



*Az Országgyűlés  
Kábítószerügyi eseti bizottsága*

Országgyűlés Hivatala

Irományszám: **J/4084**

Érkezett: **2007 OKT 10.**

**JELENTÉS**

**A Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről**

**Budapest, 2007. október**

## Tartalom:

<i>I. A bizottság megalakulása</i> .....	3
<i>II. A "Kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében létrehozott Nemzeti Stratégia" létrejötte, megvalósítási tapasztalatok</i> .....	3
<i>III. A hazai kábítószer-helyzet jellemzői</i> .....	5
<i>IV. A kábítószer-probléma kezelésének állami és civil intézményei (KKB, KEF, országos szakmai intézmények helyzete, civil feladatellátás)</i> .....	10
<i>V. Nemzetközi kötelezettségek a drogprobléma kezelésében</i> .....	12
<i>VI. A drogbetegek ellátását biztosító egészségügyi és szociális ellátórendszer helyzete</i> .....	12
<i>VII. A prevenció helyzete</i> .....	14
<i>VIII. A kábítószer-használatra vonatkozó büntetőjogi szabályozás. A kábítószer-bűncselekmények és jogkövetkezményeik alakulása</i> .....	16
<i>IX. Költségvetési helyzetkép</i> .....	19
<i>X. Összegzés</i> .....	20
<i>XI. Javaslatok</i> .....	21

## ***I. A bizottság megalakulása***

Az Országgyűlés a 14/2007 (III.7.) OGY határozattal létrehozta a Kábítószerügyi eseti bizottságot (a továbbiakban: bizottság).

A bizottság feladata „A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében” dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján meghozott intézkedések értékelése, építve a 2005. áprilisától 2006. májusáig működő kábítószerügyi eseti bizottság munkájára.

A bizottság munkájáról országgyűlési határozat formájában jelentést készít, melyet első alkalommal legkésőbb 2007. október 15-ig az Országgyűlés elé terjeszt.

Az eseti bizottság első ülésein konszenzussal elfogadta ügyrendjét és munkatervét. A bizottság összesen hétszer ülésezett, egy alkalommal kihelyezett bizottsági ülést tartott.

A bizottság - a mandátum rövid időkeretére való tekintettel - a kábítószer-probléma kezelésére adott intézményi válaszok átfogó értékelését végezte el, az érintett minisztériumok és intézmények, valamint civil szervezetek beszámolóí alapján. A bizottsági üléseken valamennyi ágazati kérdés részletes megvitatására idő hiányában nem nyílt lehetőség, továbbá megállapításra került, hogy hazánk drogstratégiájának megvalósítása szempontjából a továbbiakban is fontos parlamenti szinten a problémakör folyamatos nyomon követése. Ezért a bizottság mandátumának meghosszabbítására tett határozati javaslatot, melyet az Országgyűlés egyöntetűen elfogadott.

Az országgyűlési határozatban foglaltaknak megfelelően a bizottság megalkotta első jelentését.

## ***II. A "Kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében létrehozott Nemzeti Stratégia" létrejötte, megvalósítási tapasztalatok***

A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelése érdekében történt jelentősebb hazai intézkedéseket, a jelen helyzet értékelése céljából. A beszámolókból kiderül, hogy Magyarországon a kábítószerpiac 80-es évek végétől jellemző gyors kiépülését több évig nem követte a prevenció, a kábítószer-használókkal kapcsolatos gyógyító munka, szociális reintegráció intézményrendszerének fejlődése. Hiányos volt a lakosság információval való ellátottsága a kábítószer-használat felismerése, a várható következmények és a segítség elérhetősége tekintetében. A kábítószer-probléma magas szintű államigazgatási koordinációja, az állami, önkormányzati, társadalmi, egyházi szervezetek és intézmények munkájának összehangolása nem valósult meg. Nem történt meg az érintett szervezetek kapacitáshiányának pontos feltárása és a megfelelő fejlesztések tervezése, illetve költségvetési ráfordítások biztosítása.

A drogügyek koordinációjával foglalkozó államigazgatási intézményi struktúra

kialakítására, valamint a Nemzeti Stratégia megalkotására az első, 1996-97-ben működő kábítószerügyi eseti bizottság elkötelezett tevékenysége során feltárt problémák és megfogalmazott javaslatok, valamint súlyosbodó droghelyzetről tudósító kutatási jelentések széles körben ismertté válását követően került sor 1999-2000. évben.

A hatpárti konszenzussal létrehozott Nemzeti Stratégia rövid, közép és hosszú távú célkitűzései, valamint a hozzájuk rendelt tevékenységek szinte valamennyi területen fontos és meghatározó fejlesztéseket irányoztak elő. A stratégia összességében mintegy 95 különböző akcióterületet, kisebb-nagyobb fejlesztési tevékenységet határozott meg. A Stratégia független, holland szakemberek által nyújtott félidős értékelését biztosító MATRA projekt megállapítása szerint:

"A Nemzeti Stratégia távlatot, vezérfonalat és célokat határoz meg a magyarországi drogpolitika számára. Ambíciói, elvárásai láthatóan azonban jóval magasabbak voltak, mint amit a gyakorlat lehetővé tett, amikor figyelembe vesszük a rendelkezésre álló források, az eszközök és a megvalósításban részt vevő legfontosabb szereplők közötti megosztott felelősségvállalás mértékét.

Számos cél esetében fejlődés következett be a részt vevők széles spektruma, a struktúrák és a szervezeti viszonyok vonatkozásában; mindazonáltal nehéz megbecsülni e fejlődés mértékét. Sok közép távú cél nem valósult meg a Nemzeti Stratégia erre meghatározott 2-3 éve alatt, azonban a megvalósulás folyamatban van. Az előre meghatározott mutatók és az alaphelyzet felmérésének hiánya miatt nem egyszerű jó elemzést adni.

A Nemzeti Stratégia fejlesztésének legsikeresebb része a megelőzés, ahol számos újdonság valósulhatott meg, (esetleg részben), vagy vannak megvalósulás alatt. A szociális munka, a kezelés és a rehabilitáció egységes rendszere nagy figyelmet és elsőbbséget igényel.

A kezelési lehetőségek széles palettája, mely a drogfogyasztó egyén tényleges szükségleteihez szabott, még nem áll rendelkezésre. Nagyobb figyelmet kell fordítani a kockázati csoportokra."

A megelőző ciklusban működő eseti bizottság J/19280. számú jelentése a stratégia végrehajtásával kapcsolatban megállapítja, hogy bár a legtöbb területen jelentős előrelépések történtek, az eltelt 6 év során nem valósult meg a stratégiában foglalt célkitűzések időarányos megvalósítása. A jelentés a megvalósítás korlátait abban azonosítja, hogy a stratégia megvalósítását biztosító intézményi, pénzügyi feltételrendszer és koordinációs mozgástér erőteljesen csökkent annak következtében, hogy nem vált kezelhetetlenné a hazai droghelyzet, a társadalom nem kényszerült a drogfogyasztás leginkább kirívó jeleivel szembesülni.

### III. A hazai kábítószer-helyzet jellemzői

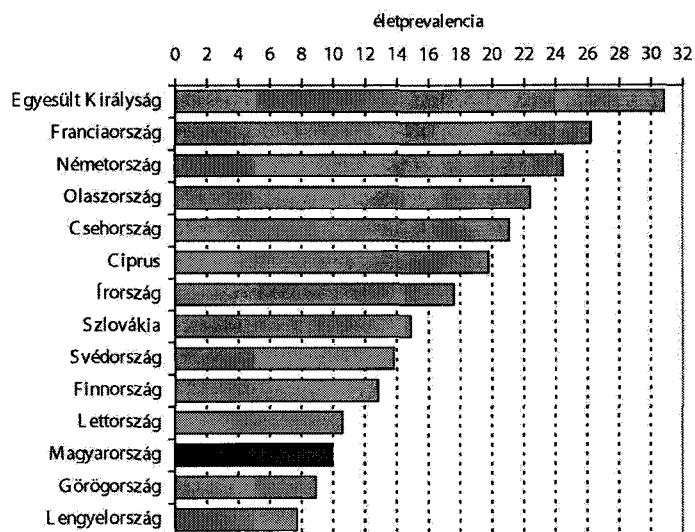
Valamely országban a kábítószer-probléma nagyságrendjét, elterjedtségét különböző közvetlen és közvetett indikátorok, mérőszámok mentén lehet leírni. Az alábbiakban néhány összefoglaló megállapítás segítségével az önbevallásos epidemiológiai kutatások, a kezelési igény nagyságrendje, a problémás szerhasználók népességben belüli aránya, a kábítószer-használattal összefüggő fertőző betegségek aránya és elterjedtsége, a kábítószer-használattal közvetlenül és közvetetten összefüggő halálesetek aránya alapján kerül szakmai jellegű értékelésre a kábítószer-használat elterjedtsége. A fentiekben felsorolt témakörökben a Nemzeti Drog Fókuszpont végez szisztematikus adatgyűjtést 2004. évi felállítása óta.

#### *Magyarország drogérintettsége európai kontextusban*

##### *A magyarországi általános populáció drogérintettsége európai összehasonlításban*

Az általános populációra vonatkozó 2003-as magyarországi vizsgálattal megközelítőleg azonos időben – 2002 és 2004 között – 13 másik európai uniós országban készült felnőtt lakossági vizsgálatról van tudomásunk (EMCDDA, 2005b).

#### **A marihuána/hasis életprevalencia-értéke a felnőtt népességben az Európai Unió egyes országaiban, a 2002–2004 között készült általános populációs vizsgálatok alapján (EMCDDA, 2005b)**



A fenti grafikon megmutatja, hogy hazánkban a kannabiszt valaha kipróbálók számaránya viszonylag alacsony. Az egyéb tiltott drogok tekintetében kevésbé kedvező a magyarországi népesség érintettsége: az ecstasy, az amfetamin, illetve az LSD életprevalencia-értéke alapján már a felső középmezőnyben helyezkedünk el. A 13 ország sorrendjében hazánk az ötödik-hatodik leginkább érintett ország.

Az egyéb tiltott drogok relatíve nagyobb mértékű magyarországi elterjedtsége azt is jelenti, hogy ugyan – más országokhoz hasonlóan – Magyarországon is megfigyelhető a kannabisz dominanciája a szerstruktúrában, azonban ez relatíve kisebb mértékű. Emellett Magyarországon az egyéb drogok elterjedtségi sorrendje is némileg másként alakul: az ecstasy valamelyest inkább, a kokain pedig kevésbé elterjedt, mint az Európai Unió más országaiban.

A felnőtt népességre vonatkozó adatok alapján Magyarország drogérinthettségének európai elhelyezkedéséről megállapítható, hogy a kannabisz életprevalencia - értéke vonatkozásában alacsony érintettséget, az egyéb szerek tekintetében pedig a felső - középmezőnyös elhelyezkedést tapasztalunk.

Az Európai Unió országaiban – a Magyarországon tapasztalthoz hasonlóan – a 35 év alatti fiatal felnőtt népességben, a különböző szerek életprevalencia-értékei közül különösen a marihuána- és hasisfogyasztás elterjedtségére vonatkozó mutatók haladják meg a felnőtt populáció egészére számított értékeket. A marihuána/hasis életprevalencia-értéke a felnőtt populációban kapott 17%-kal szemben a fiatal felnőttek körében az európai országokban átlagosan 26%. A többi szer esetében átlagosan 1-2%-os eltérések mutatkoznak.

#### *A fiatalok kábítószer-használata európai összehasonlításban*

Annak ellenére, hogy a középiskolások összesített drogfogyasztási rátája alapján Magyarország az átlagosnál kevésbé érintett országok közé tartozik Európában, az egyes egyéb tiltott drogok szerenkénti életprevalencia-értéke – a mágikus gomba és a kokain kivételével – a diákok körében eléri, sőt az amfetaminok esetében meg is haladja több (ESPAD vizsgálatban érintett) országra jellemző átlagos értéket.

Mindez a hazai drogfogyasztás azon kedvezőtlen jellemzőjét erősíti meg, hogy a magyarországi fogyasztási struktúrában az egyéb tiltott drogok súlya átlagosnál nagyobb, illetve, hogy míg az európai országok többségében a kannabisz-fogyasztás viszonylag független más tiltott drogok fogyasztásától, addig nálunk a különböző szerek fogyasztótábor, így a marihuána és egyéb drogok fogyasztói között is igen nagy átfedések figyelhetők meg. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a kannabisz-fogyasztók többsége más szerek rendszeres használójává válna.

#### *Európai és hazai trendek*

A felnőtt lakosságra vonatkozóan az időbeni tendenciák tekintetében csak korlátozott nemzetközi összehasonlításra van módunk. Ennek ellenére a rendelkezésre álló adatok

alapján az állapítható meg, hogy a magyarországi változások irányukat tekintve az Európai Unió más országaiban lejátszódó folyamatokkal harmonizálnak.

Az országok többségében a felnőtt, illetve a fiatal felnőtt népesség körében – ha nem is folyamatosan és egyenletes ütemben, de tendenciájában az 1990-es évek folyamán növekedett a kannabiszhasználat, s azon nyolc európai ország közül, melyekről rendelkezünk a közelmúltra vonatkozó trendadatokkal, Görögország és az Egyesült Királyság kivételével – a Magyarországon tapasztalt változásokhoz hasonlóan – az ezredfordulót követően (is) növekedett a marihuánát/hasist kipróbálók aránya. Az európai uniós országok többségében az ecstasy-, illetve az amfetaminhasználat esetében is növekedésről számol be a 2005. évre vonatkozó európai jelentés. (EMCDDA, 2005a). Az európai tendenciákhoz hasonlóan – mint láthattuk – 2001 és 2003 között Magyarországon is növekedett ezen szerek elterjedtsége a felnőtt népességben.

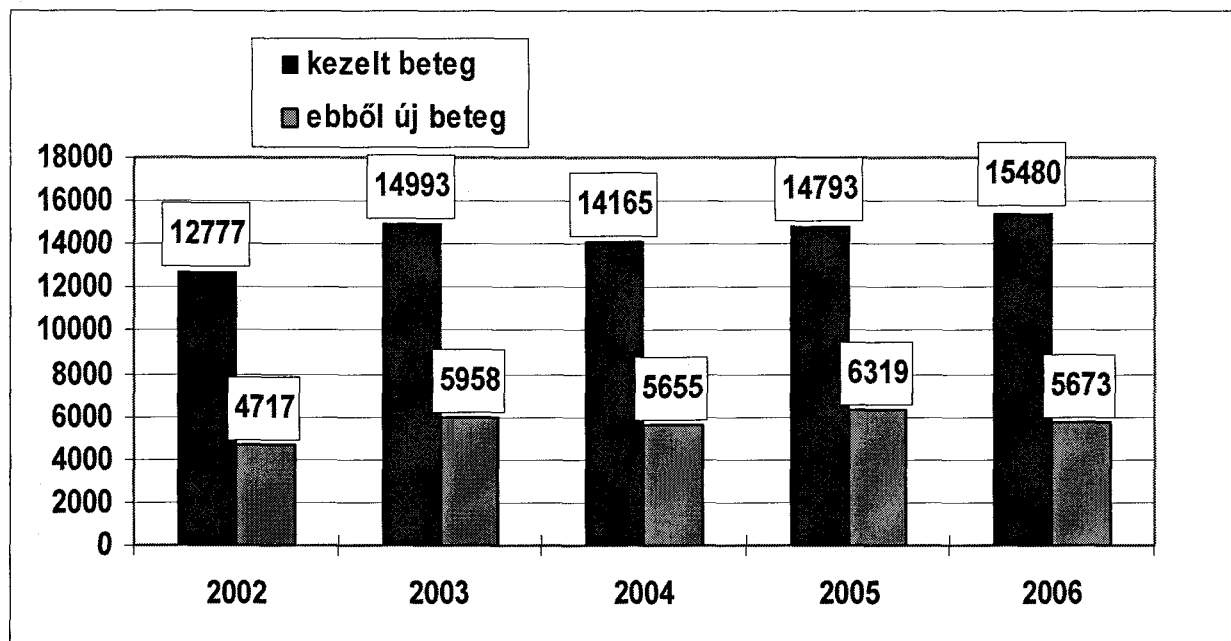
Az epidemiológiai adatok és különösképpen hazánk helyzete európai uniós összehasonlításban azt jelzi, hogy a kábítószeres kipróbálása tekintetében egyre inkább hasonlítunk a legtöbb uniós országra: az utóbbi 1-2 évben drámai jelentőségű elmozdulások nem történtek.

Figyelemreméltó azonban a hazai normál népesség (fiatalok és felnőttek) körében tapasztalható tendenciák vonatkozásában

- hogy az illegális szereket valaha használók esetében erre az eseményre egyre korábban kerül sor, tehát már 16. életévüket megelőzően az esetek mintegy harmadában,
- hogy a kanabisz és az egyéb illegális szerek használata nem különül el olyan markánsan, mint ez más európai uniós országokban megfigyelhető, valamint,
- hogy a folyamatos fogyasztók százalékos aránya a szereket valaha kipróbálók körében az unió átlagával megegyező, vagy annál kissé magasabb.

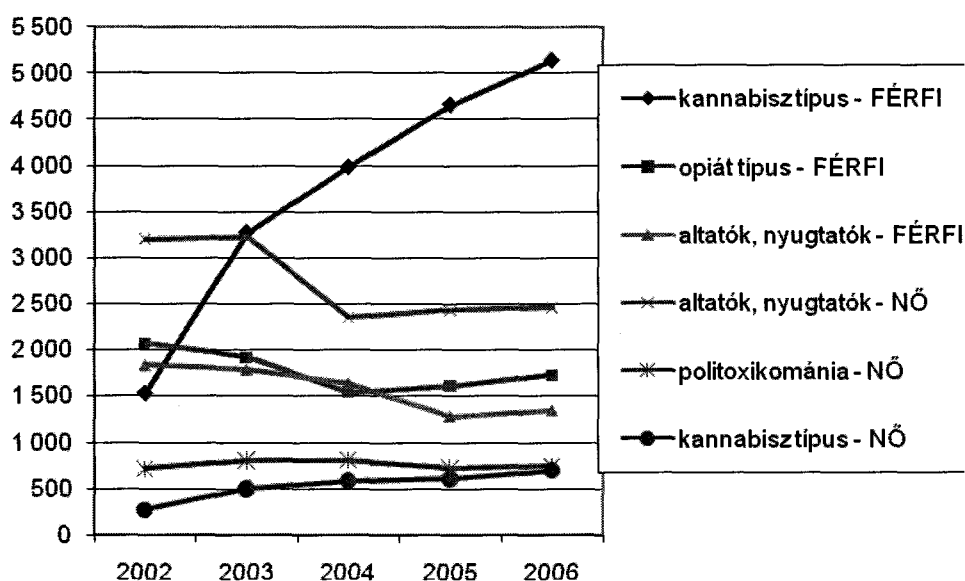
Ezek a tapasztalatok üzenetnek is tekinthetők elsősorban az univerzális, elsősorban az iskolai szinten megjelenő prevenciós programokkal összefüggésben. Egyértelműen arra utalnak, hogy szükséges a prevenció kritériumainak megfogalmazása, megjelenítése, valamint egyes területeken erősíteni szükséges az ártalomcsökkentő szemlélet jelenlétét.

## Droghasználók kezelése



Forrás: OSAP

A leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM (ESzCsM) 1211. sz. jelentés

A kezelésbe kerülő droghasználók között ismét emelkedő tendenciát mutat a heroinhasználat, míg a beavatkozások zöme a kannabisz-használathoz kapcsolódik.



2000-es években megfigyelhető, injekciós heroinhasználat csökkenése után újbóli, bár csekély növekedés tapasztalható e szer használói körében.

#### *Kábítószer-fogyasztás okozta halálozási adatok alakulása*

Az előző évekhez képest 2006-ban tovább csökkent az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma. Míg 2004-ben 34, 2005-ben 28 személy halt meg kábítószer-túladagolásban, addig számuk 2006-ban 25 volt, a szerek tekintetében azonban változás figyelhető meg. A heroin túladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an, 2006-ban 22 haltak meg. Európai Unió összehasonlításban az adatok alacsonyoknak mondhatók.

#### *Fertőző betegségek droghasználók körében*

Magyarország határaihoz közel, Oroszországban és Ukrajnában, illetve a volt-Szovjetunió utódállamaiban tapasztalható a világ legnagyobb AIDS-robbanása az injekciós droghasználók között. Ezért különösen fontosak a magyarországi adatok. Az Országos Epidemiológiai Központ 2006-ban végzett, 300 injekciós használóra kiterjedő vizsgálata szerint minden vizsgált személy negatívnak bizonyult HIV-fertőzés tekintetében, tehát a vizsgált intravénás kábítószer-használók között a korábbi évekhez hasonlóan nem sikerült HIV-pozitív személyt felderíteni. 83 személynél (28,9%) mutattak ki hepatitis C vírus fertőzést, és 4 esetben (1,3%) hepatitis B fertőzöttséget. Európai Unió összehasonlításban az adatok kedvezőek.

Akár a drogok okozta halálozás, az injekciós droghasználathoz társuló fertőző betegségek tekintetében is Magyarország kedvező helyzetben van, azonban arra kell törekedni az alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő módszerekkel, hogy ez a kedvező helyzet fennmaradjon.

#### *Problémás droghasználat*

A 2005. évi rendőrségi és egészségügyi nyilvántartások alapján készült kutatás (Elekes, Nyírády 2006) szerint a problémás drogfogyasztók számát 24204 főre becsülhető. Ebből Magyarországon az intravénás drogfogyasztók számát 3941 főre becsüljük. Egyéb kutatásokból is tudjuk, hogy a problémás droghasználóknak – és különösen az injekciós használóknak – csak kis része kerül kapcsolatba a segítő intézményrendszerrel (egészségügyi vagy szociális szolgáltatások). E csoportot a leghatékonyabb módon az alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő módszerekkel lehet elérni (megkereső munka, tucseré, metadon- vagy más szerrel végzett fenntartó kezelés), ezért is szükséges e módszerek fejlesztése, illetve az országnak e segítő formákkal történő nagyobb lefedése. E programokból az arra motivált kliensek átirányíthatók más, ún. magasküszöbű, drogmentességet célzó programokba. Európai Unió összehasonlításban az e programba vont – főleg injekciós droghasználók száma – csekélynek mondható.

#### ***IV. A kábítószer-probléma kezelésének állami és civil intézményei (KKB, KEF, országos szakmai intézmények helyzete, civil feladatellátás)***

A kábítószer-probléma kezelése szempontjából, a nemzeti drogstratégiában foglaltaknak megfelelően a kormányzati, önkormányzati és a nem kormányzati szereplők tevékenységének egyaránt nagy jelentősége van.

##### Kormányzati szereplők:

*A kábítószer-probléma kezelésében érintett minisztériumok, állami szociális és egészségügyi intézmények, kutatóintézetek*

*Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, a Kormány drogpolitikai tanácsadó testülete*

A KKB feladata elsősorban a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégia program végrehajtásának elősegítése, a megvalósítás folyamatának nyomonkövetése, valamint, hogy összehangolja a KKB-ban résztvevő minisztériumok és országos hatáskörű szervek által a stratégia megvalósítása érdekében végrehajtott tevékenységeket. A Bizottságnak állandó, eseti és szakértő tagjai vannak. Az állandó tagok azok a minisztériumok és - a 2007 januárjában elfogadott 1002/2007. (I.18) Korm. határozat értelmében civil szakmai szervezetek képviselői, amelyeknek leginkább meghatározó a szerepük a nemzeti drogstratégia megvalósításában.

*Kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium – Szociális és Munkaügyi Minisztérium*

A tárca képviseli a Kormány drogpolitikai álláspontját. Elősegíti a nemzeti, illetve helyi szintű koordinációs mechanizmusok működését, a kereslet-, és kínálatcsökkentés területein zajló, illetve az ellátórendszer fejlesztését célzó programok megvalósulását.

*Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI)*

A koordinációért felelős tárca szakmai, módszertani, kutatási feladatokat ellátó háttérintézménye, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet részjogkörű költségvetési egysége.

*Nemzeti Drog Fókuszpont*

Az Európai Unió Drogmonitorozási Központja által működtetett REITOX hálózat magyarországi tagja, a hazai kábítószerügyi adatgyűjtés szervezője

*Országos Addiktológiai Intézet*

Az intézet adatgyűjtési, ellátás-szervezési és szakmai-módszertani feladatokat lát el.

##### Önkormányzati kötődéssel jellemezhető szereplők:

*Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok*

Jelenleg Magyarországon mintegy 100 helyszínen (város, megye, kistérség, kerület, régió) léteznek kábítószerügyi egyeztető fórumok, melyek a stratégia szellemiségének megfelelően a kábítószer-probléma kezelésének helyi motorjai. Jelenleg mintegy 70

KEF részesül támogatásban a központi kormányzattól. Immár második éve a központi források a helyi szinten kialakított stratégiai programok, fejlesztések megvalósítását szolgálják. A KEF-ekben szakmai és önkormányzati szereplők vesznek részt, nem személyükben, hanem – hasonlóan a KKB-hoz - intézmény képviselői minőségben. A KEF-ek az önkormányzatok kábítószerügyi tevékenységét lennének hivatottak alakítani egyfelől a helyi szükségletek, másfelől pedig a nemzeti stratégia célkitűzéseinek ismeretében. A KEF-ek nem prevenciós szervezetek, felelősséget hordoznak a kereslet és kínálatcsökkentés valamennyi helyi szintű beavatkozásával összefüggésben.

Nehézségek a KEF-ek működésével kapcsolatban: A legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy a KEF-ek tevékenysége egyik oldalról az önkormányzatisághoz, másik oldalról pedig a kábítószer-problémához kötődik. Az önkormányzati törvény nem teszi kötelező feladattá konkrétan a kábítószer-problémával összefüggő tevékenységek vitelét, bár az egészségügyi, szociális, közoktatási kötelező feladatok áttételesen természetesen magukban foglalják a szenvedélyproblémák kezelését illető tennivalókat is. Minthogy a kábítószer-probléma nem ágazati ügy, hanem horizontális tematika annak szakszerű kezeléséhez multidiszciplináris csapatok hatékony működésére van szükség. A hatékony működés feltételeit – többek között – a megfelelő jogszabályi környezet (önkormányzati törvény), illetőleg annak hiányában a helyi önkormányzati szabályok kötelező megalkotása, illetve az erre való politikai szándék segítheti.

#### Nem kormányzati szereplők

*Non profit társadalmi és gazdasági szervezetek, egyházi fenntartású szervezetek, amelyek*

- a prevenció,
- az egészségügyi és szociális ellátás (beleértve a re-szocializációt, reintegrációt) különböző formáit, valamint
- az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat működtetik.

A nem kormányzati szereplők elsősorban a kereslet csökkentési tevékenység vonatkozásában fejtik ki hatásukat. Jelenleg Magyarországon mintegy 150-160 civil-szakmai szervezet működik, amelyek a fentiekben kategorizált tevékenységeket végzik. A szervezetek döntő többsége prevenciós tevékenységet is folytat. A szervezetek szakmai tevékenységük finanszírozását szinte kizárólag a központi kormányzat (kábitószerügyi koordináció, NCA) által meghirdetett pályázatok révén tudják biztosítani. A kábítószerügy területén az állami forrásokon kívül gyakorlatilag nincs lehetőség egyéb finanszírozó bevonására, a magán mecénatúra ezen a területen egyáltalán nem jelenik meg.

## ***V. Nemzetközi kötelezettségek a drogprobléma kezelésében***

A "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására" című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió Drogstratégiájával való összehangolását vizsgáló korábbi eseti bizottsági J/19280. számú jelentése részletesen foglalkozott a hazai drogstratégia feladatainak nemzetközi kontextusban történő vizsgálatával.

Az Európai Unió kábítószerügyi politikáját meghatározó Kábítószerügyi Stratégia 2005-2012. között, illetve az ehhez kapcsolódó kábítószerügyi Akcióterv 2005-2008. között számos feladatot ró a tagállamokra, Magyarországra. Fontos tennivalók hárulnak a koordináció szerveire az Akciótervben foglalt cselekvések magyarországi megvalósításának elősegítése, illetve a kapcsolódó elemzésekben az Európai Bizottsággal való együttműködésben. A Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport havonta esedékes ülésein tárgyalják a tagállamok képviselői a drogpolitikai szempontból jelentős kérdéseket. A koordináció feladata, hogy az aktuálisan tárgyalandó témák szerinti szakértőkkel kiegészülve képviselje Magyarországot az üléseken, illetve gondoskodjon az üléseken megfogalmazott feladatok végrehajtásának koordinálásáról.

Magyarországra számos jelentéstételi kötelezettség hárul EU-s és ENSZ vonatkozásban, mely jelentéstételi kötelezettségeinek az elmúlt időszakban eleget tett.

## ***VI. A drogbetegek ellátását biztosító egészségügyi és szociális ellátórendszer helyzete***

Az egészségügyi kezelésbe vontak száma évente mintegy 14-15 ezer fő között mozog Magyarországon. A valós ellátási szükségletek pontos felmérésére a kábítószer-problémakör sajátos jellegéből adódóan több szempontból nincs lehetőség, de a kutatási adatokból valószínűsíthető, hogy a problémás drogfogyasztók<sup>1</sup> túlnyomó többsége rejtve marad az egészségügyi szolgáltató rendszer előtt. A kezelésbe vontak között ugyanis számuk csekély arányú.

A szenvedélybetegek ellátását biztosító intézmények közül az utóbbi években a járóbeteg-ellátás területén történt a legdinamikusabb fejlődés. Jelenleg az alábbi egészségügyi intézmények fogadnak kábítószer-használó személyeket: az addiktológiai gondozók, a Támasz-hálózat, a pszichiátriai, addiktológiai osztályok ambulanciái, a pszichiátriai gondozók, a drogambulanciák, illetve magánrendelők. Komoly hiányok mutatkoznak viszont a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás tekintetében.

A fekvőbeteg-ellátás pszichiátriai osztályokon, ezek addiktológiai részlegein, és kisebb mértékben önálló addiktológiai osztályokon történik. Tekintettel arra, hogy az addiktológiai ágyak csak részben kerülnek nevesítésre, a legtöbb esetben a pszichiátriai osztályokon kerülnek ellátásra a betegek, ezért meglehetősen nehéz valós

---

<sup>1</sup> Problémás drogfogyasztó az, aki opiát-, kokain-és/vagy amfetamin-származékokat használ rendszeresen, vagy intravénás fogyasztó.

képet kapni arról, hogy milyenek az addiktológiai, ráadásul ezen belül is, a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló kapacitások.

Túlادagolás esetén a betegek leggyakrabban detoxikálóba, vagy optimális esetben sürgősségi belosztályra kerülnek. A tudatmódosító szerek által okozott mérgezések ellátása a sürgősségi ellátás sajátos területét képezi. Ezért a beteg megfelelő ellátása megfelelő műszerezettséget és felkészült szakember jelenlétét teszi szükségessé. Budapesten már csak két helyen van detoxikáló, az egyik a délpesti Jahn Ferenc Kórházban, a másik pedig a Nyíró Gyula Kórházban, a méregtelenítésben pedig aktív szerepet vállal a Péterfy Sándor utcai Kórház sürgősségi belosztálya is, amely a struktúraátalakítást követően is változatlan kapacitással vesz részt a betegek ellátásában.

A fekvőbeteg-ellátás helyzete tekintetében a struktúraátalakítás következményeként az aktív pszichiátriai ágyak száma 3 047 lett, a krónikus kapacitások pedig – ezen belül a rehabilitáció – növekedtek. A struktúraátalakítás hatására a pszichiátriai rehabilitációs ágyak száma 5 001-re emelkedett.

Az addiktológiában továbbra is nagyon kevés szakmai protokoll áll rendelkezésre, az ellátás legtöbb kérdése még igen erősen vitatott és rendezetlen. Jelenleg a protokollok véglegesítése zajlik.

A kábítószer-használó személyek egészségügyi ellátásáról összességében megállapítható, hogy az egészségügyi kezelési lánc meglehetősen egyenetlen és hiányos. A meglévő addiktológiai hálózat több ponton fejlesztésre szorul – különös tekintettel a személyi és tárgyi feltételekre. Egy megye kivételével a drogambulanciák országos lefedettsége biztosított. Megoldandó problémát jelent a szakemberhiány és az addiktológiai, pszichiátriai problémával küzdő gyermekek és serdülők megfelelő egészségügyi ellátása.

A bizottság megvizsgálta a drogbeteg-ellátás vonatkozásait a egészségügyi szerkezetátalakítás kihatásai tekintetében. A bizottsági tapasztalatoknak is köszönhetően, törvénymódosítás keretében 2007. július 1-jétől a vizitdíj, valamint a kórházi napidíj megfizetése alól mentességet élveznek a kábítószer-függőségben szenvedők. A bizottság a jövőben is kiemelten fontosnak tartja az egészségügyi átalakítás további kihatásainak nyomon követését, javaslatok megfogalmazását a szerhasználók ellátásba juttatása érdekében.

A Nemzeti Stratégia az európai trendekkel összhangban hangsúlyozza az ártalomcsökkentő szemlélet fontosságát a drogprobléma kezelésében. Az ártalomcsökkentő programok szerepe a HIV és hepatitisz prevencióban mind az egyéni mind a társadalmi károk mérséklése szempontjából fontos.

Az elmúlt időszak fejleményeinek ellenére is azonban azt kell mondani, hogy az ártalomcsökkentés még nem tekinthető széles körben elfogadott szemléleti irányynak Magyarországon, s ezzel összhangban hátrányt szenvednek a programszerű megvalósulások is. A tücsere-program egyelőre csak néhány nagyobb városban

megoldott. A fenntartó metadon kezelésben részesülő droghasználók aránya igen alacsony Magyarországon, nem csak az Európai Unióval, de a közép-kelet európai térséggel összehasonlításban is. A jövőben meg kell vizsgálni a büntetés-végrehajtási intézményekben e kezelési forma lehetőségeit, illetve más, biztonságosabb szerek alkalmazását a fenntartó kezelésben.

A szociális szolgáltatások rendszerében több szinten kialakultak a szenvedélybetegellátás, köztük a kábítószer-használók ellátási formái. A rehabilitációs otthonok férőhelyeinek száma az elmúlt években jelentősen emelkedett részben bővítéssel, részben új rehabilitációs otthonok létrehozásával. Jelenleg csak néhány specializált, a drogbetegek komplex reintegrációját, reszocializációját megvalósító program működik az országban. A védett munkahelyek, védett szállások, félutas házak, speciális képzési programok jelentős fejlesztése indokolt.

Általános tapasztalat, hogy bár az intézményi szolgáltatások palettája jelentősen bővült az elmúlt évtizedben, az intézményi formák a szociális munka, a rehabilitáció és a kezelés közötti kapcsolat gyengén fejlett. Ezen a területen megfelelő információs rendszerek kialakításával és működtetésével lehetne fejlődést elérni. A további fejlődés hátráltatója, hogy igen kevés a képzett szakember, addiktológus. Ez adódik egyrészt a képzések hiányából, másrészt a drogszakma egészségpolitikában betöltött megbecsültségéből.

## *VII. A prevenció helyzete*

A nemzeti drogstratégia összességében 12 prevenció-színteret azonosít. Az elmúlt 15 évben – már a stratégia elfogadását megelőző időszakban is! - jelentékeny munka folyt ezeken a szintereken, noha mind a mai napig az érintetteknek csak egy töredékét érik el a módszeres, valóban jó színvonalú prevenció-s beavatkozások. Igaz mindez annak ellenére, hogy a legjelentékenyebb állami fejlesztési források ezen a területen kerültek felhasználásra. Túl azon, hogy nem kielégítő mértékű a prevenció-s tevékenység országos elterjedtsége, némely esetben a prevenció-s szervezetek szakértelme sem kielégítő színvonalú.

Az elmúlt évek legjelentősebb fejleményei e téren a következők szerint összegezhetőek:

- feltárásra kerültek a magyarországi iskolai szintűen tevékenykedő szervezetek (136) és azonosításra kerültek az ezen a szintűen megvalósuló programok (233),
- néhány tipikus jellemzőket hordozó prevenció-s program részletes eredmény értékelésére is sor került,
- 2001 óta működik egy szintűen az iskolai szintűet megcélzó minisztériumok közötti együttműködésben megvalósuló, szinte normatívnak tekinthető támogatást biztosító pályázati rendszer, mely a közoktatási intézmények egészségfejlesztési-drogprevenció-s tevékenységét segíti elő,

- 2003-óta folyik az Oktatási és Kulturális Minisztérium gondozásában az iskolai drogügyi koordinátorok akkreditált formában történő továbbképzése, mely az első 1-2 évben ingyenes formában álltak a pedagógusok rendelkezésére.
- számos olyan prevenciós program működik az országban, amelyek nem kötődnek az iskolai keretekhez közvetlenül, de az iskoláskorú populációt célozzák meg. Ezek közül több olyan van, amelyik a koordinációért felelős tárca kiemelt támogatását is élvezik, pl. Háló-mozi, Köztes átmenetek kiállítás.

Az iskolai szinten lezajlott nagyarányú és rendszerben értelmezhető fejlesztések mellett lényegesen kisebb lendülettel zajlott az egyéb szintereken megvalósuló prevenciós tevékenység erőteljessé válása. Említésre méltó kezdeményezések ismertek a munkahelyi prevenció vonatkozásában, a honvédség körében folytatott ez irányú tevékenység tekintetében.

Folyik prevenciós tevékenység a büntetés-végrehajtás intézményeiben is. Fontos kezdeményezés a biztonságosabb szórakozóhelyek projekt, mely egyrészt a drogmentes szórakozás lehetőségeinek megteremtését, másrészt az esetlegesen droghasználó fiatalok ártalmainak csökkentését célozza.

Egyértelmű hiányterületnek tekinthető a családokat megcélzó prevenció tevékenység, valamint korlátozott mértékben állnak rendelkezésre speciális prevenciós programok a gyermekvédelmi intézményekben.

Összességében elmondható, hogy a drogstratégiában megjelölt szintereken és a prevenciós üzenetek közvetítésére alkalmasnak ítélt valamennyi közvetítő tekintetében meghatározó jelentőségű fejlesztések indultak meg, de a fejlődés még mindig nem átható erejű.

A problémák és hiányosságok hátterében számos tényező húzódik meg:

- a közoktatási intézmények prevenciós tevékenység iránti hajlandóságát számos tényező befolyásolja,
- hiányosság a közoktatási intézményekben és egyéb szintereken is a prevenciós programok minőségi sztenderdeknek való megfeleltetése, ami részben a hiányzó jogszabályi háttérrel is összefüggésbe hozható, bár e téren a most elfogadás alatt álló, a drogstratégia megvalósítását az elkövetkező periódusra időben ütemezhetővé tévő kormányhatározat intézkedik a Prevenciós és egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottság felállításáról.
- problematikusnak tekinthető az a körülmény is, hogy mind a mai napig szakmai viták zajlanak azzal kapcsolatban, hogy milyen eredmény várható el a hatékony prevenciós beavatkozásoktól. A szakirodalom alapján azt valószínűsíthető, hogy a legjobb prevenciós programok sem módosítják jelentékeny (népegészségügyi) mértékben az illegális szerek kipróbálásának százalékos arányát, a prevenciós beavatkozásokkal szembeni reális elvárás, hogy azok a rendszeres és problémás szerhasználat előfordulási gyakoriságát tudják

kedvezően befolyásolni, illetve mérsékelni képesek a kábítószer-használattal összefüggő szövődményeket.

- A prevenciók tevékenység elterjedtségének növelése, a kiszámítható, lehetőleg normatív jellegű finanszírozás, valamint a minőségi sztenderdek közzététele és módszeres alkalmazása a jövő fontos és megkerülhetetlen feladata.
- a teljes populációra kiterjedő, ún. univerzális prevenciók módszerek mellett nagyobb hangsúlyt kell kapnia a veszélyeztetett családokat és a kirekesztett társadalmi csoportokat megcélzó szelektív prevenciónak.

### **VIII. A kábítószer-használatra vonatkozó büntetőjogi szabályozás. A kábítószer-bűncselekmények és jogkövetkezményeik alakulása**

Tekintve, hogy a kábítószer-használatra vonatkozó szabályozás módosulására várhatóan csak az új Btk. megalkotása során kerül sor, a bizottság a hatályos szabályozás tapasztalatairól, a munkafázisban lévő elképzelésekről, valamint a jogalkalmazás problémáiról hallgatott meg beszámolókat. A jövőben várható elmozdulások tekintetében bizottság fontosnak tartja a kérdéskör folyamatos figyelemmel kísérését.

A kábítószer-használat jogi vonatkozásainak bemutatásakor megkerülhetetlenek a különböző nemzetközi egyezmények. Hazánk valamennyi lényeges ENSZ-konvencióhoz csatlakozott. Ilyen például a New Yorkban 1961. március 30-án kelt *Egységes Kábítószer Egyezmény*, valamint az azt módosító 1972-es *Genfi Jegyzőkönyv*. Ezekben meghatározásra kerülnek az ellenőrzés alá vont anyagok köre, illetőleg az ezekre vonatkozó ellenőrzési szabályok. Az 1971. évi *Egyezmény a pszichotróp anyagokról* részletes jegyzéket tartalmaz a pszichotróp anyagokról, azok hatóanyagairól.

A Büntető Törvénykönyv (Btk.) a kábítószer büntetőjogi fogalmát nem határozza meg, hanem utal a két ENSZ egyezményre, illetőleg az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvényben<sup>2</sup> foglaltakra. Hiányzik azonban a kábítószer-típusok szerinti differenciálás a büntethetőségi tételek meghatározásánál, habár azt az Európai Unió kerethatározata<sup>3</sup> előírja.

A *fogyasztói típusú* elkövetési magatartásokat a 282.§ tartalmazza: „termeszt, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz”. Az 1993-as liberálisabb szabályozást megváltoztatva az 1998. évi Btk.-módosítás vétségként büntetni rendelte a fogyasztást, azonban a jelenleg hatályos szabályozás (2003. évi II. törvény) alapján *expressis verbis* szintén nem jelenik meg, mint közvetlen elkövetési magatartás, hanem az a megszerzés, tartás alapján válik büntetendő cselekménnyé. Alapesetben a büntetési tétel öt évig, enyhébben minősülő esetekben (pl. csekély mennyiségű kábítószerre elkövetett bűncselekmények) vétség

<sup>2</sup> 1998. évi XXV. törvény

<sup>3</sup> az Európai Unió Tanácsa (2004. október 25.) a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállításáról szóló kerethatározata



miatt két évig terjedő szabadságvesztés, míg például az üzletszerűen vagy bűnszövetségben elkövetett cselekmény akár tíz év szabadságvesztéssel is büntethető.

Az ún. *terjesztői típusú* magatartásokkal megvalósított bűncselekményeket a 282/A.§ rendeli büntetni. Az alapeset szerint: „aki kábítószerrel kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, büntetett követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”, de jelentős mennyiségre elkövetett bűncselekmény esetén akár életfogytig tartó szabadságvesztés is kiszabható. A csekély illetve a jelentős mennyiség határait a Btké. 23.§-a a leggyakrabban előforduló kábítószeres tiszta hatóanyagtartalma tömegében határozza meg, kivéve a cannabis növény esetében, amikor is csekély mennyiségnek a legfeljebb 5 növényegyed számít.

A 282/B.§ rendelkezései a *fiatalkorúak* védelmében születtek. Az elkövetési magatartások azonosak a fentiekkel, míg azokhoz természetesen súlyosabb büntetési tételek kapcsolódnak.

Speciális elkövetői körre, a *kábítószerfüggőkre* vonatkozik a 282/C.§. Esetükben mind a fogyasztói, mind a terjesztői típusú elkövetési magatartás enyhébben minősül.

A törvény lehetőséget biztosít arra is, hogy habár a tényállási elemeket kimerítették, mégsem kerüljön sor büntetés kiszabására. Az *elterelés* akkor merül fel, mint alternatív megoldás, ha saját használatra szánt kábítószer az elkövetés eszköze. A büntethetőséget kizáró ok, ha az elsőfokú ítélet meghozataláig az elkövető igazolja, hogy legalább hat hónapig tartó folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.<sup>4</sup> Az elterelés intézménye az utóbbi időben jelentős változásokon ment keresztül. Az 1993-as szabályozáshoz képest az 1998-as Btk.-módosítás kizárólag a kábítószerfüggőkre korlátozta azon személyek körét, akiknek lehetőségük volt az elterelés intézményét választani. A 2003. évi II. törvény újra felkínálta azt minden egyéb elkövetőnek is, amennyiben az elkövetés tárgya csekély mennyiségű kábítószer. Mindezt azzal a megszorítással, hogy a fogyasztói típusú magatartások közül csak a termesztés, előállítás, megszerzés vagy tartás, míg a terjesztői típusúak közül az együttes fogyasztás során történő kínálás, illetve átadás elkövetője részesülhetett az elterelés kedvezményében.<sup>5</sup> Azonban az 54./2004. (XII. 13.) AB határozat jogbizonytalanságra való hivatkozással alkotmányellenesnek minősítette a kínálási oldali magatartások ilyen típusú mentesítését, így a jelenleg hatályos szabályozás szerint erre a továbbiakban nincs lehetőség.

Az elterelésre a Büntetőeljárásról szóló törvény (Be.) értelmében jelenleg akár nyomozati, akár ügyészi vagy bírósági szakaszban is sor kerülhet. Ha elterelésnek van helye, és azt a terhelt önként vállalja, az eljárást fel kell függeszteni, illetőleg a vádemelést egy évre el kell halasztani. Vádemelés elhalasztása esetén az ügyész pártfogói felügyeletet és az elterelésben való kötelező részvételt ír elő. Amennyiben a terhelt igazolja, hogy az előírtaknak megfelelően részt vett az elterelésben, az eljárást meg kell szüntetni. Problémás azonban az az eset, amikor a terhelttel kapcsolatban csak az elsőfokú bíróság ítélete állapítja meg, hogy nem bizonyítható rá a terjesztői magatartás. Ekkor ugyanis már nyilvánvalóan nincs lehetősége, hogy a Btk.-ban

<sup>4</sup> Az elterelés részletes szabályait a 26/2003. (V.16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelete szabályozza

<sup>5</sup> Mivel az a szakirodalom szerint nem is terjesztés, hanem „szociális kínálási cselekmény”

megkívánt határidőig, azaz pontosan az elsőfokú ítélet meghozataláig igazolja az elterelésben való részvételét.

A kábítószer függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás részletes szabályairól szóló 26/2003. (V.16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet (Rendelet) nincs összhangban a jelenleg hatályos Be. szabályozással. Miután az eljárási szabályok közé újra bekerült a nyomozati szakaszban történő elterelés lehetősége, a Rendelet 4.§ (6) bek. szerinti rendelkezése, mely szerint az elterelést végző szolgáltató a kliensre vonatkozó dokumentációban rögzíti az ügyben eljáró bíróság, ügyészség megnevezését és az ügyszámot, joghézagot eredményez, mivel a nyomozó hatóság által felfüggesztett nyomozás esetén ilyen nem áll rendelkezésre. Ezt a gyakorlatban a szolgáltatók úgy oldják meg, hogy az első gyanúsított kihallgatás jegyzőkönyvét, illetőleg a nyomozó hatóság által kiállított igazolást is elfogadják. Ennek kiadásáról létezik egy belső ORFK utasítás.

A jogalkalmazók szerint a legjelentősebb probléma az, hogy a *túlzottan bonyolult szabályozást* nem értik sem az elterelést végző szolgáltatók, sem az elterelésben részt vevő kliensek, de gyakran még az alsóbb rendőri szervek alkalmazottai sem.

A folyamatosan változó jogszabályokhoz gyakran nem léteznek az *egységes jogalkalmazást* segítő eszközök. Így például a közelmúltig problémát okozott annak a kérdésnek az eldöntése, hogy az adott elkövető esetében a már meg nem lévő, elfogyasztott kábítószer mennyiségét össze kell-e adni. A kérdést az 1/2007. Büntető jogegységi határozat rendezi. Eszerint kábítószerrel visszaélés megvalósulásakor természetes egységet csak az azonos törvényi tényállásba ütköző magatartások képeznek. E bűncselekmény tekintetében nem azonos, hanem külön-külön törvényi tényállás: a Btk. 282. §-a, 282/A. §-a, 282/B. § (1) bekezdése, 282/B. § (2) bekezdése, 282/C. § (1) bekezdése, 282/C. § (2) bekezdése. A természetes egységbe tartozó részselekmény esetében szükségszerű következmény a kábítószer-mennyiségek összegzése és a bűncselekmény minősítése szempontjából az összmennyiség az irányadó, s nincs jelentősége annak, hogy az összmennyiség egésze vagy egy része valamilyen módon már megsemmisült. A hatályos szabályozás ugyan a fogyasztást nem határozza meg elkövetési magatartásként, a kábítószer fogyasztása továbbra is büntetendő azáltal, hogy szükségképpen feltételezi valamely, a törvény által büntetendő elkövetési magatartás megvalósulását. Tehát akkor is összegezni kell az azonos vagy különböző kábítószernek a tiszta hatóanyag-tartalom alapulvételével kiszámított részmennyiségeit, ha az elkövető a természetes egységbe tartozó magatartásai kifejtései révén birtokába került kábítószerrel elfogyasztotta. Ha csak a kábítószer elfogyasztásának tényére van adat, akkor a mennyiség, illetve a részmennyiségek megállapítása a bizonyításra tartozik.

A jogegységi döntés kétségkívül hatást fog gyakorolni az ítélkezési gyakorlatra, egyebek mellett az elterelés igénybevehetőségére is lehet majd hatása. A büntetőjogi szabályozás kialakításakor figyelemmel kell lenni e szempontokra.

A bizottság tájékoztatót hallgatott meg a kábítószer-bűnözésre vonatkozó schengeni előkészületekről, valamint a Schengeni alap felhasználásáról. Az üléseken beszámolt a Rendőrség, valamint a Vám- és Pénzügyőrség a kábítószer-bűnözés elleni küzdelem helyzetéről. Megállapításra került, hogy továbbra is jelentős a Balkáni útvonal szerepe a kábítószer-csempészet tekintetében. A kábítószer-felderítési adatok jól szemléltetik, hogy a legnagyobb mennyiségben lefoglalt kábítószerfajta a marihuána.

### *IX. Költségvetési helyzetkép*

A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő hazai költségvetési helyzetet. Az illegális kábítószerrel való visszaélésből fakadó állami kiadások magyarországi becsült értékének meghatározását szolgáló első hazai vizsgálat a nemzetközi tapasztalatok alapján elsősorban a két legjelentősebb tételre, a büntető igazságszolgáltatásra és az egészségügyi kezelés költségadataira vonatkozott. A vizsgálat során a két ágazat közül arányaiban a büntető igazságszolgáltatásban mutatták ki a közkiadások jelentősebb hányadát. A bizottság megállapította, hogy a költségeloszlás értékelése további, részletes vizsgálatot igényel, ugyanakkor megállapítható, hogy egyes területeken aránytalanságok mutatkoznak a rendelkezésre álló források tekintetében.

Megállapításra került, hogy a kábítószer-probléma kezelésére szolgáló költségvetési előirányzatok a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca költségvetésében a 1999-től kezdve folyamatos növekvő tendenciát mutatnak 2004-ig. A 2006-os költségvetési év vonatkozásában az ICSSZEM fejezetében rendelkezésre álló összeg az előző évihez képest 23%-os növekedést mutat. Ez a forrás elsősorban az elmúlt években létrejött szolgáltatások működését és fejlesztését szolgálja, elsősorban pályázati úton történő felhasználás révén. 2002-2003. években jelentős EU-s források bevonására is nyílt lehetőség. (Eredeti előirányzatok: 2004-ben 1,796 milliárd Ft, 2005-ben 996 millió Ft, 2006-ban 1,208 milliárd Ft, 2007-ben 1,125 millió Ft)

2002. évben a kábítószerügyi koordinációért felelős miniszter az érintett tárcák helyzetfelmérése alapján tájékoztatta a Kormányt arról, hogy a Nemzeti Stratégia megvalósítása egyszeri 7 milliárd, majd ezt követően kb. évi 4 milliárd forintot igényelne. Ezzel összefüggésben 2003-ban a Nemzeti Stratégia megvalósítására közel 700 millió Ft-os központi különkeret állt rendelkezésre a koordinációért felelős tárcánál, mely fejlesztési forrás a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságon keresztül jutott el az érintett tárcákhoz, legsürgetőbb feladataik ellátására. 2004-ben és 2006-ban további fejlesztési forrás biztosítására nyílt lehetőség a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság döntésén keresztül.

A bizottsági munka során megállapításra került, hogy elsősorban a civil terület feladatellátásában további forráslehetőséget jelentenek a helyi és fővárosi önkormányzatok pénzügyi támogatásai, a Nemzeti Civil Alapprogram támogatási lehetőségei, valamint, hogy az elkövetkezendő években az Új Magyarország

Fejlesztési Terv fejlesztési erőforrásainak kedvezményezettje kell, hogy legyen a terület.

A gazdasági szféra mecénás jellegű bevonása a kábítószer-probléma kezelésének finanszírozásába ezidáig minimális szinten bizonyult sikeresnek.

A bizottság fontosnak tartja a költségvetési források hasznosulásának további áttekintését, különös tekintettel a bizottsági munka során nem tárgyalt egyéb területek, intézmények tekintetében, valamint fontosnak tartja javaslatok megfogalmazását a jövőbeni forrásarányok, hiányterületek meghatározása ügyében.

## *X. Összegzés*

A hatpárti konszenzussal létrehozott Nemzeti Stratégia rövid, közép és hosszú távú célkitűzései, valamint a hozzájuk rendelt tevékenységek szinte valamennyi területen fontos és meghatározó fejlesztéseket irányoztak elő. A stratégia megvalósításának első hat évéről elmondható, hogy bár a legtöbb területen jelentős előrelépések történtek, nem történt meg a stratégiában foglalt valamennyi célkitűzés időarányos megvalósítása.

Az epidemiológiai adatok és különösképpen hazánk helyzete európai uniós összehasonlításban azt jelzi, hogy a kábítószeres károsodás tekintetében egyre inkább hasonlítunk a legtöbb uniós országra. Megállapítható a hazai normál népesség (fiatalok és felnőttek) körében tapasztalható tendenciák vonatkozásában, hogy az illegális szereket valaha használók esetében a kipróbálásra egyre korábban, tehát már 16. életévüket megelőzően kerül sor az esetek mintegy harmadában. A kanabisz és az egyéb illegális szerek használata nem különül el olyan markánsan, mint ez más európai uniós országokban megfigyelhető. A folyamatos fogyasztók százalékos aránya a szereket valaha kipróbáltak körében az unió átlagával megegyező, vagy annál kissé magasabb.

A kábítószer-probléma állami és helyi szintű koordinációját biztosító állami intézményi struktúrák az elmúlt években létrejöttek és funkcionálnak. A feladatellátásban jelentős szerepet töltenek be a különböző társadalmi, egyházi szervezetek és intézmények. 2007-től a civil társadalom képviselői is részt vesznek a Kormány tanácsadó szervének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak a munkájában.

Az Európai Unió kábítószerügyi politikáját meghatározó Kábítószerügyi Stratégia 2005-2012. között, illetve az ehhez kapcsolódó kábítószerügyi Akcióterv 2005-2008. között rónak feladatot Magyarországra, melyek megvalósítása folyamatos. A kábítószer-használó személyek egészségügyi és szociális ellátásáról összességében megállapítható, hogy a kezelési lánc meglehetősen egyenetlen és több tekintetben hiányos. Általános tapasztalat, hogy bár az intézményi szolgáltatások palettája jelentősen bővült az elmúlt évtizedben, az intézményi formák a szociális munka, a rehabilitáció és a kezelés közötti kapcsolat gyengén fejlett. A további fejlődés hátráltatója - többek között -, hogy igen kevés a képzett szakember.

A prevencióval összességében elmondható, hogy a drogstratégiában megjelölt színtereken és a prevenciós üzenetek közvetítésére alkalmasnak ítélt valamennyi közvetítő tekintetében meghatározó jelentőségű fejlesztések indultak meg, de a fejlődés még mindig nem átható erejű. Igaz mindez annak ellenére, hogy a legjelentősebb állami fejlesztési források ezen a területen kerültek felhasználásra. A bizottsági ülés megállapította, hogy a közpénzek e területen való felhasználásában a prevencióra az összehasonlításban csak 10% jut, amit nem harmonizál a stratégiai céljainkkal. A jövőben a prevencióra nagyobb arányban kell összegeket átcsoportosítani.

Tekintve, hogy a kábítószer-használatra vonatkozó szabályozás módosulására várhatóan csak az új Btk. megalkotása során kerül sor, a bizottság a hatályos szabályozás tapasztalatairól, a munkafázisban lévő elképzelésekről, valamint a jogalkalmazás problémáiról hallgatott meg beszámolókat.

A bizottság tájékoztatót hallgatott meg a kábítószer-bűnözésre vonatkozó schengeni előkészületekről, valamint a schengeni alap felhasználásáról. Az üléseken beszámolt a Rendőrség, valamint a Vám- és Pénzügyőrség a kábítószer-bűnözés elleni küzdelem helyzetéről. Megállapításra került, hogy továbbra is jelentős a Balkáni útvonal szerepe a kábítószer-csempészet tekintetében. A legnagyobb mennyiségben lefoglalt kábítószerfajta a marihuána.

A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő hazai költségvetési helyzetet. A bizottság megállapította, hogy a Nemzeti Stratégiai program megvalósítására a jelenlegi és korábbi időszakokban sem állt rendelkezésre elégséges forrás. A közkiadások költségeloszlás értékelése további, részletes vizsgálatot igényel, ugyanakkor megállapítható, hogy egyes területeken aránytalanságok mutatkoznak a rendelkezésre álló források tekintetében. A bizottság további munkája során fontosnak tartja javaslatok megfogalmazását a jövőbeni forrásarányok, hiányterületek meghatározása ügyében.

## ***XI. Javaslatok***

**A Bizottság a Nemzeti drogstratégiában foglalt aktuális célfeladatok megvalósítását szolgáló feltételek biztosítása érdekében az alábbiakat javasolja:**

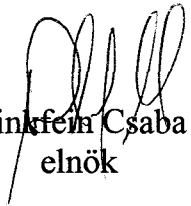
- Erősíteni kell a koordinációt a kábítószerügy államigazgatási, helyi önkormányzati szintű területein, valamint fejleszteni szükséges a civil együttműködés kereteit;
- Finanszírozás tekintetében szükséges a kábítószer-probléma kezelésére fordítandó költségvetési források szinten tartása;
- Valamennyi számottevő prevenciós szintéren fejleszteni kell a szolgáltatásokat, egységes szakmai követelmények meghatározásával meg kell oldani a prevenciós programok akkreditációját;
- Az iskolák egészségfejlesztési programjait működtetni és fejleszteni kell a helyi igényeknek és lehetőségeknek megfelelően;

- Szükség van a média hangsúlyosabb bevonására a szülőkre irányuló felvilágosító munkában;
- Biztosítani kell a drogbetegek komplex reintegrációját, reszocializációját megvalósító programok megfelelő számban és minőségben való rendelkezésre állását és finanszírozását;
- Képzéssel és intézményfejlesztéssel biztosítani kell a gyermekkorúak addiktológiai ellátását;
- Fejleszteni és működtetni kell a droghasználat szempontjából speciális célcsoportok szükségleteire reflektáló ellátási formákat, különös tekintettel a közösségi ellátásokra, valamint az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő programokra;
- Növelni szükséges a HIV és hepatitis megelőző programok számát, a szűrés és tanácsadás hozzáférhetőségét;
- A különböző ellátási elemek összehangolását biztosító integrált intézményi modellek létrehozása javasolt;
- Szakemberképzés fejlesztésére van szükség valamennyi ellátási területen;
- A büntetőjogi szabályozás kialakításakor figyelembe kell venni az „elterelés” intézményrendszerének szakmai tapasztalatait, különös tekintettel az 1/2007-es Büntető Jogegységi döntésre;
- A Nemzeti Stratégia értékelését az EU drogstratégia és akcióterv szempontjainak hazai érvényesülésének figyelembevételével el kell végezni.

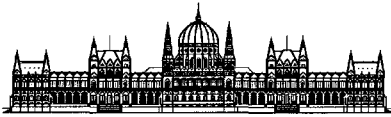
**A Bizottság további működése során az alábbi témakörök naprendre vételét tervezi:**

- A Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítése;
- Az értékelés és monitoring lehetőségei a Nemzeti Stratégia valamennyi pillérén;
- Az „elterelés” intézményének, működésének hatékonyságvizsgálata;
- A HIV, hepatitis szűrővizsgálatok országos helyzete, finanszírozási kérdései;
- Az egészségügyi ellátások (fekvő-, járóbeteg ellátás) helyzete az egészségügyi reform tükrében;
- A drogbetegek rehabilitációs intézményekben történő ellátásával kapcsolatos jogszabályi és finanszírozási kérdések, a terápiás szakmai irányelvek állapotának áttekintése;
- A hazai metadonprogramok tapasztalatai (beszámolók, statisztikák, protokollok helyzete), metadon alkalmazása büntetés-végrehajtási intézményekben;
- A tücsereprogramok hazai tapasztalatai;
- Az iskolai prevenció programok értékelése;
- A hazai drogepidemiológiai adatgyűjtés, a kutatások helyzete;
- Kábítószer-függő terhes nők és gyermekeik ellátásának helyzete;
- Aktuális európai uniós támogatások a kábítószer-probléma területén;
- A nemzetközi szervezetekben képviselt magyar állásfoglalások, koncepciók
- A kábítószer-probléma kezelésére szolgáló támogatási programok, a kábítószer-probléma kezelésére vonatkozó közkiadások vizsgálata

- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működése;
- Az internet alapú tájékoztatás helyzete és lehetőségei;
- A Nemzeti Stratégia megvalósításában résztvevő további intézmények civil szervezetek beszámolója.



Winkler Csaba  
elnök



**Az Országgyűlés  
Kábítószerügyi eseti bizottsága**

Országgyűlés Hivatala

Irományszám: J/4084

Érkezett: 2007 OKT 10.

**Bizottsági jelentés kezdeményezése**

**Dr. Szili Katalin asszony részére  
az Országgyűlés elnökének**

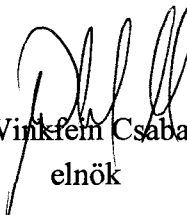
Helyben

***Tisztelt Elnök Asszony!***

Mellékelten - a Házsabály 89. § (2) bekezdése alapján - a Kábítószerügyi eseti bizottság benyújtja a **Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről** szóló jelentést.

Budapest, 2007. október 10.



  
Winkler Csaba  
elnök