



*Az Országgyűlés
Kábítószerügyi eseti bizottsága*

Országgyűlés Hivatala

Irományszám: 3/6554

Érkezett: 2008 OKT 15.

**Jelentés
a Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről
(2007. november - 2008. október)**

**Előadó: Winkfein Csaba
a bizottság elnöke**

Budapest, 2008. október

Tartalomjegyzék

<i>Bevezetés</i>	3
<i>A. Közösség és együttműködés</i>	3
1. <i>Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítéséről</i>	3
2. <i>A 2008. július-augusztusban történt túladagolások esetekről</i>	4
3. <i>Közkiadások, aktuális hazai és Európai Unió támogatások a kábítószer-probléma kezelésének területén</i>	4
4. <i>Jogszabályi helyzet a drogprobléma kezelésének területén</i>	5
5. <i>A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok feladatellátásáról</i>	6
6. <i>Új kutatási fejlemények, a hazai drogepidemiológiai adatgyűjtés helyzete</i>	6
7. <i>Migráció és a kábítószer-probléma</i>	7
<i>B. Kezelés, ellátás</i>	8
1. <i>Az egészségügyi ellátások (fekvő-, járóbeteg ellátás) helyzete</i>	8
2. <i>A drogbetegek rehabilitációs intézményekben történő ellátásával kapcsolatos jogszabályi és finanszírozási kérdések, terápiás, addiktológiai szakmai irányelvek helyzete</i>	9
3. <i>A hazai metadonprogramok helyzete és más helyettesítő kezelési lehetőségek áttekintése</i> .	10
4. <i>A túcsere-programok hazai helyzete, ártalomcsökkentéssel foglalkozó civil szervezetek beszámolóai alapján</i>	11
5. <i>A HIV, hepatitisz szűrővizsgálatok országos helyzete</i>	11
6. <i>A büntetés-végrehajtási intézetekben zajló megelőző, kezelő programokról</i>	13
<i>C. Prevenció</i>	13
1. <i>A prevenció szintereken zajló programokról</i>	13
2. <i>Az internetalapú tájékoztatás javítására vonatkozó javaslatok</i>	15
<i>D. Kínálatcsökkentés</i>	15
<i>A szervezett kábítószer-bűnüzés elleni fellépés a Schengeni Egyezmény előírásainak tükrében, a prekursorok és kábítószerek diverziója</i>	15
<i>Összegzés</i>	17

Bevezetés

Az Országgyűlés a 14/2007 (III.7.) OGY határozattal létrehozta a Kábítószerügyi eseti bizottságot (a továbbiakban: bizottság). A bizottság immár másodjára számol be a hivatkozott országgyűlési határozat 3. pontja alapján az Országgyűlésnek tevékenységéről. A bizottság tevékenységét a második jelentéstételi időszakra szóló munkaterv alapján folytatta. A bizottság 2007. november 14. és 2008. október 14. között tíz alkalommal ülésezett, továbbá jelentése összeállítása során két munkaértekezletet tartott. Egy alkalommal Budapesten, az Országos Toxikológiai Intézetben kihelyezett ülésre is sor került.

A bizottság alábbi jelentése bemutatja a 2007. november és 2008. október között tárgyalt napirendi kérdések tartalmi összefoglalását, illetve a tárgyalt témakörökkel kapcsolatban a bizottság képviselői és szakértői által megfogalmazott véleményeket, javaslatokat.

A jelentés szerkezete az Országgyűlés által elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében című program (96/2000. (XII. 11.) OGY határozat) célrendszerét alapul véve, a „Közösség és együttműködés”, a „Kezelés és ellátás”, a „Prevenció”, valamint a „Kínálatcsökkentés” tárgykörében csoportosítva mutatja be a bizottság adott időszakban folytatott tevékenységét.

A jelentés összeállításában részt vettek a Kábítószerügyi eseti bizottság szakértői is: dr. Rác József, Sárosi Péter, Szabadka Péter, Szomor Katalin, Victorné Erdős Eszter.

A. Közösség és együttműködés

1. Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítéséről

Az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozatot, mely első hazai drogstratégiai programként 2009. évi dátummal határoz meg célkitűzéseket. A bizottság 2008. szeptember 23-ai ülésén beszámolót hallgatott meg Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítéséről, illetve a hatályos stratégia átfogó értékelési mechanizmusáról.

A Bizottság elfogadta azt az alapvető célkitűzést, hogy egy olyan új drogstratégia megalkotása szükséges, mely tartalmazza a legjobb nemzetközi gyakorlatok által feltárt tudományosan megalapozott ismereteket. Megvalósítja a legprogresszívebb stratégia-fejlesztési gyakorlatokat. Megteremti a lehető legnagyobb társadalmi konszenzust és támogatottságot. A politika számára olyan megoldásokat biztosít, amelyek mellé odaállhat, szavazatával támogathatja azokat. Ezzel együtt jól körvonalazható, felismerhető, nagy támogatottságot teremtő és biztosító alapelvek mentén kialakított dokumentum, mely az államigazgatás számára is reális, kivitelezhető célokat, prioritásokat fogalmaz meg.

A hatályos drogstratégia 2008. őszén kezdődő értékelése egyrészt a magyar és az európai uniós drogstratégia közötti konzisztencia mértékének értékelésére, a Magyarország és a hazánkkal egy időben csatlakozó 10 ország helyzetének elemzésére, valamint a stratégiai célok dokumentumelemzésére (stratégia, akciótervek) fog kiterjedni, továbbá gyakorlati szinten a konkrét eredmények, programok, akciók, termékek, kiadványok és egyéb beavatkozások kerülnek értékelésre. A tervek szerint 2009 végén kerül az Országgyűlés elé az új stratégiai program anyaga.

A Kábítószerügyi eseti bizottság 2009. évi munkája során nyomon követi az értékelés folyamatát, melynek eredményeit a 2009 őszén elkészítendő jelentésben ismerteti.

2. A 2008. július-augusztusban történt túladagolások eseteiről

A bizottság 2008. szeptember 2-án rendkívüli – a munkatervében nem szereplő – ülést tartott, melyen tájékoztatót hallgatott meg a 2008. év július-augusztusában bekövetkezett kábítószer-túladagolások eseteiről, az érintett szaktárcák és külső szakértők részvételével. Miskolcon és Budapesten eddig nem tapasztalt módon, nagyon rövid időn belül 9 haláleset követte egymást, melyeknél a valószínűsíthető okosági tényező kábítószer-túladagolás volt.

Az ülésen ismertették a vizsgálatokban dolgozó szakemberek (rendőrség, orvostani szakértők) az aktuálisan feltárt tényeket. A bizottsági tárgyaláskor az eljárások és a vizsgálatok még nem zárultak le. A szociális tárca beszámolt arról, hogy a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság külön munkacsoportot hozott létre az esetek hátterének feltárása érdekében, valamint szakértői javaslatok kerültek összeállításra a hasonló esetek megelőzése céljából. Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium képviselője beszámolt arról, hogy a Kormány a büntetőjogi szabályozást összességében megfelelőnek tartja, nem látja indokoltnak annak megváltoztatását. A bizottsági ülés résztvevői egyetértettek abban, hogy a halálesetek megelőzhetőek, ennek érdekében leginkább a szenvedélybeteg-ellátórendszer (egészségügyi és szociális) fejlesztésére van szükség, annak érdekében, hogy a kliensek a számukra megfelelően differenciált ellátási formákba kerüljenek, illetve ameddig szükséges, ellátásban maradjanak, majd azt követően hangsúlyt kell fektetni társadalmi, szociális reintegrációjuk elősegítésére.

A Kábítószerügyi eseti bizottság a vizsgálatok lezárulása utáni átfogó szakmai értékelést követően ismét napirendre tűzi a túladagolások eseteiről a tényszerű tájékozódás érdekében.

3. Közkiadások, aktuális hazai és európai uniós támogatások a kábítószer-probléma kezelésének területén

A bizottság 2008. április 16-án tárgyalta a kábítószer-problémával összefüggő költségvetési kérdéseket. Vizsgálta a hazai források pályázati úton történő felhasználását, valamint tájékoztatót hallgatott meg az uniós szintű költségvetési elemzésekről. Az uniós módszertan elkülöníti a kábítószerrel összefüggő társadalmi költségeket és ezen belül a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásokat. A bizottsági ülésen ez utóbbival foglalkozó 2006-os, az Európai Unió Drogmonitorozási Központja (EMCDDA) által készített kutatás alapján megállapításra került, hogy a büntető igazságszolgáltatásra 2005-ben 7,1-8,3 milliárd forintot fordítottak, az egészségügyi és szociális ágazat összesen 2,4 milliárdot költhetett, ezen belül az egészségügyi ellátórendszer mintegy 2 milliárd forintot, és 460 millió forintot a szociális ellátórendszer. Ez összességében 9,6-10,78 milliárd forint kiadást jelent. Magyarország az összes költségvetési kiadásokon belül 0,11 százalékot fordított kábítószerrel összefüggő kiadásokra; ez a GDP arányában 0,05 százalék.

A bizottság tájékoztatót hallgatott meg az uniós támogatási lehetőségekkel kapcsolatban. Az Új Magyarország Fejlesztési terv keretében zajló TÁMOP „Gyermekek és Fiatalok integrációs programjai” keretében 2009-ben 490 millió Ft uniós forrás áll rendelkezésre prevenció jellegű programokra. Ezen kívül a szociális és egészségügyi ágazat forrásai is lehetőséget adnak bizonyos ellátások fejlesztéséhez.

A bizottság további – több évre, szélesebb körre is kiterjedő – adatok összegyűjtését tartja fontosnak a jövőben a közkiadásokkal kapcsolatban. Javasolja, hogy a kábítószer-problémával összefüggő közkiadásokból hosszabb távon az egészségügyi, szociális ellátások és a prevenció nagyobb arányban részesedjen a rendelkezésre álló forrásokból.

A bizottság a jövőben is nyomon követi és értékeli az uniós és hazai pályázati források felhasználásának módját, illetve javasolja a finanszírozási lehetőségekről való széleskörű tájékoztatást.

4. Jogszabályi helyzet a drogprobléma kezelésének területén

A bizottság 2008. szeptember 23-án tájékoztatót hallgatott meg a Kormány részéről a kábítószer-használatra vonatkozó büntetőjogi szabályozás aktuális helyzetéről. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) 282-283. §-ában szabályozott visszaélés kábítószerrel tényállását a büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2003. évi II. törvény szabályozta újra 2003. március 1-jei hatállyal. A szabályozás lényeges eleme, hogy a törvény differenciáltan, külön tényállásokban szabályozza a fogyasztói és a terjesztői típusú elkövetési magatartásokat, valamint a kábítószerfüggő személyek által elkövetett bűncselekményeket, emellett pedig egységes büntető tényállás védi a tizennyolcadik életévét be nem töltött személyeket a kábítószerrel és a kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyaggal, illetőleg szerrel való visszaéléssel szemben. A fogyasztást a törvény a kábítószer-tartás szankcionálásán keresztül rendeli büntetni alapesetben öt évig terjedő szabadságvesztéssel, de a csekély mennyiségre történő elkövetés csak vétséget jelent, és két évig terjedő szabadságvesztéssel fenyegetett.

A Btk. az általános fogyasztói típusú magatartásokhoz képest enyhébb szabályokat állapít meg a kábítószer természetére, előállítására, megszerzésére, tartására, országba behozatalára, kivitelére, ország területén történő átvitelére vonatkozóan, ha azt kábítószerfüggő személy követi el.

A törvény mindemellett lehetőséget biztosít arra, hogy a kábítószer-fogyasztó függő és nem függő személyek bizonyos feltételek mellett elterelésben részesülhessenek, azaz ha az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolják, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesültek, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vettek részt, nem büntethetőek kábítószerrel visszaélés miatt.

A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) 2006. július 1-jével hatályba lépett módosítása következtében lehetővé vált, hogy az eljáró hatóság már a nyomozati szakban figyelembe vegye az elterelésben való részvétel önkéntes vállalását. A hatályos rendelkezések értelmében tehát, ha a terhelt önként alávetette magát az előírt kezelésnek, a szolgáltatáson való részvételnek, nem csak a bíróság, hanem az ügyész vagy a nyomozó hatóság is megszüntetheti a folyamatban lévő eljárást.

A kábítószerrel való kereskedésre a törvény súlyosabb büntetést állapít meg: a büntetési tétel alapesetben kettőtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, de ha az elkövető jelentős mennyiségű kábítószerrel kereskedik, a szankció jóval szigorúbb, öt évtől tizenöt évig terjedő, vagy életfogytig tartó szabadságvesztés.

A fentiekben ismertetett szabályozás az igazságügyi és rendészeti tárca álláspontja szerint megfelelő differenciálást tesz lehetővé az egyes elkövetői magatartások között, ezért sem jog-, sem kriminálpolitikai indokból nem szükséges a kábítószerrel visszaéléshez kapcsolódó rendelkezések módosítása. Ezzel kapcsolatban az SZDSZ delegált szakértője ellenvéleményét fogalmazta meg.

A szabályozás megfelelő differenciálást tesz lehetővé. A végrehajtás hatékonyságának növelése érdekében a folyamatban résztvevők közötti további információk és kapcsolatok erősítésével lehet a stigmatizáció elkerülését segíteni.

Az igazságügyi tárca szerint a megoldást a probléma korai észlelését és kezelését lehetővé tevő információs és jelzőrendszer, valamint a mögötte álló intézményes ellátás fejlesztése, az oktatási-képzési rendszer hatékonyabbá tétele jelentené.

5. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok feladatellátásáról

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok jogi személyiséggel nem rendelkező, tanácsadó és egyeztető funkciót ellátó szakmai munkacsoportok.

- A helyi társadalom együttműködésének szinterei. A kapacitásokat, a közösség különböző szintjeit, szerveződéseit igyekeznek mozgósítani és párbeszédbe vonni a kábítószer használat megelőzése és visszaszorítása érdekében.
- Ez idáig összességében 101 KEF alakult. Ebből ma aktívan működik 89 - a főváros 2003-ban csatlakozott, jelenleg csupán három olyan kerület van Budapesten, ahol nem működik KEF -, tehát 1000 intézmény bizonyos tekintetben érintett ebben a koordinatív munkában
- 2008-ban 80 millió forint pályázati támogatási összeg áll rendelkezésre a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok támogatására.

A bizottság e témával foglalkozó, 2008. április 16-ai ülésén véleményként elhangzott, hogy a pályázati összegek meglehetősen korlátozottak, fontos lenne, hogy a KEF-ek kiszámíthatóbb támogatásokban részesüljenek a jövőben.

6. Új kutatási fejlemények, a hazai drogepidemiológiai adatgyűjtés helyzete

Magyarországon – összhangban az európai uniós gyakorlattal – a kábítószerhellyel kapcsolatos adatok összegyűjtését a REITOX-hálózat részét képező a 2004-ben megalakult Nemzeti Drogfókuszpont végzi (illetve a máshol folyó adatgyűjtéseket összegzi), a Kábítószereket és Kábítószerfüggőséget Megfigyelő Európai Központ (EMCDDA) irányelvei szerint, egyben az adatokat továbbítja az európai szervezet felé. A magyar és az európai intézmény éves jelentést ad a hazai, illetve ez európai uniós kábítószerhelyzetről. A magyar nemzeti jelentést a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság, majd a Kormány is megtárgyalja, ezt követően válik a jelentés publikussá. Az utóbbi években az adatgyűjtés területén több ponton – elsősorban az EMCDDA ún. kulcsindikátorai mentén – jelentős fejlesztések valósultak meg: bevezetésre került 2006-tól a Kezelési Igény Indikátor (Treatment Demand Indicator: TDI), ami a kezelt droghasználókról ad a korábbinál pontosabb és részletesebb képet a duplikációk kiszűrésével; a TDI alkalmas a betegutak nyomonkövetésére, így ellátásszervezésre, egészségpolitikai döntések megalapozására. A kábítószerfogyasztással összefüggő halálozás tekintetében egységes, internet-alapú protokoll került kidolgozásra. Sor került a problémás droghasználók számának – egészségügyi és rendőrségi adatokat felhasználó – matematikai úton történő becslésére, valamint a kábítószerhasználattal kapcsolatos közkiadások becslésére. Az Országos Epidemiológiai Központ 2006-tól évente végez surveillance-szerű felméréseket injekciós droghasználók között a fertőző betegségek kiszűrésére (HIV, hepatitisz B, C). Törekvés tapasztalható a kábítószeres befolyásoltság és a közlekedési balesetek közötti kapcsolat feltárására. Fontos feladat lenne egyes kockázati csoportokban folyamatosan nyomonkövetni a kábítószerhasználati szokások változását.

A kábítószer-problémákkal kapcsolatos állami koordinációs feladatokat ellátó tárca 2000-2007 között 104 kutatást támogatott, 195,6 mFt értékben. Jellemzők a kábítószerhasználattal, illetve a kábítószerhasználóval kapcsolatos társadalmi attitűdvizsgálatok, az epidemiológiai felmérések (országosak, helyiek és speciális csoportok körében), a prevencióval kapcsolatos tanulmányok, az addikciók pszichológiai okaival és következményeivel foglalkozó vizsgálatok. Ezt a képet színezi a kvalitatív módszertannal végzett kutatások, elsősorban a kezelésen kívüli droghasználókkal kapcsolatban.

A kutatások alapján a bizottság elé tárt helyzetkép szerint a felnőtt népesség körében az illegális szereket vizsgálva mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján a kannabisz-

származékok fogyasztása a legelterjedtebb. A prevalencia egy esetszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek, vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban (pl. azon személyek száma, akik az elmúlt év során fogyasztottak kannabiszt). Ezt követi az Ecstasy, az amfetamin és a hallucinogének használata. A korábbi években (2001 és 2003) készült vizsgálatokkal összehasonlítva, 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott, az éves prevalencia tekintetében pedig kedvező irányú elmozdulást figyeltek meg a felnőtt lakosságnál, a fiatalok körében pedig az életprevalencia értékek is mérsékelten csökkentek (bár utóbbi esetben évenkénti adatokkal csak Budapest esetében rendelkezünk). Az utóbbi években az injekciós heroinhasználók száma is csökkent, ezt a kezelésbe került drogbetegek adatai mutatják (OSAP és TDI adatok), ugyanakkor egyre komolyabb figyelmet igényel a kokain fogyasztása.

7. Migráció és a kábítószer-probléma

Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium 2008. május 14-én a kábítószer-bűnözési statisztikai adatokat ismertette. A beszámoló szerint a külföldi elkövetők (számuk 2003-2007 között évi 101-104 fő (kb. 5%) között mozgott, akik elsősorban német, román, francia, osztrák, szlovák, szerb, vietnami és ukrán állampolgárok) nem jelentettek nagyobb kockázatot az illegális kábítószer kereskedelemben, mint a magyar elkövetők (95%). A migrációval kapcsolatos intézkedések a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal hatáskörébe tartoznak: fogadják a menedékkérőket, elbírálják a kérelmet, szállást biztosítanak a befogadóállomásokon, elbírálják a vízumkérelmeket és tartózkodási engedélyeket és szükség szerint a kitoloncolást is ők szervezik. Az igazságügyi tárca fejezetén belül biztosított ezen feladatok végrehajtására 4,5 milliárd Ft költségvetési forrás áll rendelkezésre.

A civil szervezetek is fontos szerepet játszanak a migránsokkal való foglalkozásban (pl. Cordélia Alapítvány, Menedék Alapítvány, stb.) Az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium nem tartja szükségesnek a bevándorlóknál kötelező orvosi szűrővizsgálat elvégzését, mivel 2000-2004-ben az ÁNTSZ 135 ezer ilyen vizsgálata közül csupán 1 ezrelékben (130 eset) találtak behozott fertőző betegséget. A határon túli magyarok helyzetét könnyítették meg a korábban kötelező orvosi vizsgálatok eltörlésével, a menedékkérők szűrővizsgálatát azonban elvégzik ma is, mivel többnyire veszélyeztetett régiókból érkeznek. A belépésnek nem feltétele, hogy a bevándorló egészséges legyen, ha beteg, az EU-s befogadó országnak kell őt meggyógyítania. Az igazságügyi és rendészeti tárca képviselője jelezte, hogy nincs uniós migrációs stratégia, de törekvés van egy közös migrációs politika kialakítására.

A bizottság egy szakértője arról számolt be, hogy az ENSZ Nemzetközi Migrációs Hivatala (IOM) tanulmányt készített 6 európai országban (Magyarországban is) a migránsok egészségügyi helyzetéről, melyet a migránsok egészségi kockázataival és sebezhetőségével foglalkozó 2007. szeptemberi lisszaboni egészségügyi miniszteri konferencián mutattak be. A migránsok különösen sérülékeny csoport, jobban ki vannak téve a betegségeknek és drogfüggőség is könnyebben alakulhat ki a vándorlás során. A megelőzésnek körükben fontos szerepet kellene játszania, úgy a menekülttáborokban, mint beilleszkedésük során. A szakirányú orvosképzés és kutatás megkezdődött a Pécsi Tudományegyetemen. Rendkívül fontos lenne a folyamatosan érkező migránsok felvilágosítása, a kockázati csoportok egészségügyi szűrése. Egyelőre nincsenek hiteles, megbízható és európai szinten összehasonlítható statisztikai adatok a bevándorlók egészségügyi állapotáról. A HIV- és hepatitisz-fertőzöttség tekintetében korábban végzett kutatás szerint ezen fertőzések aránya szignifikánsan magasabb a menekültek körében a hazainál. 2005-ben egységes migrációs statisztikai rendszer létrehozását kezdték meg az EU-ban, valamint több szociális és egészségügyi kutatási projekt van folyamatban a migrációval kapcsolatban (IMISCOE, MEHO, EASA). A hetvenes évek óta drámaian lecsökkent a születésszám, maga után vonva az aktív korúak arányának csökkenését is, az ún. szabályozott migráció gazdasági

szükségszerűséggé vált Európában, ezért megindult a párbeszéd egy közös uniós migrációs politika kidolgozása érdekében. Az eddigi megállapítások szerint a bevándorlók beilleszkedését segíteni kell, nemzeti kapcsolattartó pontokat kell létrehozni, akciótervek, jogi, pénzügyi és operatív feltételek szükségesek az illegális bevándorlás, a külső határok és a kitoloncolás kérdéseinek tekintetében is. Európai uniós határozat szerint a tagállamokban a migránsok számára biztosítani kell az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Szakértői javaslatként elhangzott:

- *A bevándorlók ill. menedékkérők felvilágosítása, egészségnevelése.*
- *Körükben a kockázati csoportok egészségügyi szűrése, beleértve a drogfüggőket is.*
- *A kábítószer-stratégiába és akciótervekbe a bevándorlók és menekültek körében történő felvilágosítási, drogmegelőzési-, kezelési és ártalomcsökkentési megoldások biztosítását, illetve releváns adatgyűjtést is fontos lenne belefoglalni.*

B. Kezelés, ellátás

1. Az egészségügyi ellátások (fekvő-, járóbeteg ellátás) helyzete

A kábítószer-problémákkal küzdő betegek egészségügyi ellátására hivatott egészségügyi intézményrendszere jellemző, hogy a „kezelési lánc”, vagy a progresszív ellátást tükröző „kezelési piramis” egyes régiókban kiépült, azonban az ország legnagyobb részén a lánc egyes tagjai alulfejlettek, kapacitás- és finanszírozási problémákkal küzdenek. Az utóbbi években ezt a helyzetet a szakemberhiány is súlyosbította. Ideális esetben az addiktológiai gondozó, illetve a drogambulancia egy- egy területi egység addiktológiai ellátásának központja. Ez a szerveződés hatékonyabb, mint a kórházközpontú addiktológiai ellátás. Ennek megfelelően a drogbetegek közösségi szociális ellátása ideális esetben az addiktológiai gondozói hálózat köré épül, azzal integrálódik és nem párhuzamos struktúraként jelenik meg.

Az Egészségügyi Minisztérium, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2008. február 13-ai ülésen ismertetett álláspontja szerint az addiktológiai járóbetegellátásban nem történt változás, sem az ellátott betegek, illetve esetek számában, sem a finanszírozás összességének tekintetében. A finanszírozás belső szerkezete változott meg, ami az ellátókat differenciáltan érintette.

A bizottság ülésén a szakértők véleményüket a következőkben fogalmazták meg:

2007-ben az előző évhez képest jelentős csökkenés jelentkezett a kezelt drogbetegek számában: az összes beteg tekintetében 13%-kal, az elsőként kezelésbe került betegeknél pedig 29%-kal. A büntetőeljárás alternatívájaként („elterelés”) kezelték száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent.

A csökkenő betegszámok háttérében az egészségügyi kapacitás- és hozzáférés-szűkítés, illetve a finanszírozás átalakulása, az „elterelés” vonatkozásában a rendőrség felderítési-nyomozati munkájában bekövetkező változás állhat. A fekvőbetegellátás kapacitása a minisztériumi szakértők szerint is csökkent az elmúlt években: 2007-ben 22%-kal (az adat a pszichiátriai aktív fekvőbetegellátásra vonatkozik, ezen belül nem lehet elkülöníteni a drogbetegek ellátását szolgáló ágyakat), amit a minisztérium munkatársai a megváltozott kezelési protokolloknak tulajdonítottak (pl. gyógyszeres kezelések arányának növekedése). A detoxikálást igénylő eseteket – a sürgősségi esetek kivételével – a pszichiátriai osztályok végzik, annak ellenére, hogy a szakmai állásfoglalások a sürgősségi ellátást igénylő esetek között látják indokoltnak a betegek ellátást.

Előremutató tendencia, hogy a drogbetegeket a járóbetegellátás keretében fogadó, a legtöbb esetet ellátó drogambulanciák a közösségi szenvedélybetegellátás szolgáltatásait is integráltan, illetve intézményi hálózatokat kialakítva működtetik, a lakosságközelellátásokra helyezve a hangsúlyt. 2008-ra elkészültek a drogbetegellátás szakmai protokolljai.

Az első magyar komorbiditás vizsgálat (a drogbetegség mellett más pszichiátriai zavarok, betegségek jelenléte) is aláhúzza a drogbetegség egészségügyi kivizsgálásának és kezelésének fontosságát. Meg kell állítani azt a folyamatot, ami az egészségügyből a szociális ellátók felé csoportosítja át a drogbetegeket; illetve e két szektor szorosabb együttműködésére lenne szükség helyi és magasabb, koordinációs szinteken is.

A drogbetegség fekvőbetegellátási mutatóit nehéz megállapítani (a korábban említett nehézségen túl), mert a finanszírozás érdekében a drogbetegség más, kedvezőbb finanszírozású kódokat kapnak. Az Egészségügyi Minisztérium szakértői is egyetértettek abban, hogy a járóbetegellátás esetében az egyes beavatkozások alacsony pontértéke jelent problémát: a gondozók és szakrendelők számára meghatározott teljesítményt így nem tudják elérni. Szükséges lenne a beavatkozások körének bővítése: a korai kezelésbevitel érdekében elsősorban a preventív és a megkeresést szolgáló, illetve a hozzátartozókkal végzett munka vonatkozásában és a pontszámok emelését illetően. A szakértők szerint további változtatásokra is szükség lenne, a teljesítmény-alapú finanszírozást célszerű lenne átgondolni e speciális betegkörnél (a fix-díjas finanszírozás magasabb aránya irányában) és biztosítani a gondozók szervezeti és anyagi helyzetét. Ugyancsak az addiktológiai betegek speciális ellátási formái többféle diplomás szakember együttműködését igénylik, amit a finanszírozásban is meg kell jeleníteni.

2. A drogbetegség rehabilitációs intézményekben történő ellátásával kapcsolatos jogszabályi és finanszírozási kérdések, terápiás, addiktológiai szakmai irányelvek helyzete

A drogbetegség kezelésére 1987 óta működnek Magyarországon is bentlakásos terápiás közösségek, melyeket drogterápiás otthonoknak nevezünk. A terápiás közösség absztinenciaorientált kezelési filozófián alapszik. A terápia valójában egy 24 órás életvezetési tanácsadás, amely integrált módszertannal ad át önismereti, készség- és személyiségfejlesztési, pedagógiai, munkarehabilitációs modulokat értékfelmutató mini-társadalmi klímában.

A bizottságban szakértői véleményként elhangzott javaslatok:

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény életbe lépését követően 16 ágynövekedés jelentkezett. Ez két új szolgáltatónak a befogadását jelentette, azonban 15 ágy befogadása még várat magára.

A drogfogyasztás a pubertáskorú gyerekeknél viszonylag elég magas, mely ebben az életkorban különböző disszociális tünetegyüttesekkel együtt jelentkezik, és súlyos magatartási zavarok képében van jelen, melyek akár bűncselekményekben, akár különböző betegségekben is megnyilvánulnak, s ezeknek a gyerekeknek rendkívül nehéz gyermekpszichiátriát találni. Fontos lenne a gyermekpszichiátriai kapacitást úgy növelni, hogy droghasználó és magatartászavarokkal küzdő gyermekeket is fogadjanak.

A rehabilitációs otthonokban működtethető rehabilitációs foglalkoztatás felkészíti a gyógyuló drogbetegeket a munka világába való beilleszkedésbe. A foglalkoztatást alkalmassági vizsgálatnak kell megelőznie, melyben szakértőbizottság dönt arról, hogy ki az, aki munkarehabilitációs, és ki az, aki fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban vehet részt. Nehézséget okoz az alkalmassági vizsgálat lassúsága, hónapokig kell várni rá, ezen fontos

lenne változtatni, mivel változó kliensforgalom van, mire elintéződik, a szóban forgó kliens már ki is kerül a rendszerből.

Egyes szakértői javaslat szerint a finanszírozás tekintetében az 1,2-es szorzószámot a rehabilitációs otthonokban vissza kellene állítani az 1,4-es szorzóra, mert ezekben az intézményekben ténylegesen 24 órás, nagyon intenzív terápiás modalitásról van szó, amely más ellátásoknál nem tud úgy érvényesülni, mint ebben az ellátói körben.

A kezelés célja a drogfogyasztói viselkedés drogmentessé való átalakítása. Viszonylag sok adatot hallhattunk arról, hányan kerülnek kezelésbe, ugyanakkor nagyon kevés adatunk van arról, hogy mi a kimenetele a kezelésnek, milyen eredményes a kezelés Magyarországon. Jóval több kutatásra lenne szükség annak megállapítására, hogy a kezelés milyen hatással van a droghasználók életére.

A bizottsági ülésen elhangzott, hogy igen nagy nehézséget jelent, hogy a drogterápiás otthonokban gyógyuló drogbetegeknek számtalan járulékos betegségük és tünetük van a fogászati kezelésektől a hepatológiai és sebészeti beavatkozásokig. Mindezek olyan elhanyagolt betegségek, amelyek kezelésére szükség van a rehabilitálás érdekében. Amennyiben a kliensek szakrendelést vesznek igénybe, úgy ki kell őket jelenteni az intézményből az érintett napokra, holott mind az ágyat, mind az infrastruktúrát, étkezést, szakembereket igénybeveszik. Szükség volna jogszabály módosításra az addiktológiai betegek esetében.

Komoly probléma a szakemberképzés és a szakemberhiány. A bizottsági ülésen elhangzott az egészségügyi tárcától, hogy olyan differenciált rendszert szeretnének bevezetni, ahol kifejezetten a hiányszakmák választását ösztönöznék a rendszer, pl. a pszichiátriai-addiktológiai ellátás irányába mozduljanak el a fiatal szakemberek, és legyen itt tényleg megbízható, jó minőségű tudással rendelkező csoport.

3. A hazai metadonprogramok helyzete és más helyettesítő kezelési lehetőségek áttekintése

A opiát szubsztitúciós kezelés hazai helyzetéről a Nyíró Gyula Kórház addiktológus főorvosa tájékoztatta a bizottságot annak november 14. ülésén. Az Országos Addiktológiai Intézet által készített szakmai protokoll szerint a fenntartó metadonkezelés az opiátfüggők azon csoportjának szól, amely "nem nyitott az absztinenciát célzó terápiákra, nem akar vagy nem tud felhagyni az opiátok használatával". A programba való bekerülés feltétele: 18 éves kor, több éves igazolt opiát-függőség és sikertelen próbálkozás absztinenciát célzó kezeléssel. A szakirodalom szerint a fenntartó metadon terápia jelentős kedvező hatásokat gyakorol a függők ezen csoportjának neuro-fiziológiai állapotára, szociális működésére, és bizonyítottan csökkenti körükben a bűnelkövetések és fertőzések számát. A Demetrovics és munkatársai által végzett magyarországi vizsgálatok szintén alátámasztják a pozitív nemzetközi tapasztalatokat. A kezelésre szoruló problémás droghasználó népesség számát 10.000 körülire becsülte. Mind az EU, mind a nemzeti drogstratégia kiemeli a metadon szubsztitúciós terápia fontosságát, amelyet 2005-ben a WHO felvett a nélkülözhetetlen gyógyszerek listájára is. A Rácz és munkatársai által végzett 2005-06-os felmérés szerint azonban ez a legnehezebben hozzáférhető kezelési forma a budapesti intravénás droghasználók körében. Jelenleg 9 kezelési központ nyújt szubsztitúciós terápiát évente körülbelül 700-800 kliensnek, ennek éves költsége 21.000.000 Forint. A támogatási rendszer hiányosságai közé tartozik a relatíve alacsony OEP finanszírozás, ugyanis az ezen ellátási formáért járó támogatás a gyógyszer finanszírozására elegendő ugyan, de nem jut belőle a protokoll által megkövetelt, a kezelés sikerességéhez szükséges pszicho-szociális segítségnyújtásra. Az új kliensek száma a teljesítmény-volumen korlát miatt csak lassan bővül, a szakemberek és szakismeretek hiánya miatt jelenleg vannak olyan régiók, ahol a metadonkezelés a nemzeti drogstratégia előírásaival ellentétben még mindig nem elérhető. Problémának tartják a szolgáltatók azt is,

hogy a szubsztitúciós kezelés hiányzik a börtönökből, mivel a BVOP egy 2001-es határozata megtiltotta a metadon tárolását a büntetés-végrehajtási intézetekben. A Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján a metadonkezelésben részt vevő kliensek számára külön motivációs foglalkoztatásokat tartanak rehabilitációs otthonokban gyógyuló szenvedélybetegek részvételével. Az elégtelen finanszírozás miatt azonban a metadonkezelés mellett nyújtott pszicho-szociális segítség nem kielégítő.

Szakértői javaslatként hangzott el, hogy szükséges volna a metadon mellett más, kedvezőbb gyógyszeres profilú szerek bevezetése, illetve a finanszírozási rendszer felülvizsgálata.

Fejlesztésre van szükség a metadonprogramok tekintetében, miután a szakemberek és szakismeretek hiánya miatt jelenleg még vannak olyan régiók, ahol a metadonkezelés a nemzeti drogstratégia előírásaival ellentétben még mindig nem elérhető.

Szakértői javaslatként elhangzott, hogy a jövőben szükség van a metadonprogramok monitorozására.

4. A tüssere-programok hazai helyzete, ártalomcsökkentéssel foglalkozó civil szervezetek beszámolója alapján

A tüssere programok hazai helyzetéről 2008. május 14-én a Drogprevenció Alapítvány és a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia képviselői tájékoztatták a bizottságot. A hazai tüssere központok a steril injekciós felszerelés biztosítása mellett számos más szolgáltatást is nyújtanak a klienseknek: pszicho-szociális segítséget, a fertőző betegségekkel és biztonságosabb használattal kapcsolatos tanácsokat, beutalást méregtelenítő vagy rehabilitációs programokba, HIV és hepatitisz szűrést, alapvető orvosi ellátást, óvszert. A tüssere hatékonyságát az injekciós felszerelés megosztásának és így a fertőzések csökkentésének terén számos tudományos vizsgálat és nemzetközi ajánlás igazolja, így például az ENSZ WHO 2004-ben több mint 200 kutatás eredményeit áttekintve arra a következtetésre jutott, hogy a tüssere egyértelműen csökkenti a fertőzések számát, ugyanakkor nem jár komoly nemkívánatos hatásokkal (pl. a droghasználat növelése). 2006 és 2007 között 30%-kal nőtt a tüsserek forgalma, közel 213 ezer fecskendő adtak ki és 105 ezer fecskendőt hoztak vissza. Míg a HIV fertőzöttségi adatok az országban viszonylag kedvezőnek mondhatók, a hepatitisz C fertőzöttségről nem mondható el ugyanez: egy felmérés szerint például a VIII. kerület intravénás szerhasználói körében 70%-os a hepatitisz C fertőzöttség. A Kék Pont 2007-ben új tüssere központot nyitott a Kálvária téren, ahol már az első évben mintegy 1000 új kliens jelentkezett. 1999-ben létrejött egy megállapodás a BRFK és a budapesti tüssere programok között, amely szerint a rendőrség a klienskárttyával rendelkező tüssere klienseket nem igazoltatja a programok környékén, illetve nem kobjozza el tőlük a fecskendőiket. Az ülésen részt vevő civil szervezetek elmondták, hogy úgy tudják, hogy a Legfőbb Ügyészség 2005. május 24-én kelt levele szerint a tüssere "bűnpártolásnak" számít, így a jogbizonytalanság még mindig nem szűnt meg ezen a téren.

A Kormány képviselője azonban tájékoztatást adott arról, hogy a jogbizonytalan helyzet megszűnt, mert a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény és annak kapcsolódó 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelete szabályozta a tüssereprogramokban dolgozók jogi háttérét. A jelen felvetés miatt is fontos tehát ennek a kérdésnek a kommunikációja.

5. A HIV, hepatitisz szűrővizsgálatok országos helyzete

A bizottság többször is érintette ülésein az injektáló drogfogyasztók körében világszerte rohamosan terjedő HIV/AIDS és hepatitisz B és C fertőzések, valamint az antibiotikum-rezisztens tbc fertőzés problematikáját. Az ÁNTSZ Országos Epidemiológiai Központja

(OEK) a bizottság 2008. május 23-i ülésén beszámolt a regisztrált HIV/AIDS és hepatitis B és C adatokról, melyek nem teljes körűek. 2002-2006 között 6 fő intravénás kábítószer-fogyasztó HIV fertőzöttet regisztráltak, mindegyik importált eset. Az akut hepatitis B és C betegek statisztikájában 20 fő (3.1%), illetve 21 fő (13%) volt intravénás drogfogyasztó.

A HIV/AIDS vizsgálatokért felelős ÁNTSZ AIDS tanácsadó szolgálatánál a HIV és hepatitis C vizsgálat az intravénás kábítószer-fogyasztók számára az előző eseti bizottság javaslatára 2 éve már térítésmentes, azonban csak töredékük vette igénybe. A bizottság egyik szakértője többször szorgalmazta a kockázati csoport körében történő rendszeres HIV, hepatitis B és C valamint tbc szűrések elvégzését. Korábban az igen fontos szűrések elmaradtak. A drogfogyasztók körében szervezett tüdőszűrési kampányra máig nem került sor. Az injektló drogfogyasztók vizsgálatát a kilencvenes évek végétől jórészt a Szent László Kórház Immunológiai Laboratóriuma látta el (sentinel surveillance vizsgálat, fiatalok ezreinek HIV szűrése a Szigeten, kutatások a Dzsumbujban, és a túladagolt drogosok körében).

Az OEK 2006-ban és 2007-ben végezte el az első szűrést intravénás kábítószer-fogyasztók körében az EMCDDA felé való adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésére, az ellátó intézetek által ujjbegyből levett vérmintából. Az összesen 20 millió Ft-os, az egészségügyi tárcától támogatásával megvalósult projekt során 2006-ban 10 intézménytől kapott 300 vérmintát, illetve 2007-ben 15 intézménytől kapott 567 vérmintát vizsgálták meg. A vizsgálatban önkéntes, de nem anonim módon történt a részvétel, a fertőzötteknek bizonyult személyek kaptak felvilágosítást. Közöttük egyetlen HIV pozitív személyt sem találtak. Hepatitis C fertőzésen átesett 28.9%-t, illetve 25.7%, hepatitis B fertőzésen 1.3%-t, illetve 0.4%. A vizsgált személyek több mint fele már 10 évnél régebben használja a drogot intravénásan, utóbbiak körében 39% volt a HCV fertőzöttek aránya. Budapesti drogosok körében a HCV fertőzöttség (37%) duplája a vidékinek (18.4%). Dr. Gyarmathy Anna által NIDA támogatással végzett vizsgálat szerint Budapesten 38% hepatitis C, és 7% hepatitis B fertőzött volt az injektló drogfogyasztók körében. 8 éve végzett sentinel surveillance vizsgálat (László Kh.) még csak kb. 10% hepatitis C fertőzöttet talált országosan, 286 fő vizsgálata során. Azaz, a drogfogyasztók körében pár év alatt megháromszorozódott a hepatitis C fertőzöttek száma. Az ÁNTSZ az intravénás kábítószer-fogyasztókat a legjelentősebb rizikócsoportnak tartja, megállapította, hogy körükben jellemző az alacsony szintű tájékozottság és a fertőzések jórészt nem kerülnek felderítésre. A hepatitis C fertőzött drogfogyasztók immunológiai kezelése költséges, de hatásos (évi kb. 3,5 mFt/fő), elmaradása viszont idő előtti elhaláláshoz vezethet. A megfelelő kezelés megszervezése és támogatása a drogrehabilitációs otthonokban lévő fertőzöttek számára lehetővé válhat a jövőben.

A bizottságban szakértői véleményként elhangzott:

- *Javasolt az Egészségügyi Világszervezet által előírt Önkéntes Szűrési és Tanácsadási rendszer hazai bevezetésére;*
- *a hepatitis C fertőzött drogfogyasztók immunológiai kezelése feltételeinek megteremtése;*
- *a kábítószer-fogyasztók HIV/AIDS, hepatitis B és C szűrésére, valamint rendszeres tüdőszűrésére és az erre vonatkozó adatgyűjtésre az intravénás drogfogyasztók körében nagy hangsúlyt kell fektetni.*
- *mindezen feladatokat a következő Nemzeti Drogstratégiának és Cselekvési Tervnek is tartalmaznia kell.*

6. A büntetés-végrehajtási intézetekben zajló megelőző, kezelő programokról

A büntetés-végrehajtás irányítói már a 90-es évek első felében kidolgozták a maguk kábítószer elleni stratégiai tevékenységük tervezetét. E stratégia azokon a büntetés-végrehajtási speciális sajátosságokon alapszik, amik meghatározzák annak lehetőségeit. E szabályozási keretek, különösen a biztonság figyelembe vétele, jelentősen befolyásolják a módszerek alkalmazhatóságát (ártalomcsökkentő programok: Metadon, túcsere programok). A megvalósíthatóság másik feltétele a finanszírozhatóság. A forráshiány ezeket az intézményeket is jellemzi. Pályázati lehetőségek, illetve a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság révén átcsoportosított források nélkül az alapfeladatnak számító prevenciós programok működtetése nem tudna széles körben megvalósulni.

A megvalósuló prevenciós programok közül kiemelendők:

- Képzési programok a szakellátók és az elítéltek számára: konferenciák, felvilágosítás, tréningek.
- Egészségmegőrző, egészségfejlesztő programok, előadások.
- Drogmentes zónák, körletek, vagy cellák kialakítása. Jelenleg 19 drogmentes körlet létezik. Az e programokba kerülés feltétele az önkéntes részvétel a szűréseken, és a biológiai minták adásában. Így nagyobb lehetőség nyílik az egyéni, és közösségi terápiák alkalmazására.

Gyógyító, kezelő, ártalom csökkentő programok:

- A BVOP tájékoztatója szerint az elterelés intézményének a büntetés-végrehajtásban való alkalmazásában láthatólag nincs egységes gyakorlat, és ennek értelmezése is nehézséget okoz. Jelen van benne a gyógyító kezelés, prevenciós módszerek, kezelés egyéb fajtái. Az ártalomcsökkentő módszerek közül a speciális szabályozás miatt több nem használható (pl: túcsere-program), metadon is csak az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (IMEI), vagy a területileg illetékes drogambulancia beiktatásával lehetséges. Itt is főleg az egészségmegőrző, egészségfejlesztő és szűrőprogramok alkalmazása a hangsúlyos.
- Szűrőprogramok főleg a Hepatitis B, C, syphilis, valamint HIV fertőzésekre, továbbá a TBC szűrésekre irányulnak. Nehézséget jelent, hogy 2003-tól csak önkéntességi alapon lehet a szűrővizsgálatokat elvégezni. Ezért a szűrésen résztvevők aránya drasztikusan csökkent. Ez mindenképpen átgondolandó egy ilyen zárt helyen élő speciális populáció esetében. A TBC szűrések szinte teljes körűek.

Szakértői véleményként hangozott el a forráshiány, a jogi szabályozás problematikája, ugyanakkor az is, hogy az intézményrendszer igyekszik eleget tenni a szakmai követelményeknek.

C. Prevenció

1. A prevenciós színtereken zajló programokról

A nemzeti drogstratégia 12 prevenciós színteret (vagy közvetítőt) határoz meg: család, iskola, munkahely, szórakozóhely, rendőrségi bűnmegelőzés, gyermekvédelmi intézmények, honvédség, média, veszélyeztetett csoportok, információs társadalom, romákkal kapcsolatos megelőző programok, egyházi tevékenységek. Az Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2007-ben pályázatot írt ki az iskolán kívüli prevenciós programok feltérképezésére.

Az univerzális prevenciós programok elsősorban a közoktatási intézményekben működnek, a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca az oktatási minisztériummal közös, évenként meghirdetett pályázatai 120-150 ezer diákot érnek el; 2008-2009-ben az 5-11. évfolyamos diákok 30%-át érik, illetve fogják elérni.

2010-re kitűzött cél, hogy minden közoktatásban résztvevő 5-8. évfolyamos diák részesüljön drogprevencióban. Az iskolák pedagógiai programjának része kell, hogy legyen az egészségnevelési, egészségfejlesztési stratégia, és ennek keretében a szenvedélykeltő szerekkel kapcsolatos megelőzés is. Megfigyelhető egy elmozdulás az információt nyújtó programoktól a komplex egészségfejlesztési programok irányába, illetve az univerzális programok mellett több ún. célzott, célcsoport-specifikus és szintér specifikus program is megvalósult. Ezt a folyamatot azonban több irányból is támogatni kell: pedagógus-továbbképzéssel, a prevenció programok akkreditációjával és minőségbiztosításával (2009-re fel kell állnia a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottságnak). A cél egészséges életmódot folytató, kedvező életminőséggel és jövőképpel rendelkező generáció felnevelése. Az iskolai prevenció programok esetében három hullámban készültek kutatások: az elterjedtségükre, a programok felépítésére és fogadtatására, illetve a közvetett hatásukra vonatkozóan (a közvetlen hatás, a droghasználat változása módszertanilag és az időbeli tervezést tekintve bonyolult és eddig megoldhatatlan feladatnak bizonyult, nemcsak Magyarországon).

Az iskolai szintérhez köthető programok a „Háló-mozi” (szakemberek által vezetett interaktív drogprevenációs „osztályfőnöki óra” diákoknak és szakembereknek); Egyensúly (a Szakmai Középiskolásokért Kulturális Egyesület Közalapítvány programja rádióműsorok készítésével). Család, szabadidő, munkahely, szórakozóhelyek, gyermekvédelmi intézmények, veszélyeztetett csoportok körében a helyi közösségi résztvevők együttműködésén alapuló pályázati programokat írt ki 2007-ben az SZMM, továbbá támogatta a kortársképzést. Elsősorban a családokat és a 14-18 év közötti fiatalokat célozta meg a 2001 óta vándorkiállítászerűen működő „Köztes Átmenetek – a drogról” kiállítás, ami indulása óta több mint 40 városban mutatkozott be. 2007-ben is - hasonlóan a korábbi évekhez - az SZMM támogatta a Sziget fesztivál „Civil Faluját”. A média és az információs társadalom témakörében is kerültek meghirdetésre pályázatok: pl. „Szenvedélyek Napja”, a „Kábítószerellenes Világnaphoz” kapcsolódó rendezvények, informatikai és tartalmi szolgáltatások fejlesztése. A családi színtereket a bizottság szakértői is kiemelt fontosságúnak tartják, ezek a programok nemcsak közvetlen drogprevenációval, hanem a családi értékek megőrzésével is foglalkoznak. Célzott prevenció szintér a szabadidő világa, itt találkozunk olyan több éves gyakorlatokkal, mint a biztonságos szórakozóhely program vagy a bevásárlóközpontok csellengőit megcélzó programok. Lassú fejlődés figyelhető meg a munkahelyi prevencióval kapcsolatban: itt a Drogmentes Munkahely Program bővítésére van szükség. Ki kell dolgozni az egyes, veszélyeztetett társadalmi csoportokkal kapcsolatban, pl. hátrányos helyzetű, az iskolából kimaradó, munkanélküli, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló fiatalokat, más pszichoszociális okból veszélyeztetetteket, telepeken, telepszerű lakókörnyezetben élőket, valamint a hajléktalanokat célzó prevenció programok módszertanát. Ki kell dolgozni a szórakozók hazajutását megkönnyítő közlekedési szolgáltatások speciális minimumfeltételeit tartalmazó szakmai ajánlást. A Magyar Honvédségen, illetve a büntetés-végrehajtáson belül is működnek prevenció programok. A prevenció programok finanszírozásába a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca európai uniós támogatásokat is igyekszik bevonni. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet megteremtette annak a lehetőségét, hogy a prevenció programokról és megelőzést folytató szervezetekről a Szakmai Információs Portálján lehessen tájékozódni (www.ndi-szip.hu).

A bizottság a prevenciót kiemelt területként kezelte, és a prevenció szintereken működő prevenció programok kiterjesztését, nagyobb pénzügyi támogatását, monitorozását és hatásvizsgálatát tartja szükségesnek.

2. Az internetalapú tájékoztatás javítására vonatkozó javaslatok

A 2008. március 12-ei, drogprevencióval foglalkozó bizottsági ülésen a kábítószer-probléma területén dolgozó, informatikai kérdésekkel foglalkozó civil szervezetek előadóként is részt vettek. Az Északi Támpont Egyesület képviselői felhívták a figyelmet arra, hogy e téren alig van pályázati lehetőség, a projektek fenntarthatósága nem biztosított (pl. honlap-kezelés, dinamikus honlap, rendszeres frissítés). Az előadók arra is emlékeztettek, hogy a hazai drogprevenció civil szervezetek jó része nem közöl magáról adatokat az Interneten, alig vannak dinamikus honlapok, nem alkalmazzák a tájékoztatás során a Skype, MSN, YouTube megoldásokat, pedig a fiatalok ezeket használják. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet bemutatta az NDI-SZIP szakmai információs portált, annak céljait és hírlevelét, mely szakemberek számára nyújt rendszeres, tematikus információt. A portál – arculatának megújítására rövidesen sor kerül – működtetésére az NDI évi 7 mFt-ot fordít, létrehozására pedig 14 mFt-ot biztosított.

A bizottság egyik szakértője felvetette, hogy a kábítószerokról, azok tényleges hatásairól, veszélyeiről az utóbbi időben sem a fiatalok, sem a pedagógusok és szülők, sem a drogfüggők nem jutnak elegendő, és tudományos bizonyítékokon alapuló információhoz, ismeretterjesztő füzetek, broszúrák mostanában alig hozzáférhetőek. Az interneten sem található színvonalas tájékoztatás magyar nyelven. A fiatalok nagy része rendszeres internet-használó, azonban legfeljebb részinformációkhoz juthat hozzá, a szülők sem tudnak hol tájékozódni.

Szakértői észrevételek, javaslatok:

- *A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet feladatai között szerepeljen az NDI honlapján egy mindenki számára hozzáférhető tájékoztató oldal elkészítése és működtetése, melyen minden, hazánkban beszerezhető, visszaélésre használt kábítószerrel, pszichotrop anyaggal, szerves oldószerrel és azok hatásairól való - tudományos bizonyítékokon alapuló - információ (és képi anyag is) megtalálható, érthető, korrekt formában, és megelőzési üzenettel együtt.*
- *A tárca (SZMM) pályázati lehetőségeiben jelenítse meg az internetalapú tájékoztatás létrehozását, kiszélesítését és fenntartását (dinamikus honlapok létrehozása, karbantartása és frissítése, költségeinek biztosítása).*

D. Kínálatcsökkentés

A szervezett kábítószer-bűnözés elleni fellépés a Schengeni Egyezmény előírásainak tükrében, a prekursorok és kábítószeres diverziója

A kábítószer-bűnözés esetében a bűnügyek hatékony feldolgozása a Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet munkáját nem nélkülözheti. A intézet szakemberei bekapcsolódnak az Europol, Interpol, és más nemzetközi szervezetek által koordinált projektekbe is. Nemzetközi segítséget nyújtottak más országok kábítószerellenes tevékenységéhez. A laborhálózat kialakítása már 2002-ben, a tervezett Schengeni csatlakozás céljainak megfelelően elkezdődött. A frekvenciát területekre, a keleti és déli határokhoz közel, öt nagy városban került telepítésre. A csatlakozást a szervezet már felkészülten várta.

Magyarországon ma két fajta kábítószeres bűncselekményeket elkövető bűnszervezet különíthető el:

- a hagyományos bűnszervezet, amely nem elsődlegesen, és nem csak kábítószer-terjesztéssel foglalkozik, más típusú bűncselekményeket is elkövet.

- a speciális bűnszervezet: amely kábítószer típusú bűncselekményekre „szakosodott”.

Mindegyik típusra jellemző, hogy jól strukturáltak, több szintűek, és a hálózatot külföldiek tartják kézben (török, albán, nigériai). Külföldi kapcsolatokkal rendelkeznek. Fellazult a Budapest centrikusság, és a szintetikus drogok terjesztésébe a vidéki nagyvárosok bűnszervezetei is bekapcsolódnak.

A Schengeni határnyitás lehetővé tett a kábítószerfutárok, „árúk” szabad áramlását. Ezért a mélységi felderítéseknek, a szervezetek, országok közötti információ-cserének, együttműködésnek nagy a szerepe. A hatékony prevenciót jelenti e téren, hogy már a tettenérés a kiinduló helyen, vagy a tranzit útvonalon megtörténjen. A kábítószer szállítmány célba érése a kínálat növekedésében, ár csökkenésében, a túladagolások számának növekedésében, a bűnözői csoportok megerősödésében ölt testet.

E feladatok megkövetelték a nyomozati szervek átalakítását, egységes szervezet létrehozását.

Az eddigi két főosztály helyett egy jött létre, két alosztállyal. (Szintetikus és heroin kereskedelem elleni alosztályok). A kokain hazánkat is érintő nemzetközi kereskedelme emelkedést mutat, ezért a szakirányú bővítés szükségessé válik.

A szintetikus drogok terjedésében a prekursorokkal (az illegális kábítószer előállításához használt kémiai előanyagok) való kereskedelem ellenőrzése elengedhetetlen. Ezt az ellenőrzési feladatot a Magyar Kereskedelmi és Ellenőrzési Hivatal látja el.

A védelmi vonalban főként a gazdaság szereplői állnak. Elsősorban az értékesítési tevékenység követendő nyomon, és fontos a gazdasági szereplők hatóságokkal való együttműködése. Ezt segíti az Európai Bizottság „Iránymutatás” című brossúrája. E területet az Európai Unió, mint maga is jelentős prekursor termelő, egységesen szabályozza, ennek érdekében az Unió 2005-ben egy új szabályozási rendszert léptetett hatályba (273/2004/EK rendelet a prekursorokról, 111/2005/EK rendelet a harmadik ország felé való értékesítés, 1277/2005/EK rendelet a nyomon követés végrehajtási szabályairól). A szabályozás célja, hogy egyértelműbbé, egyszerűbbé tegye a közösségi szabályokat, és közvetlenül, egy időben hatályosuló rendelkezések szülessenek. Az ellenőrzések az adatok, nyilvántartások bekérése útján, illetve a forgalmazóknál, felhasználóknál végzett helyszíni ellenőrzésekkel valósul meg, együttműködésben a Vám- és Pénzügyőrséggel, rendőrséggel, Nemzetbiztonsági Hivatallal.

Összegzés

A Kábítószerügyi eseti bizottság folytatta 2007-ben megkezdett tevékenységét a hazai kábítószer-probléma intézményi hátterének, illetve a hazai drogstratégia megvalósítási folyamata áttekintésének vonatkozásában.

Az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozatot, mely első hazai drogstratégiai programként 2009. évi dátummal határoz meg célkitűzéseket. A bizottság beszámolót hallgatott meg Magyarország 2010-től érvényes drogstratégiájának előkészítéséről, illetve a hatályos stratégia átfogó értékelési mechanizmusáról. A bizottság rendkívüli ülést tartott, melyen tájékoztatót hallgatott meg a 2008. év július-augusztusában bekövetkezett kábítószer-túladagolós esetekről. A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások alakulását, az aktuális hazai és európai uniós támogatásokat. Beszámoló hallgatott meg a Kormány részéről a kábítószer-használattal kapcsolatos büntetőjogi kérdésekre vonatkozóan, valamint a kínálatcsökkentési intézkedésekkel kapcsolatban. A bizottság a prevenciót kiemelt területként kezelte. Napirendre került a drogbeteg-ellátórendszer helyzete, a metadon és tücsereprogramok, a HIV és Hepatitis szűrővizsgálatok országos helyzete. Foglalkozott a bizottság a hazai adatgyűjtés helyzetével, az új kutatási eredményekkel. Áttekintette a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok helyzetét, a kábítószer-probléma és a migráció összefüggéseit, a büntetésvégrehatási intézetekben működő programokat, valamint az internetalapú tájékoztatás lehetőségeit.

A bizottsági üléseken az alábbi képviselői és szakértői megállapítások, illetve javaslatok fogalmazódtak meg:

A Kábítószerügyi eseti bizottság 2009. évi munkája során nyomon követi a hatályos drogstratégia értékelési folyamatát, melynek eredményeit a 2009 őszén elkészítendő jelentésben ismerteti.

A Kábítószerügyi eseti bizottság a vizsgálatok lezárulása utáni átfogó szakmai értékelést követően ismét napirendre tűzi a túladagolós esetek témáját a tényszerű tájékozódás érdekében.

A bizottság további – több évre, szélesebb körre is kiterjedő – adatok összegyűjtését tartja fontosnak a jövőben a közkiadásokkal kapcsolatban. Javasolja, hogy a kábítószer-problémával összefüggő közkiadásokból hosszabb távon az egészségügyi, szociális ellátások és a prevenció nagyobb arányban részesedjen a rendelkezésre álló forrásokból. A bizottság a jövőben is nyomon követi és értékeli az uniós és hazai pályázati források felhasználásának módját, illetve javasolja a finanszírozási lehetőségekről való széleskörű tájékoztatást.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tekintetében a bizottságban véleményként elhangzott, hogy a pályázati összegek meglehetősen korlátozottak, fontos lenne, hogy a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok kiszámíthatóbb támogatásokban részesüljenek a jövőben.

A hazai népesség illegális szerfogyasztási adatait vizsgálva, a korábbi években készült vizsgálatokkal összehasonlítva, 2003 és 2007 között az életprevalencia érték nem változott, az éves prevalencia tekintetében pedig kedvező irányú elmozdulást figyeltek meg a felnőtt lakosságnál, a fiatalok körében pedig az életprevalencia értékek is mérsékelten csökkentek (bár utóbbi esetben évenkénti adatokkal csak Budapest esetében rendelkezünk).

A migrációs kérdések tekintetében szakértői javaslatként elhangzott a bevándorlók ill. menedékkérők felvilágosításának, egészségnevelésének kérdése. Körükben a kockázati

csoportok egészségügyi szűrését, beleértve a drogfüggőket is, valamint a bevándorlók és menekültek körében történő felvilágosítási, drogmegelőzési-, kezelési és ártalomcsökkentési megoldások biztosítását, illetve releváns adatgyűjtést is fontos lenne a kábítószer-stratégiába és akciótervekbe belefoglalni.

Az egészségügyi ellátórendszer áttekintése során az Egészségügyi Minisztérium, illetve az OEP álláspontja szerint az addiktológiai járóbetegellátásban nem történt változás, sem az ellátott betegek, illetve esetek számában, sem a finanszírozás összességének tekintetében. A finanszírozás belső szerkezete változott meg, ami az ellátókat differenciáltan érintette.

A bizottság ülésén a szakértők véleményüket a következőkben fogalmazták meg:

2007-ben az előző évhez képest jelentős csökkenés jelentkezett a kezelt drogbetegek számában: az összes beteg tekintetében 13%-kal, az elsőként kezelésbe került betegeknél pedig 29%-kal. A büntetőeljárás alternatívájaként („elterelés”) kezelték száma az eddigi stabil növekedés után 2007-ben mintegy 25%-kal csökkent.

A csökkenő betegszámok hátterében az egészségügyi kapacitás- és hozzáférés-szűkítés, illetve a finanszírozás átalakulása, az „elterelés” vonatkozásában a rendőrség felderítési-nyomozati munkájában bekövetkező változás állhat. A fekvőbetegellátás kapacitása is csökkent a minisztériumi szakértők szerint is, az elmúlt években: 2007-ben 22%-kal (az adat a pszichiátriai aktív fekvőbetegellátásra vonatkozik, ezen belül nem lehet elkülöníteni a drogbetegek ellátását szolgáló ágyakat), amit a minisztérium munkatársai a megváltozott kezelési protokolloknak tulajdonítottak (pl. gyógyszeres kezelése arányának növekedése). A detoxikálást igénylő eseteket – a sürgősségi esetek kivételével – a pszichiátriai osztályok végzik, annak ellenére, hogy a szakmai állásfoglalások a sürgősségi ellátást igénylő esetek között látják indokoltnak a betegek ellátást.

Előremutató tendencia, hogy a drogbetegeket a járóbetegellátás keretében fogadó, a legtöbb esetet ellátó drogambulanciák a közösségi szenvedélybetegellátás szolgáltatásait is integráltan, illetve intézményi hálózatokat kialakítva működtetik, a lakosságközeleli ellátásokra helyezve a hangsúlyt. 2008-ra elkészültek a drogbetegellátás szakmai protokolljai.

Az első magyar komorbiditás vizsgálat (a drogbetegség mellett más pszichiátriai zavarok, betegségek jelenléte) is aláhúzza a drogbetegek egészségügyi kivizsgálásának és kezelésének fontosságát. Meg kell állítani azt a folyamatot, ami az egészségügyből a szociális ellátók felé csoportosítja át a drogbetegeket; illetve e két szektor szorosabb együttműködésére lenne szükség helyi és magasabb, koordinációs szinteken is.

A drogbetegek fekvőbetegellátási mutatóit nehéz megállapítani (a korábban említett nehézségen túl), mert a finanszírozás érdekében a drogbetegek más, kedvezőbb finanszírozású kódokat kapnak. Az EÜM szakértői is egyetértettek abban, hogy a járóbetegellátás esetében az egyes beavatkozások alacsony pontértéke jelent problémát: a gondozók és szakrendelők számára meghatározott teljesítményt így nem tudják elérni. Szükséges lenne a beavatkozások körének bővítése: a korai kezelésbevétel érdekében elsősorban a preventív és a megkeresést szolgáló, illetve a hozzátartozókkal végzett munka vonatkozásában és a pontszámok emelését illetően. A szakértők szerint további változtatásokra is szükség lenne, a teljesítmény-alapú finanszírozást célszerű lenne átgondolni e speciális betegkörnél (a fix-díjas finanszírozás magasabb aránya irányában) és **biztosítani a gondozók szervezeti és anyagi helyzetét.** Ugyancsak az addiktológiai betegek speciális ellátási formái többféle diplomás szakember együttműködését igénylik, amit a finanszírozásban is meg kell jeleníteni

A drogbetegek rehabilitációs intézményekben történő ellátásával kapcsolatosan elhangzott szakértői javaslatok, vélemények: Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény életbe lépését követően 16 ágynövekedés jelentkezett. Ez két új szolgáltatónak a befogadását jelentette, azonban 15 ágy befogadása még várat magára.

A drogfogyasztás a pubertáskorú gyerekeknél viszonylag elég magas, mely ebben az életkorban különböző disszociális tünetegyüttesekkel együtt jelentkezik, és súlyos magatartási zavarok képében van jelen, melyek akár bűncselekményekben, akár különböző betegségekben is megnyilvánulnak, s ezeknek a gyerekeknek rendkívül nehéz gyermekpszichiátriát találni. Fontos lenne a gyermekpszichiátriai kapacitást úgy növelni, hogy droghasználó és magatartászavarokkal küzdő gyermekeket is fogadjanak.

A rehabilitációs otthonokban működtethető rehabilitációs foglalkoztatás felkészíti a gyógyuló drogbetegeket a munka világába való beilleszkedésbe. A foglalkoztatást alkalmassági vizsgálatnak kell megelőznie, melyben szakértőbizottság dönt arról, hogy ki az, aki munkarehabilitációs, és ki az, aki fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban vehet részt. Nehézséget okoz az alkalmassági vizsgálat lassúsága, melyre hónapokig kell várni. Ezen a helyzeten fontos lenne változtatni, mivel a változó kliensforgalom okán a vizsgálat elvégzésének idejére a szóban forgó kliens már ki is került a rendszerből.

Egyes szakértői javaslat szerint a finanszírozás tekintetében az 1,2-es szorzószámot a rehabilitációs otthonokban vissza kellene állítani az 1,4-es szorzóra, mert ezekben az intézményekben ténylegesen 24 órás, nagyon intenzív terápiás modalitásról van szó, amely más ellátásoknál nem tud úgy érvényesülni, mint ebben az ellátói körben.

*A kezelés célja a drogfogyasztói viselkedés drogmentessé való átalakítása. Viszonylag sok adatot hallhattunk arról, hányan kerülnek kezelésbe, ugyanakkor nagyon kevés adatunk van arról, hogy mi a kimenetele a kezelésnek, milyen eredményes a kezelés Magyarországon. Jóval több kutatásra lenne szükség annak megállapítására, hogy a kezelés milyen hatással van a droghasználók életére. A bizottsági ülésen elhangzott, hogy igen nagy nehézséget jelent, hogy a drogterápiás otthonokban gyógyuló drogbetegeknek számtalan járulékos betegségük és tünetük van a fogászati kezelésektől a hepatológiai és sebészeti beavatkozásokig. Mindezek elhanyagolt betegségek, amelyek kezelésére szükség van a rehabilitálás érdekében. Amennyiben a kliensek szakrendelést vesznek igénybe, úgy ki kell őket jelenteni az intézményből az érintett napokra, holott mind az ágyat, mind az infrastruktúrát, étkezést, szakembereket igénybeveszik. Szükség volna jogszabály módosításra az addiktológiai betegek esetében. **Komoly probléma a szakemberképzés és a szakemberhiány.** A bizottsági ülésen elhangzott az egészségügyi tárcától, hogy olyan differenciált rendszert szeretnének bevezetni, amely kifejezetten a hiányszakmák választását ösztönözné. Ennek eredményeként pl. a pszichiátriai-addiktológiai ellátás irányába mozdulnának el a fiatal szakemberek.*

A hazai metadonprogramok helyzetével kapcsolatban szakértői javaslatként hangzott el, hogy szükséges volna a metadon mellett más, kedvezőbb gyógyszeres profilú szerek bevezetése, illetve a finanszírozási rendszer felülvizsgálata.

Fejlesztésre van szükség a metadonprogramok tekintetében, miután a szakemberek és szakismeretek hiánya miatt jelenleg még vannak olyan régiók, ahol a metadonkezelés a nemzeti drogstratégia előírásaival ellentétben még mindig nem elérhető.

Szakértői javaslatként elhangzott, hogy a jövőben szükség van a metadonprogramok monitorozására.

A hazai tűcsere központok a steril injekciós felszerelés biztosítása mellett számos más szolgáltatást is nyújtanak a klienseknek: pszicho-szociális segítséget, a fertőző betegségekkel és a biztonságosabb használattal kapcsolatos tanácsokat, beutalást méregtelenítő vagy rehabilitációs programokba, HIV és hepatitis szűrést, alapvető orvosi ellátást, óvszert.

A HIV, hepatitis szűrővizsgálatok országos helyzetével kapcsolatban a bizottságban szakértői véleményként elhangzott, hogy javasolt az Egészségügyi Világszervezet által előírt Önkéntes Szűrési és Tanácsadási rendszer hazai bevezetése; a hepatitis C fertőzött drogfogyasztók immunológiai kezelése feltételeinek megteremtése; a kábítószer-fogyasztók HIV/AIDS, hepatitis B és C szűrésére, valamint rendszeres tüdőszűrésére és az erre vonatkozó adatgyűjtésre az intravénás drogfogyasztók körében nagy hangsúlyt kell fektetni. Mindezen feladatokat a következő Nemzeti Drogstratégiának és Cselekvési Tervnek is tartalmaznia kell.

A büntetés-végrehajtási intézetekben működnek kezelő, ártalomcsökkentő, szűrő programok. A prevenciós programok közül kiemelendők a képzési programok a szakellátók és az elítéltek számára, a különböző egészségmegőrző, egészségfejlesztő programok, előadások. Jelenleg 19 drogmentes körlet létezik. Szakértői megállapításként hangzott el, hogy hatékony feladatellátás feltételként fontos a programok finanszírozásának biztosítása a programok feltételeit biztosító jogi kérdések rendezése.

A bizottság a prevenciót kiemelt területként kezelte, és a prevenciós színtereken működő prevenciós programok kiterjesztését, nagyobb pénzügyi támogatását, monitorozását és hatásvizsgálatát tartja szükségesnek. 2010-re kitűzött cél, hogy minden közoktatásban résztvevő 5-8. évfolyamos diák részesüljön drogprevencióban. Az iskolák pedagógiai programjának része kell, hogy legyen az egészségnevelési, egészségfejlesztési stratégia, és ennek keretében a szenvedélyszerekkel kapcsolatos megelőzés is. Megfigyelhető egy elmozdulás az információt nyújtó programoktól a komplex egészségfejlesztési programok irányába, illetve az univerzális programok mellett több ún. célzott, célcsoport-specifikus és szintér specifikus program is megvalósult. Ezt a folyamatot azonban több irányból is támogatni kell: pedagógus-továbbképzéssel, a prevenciós programok akkreditációjával és minőségbiztosításával.

Az internetalapú tájékoztatás javítására vonatkozóan szakértői javaslatként megfogalmazódott, hogy a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) feladatai között szerepeljen az NDI honlapján egy mindenki számára hozzáférhető tájékoztató oldal elkészítése és működtetése, melyen minden, hazánkban beszerezhető, visszaélésre használt kábítószerrel, pszichotrop anyagról, szerves oldószerről és azok hatásairól szóló - tudományos bizonyítékokon alapuló - információ (és képi anyag is) megtalálható, érthető és korrekt formában megelőzési üzenettel együtt. A szociális tárca pályázati lehetőségekben jelenítse meg az internetalapú tájékoztatás létrehozását, kiszélesítését és fenntartását (dinamikus honlapok létrehozása, karbantartása és frissítése, költségeinek biztosítása).

Javasoljuk, hogy ahol lehet, a végrehajtásban minél előbb történjenek gyorsítások, egyszerűsítések, például a foglalkoztatásba való visszahelyezésben, az alkalmassági vizsgálat meggyorsításában, a nappali ellátások áttekintésében, elérésének egyszerűsítésében.



*Az Országgyűlés
Kábítószerügyi eseti bizottsága*

Bizottsági önálló indítvány kezdeményezése

***DR. SZILI KATALIN asszonynak,
az Országgyűlés elnökének***


Helyben

Tisztelt Elnök Asszony!

Mellékelten - a Házsabály 89. § (2) és (4) bekezdése alapján - a Kábítószerügyi eseti bizottság benyújtja a **Kábítószerügyi eseti bizottság tevékenységéről (2007. november – 2008. október)** szóló jelentést, valamint a **jelentés elfogadásáról** szóló határozati javaslatot.

Budapest, 2008. október ^{15.}...




Winkler Csaba
elnök