) клиенти кои се на третман за зависност, а забележителен е континуиран тренд на зголемување на овие услуги (SICAD 2013).

Од друга страна, Институтот за дроги и зависност од дроги (ИДТ), кој е референтна институција за дроги во земјата, работи на создавање политики за дроги, во кои спаѓа и социјалното вклучување на ЛКУД, и ги координира како со министерствата така и со други државни институции, со здруженија на граѓани и со приватниот сектор. Овој институт соработува со компаниите кои вработуваат ЛКУД кои се на третман и финансира одреден број вработувања за период од 9 месеци до две години по корисник. Сепак, еден од поголемите проблеми при спроведувањето на оваа политиката за социјално вклучување е бездомништвото, односно немањето можности за домување на оние ЛКУД кои нема каде да живеат.

### 3.4.1.1 ДОМУВАЊЕ

Според последното истражување на Институтот за социјална заштита, во 2009 година во Португалија се регистрирани 2.133 бездомници, од кои 661, или 31 %, се ЛКУД, а 19 % употребуваат алкохол. Во 2012 година тимовите за реинтеграција идентификуваа 371 ЛКУД кои се во состојба на бездомништво, а кои се на третман за зависност (SICAD 2013).

Домувањето е основна компонента во социјалното вклучување и затоа му се посветува посебно внимание, како во политичките документи – Националната стратегија за дроги, Стратегијата за интеграција на лицата бездомници – така и во спроведувањето на практични мерки од страна на институциите и невладините организации.

ИДТ разви посебна програма за домување на ЛКУД наречена Апартмани за социјална реинтеграција. Оваа програма е наменета за лицата кои го завршиле третманот во програмите со супститут, во тераписката заедница или се вратиле од затвор, а немаат сместување. Според оваа програма, се изнајмуваат апартмани во кои ЛКУД можат да бидат сместени од 6 до 12 месеци.

Како резултат на целокупната национална политика за дроги, забележлив е трендот на намалување на бројката на лица кои употребуваат дроги кои се бездомници. Така, ако во 2008 година нивниот број бил 1.662, во 2012 г. е помал за речиси 50 % и изнесува 845 лица.

Табела 2. Клиенти со потреба од домување

	ГОДИНА				
	2008	2009	2010	2011	2012
ИДЕНТИФИКУВАНИ БЕЗДОМНИ ЛИЦА	1.662	1.443	1.323	1.359	845
ВДОМЕНИ ЛИЦА	706	592	484	431	378
ПРОЦЕНТ	42 %	41 %	37 %	32 %	45 %

Извор: SICAD 2013

### 3.4.1.2 ДОКВАЛИФИКАЦИЈА И ЗАВРШУВАЊЕ НА ОБРАЗОВАНИЕТО

Образованието е еден од аспектите на животот кој е многу значаен особено во насока на интеграција во општеството и затоа треба да биде дел од програмите за социјално вклучување на лицата кои употребуваат дроги. Португалија тоа го препознава и развива посебни програми и активности за завршување на образованието или за доквалификација. Така, во 2012 година се утврдени 1.090 лица кои имаат потреба од завршување на образованието, а 41 % биле вклучени во тој процес (49 % во 2011, 44 % во 2010 г.) (SICAD 2013).

Табела 3. Број на ЛКУД вклучени во доквалификација и образование

	ГОДИНА				
	2008	2009	2010	2011	2012
ИДЕНТИФИКУВАНИ ЛИЦА ЗА ЗАВРШУВАЊЕ НА ОБРАЗОВНИОТ ПРОЦЕС	1.867	2.208	1.965	1.766	1.090
ВКЛУЧЕНИ ВО ОБРАЗОВНИОТ ПРОЦЕС	596	661	861	872	449
ПРОЦЕНТ	32 %	30 %	44 %	49 %	41 %

Извор: SICAD 2013

Професионалните курсеви како посебен вид на едукација се поактуелни кај ЛКУД затоа што овозможуваат стекнување професионална наобразба за пократок временски рок, што пак ги зголемува можностите за конкурирање на пазарот на труд или започнување на сопствен мал бизнис. Во 2012 година се идентификувани 1.401 лице кои биле заинтересирани за ваков вид на едукација, а 35 % од нив се вклучиле во едукацијата (SICAD 2013).

### 3.4.1.3 ВРАБОТУВАЊЕ

Можноста да се задржи работното место или да се најде работа е приоритет за најголемиот број луѓе кои употребуваат дроги. Тоа е важен чекор во процесот на нивна интеграција, кој овозможува опстојување на лицето кое употребува дроги, но и на неговото семејство, му ги зголемува самодовербата, социјалните вештини, знаењето и животното искуство како активен член на општеството.

Во 2012 година 3.377 ЛКУД побарале вработување, а 43 % од нив се вработиле. Слични се податоците и за 2010 и 2011 година, со таа разлика што во 2011 и 2012 година бројот на лица кои побарале вработување се намалува, што може да укажува на фактот дека политиката и програмите даваат резултати и има сè помал број ЛКУД кои не се вработени (SICAD 2013).

Табела 4. Број на ЛКУД кои побарале вработување и број на вработени

	ГОДИНА				
	2008	2009	2010	2011	2012
БРОЈ НА КОРИСНИЦИ КОИ ПОБАРАЛЕ ВРАБОТУВАЊЕ	4.338	4.626	4.719	4.246	3.377
БРОЈ НА ВРАБОТЕНИ КОРИСНИЦИ	1.654	1.700	2.011	1.883	1.462
ПРОЦЕНТ	38 %	37 %	43 %	44 %	43 %

Извор: SICAD 2013

Најголемиот дел од вработувањата се во рамките на регуларниот пазар на труд, со 52 % од случаите (762 ЛКУД). Оваа опција вклучува целосно вработување со сите права и обврски и претставува успешна интеграција. Останатите вработувања се преку програмата Животно вработување (25 %), која е посебна програма за вработување на ЛКУД и која постои од 1998 година, потоа преку програмата на Институтот за вработување и професионален тренинг (15 %) и преку посебни мерки за професионализација (8 %).

Програмата Животно вработување за првпат се воведува во 1998 година, но вистински развој достигнува по објавувањето на извештајот на Комисијата во 1999 и 2000 година, кога програмата го зголеми бројот на активности за 180 %. Целта на програмата е професионална реинтеграција и вработување на ЛКУД кои го завршиле третманот или затворската казна.

Табела 5. Специјални мерки на програмата Животно вработување

	2008	2009	2010	2011	2012
ФАЗИ НА СОЦИО-ПРОФЕСИОНАЛНА ИНТЕГРАЦИЈА	559	596	715	676	532
ПОДДРШКА ЗА ВРАБОТУВАЊЕ	554	479	501	489	51
СОЦИО-ПРОФЕСИОНАЛНА ИНТЕГРАЦИЈА	54	35	27	77	503
ПОДДРШКА ЗА САМОВРАБОТУВАЊЕ	1	5	1	1	0
ВКУПНО	1.168	1.115	1.244	1.243	1.086

Извор: SICAD 2013

Имајќи ја предвид економската криза и нејзиното негативно влијание врз пазарот на труд и недостигот на работни места, овие мерки за вработување на луѓето кои употребуваат дроги се суштествени и сведочат за решеноста на државата да работи на сите прашања поврзани со дрогите, вклучително и на социјалната интеграција на оваа група нејзини граѓани.

## 3.4.1.4 ТЕСТИРАЊЕ НА УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Кога станува збор за вработувањето на корисници на дроги, многу е значајно да се почитуваат насоките на Европската конвенција за човекови права и директивите на ЕУ за заштита на личните податоци поврзани со здравјето. Едно од најчестите прекршувања на овие права е тестирањето за дроги на работно место или при процесот на вработување. Во ЕУ само 3 земји не ги почитуваат овие насоки, а Португалија не е меѓу нив. Во Португалија не постои закон кој го регулира тестирањето на дроги. Меѓутоа Законот за заштита на личните податоци ја имплементира Директивата 95/46/ЕС на ЕУ, според која контролите за алкохол и дроги не треба да бидат правило за вработените.<sup>1</sup>

## 3.4.2 ЛЕКУВАЊЕ И ЗДРАВСТВЕНА ГРИЖА

Лекувањето и здравствената грижа за ЛКУД во Португалија се организирани, пред сè, преку државните програми во рамките на Министерството за здравство. Исто така, со посебни протоколи е овозможено и здруженијата на граѓани и приватни сервиси да спроведуваат програми за третман на зависноста, со што се овозможува широк пристап до разни третмански модалитети кои се квалитативно контролирани. Јавните програми се бесплатни и достапни за сите кои имаат потреба од нив.

Третманот во Португалија можеме да го класифицираме во 4 категории:

- А) дневно-болнички или нерезиденцијален третман,
- Б) резиденцијален третман, односно терапевски заедници и комуни,
- В) центри за дневна грижа, и
- Г) центри за детоксификација.

<sup>1</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>

Во 2018 години во Португалија функционираат 59 терапевски заедници и комуни, 8 центри за детоксификација, 72 програми за нерезиденцијален третман, пред сè третман со метадон, и 8 акредитирани центри за дневна грижа.<sup>2</sup>

## 3.4.2.1 СУПСТИТУЦИОНА ТЕРАПИЈА ТРЕТМАН СО МЕТАДОН, БУПРЕНОРФИН

Супституцискиот третман во Португалија е широко достапен преку државните, односно јавните специјализирани центри за третман на зависности, здравствените центри, болниците, аптеките и невладините организации. Метадонот е воведен уште во 1977 година, бупренорфинот од 1999 г., а постои и комбинација бупренорфин-налоксон, што претставува уште една третманска опција. Карактеристично е тоа што во некои центри се нудат заедно психосоцијална поддршка, метадон и групна работа, што претставува комплементарен третман и спој на медицински модел (метадон) и психосоцијален модел.

Третманот со метадон може да се иницира само во рамките на специјализираните центри за зависности, додека бупренорфинот може да го препише секој доктор, специјалист и центри за зависности. Од 2004 година бупренорфинот може да се подигнува во аптеките. Ваквата широка лепеза на супституциски третман, како и неговата достапност, доведе до опфат на голем број ЛКУД. Така, бројот на корисници на третман со метадон и бупренорфин во 1999 е 6.040, во 2003 е 1.4877, а во 2011 г. е приближно 30.000. Следните години има тренд на намалување и во 2017 г. вкупниот број на лекување со супститут изнесува 16.888 лица.

Ова првично зголемување на бројот на лицата на третман не е резултат на зголемената употреба на дроги, туку на широката достапност на третмански опции и, секако, на политиката на декриминализација. Со донесувањето на законот со кој се декриминализира поседувањето и употребата на дроги, се создава контекст во кој на луѓето кои употребуваат дроги не се гледа како на криминалци, што влијае врз тоа тие да се чувствуваат послободни и без страв да се пријавуваат во програмите за третман (Greenwald 2009, OSF 2011). Додека, пак, намалувањето на лицата на третман во последниве 9 години се должи на намалениот број луѓе кои употребуваат опијати.

<sup>2</sup> [https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/treatment\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/treatment_en)



### 3.4.3 НАМАЛУВАЊЕ НА ШТЕТИТЕ

Под намалување на штетите се подразбира збир на политики, програми и практики насочени кон намалување на здравствените, социјалните и економските последици од употребата на психоактивните супстанции за луѓето кои употребуваат дроги, нивните семејства и пошироката заедница. (EMCDDA 2010)

Програмите за намалување на штети во Португалија се насочени кон лицата кои не можат или не сакаат да престанат со употребата на дроги, со цел да се намалат сите можни штети од употребата на дроги. Институтот за дроги и зависност (ИДТ), во соработка со организаторите на летните фестивали и невладините организации, секоја година организира активности за подигање на свеста на присутните на фестивалите за дрогите и за начините за намалување на штетите од нив, доколку веќе употребуваат дроги. Во 2011 година вакви активности беа организирани на 26 летни фестивали.

Програмите за размена на прибор за инјектирање, чија главна цел е превенција на ХИВ/СИДА, хепатит Б и Ц и други крвно и сексуално преносливи инфекции, постојат подолго време, но нивната експанзија настанува по донесувањето на Законот за декриминализација и усвојувањето на новата стратегија за дроги. Претходно постоеа програми за размена на игли и шприцеви, но нивното функционирање не беше дозволено со закон. Денес во Португалија работат 84 програми за размена на прибор за инјектирање, како и 30 теренски тимови кои работат на улица, финансирани од Владата преку Институтот за дроги и зависност од дроги или Програмата за превенција на ХИВ/СИДА (OSF 2011). Вкупно 90 % од овие програми се водени од невладини организации, затоа што „НВОи се пофлексибилни за разлика од државните институции и имаат подобар пристап до луѓето кои употребуваат дроги“ (OSF 2011).

Повеќето од овие програми се дел од Националната програма за размена на прибор за инјектирање – „Кажете не на употребен шприц“, иницирана од Националната комисија за ХИВ/СИДА во партнерство со Националната фармацевтска асоцијација.

Програмата почна со работа во 1993 година, во 2012 г. беше спроведувана од 49 партнери и 1.224 аптеки, кои во 2011 година разменија 1.650.951 шприц, што е намалување за 20 % во однос на претходната 2010 година, а во 2012 разменија 1.341.710 шприцеви, што е дополнително намалување за 19 % во однос на 2011 г. Се претпоставува дека ова намалување се должи на намалување на бројот на лицата кои инјектираат дроги. Во 2002 година е направена независна евалуација на програмата, со која се проценува дека се превенирани 7.000 случаи на ХИВ на секои 10.000 лица кои инјектираат дроги. Пресметките укажуваат дека финансирајќи ги овие програми, државата заштедила помеѓу 400 милиони до 1,7 милијарди евра (SI-CAD 2013, IDT 2012). Во 2018 година Владата донесе законски промени со кои се овозможува стабилно финансирање на овие програми кои ги спроведуваат граѓанските организации.

### 3.5 РЕЗУЛТАТИ

Во тек е дваесеттата година од декриминализацијата на дрогите во Португалија и спроведувањето на португалскиот модел на политиката за дроги. Сосема доволен период да се сумираат резултатите од овој пристап. Успешноста на една политика за дроги се мери според повеќе критериуми, од кои најзначајни се следниве: бројот на смртни случаи поврзани со употреба на дроги, бројот на нови ХИВ-случаи кај луѓето кои употребуваат или инјектираат дроги, бројот на затвореници за дела поврзани со дроги, преваленција на употребата на дроги и економската исплатливост на политиката за дроги. Во прилог се резултатите за секој од овие критериуми.

### 3.5.1 СМРТНИ СЛУЧАИ ПОВРЗАНИ СО УПОТРЕБАТА НА ДРОГИ

Смртните случаи како резултат на употребата на дроги својот врв го достигнува во 1999 година, кога биле регистрирани 369 случаи. Во следниот период бројот на смртни случаи се намалува на 156 во 2002 г., 16 во 2012 г. и 30 во 2016 година (IDT 2003, SICAD 2013, EMCDDA 2019).

Смртните случаи поврзани со употребата на дроги во 2017 г. изнесува 4 на 1 милион жители на возраст од 15 до 64 години. Тоа е многу пониско од европскиот просек, кој изнесува 22 смртни случаи на 1 милион жители.

Соодносот на смртни случаи како резултат на употреба на опијатите бележи континуирано намалување од 95 % во 1999, 59 % во 2008 до 48 % во 2012 година. Во 2012 г. за првпат најголем број смртни случаи настанале како резултат на употреба на кокаин – 52 %. Имајќи предвид дека проблематичната употреба на хероин беше главната причина за реформите по 1999 г., ова намалување на бројот на смртните случаи поврзан со употреба на опијати е важен показател за успешноста на политиката за декриминализација и пошироката стратегија за дроги. Секако, намалувањето на смртните случаи од опијати веројатно во најголема мера се должи на зголемениот број на корисници на третман, пред сè на супституциски третман, и на програмите за намалување на штети (Hughes and Stevens 2010).

Графикон 1. Број на смртни случаи во периодот 1999 – 2016.



Извор: SICAD 2020

### 3.5.2 ПРЕВАЛЕНЦА НА ХИВ/СИДА

Состојбата со ХИВ/СИДА пред 2000 година беше загрижувачка затоа што Португалија беше земја со најголем број случаи на СИДА поврзани со употреба на дроги во Европската Унија, и втора највисока преваленција на ХИВ меѓу лицата кои инјектираат дроги (Hughes and Stevens 2010). Така, во периодот 1990 – 1997 бројот на лица кои употребуваат дроги и живеат со СИДА се зголемил од 47 на 590. Со реформите во политиката за дроги и новата Национална стратегија за дроги, ситуацијата со ХИВ/СИДА почна да се менува и постои намалување на новите случаи на ХИВ меѓу лицата кои инјектираат дроги од 1.016 во 2001, 537 во 2006, 233 во 2010 на 61 во 2015 и 21 во 2018 година. Овој висок тренд на намалување се должи, пред сè, на експанзијата на програмите за намалување на штети, односно програмите за размена на прибор за инјектирање и центрите за лекување со супститут (Hughes and Stevens 2010).

Графикон 2. Број на ХИВ-случаи поврзани со употреба на дроги.



Извор: SICAD 2020

### 3.5.3 УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Најконтроверзното прашање за политиката на декриминализација на дрогите во Португалија е во однос на тоа дали таа политика доведе до зголемување или до намалување на употребата на дроги. Критичарите на оваа политика велат дека декриминализацијата на поседувањето и употребата на дрогите доведува до перцепција на прифатливост на илегалните дроги и поради тоа употребата на дроги, пред сè, на канабисот, се зголемила. Од друга страна, пак, поддржувачите на декриминализацијата сметаат дека зголемувањето на употребата не е вистинска реалност, односно дека зголемената употреба на некои дроги кај одредени возрасни групи може да се должи на повеќе причини, меѓу кои се:

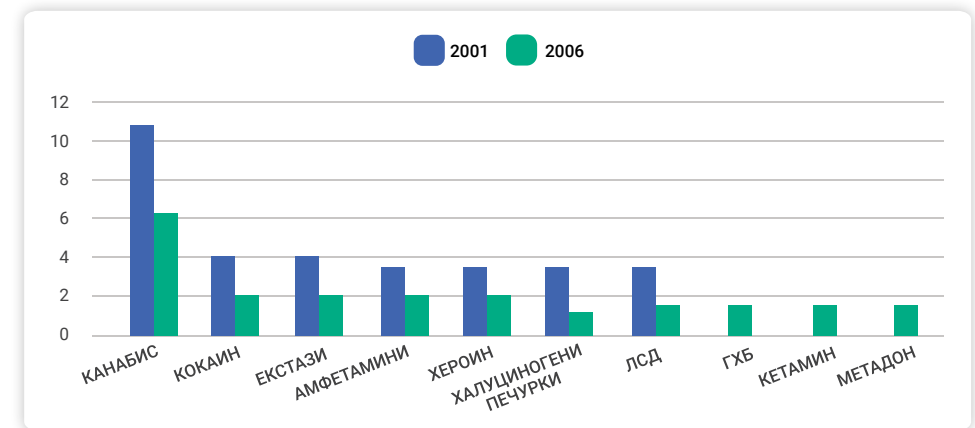
- намалената стигма кон корисниците, поради што тие без страв пријавуваат дека користат или користеле дроги,
- глобалните и регионални трендови на зголемена употреба на дроги.

Секако, најтешко е да се даде одговор на прашањето дали зголемената употреба, пред сè, на рекреативната употреба на канабис, е значајно зголемена, како и тоа дали декриминализацијата сама по себе доведе до зголемена употреба на дрогите во Португалија. Немањето студии пред 2001 година за употребата на дроги меѓу вкупното население ја оневозможува анализата за трендот на употреба.

Според студијата од 2001 година, 7,8 % од Португалците употребиле дрога барем еднаш во животот, додека според студијата од 2007 г. бројката се зголемила на 12 %. Податоците од Европското истражување за дроги помеѓу 15 – 16-годишна возраст направено пред и после декриминализацијата, во 1995 и 2007 година, дава појасна слика за употребата на дроги кај оваа популација. Според оваа студија, постои значаен тренд на зголемена употреба на дроги кај младите Португалци до периодот на декриминализацијата и не толку значаен тренд една година по декриминализацијата. По 2003 година постои тренд на намалена употреба на дроги, што е карактеристика за повеќето

европски држави, но намалувањето е најголемо токму во Португалија (Hibell et al. 2009). Исто така, според податоците од Институтот за дроги и зависност на Португалија, постои намалена употреба на дроги кај популацијата на возраст 13 – 15 години од 14,1 % во 2001 на 10,6 % во 2006 година. Додека кај оние на возраст 16 – 18 години употребата барем еднаш во животот во периодот од 1995 до 2001 се зголемила од 14,1 % на 27,6 % во 2001 година, а по декриминализацијата во 2001 процентот се намалил на 21,6 %. Всушност, кај овие две групи на млади (13 – 15 и 16 – 18-годишна возраст) постои намалена употреба на речиси сите видови дроги. Овие резултати се многу охрабрувачки, пред сè, затоа што други истражувања покажуваат дека токму оваа возраст е најризична во однос на употребата на дрога и, на некој начин, се патоказ за тоа дали некој ќе употребува дрога во адолесцентниот период или не (Greenwald 2009, Degenhardt L. et al. 2008).

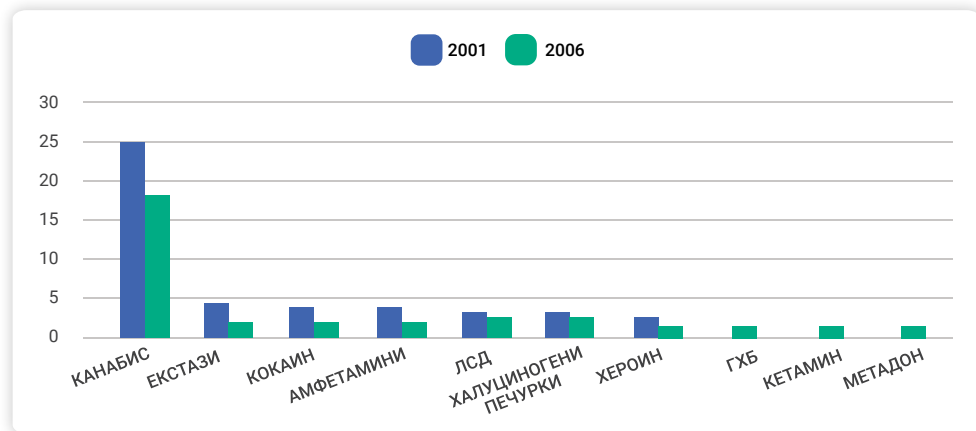
Графикон 3. Употреба на дроги во животот кај ученици на возраст 13 – 15 години.



Извор: Институт за дроги и зависности на Португалија, Годишен извештај 2007



Графикон 4. Употреба на дроги во животот кај ученици на возраст 16 – 18 години.



Извор: Институт за дроги и зависности на Португалија, Годишен извештај 2007

Проблематичната употреба на дроги беше најголемата грижа на португалските власти и една од главните причини за реформата на политиката за дроги и декриминализацијата. После 2001 година преваленцата на проблематичната употреба на дроги, пред сè, инјектирањето на дроги, бележи намалување.

Користејќи мултипалаер метод (multiplier method) и бројот на корисници на дроги од центрите за лекување, Negreiros and Magalhaes (2009) пресметале дека во периодот 2000 – 2005 бројот на лицата кои проблематично употребуваат дроги се намалил од 7,6 на 6,8 лица на 1.000 жители на возраст 15 – 64 години. Уште позначајно намалување постои кај лицата кои инјектираат дроги, и тоа од 3,5 на 2 лица на 1.000 жители на возраст од 15 до 64 години. За споредба, во истиот период во соседна Шпанија и во Италија постои спротивен тренд на зголемена проблематична употреба, односно употреба со инјектирање.

Досега се направени три анализи од меѓународни експерти во однос на влијанието на декриминализацијата врз употребата на дроги во Португалија.

И сите три студии укажуваат на следново:

- Постои одредено зголемување на употребата на дроги кај општата популација во текот на животот и во текот на последната година, освен кај најчувствителната група млади на возраст од 15 до 19 години.
- Постои намалување на употребата на дроги кај младата популација.
- Постои намалување на проблематичната употреба на дроги (Hughes and Stevens 2010, OSF 2011, Greenwald 2009).

Освен тоа, Хјуз и Стивенс (Hughes and Stevens) аргументираат дека зголемената употреба на дроги кај вкупното население е резултат на регионален тренд споредувајќи ги трендовите во Португалија, Шпанија и Италија, а не на декриминализацијата во Португалија. Од друга страна, пак, намалувањето на проблематичната употреба на дроги само во Португалија е значаен показател за тоа дека декриминализацијата е причината за намалување на најштетниот начин на употребата на дроги.

### 3.5.4 | БРОЈ НА ЗАТВОРЕНИЦИ ЗА ДЕЛА ПОВРЗАНИ СО ДРОГА

Декриминализацијата во Португалија доведе до намалување на вкупниот број на затвореници, како и на процентот на затвореници поврзани со дрогите. Според последните достапни податоци, во 2018 година во Португалија имало вкупно 10.671 затвореник, од кои 1.675 или 15,7 % се затвореници за дела поврзани со дроги. Ова е огромно намалување во споредба со 44 % од вкупниот број на затвореници во 1999 година.

Од овие 1.675 затвореници 79 % се осудени за трговија со дрога, 20% за помалку сериозни дела за трговија со дрога, а 1 % за други дела поврзани со дрога.

### 3.5.5 ЕКОНОМСКА ИСПЛАТЛИВОСТ НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЈА

Декриминализацијата на дрогите во Португалија ги намалува трошоците на институциите кои работат на намалување на понудата на дроги и казнениот систем, како, на пример, трошоците на полицијата за постапки кои се однесуваат на поседување на дрога за лична употреба и употреба на дрога, трошоци за адвокати и судски процеси, трошоци за затворскиот систем и слично. Повеќе истражувања утврдиле дека намалувањата на трошоците за државата изнесуваат околу 12 % во првите 5 години од декриминализацијата и 18 % за десет години од воведување на декриминализацијата. Најголемиот дел од заштедите се однесуваат на директни и индиректни трошоци поврзани со правниот систем и намалениот број на затвореници, како и индиректните здравствени трошоци, како на пример, намалениот број смртни случаи поврзани со употреба на дроги (Domoslawski & Siemaszko 2011, Eastwood et al. 2016, Greenwald 2009, Pinto Coelho 2010).

Бројот на процесирани судски случаи поврзани со дрога се намали од просечните 14.000 во 2000 година на 5.000 до 5.500 годишно по декриминализацијата. Исто така, процентот на затвореници поврзан со дрога се намали од 44 % од вкупниот број на затвореници во 1999 на 21 % во 2008, 24 % во 2013 и 15,7 % во 2018 година (Eastwood et al. 2016, Russoniello 2012). Јавната употреба на дроги и нејзината видливост на јавните места се намалува откако почна да се спроведува декриминализацијата. Ова е резултат на теренските социјални работници кои секојдневно се низ улиците и ја надгледуваат ситуацијата како дел од активностите на програмите за намалување на штети од употреба на дроги кои ги спроведуваат граѓанските организации (Domoslawski & Siemaszko 2011).

Спроведувањето на политиката за декриминализација во Португалија, со мали исклучоци, не доведува до намалување на цената на опијатите и кокаинот. Уште повеќе, и запленетите количини на хероин и кокаин се намалуваат. Оттука може да заклучиме дека декриминализацијата не влијае врз намалување на цената на дрогите и, како резултат на тоа, врз зголемена употреба и зголемен број на зависници (Félix & Portugal 2017, Félix, Portugal & Tavares 2017).

### 3.6 ЗАКЛУЧОЦИ

Декриминализацијата на дрогите во Португалија е дел од поширокиот португалски модел во пристапот кон зависностите, кој воведува збир мерки и политики базирани врз здравството, социјалната политика и почитувањето на човековите права. Законот за декриминализација се базира врз претпоставката дека луѓето кои употребуваат дроги се граѓани на кои им треба поддршка и помош од здравствен и социјален аспект. Ваквиот пристап доведе до значајни резултати и денес Португалија важи за земја која е добар пример со својата политика за дроги.

Според ЦИСАД – Генералниот директорат за зависности и зависничко однесување на Португалија, декриминализацијата на дрогите довело до следниве клучни резултати:

- Намалување на употребата на дроги кај општата популација на возраст 15 – 64 години, а посебно кај младата популација на возраст 15 – 34 години;
- Намалување на бројот на проблематични корисници на дроги (оние кои инјектираат или долготрајно употребуваат хероин, кокаин и/или амфетамини);
- Зголемен број на пријави за третман, посебно од страна на корисниците на канабис;
- Намалување на смртноста поврзана со употреба на дроги од 369 случаи во 1999 година на 30 случаи во 2016 година;
- Намалување на ХИВ кај лицата кои инјектираат дроги од 1.016 случаи во 2001 на 21 во 2018 година;
- Намалување на бројот на затвореници за дела поврзани со дроги од 44 % во 1999 на 15 % во 2018 година;
- Намалување на стигмата кон лицата кои употребуваат дроги и прифаќачки однос на граѓаните кон проблемите поврзани со употребата на дрогите.

- Ако кон ова ја додадеме и економската исплатливост, односно заштедата на финансиски средства, тогаш можеме да заклучиме дека португалскиот модел за политика за дроги – чија основа е декриминализацијата на поседувањето и употребата на сите видови дроги – е успешен, практичен и хуман модел кој одговара на контекстот и времето во кое живееме.

## ХОЛАНДИЈА



## 4. ПОЛИТИКАТА ЗА ДРОГИ ВО ХОЛАНДИЈА

*„Холандската политика на толеранција не е слепа како што ја нарекуваат некои меѓународни критичари; напротив, таа постојано ги држи очите отворени, широко отворени“* – Борис ван дер Хам, холандски писател, хуманист, актер и поранешен политичар

Холандија е позната во светот по својата прогресивна и прагматична политика за дроги, за која постојат повеќе митови, односно невестини, од типот дека сите дроги се легални. Холандија е типичен пример за она што во теоријата се нарекува де факто декриминализација. Кај овој тип на декриминализација употребата на дроги и нивното поседување се кривични или прекршочни дела, но во пракса тие се толерираат, односно не се покренуваат санкции. Базирајќи се врз долгата историја и култура на толеранција, Холандија веќе со децении воведува прагматични мерки во однос на дрогите ослободени од осуди. Централен елемент на модерната холандска политика за дроги беше донесувањето на Законот за опиум во 1976 година, чија цел беше поделба на пазарот на дроги, односно легално и практично одделување на канабисот (Листа 2 – лесни дроги или канабис чии ризици се прифатливи) од останатите дроги (Листа 1 – хероин, кокаин, ЛСД и екстази) чии ризици се неприфатливи, како за корисниците така и за општеството (OSF 2013, Trimbos Institute 2009). Во 2008 година кон оваа Листа 1 беа додадени и магичните печурки. Се поставува прашањето зошто Холандија се одлучи на ваков чекор, да биде првата земја во светот која ја легализираше продажбата и употребата на канабисот и неговите продукти? За да одговориме на ова прашање, мораме да го разбереме контекстот во кој се наоѓало холандското општество пред ваквата одлука.

### 4.1 ИСТОРИЈА

Врската меѓу Холандија и психоактивните супстанции датира многу одамна. Уште во 1602 година, кога е формирана Обединетата холандско-источноиндиска компанија (Vereenigde Oostindische Compagnie – VOC) која, покрај останатото, се занимавала и со откуп и продажба на опиум. Во 17 век Холандија целосно ја презема контролата над компанијата, а со тоа и на трговијата со опиум во Азија. Заради ограничување на појавата на илегалната трговија со опиум, како и на сè порастечката употреба, холандската Влада во 1890 година го воведува „Opium Regie“ – законски акт за холандската колонија денес позната под името Индонезија, со кој се регулираат производството и трговијата со опиум под холандска контрола. Освен тоа, кон крајот на 19 век познатиот холандски меркантелизам<sup>3</sup> доведува до одлука на холандската Влада да одгледува кока на островот Јава. Во 1900 година во Амстердам се основа Холандска фабрика за кокаин, а 10 години подоцна Холандија го освојува светскиот пазар на кокаин. Официјално, кокаинот бил произведуван за медицински цели, но се користел и за рекреативни цели, особено на воените пазари (OSF 2013).

Како и повеќето западни земји, и Холандија се соочува со зголемена употреба на дроги во 60-тите години, и тоа пред сè на канабис, ЛСД и други психотропни супстанции. Хероинот се појавува во 1970 и веќе во 1975 достигнува значајни размери кај шаренолика популација, односно не само меѓу оние кои експериментирале во шеесеттите туку и меѓу невработените млади, бездомниците и лицата со ментални болести. Исто така, хероинот станува мошне популарен и меѓу значајна група на мигранти од Африка и Латинска Америка, пред сè, од Суринам, која била холандска колонија до 1975 година (IDPC 2012). Одговорните за спроведување на законот реагираат брзо со намера да ја сузбијат не само трговијата со дрога туку и самата употреба. Овој репресивен пристап бил критикуван од јавноста и од некои политичари (Cohen 1975, Korf 2002, OSF 2013).

<sup>3</sup> Меркантелизам е економска теорија и практика која ја промовира трговијата и регулирањето на државната економија од страна на владата, со цел јакнење на државната моќ во однос на другите држави. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/375578/mercantilism>

Пресвртна точка во однесувањето на полицијата е Холандскиот поп-фестивал (Holland Pop festival), холандски одговор на англискиот Фестивал во Вудсток (Woodstock festival), кој се одржува во Ротердам, во јуни 1970 година. За овој прв голем музички фестивал на отворено градоначалникот на Ротердам и началникот на полицијата решаваат да не го применуваат законот во целост, односно само да набљудуваат што се случува, а не да интервенираат и да ги апсат сите кои употребуваат канабис. На овој начин, тие увидуваат дека е можно луѓето да употребуваат дроги во поголеми количини без да предизвикаат значителни проблеми за себе и за јавниот мир. Отсуството на полициско апсење на овој фестивал, на некој начин, станува модел за потолерантен однос кон употребата на психоактивни супстанции, пред сè, на канабис. Следствено, и државните авторитети стануваат потолерантни кон употребата на канабисот. Освен тоа, во тој период почнува да пристигнува хероинот и вниманието на полицијата се свртува кон него (OSF 2013).

#### 4.1.1

### ПОЈАВАТА НА ХЕРОИНОТ И ПРВИТЕ ПОВИЦИ ЗА ПОДЕЛБА НА ПАЗАРОТ НА ДРОГИ

До 1972 година полицијата во Амстердам успешно се справува со трговијата на опиум кој доаѓа претежно од Азија. Меѓутоа таа ефикасност на полицијата доведува до недостиг на опиум, па дилерите од Азија го пополнуваат овој слободен простор и за неколку месеци хероинот го заменува опиумот на сцената во двата најголеми града, Амстердам и Ротердам (OSF 2013). Бројот на корисници брзо се зголемува и хероинот е на пат да стане најупотребувана дрога во Холандија. Во меѓувреме, влијателната студија од 1969 година “Drugs, druggebruikers en drugscene”, спроведена од страна на медицинскиот социолог Херман Кохен (Herman Cohen), го негира уверувањето дека канабисот е „влезна врата“ за другите дроги, односно дека луѓето кои почнуваат да користат канабис ќе преминаат кон употреба на други поризични дроги, иако вклученоста во маргинални супкултури може да го доведе во контакт корисникот на канабис со други дроги и да го поттикне да ги употребува. Затоа Cohen аргументира дека подобро е да се оддели канабис-сцената од онаа на другите дроги, за да се спречи изложеноста на корисниците на канабис на други дроги. Исто така, оваа студија покажува дека зависноста од канабис е многу ретка појава, дека најголем процент корисници на канабис се лица со високо образование и дека мерката затвор како казна за поседувањето на канабис е најштетната мерка која може да се примени (Cohen H. 1969).

Така, декриминализацијата на канабисот е во голема мера инспирирана од надоаѓачкиот бран на употреба на други дроги, пред сè, на хероинот.

Значајна улога во дефинирањето на националната политика за дроги има појавувањето на два извештаја, првиот на Central Authority for Mental Health – CAMH, независно авторитативно советодавно тело, а вториот на Vaan Committee. Првиот извештај препорачува да се укинат криминалните санкции за секоја употреба на дроги, и тоа на подолг рок, и прашањето на употребата на дроги да се третира преку пристап на јавното здравство. Вториот извештај, кој е насочен, пред сè, кон канабисот, за првпат ја прави разликата меѓу супстанции со

„неприфатливи ризици“ и „останати супстанции“, што подоцна се внесува во Законот за опиум, кој е носечки документ за политиката на дроги во Холандија. И овој извештај препорачува декриминализација на канабисот, а повисоки казни за трговијата и употребата на другите дроги.

## 4.2 | ЗАКОН ЗА ОПИУМ

Клучен документ на холандската политика за дроги е Законот за опиум (Opium Act) кој, всушност, е закон за дроги. Првиот Закон за опиум е донесен во 1919 година, како резултат на учеството на Холандија на Меѓународната конференција за опиум која се одржала во Хаг. Овој Закон доживува значајна промена во 1976 година, кога се дефинира разликата меѓу дроги со прифатливи ризици и дроги со неприфатливи ризици, според препораките дадени во извештајот на работната група за наркотични дроги – VAAN, што го споменавме претходно, но и според растечкото мислење кај експертите кои ја фаворизираат ваквата поделба. Така, со оваа промена, Законот прави разлика меѓу две групи дроги:

- Листа 1, Дроги со неприфатливи ризици. Тука спаѓаат хероин, кокаин, кодеин, амфетамини, ЛСД, а подоцна се вклучени и обработените магични печурки.
- Листа 2, Канабис и производи од него – дроги со прифатливи ризици. Тука спаѓаат сите видови на канабис и хашиш, како и барбитурати и транквилизери. Свежите магични печурки се додадени во оваа група во 2008 година.

Оваа политика на толеранција не е измислена со Законот за опиум во 1976 година. Важен аспект на холандската политика е тоа што Холанѓаните ја вреднуваат и почитуваат индивидуалната слобода и отворената дебата, вклучително и за теми кои се контроверзни или го засегаат етичкото однесување. Уште во 18 век влијателниот политичар и прв премиер на Холандија Јохан Рудолф Торбеке (Johan Rudolf Thorbecke) напишал „Транспарентноста е одлична школа за политичка едукација“.

Холанѓаните имаат посебен однос кон јавното добро и затоа постои широк систем за социјална и здравствена заштита. Така, уште во 1960 година овој прагматичен, инклузивен и неморализирачки пристап кон политиките овозможи да се слушне гласот на многумина во дебатата за националната политика за дроги – од академици, претставници на здруженија на граѓани до самите луѓе кои употребуваат дроги, пракса која не е вообичаена за нашата земја, на пример.

## 4.3 | COFFEE SHOPS

Холандските кафеа, популарните Coffee shops, се секако еден од препознатливите белези на земјата. Тие се еден вид барови слични на нашите кафулиња во кои, покрај кафе, чај и освежителни пијалаци, се продава и канабис, кој може да се конзумира таму. Веќе неколкупати споменуваната толеранција се однесува и на овие кафеа. Иако тие се појавуваат во 1975 година, а според некои автори во 1972 (OSF 2013), Законот за опиум не го регулира нивното работење. Холандската Влада го толерира нивното работење без соодветни законски прописи сè до 1991 година, кога најпрво градот Амстердам воведува одредени стандарди и правила кои мора да ги исполнуваат кафеата, кои подоцна стануваат национални (OSF 2013).

Овие критериуми се познати под името AHOJ-G и се следниве:

- Забрането е рекламирање;
- Забрени се тешки дроги, како за продажба така и за нивна употреба во објектот;
- Забрането е нарушување на мирот, како на пример, зголемен сообраќај и паркинг, врева, оставање ѓубре;
- Забранет е влез и продажба на лица под 18 години;
- Дозволена е продажба до 5 грама на едно лице за еден ден.



Во 1995 година како критериуми се додадени и следниве:

- Максималната количина за дневна продажба е 500 грама, иако локалните власти имаат право да го регулираат ова и поинаку, односно да ја намалат количината;
- Забранета е продажба на алкохол.
- Од 2013 година продажбата на канабис е дозволена исклучиво на холандски државјани или лица кои живеат таму. Сепак, некои градови, Амстердам, на пример, сè уште не ја спроведуваат оваа мерка.
- Во зависност од природата на локалните проблеми, некои локални власти воведоа дополнителни правила, на пример – да нема можност за паркинг на влезот на објектот, работното време да биде до 22:30 часот или да бидат оддалечени од училиштата најмалку 250 метри (Trimbos Institute 2009, OSF 2013, EMCDDA 2014).

Локалните власти имаат можност да ги контролираат кафеата преку нивно лиценцирање.

Со овозможувањето на постоење на ваквиот вид на кафеа главната цел е да се подели пазарот на дроги за да се прекине поврзаноста на употребата на канабисот со другите дроги (MacCoun 2011). Со други зборови, се претпоставило дека одвојувањето на понудата на дроги ќе ги заштити корисниците на канабис од понудата на останатите поризични дроги и можноста за нивна употреба. Дури и Владата постојано се ангажира во лимитирањето, односно одржувањето на активната состојка ТХЦ во канабисот на пониско ниво.

Се покажа дека ваквото регулирање на канабисот не влијаеше врз намалување на неговата цена, напротив, таа остана висока како и претходно, во времето на прохибицијата (MacCoun 2011). Кафеата се главните снабдувачи на канабис на пазарот и според истражувањата, луѓето кои редовно користат канабис се снабдуваат од нив наместо од улица на илегален начин. Сепак, сè уште постои илегален пазар на канабис и негови најчести корисници се малолетниците, бидејќи ним им е забрането да ги посетуваат и да купуваат канабис во кафеата (Wouters and Korf 2009).

## 4.4 ЗАКОНСКА РАМКА КАЗНЕНА ПОЛИТИКА

Поседувањето, продажбата и производството на дроги е кривично дело. Употребата на дрога не е кривично дело. Поседувањето на дроги е казниво со казна затвор до 1 година или парична казна за поседување дроги од Листата 1 (дроги со неприфатливи ризици) или до 1 месец, односно парична казна за поседување на дроги од Листа 2 (Закон за опиум, чл. 2С, 3С, ст. 10, 11). Казните се разликуваат според количината на дрогата која се поседува. Максималната казна за поседувањето голема количина на дрогите од Листа 2 е 6 години затвор или парична казна. Сепак, поседувањето дроги во мали количини за лична употреба се толерира. Тоа е холандската политика на толеранција, посебно кога станува збор за поседување на канабис и хашиш. Па така, за поседување на канабис до 5 грама полицијата нема да покрене обвинение. Исто така, случајот нема да се процесира кога станува збор за поседување на продукти од канабис за лична употреба до 30 грама (Opium Act, arts. 2С, 3С, 10(5), Opium Acts Directive, section 'Investigation and prosecution', p. 4).

На веб-страницата на Владата на Холандија е дадено следното објаснување: „Доколку поседувате не повеќе од 5 грама канабис (марихуана или хашиш) или не повеќе од 5 стебла канабис, полицијата ќе ви ја заплени дрогата или стеблата и нема да покрене никакво обвинение против вас. Доколку поседувате повеќе од 5 грама канабис или повеќе од 5 стебла, тогаш полицијата ќе покрене обвинение. Оваа политика на толеранција не е применлива за младите под 18 години“.<sup>4</sup>

Поседувањето на другите видови дроги до 0,5 грама исто така се толерира и не се покренуваат обвиненија.

Полицијата и судството се пред сè насочени кон сузбивањето на трговијата со големи количини на дрога и кон производството на дрога. Делата со мали количини на ситните дилери и оние кои употребуваат дроги не се процесираат (види Принцип на практичност, точка 4.4.2).

<sup>4</sup> <https://www.government.nl/topics/drugs/difference-between-hard-and-soft-drugs>

Продажбата на канабис во кафеата е исто така прекршок, но во практиката обвинение се покренува само ако некое кафе не ги исполнува критериумите АНОЈ-Г (Trimbos Institute 2009).

#### 4.4.1 | ОДГЛЕДУВАЊЕ НА КАНАБИС ЗА ЛИЧНА УПОТРЕБА

Не е дозволено одгледување на канабис за лична употреба. Сепак, нема да се преземат никакви казнени мерки за одгледување до 5 стебла канабис. Во тој случај се претпоставува дека е за лична употреба и случајот ќе се третира на ист начин како и поседување на мала количина канабис. На сопственикот ќе му се наложи да ги отстрани стеблата и нема да се покрене никакво обвинение против него.<sup>5</sup>

#### 4.4.2 | ПРИНЦИП НА ПРАКТИЧНОСТ

Јавното обвинителство може да донесе одлука да не покрене обвинение за дело поврзано со дрога ако процени дека тоа не е во јавен интерес. Во Водичот за детектирање на криминални дела и покренување обвинение, донесен во рамките на Законот за опиум, се наведени следниве приоритети за покренување на обвинение:

- Производство и продажба на дрога во големи количини;
- Откривање и подигање обвиненија за поседување на дроги за лична употреба од Листата 1 (0,5 грама), како и до 5 грама за канабис односно дроги од Листата 2, не се приоритет;
- За кафеата кои ги исполнуваат критериумите АНОЈ-Г нема да се покрене обвинение ако продаваат до 5 грама канабис и хашиш на едно лице на ден (Trimbos Institute 2009).

Делата поврзани со дрогите кои се во Листата 1 – „неприфатливи ризици“, се казнуваат построго во однос на делата поврзани со дрогите кои се на Листата 2 – „прифатливи ризици“.

Јавното обвинителство многу често го практикува овој принцип на практичност. Во вакви случаи се носи одлука за откажување од покренување на обвинение, кое може да биде условено или безусловно, уредено согласно членовите 167 и 242 од Законот за кривична постапка. Јавното обвинителство одлучува да ја примени оваа можност во случаи на полесни кривични дела со цел да се дозволи поголем простор за поважни и потешки кривични дела.

Постои и друга можност кога Јавното обвинителство ќе се откаже да покрене обвинение. Тоа е можноста за трансакција. Јавниот обвинител може да му понуди на осомничениот отплата за сите кривични дела за кои казната изнесува помалку од шест години затвор (што значи 90 % од сите кривични случаи во тековната пракса) и дополнително сите полесни дела. Односно Јавниот обвинител му предлага на обвинетиот да исплати одреден паричен износ или да исполни одредени други услови. Во замена, Јавниот обвинител нема да го покрене обвинението пред суд. Побараниот паричен износ не смее да ја надмине паричната казна утврдена за кривичното дело.

Значи, и покрај тоа што поседувањето на која било дрога е кривично дело кое се санкционира со казна затвор и/или парична казна, сепак, поседувањето на кои било дроги за лична употреба не се приоритет и овие дела не се процесираат. Ваквата политика го заштедува времето на полицијата, што овозможува таа да се насочи кон клучните кривични дела, како производството и продажбата на дроги, ги намалува трошоците за обвинителството и за затворските казни, се намалува бројот на затвореници, а се зголемува бројот на доброволни пријавувања за лекување и бројот на вработувања (Hughes et al. 2019).

Холандија навистина е уникатен пример, пред сè, поради три работи:

- Принципот на практичност, со кој се остава простор на обвинителството да одлучи дали ќе покрене одредено обвинение за дела поврзани со дроги;
- Толеранцијата за поседување на дроги за лична употреба;
- Толеранција за продажба на лесни дроги во кафеата, иако самата продажба е законски прекршок.

<sup>5</sup> <https://www.government.nl/topics/drugs/difference-between-hard-and-soft-drugs>



Меѓутоа се поставува прашањето како е можно да се толерира продажбата на канабис во кафеата, а во исто време да биде забрането производството на канабис и поседувањето заради продажба. Оваа неусогласеност е предмет на постојани дебати и иницијативи за нејзино решение. Последна е иницијативата на деветте најголеми градови, вклучувајќи ги и Амстердам и Ротердам, кои го потпишаа манифестот со кој бараат да се воведат национален систем на лиценцирање за легално производство на канабис, затоа што сега производството и трговијата со канабис е во рацете на организираниот криминал. „Ние сакаме одгледувањето на канабис да биде регулирано за да биде пазарот на национално ниво контролиран и транспарентен, со што ќе се намали и организираниот криминал кој сега ги снабдува кафеата“, се вели во манифестот кој е потпишан од 35 општински совети.<sup>6</sup>

Како резултат на овие иницијативи, холандската Влада одлучи да спроведат експеримент, односно пилот-проект со кој им се овозможува на 10 одгледувачи да произведуваат канабис кој ќе се продава во кафеата во 10 града. Овие кафеа ќе продаваат само легално одгледуван канабис. За таа цел се донесе и посебен закон, кој беше усвоен од холандскиот сенат на 13.11.2019 година. Овој проект ќе трае 4 години и во тој период ќе биде постојано евалуиран од страна на независен комитет за евалуација. По завршната евалуација, Владата ќе одлучи за иднината на оваа иницијатива.

**„Живеем во Амстердам и често употребував канабис. Не користев други психоактивни супстанции, ниту пиев алкохол. Една од најдобрите работи во врска со користењето канабис во Амстердам е непостоењето на социјална исклученост, отфрленост и изолација. Можев да пушам јавно во социјален простор (кофи шоп) заедно со луѓе кои те респектираат и да се чувствувам среќно и безбедно. Не постои насилство или целиот друг хорор кој се случува со другите дроги или пазарот на дроги во другите земји. Денес живеам во друга земја, каде користењето канабис е исто распространето, но пазарот е поврзан со другите дроги и како резултат на тоа постојат насилни банди кои војуваат меѓу себе и се случува вистинска војна. Многу повеќе сакам да живеам во општество како Холандија отколку во ова каде сум сега. Затоа што пушам трева овде сум демониизирана исто како да се боцкам со хероин. Нема разлика. Како и да е, веќе не верувам во владите, очигледно дека тие го избираат најглупавиот начин да ги направат работите, без оглед колку многу експерти се залагаат за спротивното.“** Исповед на Н. Н.

## 4.4.3 ТРГОВИЈА И КРИМИНАЛ ПОВРЗАН СО ДРОГИ

Со цел усогласување со Рамковната одлука на ЕУ за утврдување на минималните одредби за составните елементи на кривични дела и казни во областа на недозволената трговија со дрога, во 2006 година максималната казна за одредени случаи на трговија со дроги од Листата 2 беше зголемена од 4 на 6 години затвор, или одредена парична казна.

Во рамките на Законот за опиум, увозот и извозот на дрогите класифицирани во него се смета за сериозно дело. Казната за трговија со дроги од Листата 1 изнесува од 12 до 16 години.

За споредба, максималната казна за увоз или извоз на секое количество на канабис е 4, односно 6 години затвор и/или парична казна во износ од 67.000 евра. Во законите за дроги во Холандија „трговијата“ како казнено дело не се споменува експлицитно. Иако казните за увоз/извоз, од една страна, и продажбата, од друга, се разликуваат, овие дела можат се вбројуваат под поимот „трговија“.

Во 2019 година Јавното обвинителство даде насоки според кои при носењето на одлуката за трговија со дроги од Листата 1 посебно треба да се земе предвид дали обвинетиот/та е само обичен учесник (на пример, пренесувач на дрогата) или е организатор, и дали делото е сторено од луѓе кои употребуваат дроги или од трговци на дроги.

<sup>6</sup> <http://medicalxpress.com/news/2014-01-dutch-cities-cannabis-cultivation-decriminalised.html#inIRlv>

## 4.4.4 КРИВИЧНО ГОНЕЊЕ И ПРАВОСУДНА ПРАКСА

Официјално, полицијата нема овластување да отфрли случај на кривично дело доколку има сознанија за него. Сепак, постојат неколку исклучоци од ова општо правило кои се однесуваат на помали кривични дела, и конкретни и јасно дефинирани дела, како на пример, ситни кражби во продавница. Во практиката полицијата може да отфрли случај доколку тоа е во согласност со политиката за практичност на Јавното обвинителство.

Кривичното гонење во случаи на дрога е во голем дел уредено со директивите произлезени од Јавниот обвинител. Во директивите, усвоени во 1996 година и изменети, дополнети и обновени во 2001 и 2005 година, се утврдува постапката за кривичната истрага, покренувањето на обвинение и одредувањето на казна за сите кривични дела поврзани со дрога. Во насоките е утврдено дозволеното количество на „мала количина на дрога“ за лична употреба, условите за управување со лиценцираните кафеа, и секако, насоки за дела со кои се прекршува Законот за опиум.<sup>7</sup>

### 4.4.4.1 ТРГОВИЈА СО ДРОГА И КРИВИЧНИ ДЕЛА ПОВРЗАНИ СО ДРОГИ

**Прво сценарио: поседување хероин за лична употреба од страна на возрасен сторител.**

Според насоките на Јавниот обвинител, поседувањето хероин за лична употреба се казнува со најмногу една година затвор и/или парична казна од околу 6.700 евра. Сепак, на истрагата и гонењето во вакви случаи, според насоките, не им се дава приоритет.

Вообичаено се одзема дрогата и се нуди третман и помош. Во пракса, случаите во кои е пронајдено 0,5 грама или помалку не се процесираат од страна на полицијата. Тоа се случува доколку откриеното количество на дрога е поголемо од 0,5 грама и доколку има сомнение дека постои намера за тргување со таа количина.

**Второ сценарио: имотно кривично дело извршено од страна на лице кое употребува дрога со цел да ја финансира сопствената зависност.**

Ваквите случаи – имотни кривични дела извршени од лица кои се зависни од дрога – се уредени со холандскиот Кривичен закон и се дефинираат како однесување утврдено со широкиот термин „неприлики настанати како резултат на дроги“.

Во 1993 година се вовеле национална политика за намалување на неприликите/проблемите настанати како резултат на дроги со усвојување на административни мерки за промоција на јавниот ред и мир (на пр., справување со неприлики настанати во лиценцирани кафеа, места каде што се тргува со дрога итн.). Сепак, неприликите од овој вид се пријавуваат, бидејќи овие дела се казнуваат со 6 месеци затворска казна кога се работи за имот од мала материјална вредност.

Во насоките на Јавното обвинителство од 1999 година е усвоен систем за справување со дела од ваков вид. Во случај на „ситна кражба“ се применува систем за пресметување. Се пресметуваат поени за кривичното дело и околностите во кои е извршено делото во согласност со одредени критериуми, на пример: вредност на украдените предмети; повторено кривично дело; модус операнди (кривично дело извршено од еден сторител или од повеќе сторители) итн. Во зависност од бројот на поени одредени за едно кривично дело, следува отфрлање на случајот или трансакција, или пак се покренува кривично обвинение со кое се бара казната утврдена во насоките. Сличен систем се применува и во случаи на разбојништво или кражби во продавница.

**Трето сценарио: дистрибуција на мала количина дрога од страна на корисник со цел да ја финансира сопствената зависност.**

Третото сценарио е уредено со Законот за опиум, според кој продажбата на дроги се смета за тешко кривично дело. Во случаи кога се работи за продажба на канабис во количина помала од 30 грама, следува затворска казна од еден месец или парична казна. Кога се работи за друга супстанција, казната може да изнесува и до една година затвор и/или 6.700 евра. Доколку се работи за повторено кривично дело, казната е поголема. Сепак, насоките издадени од Јавниот обвинител имаат централна улога во одредувањето на казната.

<sup>7</sup> <https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index<sup>5174</sup>EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=NL>

Со насоките се утврдува разлика во пристапот кон дроги класифицирани во Листа 1 и Листа 2, и се прави јасна разлика меѓу корисници и трговци на дрога. Одовде, во случај на продажба на мала количина на дрога се покренува истрага, по што следува лишување од слобода и понатаму, во зависност од случајот, може и притвор. Доколку се одреди притвор, тогаш се посветува посебна грижа за потребите на лицето кое употребува дроги за рана интервенција за лекување и рахабилитација.<sup>8</sup>

## 4.5 | ПРОГРАМИ ВО РАМКИТЕ НА ХОЛАНДСКАТА ПОЛИТИКА ЗА ДРОГИ

Како и што нагласивме погоре, декриминализација на дрогите е дел од поширокиот холандски модел на политика за дроги и пристап кон зависностите. Затоа ќе го анализираме целиот модел со сите програми од кои е составен.

### 4.5.1 | СОЦИЈАЛНИ ПРОГРАМИ

#### 4.5.1.1 | ПРОГРАМИ ЗА СОЦИЈАЛНО ВКЛУЧУВАЊЕ НА ЛУЃЕТО КОИ УПОТРЕБУВААТ ДРОГИ

Социјалните и здравствените сервиси за луѓето кои употребуваат дроги е клучен столб на холандската политика за дроги, без оглед дали власта е во рацете на лево или десноориентираните партии. Во државата постои еден вид консензус во однос на тоа дека успешна политика за дроги е можна само ако се подобри квалитетот на животот на лицата кои употребуваат дроги.

Во 2006 година Владата и локалните власти на 4 најголеми градови (Амстердам, Ротердам, Хаг и Утрехт) се согласија за заеднички пристап, односно Стратегија за социјална поддршка на луѓето кои

употребуваат дроги, пред сè, на најранливите, и подобрување на нивните услови за живот. Целна група на оваа стратегија се 20.000 лица (10.150 бездомници и 11.000 лица кои се во ризик да бидат бездомници). Клучни мерки кои се преземаат се: вдомување за ЛКУД кои се бездомници, социјални бенефиции и вработување. Овие мерки имаат значајно влијание за подобрување на јавниот ред и намалување на криминалот поврзан со дроги (Schatz, Schiffer and Kools 2011:3).

Социјалните мерки за подобрување на животот на луѓето кои употребуваат дроги се разновидни и се насочени кон секоја животна ситуација, односно социјален проблем. Сепак, имајќи предвид дека значителен број од лицата кои проблематично употребуваат дроги се мигранти, како и лица кои се бездомници, социјалната политика во голема мера е насочена кон овој вид на лица. Студијата Код Г-4, чија цел е следење на социјалниот живот на 513 бездомници од 4 најголеми града – Амстердам, Ротердам, Хаг и Утрехт – покажува дека 40 % од бездомниците се мигранти (Trimbos Institute 2012:110). Употребата на дроги меѓу бездомниците, пак, е цел на студијата G-4 USER-Urban Social Exclusion Research, според која во периодот јануари – февруари 2012 година 2.232 бездомници биле вдомени во шелтер-центрите во испитуваните градови; од нив 52 % биле мигранти, а 25 % дошле во градот во текот на последната година. Овие студии се споменати и во националниот извештај за состојбата со дроги за 2012 година и се користат како насока на социјалната политика и во создавањето на соодветни социјални програми.

Друга програма со значаен успех е програмата Домување на прво место (Housing first), која во 2006 година започна по иницијатива на здруженија на граѓани од Амстердам под надзор на Општинскиот здравствен сервис на градот, а потоа се прошири во сите поголеми градови. Целта на програмата е да им се помогне на лицата на улица, нудејќи им различни услуги, меѓу кои и домување, медицинска и психијатриска помош, социјална поддршка итн. Над 70 % од клиентите на оваа програма користеле дрога во последниот месец, најмногу канабис (71 %), потоа кокаин (66 %), хероин (34 %) итн. Клучни придобивки од програмата се:

<sup>8</sup> <https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=NL>

- 41 % од клиентите почнале со некој вид работа за која добиваат паричен надоместок,
- 91 % го подобриле квалитетот на својот живот,
- 79 % ги подобриле секојдневните активности,
- 70 % ја подобриле финансиската состојба,
- 71 % ја намалиле употребата на дроги (Wewerinke D. et al. 2013:23).

Според Законот за пристап до институциите за грижа, секоја институција во Холандија е должна да изработува годишен социјален извештај во кој ги сумираат социјалните прашања на кои работеле и соодветно социјалните програми кои ги спроведувале во текот на годината. Согласно годишните извештаи на 13 клучни институции за зависности во 2012 година, 11 од нив известиле дека спроведувале програми за поддршка, вклучително и домување, додека 10 од нив спроведувале и секојдневни социјални активности и програми за вработување на луѓето кои употребуваат дроги (Trimbos Institute 2012).

Посебен акцент се става и на проекти кои се однесуваат на лица кои, освен зависноста, имаат повеќе проблеми, како на пример: луѓе кои употребуваат дроги со сериозни ментални нарушувања, луѓето кои употребуваат дроги кои се занимаваат со сексуална работа итн.

Сето ова ја дополнува сликата за Холандија како земја која спроведува широк опсег на социјални програми кои целат кон сите можни подгрупи на луѓе кои употребуваат дроги.

#### 4.5.1.2 | ВКЛУЧЕНОСТ НА ПАЗАРОТ НА ТРУД. ВРАБОТУВАЊЕ НА ЛИЦА КОИ УПОТРЕБУВААТ ДРОГИ

Иако вработувањето е мерка во насока на социјалното вклучување, го разгледуваме посебно за да утврдиме дали социјалните политики во земјите во кои постои декриминализација на употребата на дроги придонесуваат за поголема вклученост на лицата кои употребуваат дроги на пазарот на труд.

Во Холандија поранешните зависници од дроги можат да добијат соодветна обука и да работат како искусствени експерти (Expert By Experience) во рамките на центрите за грижа и третман на зависности. За таа цел развиен е посебен прирачник кој вклучува насоки како да се вработат ЛКУД како искусствени експерти во рамките на програмите за третман и грижа на лица зависни од дроги (Boertien and Van Bakel 2013). Во 2013 година направена е евалуација на четири проекти кои се спроведуваат во различни региони во Холандија, а кои вработувале луѓе кои биле зависни од дроги како искусствени експерти во програмите за зависности (Barendregt et al. 2013).

Сите четири проекти беа вклучени во таканаречените Заедници на оние кои учат (Community of Learners – COL) во чии рамки и искусствените експерти го споделуваат своето знаење и стекнуваат нови знаења работејќи заедно со професионалните советници за зависност.

Евалуацијата на овие четири проекти покажа дека вработувањето на луѓе кои биле зависни од дроги придонело за нивна поголема интеграција, а воедно тие служеле и како модел на однесување за другите луѓе кои се зависни од дроги, нудејќи им надеж дека зависноста може да се лекува и да се излечи (Trimbos 2013:92-93).

#### 4.5.1.2.1 | ТЕСТИРАЊЕ ЗА УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Кога станува збор за вработувањето на ЛКУД посебно е значајно да се почитуваат насоките на Европската конвенција за човекови права и директивите на ЕУ за заштита на личните податоци поврзани со здравјето. Еднооднајчестите прекршувања на овие права е тестирањето за дроги на работното место или при процесот на вработување. Во ЕУ само 3 земји не ги почитуваат овие насоки, а Холандија секако не е меѓу нив. Во Холандија не постои законска обврска за тестирање на вработените дали употребуваат дроги на работното место. Овој вид на тестирања не се обврзувачки и вработените имаат право да ги одбијат. Освен тоа, со закон е забрането тестирањето за употреба на дроги при конкурирањето за вработување, односно при селекцијата на вработените.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>

## 4.5.2 ПРОГРАМИ ЗА ЛЕКУВАЊЕ

Холандија има развиено широк систем на програми за лекување. Пред сè, станува збор за супституциски третман со метадон, но и програми за лекување со медицински канабис и медицински хероин. Главната цел на системот за третман на зависноста од дроги е луѓето кои се зависни од дроги да се вклучат повторно во нивните заедници и позитивно да придонесуваат за развој на општеството. Значаен елемент во овој систем се активностите кои им помагаат на маргинализираните луѓе да добијат редовно сместување, подготовка за работа или образование и да ги обноват односите и комуникацијата со нивните семејства (Schatz, Schiffer and Kools 2011).

Програмите за лекување на зависноста најчесто се спроведуваат од здруженија на граѓани, од страна на приватни болници и клиника, а поретко во рамките на јавните болници. Финансирањето е главно покриено преку здравственото осигурување, додека јавните буџети за социјална поддршка на национално и локално ниво се насочени, пред сè, кон специфични проекти, на пример, третманот со медицински хероин.<sup>10</sup>

### 4.5.2.1 ТРЕТМАН СО МЕТАДОН

Метадонот е лек кој е на листата на есенцијални лекови според Светска здравствена организација и целта на третманот со метадон е да се подобри квалитетот на животот на лицата зависни од опијати, во прв ред од хероин, да се превенираат предозирање и смртни случаи, ХИВ/СИДА и хепатит Б и Ц, како и да се намали криминалот поврзан со употреба на дроги.

Во Холандија третманот со метадон кој се користи при опијатната зависност се воведува уште од 1968 година. Заедно со лекот, се нуди медицинска и психосоцијална поддршка, вклучувајќи и поддршка за вработување, вдомување, помош во организирање на времето,

развој на лични вештини и сл. Овој интегриран систем на лекување го подобрува како физичкото така и менталното здравје на клиентите, што им овозможува да функционираат подобро и да се реинтегрираат во општеството. Се претпоставува дека во 2013 година во Холандија од 17.700 лица кои проблематично употребуваат хероин 12.313, или 70 %, се на третман со метадон. Во 2017 година 5.241 клиент се на метадонска терапија. Ова намалување е резултат на намалениот број на луѓе кои користат опијати. Во Амстердам, пак, 80 % од корисниците на хероин се на третман со метадон или друг супститут во посебни супституциски програми или кај матичните лекари (OSF 2013, Trimbos institute 2009). Холандија, заедно со Шпанија, е земја со најголем процент на ЛКУД кои се на третман.

### 4.5.2.2 ТРЕТМАН СО ХЕРОИН

Третманот со медицински хероин во Холандија најпрво се воведува како пилот-програма во 6 града, која беше евалуирана во 2002 година. Евалуацијата покажа дека за еден дел од клиентите третманот со хероин има подобар ефект од третманот со метадон. Тој го подобрува физичкото и менталното здравје на лицата зависни од опијати, како и нивното социјално функционирање, а доведува до намалување на степенот на криминално однесување. Како резултат на ова, во јуни 2004 година Владата донесе одлука да се зголеми бројот на места за третман со медицински хероин од 300 на 1.000 пациенти. Максималната бројка се достигна во 2011 година, кога во 16 града низ земјата на овој вид третман беа вкупно 740 зависници од опијати (Trimbos institute 2009:18). Во 2019 година вкупно 668 луѓе зависни од опијати биле на третман со медицински хероин во 17 програми за третман со хероин во 16 града (Netherlands Country Drug Report 2019).<sup>11</sup>

<sup>10</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Netherlands>

<sup>11</sup> <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11347/netherlands-cdr-2019.pdf>



## 4.5.3 ПРОГРАМИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ШТЕТИ

Под намалување на штетите се подразбира збир на политики, програми и практики насочени кон намалување на здравствените, социјалните и економските последици од употребата на психоактивните супстанции за луѓето кои употребуваат дроги, нивните семејства и пошироката заедница (EMCDDA 2010).

Програмите за намалување на штетите помагаат да се намали морталитетот поврзан со дрога, да се намалат морбидитетот и ризичното однесување меѓу луѓето кои употребуваат дроги. Тие го подобруваат нивното здравје и социјалните услови и помагаат да се намали бројот на крвно и сексуално преносливи инфекции какви што се ХИВ/СИДА, хепатит Б, Ц итн. Истовремено, влијаат да се намали криминалот поврзан со дрога. Овие програми најчесто први ги контактираат лицата кои употребуваат дроги, и затоа имаат голема улога како за нивна едукација така и за мотивирањето за лекување (Министерство за здравство 2007).

Програми за намалување на штетите се: Размена на стерилен прибор за инјектирање, Одржување со супститут (метадон, хероин, бупренорфин), соби за употреба на дроги.

Холандија е земја колевка на овие програми, затоа што првите програми за размена на прибор за инјектирање во светот се развиени токму во Ротердам.

### 4.5.3.1 ПРОГРАМИ ЗА РАЗМЕНА НА ПРИБОР ЗА ИНЈЕКТИРАЊЕ

Основна цел на програмите за размена на прибор за инјектирање е превенција на ХИВ/СИДА, хепатит Б и Ц и други крвно преносливи инфекции меѓу лицата кои инјектираат дроги, како и превенција на предозирање и намалување на ризичното однесување. Овие програми за првпат се развиени во Ротердам, во 1981 година, кога организацијата на лица кои употребуваат дроги Junkie Union

започнува да дели стерилни игли и шприцеви поради локалната епидемија на хепатит Б. Кон крајот на 80-тите овие програми се отворени во речиси сите градови во Холандија, пред сè, од страна на различни здруженија на граѓани, а финансирани се од локалната власт или од соодветни програми на Владата на Холандија. Во 2010 година програмите за размена на прибор за инјектирање поделија 107.000 шприцеви во Ротердам, а 153.600 во Амстердам, што е огромно намалување од над милион шприцеви, колку што во просек се дистрибуираа годишно во почетокот на деведесеттите години во овие градови (EMCDDA 2012). Ваквото намалување се должи на успешната политика за дроги, која резултираше со намалување на бројот на лица кои инјектираат дроги, па оттука и малиот број на поделени игли и шприцеви. Последните години надлежните веќе не спроведуваат никаков национален мониторинг за овие програми, па Холандија е единствената држава во чии годишни извештаи до EMCDDA во графата за број на дистрибуирани игли и шприцеви има празно место. Имено, во последната деценија процентот на лицата кои употребуваат опијати со инјектирање е под 7 %, што е најниско ниво во Европа. За споредба, во Франција од вкупниот број на лица кои употребуваат опијати 25 % инјектираат, во Велика Британија 40 %, а во Финска 83 % (OSF 2013).

### 4.5.3.2 СОБИ ЗА УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Овие програми им овозможуваат на лицата кои употребуваат дроги да ја користат нивната дрога на безбедно место, во добри хигиенски услови и под медицински надзор. Главна цел на овие програми е намалување на смртните случаи како резултат на предозирање. Во рамките на програмите, на ЛКУД им се даваат дополнителни совети за намалување на штетите од употреба на дроги, се едуцираат и им се нудат разни информации поврзани со нивното здравје. Во 2007 година во Холандија имаше 32 соби за употреба на дроги (Trimbos institute 2009), а во 2010 г. во 25 града работела 37 вакви програми (Trimbos institute 2013). Во 2018 година нивниот број се намали на 24 програми. Повторно причината за намалување на програмите е намалениот број на луѓе кои употребуваат опијати.

Во октомври 2014 година имав можност да посетам ваква програма во Амстердам наменета исклучиво за лица кои се емигранти. Карактеристично за програмата е дека таа се наоѓа во склоп на останати програми кои ги нуди истата организација. Така, лицето кое употребува дрога во истиот објект, освен соба за употреба на дроги, може да добие и услуги од социјален работник, храна, облека, мотивација за третман, вработување итн. Сето ова зборува дека холандскиот пристап е комплементарен – базирајќи се врз принципите за намалување на штети, нуди широк спектар на социјални услуги за лицата кои употребуваат дроги и на тој начин го потврдува сфаќањето на употребата на дроги не само како здравствено туку како и социјално и културно прашање.

Според студијата Drug Consumption rooms in Europe, client experience survey in Amsterdam and Rotterdam, сите соби за употреба на дроги во Амстердам и Роттердам нудат услуги од социјален работник, кои ги користеле 65 % од клиентите на овие програми, најмногу за вдомување, одредени финансиски или други бенифиции, како и за помош при вадење на потребните документи. Посебно значаен податок е дека дури 53 % од клиентите, откако дошле во оваа програма, се пријавиле и во програма за лекување со супститут, најчесто метадон, 25,2 % отишле на детоксикација, а 11,3 % на рехабилитација (Sara Woods 2014).

## 4.6 РЕЗУЛТАТИ

Како и во случајот со Португалија, така успешноста на холандскиот модел за политики за дроги ќе го оценуваме според истите критериуми: бројот на смртни случаи поврзани со употреба на дроги, бројот на нови ХИВ-случаи кај луѓето кои употребуваат или инјектираат дроги, бројот на затвореници за дела поврзани со дроги, преваленција на употреба на дроги и економската исплатливост на политиката за дроги.

### 4.6.1 СМРТНИ СЛУЧАИ ПОВРЗАНИ СО УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Бројот на смртни случаи од употреба на дроги долго време останува низок. Меѓу 1996 и 2017 година бројот на годишни смртни случаи варира меѓу минимум 94 во 2010 и максимум 262 случаи во 2017 година. Во 2011 г. беа евидентирани 103 случаи, од кои 33 се поврзани со употреба на опијати, 19 со кокаин, а 51 се поврзани со неспецифицирани супстанции, најчесто употреба на повеќе супстанции, вклучително и алкохол и лекови (Trimbos, National Reports 2013).

Малиот број случаи на предозирање со дроги во Холандија е резултат на малиот број на лица кои користат поризични дроги, пред сè опијати, што пак е логична последица од политиката на декриминализација и поделба на пазарот. Секако, значајно влијание има и пристапот до голем број програми за намалување на штети и програми за лекување (OSF 2013:52).

### 4.6.2 ПРЕВАЛЕНЦА НА ХИВ

Одржувањето на ХИВ под контрола е една од главните цели на декриминализацијата во повеќе европски земји, па така и во Холандија (Csete 2012). Во осумдесеттите години инфекцијата со ХИВ беше голем проблем во Холандија. Првите тестирања покажаа дека околу 25 % од лицата кои инјектираат дроги се ХИВ-позитивни (Schatz, Schiffer and Kools 2011:3). Сепак, како резултат на мерките што ги презема холандската Влада, во прв ред со отворањето на програми за размена на прибор за инјектирање и голем број програми за намалување на штети, вклучително и супституционотерапија, бројот на нови ХИВ-случаи почна да опаѓа и денес слободно можеме да констатираме дека меѓу лицата кои инјектираат дроги ХИВ речиси и не постои. Така, за периодот од 2006 до 2012 година не е регистриран ниту еден случај на ХИВ меѓу лицата кои инјектираат дроги, а во 2012 година од 843 нови ХИВ-инфекции само 4 се кај ЛИД.

Последниве податоци укажуваат на 1 или 2 случаи на ХИВ помеѓу ЛИД за 2016 и 2017 година.

Табела 7. Број и карактеристики на ХИВ-инфекции според начинот на пренесување

НАЧИН НА ПРЕНЕСУВАЊЕ	Нови ХИВ-случаи во 2012 г.	Вкупен број на ХИВ во 2012 г.	Род: процент на мажи
Инјектирање на дроги	< 1	4 %	73 %
Сексуален однос на маж со маж	67 %	57 %	100 %
Хетеросексуален однос	28 %	31 %	44 %
Останати	5 %	8 %	75 %
Вкупно (број)	843	20.528	80 %

Извор: *Trimbos Institute 2013*

### 4.6.3 УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Сеприсутен е ставот дека декриминализацијата на дрогите или полибералните ставови кон дрогите ќе доведе до зголемување на нивната употреба. Сепак, истражувањата покажуваат дека тоа не е така, односно дека не постои значајна поврзаност меѓу употребата на дрогите и видот на санкциите и казнената политика. Истражувањето на Котлаја и Карсон (Kotlaja & Carson 2019) ги споредува стапките на преваленцијата во 27 земји во кои имало 4 различни модели на регулирање на канабисот во периодот 2005 – 2007 година. Оваа макростудија потврди дека нема поврзаност меѓу политиката за регулирање на канабисот со степенот на негова употреба. Други истражувања потврдуваат дека во земјите во кои не постои

декриминализација стапката на преваленција е повисока, односно има поголема употреба на дроги (Shi, Lenzi & An 2015). И на крајот, систематската анализа на политиките за либерализација на канабисот потврдуваат дека декриминализацијата на канабисот и политиката за медицински канабис немаат значајно влијание врз употребата на канабис кај младата популација (Melchior et al. 2019).

Затоа, влијанието на холандската политика за дроги ќе ја разгледаме и преку податоците во однос на преваленцијата на употребата на дроги.

Не постои студија која ја споредува состојбата пред донесувањето на Законот за опиум во 1976 и после тоа. Употребата на канабис е во рамките на европскиот просек или нешто над европскиот просек, во зависност од тоа која возрасна група се анализира и за кој временски период. На пример, употребата на канабис барем еднаш во животот кај ученици на возраст 15 – 16 години е повисок од европскиот просек. Но употребата на другите дроги и, пред сè, на новите психоактивни супстанции кај истата возрасна група е повеќе или помалку во рамките на европскиот просек (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2019c). Исто така, возраста на која се почнува со употреба на канабис во Холандија е пониска од европскиот просек (Monshouwer et al. 2011), а употребата на канабис во текот на животот, односно преваленцијата се намали од 16,5 % на 9,2 % меѓу младите на возраст од 12 до 16 години во периодот 2003 – 2017 година. За споредба, во Канада (2009) преваленцијата во текот на животот изнесува 48,4 % и 21,6 % во последната година. Во САД (2010) изнесува 51,6 % и 24,1 %, а во Австралија (2007) 46,7 % и 16,2 % за животна преваленција и преваленција во последната година (ЕМЦДДА 2011).

Холандија е земја со најнизок процент на луѓе кои инјектираат дроги во Европа – само 7 % од луѓето кои користат опијати (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2019c). Освен употребата на кокаин и амфетамини, преваленцијата на употреба на сите други видови дроги во Холандија е на пониско ниво од европскиот просек и просекот во Соединетите Американски Држави.

Во 2004 година Рајнемен и неговите колеги спровеле компаративна студија за политиката на дроги, вклучително и употребата на канабис во Амстердам и Сан Франциско. Станува збор за градови кои се многу слични; и двата града се пристаништа со приближно еднаков



број жители и се одликуваат со толерантен однос и почитување на туѓиот избор. Но тие се разликуваат во однос на политиката за дроги, бидејќи употребата на канабис во Сан Франциско е криминализирана, а во Амстердам е декриминализирана. Студијата покажала дека ниту криминализацијата (Сан Франциско) ја намалува употребата на канабисот ниту пак декриминализацијата (Амстердам) ја зголемува употребата на канабисот – **„Нашите резултати од студијата не го потврдуваат тврдењето дека криминализацијата ја намалува употребата на канабис и дека декриминализацијата ја зголемува употребата... Освен тоа што во Сан Франциско има поголема употреба на дроги, ние утврдивме големи сличности во двата града“** (Reinarman et al. 2004).

Во последните денови од подготовката на оваа анализа излезе најобемната студија за декриминализацијата на дрогите публикувана од финскиот Институт за здравје и благосостојба. Еден од заклучоците на оваа студија е дека наодите укажуваат дека на подолг временски период нема значајно зголемување на употребата на дроги кога тие ќе се декриминализираат. „Бидејќи легалниот статус на дрогите не е единствен показател на употребата на дрогите во општеството, вниманието треба да се насочи кон регионалните трендови, културата на дрогите и други политики поврзани со дрогите за да се превенира започнувањето на нивната употреба.“

Табела 8. Преваленција на употреба на дроги (во %) во Холандија кај популација на возраст 15 – 64 години, во 1997, 2001, 2005 и 2009 г.\*

	Употреба во животот (%)				Употреба во последната година (%)			
	1997	2001	2006	2009	1997	2001	2006	2009
Канабис	19,1	19,5	22,6	25,7	5,5	5,5	5,4	7,0
Кокаин	2,6	2,1	3,4	5,2	0,7	0,7	0,6	1,2
Екстази	2,3	3,2	4,3	6,2	0,8	1,1	1,2	1,4
Амфетамини	2,2	2,0	2,1	3,1	0,4	0,4	0,3	0,4
ГХБ	-	-	-	1,3	-	-	-	0,4
ЛСД	1,5	1,2	1,4	1,5	-	0	0,1	0,1
Хероин	0,3	0,2	0,6	0,5	0	0	0	0,1

\* N = 17,750 во 1997; N = 2,312 во 2001; N = 4,516 во 2005, N = 5,769 во 2009.

Извор: National Prevalence Survey, IVO/Statistics Netherlands (Van Rooij et al. 2011).

Табела 9. Употреба на канабис, кокаин и екстази меѓу општата популација (во %)

Држава	Година	Возраст	КАНАБИС		КОКАИН		ЕКСТАЗИ	
			Употреба во животот	Употреба во моментот	Употреба во животот	Употреба во моментот	Употреба во животот	Употреба во моментот
Франција	2005	15 – 64	31	9	2,6	0,6	2,0	0,4
Шпанија	2005/6	15 – 64	29	11	7,0	3,0	4,4	1,2
Холандија	2005	15 – 64	23	5	3,4	0,6	4,3	1,2
Канада	2004	15 и постари	45	14	10,6	1,9	4,1	1,1
УСА	2006	12 и постари	40	10	14,3	2,5	5	0,9
Австралија	2004	14 и постари	34	11	4,7	1	7,5	3,4
Велика Британија	2004	-	30	10	6,5	2,3	6,7	1,9
Германија	2003	18 – 59	25	7	3,2	1	2,4	0,8
Шведска	2000	16 – 64	12 (2006)	2 (2006)	0,7	0	0,2	0,2

Извор: Ministry of Health, Welfare and Sport 2009

## 4.5.4 БРОЈ НА ЗАТВОРЕНИЦИ ЗА ДЕЛА ПОВРЗАНИ СО УПОТРЕБА НА ДРОГИ

Споредено со другите европски земји, во Холандија е мал бројот на апсења и судски пресуди за употреба на илегални супстанции и поседување на дроги. Лишување од слобода и кривични казни за употреба или поседување на мали количини дроги е вистинска реткост во Холандија. И покрај тоа што поседувањето на која било дрога е кривично дело, полицијата и судството се насочени пред сè кон сузбивањето на трговијата со големи количини на дрога и кон производството на дрога, додека делата со мали количини на ситните дилери и оние кои употребуваат дроги не се процесираат (види принцип на практичност).

Кога станува збор за канабис, вкупниот број на апсења изнесува 3 случаина 1.000 луѓе кои употребуваат канабис. Заспоредба во Австрија има 44 случаи на 1.000 луѓе кои употребуваат канабис (Room et al. 2008). Искуството на Холандија покажува дека декриминализацијата на канабисот не доведува до зголемување на криминалот (Jacques et al. 2016).

Табела 10. Број на лица лишени од слобода за поседување на канабис на 100.000 жители

	На 100.000 граѓани	На 1.000 корисници
Германија	237	34
Франција	225	26
Холандија	19	3
Австрија	333	44
Обединето Кралство	206	20
САД	269	31
Австралија	276	24

Извор: The Beckley Foundation 2008

## 4.6.5 ЕКОНОМСКА ИСПЛАТЛИВОСТ

Економската исплатливост на една политика или проект се утврдува преку т.н. анализа на трошоци (cost-benefit analysis).

Бидејќи ваква анализа не е направена за Холандија, можеме да се повикаме само на одредени податоци кои укажуваат на реалните финансиски трошоци, како и на предвидувања за трошоци или заштеди поврзани со конкретни програми. Евентуално оттука можеме да донесеме некои заклучоци поврзани со економската исплатливост на политиката за дроги.

Холандија одвојува значајни финансиски средства за спроведување на националната политика за дроги. Во 2003 година таа потроши 2,18 милијарди евра за оваа цел, што е 0,5 % од БДП на земјата. Од тоа 540 милиони евра беа потрошени за намалување на побарувачката, од кои 42 милиони за превенција на употреба на дроги, 278 милиони за третман и ресоцијализација, а 220 милиони за намалување на штети. Останатиот дел од буџетот во износ од 1,64 милијарди беа наменети за намалување на понудата, односно за полицијата, судството и царината финансирајќи ги нивните акции за спречување на производството и продажбата на дрогите. Околу 160 милиони евра годишно се трошат на истрага и судско гонење на криминал поврзан со лесните дроги. Се проценува дека последните години даночните служби собираат околу 400 милиони евра годишно од продажбата на канабис во кафеата. Според Министерството за финансии, декриминализацијата на производството и продажбата на канабис ќе го намали притисокот врз полицијата, царината и судството, а тоа ќе доведе до значајно намалување на финансиските трошоци до 160 милиони евра годишно. Исто така, се предвидува дека овие мерки ќе донесат околу 260 милиони евра од даноци (OSF 2013:53).

Секако дека при анализа на економската исплатливост на политиката за дроги треба да се земат предвид и заштедите кои се јавуваат како резултат на малиот број затвореници поради поседување на канабис за лична употреба, како и малиот број на лица кои употребуваат

хероин и оние кои инјектираат дроги. Според извештајот на Светската комисија за канабис, Холандија е земја со најниска стапка на лишување од слобода поради поседување на канабис. Помалку од 20 лица на 100.000 жители се апсат заради поседување канабис во Холандија. За споредба, во САД нивниот број е 300 на 100.000 жители (The Beckley Foundation 2008).

Ако имаме предвид дека еден затворски ден чини околу 250 евра<sup>12</sup>, тогаш заштедите кои ги остварува Холандија само од малиот број на затворски казни изнесува повеќе милиони евра на годишно ниво.

Исто така, големиот број луѓе кои употребуваат дроги опфатени во системот на лекување доведува до заштеда на финансиски средства пред сè поради намалување на криминалот, намалување на крвно преносливите инфекции (ХИВ/СИДА, хепатит Б и Ц итн.), намалување на другите здравствени проблеми што настануваат како резултат на употребата на дроги, подобрување на состојбата со вработеност на лицата корисници на дроги итн.

Според голем број истражувања, вложувањето на 1 евро во програмите за лекување, во суштина, значи заштеда меѓу 4 и 10 евра (Harwood, Hubbard, Collins et al. 1988, IDPC 2012:106). Други истражувања ја мерат економската исплатливост според заштеди по клиент за една година, кои во програмите за метадон се движат од 5.915 долари (Barnett 1999) до 10.900 долари (Zaric, Barnett, and Brandeau 2000) заштеда по клиент за една година.

Ако имаме предвид дека над 70 % од луѓето кои употребуваат опијати во Холандија се на третман, тогаш заштедите се многу големи. Ако ги земеме предвид податоците за 2003 година, кога се потрошени 278 милиони за третман и ресоцијализација, тогаш една проста пресметка ќе ни покаже дека Холандија заштедила најмалку 1.112 милијарди евра (заштеда во однос 4 : 1) до 2.780 милијарди при заштеда во однос 10 : 1. Ако го примениме другиот начин на пресметка за заштеди по клиент, тогаш 12.313 лица кои се на третман со метадон ќе заштедат 72.831.395 долари (минимална заштеда од 5.915 долари по клиент годишно) до 134.211.700 долари годишно (при максимална заштеда од 10.900 долари по клиент годишно).

## 4.7 ЗАКЛУЧОК

Политиката за дроги на Холандија е насочена, пред сè, кон декриминализација на канабисот, поседувањето и употребата на дрогите, како и кон намалување на штетите од употреба на дроги. Таа е практична, рационална и хумана политика која дава резултати. Поделбата на пазарот на канабис, хашиш и негови продукти од пазарот на другите видови дроги очигледно ја постигна целта и бројот на лицата кои употребуваат поризични дроги, пред сè хероин, е во постојано опаѓање, а инјектирањето на дроги како најризичен начин на употреба е сведен на минимум – само 7 % од од лицата кои употребуваат опијати го прават тоа со инјектирање.

Големиот број програми за социјална поддршка (вдомување, храна, вработување, советување и мотивирање за третман итн.) доведуваат да намалување на бројот на лица кои бараат социјални услуги, намалување на бездомништвото, намалување на криминалот поврзан со дроги, односно доведуваат до зголемена социјална вклученост на луѓето кои употребуваат дроги. Овие програми честопати се дел од програмите за лекување и тој систем на поврзаност на медицинските и социјалните програми дополнително го подобрува опфатот на луѓето кои се зависни од дроги (над 70 %, а во некои градови и над 80 % од луѓето кои се зависни се на третман). Секако, тоа доведува и до намалување на смртноста, која е најниска во Европа со 9,5 смртни случаи на 1 милион жители (EMCDDA 2011b).

Големиот број програми за размена на прибор за инјектирање и програми за лекување ја намалија стапката на ХИВ/СИДА меѓу лицата кои инјектираат дроги. ХИВ речиси и не е застапен кај оваа популација во Холандија, односно регистрирани се само 4 нови случаи во периодот 2006 – 2012 година и по еден или 2 случаи во 2016 и 2017 година.

<sup>12</sup> <http://www.smh.com.au/world/dutch-want-prisoners-to-pay-for-jail-20140114-hv9b9.html>

## 5. КОИ СЕ ПРИДОБИВКИТЕ НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЈА НА ДРОГИТЕ?

Повеќе научни истражувања и анализи потврдуваат дека декриминализацијата доведува до намалување на здравствените ризици, смртните случаи и финансиските трошоци предизвикани од рестриктивните политики на прохибицијата. Нашата анализа на моделите за декриминализација во Португалија и Холандија потврдува дека:

- Политиките за декриминализација на дрогите ги почитуваат човековите права на лицата кои употребуваат дроги во поголема мера од политиките кои ја криминализираат употребата и/или поседувањето на дрога за лична употреба.
- Социјалните политики во државите со политика на декриминализација на дрогите обезбедуваат пристап до широк обем на надоместоци и услуги за луѓето кои употребуваат дроги, со што се подобрува нивната социјална вклученост и вработување.
- Политиките за декриминализација на дрогите го зголемуваат пристапот до програмите за лекување и ресоцијализација на луѓето кои употребуваат дроги.
- Политиките за декриминализација на дрогите, придружени со соодветни здравствени и социјални програми, влијаат за намалување на преваленцијата на ХИВ/СИДА и на други крвно и сексуално преносливи инфекции меѓу луѓето кои употребуваат дроги.
- Политиките за декриминализација на дрогите доведуваат до намалување на смртноста поврзана со употребата на дроги.
- Политиките за декриминализација на дрогите ги намалуваат стигмата и дискриминацијата кон луѓето кои употребуваат дроги.
- Политиките за декриминализација на дрогите се финансиски поисплатливи отколку политиките кои ја криминализираат употребата и/или поседувањето на дрога за лична употреба.

## 6. ПРЕПОРАКИ

Согласно резултатите од претставените модели во Португалија и Холандија, предлагаме:

- Собранието на Република Северна Македонија да донесе измена и дополнување на Кривичниот законик, со кои јасно ќе се разграничи поседувањето на дроги и психотропни супстанции за лична употреба и ќе се спречи прогон и казнување на лицата кои употребуваат дроги.
- Министерството за внатрешни работи, Јавното обвинителство и судовите доследно да ги спроведуваат одредбите од Кривичниот законик со кои не се забранува поседување на дроги за лична употреба.
- Владата на Република Северна Македонија да започне процес на широка консултација за реформа на националната политика за дроги, во која ќе се вклучат засегнатите институции, експерти, здруженија и претставници на луѓето кои употребуваат дроги, што ќе резултира со промена на законите, политиките и практиките на институциите кон употребата на дрогите. Овој процес треба да се базира врз национални истражувања, врз научните докази и најдобрите практики во светот, вклучувајќи ги и искуствата од Португалија и Холандија.
- Владата на Република Северна Македонија да воспостави соодветна структура за менаџирање на националната политика за дроги.
- Да се обезбеди долгорочен и одржлив начин за финансирање на програмите за намалување на штети од употреба на дроги, и други услуги кои се неопходни за спроведување на политика за дроги базирана врз човековите права и јавното здравје.
- Да се отворат нови и да се унапредат постојните програми за рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција на луѓето кои употребуваат дроги.
- Да се подобрат и унапредат постојните програми за третман на зависности од дроги.

## Литература:

Ali Unlu, Tuukka Tammi and Pekka Hakkarainen. Report (9/2020). Drug Decriminalization Policy. Literature Review: Models, Implementation and Outcomes. Finnish institute for health and welfare (THL). Helsinki, Finland.

Barnett, P.G. (1999). The Cost Effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention. *Addiction* 94 (4).

Benfer, I., Zahnow, R., Barratt, M. J., Maier, L., Winstock, A., & Ferris, J. (2018). The impact of drug policy liberalisation on willingness to seek help for problem drug use: A comparison of 20 countries. *International Journal of Drug Policy*, 56, 162-175. Bergeron.

Boertien, D., Bakel, M. van & Weeghel, J. van (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland – Een herstellmethode bij psychische ontwrichting. *MGv*, 5, 276-84.

Cohen, H. (1969). *Drugs, druggebruikers en drugscene*. Samson Alphen a/d Rijn.

Csete, J. (2012). *A balancing act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic*. New York: Open Society Foundations.

Degenhardt L. et al. (2008). "Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *Public Library of Science Medicine* 5, No. 7 (2008): e141 DOI, 10.1371/journal.pmed.0050141—as quoted in: Greenwald, G., 2009, *Drug Decriminalization in Portugal*, Cato Institute.

Domoslawski, A., & Siemaszko, H. (2011). *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*.

Eastwood, N., Fox Edward, & Rosmarin Ari (2016). *A quiet revolution: Drug decriminalisation across the globe* (Second ed.). London: Release Publication.

European Commission (1997). *Eurobarometer, report 47*. European Commission.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018a). *Cannabis legislation in Europe: An overview*. Luxembourg: Office of the European Union.

EMCDDA (2000). *Annual Report 2000, The state of the drugs problems in Europe*, EMCDDA.

EMCDDA, *Annual Report 2011, The state of the drugs problems in Europe*, EMCDDA.

EMCDDA (2011b). *Statistical bulletin 2011*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019c). *Netherlands country drug report 2019*. Luxembourg: Office of the European Union.

EMCDDA (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*, EMCDDA.

Félix, S., & Portugal, P. (2017). Drug decriminalization and the price of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy*, 39, 121-129.

Félix, S., Portugal, P., & Tavares, A. S. (2017). *Going after the addiction, not the addicted: The impact of drug decriminalization in Portugal*. Bonn: IZA Discussion Paper.

Gesaworld SA (2013). *External Evaluation of the National Plan Against Drugs and Drug Addictions 2005-2012*, CISAD.

Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, D.C.: Cato Institute.

Harwood, Hubbard, Collins, et al., (1988). *The Cost of Crime and the benefits of drug abuse treatment: A cost benefit analysis using TOPS data*. NIDA.

Hibell, B., et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report: Substance use among Students in 35 European Countries*. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.

Hughes, C. (2006). *Overcoming obstacles to reform? Making and shaping drug policy in contemporary Portugal and Australia*. Department of Criminology, PhD Thesis, Department of Criminology, The University of Melbourne.

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *The British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022.

International Drug Policy Consortium (2016). *A public health approach to*

drug use in Asia: Principles and practices for decriminalisation. United Kingdom: International Drug Policy Consortium Publication.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2008). Relatório Anual 2007 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005). Relatório Anual 2004 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

IPDT (2001). Annual Report on the Drug Phenomena 2001, IPDT.

IDTIP National Drug Report 2011 (2012). Institute for Drug and Drug Addictions.

IDPC (2012). Drug Policy Guide. IDPC.

Jacques, S., Rosenfeld, R., Wright, R., & van Gemert, F. (2016). Effects of prohibition and decriminalization on drug market conflict: Comparing street dealers, coffeeshops, and cafés in Amsterdam. *Criminology & Public Policy*, 15(3), 843-875.

Korf, D.J. (2002). Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive behaviors*, 27(6), 851–66. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369472>).

Kotlaja, M. M., & Carson, J. V. (2019). Cannabis prevalence and national drug policy in 27 countries: An analysis of adolescent substance use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(7), 1082-1099.

MacCoun, R. J. (2011). What can we learn from the Dutch cannabis coffee shop system? *Addiction*, 106(11), 1899-1910.

Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M., & Da Silva, M. A. (2019). Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and metaanalysis. *BMJ Open*, 9(7), e025880.

Ministry of Health, Welfare and Sport (2009). Drug policies in the Netherlands.

Monshouwer, K., Van Laar, M., & Vollebergh, W. A. (2011). Buying cannabis in

'coffee shops'. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 148-156.

Moreira, M., Hughes, B., Storti, C. C., & Zobel, F. (2011). Drug policy profile: Portugal. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Negreiros, G. and A. Magalhães (2009). Estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas em Portugal com base em dados sobre o tratamento. *Revista Toxicodependências* 15(1): 19-32.

Open Society Foundations (2011). Drug Policy in Portugal. OSF.

Open Society Foundations (2013). Coffee Shops and Compromise. OSF.

Opium Act, (arts. 2C, 3C, 10), Opium Acts Directive.

Pinto Coelho, M. (2010). The 'resounding success' of Portuguese drug policy: The power of an attractive fallacy. Lisboa: Associação Para Uma Portugal Livre De Drogas.

Room, R. et al. (2008). Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate. The Global Cannabis Commission Report. Oxford: The Beckley Foundation.

Reiarman, C and all. The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *American Journal of Public Health* vol. 94. pp. 836=842.

Russoniello, K. (2012). The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 12(2), 371-432.

Sara Woods (2014). Drug Consumption rooms in Europe, client experience survey in Amsterdam and Rotterdam. European Harm Reduction Network.

Schatz, E et al. (2011). The Dutch treatment and social support system for drug users, IDPC Briefing Paper, IDPC.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. SICAD (2013). Relatório Anual 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisbon.



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências SICAD (2014). Relatório Anual 2013: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisbon.

SICAD (2020) / Monitoring and Information Directorate (DMI) / Statistics and Research Division (DEI). (2020) STATISTICAL BULLETIN 2018 – Illicit Substances.

Shi, Y., Lenzi, M., & An, R. (2015). Cannabis liberalization and adolescent cannabis use: A cross-national study in 38 countries. *PLoS One*, 10(11), e0143562.

The Beckley Foundation (2008). Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate, The Global Cannabis Commission Report.

Trimbos Institute (2009). Drug policies in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport.

Trimbos Institute (2012). The Netherlands Drug Situation 2012, Report to EMCDDA.

Trimbos Institute (2013). HIV Monitoring Foundation/RIVM.

Trimbos Institute (2013). National Drug Report 2013.

Zaric, Bzrnett, and Brandeau (2000). The Cost Effectiveness of Buprenorphine Maintenance Therapy for Opiate Addiction in the United States. *Addiction* 96 (9).

Wewerinke, D et al. (2013). Housing First Europe, Local Evaluation Report Amsterdam. Netherlands Centre for Social Care Research.

Wouters, M., & Korf, D. J. (2009). Access to licensed cannabis supply and the separation of markets policy in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 39(3), 627-651.

Бошкова Н., Тупанчевски Н., Казнување на прекршители за дрога, законодавната политика и судска пракса, 2015.

Министерство за здравство на Р Македонија, Национална стратегија за дроги на Република Македонија 2006 – 2012. Министерство за здравство на Р Македонија, 2006.

ХОПС – Опции за здрав живот Скопје (2018). Правни потреби и пристап до правда за луѓето кои инјектираат дроги и сексуалните работници во Македонија.

ХОПС – Опции за здрав живот Скопје (2019). Квалитетот на програмите за лекување зависности во Македонија.

