

MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYA

J/2027. számú

J E L E N T É S

**a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített
nemzeti stratégiai program megvalósulásáról,
az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról
(2003–2005. évek vonatkozásában)**

**Előadó: Kiss Péter
szociális és munkaügyi
miniszter**

Budapest, 2007. február

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról (2003–2005. évek vonatkozásában) szóló jelentés

1. A NEMZETI STRATÉGIA ÉS A HAZAI DROGPOLITIKA JOGI KERETEI, A STRATÉGIA MEGVALÓSÍTÁSÁNAK INTÉZMÉNYRENDSZERE

Jogi keretek

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program (a továbbiakban: Nemzeti Stratégia) megszületésekor (2000) hatályos jogszabályi környezet többszöri hatásvizsgálatának eredményei befolyásolták a döntéshozókat a szükséges jogpolitikai döntések meghozatalában. Ennek következtében a 2002. évi kormányváltást követően módosításra került a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállása. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: Btk.) visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállását érintő módosítása (módosította: a büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2003. évi II. törvény) 2003. március 1-jén lépett hatályba.

A 2003-as év legjelentősebb változása a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény esetén alkalmazható diverziós lehetőség törvényi szabályozásának módosítása volt. A Btk. 283. §-a szabályozza a kábítószer-fogyasztó büntetőeljárású utról való elterelhetőségét. A korábbi szabályozás csak a kábítószerfüggők esetén tekintette büntethetőséget megszüntető oknak a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen való hat hónapig tartó folyamatos részvételt. A 2003-as módosítás kiterjesztette az elterelhetők körét az összes kábítószer-fogyasztóra, nem szabta feltételként a függőséget. Az elterelés intézményében való részvétel feltétele, hogy a kábítószer-fogyasztó az első fokú ítélet meghozataláig legalább hat hónapig folyamatos kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesüljön, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vegyen részt.

A Btk. módosításával szükségessé vált az eljárási feltételek megteremtése is. A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 222. §-ának (2) bekezdése (hatályos 2003. július 1-től) értelmében a Btk. 283. §-ában meghatározott büntethetőséget megszüntető okból az eljárás megszüntetésének lehet helye, az ügyész a vádemelést egy évi időtartamra elhalaszthatja, amennyiben a kábítószer-élvező gyanúsított vállalja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt. Ha a fogyasztó okirattal igazolja ezeken való részvételét, azaz a vádemelés elhalasztásának tartama eredményesen telt el, az ügyész megszünteti az eljárást. A kábítószerrel visszaélés esetében az elterelést a törvényben meghatározott időszakon belül csak egy esetben lehet alkalmazni.

A törvénymódosítás nyomán egyértelművé vált a kábítószerrel való visszaélést megvalósító elkövetők közötti differenciálás. A törvény a fogyasztói típusú elkövetési magatartásoktól elkülönítve, önálló tényállásban, súlyosabb büntetési tétellel fenyegeti a terjesztői típusú

magatartásokat, továbbá külön szabályozás vonatkozik a kábítószerfüggő személyekre is. A törvény hatálybalépése óta egységes tényállás védi a tizennyolcadik életévét be nem töltött személyeket a kábítószerrel és a kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyaggal, illetve szerrel való visszaélésekkel szemben, és valamennyi elkövetési magatartás tekintetében bekerült új minősítő körülményként a bünszövetségben való elkövetés, amennyiben a bünszervezetben való elkövetés nem lenne megállapítható (Id. 2003. évi II. törvény 17-23. §).

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, a kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás részletes szabályait a 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet tartalmazza.

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programját az Országgyűlés a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal egyhangúlag fogadta el. A program egyik fő célja – az alkoholpolitikával szoros összhangban – a drogfogyasztás és az általa okozott egészségi és szociális ártalmak visszaszorítása és megelőzése. A megvalósítás fő irányai a prevenció és a kezelőhelyek fejlesztése, a társadalom érzékenyítése és a monitorozás rendszerének kiépítése.

Az Országgyűlés a 115/2003. (X. 28.) OGY határozattal elfogadta a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiáját, amely a (kábitószer-ellenes) Nemzeti Stratégiával szoros együttműködést feltételez és kíván kialakítani.

A Kormány az 1091/2003. (IX. 9.) Korm. határozatban felhívta az egészségügyi, szociális és családügyi minisztert, hogy a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ létrehozásáról és működéséről szóló kormányrendeletéről készítsen előterjesztést. A magyar Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ feladatainak ellátásával kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet alapján a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ 2004. január 1-jén megkezdte működését. A 2004. évben a hazai droghelyzetről szóló, az Európai Unió szakosított ügynökségének szóló jelentést már a Központ készítette, szerkesztette és terjesztette fel.

A kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet módosításáról szóló 56/2004. (III. 31.) Korm. rendelet módosította a különböző mákfajták szárított tokjában található kábítószernek minősülő ópium alkaloidok összes hatóanyag koncentrációjára vonatkozó szabályozást.

A vizsgálati időszakban került kihirdetésre a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott előállításához, gyártásához is használt vegyi anyagokkal végezhető egyes tevékenységek szabályozásáról szóló 272/2001. (XII. 21.) Korm. rendelet módosításáról rendelkező 87/2004. (IV. 20.) Korm. rendelet.

A kábítószeres és pszichotróp¹ anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet tartalmazza a vonatkozó engedélyek, engedélyezési eljárások szabályozását, a gyógyászati célú és a nem gyógyászati célú tevékenységi engedély kiadásával kapcsolatos szabályokat.

¹ Ez a megjelölés a hallucinogén, stimuláns, altató, nyugtató és antidepresszáns anyagok összefoglaló elnevezése.

Az alábbi közösségi rendeletek 2005. augusztus 18-i hatálybalépésével egyidejűleg kiadásra került a 159/2005. (VIII. 16.) Korm. rendelet a kábítószer-prekursorokkal kapcsolatos egyes hatósági eljárási szabályok, valamint a hatósági feladat- és hatáskörök megállapításáról, mely egyben a módosított 272/2001. (XII. 21.) Korm. rendeletet hatályon kívül helyezte:

- 273/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet a kábítószer-prekursorokról;
- 111/2005/EK európai tanácsi rendelet a kábítószer-prekursoroknak a Közösség és harmadik országok közötti kereskedelme nyomon követésére vonatkozó szabályok megállapításáról;
- 1277/2005/EK bizottsági rendelet a kábítószer-prekursorokról szóló 273/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendeletre, a kábítószer-prekursoroknak a Közösség és harmadik országok közötti kereskedelme nyomon követésére vonatkozó szabályok megállapításáról szóló 111/2005/EK európai tanácsi rendeletre vonatkozó végrehajtási szabályok megállapításáról.

A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokat az 1129/2004. (XI. 24.) Korm. határozat rögzíti. A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozatban szereplő kormányzati feladatok a megadott határidőre nem teljesültek maradéktalanul, ezért az 1129/2004. (XI. 24.) Korm. határozat – a Nemzeti Stratégia új cselekvési tervének meghatározásával egyidejűleg – azt hatályon kívül helyezte. Az új cselekvési program hatékony szakmai végrehajtása érdekében a Kormány a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság elnökét folyamatos koordinációval bízta meg, amelyben az Országos Bűnmegelőzési Bizottság elnöke támogatja, segíti.

A 2004-es év legjelentősebb jogszabályváltozást előidéző aktusa az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat volt. Az Alkotmánybíróság a Btk. több pontját alkotmányellenesnek találta:

1. Az Alkotmánybíróság a Btk. 282. §-ának (1) bekezdésében, 282/A. §-ának (1) bekezdésében, 282/B. §-ának (1) bekezdésében, 282/C. §-ának (1) és (2) bekezdésében, valamint 283/A. §-ának (1) bekezdésében a „hatósági engedély nélkül” szövegrészt, továbbá a Btk. 283/A. §-ának (1) bekezdésében a „hatósági engedéllyel nem rendelkezőnek” szövegrészt alkotmányellenesnek találta és azokat az AB határozat kihirdetése napjával megsemmisítette.

Az Alkotmánybíróság indokolása szerint a „hatósági engedély” fogalma jogbizonytalanságot eredményez.

2. Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy a Btk. 283. §-a (1) bekezdésének *b)*, *c)*, *d)* pontja, *e)* pontjának 2. alpontja és (2) bekezdése alkotmányellenes, ezért azokat az AB határozat kihirdetése napjával megsemmisítette.

Az indokolás szerint az „együttes fogyasztás” és ehhez kapcsolódóan a „használat alkalma” bizonytalan jogfogalmak. Mivel a bizonytalan jogfogalmak sértik az Alkotmány rendelkezéseit, a vonatkozó jogszabályrészeket az Alkotmánybíróság alkotmányellenességre hivatkozva megsemmisítette, és ezzel az elterelés jogintézményének alkalmazhatósága köréből kikerült a kínáló-átadó magatartás (hiszen maga a feltétel, az együttes fogyasztás is kikerült).

3. Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy a Btk.-nak a kábítószer fogalmát meghatározó rendelkezése [Btk. 286/A. § (2) bek.] alkotmányellenes, ezért azt 2005. május 31-ei hatállyal megsemmisítette.

4. Nemzetközi szerződésbe ütköző és alkotmányellenes helyzet keletkezett az Alkotmánybíróság véleménye szerint azáltal, hogy az Országgyűlés a Btk.-ban a kábítószerrel visszaélés egyes eseteivel kapcsolatban elmulasztotta a kiskorúak védelmét fokozottan garantáló, az 1991. évi LXIV. törvénnyel kihirdetett, a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény rendelkezéseit érvényre juttató szabályok megalkotását.

5. Az Alkotmánybíróság hivatalból eljárva megállapította, hogy az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztást idézett elő azzal, hogy a Btk. rendelkezéseivel összefüggésben nem alkotta meg azon szabályokat, amelyek a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző, gyógyító programok végrehajtásában közreműködők büntetőjogi felelősség alóli mentességének kérdéseit rendezik, ezért felhívta az Országgyűlést, hogy jogalkotói feladatának tegyen eleget.

6. Az Alkotmánybíróság az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztását állapította meg, miszerint az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény I-IV. listáinak, valamint az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény I-IV. listáinak eredeti és mindenkor hatályos szövegét törvényben nem hirdette ki. Az Alkotmánybíróság felhívta az Országgyűlést, hogy a listák szövegének kihirdetésével kapcsolatban jogalkotói feladatának tegyen eleget. (Az Országgyűlés ennek az egyes nemzetközi szerződések kihirdetéséről rendelkező jogszabályok, valamint a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról szóló 2005. évi XXX. törvény elfogadásával tett eleget.)

7. Az Alkotmánybíróság hivatalból eljárva megállapította, hogy alkotmányellenes helyzet keletkezett azáltal, hogy a jogalkotó elmulasztotta a Btk. 282-283/A. §-aiban foglalt elkövetési magatartások és az engedéllyel folytatható tevékenységeket megállapító jogszabályok összhangjának megteremtését, ezért felhívta az Országgyűlést, hogy e vonatkozásban jogalkotói feladatának tegyen eleget.

8. Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy alkotmányellenes helyzet keletkezett azáltal, hogy az Országgyűlés elmulasztotta azon rendelkezések megállapítását, amelyekből a Btk. 282–283A. §-ai alkalmazásakor a bűncselekmény elkövetési tárgya a jogbiztonság követelményét kielégítő módon meghatározható.

Az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat jelentős mértékben átalakította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit. Az Alkotmánybíróság indokolása is tartalmazza, de a törvény-előkészítés során is egyértelművé vált, hogy a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény és a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény hivatalos magyar fordítása hibás. A 2005. évi XXX. törvény tartalmazza a két egyezmény eredeti angol és új magyar nyelvű fordítását, valamint az egyezmények I-IV. jegyzékeit, a jegyzékekben foglalt kábítószeres, készítményes és pszichotróp anyagok hivatalos magyar elnevezésével együtt.

A kábítószer büntetőjogi fogalmát meghatározó értelmező rendelkezéseket a 2005. évi XXX. törvény pótolta (hatályos: 2005. június 1-től).

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2005. évi CLXXXI. törvény módosította az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvényt, amely mellékletének A) Jegyzékét kiegészítette az mCPP-vel (meta-klorofenilpiperazin). Így az mCPP a pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben, az 1971-ben aláírt egyezmény I. Jegyzékén szereplő

pszichotrop anyagokkal azonos elbírálás alá esik Magyarországon, azaz gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazható.

2005-ben az előző évhez képest a kábítószer-fogyasztásra és -terjesztésre vonatkozó büntetőjogi szabályozás területén igazán jelentős változások nem következtek be.

A megalkotásra került törvények és rendeletek elsősorban az intézményrendszer működtetését voltak hivatottak előmozdítani, illetve az 54/2004. (XII. 13.) AB határozatból fakadó kötelezettségek teljesítését szolgálták.

A 2005. évi CLXX. törvény alapján 2007. január 1-től a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé - a közösségi ellátások mellé - jogilag is bekerült az alacsonyküszöbű ellátás.

E módosítás egyben az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat megállapításaira is reagál. Az AB határozat 7. pontja megállapítja, hogy „az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztást idézett elő azzal, hogy a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény rendelkezéseivel összefüggésben nem alkotta meg azon szabályokat, amelyek a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző, gyógyító programok végrehajtásában közreműködők büntetőjogi felelősségének kérdéseit rendezik”.

A tüsszereprogramok és az abban résztvevők jogi helyzete a szociális törvény módosításával válik rendezetté 2007. január 1-jétől: a 65/A. § a közösségi ellátások körébe sorolja a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást, amely keretében a 30 000-nél több állandó lakossal rendelkező települési önkormányzatok kötelesek biztosítani a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, így a tüsszerét is.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

Intézmények

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (a továbbiakban: KKB) legfontosabb feladatai a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozásáról szóló 1039/1998. (III. 31.) Korm. határozat alapján a következők: a Nemzeti Stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. Ugyancsak a KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti Stratégia megvalósulásának értékeléséről. A KKB 2002. november 21-én a kormányzati struktúra átalakítását követően státútumát felülvizsgálta. Ennek eredményeképp született meg a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozásáról szóló 1039/1998. (III. 31.) Korm. határozat módosításáról szóló 1035/2003. (IV. 24.) Korm. határozat, amely módosította a KKB összetételét, így többek között az Országos Bűnmegelőzési Bizottság képviselője tanácskozási jogkörrel a KKB tagja lett.

A 2003. év bizottsági munkájának két legjelentősebb eredménye márciusban a Nemzeti Stratégia korábban meg nem valósuló elemeinek végrehajtásához a költségvetésben biztosított csaknem 700 millió Ft (2,8 M €) többletforrás elosztásáról szóló megállapodás, illetve a REITOX Nemzeti Drog Fókuszpont létrehozatala kapcsán a KKB-ra háruló feladatok kormányhatározatban történő rögzítése volt.

2004. évben a Kormány döntése a költségvetés egészére vonatkozó takarékosági intézkedésekről szükségszerűen érintette a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium fejezeti során megjelenő többletösszegeket, így a Nemzeti Stratégia megvalósítására szánt keretösszeget is. Ennek megfelelően szükségszerű volt a feladat megvalósításában részt vevő tárcák által benyújtott többletigényeknek – a tárgyévre meghatározott prioritási sorrendnek megfelelő – átstrukturálása. A Nemzeti Stratégiában foglalt feladatok megvalósítására a KKB 2004. január 12-én megtartott első munkaértekezletén összesen 196,8 millió Ft átadásáról született megegyezés. A Nemzeti Stratégia megvalósításának és hatásainak értékelése a MATRA Projekt keretében 2005-ben fejeződött be. Ez a kutatás egyedülálló és mindeddig nem alkalmazott módon egy külső értékelőt vont be a vizsgálatba, melynek eredményeképpen sor kerülhetett a Nemzeti Stratégia teljes körű, tudományosan megalapozott és független értékelésére.

A **Nemzeti Drogmegelőzési Intézet** 2001. február 1-jén alakult meg, fő feladata a prevenciós tevékenység professzionalizálásának elősegítése, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (a továbbiakban: KEF) tevékenységének támogatása, hézagpótló kutatások kezdeményezése. E feladatköréből adódóan vállalt a 2003. évben hangsúlyos szerepet a HU/02/IB/JH/01 számú PHARE projekt megvalósításában, mely elsősorban a KEF-ek intézményfejlesztési célkitűzéseit és szakmai továbbképzését volt hivatott szolgálni. A KEF-ek – melyek a Nemzeti Stratégia megvalósításának helyi kezdeményezői és koordinálói – száma 2005 végére elérte a 95-öt, döntő többségük a 20 ezer főnél nagyobb lélekszámú városokban, néhány megyében, budapesti kerületekben, valamint 1-1 kistérségben és régióban működtek. A KEF-ek tevékenysége érinti valamennyi a stratégiában megcélzott területet.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet a jelentési időszakban az alábbiakban részletezett feladatokhoz kapcsolódóan folytatta tevékenységét:

- módszertani tanácsadás – KEF,
- képzések,
- ellátás szervezése,
- publikációs tevékenység,
- nemzetközi projektek,
- SZIP – szakmai információs portál kialakítása és működtetése,
- tűcsere automaták felállítása,
- nemzeti kábítószer-ellenes filmarchívum kialakítása és működtetése,
- szakmai kommunikációs tevékenység.

A **Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (továbbiakban: Nemzeti Drog Fókuszpont)** 2004. január 1. óta a Magyarországon tapasztalt, kábítószer-fogyasztással kapcsolatos trendeket és fejleményeket összefoglaló rendszeres statisztikákkal, kvalitatív információkkal és éves országjelentésekkel járul hozzá ahhoz, hogy a Kormány teljes és valós mérőszámokkal, ismeretekkel rendelkezzen a hazai kábítószerhelyzet alakulásáról. Tevékenységének fontos részét alkotja a Nemzeti Stratégiával kapcsolatos adatgyűjtés, adatszolgáltatás rendszerének fejlesztése a nemzetközi elvárásoknak megfelelően.

Fontos megemlíteni, hogy a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozat 15. pontjában szerepelt az egészségügyi adatgyűjtési rendszer módosítása, melyhez a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ oly módon járult hozzá, hogy az Országos Addiktológiai Intézettel együttműködésben részt vett a Kezelési Igény Indikátor (TDI) rendszerének kidolgozásában

és annak kísérleti bevezetésében. Az új adatgyűjtési rendszer bevezetése lehetővé teszi a kábítószer-fogyasztók anonim nyilvántartását és követését az ellátórendszer különböző pontjain is, valamint az így nyilvántartott személyekkel kapcsolatos különleges adatok gyűjtésére is lehetőség nyílik. Az összegyűjtött információk alapján hatékony intézkedések tervezése válik lehetővé. A Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ rendeletben előírt feladata, hogy minden évben javaslatot nyújtson be az OSAP módosítására. A 2004-es adatgyűjtésre vonatkozó javaslatokat a benyújtás (május 3.) után elfogadták. Ennek következtében a magyar adatgyűjtési rendszer az európai uniós elvárásokhoz közeledett.

2005-ben a kábítószerügyi koordináció intézményrendszerében lényegi változás nem történt, a megváltozott kormányzati struktúrában is a szociálpolitikáért felelős tárca látta el a kormányzati szintű kábítószerügyi koordinációs feladatokat.

Társadalmi reakciók - viták

Míg a Nemzeti Stratégia elfogadása és megvalósításának szükségessége vonatkozásában nagyfokú konszenzus alakult ki, addig a Btk. kábítószerrel való visszaélés egyes tényállásai tekintetében, illetve a büntetőpolitikának a kábítószer-probléma kezelésében betöltött helye és szerepe kérdéskörében jelentős politikai és társadalmi vita bontakozott ki. A büntetőjogi rendelkezések módosítása nemcsak a parlamenti vita időszakában, hanem a köztársasági elnök által történt kihirdetés (2003. január 14.), valamint a 2003. március 1-jei hatálybalépéskor is társadalmi vitát generált. A szakmai szervezetek – egy kivételével – üdvözölték a tervezett büntetőpolitikai változásokat, számos társadalmi szervezet azonban elutasította azt.

Több nagy média-visszhangot kiváltó társadalmi vita is lezajlott a vizsgált időszakban. Egyrészt 2003. május 4-én a Kendermag Egyesület „Engedd szabadon a kender” címmel demonstrációt szervezett a kenderszármazékok dekriminalizálásáért. A magyarországi esemény része volt a „Million Marijuana March” nemzetközi rendezvénysorozatnak. Az esemény ellendemonstrációt hívott életre, melyen részt vett számos konzervatív társadalmi szervezet.

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 2003. évi LXI. törvénnyel történő módosítása vonatkozásában – többek között – a kábítószer-használton ért tanulók szüleinek tájékoztatása kérdése kapcsán erősödött fel a társadalmi vita. Az előterjesztés, majd az elfogadott törvény is jelentős mértékben korlátozta a szülők tanárokkal szembeni tájékoztatói jogát, és azt a tanuló írásbeli engedélyéhez kötötte.

2004. május 9-én a Kendermag Egyesület, ismét a „Million Marijuana March” nemzetközi kampánysorozat részeként „Engedd szabadon az embert” címmel demonstrációt szervezett. A demonstráció alkalmával az Egyesület petíciót nyújtott át az Országgyűlés elnökének, amelyben követeli:

- hogy a kábítószer-fogyasztókat ne lehessen börtönbüntetéssel sújtani (ne büntetőjogi eljárás keretében tárgyalják az illegális drogok birtoklását);
- a kemény és könnyű drogok differenciálását a törvényhozás során;
- a Kormány és szakértők bevonásával egy parlamenti eseti bizottság felállítását, amely javaslatot tesz a parlament számára a jelenlegi jogi szabályozás szükséges módosításáról.

A demonstrációt és a petíciót, amely nagy visszhangot keltett a médiában, a liberális társadalmi szervezetek támogatták, míg a konzervatívabbak egy ellenpetícióban fogalmazták meg egyet nem értésüket, a droggkérdéssel kapcsolatos álláspontjukat.

2005. március 23-án a fenti egyesület kampányt indított „Polgári engedelmességi mozgalom” elnevezéssel.

Általában elmondható, hogy az elmúlt években felerősödtek a kábítószer-használattal kapcsolatos büntetőjogi szabályozás körüli viták. A korábbinál aktívabban, erőteljesebben jelentek meg a legalizációs, dekriminalizációs törekvések, ami jelentős társadalmi, s különösen politikai jellegű vitát generált. A téma politikai átitatottsága egyelőre nem tette lehetővé, hogy a vita szakmai szintre legyen szűkíthető.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

2. DROGFOGYASZTÁS A HAZAI NÉPESSÉG KÖRÉBEN

A középiskolásokról rendelkezésre álló adatok alapján megállapítható, hogy Magyarországon a kilencvenes évtized második felében, az évtized elejéhez képest közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és/vagy az inhalánsok együttes életprevalencia² értéke [a 10. évfolyamon tanuló (16 éves) diákok összehasonlítható adatai alapján]. Több mint egynegyedével növekedett a visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke is. A visszaélésszerű gyógyszerhasználók körében a tiltott szerek és/vagy inhalánsok használatának aránya jelentősen emelkedett.

Európa más országaihoz hasonlóan, Magyarországon is egyre inkább a marihuána válik a legelterjedtebb droggá a fiatalok körében. A tiltott szerek közül a marihuána életprevalencia³ értéke a legmagasabb.

A fővárosban 1992 óta a 10. évfolyamos fiatalok körében azonos módszerrel folyamatosan végzett (ESPAD⁴) kutatások eredményeinek összevetéséből a következő változásokat figyelhetjük meg:

- A biztosan droghasználati célú fogyasztás (tiltott drogok és inhalánsok) összesített prevalencia értéke a kilencvenes évek első felében jellemző stagnálás után az évtized második felében hirtelen és igen drasztikusan emelkedett, majd az 1999-2000. években stagnált. Ez a stagnálás átmeneti jelenségnek mutatkozik a 2002-es, illetve a 2003-as adatok alapján. A 2003. évi fővárosi adatok arra utalnak, hogy a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékében bekövetkezett növekedés elsősorban a marihuána-fogyasztás növekedésének köszönhető.

- A fogyasztás elterjedtségének növekedését a fogyasztás intenzitásának növekedése kísérte. A kilencvenes évek második felében a fogyasztók között növekedett mind az alkalmi, mind a rendszeres használók aránya, majd 1999 és 2002 között a leginkább intenzív – életük során 40 vagy több alkalommal – használók arányának növekedése folytatódott. Az utóbbi egy évben e tekintetben nem tapasztalunk jelentős változásokat (Elekes és Paksi 2000, Paksi 2002, Elekes és Paksi 2003c).

A magyar fiatalok drogfogyasztási szokásairól 2003-ban az volt elmondható, hogy az általános és középiskolában tanuló fiatalok körében a kilencvenes évek közepétől kezdődően a tiltott szerfogyasztás határozott, bár eltérő intenzitású növekedést mutatott. Ugyanakkor a drogot próbáló, iskolában tanuló fiatalok többsége ma is elsősorban próbálkozó vagy alkalmi fogyasztó. Valamennyi kutatás a kannabisz-félék dominanciája mellett a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás elterjedtségét hangsúlyozza, különösen a lányok körében. A tiltott drogok kipróbálása egyre korábban kezdődik. A vizsgálatok szerint a tiltott szerek kipróbálási értékei az életkor előrehaladtával növekednek és a legnagyobb prevalencia értékeket a 18-24 éves korcsoportokban, illetve az egyetemi hallgatók körében találjuk. A felnőttek körében végzett kutatások adatai szintén a tiltott szerfogyasztás terjedését mutatják. A növekedés a felnőttek esetében is elsősorban a marihuána-fogyasztás terjedésének tudható be.

² Az életprevalencia egy esetszám, amely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban, pl. azon személyek száma, akik az elmúlt év során tiltott szereket fogyasztottak.

³ Az életprevalencia értéke itt az arányt mutatja, akik életük során fogyasztottak már valaha valamilyen drogot, jelen esetben marihuánát.

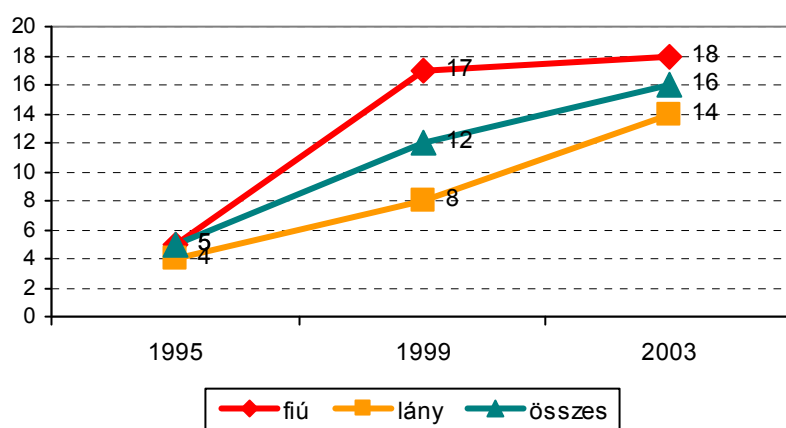
⁴ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Európai Iskolai Felmérés az Alkohorról és Egyéb Kábítószerekről

A tiltott szerekkel és fogyasztóikkal szembeni attitűdökre vonatkozó adatok változatlanul a magyar társadalom csekély tájékozottságát és erősen elítélő attitűdjét fejezik ki.

1995-ben a fiúk és lányok még hasonló prevalencia értékkel voltak jellemezhetőek. 1999-re a fiúknál jelentős növekedés következett, és a tiltott szerekkel próbálkozók aránya megháromszorozódott. A lányoknál is jelentős volt a növekedés, azonban az életprevalencia érték csupán megduplázódott. 1999 és 2003 között a fiúk esetében már alig történt változás, a lányoknál azonban a tiltott szerfogyasztás kipróbálásának további jelentős terjedése ment végbe.

Ez nemcsak azt jelenti, hogy *a lányok között a tiltott szert kipróbálók aránya ma már közelíti a fiúkon belüli arányt, hanem azt is, hogy az 1999 és 2003 között a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékben bekövetkezett növekedés szinte kizárólag a lányoknak köszönhető.*

A tiltott szerek életprevalencia értéke nemenként a 16 évesek körében (%)



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Az ESPAD adatok alapján a tiltott szerfogyasztás első kipróbálásának leggyakoribb életkora a 14-15 év fiúknál, lányoknál egyaránt. Ennél korábbi életkor a nagyobb életprevalencia értékeket mutató szerek esetében is alig fordul elő. Így a marihuána esetében a 14 éves kor előtt kipróbálók aránya 1,8%, az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásánál 2,0%, a nyugtatók esetében pedig 1,7%. *Az 1999. évi adatokkal összehasonlítva egyértelműen megállapíthatjuk, hogy az első fogyasztás életkora korábbra tevődött 2003-ban.*

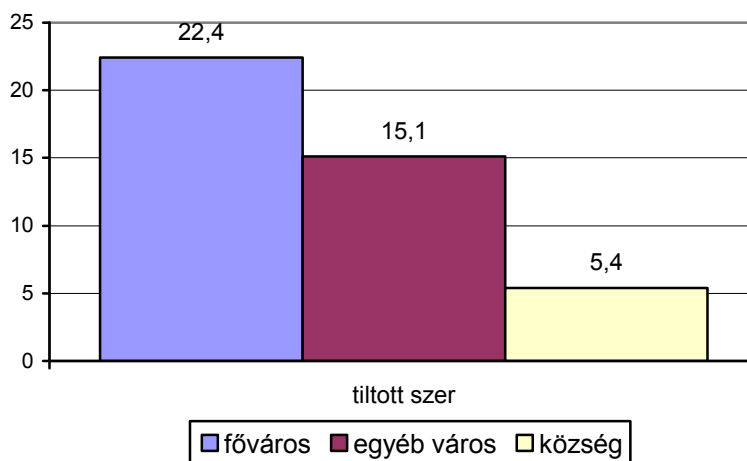
2003-ban az elsőként fogyasztott drog fiúknál és lányoknál egyértelműen a marihuána volt. A válaszoló fiúk 13,8%-a és a lányok 9,5%-a fogyasztotta ezt először (teljes minta 11,7%-a). A nyugtató 1999-ben is a második leggyakrabban említett elsőként fogyasztott drog volt a lányok között, míg azonban 1999-ben a nyugtatók említése alig maradt el a marihuánától, addig 2003-ban már több mint kétszer annyi lány említi a marihuánát elsőnek fogyasztott szerként, mint a nyugtatót.

Szignifikáns⁵ kapcsolatot találunk az iskolatípusonkénti életprevalencia értékekben. Az általános iskolában tanuló fiatalok között a legkisebb (10,0%), míg a szakiskolákban a legnagyobb (23,1%) a kipróbálási arány. Figyelemre méltó, hogy a két, érettségig adó iskolatípusban az életprevalencia érték közel azonos (gimnázium 14,1%, szakközépiskola 15,2%).

⁵ Statisztikailag még biztosan pontosnak tekinthető, hibahatáron belül lévő eredmény.

A korábbi évekhez hasonlóan a tiltott szerfogyasztás kipróbálása a fővárosban a legnagyobb arányú, ennél kisebb a többi városban. *A korábbi évek eredményeitől eltérően, amikor a községi iskolákban a tiltott szer életprevalencia értéke megközelítette a fővárosi arányt, 2003-ban a községi iskolákban találtuk a legalacsonyabb prevalencia értékeket.*

A tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia értéke településtípusonként



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

A korábbi középiskolások és felnőttek körében végzett kutatások eredményeihez hasonlóan kiemelkedően magas a kipróbálási arány az ország délnyugati részében (Baranya megyében), ahol az életprevalencia érték meghaladja a fővárosban regisztrált értéket.

A korábbi iskolavizsgálatok szignifikáns kapcsolatot mutattak a szülők iskolai végzettsége és a tiltott drog kipróbálása között, mégpedig oly módon, hogy a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei között volt a legnagyobb a tiltott szert kipróbálók aránya. 2003-ra ez a kapcsolat megszűnt, *sem az apa, sem pedig az anya iskolai végzettsége nincs szignifikáns kapcsolatban a tiltott szer kipróbálásával. Hasonlóképpen nincs hatással a drogfogyasztásra a család – a fiatalok szubjektív megítélése alapján mért – anyagi helyzete.* A korábbi kutatási eredményekkel összhangban változatlanul szignifikáns kapcsolat mutatható ki a család szerkezete, illetve a családban előforduló devianciák száma, valamint a tiltott szerfogyasztás kipróbálása között. Egyértelműen az ép családban élők között a legkisebb a tiltott szerek kipróbálása (13,3%), az összes többi családtípusban ennél magasabb. Figyelemre méltó, hogy míg korábban kiemelkedően magas kipróbálási arány jellemezte az édesszülő nélkül nevelkedőket, addig 2003-ban az édesszülő nélkül nevelkedők, illetve újrastrukturált családban nevelkedők között közel azonos kipróbálási arány figyelhető meg (26%, illetve 25,1%). Az egyszülős családban nevelkedőket is hasonló (25,1%) kipróbálási arány jellemez. Minél nagyobb a családon belül előforduló problémás viselkedések száma, annál nagyobb a tiltott szerek kipróbálásának valószínűsége. Különösen gyakori a tiltott szerfogyasztás kipróbálása azoknál a fiataloknál, akiknek a családjában szintén előfordul a kábítószer-fogyasztás. Szignifikáns szerepet játszik a tiltott szerek kipróbálásában a szülői kontroll, az iskolai hiányzások és különösen az idősebb testvérek tiltott szerfogyasztása. (Elekes 2005b)

Budapesti iskolavizsgálat, 2004

2004-ben a budapesti középiskolák felsőbb (11-12.) évfolyamán tanuló diákok⁶ körében is készült kutatás, amely a 2003. évi ESPAD kérdőívet és módszertani útmutatókat alkalmazta.⁷ (Elekes és Paksi 2004b)

A kutatás eredményei szerint a 11-12. évfolyamos középiskolások 47,5%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert⁸. A tiltott szerek, valamint inhalánsok és patron/lufizás együttes életprevalencia értéke 48,4%. A visszaélészerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke 29,1% volt. A vizsgált populációban a tiltott drogok éves prevalencia értéke 33,1%, havi prevalencia értéke 18,4% volt. Ezeket az adatokat összehasonlítva a 2003. évi ESPAD kutatás budapesti 9. évfolyamon tanuló diákokra⁹ vonatkozó prevalencia értékeivel megállapíthatjuk, hogy a 9. és 12. évfolyam között a tiltott szerek életprevalencia értéke közel kétszeresére (25,4%-ról 50,3%-ra) nőtt. A 11-12. évfolyamon tanuló, valamilyen tiltott szert már kipróbált diákok 16%-a 1-2 alkalommal, 32%-a 3-9 alkalommal, 52%-a pedig 10 vagy több alkalommal fogyasztott már valamilyen tiltott szert. *Összességében a 11-12. évfolyamosokra rendelkezésre álló prevalencia értékek arra utalnak, hogy a középiskola éve alatt a tiltott szert kipróbálók aránya jelentősen nő.*

Budapesti iskolavizsgálat, 2005

2005-ben az ESPAD kérdőív és módszertani útmutatók alapján készült kutatás (Elekes, Paksi 2005b) a budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. A vizsgálat eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. A kannabisz-származékok életprevalencia értéke 29,3%, az ecstasýé 9,3%, az amfetaminoké 6,9%, inhalánsok esetében 5,1%, az LSD-é 4%, a patron/lufi értéke pedig 4,8%. A többi szer életprevalenciája 4% alatti. Elterjedt az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (12,9%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása (7%). A tiltott drogok éves prevalencia értéke 22,6%, havi prevalenciája pedig 12,9%. Azaz, a valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók közel 75%-a az előző évben is, 40%-a pedig az elmúlt hónapban is fogyasztott valamilyen tiltott szert.

Egyetemistákra vonatkozó vizsgálatok

Az egyetemistákra vonatkozóan egy, a Pécsi Tudományegyetemen, 2003-ban végzett kutatás adatai alapján rendelkezünk információkkal. (FACT 2003)

A vizsgálat eredménye szerint a megkérdezett hallgatók több mint egyharmada (35,0%) fogyasztott már életében valamilyen kábítószer. Egyszeri kipróbálónak 23,0%, alkalmi fogyasztónak 6,3%, rendszeres fogyasztónak 1,0% vallotta magát. Az egyes egyetemi, főiskolai karokat vizsgálva a drogot soha nem próbálók aránya a műszaki főiskolán (56,3%) volt a legalacsonyabb, a jogi karon pedig a legmagasabb (79,0%).

A legnépszerűbb kábítószernek a kannabisz bizonyult: a megkérdezettek egyharmada (33,2%) fogyasztotta már egy vagy több alkalommal. A kannabiszt a nyugtatókkal való visszaélés követi a sorban, ennek fogyasztásáról a válaszadók egytizede számolt be. Mind a legális, mind az

⁶ A 11-12. évfolyamon tanuló diákok többségében 17-18 évesek.

⁷ A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette önkitöltős, osztályos lekérdezési módszerrel, kutatási asszisztensek közreműködésével, a fővárosi 11-12. évfolyamos középiskolások iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett mintáján. Bruttó mintanagyság 2000 fő, nettó mintanagyság 1571 fő.

⁸ Tiltott szerek között az alábbiak szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasý, LSD, mágikus gomba, GHB.

⁹ Többségében 15-16 évesek.

illegális kábítószeres használatának legjellemzőbb alkalmi a „bulizás”. Minél gyakrabban járnak a hallgatók szórakozni, annál nagyobb a tiltott drogok fogyasztásának esélye.

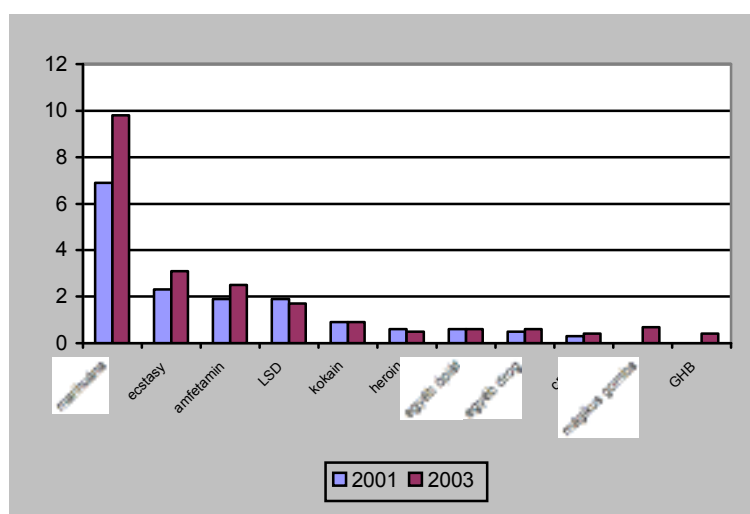
Az „Ifjúság 2004” kutatás tapasztalatai

Az „Ifjúság 2004” kutatás keretében 15-29 éves fiatalok 4000 fős országos reprezentatív mintáján készült kutatásban szintén feltettek kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kérdéseket (Bauer 2005, nem publikált)¹⁰. A kutatás eredményei szerint a 15-29 éves fiatalok 24%-a próbált már ki valamilyen kábítószerrel. Ez nagyjából közelíti a 2003. évi felnőttvizsgálat eredményeit, ahol a 18-24 éves korosztály 29%-a próbált már valamilyen tiltott szert. A szerkezet szintén hasonló a felnőttvizsgálat eredményeihez, domináns a marihuána kipróbálása (14%-os életprevalencia érték), ennél sokkal kevésbé elterjedt az amfetamin és az ecstasy (3%-os életprevalencia érték), ezt követi az LSD, az opiátok, a kokain, valamint a szervesoldószer-belélegzés 1%-os prevalencia értékkel. A kutatás eredményei azokat az adatokat támasztják alá, amelyek szerint egyrészt az iskolai végzettség emelkedésével, másrészt pedig a lakóhely nagyságával párhuzamosan nő a tiltott szerek kipróbálók aránya. A kutatás nemek közötti szignifikáns különbséget nem mutatott ki.

A felnőtt népesség körében végzett vizsgálatok

A felnőtt népesség körében (19-65 éves) az első, országos reprezentatív mintán végzett, és nemzetközileg összehasonlítható adatfelvétel 2001-ben készült. Ez a fontos vizsgálat 2003-ban megismétlésre került. A 2003. évi kutatás adatait összehasonlítva a 2001. évi adatfelvétel megfelelő korcsoportokra vonatkozó adataival egyértelműen a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének a növekedése állapítható meg, amely a 2001. évi 7,7%-ról 2003-ban 11,4%-ra emelkedett. Ez a növekedés elsősorban a marihuána életprevalencia értékének növekedéséből adódik (6,9%-ról 9,8%-ra).

A tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékének változása 2001 és 2003 között a 18-54 éves felnőtt népesség körében (%)



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

¹⁰ A kutatást a Mobilitás Kutatási Irodája készítette. A minta nem, korcsoport, terület és településtípus szerint reprezentatív. A kérdezetteket otthonukban keresték föl. A kérdőív kitöltése önkitöltős módszerrel készült.

A társadalom gondolkodása mind a drogfogyasztás megítélésében, mind a fogyasztás veszélyességével kapcsolatosan csak igen kismértékű differenciálódást mutat. A lakosság kilencven százaléka helyteleníti, közel háromnegyede erősen helyteleníti bármilyen tiltott drogfogyasztását.

Még más társadalmi elítélés alá eső csoportokkal összehasonlítva is a kábítószer-fogyasztók képezik a legkevésbé tolerált társadalmi csoportot Magyarországon. A felnőtt lakosság négyötöde negatívan viszonyul a kábítószeresekhez a szomszédsági viszony lehetőségének felmerülése esetén, s több mint fele egyértelműen ellenezné azt.

Talán éppen a nagyfokú veszélyészlelés és az erős lakossági félelmek miatt, a felnőtt népesség 85%-a úgy ítéli, hogy a társadalomnak „többet”, vagy „sokkal többet” kellene költeni a drogprobléma mérséklésére, megelőzve az epidémiájában jóval elterjedtebb alkoholizmus vonatkozásában kapott arányokat (75%). Azzal együtt, hogy a drogfüggőket a többség (62,3%) inkább betegnek tartja, a probléma mérséklését a lakosság elsősorban a büntetőjogi és büntető-igazságszolgáltatási intézkedésektől, csak másodsorban a megelőző beavatkozások növelésétől és a közösségi források mozgósításától várja.

2005-ben elsősorban regionális, illetve néhány speciális csoportra kiterjedő kutatás készült Magyarországon. 2005-ben országos adatfelvétel sem a fiatalok, sem pedig a felnőttek körében nem történt. Ugyanakkor önkormányzatok, kábítószerügyi egyeztető fórumok megbízásából több olyan kutatás készült, amely az ország valamely régiójában vagy városában élő fiatalok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi (városi, megyei, régiós) drogstratégia kialakításában – összhangban a nemzeti drogstratégia célkitűzéseivel. A kutatások többsége különböző módszertannal készült, azonban jelentős eredménynek számít, hogy célterületeiket tekintve egyre több összehasonlítható adatot tartalmaznak.

Kiemelendő továbbá a Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézetének a „Kábítószer-fogyasztási szokások felmérése az MH személyi állománya körében” című, speciális csoportra vonatkozó 2005. évi kutatása. Az 1000 fős mintára kiterjedő reprezentatív kutatás a személyi állomány drogkipróbálási és -fogyasztási mutatóit, valamint a drogokkal szembeni attitűdjét, szándékait és szokásait vizsgálta. Tanulmányozták továbbá az intézményi, a szocio-kulturális háttértényezőket, valamint a coping és a szubjektív jóllét területeit standardizált pszichológiai tesztek segítségével.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

3. PREVENCIÓ

A Nemzeti Stratégia egyik fontos pillére¹¹ a prevenciós tevékenységeket, illetve az érvényesítendő szakmai prioritásokat fogja össze. A Nemzeti Stratégia az általános célmeghatározásokon kívül azonosítja a prevenciós tevékenység leglényegesebb színtereit, célcsoportjait, továbbá annak szintjeit.

A Nemzeti Stratégia értelmében a prevenciós tevékenység célcsoportjai és színterei a következők: család, iskola, munkahely, szabadidő eltöltésének színterei, szórakozóhelyek, egyházak, média, információs társadalom, honvédség, gyermekvédelem intézményrendszere, rendőrség, kockázati csoportok/romák.

Az elkövetkező időszak fontos fejlesztési feladata a droprevenciós szakmai programok akkreditációs rendszerének kidolgozása. Ezáltal a programok rendszerszerű működése szabályozottabbá válik, mely hosszabb távon a szolgáltatások bővülése, színvonalasabbá tétele felé jelenthet jelentős elmozdulást.

A **családok** prevencióban betöltött szerepe kétségkívül a legjelentékenyebb, ugyanakkor az is tény, hogy a családok közvetlen elérése számos módszertani nehézséget vet fel. A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca több kezdeményezés támogatásával kívánta a fentiekben jelölt stratégiai cél elérését szolgáltni. Az ifjúsági tárca támogatásával például az Országos Gyermekvédő Liga a szülők kábítószer-problémával kapcsolatos tájékozódását elősegítő új információs telefonvonal üzemeltetését kezdte meg 2004. július 1-jétől.

Szülők elérése egyéb programokban

Egy kutatás alapján megállapítható, hogy a vizsgált prevenciós programok 63%-ában szerepel olyan programelem, amely valamilyen szinten bevonja a szülőket is. Ez sokszor csak néhány szóróanyagot jelent, illetve egy-két alkalomszerű szülői értekezletet. Nagyon kevés olyan helyszín van, ahol kimondottan a szülőket megcélzó prevenciós program működik. Legtöbb helyen az iskolákban próbálják elérni a szülőket fogadóórák és rendhagyó szülői értekezletek keretein belül. A válaszokban több helyen is említették, hogy különböző utcai rendezvényeken keresztül kívánják megcélolni a szülőket, illetve az egész családot. Ezek csak egy-két helyen voltak sikeresek. Sok helyen célzott kiadványokat is készítenek a szülők számára a kábítószeres fajtáiról, fogyasztásuk tüneteiről és a helyi segítő szervezetek elérhetőségeiről.

Összességében a magyar iskolák 91,7%-ában működött prevenciós/egészségfejlesztési program az elmúlt három tanév adatait számbavéve. Az **iskolai szinten** zajló prevenciós tevékenység támogatása elsősorban egy pályázati rendszer keretében valósul meg, mely két minisztérium, az ifjúságpolitikáért és az oktatásért felelős tárca szakmai együttműködésén alapszik. Ez a pályázati rendszer 2000 óta működik. A pályázaton részt vevő iskoláknak a Nemzeti Stratégiához illeszkedően el kell készíteniük a saját iskolai egészségnevelési és droprevenciós stratégiájukat.

¹¹ A Nemzeti Stratégia négy pillér mentén fogalmaz meg stratégiaileg meghatározó fontosságú feladatokat a 2000–2009-es időszak vonatkozásában. A Nemzeti Stratégia pillérei a következők: 1. Közösség és együttműködés, 2. Prevenció, 3. Kezelés-ellátás, 4. Kínálatcsökkentés.

A pályázat keretében 2003-ban 540 közoktatási intézmény, az intézmények 15%-a jutott támogatáshoz, ami összességében mintegy 190.000 diákot érintett.

A pályázat keretösszege 2004-ben 180 millió Ft volt. A 774 pályázó közül 322 iskola (közülük 213 olyan iskola volt, amely részt vett és nyert a korábbi pályázatokon is) részesült pályázati támogatásban. Ez azt jelenti, hogy a 11-18 éves populációból közel 130.000 diák vett részt prevenciók célú foglalkozásokon.

Az iskolában folyó prevenciók tevékenység támogatására 2004-ben a PHARE program részeként uniós forrásokat is sikerült bevonni. 37 nyertes pályázat alapján mintegy 840.404 euró támogatást kaptak az iskolai megelőző programok az ország különböző régióiban.

2005-ben a 708 pályázó közül 309 iskola részesült a 180 millió forint keretösszegű pályázati támogatásban, amiből közel 114.000 diáknak szerveztek prevenciók célú foglalkozásokat.¹²

2003-ban tovább folytatódott az a több éven átívelő kutatási projekt, melynek célja a prevenciók programok átfogó monitorozása és értékelése. A program keretében egy, az iskolai populációt megcélzó prevenciók programokra kiterjedő kataszter került összeállításra, mely megfelel az EDDRA (Európai Keresletcsökkentési Intervenciók Adatbázisa) adatgyűjtési szempontrendszerének. A 136 szervezet összesen 280 iskolai drogprevencióval foglalkozó programot működtet. A programok 60%-a közvetlenül a diákokkal, 40%-a pedig pedagógus- vagy kortársképzéssel foglalkozik. A 6-18 éves diákok közül évente körülbelül minden negyedik gyermek vesz részt valamilyen drogprevenciók programban.

Drogügyi koordinátor képzés

A 2002 óta folyó drogügyi koordinátor képzés a 2005-ös évben öt alkalommal került megrendezésre, összesen 460 pedagógus részvételével. A képzést elvégzőknek 2003 óta lehetősége van, hogy továbbképzésen vegyenek részt. A több mint 2000 drogügyi koordinátorból 449-en vettek részt a továbbképzésen a 2004/2005-ös tanévben.

A 30 órás képzések 4 napos bentlakásos tréning, míg a továbbképzések tanévenként 4 alkalommal, megyei hálózat formájában valósulnak meg.

A Zánkai Gyermek és Ifjúsági Centrum Oktatási Kht. az Oktatási Minisztériummal kötött megállapodásának megfelelően 2004 őszén és 2005 év elején Mentálhigiénés Alapképzés Pedagógusoknak (MAP) címmel szervezett 30 órás továbbképzést pedagógusoknak.

Az **iskolán kívül folyó**, de az ifjúsági (iskoláskorú) populációt megcélzó **prevenciók tevékenységek** elterjedtségéről és az érintett populáció nagyságáról nem rendelkezünk az iskolai keretek között folyó prevenciók aktivitásokhoz hasonló részletességű és megbízható adatokkal. Azonban az ilyen típusú tevékenységek közül – elsősorban országos hatóköre okán – néhány program külön említést érdemel. Ezen programok a **szabadidő-eltöltés és a média** színtér lehetőségeit is kihasználják.

- A „Szenvedélyek napja” rendezvénysorozat, amelynek során szakmai, civil szervezetek módszervásár jelleggel mutatják be tevékenységüket, párbeszédet kezdeményezve egymással és a lehetséges célcsoporttal, a kábítószer-probléma által valamilyen módon érintettekkel, fiatalokkal, felnőttekkel, szülőkkel stb.

¹² A Sulinova Kht. adatai alapján.

- Az ifjúsági tárca 2003-2005. között biztosította a budapesti középiskolás diákok és tanáraik részére szóló, ingyenes, Háló-mozi elnevezés alatt futó drogprevenációs szolgáltatást. A Háló-mozi program nemzetközi, pozitív tapasztalatokat alapul véve nyújt kábítószer-fogyasztást megelőző ismereteket egyedi, újszerű, fiatalokhoz közel álló, interaktív stílusban.
- „A Köztes Átmenetek - a drogról” címet viselő interaktív, utazó kiállítás, mely évek óta több hazai városban is bemutatásra került, elsősorban a 14 évnél idősebb fiatalok részvételére számítva, a család drogmegelőzésben betölthető elsődleges szerepére hívja fel a figyelmet. A programra látogatók témában történő eligazodását addiktológus szakember útmutatása segíti.

A kutatási adatok egyértelműen bizonyítják, hogy az ifjúság által látogatott szabadidő-eltöltési színterek: a zenés-táncos szórakozóhelyek, a nagy bevásárlóközpontok, valamint a Sziget Fesztivál látogatóinak illegális szerhasználata az átlag ifjúsági populációhoz képest magasabb értékekkel jellemezhető. Ez is indokolja, hogy ezeken a színtereken speciális preventív szolgáltatások álljanak rendelkezésre. A szabadidő színterét használó programok az elmúlt években jelentős növekedésen mentek keresztül, ugyanakkor elmondható, hogy a remélt hatékonyság eléréséhez szükséges „kritikus tömeget” még messze nem érték el.

A **munkahelyi preventív programok** elsősorban az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület keretei között folynak áttekinthető formában. Az Egyesület 1997 óta működik hazánkban az Egészségügyi Világszervezet ajánlásainak és útmutatásainak megfelelően. Az Egyesület tevékenysége elsősorban az integrált, holisztikus egészségfejlesztési megközelítés kritériumainak tesz eleget, s ezen belül foglalkozik a szerhasználathoz kapcsolódó preventív céltételezéssel. 2005-ben a Foglalkoztatási Hivatalban kidolgozásra került a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozók mozgósítása a káros alkohol- és kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program. A program célja, hogy mindenféle drogfogyasztás (kábitószer, alkohol, gyógyszerek) megelőzésébe és csökkentésbe olyan módon vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy ezeket a törekvéseket összekapcsolja a vállalatok hatékonyságának növelésével. A munkahelyi drogpolitika kialakítása érdekében a jövőben további fejlesztésekre, programokra van szükség, mely a drogprobléma kezelésével foglalkozó szakmai szervezetek és a munkabiztonsággal, munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek együttműködését igényli. A szükséges szakmai szabályozási folyamat során jogalkotási szempontok és feladatok végrehajtására is figyelemmel kell lenni.

A munkahelyi drogtesztek alkalmazása terén született 2005. évi adatvédelmi biztosi állásfoglalás szerint „munkahelyen drogteszt alkalmazását csak kifejezett – alkotmányos alapelveken alapuló – jogszabályi felhatalmazás tehet lehetővé, és nem a munkáltató önkényes választása vagy a kikényszerített hozzájárulás alapozza meg a munkavállaló jogait és privát szféráját korlátozó ellenőrzési eszköz alkalmazását, illetve bevezetését.”

A Nemzeti Stratégia a részletes célok között három alfejezetben fogalmaz meg célokat a táncos-zenés **szórakozóhelyeken** előforduló droghasználattal kapcsolatosan. Ezen célkitűzések megvalósulása szempontjából kiemelkedő fontossággal bír a *Biztonságos Szórakozóhelyek Program (BSZP)*. A BSZP előkészületei 1999-re nyúlnak vissza. 2001-től kezdődően minden évben pályázati támogatások tették lehetővé egyrészt az időközben megalakult Biztonságos Szórakozóhelyekért Egyesület működéséhez való hozzájárulást, másrészt egyéb, a zenés-táncos szórakozóhelyeken működő alacsonyküszöbű szolgáltatások tevékenységének támogatását. E tekintetben kiemelendő a HU 2002/180-05-02 Phare-program, amelynek keretében kifejezetten az ilyen típusú programok szakmai támogatását és fejlesztését kívánta a finanszírozó segíteni, európai

uniós források bevonásával, összességében 54331 euró (13,331 M Ft) nagyságrendben, mely összegek felhasználása 2004-2005. években realizálódott.

A kereskedelemről szóló 2005. évi CLXIV. törvény, valamint az üzletek működéséről és a belkereskedelmi tevékenység folytatásának feltételeiről szóló 4/1997. (I. 22.) Korm. rendelet tartalmazza jelenleg azokat a hatályos jogi szabályozásokat, amelyek a zenés-táncos szórakozóhelyek/diszkók működési feltételeit írják elő. A szabályozások összhangban állnak a Biztonságos Szórakozóhelyek Program alapelveivel. További fontos célkitűzés, hogy a szórakozóhelyeken minél nagyobb számban jelen legyenek különféle információs felvilágosítást, az akut fizikai, lelki tünetek, problémák kezelésében segítséget nyújtó szakmai szolgáltatók. Az elmúlt években ezen (parti szerviz jellegű) tevékenységek biztosítását a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca elsősorban pályázati úton segítette elő.

A **Magyar Honvédség** állományában folyamatosan végrehajtásra kerültek megelőző programok. „Az egészség a legerősebb fegyvered” komplex életmódprogram részeként a csapatoknál a szerződéses állomány körében kortárssegítő felkészítésre került sor. A hivatásos állomány egy speciális érzékenyítési programban vett részt, amely a megelőzést, a fogyasztás időben történő felismerését és annak kezelését tartalmazta. A szerződéses állomány felkészítő programjai megkezdődtek, megszervezték a „Személtől laktanyáért”, valamint a „Személtől katonacsatládokért” drogmegelőző programot. A programban 2800 fő vett részt, továbbá vezetőképzésre is sor került. Kiemelendők továbbá az MH állományában megtartott alkohol- és kábítószer-fogyasztás veszélyeire fókuszáló preventív előadások, komplex életmódprogramok.

A preventív tevékenységek ismertetésénél fontos továbbá beszámolni az Igazságügyi Hivatal pártfogó felügyelői szolgálatának preventív jellegű tevékenységéről is.

A helyi – települési, kistérségi – szintű preventívban kiemelkedő szerepe van a **KEF-eknek**¹³. A KEF-ek jogi személyiséggel nem rendelkező szakmai tanácsadó testületek, melyek a kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó valamennyi helyi szervezet szakmai tevékenységének összehangolását, a helyzet felmérését, a szakmai tevékenység stratégiai irányainak kijelölését, a helyi stratégia alkotását és az ehhez kapcsolódó tereptevékenységek kezdeményezését biztosítják. Vagyis a KEF-ek tevékenységének jelentékeny szerepe van a közösségi preventív tevékenység kezdeményezése szempontjából is.

Az alábbi táblázatban szereplő adatok mutatják, hogy a KEF-ek hány százaléka nyilatkozott úgy, hogy a területükön történt preventív beavatkozás az adott szinten 2004-ben. A táblázat a preventív szintek közül a fentiekben nem részletezett szintekről is – **média, információs társadalom, gyermekvédelem intézményrendszere, rendőrség, kockázati csoportok/romák** – adatokkal szolgál.

¹³ KEF: Kábítószerügyi Egyeztető Fórum.

A prevenció szinterein történt események a KEF-ek által lefedett területeken, a KEF-ek százalékában

Prevenációs szinterek	KEF-ek hány %-a említette
Család	22
Iskola	41
Munkahely	6
Szabadidő	24
Egyházak	14
Média	35
Internet	19
Gyermekvédelem	22
Honvédség	7
Rendőrség	23
Kockázati csoportok	17
Roma lakosság	9

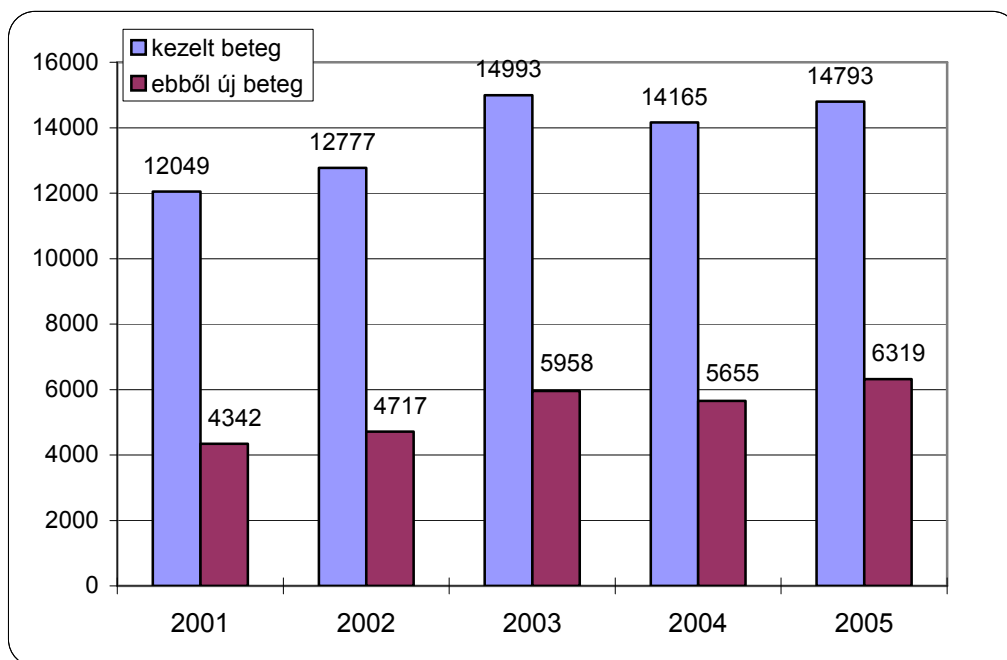
Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS

Az egészségügyi intézményekben kezelt drogfüggők száma 2001-ben – az adatgyűjtés bevezetése óta példátlan módon – csökkent az előző évhez képest. A csökkenés 2002-ben nem folytatódott, sőt kismértékű emelkedés jelentkezett. 2003-ban az előző évhez képest jelentős mértékű, 17%-os növekedés mutatkozott, ezt 2004-ben 6%-os csökkenés követte. A kezelt betegek számának ingadozása összefüggésben áll a törvényi szabályozás változásaival az elmúlt években.

Ha a kezelt drogfüggők számában bekövetkezett változásokat időben átlagoljuk, akkor megállapítható, hogy 2001-2002-ben a kezelték száma 12-13 ezer fő között ingadozott, majd mintegy kétezer fős ugrás következett: 2003-2005 között az ingadozás a 14-15 ezer fős sávba tolódott.

Kezelésben részesült drogfüggők száma Magyarországon 2000-2005



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

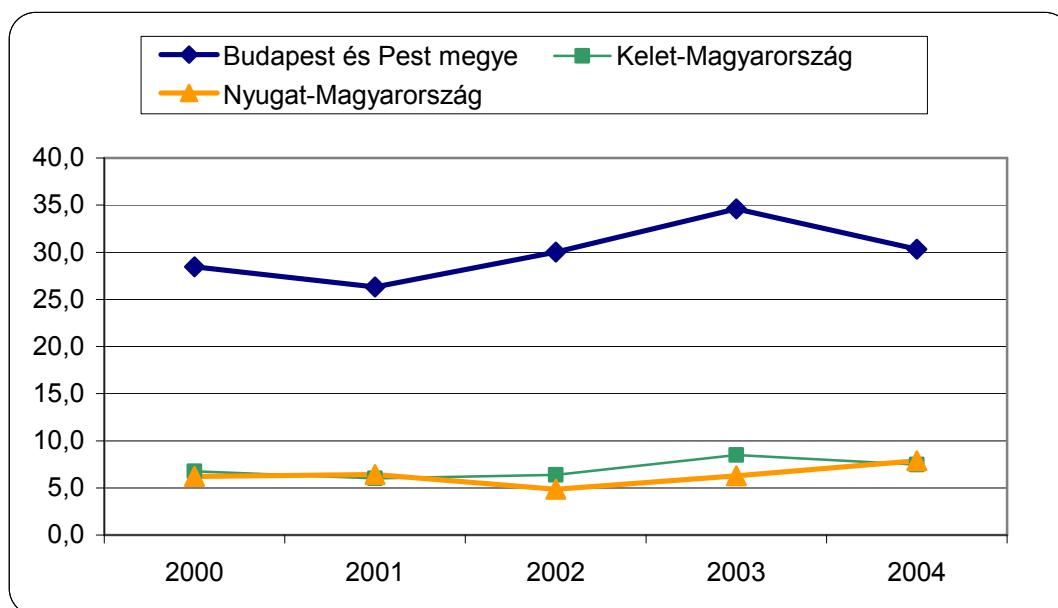
Az első alkalommal kezelték száma 2000-ben 19%-kal csökkent az 1999. évhez viszonyítva. Ez a hirtelen, nagymértékű csökkenés annak tudható be, hogy az első alkalommal kezelésben részesült beteg fogalma megváltozott, a kezelőintézmények a 2000. tárgyévtől kezdve az „életében (saját bevallása szerint) először kezelt” betegek számát jelentik ebben a rovatban. A 2003-at megelőző három évet tekintve az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés 2003-ban jelentősnek mondható. Ehhez képest 2004-ben az új betegek száma 5%-kal csökkent, majd 2005-ben ismét nőtt 12%-kal.

Területi megoszlás

A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában minden esetben a kezelőintézmények helyét jelölik. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák.

A Kelet- és Nyugat-Magyarországot, valamint Budapestet és Pest megyét ábrázoló diagramról leolvasható, hogy a lakosságszámra vetített kezelt drogfogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati része között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, valamint az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta többszöröse nőtt.

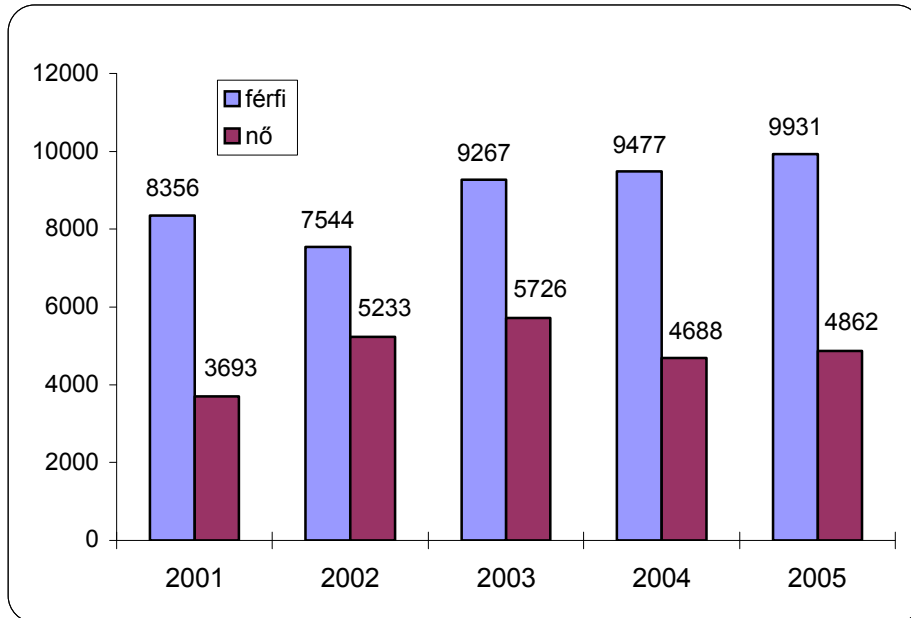
10 ezer lakosra jutó kezelt drogfogyasztó területenként 2000-2004



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Szociodemográfiai jellemzők

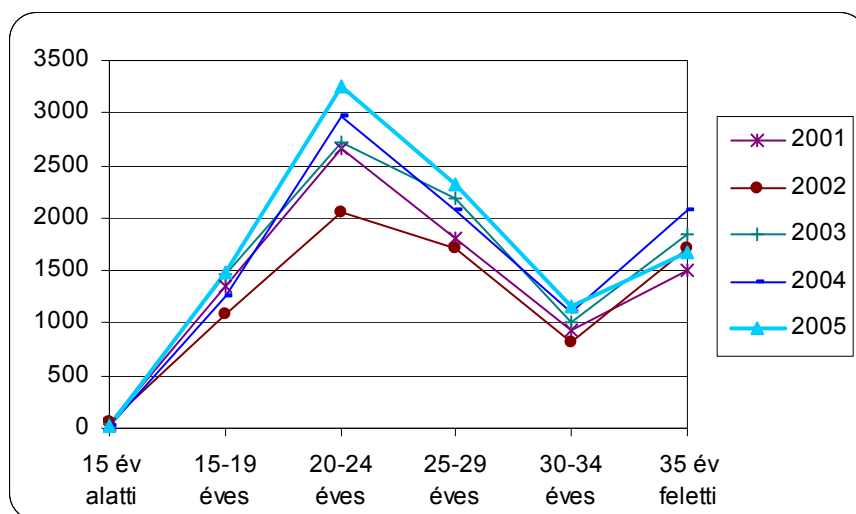
A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása 2000-2005



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

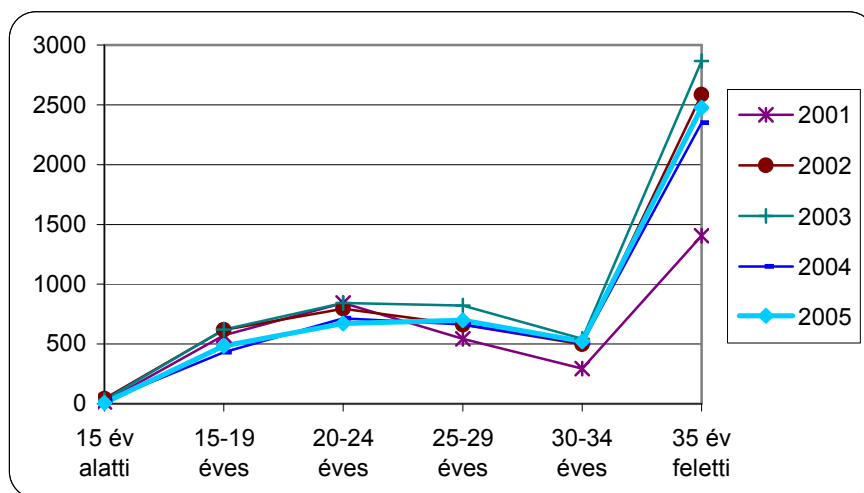
A kezelésben részesült férfiaknál 2004-ben a 15 év alatti korosztályban 30%-kal csökkent a kezelték száma, így folytatódott az előző évi tendencia (2003-ban 33%-os volt a csökkenés). Új jelenség, hogy a 15-19 évesek között is 15%-os, a 25-29 éves korosztály esetében pedig 5%-os csökkenés jelentkezett. A többi kategóriában továbbra is nőtt a kezelt drogfogyasztók száma. 2003-ban a 15 év alatti nőknél csökkenés, a 15-19 év közötti nőknél stagnálás, afölött pedig jelentős, de a férfiak mértékét el nem érő növekedés mutatkozott. Ezzel szemben 2004-ben valamennyi korcsoportban jelentősen csökkent a kezelt nők száma az előző évhez képest.

Életkori megoszlás a kezelt kábítószer-fogyasztó FÉRFIAK körében 2000-2005



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

Életkori megoszlás a kezelt kábítószer-fogyasztó NŐK körében 2000-2005

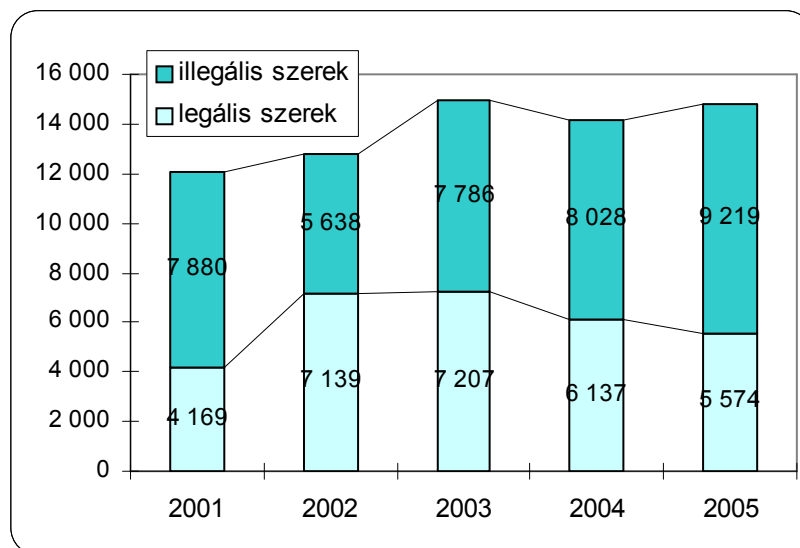


Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

Szertípus szerinti megoszlás

2002-ben alapvetően a nyugtató-, altatószerek fogyasztásának megugrása miatt a legális szerek aránya túlsúlyba került (56%) az illegális szerekhez képest (44%). A 2003. évben a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett az illegális szerek újra túlsúlyba kerültek (52%). Ez a tendencia 2004-ben és 2005-ben folytatódott: a legális szereket fogyasztó kezelt betegek száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2005-ben az illegális szerek aránya 62% volt.

Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (fő) 2001-2005 között



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

2000 óta, amikor a kezelt opiátfogyasztók aránya elérte a 39%-os csúcspontját, ennek a szertípusnak a részesedése folyamatosan csökkenő tendenciát mutat 2004-ig. 2005-ben ugyan 5%-os növekedés jelentkezik, de a szertípuson belül a heroin és az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A csökkenés következtében a fogyasztás gyakoriságában korábban elért első helyezését a kannabisz-származékok vették át, és az opiátfogyasztás a nyugtatók mögé, a harmadik helyre szorult.

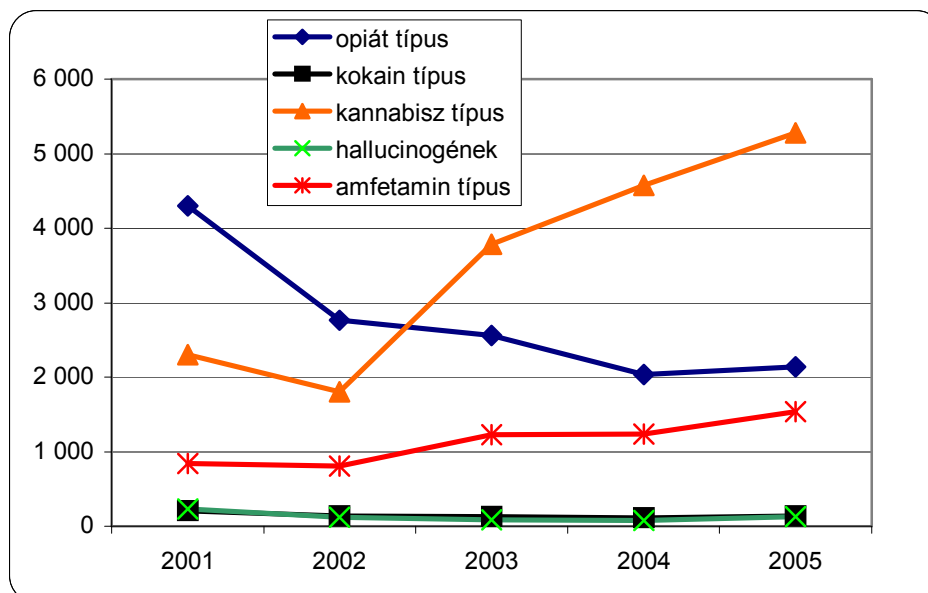
A kannabiszfogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedett. 2004-ben 21%-kal, és 2005-ben is további 16%-kal emelkedett a kezelt kannabiszfogyasztók száma. Ezzel, a nyugtatószereket fogyasztókat megelőzve, immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között (36%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-ban jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest. 2005-ben azonban újabb jelentős, 24%-os növekedés volt tapasztalható, így az összes kezelt 10%-a amfetamin-fogyasztó.

A kezelt kokainfogyasztók száma 4 év folyamatos csökkenés után 2005-ben ugyan 22%-kal (113-ról 138 főre) nőtt, azonban az összes kezeltben belüli arányuk még így is csak 0,9%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az 1999 óta tartó csökkenés után 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt, de aránya – a kokainhoz hasonlóan – nem jelentős (0,9%).

Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)



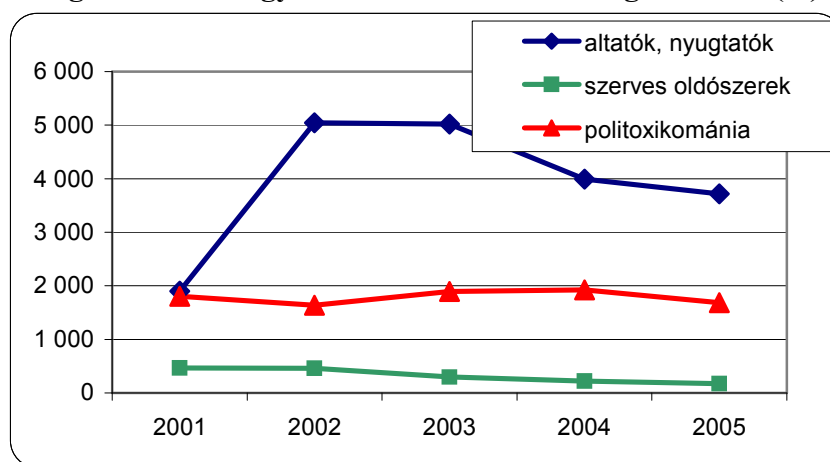
Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

A visszaélészerű nyugtató-, altatófogyasztók aránya 2003 után folyamatosan csökkent, de 2005-ben az összes kezeltben még mindig 25%, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között képezik a legnagyobb arányt, de – a kannabisz kivételével – megelőzik az illegális szereket fogyasztókat is.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelték száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében változatlan. Ez a „szertípus” különösen a 30-35 év feletti nők körében jellemző, aránya az összes fogyasztók között 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2005-ben 1,2% volt.

Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma (fő)

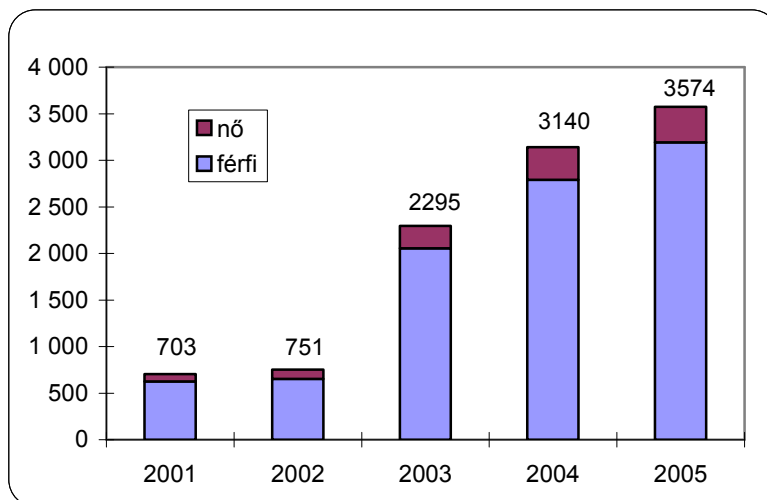


Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma 1998-ig az összes kezelt beteg számának növekedéséhez hasonlóan szintén nőtt. Számuk 1999-ben kismértékben, 2000-ben azonban jelentős mértékben, 25%-kal visszaesett az összes betegszám növekedése, illetve stagnálása mellett. 2001-ben számuk tovább csökkent, az előző évhez viszonyítva 14%-kal, 2002-ben viszont 7%-os növekedés jelentkezett. Igazán jelentős, példa nélküli növekedés következett be 2003-ban, amikor számuk 206%-kal nőtt, és a növekedés 2004-ben is folytatódott (37%). A jelenség hátterében valószínűleg az állhat, hogy 2000-ben a Btk. vonatkozó részeit szigorították, 2003-ban viszont enyhítették.

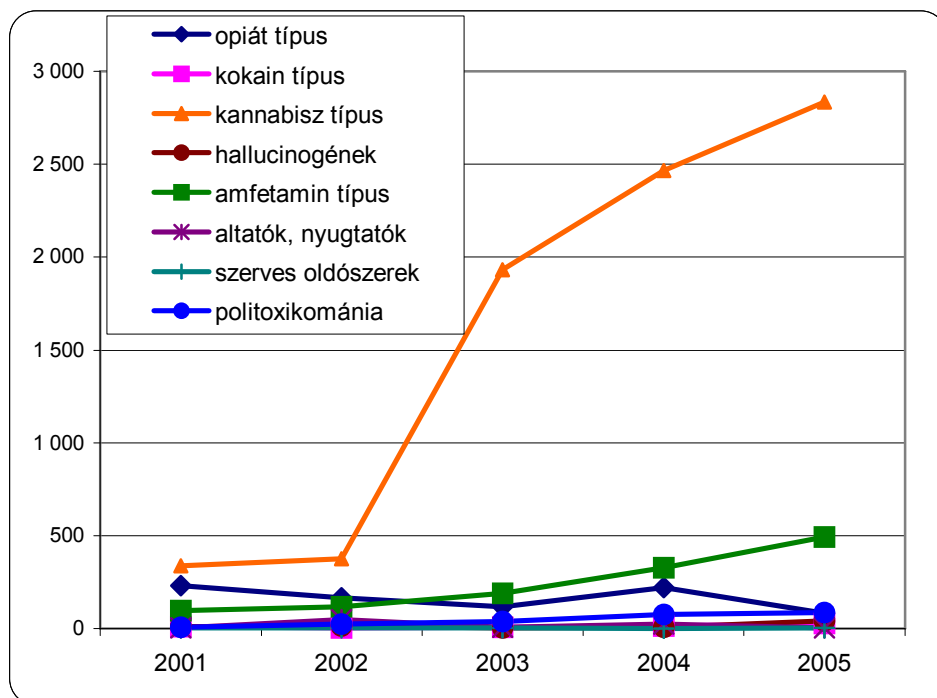
Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának csökkenését 2000-ben a kannabisz- és amfetamin-fogyasztók körében tapasztalt 36%-os, illetve 45%-os csökkenés okozta, a többi kábítószer tekintetében a kezelték száma az elterelő kezelésben kismértékben nőtt vagy nem változott. 2001-ben a kannabisz és amfetamin fogyasztása miatt büntetőeljárás helyett kezelték számának csökkenése mellett csökkent a kokain és politoxikománia miatt kezelték száma is. 2002-ben viszont a kannabisz- és amfetamin-fogyasztás miatt kezelték arányának növekedése mellett a nyugtatók miatt kezelték száma is jelentősen nőtt. A 2003-ban tapasztalt nagymértékű növekedés háttérében a kannabisz-fogyasztás miatt elterelő kezelésben részesültek 417%-os növekedése állt, 2004-ben pedig további 71%-os volt a növekedés, viszont 2005-ben már csak 15%-os.

Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek száma 2000-2005 között, drogtípusok szerint



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

5. A DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE

A 80-as években a drogfogyasztás elterjedését követően a betegellátási lehetőségek nagyrészt a már meglévő egészségügyi intézményhálózatra épültek, azaz részben a pszichiátriai, gyermekpszichiátriai, valamint az alkoholbetegek ellátásához kapcsolódtak. 1987-től kezdődően nyíltak meg az első drogambulanciák, melyek sokkal inkább tudtak speciális kezelést biztosítani az időközben kábítószer-fogyasztási szokásaiban (illegális drogfogyasztás, ópiátfogyasztás előretörése) megváltozott betegpopulációnak.

Kezdetben akár ambuláns, akár kórházi kezeléstről vagy rehabilitációról volt szó, a terápiás célkitűzés kizárólag a kábítószerrel való teljes lemondás, absztinencia elérése volt.

A kezelés új szemléleti keretét a Nemzeti Stratégia határozta meg, melyben a beteggel történő kapcsolatfelvételtől a teljes rehabilitációig terjedően egy folyamatos kezelési lánc az absztinencia elérése mellett az egyén személyiségének és életmódjának alakításáig terjed. Az absztinenciát célzó kezelések mellett létjogosultságot kapott a súlyos heroin-, opiátfüggők kezelésében a metadon szubsztitúciós terápia.

Magyarországi kezelési irányzatok:

- pszichiátriai (betegség) modell
- pszicho-szociális (szociális munka, esetkezelés) modell
- szenvedélybetegek közösségi ellátása

Az új kezelési irányzatok megjelenése kiszélesítette a kezelésbe kerülő kábítószer-fogyasztók számát, valamint a velük kapcsolatos hatékonyabb terápiás formákat. A már meglévő ellátórendszerek az új irányzatoknak megfelelően kibővítették addigi szolgáltatásaikat, de újabb típusa az ellátórendszernek nem jelent meg.

A drogfogyasztók kezelésében az elmúlt években egyre nagyobb szerepet kaptak a civil, alapítványi és egyházi szervezetek, valamint az önszorgító csoportok. Az intézmények munkájában egyre nagyobb részt vállalnak szociális munkások, illetve gyógyult szenvedélybetegek is. A jelenleg rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy a drogbetegek kezelése Magyarországon döntően ambuláns keretek között történik. Az ambulanciák tevékenységi köre heterogén, a gyógyítás egységes modelljei hiányoznak, a diagnosztikai és kezelési módszerek nem kristályosodtak ki teljes egészében.

Gyakori problémaként merül fel, hogy kevés azon ellátó helyek száma, ahol metadonfenntartó kezelést végeznek. A 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 15. sz. melléklete szerint az addiktológiai gondozás keretében végezhető és elszámolható a metadonfenntartó kezelés.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai irányultsága nem befolyásolható, ugyanakkor miközben a drogambulanciákon a metadon-programra jelentkezők száma nő, az OEP (2005. évi) adatai szerint az országban működő 44 addiktológiai gondozó közül mindössze 10% végez ilyen ellátást. Az aránytalanság oka további vizsgálatot érdemel.

2004-ben két új kezelőhelyen indult el metadonkezelés¹⁴, így 2004-ben az ország nyolc pontján működött ilyen típusú kezelési program. A legmagasabb betegszámot Budapesten a Jász utcai Drogambulancián mérték. (A betegszám itt elérte a 270 főt havonta.)

A metadonkezelésről szóló módszertani levél 2002-ben került közzétételre. A metadont háromféle terápiás protokollban alkalmazzák:

- rövid detoxikációs kezelés,
- hosszú távú detoxikációs kezelés,
- szubsztitúciós kezelés (hosszú távú fenntartó kezelés).

A kábítószer-használó személyek egészségügyi ellátásának feladatait és szakmai minimumfeltételeit – tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet határozza meg.

A járóbeteg-ellátóhelyek az alábbi „klienstípusok” ellátására specializálódtak:

- drogambulanciák: drogbetegek ellátására specializálódtak.
- addiktológiai és TÁMASZ-gondozók: elsősorban alkohol-, mellette drogbetegeket látnak el.
- pszichiátriai gondozók: pszichiátriai betegek mellett alkoholbetegeket is kezelnek.
- gyermek- és ifjúsági gondozók (jelentőségük a kezelték arányát tekintve folyamatosan csökken).

Az egészségügyi tárca 2001-ben, 2002-ben, 2004-ben és 2006-ban nyilvános pályázatot hirdetett azzal a céllal, hogy csökkentse azoknak a megyéknek a számát, ahol eddig nem volt működő drogambulancia. A pályázati kiírás elsődleges célja a drogbetegek egészségügyi ellátásának javítása, a drogbetegeket ellátó egészségügyi ellátórendszer területi hiányosságainak mérséklése, valamint a magasabb szintű ellátáshoz szükséges tárgyi eszközök és infrastrukturális fejlesztések támogatása volt. *Az intézményfejlesztés során az tapasztalható, hogy a fejlesztések elsősorban azokban a megyékben bizonyultak sikeresnek, ahol a drogambulancia kialakításához egyéb (elsősorban önkormányzati) forrás is rendelkezésre állt.*

A drogfogyasztók fekvőbeteg-ellátása a következő helyeken történhet:

- pszichiátriai osztályok,
- addiktológiai osztályok: elsősorban alkoholbetegeket ellátó, specializált osztályok,
- krízisintervenciós osztályok: néhány működik csupán az országban,
- detoxikálást végző (belgyógyászati, sürgősségi ellátást végző) osztályok,
- rehabilitációs, hosszú távú kezelést lehetővé tevő intézmények: csak kisebb részben egészségügyi, többségében szociális szolgáltatást nyújtó, általában civil szervezetek által működtetett terápiás otthonok.

Az alábbi táblázat a 2004. évi adatok alapján mutatja be, hogy az egyes intézménytípusok a kezelt betegek mekkora hányadát látták el. Az addiktológiai gondozók hagyományos vezető szerepe mellett egyre fontosabbá válnak a drogambulanciák. Míg a járóbeteg-ellátás megoszlik a különböző gondozók és drogambulanciák között, addig a fekvőbeteg-ellátásnak az alábbi csoportosításban nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül.

¹⁴ Metadon: elsősorban az opiátfüggő személyek kezelésében alkalmazott szintetikus opiát.

A drogfogyasztók megoszlása a kezelő intézmény típusa szerint

Intézménytípus		Kezelt betegek		Előzőből új betegek	
		száma	%	száma	%
AG	Addiktológiai gondozók	4 158	29,4	1 513	26,8
DA	Drogambulanciák	5 146	36,3	2 771	49,0
GG	Gyermek- és ifjúság-pszichiátriai gondozók	67	0,5	41	0,7
PG	Pszichiátriai gondozók	187	1,3	74	1,3
PO	Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 057	14,5	541	9,6
EG	Egyéb (toxikológia)	2 550	18,0	715	12,6
Összesen		14 165	100,0	5 655	100,0

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Meg kell jegyezni, hogy a járó- és fekvőbetegek számának pontos megadását az adatgyűjtés módszertana nem teszi lehetővé, mert a pszichiátriai és addiktológiai osztályok a hozzájuk kapcsolódó szakambulancia adataival együtt jelentik a betegszámot.

Mint hogy a pszichiátriai (és benne az addiktológiai) ágyszám a 2004. december 1-jei állapotnak megfelelő OSAP-statisztika szerint összesen 9500 volt, a válaszoló kezelőhelyek a fekvőbeteg-ellátó kapacitás 50%-át fedik le, a nappali kórházaknál ez az arány nem éri el a 40%-ot. Ugyanezen statisztika szerint az addiktológiai ágyak száma (a pszichiátriai ágyszámon belül) mintegy 1200 volt. Jelen felmérés erre csak 24%-ot mutat. A nagymérvű eltérés a szakmai kód anomáliáira, illetve a vegyes profilra utal (az addiktológiai ágyak zöme pszichiátriaiként van besorolva).

Fekvőbeteg-szakellátás megoszlása az adatszolgáltató kezelőhelyek között

Fekvőbeteg-szakellátás	Aktív		Rehab/krónikus		Nappali kórház	
	egység	ágy	egység	ágy	egység	férőhely
Addiktológiai	3	122	6	170	-	-
Pszichiátriai	29	1 461	35	1 742	10	220
Gyermek- és ifj. pszich.	1	20	-	-	-	-
Egyéb, vagy azonosíthatatlan	7	595	18	735	1	49
Összesen	40	2 198	59	2 647	11	269

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Az addiktológiai/pszichiátriai terület továbbra is egyik legnagyobb problémáját a szakemberhiány képezi. Az addiktológus szakorvosképzés ráépített szakképesítés, melyre csak 1999 augusztusától van lehetőség. Az első szakvizsgák 2001 második felében történtek, jelenleg 170 addiktológus szakorvost tartanak nyilván. A szakképesítési rendszer módosításával összefüggésben 2007-től lesz mód arra, hogy az egyéni ambíciókon túl, az állam által is ösztönzött legyen az addiktológus szakorvosok képzése.

A hosszabb távú kezelésben/rehabilitációban részt vevő intézmények, terápiás közösségek általában rövid (kórházi) detoxikálás után fogadnak betegeket, működési és terápiás elveik a „gyógyszermentes”, medikáció nélküli gyógyítást tekintik célkitűzésnek. A hosszú távú drogterápiát nyújtó intézetek vonatkozásában jelentős fejlődés történt az elmúlt években, és az intézetek száma is megnövekedett. Jelenleg 13 intézmény működik ténylegesen. Ebben vannak nem finanszírozott ágyak is, ugyanis az új, vagy az elmúlt években fejlesztett, már meglévő intézmények új kapacitásai nem minden esetben kerültek befogadásra. Ezen intézmények, vagy új kapacitások működési finanszírozása fontos feladat a jövőt tekintve.

2003-tól az addiktológiai közösségi gondozás kezdetével lényeges változás történt az egészségügyi és szociális ellátások közötti együttműködésben. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról szóló 2001. évi LXXIX. törvény alapján a települési önkormányzatok feladatköre a közösségi addiktológiai ellátással is bővült. A *közösségi alapú gondozást* – egyéni gondozási terv alapján – több szakember és segítő együttesen végzi az egyén szükségletéhez és állapotához igazodóan, közösségi gondozó és közösségi koordinátor bevonásával. A hosszú távú célok között szerepel az alapellátás megerősítése, valamint az egészségügyi és a szociális, illetve az önkormányzati és a civil szolgáltatások összehangolása, a rendelkezésre álló források hatékony felhasználása a szenvedélybetegek kezelésében.

Az egyes szociális tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi CXXXVI. törvény szintén módosította a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt. A módosítás – egyebek mellett – a települési önkormányzatok feladatellátási kötelezettségét ismét érintette. Ennek következtében a nappali ellátás, mint alapszolgáltatás a 3000 fő feletti lakosú települések, míg a közösségi ellátás a 10000 fő feletti lakosú települések kötelező feladataként jelent meg. A törvény módosításával a szenvedélybetegek ápoló-gondozó otthonaiban is kötelezővé vált az ellátottak 2 évenkénti felülvizsgálata.

2004-ben előkészítésre került a rehabilitációs intézményekbe jelentkező ellátottak alkalmassági és felülvizsgálati rendszerének kialakítása, valamint a költségvetési törvényben a közösségi ellátások normatív állami támogatásának rendszere. Ezzel biztosíthatóvá vált az eddigi szolgálatok folyamatos működése, illetve a működési engedélyezési rendszer kialakításával megvalósult a minőségi szolgáltatás kritériuma. A normatív állami támogatást azon szervezet hívhatta le a Magyar Államkincstártól, amely 2005. január 31-ig beadta a működési engedély iránti kérelmét a területileg illetékes jegyzőhöz. A szolgáltató a működési engedély vonzataként szerződést köthetett a Kincstárral, s így 7.000.000 Ft/év/szolgálat normatív támogatáshoz juthatott.

A 2005. évi CLXX. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényt módosította, amely alapján 2007. január 1-jei hatállyal a szenvedélybetegek közösségi ellátási formái közé – az alapellátás mellé – bekerül az alacsonyküszöbű ellátási forma. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. A szociális ellátás keretén belül is történik kezelés a TDI¹⁵ definíciója szerint (pl. közösségi ellátás, utcai munka), azonban az ellátott kábítószer-fogyasztókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtés még nem teljes körű ezen ellátási formákat tekintve.

¹⁵ A „TDI” vagy kezelésgény-indikátor egy egységes adatgyűjtési rendszer, amely a kábítószer-fogyasztók kezelését fedi le.

6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Az adatgyűjtési rendszer hiányosságaiból kifolyólag csak a drogfogyasztás okozta halálesetekről rendelkezünk megbízható információkkal. A 2004-ben az előző évekhez képest nem változott jelentősen az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma. **Míg 2000-ben 38, 2001-ben 40, 2003-ban 32 személy halt meg kábítószer-túladagolásban, addig számuk 2004-ben 34, 2005-ben pedig 28 volt.**

A 2004. évi adatok elemzése

A legális szerek okozta túladagolások száma csökkent, a szervesoldószer-fogyasztás miatt bekövetkezett halálesetek száma jelentősen alacsonyabb volt 2004-ben, mint az azt megelőző évben.

Drogfogyasztással¹⁶ összefüggő halálesetek száma 2004-ben

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	7	1	8
Morfin	1	1	2
Metadon	1	1	2
Egyéb opiát	2	0	2
Ecstasy (MDMA)	2	1	3
Kokain	1	1	2
Politoxikománia	9	1	10
Egyéb kábítószer	5	0	5
Illegális szer összesen	28	6	34
Szerves oldószer	3	0	3
Nyugtató-altató	110	115	225
Összesen	141	121	262

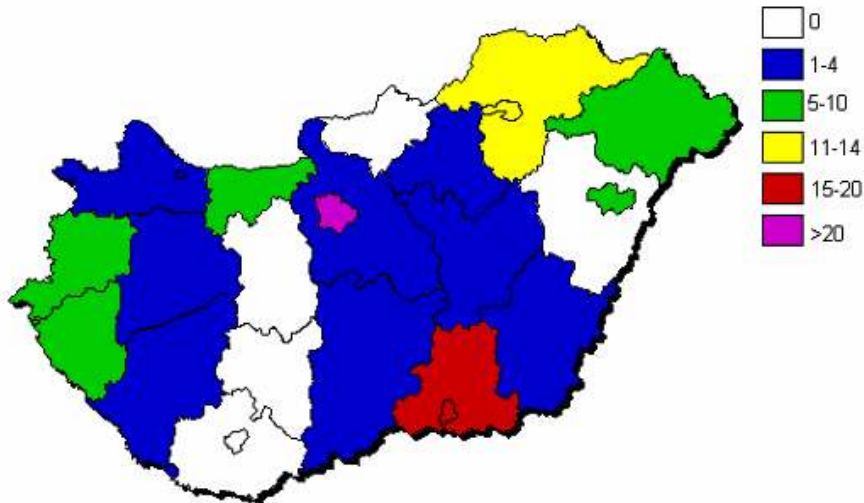
A túladagolás következtében elhunytak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiátfogyasztók tették ki. Az adatok értelmezésénél azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy egyes szerek esetében (pl. ecstasy, kokain) nem állapítható meg egyértelműen, hogy a halál a szerfogyasztás eredményeként következett-e be. Ezen szerek használata komoly egészségügyi kockázattal jár (pl. infarktus, fiatalkori koszorúér-elmeszesedés, szívritmuszavar, hipertónia stb.), fogyasztásuk toxikológiai gyorsteszték nélkül a nem megfelelő toxikológiai gyakorlattal rendelkező egészségügyi dolgozók számára megnehezíti a pontos diagnózist és a megfelelő terápiát. A korábbi évekhez képest új jelenség a három, ecstasy-fogyasztás miatt bekövetkezett haláleset.

Az illegális szerek fogyasztása következtében az elhunytak átlagéletkora 30,1 év, 67,6%-uk szervezetében volt nyoma opiátfogyasztásnak. A legális szerek miatt bekövetkezett halálesetekben az átlagéletkor a férfiak körében 45,5, a nők körében 49 év volt.

¹⁶ Legális és illegális drogok fogyasztása együttesen.

A következő térképek azt mutatják be, hogy az egyes megyékben hogyan alakult az elmúlt évben a férfiak és a nők drogfogyasztással kapcsolatos halálozása. Budapest (104 eset) után a legtöbb drogfogyasztással összefüggő haláleset Csongrád megyében (26 eset) történt, azt követi Pest megye és Borsod megye (21 eset), majd Vas megye (15). A férfiak és a nők halálozását tekintve különbségek figyelhetők meg az egyes megyék között.

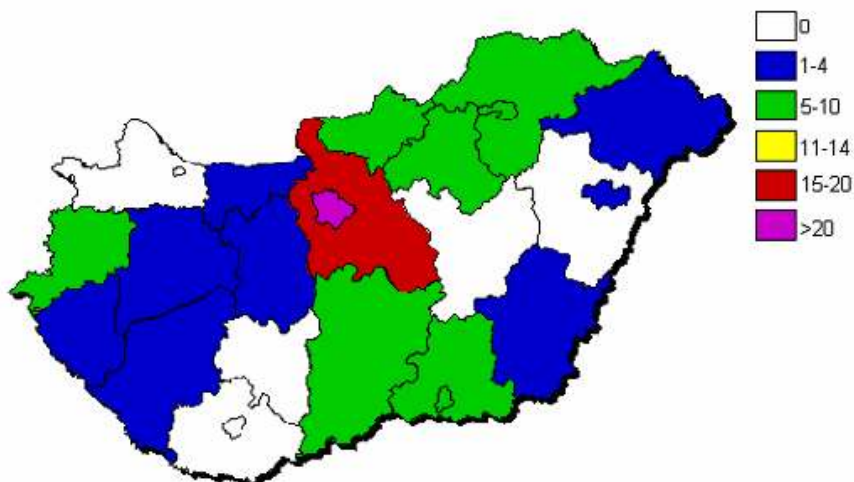
Férfiak legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

A férfiakat vizsgálva, Budapest után Csongrád megyében történt a legtöbb drogfogyasztással összefüggő haláleset. A 17 eset közül mindössze 2-ben találtak illegális szert, 1 esetben szerves oldószert, a többi esetben mind nyugtató, illetve altató okozta a halált. Az elhunytak 64,7%-a 40 évesnél idősebb volt. Borsod megyében szintén túlsúlyban vannak a legális szerek okozta halálesetek (11 esetben nyugtató, altató, 1 esetben szerves oldószert és 1 esetben politoxikománia).

Nők legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Pest megyében (Budapest nélkül) a nők körében az összes haláleset altató vagy nyugtató fogyasztása miatt következett be, a halottak 82,3%-a 45 évesnél idősebb volt.

Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás, ami érthető is, hiszen a fővárosban a legmagasabb a nyilvántartott drogfogyasztók száma.

A 2005. évi adatok elemzése

Drogfogyasztással összefüggő direkt halálesetek száma 2005-ben

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	12	1	13
Metadon	1	1	2
Egyéb opiát	1	0	1
Hallucinogén	1	1	2
Amfetamin származékok	6	0	6
Ecstasy (MDA, MDMA, MDE, MBDB, 4-MTA)	2	1	3
Kokain	0	1	1
Illegális szer összesen	23	5	28
Szerves oldószer	5	3	8
Nyugtató-altató	73	105	178
Politoxikománia	2	8	10
<i>Összesen</i>	<i>103</i>	<i>121</i>	<i>224</i>

A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiáthasználat miatt elhunytak teszik ki. A heroin-túladagolás eseteinek száma emelkedést mutat, míg 2004-ben összesen 8-an, 2005-ben 13-an haltak meg heroin-túladagolás miatt.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005., 2006

Budapesti adatok

A legmegbízhatóbb adatokkal Budapestről rendelkezünk (itt folyamatosan ellenőrzik, és a toxikológiai eredmények alapján korrigálják az adatokat), emiatt az időbeli változások is itt vizsgálhatóak a legjobban. A budapesti adatok nem tekinthetők országosan reprezentatívnak. Tény azonban, hogy az illegális szerfogyasztással összefüggő halálesetek közel fele Budapesten történik.

A drogfogyasztással összefüggő halálozás alakulása Budapesten, 2000-2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Heroin	22	31	10	7	7
Morfín	0	0	0	1	1
Metadon	0	0	0	2	2
Egyéb opiát	8	1	4	2	0
Amfetamin, ecstasy	0	0	0	0	2
Kokain	0	1	0	1	0
Politoxikománia	0	0	0	0	7
Egyéb kábítószer	19	3	12	0	2
Illegális szer összesen	49	36	26	13	21
Szerves oldószerek	2	4	2	0	0
Nyugtató típus összesen	131	133	107	82	82
Összesen	182	173	135	95	104

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

Budapestet tekintve elmondható, hogy 2001 óta évről évre csökkent az igazolt illegális drogfogyasztással összefüggő halálesetek száma, 2004-ben azonban növekedett az előző évihez képest. A növekedés elsősorban az opiát- és az ecstasy-fogyasztás miatt elhunytak számának emelkedéséből adódik. Az előző évhez hasonlóan 2004-ben is előfordult 2 metadon-túladagolás miatt bekövetkezett haláleset. A 2004-ben metadon-túladagolásban elhunyt mindkét személy (egy 24 éves nő és egy 38 éves férfi) részt vett korábban metadonfenntartó kezelésben, arról azonban, hogy halálukkor álltak-e kezelés alatt, nincs adat.

Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről

A drogfogyasztás egészségügyi következményei kapcsán megállapítható, hogy a hazai intravénás drogfüggők populációjában a HIV-fertőzöttség prevalenciája olyan alacsony, hogy az alkalmazott vizsgálati módszerekkel 2003-ban sem volt mérhető. Az intravénás drogfüggők körében diagnosztizált akut hepatitis B és hepatitis C esetek trendje azt mutatja, hogy az új hepatitis B (HBV) fertőzések számában az utóbbi három évben nem volt változás, az akut hepatitis C (HCV) fertőzések száma pedig 1998 óta folyamatosan csökkent. Összességében a hepatitis C prevalencia a 25 éven aluliak korcsoportjában az átlagnál magasabb, ezért további beavatkozások szükségesek a „fiatal” intravénás droghasználók fertőződési kockázatának csökkentése érdekében.

A 2006-ban megkezdett program folytatásaként az intravénás droghasználók körében sor kerül a szűrőprogramok országos kiterjesztésére. A megvalósításra kerülő feladat a helyi ÁNTSZ-ek és a civil szervezetek közötti együttműködés feltételeinek megteremtése útján valósul meg, az OEK által kidolgozott, „Vizsgálati terv a hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBC, HCV) 2007-2008. évi prevalenciájának felmérésére” című projektterv alapján.

2003-ban kevesebb heveny hepatitis C esetet jelentettek, mint az előző évben. Az intravénás droghasználók aránya a hepatitis C betegek között 1998-ban volt a legmagasabb (17,3%), azt követően folyamatosan csökkent. Míg 1998-ban 14, 2003-ban csupán két akut beteg tartozott az intravénás droghasználók rizikócsoportjába. Ez a csökkenés arra enged következtetni, hogy a 2003–2004. évben alkalmazott ártalomcsökkentő programok a korábbiaknál eredményesebbek voltak.

2004-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) 6 megyei intézete (Baranya, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Heves és Veszprém megye) közölt adatokat drogkezelőhelyek kérésére intravénás drogfogyasztóknál végzett HIV, hepatitis B, hepatitis C szűrővizsgálatok eredményéről. Az ÁNTSZ 13 megyei intézetének jelentése volt nemleges, ezeken a helyeken a laboratóriumokban az intravénás droghasználóknál egyáltalán nem végeztek vizsgálatot. A fővárosban 2004-ben nem különítették el a droghasználók szűrővizsgálatain belül az intravénás droghasználókra vonatkozó adatokat.

2005-ben kizárólag az ÁNTSZ regionális mikrobiológiai laboratóriumában elvégzett, intravénás kábítószer-használó személyek HIV, HBV, HCV szerológiai vizsgálatának eredményéről számolhatunk be.

HIV prevalencia az intravénás droghasználók körében

2003-ban 133 főnél, 100 intravénás kábítószer-használó férfinél és 33 nőnél történt HIV-szűrővizsgálat, valamennyi negatív eredménnyel zárult.

2004-ben 117 főnél, 85 intravénás droghasználó férfinél és 32 nőnél történt HIV-szűrővizsgálat a fent említett hat megyében, valamennyi negatív eredménnyel zárult. A vizsgáltak 72,6%-a férfi, 27,4%-a nő volt. A kor szerinti megoszlás az alábbiak szerint alakult: a vizsgáltak 47,9%-a 25 évesnél fiatalabb, 40,2% -a 25–34 éves, 11,9%-a 34 évesnél idősebb volt.

Budapesten a Fővárosi Szent László Kórház Immunológiai osztályán 2004-ben is történtek intravénás drogfüggők fertőzöttségének felderítésére irányuló szerológiai vizsgálatok, azonban az eredményeket ez idáig nem publikálták. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal tájékoztatása szerint a HIV-vizsgálatokat végző laboratóriumok 2004. évi tevékenységének értékelése céljából a laboratóriumok az általuk továbbított jelentésben 316 intravénás drogfüggő HIV-vizsgálatáról számoltak be, valamennyi vizsgált személy negatívnak bizonyult.

2005-ben 79 főnél, 57 intravénás kábítószer-használó férfinél és 22 nőnél történt HIV-szűrővizsgálat, valamennyi negatív eredménnyel zárult.

Hepatitis B prevalencia az intravénás droghasználók körében

2003-ban 139 főnél, 100 férfinél és 39 nőnél történt HBsAg vizsgálat (mintán történt Hepatitis B szűrővizsgálat), pozitív személyt nem derítettek fel.

2004-ben 90 főnél, 59 férfinél és 31 nőnél történt HBsAg vizsgálat, pozitív személyt nem derítettek fel. A szűrővizsgálat során a fent említett hat megyében nem derítettek fel Hepatitis B pozitív személyt.

2005-ben 82 főnél, 59 férfinél és 23 nőnél történt HBsAg vizsgálat, pozitív személyt nem derítettek fel. A 90 fős vizsgálati minta 40%-a 25 évesnél fiatalabb, 47,8%-a 25–34 éves, 12,2%-a 34 évesnél idősebb volt.

Hepatitis C prevalencia az intravénás droghasználók körében

2003-ban 135 intravénás kábítószer-használó személynél, 99 férfinél és 36 nőnél történt anti-hepatitis C ellenanyag meghatározás, közülük 14 hepatitis C vírus fertőzöttet találtak (10,3%).

2004-ben 93 intravénás droghasználó személynél, 62 férfinél és 31 nőnél történt anti-hepatitis C ellenanyag meghatározás a fentiekben felsorolt hat megyében, közülük 13 hepatitis C vírus fertőzöttet találtak (13,9%). A férfiak és a nők fertőzöttségi arányában lényeges különbség nem volt megfigyelhető, a vizsgált férfiak 14,5%-a, a nők 12,9%-a volt pozitív. A pozitivitási arány az életkor előrehaladtával párhuzamosan emelkedett: míg a 25 évesnél fiatalabb vidéki droghasználók 7,9%-a, a 25-34 évesek 16,7%-a és a 34 évesnél idősebbek 23,1%-a bizonyult pozitívnak. Az előző évben a hasonló forrásból származó adatok a kezelőhelyeken nagy valószínűséggel először jelentkező intravénás droghasználóknál 10,3%-os fertőzöttségi arányt mutattak, 2004. évben mintegy 3,6%-os emelkedés volt megfigyelhető. Ez az arány lényegesen alacsonyabb, mint a fővárosban heroin-túladagolás miatt hospitalizált és tesztelt betegek körében 2003-ban észlelt 30%-os fertőzöttségi arány.

2005-ben 82 intravénás kábítószer-használó személynél, 59 férfinél és 23 nőnél történt anti-HCV ellenanyag meghatározás, közülük 9 fő hepatitis C vírus fertőzöttet találtak (10,9%), a fertőzöttségi arány alacsonyabb volt az előző évben hasonló populációban mértnél. A férfiak és a nők fertőzöttségi arányában minimális különbség volt megfigyelhető, a vizsgált férfiak 11,9%-a, a nők 8,7%-a volt pozitív.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

7. VÁLASZOK A DROGFogyasztás EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE

A drogfogyasztás okozta halálesetek megelőzésére az érintett kockázati csoportok számára nincsenek speciális programok, ugyanakkor a biztonságos szűrés technikájának tanítása szerepel a tüssereprogramoknál.

Az első civil szervezésben létrejött tüssereprogram 10 évvel ezelőtt kezdett működni. A Nemzeti Stratégia létjogosultságot adott az ártalomcsökkentő programoknak, bár azok zökkenőmentes működéséhez a jogszabályi feltételek 2003-ban nem voltak adottak. A drogfogyasztás bűncselekménynek, a feckendő és a tú birtokban tartása bűnjelnek minősült, ezért a drogfogyasztók alapvetően bizalmatlanok voltak az ártalomcsökkentő, különösen a tüssereprogramokkal szemben. A programok – egységes normatív állami támogatás hiányában – nehézkesen működnek. A minisztériumok pályázati úton támogatják a szakmailag megalapozott kezdeményezéseket.

Tüssereprogramok:

- a) Megkereső programhoz társuló tüssere: Magyarországon a drogfüggőknek csak kb. 10-20%-a jelentkezik spontán valamilyen tanácsadó, illetve kezelőközpontban. Így a tüssereprogramok megkereső, utcai hálózathoz kapcsolása, a rejtett drogfogyasztók, a kábítószerfüggő populáció elérése, valamilyen ártalomcsökkentő vagy absztinenciát célzó programba történő bevonása szükségszerű lépés volt. Megkereső szolgáltatást Magyarországon a jelentési periódusban több szervezet is működtetett Budapesten, Szegeden, Kecskeméten, Pécsen és Békéscsabán.
- b) Tüssereközpontok: Magyarországon a következő helyeken folyt a jelentési periódusban tüssereprogram: Budapest, Miskolc, Pécs, Veszprém, Debrecen, Kecskemét.
- c) Tüsserebusz: 2 mobil tüsserét biztosító autóbusz működött a jelentési periódusban a fővárosban.
A Magyar Baptista Szeretetszolgálat elindította tüsserebuszát, amely Budapest területén a lakókerületekben élő intravénás droghasználó fiatalokat és hajléktalanokat segítette tüssereprogram és megkereső szolgálat fenntartásával.
A Kék Pont Drogkonzultációs Központ tüssere-szolgáltatást biztosító autóbusza 2003. szeptember 22-én kezdte meg működését. A tüsserebusz azokhoz a szerhasználókhoz próbál eljutni, akik viszonylagos elszigetelésben élnek Budapest különböző területein, és egészségügyi ellátásban szinte egyáltalán nem részesülnek.
- d) Tüssere-automata: Magyarországon az első tüssere-automata Budapesten, a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenció Központ előtt került kihelyezésre 2003 nyarán. 2003 végén Gyulán és Pécsen, 2004-ben Kecskeméten, illetve Miskolcon helyeztek üzembe további tüssere-automatákat.

2005-ben egy új, utcai megkereső program indult, ami a legproblémásabb populáció elérését célozta meg. A tüssereprogramok adatai másodlagos tüsserére utalnak: az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nőtt a jelentési periódusban, a szolgáltatást igénybe vevők kevesebben, de egyre gyakrabban jelentek meg, és több injektort vittek el.

Komorbiditás¹⁷

Mivel Magyarországon ez idáig nem történt részletes áttekintő vizsgálat a drogfogyasztás és a pszichiátriai komorbiditás közötti összefüggésről, erről adatok sem állnak rendelkezésre. A pszichiátriai komorbiditással rendelkező drogbetegek kezelésére Magyarországon nem került kidolgozásra egységes szakmai terápiás protokoll. A kezelések általában a kezelőszemélyzet szakmai irányultsága, felkészültsége alapján történnek. A jelentési periódusban az ország területén csupán két olyan osztály létezett, ahol deklaráltnan speciális ellátást biztosítottak a drogfüggő pszichiátriai betegek számára: a Thalassa Ház és az OPNI IX. Pszichiátriai Osztálya.

Szociális kirekesztettség

A szociális kirekesztés által sújtott, marginalizált népesség körébe sorolhatók Magyarországon a fogyatékosok, az időskorúak, a gyermeküket egyedül nevelő anyák, a bevándorlók, a kábítószer-fogyasztók és a romák jelentős része. A szociális kirekesztettség az érintettek életét befolyásoló problémás helyzetek és erőforrások egymást erősítő negatív hatásaként értelmezhető, és nem a kábítószer-élvezetet indokoló faktorként. A társadalomban jelenlévő megközelítés a szociális kirekesztettség jellemző megjelenési formáit, a hajléktalanságot, a munkanélküliséget, a kriminális vagy más kockázati magatartásokat a kábítószer-használattal automatikusan interferáló jelenségekként kezeli.

Az alkoholbetegek mellett az ellátás területén a kábítószerfüggő fiatalok azok, akik az ellátórendszer (nappali, rehabilitációs intézmények) szolgáltatásait igénybe veszik. Az elmúlt években egyre erősebb igény jelentkezett az ország bizonyos pontjain (tranzitútvonalak mentén, fővárosban) a drogbetegek nappali, illetve rehabilitációs intézményei iránt. A szenvedélybetegek szociális ellátása során szakmai szempontok alapján megfogalmazódott, illetve megvalósult a kábítószer-használók számára nyújtandó szolgáltatások szétválasztása az alkohol-, illetve más szenvedélybetegektől.

A családsegítő szolgálatok feladatainak speciális bővítése kiterjed a szenvedélybetegek és családtagjaik problémáinak segítésére. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosításáról szóló 2001. évi LXXIX. törvény a települési önkormányzatok feladataiba sorolta a szenvedélybetegek közösségi ellátásának megszervezését, illetve kibővítette a családsegítő központok feladatait. A családsegítő központok feladatává vált, hogy a kábítószerfüggő fiatalok, illetve családtagjainak, hozzátartozóinak információs segítséget nyújtsanak, kapcsolatot tartsanak a kezelőhelyekkel, segítő szolgálatot nyújtó intézményekkel.

A drogfogyasztás negatív szociális következményeinek mérséklése jelenik meg a 2004. évben a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény végrehajtási rendeletének [a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet] módosításában. [4/2004. (I. 28.) ESZCSM rendelet] A rendelet mind a nappali ellátás, mind a speciális alapellátás (szenvedélybetegek közösségi ellátása) tekintetében nevesíti az alacsonyküszöbű szolgáltatásokat, többek között a pszichoszociális tanácsadást, az ártalomcsökkentési programokat, mint feladatellátást.

Az előző pontban bemutatott intézmények megalakulásáig, illetve működéséig egyes, elsősorban civil szervezetek működtettek társadalmi reintegrációt elősegítő modellprogramokat,

¹⁷ Pszichiátriai zavarok és az addiktológiai betegségek együttes előfordulása.

célzottan droghasználók számára. A drogfogyasztásra adott szociális válaszok, intézményi ellátási formák és programok száma, kapacitása, megbízhatósága nagyon fejletlen. Különböző alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő és pszichoszociális programok nyújtanak még térben és időben egyaránt korlátozott mértékű és hatékonyságú ellátásokat.

A szociális szolgáltatások területén a rehabilitációs, reintegrációs, reszocializációs programokat működtető intézmények 2003. évtől védett bérleményeket, védett lakhatási formákat tudnak állami támogatással igénybe venni. Az ellátás a *külső férőhely*, illetve a *lakóotthon* keretében szerveződhet. Mindkét szolgáltatási típus esetében a fenntartó állami támogatást kap, mellyel a kliensek reintegrációs lehetőségeit képesek elősegíteni. A *lakóotthon* 8-14 fős kiscsoportos lakhatási forma. Az ellátás keretében (5+3 év) a kliensek nemcsak támogatott lakhatási formában részesülnek, hanem rehabilitációs, reintegrációs programokban is. A KSH-adatok közül a 2003. év még nem került feldolgozásra.

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca 2003 óta elsősorban pályázati úton támogatja a szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját, a munka világába való visszatérését elősegítő fejlesztéseket, a jövőben nagyobb hangsúlyt fektetve a szenvedélybetegek foglalkoztatását elősegítő programokra.

A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet 76/A–76/C. §-ai 2003. január 1-től léptek hatályba. A hivatkozott jogszabályi részek a kábítószer-prevenációs részlegek létesítésének lehetőségéről szólnak. Az önként jelentkező elítéltek számára a kábítószer-fogyasztás és -terjesztés megelőzésére prevenációs részleg létesíthető. A prevenációs részlegen az az elítélt helyezhető el, aki írásban nyilatkozik arról, hogy a kábítószer-mentesség ellenőrzése érdekében aláveti magát rendszeres vizsgálatoknak, és azokhoz vizsgálati anyagot (testvialadékot) szolgáltat. A prevenációs részlegen történő elhelyezésről a nevelő javaslatára a befogadási bizottság dönt.

A belső intézkedések szerint a részlegeken megkezdett drogprevenációs munkát a szabadulás után is folytatni kell, és ennek érdekében a fogvatartottaknak lehetőséget kell biztosítani, hogy felvegye a kapcsolatot az illetékes hatóságokkal és civil szervezetekkel. Drogprevenációs, egészségfejlesztő és reintegrációs programok a fogvatartottak részére 2003-ban már elérhetők voltak a büntetés-végrehajtási intézetekben.

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet 4. §-ának (2) bekezdése szerint, ha a büntetőeljárás alá vont kábítószer-élvező személy fogvatartására más (nem kábítószer-bűncselekménnyel összefüggő) ügyéből fakadóan büntetés-végrehajtási intézetben kerül sor, részére a külön jogszabály alapján kijelölt büntetés-végrehajtási intézet biztosítja a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, kábítószer-használatot kezelő más ellátást vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást.

A büntetés-végrehajtás országos parancsnokának a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételéről szóló 1-1/62/2005. (IK Bv. Mell. 7.) intézkedése alapján kijelölt intézetekben a fogvatartott nők és fiatalkorúak ellátása megoldott.

Az említett OP intézkedés szerint a kábítószer-függőséget gyógyító kezelést felnőtt korú női fogvatartottak esetében a Kalocsai Fegyház és Börtön, fiatalkorú férfi fogvatartottak esetében a Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete (Tököl), fiatalkorú női fogvatartottak esetében az

elhelyezésükre kijelölt intézet hajtja végre. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés végrehajtásáért, illetve annak megszervezéséért a kijelölt büntetés-végrehajtási intézet egészségügyi osztálya felelős.

Az OP intézkedés alapján a kábítószer-használatot kezelő más ellátás, illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatáson történő részvétel is biztosított az intézkedés mellékletében kijelölt 11 intézetben.

A jelenlegi adatok szerint kábítószer-prevenációs részleg jelenleg 15 büntetés-végrehajtási intézetben működik:

1. Budapesti Fegyház és Börtön
2. Kalocsai Fegyház és Börtön (női)
3. Márianosztrai Fegyház és Börtön
4. Szegedi Fegyház és Börtön
5. Váci Fegyház és Börtön
6. Állampisztai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
7. Baracskai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
8. Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
9. Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
10. Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete (Tököl)
11. Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet (női)
12. Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete (Szirmabesenyő)
13. Komárom-Esztergom Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet
14. Veszprém Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet
15. Sopronkőhidai Fegyház és Börtön.

A kábítószer-használatot kezelő más ellátást, illetve megelőző-felvilágosító szolgáltatáson (elterelés) történő részvételt biztosító intézetek az alábbiak:

1. Budapesti Fegyház és Börtön
2. Kalocsai Fegyház és Börtön (női)
3. Szegedi Fegyház és Börtön
4. Állampisztai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
5. Baracskai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
6. Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet
7. Fiatalkorúak Büntetés-végrehajtási Intézete (Tököl)
8. Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete (Kecskemét)
9. Sopronkőhidai Fegyház és Börtön
10. Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet
11. Balassagyarmati Fegyház és Börtön.

A 2003-as év végéig befejezett, vagy a szabadulás miatt megszakított kezelések száma 92 volt, a kezelés alatt állók száma folyamatosan 33-35 fő között mozgott. Feltételezhető azonban, hogy az elterelés jogintézményét választó fogvatartottak száma a jövőben emelkedni fog. Ennek oka, hogy egyre nő azoknak a személyeknek a száma, akik főbüntetésük mellett elkövették a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt is, és a fogvatartásuk alatt kívánnak részt venni az elterelésen.

A büntetés-végrehajtási intézetekben kialakított prevenciós körleten az önként jelentkezők számára komplex programot nyújtanak, amely bizonyos kedvezmények mellett kötelezi a résztvevőket a szűrővizsgálatra is. 2002. december 31-ig a fogvatartottak HIV szűrése teljes körűen kötelező volt. Európai uniós direktívákra, és alapvető emberi jogokra hivatkozással ennek megváltoztatására törvények készültek, amelyek csak az önkéntes és anonim HIV szűrésre adtak lehetőséget. Az önkéntesség és anonimitás elvének betartása, előzetes és részletes felvilágosítás mellett a büntetés-végrehajtási szervezet változatlan feltételekkel továbbra is biztosítja a HIV szűrést. Ennek ellenére – a kötelező jelleg megszüntetésével – a kért vizsgálatok száma az utolsó három évben töredékére csökkent.

A Hepatitis szűrésére – az egyébként meglehetősen költséges vizsgálat miatt – csak a véradások kapcsán került sor. Tekintettel arra, hogy a fogvatartottak jelentős hányada jelentkezett véradásra, ez a módszer megfelelőnek bizonyult a fertőzöttek kiszűrésére is. Azonban ebben az esetben is az európai uniós direktívák szabtak gátat a karitatív és egyben megelőzést is szolgáló eljárásnak, mert a fogvatartottak részéről a véradást kerülendőnek nyilvánították.

A börtönökben metadonfenntartó kezelés kötelezően biztosítandó. A 2005-ös évben ilyen módon egy fő részesült metadonkezelésben. Amennyiben a büntetés-végrehajtási intézetbe kerülő személy előzetesen metadonterápiában már részesült, és szakorvosi javaslat írja elő ennek folytatását, a büntetés-végrehajtási intézetben, illetve ha az állapota indokolja, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben erre lehetőség van.

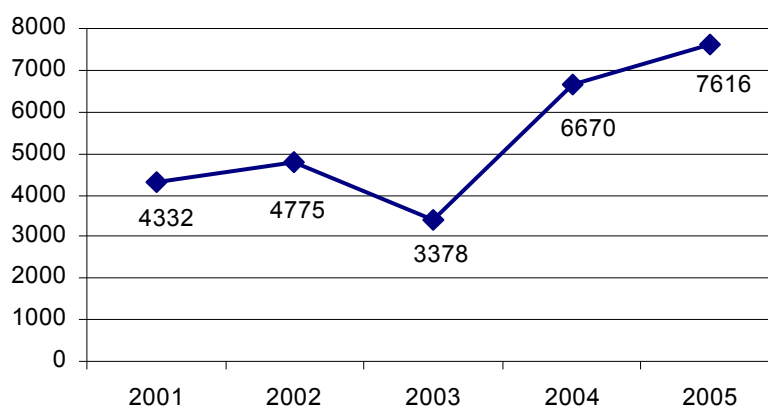
A büntetés-végrehajtásban végzendő alacsonyküszöbű szolgáltatások beindításához jogszabályi változásokra lenne szükség, főképpen a fogvatartottnál tartható tárgyak körét, illetve egyes biztonsági jellegű szabályok újraértelmezését vagy módosítását illetően.

8. KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS

A hazai kriminálstatistika rendszere a kábítószeres bűncselekmény alatt a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (Btk. 282/A. §, 282/B. §, illetve a 282/C. §) érti. A 2004. évi statisztikai adatok szerint 6670 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

2003-ban a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma az azt megelőző évihez képest 29,3%-kal csökkent, 2004-ben pedig közel kétszeresére nőtt. (A növekedés mértéke 197,5% volt.) Az ERÜBS adatai az mutatják, hogy 2005-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A növekedés mértéke 114,2% volt.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának ilyen mértékű növekedése elsősorban a Btk. 2003. évi módosításával és a büntetőeljárás törvény módosításának hatálybalépésével függ össze. Ugyanis a Btk. 2003. március 1-jén hatályba lépett módosítása jelentősen kibővítette az elterelésben résztvevők körét. A 2003. július 1-jén hatályba lépett büntetőeljárásról szóló törvény módosításával, valamint az elterelés, azaz a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelettel az eljárás és az elterelések végrehajtása szabályozottabb, de egyben hosszabb is lett.

Így azoknak a 2002-ben és 2003. március 1. előtt kábítószerrel visszaélés miatt indult eljárásoknak a többsége, amelyek a törvénymódosítás idején még folytak, és a módosítással az elkövetők számára lehetőség nyílt az elterelésen történő részvételre, még nem kerülhetett bele a 2003. évi statisztikába. A 2003. március 1. után indult, eltereléssel végződő eljárások zöme szintén nem fejeződött be 2003-ban. Ezek az esetek a 2004. évi statisztikában jelentek meg.

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények alakulása az elkövetés ideje szerint

Elkövetés éve	Esetszám	%
2004	960	14,4
2003	3600	54
2003 előtt	2110	31,6
Összesen	6670	100

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

Az elkövetés idejét vizsgálva a korábbi évektől kissé eltérő arányokat találunk. Míg a 2002-es adatok 26,8%-a tartalmazott a tárgyévben elkövetett cselekményeket, 2003-ban ezek aránya már alig haladta meg a 20%-ot (20,2%). 2004-ben pedig még a 15%-ot sem érte el (14,4%).

A 2004-es kriminálstatisztikai adatok sokkal inkább jelzői a 2003-as állapotoknak, mint a vizsgált időszaknak.

A bizonyítási eljárások egyik legfontosabb részét képezik az akkreditált toxikológiai laboratóriumok vizsgálati eredményei. Az országban több ilyen laboratórium végez ilyen méréseket, köztük az MH Egészségvédelmi Intézet Toxikológiai Kutató Osztály Kábítószer Vizsgáló Laboratóriuma.

Egyéb kábítószerrel összefüggő bűncselekmények

A hazai kriminálstatisztika rendszere jellemzően csak a direkt kábítószer-bűnözésről szolgáltat megbízható adatokat. Az indirekt kábítószer-bűnözésről, azaz a kábítószer megszerzése érdekében elkövetett bűncselekményekről nem állnak rendelkezésre adatok.

Az adatok értelmezéséhez meg kell jegyeznünk, hogy a kábítószer hatása alatt történő elkövetésekre csak akkor derül fény, ha az elkövető közölte a hatósággal ezt a tényt, illetve, ha a cselekmény jellege miatt a büntető-eljárásjogi törvény alapján vizsgálható az elkövető testnedve. Így a kriminálstatisztika adatai csak fenntartással kezelhetők a következménybűnözés terjedelmének, illetve jellemzőinek vizsgálatá során.

A statisztika megkülönbözteti a kábítószer, illetve a kábító hatású anyag hatása alatt elkövetett bűncselekményeket. Kábító hatású (tehát jogilag nem kábítószernek minősülő) anyag alatt jellemzően különböző gyógyszerek (főként altatók és nyugtatók), illetve alkalmanként a „kábítószerlistán” nem szereplő egyéb anyagok értendők (az alkohol hatása alatt történő bűnelkövetést a statisztika külön kezeli).

A kábítószer, illetve a kábító hatású anyag hatása alatt bűncselekményt elkövetők

2004-ben kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt 4071 fő követett el bűncselekményt, közel kétszer annyian, mint 2003-ban (2112 fő).

A legtöbben (75,6%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért, mert kábítószer hatása alatt állt. Ez az érték 2003-ban 61,4% volt, tehát jelentős, 14,2 százalékpontos növekedés detektálható. A növekedés tulajdonképpen a 2002. évi állapotokhoz való visszatérést jelenti, a meglehetősen torz 2003. évi statisztikát követően.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva a fentiek a következőket jelentik: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 14,1%-a, közlekedési bűncselekményt 2,3%-uk, személy elleni bűncselekményt 2,2%-uk, garázdaságot 2,5%-uk.

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2004., 2005., 2006.

9. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT

Magyarországon továbbra is a marihuána a legelterjedtebb kábítószer. Nagy része hazai ültetvényekről kerül az eladókhoz, míg külföldről elsősorban Hollandiából és a volt Jugoszlávia területéről érkezik az országba.

A szintetikus kábítószerrel kapcsolatban megállapítható, hogy azok jellemzően Nyugat-Európából – különösen Hollandiából – kerültek becsempészésre.

Az utóbbi időszak tapasztalata – mely jelenség összefügghet a határok átjárhatóságával –, hogy a vidéki nagyvárosok szervezettséget mutató bűnözői körei is bekapcsolódtak a szintetikus kábítószerrel saját szervezésű, Hollandiában történő beszerzésébe, és illegális importjába, fellazulni látszik a korábbi főváros centrikusság.

A heroin továbbra is az ún. „Balkán-útvonalon” érkezik az országba. A heroinszállítmányok jelentős részénél azonban csak tranzit-, illetve deponáló országgént szerepel az ország. Magyarországon elsősorban albán és török nemzetiségű csoportok tartják kezükben a heroincempészetet, illetve a nagybani terjesztést. Az alacsonyabb szintű terjesztésben az albán és magyar csoportokon kívül új jelenséggé vált kínai és vietnámi személyek is részt vesznek.

Kábítószer-termesztés és -előállítás

A kannabisültetvények méretében növekvő tendencia mutatható ki.

A magyar fogyasztói piacon megjelenő marihuána egyre jelentősebb része hazai illegális ültetvények terméséből származik. A szabadban folytatott termesztésen kívül üvegházi és zárt hangárrendszerű termesztés is felderítésre került 2005-ben, melyeknél a szükséges fényt és öntözést automatikus vezérléssel oldották meg.

2005-ben egy szintetikus kábítószerrel előállításához használt anyagot (platina-oxid katalizátort) gyártó illegális laboratóriumot is lefoglalt a bűnüldöző hatóság.

Lefoglalások

Az alábbi adatok mind a Rendőrség, mind a Vám- és Pénzügyőrség által talált kábítószereket magába foglalják.

A lefoglalási adatok alapján Magyarországon 2005-ben továbbra is a marihuána volt a legnépszerűbb kábítószer. Előfordulási gyakoriságban – a korábbi évekhez hasonlóan – a marihuánát az ecstasy, az amfetamin, majd a heroin követi. Az amfetamin előfordulási gyakorisága 2001-től kezdődően emelkedő tendenciát mutat, amely a 2005. évben is folytatódott.

Lefoglalások száma és mennyisége

Szertípus	2003		2004		2005	
	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség
Marihuána (kg)	2015 ¹⁸	206,8 ¹⁹	1722	91,733	1707	161,613
Kannabisz növény (tó)	N.a.	N.a.	62	2998	43	811
Hasis	76	1,53	59	2,524	86	12,859
Heroin (kg)	90	256,33	113	89,85	108	237,842
Kokain (kg)	95	23,47	96	94,43	89	7,581
Amfetamin (kg)	373	12,11	378	19,663	355	27,743
Metamfetamin (kg)	5	0,007	3	0,0015	5	0,107
Ecstasy (tabletta)	362	135.634				
/MDMA, MDA, MDE/			1226	181.807	366	234.582
LSD (adag)	17	345,5	18	3396	14	569

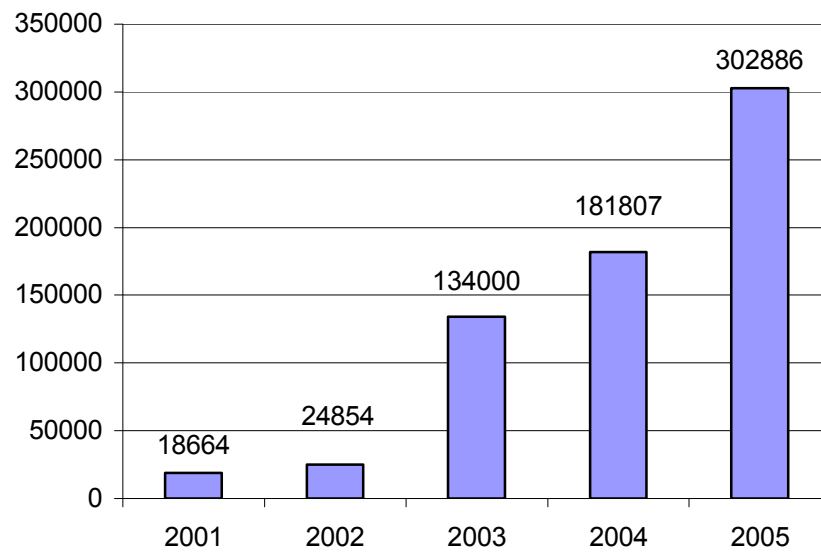
Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

A lefoglalt kábítószerek mennyiségének növekedése (marihuána, hasis, heroin, amfetamin) elsősorban több nagytételű lefoglalás eredménye. Kokain esetében nagyobb tranzitszállítmány lefoglalására 2005-ben nem került sor, de a kis mennyiségű kokainlefoglalások száma növekvő tendenciát mutat. Az ecstasy esetében az utóbbi években jelentősen növekedett a nagy lefoglalások száma és a lefoglalt tételek mennyisége is.

¹⁸ A 2003-as marihuána lefoglalások száma magába foglalja a kannabisz növény lefoglalásokat is.

¹⁹ A 2003-ban lefoglalt marihuána mennyisége magába foglalja a lefoglalt kannabisz növények mennyiségét is.

**A lefoglalt ecstasy tabletták száma
(ecstasy és amfetamin típusú hatóanyagot tartalmazó tabletták)**



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

10. A BÜNTETŐELJÁRÁS ALTERNATÍVÁI A KÁBITÓSZERREL VISSZAÉLÉST ELKÖVETŐK SZÁMÁRA

Magyarországi viszonylatban az elterelés azon gyógyító és megelőző programok, tevékenységek összessége, amely igazolt teljesítés esetén minimalizálja a kábítószer-fogyasztó büntetőeljárásban töltött idejét, és megszünteti a büntethetőséget. Az elterelésre vagy a tárgyalás, vagy az ítélethozatal előtt kerül sor, attól függően, hogy az ügyész halasztja el a vádat, vagy a bíró függeszti fel az eljárást.

Jogi háttér változása 2004-ben

A büntető jogszabályok és a hozzájuk kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2003. évi II. törvény 2003. március 1-jei hatállyal módosította a Btk.-nak a kábítószerrel visszaélés bűncselekményét szabályozó rendelkezéseit. Ezek a rendelkezések az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat nyomán 2004. december 13-tól ismét módosultak. Az 54/2004. (XII. 13.) AB határozat több ponton érintette a kábítószerkérdés jogi vonatkozásait, többek között az elterelés jogintézményének alkalmazhatósági körét is. Az elterelés választására jogosultak személyi köre leszűkült 2004. decemberében. Mindazonáltal az Alkotmánybíróság megállapította, hogy az elterelés alkotmányos és a hazai jogrendben is szükséges jogintézmény. Kifejtette, hogy a megbomlott egyensúly a határozatában említett mulasztások megszüntetésével és az intézmény újraszabályozásával helyreállítható.

Szakmai háttér, értékelés, minőségbiztosítás

2003-ban rendezték először jogszabályi keretek között az elterelés folyamatát, az abban részt vevő szervek és személyek feladatkörét. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendeletből is kitűnik, hogy az elterelésnek szakmai szempontból három változata van: kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás és megelőző-felvilágosító szolgáltatás. A kábítószerfüggő az első, a szerhasználattal összefüggésben valamilyen problémával rendelkező (beteg, de nem függő) személy a második szolgáltatásba kerül, míg a betegnek nem minősülő, általában alkalmi használót a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba irányítják. Azt, hogy a terhelt személy melyik szolgáltatásba kerül az elterelés során, az előzetes állapotfelmérést végző szakember dönti el. Az előzetes állapotfelmérés szakmai irányelvei a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet koordinálása folytán 2004-ben kidolgozásra kerültek. Ennek megfelelően az állapotfelmérés célja a fent említett döntés mellett az is, hogy a kliens csoportba engedhetőségéről döntsön. A szakmai anyag ajánlást fogalmaz meg az állapotfelmérést végző személy végzettségére, szakmai gyakorlatára, az állapotfelmérés során keletkező szakmai dokumentációra és magára a módszerre vonatkozóan is. A dokumentum szerint az állapotfelmérés ideális esetben addiktológiai vizsgálatot és pszichiátriai interjút egyaránt tartalmaz.

A jelentési időszakban 35 megelőző-felvilágosító szolgáltató működött az országban, ezek többségében civil szervezetek (14) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (10) voltak, de találhatunk köztük egyházi (8) és állami (2) intézményt, illetve gazdasági társaságot (1) is. Számuk 2005-ben 40-re nőtt.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatóknál végzett adatfelvételkor kiderült, hogy lakóhely tekintetében nagyjából azonos arányban találhatók fővárosiak, városiak és falusiak az elterelésben

részt vevők között. (Megjegyzés: az állandó lakóhely került felvételre, így a tartózkodási hely szerinti vizsgálat egészen más arányokat mutathat.) Az elterelés jogalapjául szolgáló határozatokból kiderül, hogy többségében közterületen történtek az elkövetések, ezután következik a szórakozóhely. A megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevők között végzett vizsgálatok alapján megállapítható, hogy legnagyobb arányban a „megszerzés” vagy „tartás” (tehát keresleti típusú magatartás) miatt indultak a büntetőeljárások. 2004. évi felmérések szerint az elterelést (megelőző-felvilágosító szolgáltatást) megszakítók aránya 22% volt.

Az elterelés, illetve speciálisan a vádelhalasztás jogintézményének monitorozására a Btk. 2003. évi módosítását megelőzően, 2002-ben került sor, illetve jelenleg folyik egy hasonló vizsgálat, amely nyilván tükrözni fogja majd a 2003. évi Btk.-módosítás következményeit.

2004-ben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet egységes standardok szerinti tevékenység-bemutatói sémát dolgozott ki a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára. A szakemberek saját maguk vihetik fel az adatokat egy, az európai uniós követelményeknek is megfelelő (EDDRA-alapú) kérdőív alapján az Intézet információs portáljára, ezáltal áttekinthetővé, összehasonlíthatóvá és értékelhetővé válik az elterelés ezen formájának szakmai tartalma.

Az Országos Addiktológiai Intézet felkérésére készült egy tanulmány (Rácz, 2005) az elterelés nemzetközi és magyar változatának összehasonlításáról, amelyben megfogalmazásra kerültek a hazai gyakorlat kritikái és a jövőre vonatkozó szakmai ajánlások. Többek között a következő megfigyelések és egyben ajánlások kerültek összegzésre a rendszerrel kapcsolatban:

- a háromféle elterelés a célcsoportokhoz képest nem elég differenciált;
- főleg a késői kezelésbe kerülés miatt az eljárás folyamata túl hosszú, és így a kliens számára is nehezen átlátható;
- a jogszabályban előírt „elterelési idő” (félévig legalább kéthetente átlagosan két óra) nem teszi lehetővé a terápiás szempontok rugalmas figyelembevételét;
- ki kell alakítani az elterelés szakmai tartalmait az „igazolásgyártó” funkció megakadályozása végett;
- a kliens számára jelenleg nem elég átlátható a folyamat, illetve nem érezhető, hogy mikor és miben dönt, ennek mik az előnyei, hátrányai – a döntést össze kellene kapcsolni a motiváció és a kliens autonómia-kérdésével;
- további kvantitatív és kvalitatív kutatásra volna szükség.

Mindezek, és a tanulmány további ajánlásai alapul szolgálhatnak majd az értékelési és monitorozási rendszer kidolgozásakor. Ugyanez a tanulmány igényként fogalmazza meg egy olyan nyilvántartás bevezetését, amely lehetővé teszi a kliensek követését, a párhuzamos kezelések kiiktatását.

Az Országos Addiktológiai Intézet és a Nemzeti Drog Fókuszpont koordinálásával kiépülőben van egy TDI-alapú regisztrációs rendszer, amely az elterelt személyeket egy egyedi, de az anonimitást és a személyes adatok védelmét garantáló azonosító kóddal tartja nyilván.

A pártfogó felügyelő a kábítószerrel való visszaélés miatt alkalmazott elterelés végrehajtásában koordináló szerepet tölt be a büntető igazságszolgáltatás szereplői, a pártfogoltak, valamint a számukra szolgáltatást nyújtó intézmények között. A pártfogó felügyelő kettős funkciója szerint ellenőrzi és egyúttal segíti a pártfogoltat.

A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet (a továbbiakban: együttes rendelet) a büntetőügyben eljáró bíróságra, az ügyészre, a pártfogó felügyelőre, az érintett személyre és az ellátást vagy szolgáltatást nyújtó intézményre vonatkozó rendelkezéseket tartalmaz.

A Be. 222. §-ának (2) bekezdése szerinti vádemelés-elhalasztás esetén az ügyészi határozat nem jelöli ki a kezelést nyújtó intézményt, erről – az együttes rendelet 2. §-ának (4) bekezdése és 3. §-ának (2) bekezdése szerint – a pártfogó felügyelő nyújt tájékoztatást, aki ezáltal a büntető igazságszolgáltatás és az ellátórendszer intézményei között információs csatornát képez, illetve biztosítja az együttműködést annak érdekében, hogy a pártfogolt minél előbb és minél optimálisabb körülmények között teljesítse külön kötelezettségét. A hatályos szabályozás szerint kialakított gyakorlatnak megfelelően a pártfogó felügyelői szolgálat a teljeskörű információ-közvetítés érdekében haladéktalanul felveszi a kapcsolatot a folyamatban részt vevő intézményekkel, kezdeményezi az együttműködést, közöttük szerteágazó közvetítést végez.

A leírt rendszerben a pártfogó felügyelői szolgálat feladata az is, hogy elősegítse az intézkedés végrehajtásának igazságügyi szempontból történő szakszerűségét, a végrehajtás stabilitását, így a bűnmegelőzési, büntetési célok megvalósulását. Ezen feladatát az ellátóhelyek szakmai kompetenciájára figyelemmel látja el a pártfogó felügyelői szolgálat.

11. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK, A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS TÁRSADALAMI KÖLTSÉGEI

A Nemzeti Stratégia egységes és a szakmai szervezetek által is támogatott szemléleti és cselekvési tervet jelent Magyarországon. Megvalósítása azonban jelentős többletforrásokat igényel. 2002 őszén a Kormány tájékoztatót hallgatott meg a gyermek-, ifjúsági és sportminiszter előterjesztésében, melyben a Nemzeti Stratégia megvalósítására egyszeri 7,9 milliárd forintos (31,6 M €) támogatási igényt nyújtott be. Ez az előterjesztés alapozta meg a 2003. évre egy 700 millió forintos (2,8 M €) központi külön keret biztosítását a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium fejezeti költségvetésében. Ezt az összeget a kábítószerügyi koordinációért felelős tárca a Stratégia megvalósításában érintett társtárcaikkal egyeztetve a kábítószer-probléma visszaszorítása terén jelentkező legsürgetőbb feladatokra kívánta fordítani. A tárca által megküldött javaslatok alapján elkészült összesítést a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2003. július 8-i ülésén, 2/2003. KKB számú határozatával elfogadta.

Minisztériumok forrásigénye a kábítószer-probléma visszaszorítására 2003-ban

Minisztérium, főhatóság	millió forint
Belügyminisztérium	179,4
Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium	126,7
Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium	248,6
Honvédelmi Minisztérium	20,5
Igazságügyi Minisztérium, BVOP	27,3
Oktatási Minisztérium	51,7
Pénzügyminisztérium, VPOP	28,3
Mindösszesen:	682,5

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005.

2004-ben a Kormány döntése a költségvetés egészére vonatkozó takarékosági intézkedésekről szükségszerűen érintette a szakterület fejezeti költségvetési forrásokkal való gazdálkodását, így a Nemzeti Stratégia megvalósítására szánt keretösszeget is. Ennek megfelelően a KKB 2004. január 12-én a költségvetésből 196,8 millió forint átadásáról határozott. A társtárcaknak 2004-ben átadott források tárcaenkénti összege, illetve ezen összegek a kábítószer-probléma területei közötti megoszlása az alábbiak szerint alakult:

A KKB által a társtárcáknak nyújtott támogatások 2004-ben²⁰

Minisztérium, főhatóság	millió forint
Oktatási Minisztérium	30
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	30
Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium	1,5
Prevenció	1,5
Országos Bűnmegelőzési Bizottság	5
Prevenció	5
Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága	14
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	5
Prevenció	7
Kínálatcsökkentés	2
Igazságügyi Minisztérium	16,7
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	16,7
Országos Rendőr-főkapitányság	36,8
Kínálatcsökkentés	24,5
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	12,3
Pénzügyminisztérium (VPOP)	39,8
Kínálatcsökkentés	39,8
Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium	53
Kezelés	40
Ártalomcsökkentés	13
Összesen	196,8

Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2006.

A költségvetés és közkiadások

A Nemzeti Stratégia megvalósításában részt vevő és feladattal felruházott tárcák kábítószerügyi allokációjáról a jelentési periódusban nem rendelkezünk pontos kimutatással.

A kábítószerügy területén megvalósítandó feladatok végrehajtásában érintett minisztériumok által a kábítószer-problémára felhasznált forrásokról rendkívül kevés adat áll rendelkezésünkre. Ez részben azzal magyarázható, hogy a vizsgált időszak nagy részében a kábítószer-probléma finanszírozását elsősorban az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICSSZEM) fejezeti költségvetése foglalta magába. 2004-ben a központi költségvetés eredeti kiadási előirányzata 6132,4 milliárd forint, módosított kiadási előirányzata 6174,6 milliárd forint, tényleges kiadása pedig 6237,6 milliárd forint volt. A költségvetéséből jelentős részt képviselt az ICSSZEM 563 milliárd forintos költségvetése.

²⁰ 2005-ben nem került forrásátadásra sor a tárcákhoz.

2004-ben a minisztérium eredeti előirányzatként 1278,6 millió forinttal finanszírozta a kábítószer-probléma visszaszorításáért küzdő intézményeket, szervezeteket. A tárca az 1278,6 millió forintból pályázat útján 761,1 millió forintot osztott el, amelyből csak magyarországi civil és szakmai szervezetek részesülhettek. Ezen túlmenően egyedi támogatások formájában 171 millió forintot, illetve az uniós PHARE-program révén 346,5 millió forintot juttatott a kábítószer-probléma visszaszorítására törekvő intézményeknek, szervezeteknek. 2005-ben a tárca költségvetésében 996 millió forint állt rendelkezésre ugyanerre a célra.