

**Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának
Jelentése
Az AJB 1092/2011 számú ügyben**

Előadó: dr. Bassola Eszter
dr. Lux Ágnes
dr. Tóth László

Az eljárás megindulása

A gyermekvédelmi törvény felhatalmazása alapján gyermekjogi ombudsmanként eljáró országgyűlési biztosként 2011-ben tovább folytattuk kiemelt gyermekjogi projektünket, amelynek során a *gyermek legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülését* állítottuk ezirányú vizsgálataink középpontjába. A gyermekjogi projekt keretében – egyebek mellett – vizsgálok a *gyermek drog-és alkoholfogyasztásának* jelenségét is.

A drogfogyasztás mértékével összefüggő kutatások eredményei arra engednek következtetni, hogy a középiskolás korú fiatalok legalább egynegyede már fogyasztott drogot. A drog- és az alkoholfogyasztás esetében az adatok emelkedő tendenciát mutatnak, egyidejűleg az érintett gyermekek – a kipróbálás idején betöltött – életkorának csökkenését igazolják. Az elmúlt évtized alapján hazánk, nemzetközi kitekintésben közepesen „fertőzött” országnak tekinthető. Már a kilencvenes évek második felében, az évtized elejéhez képest közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia értéke, mely növekedés határozott, bár eltérő intenzitású volt. További fontos adat az elmúlt évekre vonatkozóan, hogy több mint negyedével növekedett a visszaélészerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke is.

Mindezek, továbbá a rendelkezésemre álló egyéb információk alapján felmerült a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, valamint a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogával összefüggő alapjogi visszásság gyanúja, ezért az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (Obtv.) 16. § (2) bekezdése alapján, hivatalból vizsgálatot indítottam.

Ennek sikeres lefolytatása érdekében tájékoztatást kértem a nemzeti erőforrás minisztertől és az oktatásért felelős államtitkártól, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet főigazgatójától, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának elnökétől, a Magyar Pszichiátriai Társaság elnökétől, a Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Társaság elnökétől, a Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány elnökétől, Budapest Főváros Önkormányzatának Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálatának igazgatójától, az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet főigazgatójától és az országos rendőrfőkapitánytól.

Tájékoztatást kértem továbbá a Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatától is. (1. számú melléklet)

A megállapított tényállás

I. Nemzetközi keretrendszer a drogpolitikában

I.1. A nemzetközi drogkontroll rendszer

A második világháború után az *Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ)* keretein belül folytatódott a drogkontroll-rendszer fejlődése. Az ENSZ Közgyűlésén 1961-ben 73 állam képviselője írta alá az *Egységes Kábítószer Egyezményt*, amely 116 kábítószerre vont kontroll alá, négy jegyzékbe sorolva ezeket attól függően, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) becslése szerint mekkora a visszaélési kockázatuk és a gyógyászati hasznuk (a gyógyszerkészítményekben megjelenő hatóanyag tartalom szempontjából). Az aláíró felek

kötelezték magukat arra, hogy ezen anyagok illegális előállításának és kereskedelmének megszüntetésére töreksenek. Az egyezmény ezt a célt elsősorban a drogok alapanyagául szolgáló növények kiirtásán keresztül próbálta elérni (a kokalevél esetében 25, az ópiummák esetében 15 év alatt). Az egyezményt 1971-ben a pszichotróp anyagokról szóló konvencióval egészítették ki, amely 111 pszichotróp anyagot vont ellenőrzés alá. Az *1988-as Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény* meghatározta a kábítószeres és pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt ún. prekursoranyagok listáját. Ez volt ezenkívül az első egyezmény, amely kimondottan büntetni rendelte a kábítószeres személyes használat céljából való tartását, amennyiben az adott állam számára ez szükséges a kereskedelem elleni harchoz, illetve ha összeegyeztethető az alkotmányos alapelvekkel. Hazánk mindhárom nemzetközi egyezményhez csatlakozott.

2009-ben került sor az *ENSZ Kábítószer Bizottsága (United Nation Office of Drugs and Crime – Commission on Narcotic Drugs /UNCND/)* 52. ülésének magasszintű szegmensére, 130 állam mintegy másfél ezer küldöttjének részvételével. A szegmens célja az ENSZ Rendkívüli XX. Közgyűlésén (UNGASS) 1998-ban elfogadott határozat tízéves végrehajtása eredményeinek, illetve a tapasztalatok alapján a jövőben szükséges intézkedések áttekintése volt. A résztvevők a magasszintű szegmens záró dokumentumaként Politikai Nyilatkozatot és Akciótervet fogadtak el. A Nyilatkozat kinyilvánítja, hogy a világméretű kábítószer-probléma megoldásához közös felelősségvállalás, kiegyensúlyozott és átfogó megközelítés szükséges. A nemzetközi drogpolitika alapvető célja a társadalom és az egyén egészségének biztosítása, az ehhez kapcsolódó eszköztár hangsúlyos eleme pedig az emberi jogok tiszteletben tartása. Támogatja a tradicionális termelő országokat abban, hogy fenntartsák az ópium kínálatának egyensúlyát a legális gyógyászati, illetve kutatási célra. Üdvözlöi a civil társadalom, különös tekintettel a nem-kormányzati szervezetek szerepét a kábítószerhelyzet kezelésében. Elismeri az eddigiekben tett kínálatcsökkentési erőfeszítéseket, különös tekintettel az illegális heroin-, kokain- és kannabisztermelés és -kereskedelem, valamint a fokozódó prekuzoreltérítések elleni fellépésre. A deklaráció hangsúlyozza, hogy az effektív kínálatcsökkentési intézkedések megvalósítása érdekében nemzeti, regionális és nemzetközi erőfeszítések egyaránt szükségesek. Kiemeli, hogy az *amfetaminszármazékok és pszichotróp anyagok továbbra is veszélyeztetik a társadalom, különösen a fiatalok biztonságát, egészségét és jóllétét*. Fontosnak tartja a megbízható, pontos és összehasonlítható adatok gyűjtését és elemzését. Együttműködésre szólítja fel a tagállamokat és az Egészségügyi Világszervezetet (WHO) is, hogy gyógyászati és tudományos célra biztosítsa az ellenőrzött szerek rendelkezésre állását. Komoly aggodalommal veszi tudomásul a kábítószer-használat egyénre és társadalomra gyakorolt hatásait, amelyeket egy átfogó és multiszektoriális keresletcsökkentési stratégiával tart csökkenthetőnek. Kiemelten fontosnak tartja a prevenció programokhoz, kezelési lehetőségekhez és kapcsolódó segítő szolgáltatásokhoz való általános hozzáférhetőséget. Elkötelezett az effektív integrált és átfogó keresletcsökkentési stratégiák megalkotása, felülvizsgálata és megerősítése mellett. Elismeri a fenntartható ültetvény-ellenőrzési stratégiák létjogosultságát, mint az illegális kábítószer-termelés elleni fellépés eszközét. Ezen stratégiáknak nemzetközi együttműködésen és a közös felelősség elvén kell alapulniuk, miközben minden esetben tiszteletben tartják a jogállamiságot. Megerősíti a prekuzor-ellenőrzés fontosságát, különös tekintettel ezen anyagok eltérítésének megelőzésére. Hangsúlyozza a nemzeti, regionális és nemzetközi kutatások, tudományos bizonyítékok elemzésének fontosságát. Az Akcióterv a politikai deklaráció következtetéseit alapul véve a kábítószer-probléma megoldásának hatékonyabb eszközeit foglalja össze.

Az ENSZ Egyezmények egyértelmű előrelépést jelentenek a kábítószer fogyasztás csökkentése terén. A kokain, amfetamin és ecstasy előállításának mértéke is stabilizálódott 2000-

2002 után. A fejlett országokban (Amerikai Egyesült Államok, európai országok) egyes kábítószeres fogyasztásában is megjelentek kedvező tendenciák. Azonban a pozitív folyamatok ezekben az országokban is csak egyes kábítószerre korlátozódnak, más régiókban pedig a fogyasztási tendenciák még kevésbé kedvezőek. Továbbá új kihívást jelentenek világszerte az illegális kábítószernek nem minősített, szintetikus pszichotróp anyagok.

A fenti megállapítások mellett a szakirodalom néhány nem kívánt következményt is tulajdonít a nemzetközi drog-kontrollrendszernek, ezek a következők: 1) bűnszervezetek által irányított feketepiac alakult ki; 2) a politika súlypontja a rendészetre helyeződött, az egészségügy háttérbe szorult; 3) ha az egyik régióban sikerül felszámolni a drognövények termesztését, az mindig más földrajzi régiókba helyeződik át (ún. léggömb-effektus); 4) folyamatosan megújul a kínálat a piacon, eddig ismeretlen drogok fogyasztása terjed el; 5) a társadalom kirekeszti és marginalizálja a droghasználókat-függőket.

Az ENSZ Gyermek jogairól szóló Egyezménye (továbbiakban Egyezmény), *a gyermek egészséghez és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogáról szóló 24. cikke* szerint az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát. Ezért az Egyezményben részes államok megtesznek minden alkalmas, hatékony intézkedést annak érdekében, hogy megszüntessék a gyermekek egészségére káros hagyományos szokásokat. (24. cikk 3. bekezdése)

Az *Egyezmény gyermekek és a kábítószerrel való visszaélésről szóló 33. cikke alapján* a Részes államok megtesznek minden alkalmas intézkedést – ideértve a törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelésügyi intézkedéseket is – arra, hogy megvédjék a gyermekeket a vonatkozó nemzetközi egyezményekben meghatározott kábító- és pszichotróp szerek tiltott fogyasztásától, és hogy megakadályozzák a gyermekek – e szerek tiltott előállításában és kereskedelmében való – felhasználását.

I.2. Nemzeti és nemzetközi drogpolitikai megközelítések

I.2.1. Az *Egyesült Államok* drogpolitikájának alakulása meghatározó jelentőségű volt az egész világ számára. Miután 1969-ben Nixon elnök drogellenes háborút hirdetett, az amerikai drogpolitikát egyre szigorodó büntetőpolitikai intézkedések jellemezték, amely mindmáig jelentősen befolyásolja a nemzetközi gondolkodásmódot is.

Egyes nyugat-európai országokban, így például Hollandiában és Dániában, a '70-es évektől a zéró tolerancia megközelítéstől eltérő jogi szabályozást vezettek be, amely a fogyasztókat nem büntette (dekriminalizáció), és egyes esetekben a kannabisz kiskereskedelmi forgalmazását is engedélyezte (liberalizáció). Más európai államokban azonban fokozatosan szigorodó jogszabályi környezet határozta meg a nemzeti drogpolitika irányvonalát, mindezek az európai országokban általában a támogató szolgáltatások körének és hozzáférhetőségének jelentős növekedésével jártak együtt.

Kelet-Közép-Európában a Vasfüggöny évtizedekig viszonylag hatékonyan megakadályozta az illegális droghasználat behatolását. A piacgazdaságra való áttérés és a határok megnyitása azonban a '90-es években a kábítószer-használat drámai gyorsaságú növekedéséhez vezetett. Míg azonban a volt Szovjetunió utódállamaiban a tömeges méretű injekciós droghasználat a világ leggyorsabban terjedő HIV/AIDS járványának kialakulásához vezetett, addig Közép-Európában, így hazánkban a vírus előfordulása alacsony maradt és főleg szexuális úton terjed. Ugyanakkor kevesebb eredményt mutathatunk fel a HIV-fertőzés terjedését tekintve az intravénás droghasználók körében, ahol magas arányú az átfertőzöttség.

I.2.2. Az *Európai Unió* nem rendelkezik közösségi szinten szabályozott drogpolitikával,

mivel a kábítószerügyet érintő kérdések többsége nemzeti hatáskörben van. A tagállamok ugyanakkor közös célkitűzéseiket stratégiai dokumentumokban fektették le, tekintettel arra, hogy az uniós becslések szerint mintegy 12 millió ember használ kokaint, az ecstasy 10 millió, a kannabisz fogyasztás pedig 70 millió embert érint az Európai Unióban. Az első közös uniós drogstratégiát és akciótervet 2000-ben hagyta jóvá az Európai Tanács. A jelenleg hatályos EU drogstratégia 2005-2012-ig terjedő időszakra vonatkozik.

Az uniós drogstratégia alapját mindenekelőtt a közösségi jog alapelvei képezik, továbbá minden tekintetben képviseli az EU alapító értékeit: az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartását. Célja a társadalom és az egyén jólétének védelme és növelése, a közegészségügy védelme, magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára, valamint a kábítószer-probléma kiegyensúlyozott, egységes megközelítése. Az EU drogstratégiája a célkitűzéseit átfogó témakörökben fogalmazza meg: kereslet- és kínálatcsökkentés, nemzetközi együttműködés, tájékoztatás, kutatás és értékelés.

Az EU hatályos kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2009–12) első éve az aktivitás jegyében telt. Az Európai Unió akkori soros elnökeként Csehország és Svédország egyaránt tanácsi következtetések elfogadásával támogatta a cselekvési terv végrehajtását: az elsőben a kábítószerpiacok, a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények és a kínálatcsökkentés területére vonatkozó fő mutatók kidolgozására, a másodikban az általános megelőzés terén bevált gyakorlatok, útmutatások és minőségi előírások megosztására, a harmadikban pedig az Európai Unió tiltott kábítószerekkel foglalkozó kutatási kapacitásának megerősítésére szólítottak fel. Az Európai Bizottság (továbbiakban: Bizottság) jelentést adott ki a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló, 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározat végrehajtásáról. A Bizottság azt állapította meg, hogy bár a kerethatározat megtette az első lépést a kábítószer-kereskedelem elleni közös megközelítés kialakítása felé, a nemzeti jogszabályokban nem hozott jelentős közeledést (1). A Bizottság ezenkívül egy munkadokumentumot is kiadott, amelyben bemutatta az Európai Unióban újonnan megjelenő tendenciák felderítésére, nyomon követésére és megválaszolására szolgáló, meglévő mechanizmusokat, és útmutatásokat javasolt a jövőbeni munkához (2). Emellett egy új projektet is elindítottak a szintetikus kábítószerek igazságügyi szakértői profil meghatározásával foglalkozó, az EU egészére kiterjedő rendszer bevezetésének támogatására (3). A kábítószerek egyfajta „ujjlenyomatának” megalkotásával az igazságügyi szakértői profil meghatározás elősegítheti a gyártók kinyomozását és a kábítószer-terjesztési csatornák feltérképezését.

A 2009. december 1-jén hatályba lépett *Lisszaboni Szerződés* a tiltott kábítószerek kereskedelmével a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló térség (83. cikk) keretében foglalkozik, amely rendelkezik a bűncselekmények és büntetési tételek meghatározására vonatkozó minimumszabályok megállapításáról. A Szerződés lehetővé teszi egy Európai Ügyészség létrehozását, fenntartva azt a lehetőséget, hogy hatáskörét kiterjessze a több államra kiterjedő vonatkozású súlyos bűncselekményekre (86. cikk). Ez végső soron azt eredményezheti, hogy bizonyos kábítószer-kereskedelmi bűncselekmények ellen uniós szinten fognak eljárni. A Lisszaboni Szerződés a népegészségüggyel is foglalkozik, és a korábbiakhoz hasonlóan feljogosítja az Európai Uniót, hogy kiegészítse a tagállamok fellépését a „kábitószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a felvilágosítást és a megelőzést is”. A népegészségüggyel szemben újonnan bevezetésre került 168. cikk értelmében az Európai Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve kezdeményezheti iránymutatások és mutatók megállapítását, a bevált gyakorlatok cseréjének megszervezését, valamint az

időszakonkénti felülvizsgálat és kiértékelés szükséges elemeinek kialakítását.

1993-ban lisszaboni székhellyel létrehozták a *Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központját (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction -EMCDDA)*, amelynek célja, hogy megfelelő, bizonyítékokon alapuló információkat, megbízható és összehasonlítható módszerekkel gyűjtött adatokat szolgáltatson a tagállamok döntéshozói számára a nemzeti drogpolitikák kialakítása során. A statisztikai, dokumentációs és technikai információkat feldolgozó, vagy előállító Központ segít abban, hogy a tagországok teljesen átfogó képet kapjanak az Európai Unió kábítószerügyi helyzetéről.

II. A gyermekek drog-és alkoholfogyasztásáról rendelkezésre álló adatok

1. A hazánkban 2006-ban végzett az „*Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása*” (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC) vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az alkohol kipróbálása mindkét nem esetében magas arányú, mely az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik. A legtöbben 14 éves koruk környékén kísérleteznek először az alkohollal, azonban minden hatodik fiú már 11 évesen vagy ennél fiatalabban kipróbálja az alkoholt, a lányok hasonló hányada 12 évesen teszi ezt.

A fogyasztás gyakorisága eltérő a két nem között: a fiúk körében többször előfordul a rendszeres heti vagy esetleg napi fogyasztás, amely az életkor előrehaladtával meredeken emelkedik. A részegség előfordulása szintén nő az életkor emelkedésével. A 11. évfolyamosok körében a fiúk 71%-a, a lányok kb. fele már túl van a kétszeri vagy többszöri részegségen. A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a változás kedvezőtlen irányú mindkét nem esetében: a legidősebb vizsgált csoportban a lányok 10, 5%-kal, a fiúk 7,3%-kal nagyobb arányban számolnak be kétszer vagy többször előfordult lerészegedésről. A felmérésben megkérdezett 9-11. osztályos tanulók 20,3 %-a fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabisz-fogyasztók aránya a legnagyobb az összes illegális szer közül. A gyógyszer valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakrabban alkalmazott szer, míg az egyéb (ecstasy, speed, opiát-származékok, kokain, LSD, egyéb növényi drogok – mágikus gomba) illegális drogfogyasztás prevalencia értéke 12,4%. A fogyasztói típusokat elemezve ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kísérletező és rekreációs típusú fogyasztás a jellemzőbb a fiatalok körében.

A 2010. évben végzett felmérésben, a teljes mintában a fiataloknak mindössze 53,1%-a válaszolta, hogy még soha életében nem rúgott be. A többszöri részegség előfordulásának aránya jelentősen magasabb a felsőbb osztályokban tanuló diákok körében. A 7. és 9. osztály között meredek emelkedés tapasztalható. A lányoknál a problémás alkoholfogyasztás e mutatók szerint ritkább, mint a fiúknál: előbbieknél a többszöri részegség minden évfolyamon szignifikánsan alacsonyabb mértékű. A 11. évfolyamon tanuló fiúk közel háromnegyede, a lányok több mint fele legalább kétszer már volt részeg életében. Az első részegség leggyakoribb életkora a 9. évfolyamos fiúk körében szintén a 14. életév, a lányoknál a 15 éves kor is ugyanolyan gyakoriságú.

A válaszoló 9. és 11. osztályos tanulók közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabisz-fogyasztók aránya a legnagyobb az összes droghasználó fiatal közül. A gyógyszer, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakoribb szer (visszaélészerű gyógyszerhasználat), az összes többi szerhasználat együttes prevalencia-értéke ennél valamivel magasabb: 14,7%. A leggyakrabban használt drogok fogyasztása kapcsán az életprevalencia-értékek általában szignifikánsan magasabbak a fiúk és az idősebb korcsoport esetében. Kivétel ez alól az ecstasy- és a visszaélészerű gyógyszerhasználat. Előbbi esetében egyik nem esetében

sincs szignifikáns eltérés az évfolyamok között; utóbbit tekintve pedig mindkét évfolyamon azonos fogyasztási arányokat találunk a fiúk és lányok között.

Az 5. évfolyamos fiúk 5, a lányok 1,5 százaléka már többször fogyasztott alkoholt; a tizenegyedikes fiúk kb. fele és a lányok kb. harmada többszöri fogyasztó. Ugrásszerű növekedés tapasztalható a 7. és a 9. évfolyam tanulói között. Egyszer vagy többször volt már részeg az ötödikesek 2-4%-a, a tizenegyedikesek 70-54%-a. Az első részegség legjellemzőbb időpontja fiúknál a 13-14., lányoknál a 14-15. életév. A kilencedikes és tizenegyedikes fiatalok kb. 31%-a élete során már fogyasztott valamilyen tiltott vagy legális drogot; a kannabiszt már kipróbálta körülbelül egynegyedük. Az elmúlt hónapban a fiatalok 9 százaléka fogyasztott kannabiszt.

Hazánk helyzetének európai összehasonlítására vonatkozó kérdésekre az Országos Gyermekegészségügyi Intézetől kapott válasz szerint a 2006/2007-es HBSC-kutatás¹ arról tájékoztat, hogy a 11 éves magyar lányok 3%-a, a fiúk 6%-a minden héten legalább egy alkalommal fogyaszt alkoholt. A 13 éves lányok körében ez az arány 7%, a fiúk körében 11%; a 15 éves lányoknál 24%, a 15 éves fiúknál 35%. A 13 és 15 éves korosztály közötti ugrásszerű növekedés más országokban és más rizikómagatartásokban is megfigyelhető. Magyarország ebben a tekintetben a 40. vizsgált ország rangsorában a 21., 22. és 16. helyen, vagyis körülbelül középen helyezkedik el. Hasonló tendencia tapasztalható a részegség esetében is. Míg a magyar 11 éves lányoknak csak 1%-a, a fiúknak 3%-a volt már életében legalább két alkalommal részeg, addig a 13 éves lányok 9 és a fiúk 12%-a, a 15 évesek 32, illetve 40%-a számol be erről. Ezzel egyre rosszabb helyre kerülünk a nemzetközi összehasonlításban: a növekvő életkorral a 23., 20. és 13. helyen szerepel Magyarország.

A drogfogyasztással kapcsolatosan a 15 éves korosztály kannabisz kipróbálásának életprevalencia- és elmúlt havi értékei állnak rendelkezésre, ez alapján a lányok 10%-a, a fiúk 14%-a élete során már kipróbálta a kannabiszt; 3 illetve 4 százalékuk az elmúlt 30 nap során is fogyasztotta. Magyarország az életprevalencia tekintetében a 31., elmúlt havi prevalencia tekintetében a 30. helyen van a 38 adatszolgáltató ország között.

Összefoglalva a fenti adatokat, *nemzetközi összehasonlításban Magyarország, az alkoholfogyasztás tekintetében a középmezőnyben foglal helyet, míg a fiatalok drogérzettsége az átlagnál alacsonyabb* (2. számú melléklet)

2. *A 35 európai ország részvételével készült 2007. évi ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)² vizsgálat* adatai alapján Magyarországon a megkérdezett 8-10. évfolyamos fiatalok 64,1%-a dohányzott már életében (21,9% napi rendszerességgel dohányzik), 92,2%-uk fogyasztott alkoholt (az előző hónapban 55,8%-uk) és 15,9%-uk (fiúk 17,7%-a és a lányok 14,2%-a) próbált már valamilyen tiltott szert (marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, vagy heroin). 21,2% (fiúknál 23,3%, lányoknál 19,3%) azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (pl. mágikus gomba, GHB, szerves oldószerek, patron/lufi, stb.). Az összes (tiltott és legális) szerfogyasztás életprevalencia értéke a megkérdezett 8-10. évfolyamos diákok körében 28,3% (fiúknál 27,8%, lányoknál 28,7%).

A 2007-ben, a budapesti 8-10. évfolyamos fiatalok körében készült kutatás eredményei az országos átlaghoz képest magasabb fogyasztási arányokat mutattak. A budapesti fiatalok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert (fiúk 25,8%-a, a lányok 19,9%-a). 28% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (fiúknál 30,7%, lányoknál 25,6%).

A 2007. évi ESPAD vizsgálat adatai alapján változatlanul a marihuána a legelterjedtebb szer (14,1%-os életprevalencia értékkel), a marihuána elterjedtségétől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása (12,5%). A harmadik-negyedik legelterjedtebb szer szintén

legális: az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztás (8,9%) és a szipuzás (7,6%). A patron/lufi használat 2007-ben továbbra is az ötödik-hatodik legelterjedtebb szer, a fiatalok szerhasználati szokásaiban, azt az ecstasy-val azonos mértékben (4,9%) próbálták már a fiatalok. A marihuánán kívüli tiltott szerek közül hagyományosan az ecstasy, amfetaminok (4,1%) és az LSD/hallucinogének (3%) a legelterjedtebbek. A többi vizsgált drog fogyasztása változatlanul alig van jelen a 8-10. évfolyamos középiskolások életében. Az adatok a korábbi növekvő tendencia megváltozását jelzik számos mutató tekintetében. Az összes egyéb szerfogyasztás és az összes droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a nyolc éven át tartó növekedés után 2007-ben 2003-hoz képest változatlan értéket mutat. Ez a változatlanság a szerek közötti átstrukturálódásnak köszönhető. A marihuána életprevalencia értéke egyértelműen csökkent 2007-ben, ugyanakkor a többi tiltott szer fogyasztása kismértékű növekedést mutat. Mivel a marihuána életprevalencia értékének csökkenése nagyobb mértékű volt, mint az egyéb tiltott szerek növekedése, így az összes tiltott-szer fogyasztás is csekély mértékű csökkenést mutat. A budapesti fiatalok körében is a marihuána a leggyakrabban fogyasztott szer (a megkérdezettek 20,6%-a próbálta már élete során), ezt négy legális szer követi: az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása (12,3%), az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás (10,3%), a patron/lufi használat (7,2%) és a szipuzás (6,8%). A legális szerek után hagyományosan az ecstasy (5,8%), amfetaminok (5,2%) és az LSD/hallucinogének (3,8%) következnek a sorrendben. (Az ESPAD 2007. évi felmérésének (EU27) rövid összefoglalóját a 3. számú melléklet tartalmazza.)

A Kék Vonat Gyermekkrízis Alapítvány elnöke arról tájékoztatott, hogy habár a beérkezett hívások alapján nehéz megítélni, hogy országosan hány és milyen korú gyermek érintett a rendszeres droghasználat terén, tapasztalatuk jeleznek bizonyos tendenciákat. Ezek közül az egyik, hogy a *függőséggel kapcsolatos hívások száma az elmúlt években csökkent*. 2008-ban 306 esetben, 2009-ben 285 esetben, 2010-ben 221 esetben, míg idén eddig (01.01. - 05.24.) 98 esetben volt a segítő beszélgetés központi témája a drogfogyasztás vagy más függőség. Meglátásuk szerint e jelenség magyarázatául az szolgál, hogy egyre könnyebben elérhetőek az Interneten bizonyos alapinformációk az addikciókkal és a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban, így azon megkeresések száma csökkent, melyek elsősorban konkrét információ megszerzésére irányultak. Ennek alátámasztására megjegyzendő, hogy *honlapjuk leglátogatottabb aloldala a drogokkal foglalkozó rész*. Kiemelendő továbbá, hogy már nagyon fiatal korban telefonálnak gyerekek droggal vagy más függőséggel (egyre gyakrabban játékfüggőséggel) kapcsolatban. *2010-ben az összesen 221 beszélgetésből 14 hívó 12 év alatti volt*. E konzultációk általában nem arról szólnak, hogy maga a gyermek függő lenne, hanem arról, hogy valaki más, leggyakrabban a szülő függőségétől (leggyakrabban alkoholizmusától) szenved, de van példa arra is, hogy valamilyen pszichoaktív szerrel kapcsolatos rossz élményét szeretné megosztani (cigarettazás kipróbálása, első alkoholfogyasztás, az energiatitalok nem várt mellékhatásai).

2010-ben 56 hívó (a hívások több mint negyede) 13-15 éves volt. (Ez a korosztály hívja általánosságban leggyakrabban a Kék Vonat számait.) Ebben az életkorban a drogabúzzsal kapcsolatos telefonbeszélgetések nagyon jellemző kezdése, hogy „van egy barátom....”. Sokszor sejthető, hogy egy-egy kitalált történetbe ágyazva teszik fel a gyerekek saját kérdéseiket és csak ilyen többszörös áttétellel merik megosztani problémáikat vagy azok egy részét. Ezt időnként sikerül feloldani és megnyerni a hívó bizalmát, máskor nem, és vannak esetek, ahol nincs is döntő szerepe annak, hogy az elmondott helyzetnek ő tanúja vagy főszereplője volt. A kamaszok ritkán kérnek segítséget a leszokáshoz és ritkán kell ebben az életkorban tragikus sorsokkal szembesülnünk. 16 év alatt a kipróbálás élménye, a lebukástól való félelem, a kortárs nyomás vagy valóban a másért való aggodás a telefonálók legjellemzőbb motiválói. Az életkorban felfelé haladva már megjelennek olyan hívások, melyekből kiderül, hogy a hívó (és annak baráti köréből

sokan) rendszeres droghasználók. A 16-19 éves korosztályt képviseli a függőséggel, szerfogyasztással kapcsolatos hívások közel fele (98), és itt már jellemző, hogy a beszélgetésből valóban egyértelműen kiderül, hogy maga a hívó rendszeres szerfogyasztó vagy más függőségben (játék, internet) szenvedőnek vallja magát. A pontos adatgyűjtést megnehezíti, hogy a szerfogyasztás ebben a korosztályban nagyon gyakran a beszélgetésben, mint mellékes körülmény jelenik meg. Ezeket a hívásokat a központi problémának megfelelő kategóriába jegyzőkönyvezik ügyelőink (jellemzően probléma a barátokkal, párkapcsolati vagy családi probléma). A Kék Vonal 24 éves korig fogadja a hozzáfutók hívásait, a függőség témájában viszonylag sok (2010-ben 36) huszonéves fiatal telefonált. Jellemző, hogy ők már erős problématudatossággal, a leszokásra való motiváltsággal, vagy esetenként, leginkább késő éjjel - kora hajnalban éppen a megvonás kínjaitól szenvedve telefonálnak. 2010-ben 17 esetben felnőtt (szülő) telefonált, aki drogabúzusban érintett gyermekéért aggódott, tanácsot kért a problémakezeléséhez illetve segítő helyek elérhetőségeit, ahová személyesen fordulhat, fordulhatnak.

Az OEP Finanszírozási Informatikai főosztályvezetőjétől tájékoztatást kértem a rendelkezésére álló, a kábítószer-használat és alkoholfogyasztás miatt fekvőbeteg ellátásban részesült 18 év alatti személyek számával (2005-2010 közötti időszakban), esetlegesen az egy adott személyt érintő többszöri ellátások számával és az ellátás területi megoszlásával kapcsolatban.

A fekvőbeteg ellátásra vonatkozó adatsorok szerint, 2005 és 2010 között a legmagasabb betegszám az alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok, az alkohol toxikus hatása, és szándékos önmérgezés antiepileptikum, altató-nyugtató és antiparkinson szerek következtében állt elő. Ezek közül is növekvő tendenciát mutat az alkohol toxikus hatása okán ellátásra szoruló 18 év alatti fiatalok száma (2005-ben 319 beteg, míg 2010-ben 710 beteg). Némiképpen nőtt a többféle drog-és pszichoaktív anyagok használata által okozott mentális-és viselkedészavar okán fekvőbeteg ellátásra szoruló betegek száma.

A járóbeteg ellátás esetén szignifikáns eltérés mutatkozik az eset- és a betegszám között. Legtöbb esetben az alkohol okozta mentális és viselkedészavar következtében került sor járóbeteg ellátásra a 18 év alatti személyek körében: 2005-ben a betegszám 49 269; 2010-ben 38 353; az esetszám ugyanakkor 2005-ben 177 025; 2010-ben pedig 116 691. Hasonlóan nagy az eltérés a betegszám és az esetszám között, az opiátok, a nyugtatók és altatók, a cannabis és származékai, valamint az egyéb stimulánsok, illetve többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális –és viselkedészavarok esetében; mindez arra utal, hogy feltehetően jelentős a visszaesők száma a betegek között. (4. számú melléklet)

Az OEP által szolgáltatott adatokkal kapcsolatban nem mellőzhetem annak megjegyzését, hogy ezek jelentős - akár 40 %-os - eltérést mutathatnak a tényleges adatokhoz képest, hiszen az egyes intézmények által alkalmazott besorolásokat a különböző finanszírozási arányok is befolyásolhatják, ezért ezek nem feltétlenül fedik a valóságos állapotot.

Az országos rendőrfőkapitány arról tájékoztatott, hogy a fiatalkorú bűnelkövetők között az alkohol hatása még mindig sokkal gyakoribb, mint a kábítószer hatása. 2010-ben összesen 5789 személy követett el visszaélést kábítószerrel, ami 12 %-kal több az előző évben regisztráltaknál. A fiatalkorúak és a gyermekkorúak arányát tekintve érdemel említést: fogyasztói típusú magatartást 12 gyermekkorú elkövetőnél regisztráltak (2009-ben 4 elkövető, ez 300%-os emelkedés), terjesztői típusú magatartást 3 gyermek követett el. Fogyasztói típusú magatartást 564, 14-17 éves személy követett el (2009-ben 361 elkövető), amely 56%-os emelkedés. Terjesztői magatartást 30 fiatalkorú követett el, amely 25%-kal kevesebb, mint egy évvel korábban; azonban fontos kiemelni e bűncselekmény esetében a magas látenciát. Bizonyos

megyékben kifejezetten negatív tendenciák figyelhetők meg, például Baranya megyében másfélszeresére, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig duplájára emelkedett a bűncselekmények száma; Budapest Rendőr-főkapitányság illetékességi területén ugyanakkor 10%-os csökkenést regisztráltak, azonban a kiskorú elkövetők aránya 13%-kal emelkedett. A leggyakrabban előforduló kábítószer a marihuána mellett a szintetikus anyagok, és egyre szembetűnőbb a tiltó listán nem szereplő „legális” szerek térnyerése.

Ugyancsak az országos rendőrfőkapitány tájékoztatását kértem a *fiatalkorúak részére történő szeszital árusítás, kiszolgálás és fogyasztás tilalmának megszegés szabálysértéssel* kapcsolatos bírságolási gyakorlatról, azonban erről sajnálatos módon nem állt rendelkezésére statisztika.

III. A drogprevenció szintjei és formái

1. *A drogprevencióval foglalkozó nemzetközi kutatások* több olyan veszélyeztetettségi tényezőt azonosítottak, melyek szerepet játszhatnak a veszélyes droghasználati mintázatok, illetve a szociális kirekesztettség kialakulásában. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, azonban lényeges, hogy kutatások által bizonyított oksági kapcsolat álljon fenn az adott tényező megléte és a drogprobléma kialakulása között. A veszélyeztetett csoportok tagjaival célzott prevenciók beavatkozások keretében foglalkoznak. Az Európai Monitoring Központ [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)] a következő csoportokat nevesíti a kábítószer-fogyasztás szempontjából veszélyeztetettként: gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, iskolából kimaradók,

kábítószer és/vagy alkohol problémákkal küzdő családok gyermekei, hajléktalan fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, etnikai kisebbségek, „partizó” fiatalok, (alkohol, kábítószer, szegénység miatt) veszélyeztetett családok gyermekei.

Az ESPAD jelentések szerint a drogprevenció különböző szintekre vagy stratégiákra osztható, a környezetitől a javallott megelőzésig, amelyek ideális esetben nem versengenek, hanem inkább kiegészítik egymást. Úgy tűnik, hogy az elmúlt években az egyetemes, *iskolai drogprevenció* célkitűzései terén Európában történt némi hangsúlyváltás. 2007-ben a prevenciók tevékenységei leggyakoribb célkitűzése a jelentések szerint az életvezetési készségek kialakítása volt (28 jelentéstevő országból 12-nél), míg 2004-ben az országok fele (26-ból 13) a tudatosság fokozását és a tájékoztatást nevezte meg fő célként. A védelmet nyújtó iskolai környezet megteremtését, a strukturális beavatkozások egyik formájaként 2007-ben szintén gyakrabban (hat országban) említették a fő célkitűzések között, mint 2004-ben (négy országban).

A szülőknek szóló rendezvények és a pusztán tájékoztató jellegű stratégiák (információs napok, az iskolákat felkereső szakértők vagy rendőrtisztek) az iskolai beavatkozások azon típusai közé tartoznak, amelyekről az országok a legnagyobb számban számoltak be. Az ilyen beavatkozások hatásossága nem egyértelmű. Ezzel ellentétben a határozottabban bizonyítékokon alapuló beavatkozások némelyikét csak néhány országból jelentették. Ezek között szerepeltek szabványosított programok, kortárs módszerek vagy fiúknak szóló külön beavatkozások; mindezek célja pedig az volt, hogy javítsák a kommunikációs készséget, erősítsék a konfliktusok megoldására, a stressz és a frusztráció kezelésére való képességet, illetve helyesbítsék az irányadó téves elképzeléseket a kábítószerhasználattal kapcsolatban. A tényalapokat nélkülöző vagy csak gyenge bizonyítékokon alapuló beavatkozások általánosan megfigyelhető dominanciája abból eredhet, hogy ezekhez kevesebb forrásra és kevesebb személyzeti képzésre van szükség.

A védelmet nyújtó, normatív iskolai környezet megteremtésére törekvő strukturális beavatkozások a fiatalok kábítószerhasználattal kapcsolatos választásait próbálják befolyásolni.

Ez a hozzáállás igazodik az átfogó megelőzési politikákhoz, amelyeknek egyre gyakrabban része a dohányzásra és az alkoholra vonatkozó szigorúbb szabályozás az iskolákban. Ennek jegyében húsz ország számolt be az összes iskolában alkalmazott, teljes dohányzási tilalomról, és 18 ország jelentette a drogpolitika teljes vagy széles körű (18) rendelkezésre bocsátását az iskolákban. A tagállamok különösen Közép- és Nyugat-Európából jelezték, hogy az iskolai dohányzás és alkoholfogyasztás csökkentését célzó strukturális beavatkozásokat hajtottak végre. Ezeket a prevenciós intézkedéseket más strukturális intézkedések is kiegészíthetik, amilyen például az iskolaépületek jobb kialakítása és az iskolai élet javítása. A családi megelőzés ugyancsak a széles körben alkalmazott prevenciós módszerek közé tartozik.

Az iskolai megelőzéshez hasonlóan úgy tűnik, hogy a *családi megelőzés* is elsősorban a tájékoztatást helyezi a középpontba. A családoknak szóló intenzív felkészítés és képzés – amely módszertani tanulmányok egész sorában következetesen hatékonyak bizonyult – csak korlátozott mértékben érhető el, a legmagasabb szolgáltatási szintekről mindössze hét ország adott számot.

Az *ún. célzott megelőzést* szociális és demográfiai mutatók vezérlik, mint például a munkanélküliségi, bűnözési vagy iskolakerülési ráták. Azoknál a konkrét csoportoknál, családoknál vagy teljes közösségeknél avatkoznak be, ahol a szociális kötelek és az erőforrások gyengesége miatt nagyobb a valószínűsége a kábítószer-használat megkezdésének, illetve a függőség kialakulásának. Tizenhárom ország számolt be arról, hogy a családi megelőzések többsége célzott típusú. A családok fontos kockázati tényezőivel azonban Európában csak ritkán foglalkoznak. A 30 jelentéstevő ország közül csak hét jelezte, hogy teljes vagy széles körű szolgáltatást nyújt a családon belüli szerhasználatot célba vevő beavatkozásokból, öt ország pedig a családi konfliktusok és az elhanyagolás problémáját kezelő beavatkozásokat biztosít. Ezenkívül négy-négy országból jelentették a beavatkozások alábbi kategóriáit: a társadalmi hátrányok kezelése (pl. munkanélküliség), segítség a büntetőjogi problémák megoldásában, az etnikai kisebbségből származó, perifériára szorult családok támogatása. A mentálhigiéniai problémákkal küzdő családok igényeinek kezelésével mindössze három ország foglalkozik. Az egyre növekvő politikai nyomás ellenére a veszélyeztetett fiatalok – például fiatalok, hajléktalanok, iskolakerülők, hátrányos helyzetű, kisebbségi fiatalok – csoportjainak kockázati tényezőivel is csak ritkán foglalkoznak. 2004 óta a drogpolitikákban egyre többször fordult elő, hogy őket jelölték meg a prevenciós beavatkozások elsősorú célcsoportjaként, de a beavatkozások szolgáltatási szintje a jelentések szerint nem emelkedett ebben az időszakban.

Hazánkban a drogprevencióval kapcsolatos teendőket központi szinten a *Nemzeti Drogmegelőzési Iroda* látja el, melynek feladatait az Országgyűlés 106/2009 (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programban leírtaknak megfelelően látja el.

Tevékenységének súlypontja mindazon hivatásos/civil szervezetek, illetve laikus kezdeményezések módszertani támogatása, amelyek részt vesznek a drogprevenció/kezelés/ártalom csökkentés szakmai munkájában. A terepen dolgozó szervezetek / intézmények / közösségek programjaiknak jelentős hányada minden bizonnyal érinti a gyermekkorúakat is. Akár közvetlenül, akár áttételesen is. Fontos megemlíteni mindezek mellett, hogy bár a 2009-ben elfogadott drogstratégia hatályban van, mégis, a Kormányzat kinyilvánította, hogy e stratégiát saját drogpolitikája alakításában nem tekinti irányadónak és új stratégiát kíván megalkotni. Így bár jogilag igen, de tényszerűen nem létezik olyan drogstratégia, amely a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda tevékenységét szabályozná. E helyzet mielőbbi megoldása érdekében, kormányzati felkérésre, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda szokványos módszertani feladatainak ellátása mellett az új nemzeti drogstratégia kialakítását segítő szakmai

előkészítést is elvégzi.

A *drogprevenció napi gyakorlata számos ellentmondással terhelt*. Nagy és nyilvánvaló ellentmondás feszül a különböző megelőzési programok és az azokat körülvevő társadalmi közeg értékvilága, megoldási mechanizmusai között. A szokványos társadalmi közeg (információhiányával, részvétlenségével, túlzottan materiális irányba tolódott értékrendszerével, olykor hibás problémakezelési sémájával, stb.) gyakran komoly kihívást jelent a más értékek, célok mentén szerveződő preventív tevékenységek számára.

A másik probléma, hogy több preventív program „technológiai” jellegű, - elsősorban jól strukturált ismeretek átadására szorítkozik. Sok esetben a „preventív” — mivel „drogközpontú” — a szerhasználattal összefüggésben szinte ösztönző, ötletadó hatású. Amint a vonatkozó kutatásokból kitűnik³, az iskolai szinten csökkennek a megelőzésre fordítható saját anyagi és szellemi erőforrások. Másfelől viszont — örvendetes fejleményként — az iskolai megelőzésben hangsúlyosabbá váltak az általános lelki egészséget előtérbe állító (mentálhigiénés jellegű) programok.

Tájékoztatást kértem az *országos rendőrfőkapitánytól a Dohányzás – Alkohol – Drog – AIDS (DADA) programmal kapcsolatban*, melyre a következő választ kaptam. A DADA programról az Országos Kriminológiai Intézet 2007-ben végzett felmérést, amelynek során a kontroll-csoport és a programban részt vevő diákok a bűnözéssel, drogokkal, és a szenvedélyszerekkel kapcsolatos információhitelességét vizsgálta. A kutatás szerint nincs lényeges eltérés a két csoport információforrásai között. A DADA programban részt vevők általában kicsit magasabb pontszámot adtak szinte valamennyi hírforrás esetében, amely azt jelzi, hogy az oktatás hatására érdeklődőbbé váltak a program témái iránt. A DADA program 1992-es indulása óta háromszor újult meg, 2001-et követően legutóbb 2010-ben. Aktualizálása elsősorban az iskolai, társadalmi elvárásoknak, a bűnügyi helyzet alakulásának, az ifjúság információ iránti igényei változásának figyelembevételével történik.

A *Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány elnöke* problémának látja a preventív kapcsán, hogy az egyes programok a tiltás kérdésére fókuszálnak és (még mindig) az elrettentést tartják a preventív legfőbb eszköznek, miközben kevés figyelmet szánnak arra a kérdésre, hogy ki miért nyúl a droghoz. A Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány „Fontos vagy!” lelki egészségvédő programja indirekten szolgál drogprevenációs célokat. Úgy vélik, hogy az általános lelki egészség, a megküzdési készségek, a konfliktus kezelési eszközrendszer és a jobb stressztűrés segíthet abban, hogy a tizenévesek ne nyúljanak a droghoz, illetve hogy a kipróbálástól a függőségig vezető úton minél korábban meg tudjanak állni. Tapasztalataik szerint *kevés az általános mentálhigiénés, megküzdést segítő program* az iskolákban, és a pedagógusoknak kevés erőforrása van arra, hogy ezzel kiemelten foglalkozzanak.

IV. Veszélyeztetettség

A nemzetközi szakirodalom által azonosított, illetve a Nemzeti Stratégiában⁴ megnevezett *veszélyeztetett csoportok* közül a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok száma ismert. 2005-ben 17.456 gyermek (9172 fiú, 8135 lány, 149 külföldi) került a Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatoknál ideiglenes hatállyal elhelyezésre, illetve átmeneti, vagy tartós nevelésbe, 585-en közülük speciális szükségletű gyermekek. Ez a szám a speciális szükségletű gyermekek mindhárom kategóriáját tartalmazza, így nem lehet pontosan megállapítani, hogy közülük hányan küzdenek alkohol, kábítószer, vagy más pszichoaktív szer okozta problémával. *A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény* (Gyvt.) a következőképpen definiálja a veszélyeztetettséget: olyan – magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult – állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja, vagy

akadályozza. A gyámhatóságok adatai szerint 2005-ben a veszélyeztetett kiskorúak száma 223.594 fő volt Magyarországon.

A Gyvt. három esetet nevez meg, amikor speciális ellátást kell biztosítani a gyermekek részére, ezek a következők: súlyos személyiségfejlődési zavarokkal küzdő, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek; súlyos beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális magatartást tanúsító gyermekkorú elkövető; az alkohol, drog és egyéb pszichoaktív szerekkel küzdő gyermek számára. A gyámhatóságok által készített statisztikában azonban nem különítik el ezen csoportokat.

A szakirodalom által a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetettnek tekintett speciális csoportok drogfogyasztását vizsgáló kutatásokban a következő veszélyeztetett csoportok szerepelnek: pszichés problémákkal küzdő gyermekek⁵, gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, roma fiatalok⁶, nevelőintézetben élő fiúk és elektronikus zenei partikat látogató fiatalok⁷.

A *Fővárosi Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat igazgatója által küldött tájékoztatás szerint* a Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság tartja nyilván a drog-és alkoholfogyasztással kapcsolatos adatokat. A Szakértői Bizottság minden családjából kiemelt gyermekről komplex szakvéleményt készít, melynek része orvosi-, pszichológiai-, bizonyos esetekben pszichiátriai-, és gyógypedagógiai vizsgálat. A Szakértői Bizottság vizsgálata során a gyermek alkohol-és droghasználata nagy valószínűséggel feltárásra kerül, és annak mértékétől függően speciális szükséglet megállapítása történik. A Szakértői Bizottság már nevelésben lévő gyermek komplex vizsgálatát végzi azokban az esetekben, amikor a gondozási helyen dolgozók, ill. a gyám megítélése szerint a gyermek szüksége megváltozott, ennek során is kiemelt figyelmet fordít az esetleges pszichoaktív szerhasználatra. A Szakértői Bizottság adatai szerint *2010. január 1. és 2011. május 1. között, 83 alkohol és drogfogyasztással érintett fiatal vizsgálata történt.* Közülük 35-en a vizsgált időszakban kerültek ki a családjukból, 48-an már korábban nevelésbe kerültek. A 77 szerhasználó közül nyolcan alkoholfogyasztók, a többiek drogokkal, illetve kábítóhatású gyógyszerekkel követik el a visszaéléseket.

A pszichoaktív szerhasználó fiatalok számára a gyermekvédelemben a speciális ellátás biztosít kezelést. A fiatalok 8 fős csoportokban, nemek szerint elkülönítve kerülnek elhelyezésre olyan gyermekotthonokban vagy lakásotthonokban, ahol erre a probléma profilra van kiadva a működési engedélyük. A gondozási helyen a – meghosszabbítható – kétéves szakmai program a drogfogyasztás csökkentését, az absztinencia elérését célozza meg. A szakmai csoportban pszichológus és általában addiktológus, pszichiáter is jelen van. Különösen súlyos droghasználat esetén a speciális ellátást a minisztériumi fenntartású speciális gyermekotthon biztosítja.

A Fővárosi Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat Befogadó Otthonában a BRFK Bűnmegelőzési Osztálya által kidolgozásra került drogprevenációs előadások az időről időre visszatérő programok közé tartoznak (pl. „Ne tedd!” program) A munkatársak tapasztalata szerint ugyanakkor arról számolnak be, hogy ezek az előadások a már droghasználó, vagy kipróbáló fiataloknál kevésbé hasznosak.

Az ESPAD kutatások a fiatalok szerfogyasztása és a családi háttérváltozók kapcsolatát is vizsgálják. A 2003. évi magyarországi ESPAD kutatás eredményei szerint a „lógás” miatti hiányzás mind a lányok, mind a fiúk tekintetében szignifikáns kapcsolatot mutatott a szerfogyasztás mutatóival. A családszerkezetet vizsgálva megállapítható volt, hogy a legális és illegális szerek fogyasztásával szemben óvó hatása van az ép családnak, a valamely biológiai szülő nélkül nevelkedő fiatalok veszélyeztetettebbek. További olyan családi háttértényezőket is azonosítottak, melyek szignifikáns kapcsolatot mutattak a fiatalok szerfogyasztásával, mint például a szülői kontroll erőssége, az idősebb testvér szerfogyasztási szokásai, illetve a családban

előforduló különböző devianciák jelenléte. A következő ábra a család többi tagjának devianciái mentén mutatja a fiatalok körében előforduló fogyasztási formákat. A családban előforduló dohányzás befolyásolja legkevésbé a fiatalok szerfogyasztási szokásait, azonban kisebb-nagyobb mértékben minden deviancia növeli a tiltott vagy legális szerfogyasztás valószínűségét. Az illegális szerhasználat tekintetében a kábítószer-használó szülők gyermekei mutatkoznak a legveszélyeztetettebbeknek.

Az egészségügyi ellátásban megjelenő, kábítószer-fogyasztás miatt kezelésbe kerülő fiatalok, egyének veszélyeztetettségéről nem állnak rendelkezésre információk a Nemzeti Drogfókuszpont számára. A pszichoaktív szerekkel küzdő, illetve súlyos disszociális tüneteket mutató, gyermekvédelmi ellátásban nevelkedő fiatalok számára két speciális ellátást nyújtó gyermekotthon működik, ahol összesen 32 fiatal (16+16) számára tudnak férőhelyet biztosítani, azonban mindkét intézmény csak fiúkat fogad.

V. Hazai szabályozási környezet

A kábítószerrel visszaélés büntetőjogi következményeit a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) 282-283. szakaszai tartalmazzák, melyek keretében került szabályozásra a kábítószerrel összefüggésben elkövetett bűncselekmények, a 283/A. § a visszaélés kábítószer-prekurzorral bűncselekményi tényállás szabályozását tartalmazza. A 282/A. § (1) bekezdése szerint, aki kábítószerrel kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, büntetett követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

A Btk. 286/A. § (2) bekezdése értelmező rendelkezései szerint a 282-283. § alkalmazásában kábítószeren

a) az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagokat,

b) az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagokat, valamint

c) az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyagokat kell érteni.

A kábítószerrel összefüggésben elkövetett szabálysértések körét, pedig az egyes szabálysértésekről szóló 218/1999. (XII. 28.) Korm. rendelet 11. §-a határozza meg, amely szerint kábítószer-rendészeti szabálysértést követ el aki

a) a kábítószerek, illetőleg a pszichotróp anyagok rendelésére, kiadására, forgalmazására, nyilvántartására, tárolására, illetőleg elszámolására, valamint ezek gyártására, exportálására, importálására, tranzitálására, az ilyen anyagokkal végezhető kutatásra, továbbá az ezen anyagokkal kapcsolatos adatszolgáltatási kötelezettségre vonatkozó szabályokat megszegi,

b) kábítószerek és pszichotróp anyagok tiltott előállításához, gyártásához is használt vegyi anyagokkal (ellenőrzött anyagok) végezhető egyes tevékenységek végzésének szabályait megszegi, és ezért százezer forintig terjedő pénzbírsággal sújtható.

A szabálysértés miatt az eljárás a rendőrség, illetőleg a fővárosi és megyei kormányhivatal megyei népegészségügyi szakigazgatási szerve vagy kistérségi népegészségügyi intézete hatáskörébe is tartozik.

A magyar szabályozási rendszer a részleteket illetően igen összetett, hiszen a Btk. által meghatározott tényállásokat a jelenleg az egyébként más rendelkezéseiben már nem hatályos,

emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény (korábbi Gyógyszer törvény) egészíti ki, amely mellékletében azoknak az anyagoknak a listáját határozza meg, amelyek nem a Pszichotróp Egyezmény alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak.

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 15. § - a foglalkozik a kábítószerként és pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre vonatkozó külön rendelkezések körében többek között a kábítószernek, illetve pszichotróp anyagnak minősülő gyógyszer gyártásához, forgalomba hozatalához, forgalmazásához és e gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységhez szükséges engedélyek meghatározásával, azok beszerzésének eljárásával.

Előzőeket ugyancsak kiegészítik a fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszerári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatóknál történő felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről szóló 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet rendelkezései is.

Megemlítendő, hogy az Alkotmánybíróság az 54/2004. (XII. 13.) számú határozatában foglalkozott a kábítószerrel kapcsolatos szabályozási kérdésekkel, amelyben többek között megállapította a Btk. bizonyos rendelkezéseinek alkotmányellenességét, melyek egy részét határozatával megsemmisítette, bizonyos rendelkezések tekintetében pedig jogalkotásra hívta fel a Parlamentet. Az AB határozat VI. rész 2.1.1. szakaszában is hivatkozik hazánk Gyermekegyezményben vállalt kötelezettségeire, kimondván, hogy cél és jogalkotást megkívánó feladat, hogy a kiskorúakat szellemi, erkölcsi fejlődésük érdekében, „szellemi érettség hiányára” figyelemmel, továbbá az ezen anyagok okozta veszélyhelyzetek miatt egészében véve távol kell tartani a kábítószerektől és a pszichotróp anyagoktól (fokozott védelem). Valamint kimondja, hogy a testi és lelki egészséghez való jogból következően az állam alkotmányos kötelezettsége nem e jog megsértésétől való egyszerű tartózkodásban áll, hanem aktív cselekvést kíván meg. Az intézményvédelmi kötelezettségnek e téren az az egyik eleme, hogy a társadalom minden tagját, ideértve a gyermekeket, a kellő információval és élettapasztalattal nem rendelkező fiatal felnőtteket, valamint a káros magatartásmódra fogékony valamennyi polgárt megóvja a visszafordíthatatlan egészségügyi kockázatoktól. Feladatát akkor látja el, ha intézkedéseket fogantat mindazon jelenségek ellen, amelyek ezt a célt veszélyeztetik. A kábítószerfogyasztás terjedésének ezért nem lehet tétlen szemlélője.

Az Alkotmánybíróság eddigi határozataiból kiviláglik, hogy a gyermekek fejlődésének kockázatoktól történő megóvását olyan értéknek tekinti, amely még a klasszikus alapjogokkal szemben is elsőbbséget élvezhet. Az Alkotmány 67. §-a „az állam köteletségét alapozza meg a gyermek személyiségfejlődése intézményes védelmére”. A gyermeki jogállás az államra azt a közvetlen kötelezettséget rója, hogy a „gyermeket az olyan kockázatvállalásoktól is meg kell óvnia, amelyekkel kapcsolatban életkoránál (az ettől függően feltételezett testi, szellemi, erkölcsi és társadalmi érettségénél) fogva nem képes megismerni és értékelni sem a választható lehetőségeket, sem pedig választása következményeit saját személyiségére, illetve későbbi életére és társadalmi beilleszkedésére nézve. [...] Különösen megnöveli a kockázatot, ha olyan kérdésekben való nyilvános elköteleződésről van szó, amelyek megítélése a társadalomban kifejezetten ellentmondásos abban az értelemben, hogy széles körben negatív megítélés alá esik.” [21/1996. (V. 17.) AB határozat, ABH 1996, 74, 75, 77-78, 80.]

Ugyancsak fontos kiemelni, hogy az OBH 2057/2008. számú jelentésében a gyermek védelemhez való jogához kapcsolódó részletes alkotmányjogi érvrendszert e vizsgálatom megállapításai során is alapvető jelentőségűnek tartom.

A kormányzat 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozatával kábítószerügyi munkája javítása

érdekében létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot (KTB). Ennek a Bizottságnak feladata volt a kábítószerügyben illetékes összes minisztérium és szerv munkájának összehangolása, a kábítószer-ellenes küzdelem céljára rendelkezésre álló erőforrások elosztására és felhasználására vonatkozó javaslatok kidolgozása, a magas szintű nemzetközi kapcsolatok kialakításának koordinálása és a döntések végrehajtásának folyamatos ellenőrzése mellett a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítása is.

Később az Országgyűlés 111/1996. (XII. 19.) OGY határozatában döntött a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság felállításáról, amely többek között javaslatot tett a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság megszüntetésére és a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság felállítására. Az Eseti Bizottság álláspontja az volt, hogy a megalakítandó Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság alapvető feladata legyen „a hazai kábítószer-fogyasztás terjedése elleni fellépés összehangolása, és feladatai között szerepeljen a kereslet-, kínálat- és ártalomcsökkentés egyensúlyára, valamint az állam szerepvállalása mellett a helyi közösségek és a civil szervezetek tevékenységére épülő átfogó összehangolt és multidiszciplináris nemzeti kábítószer stratégia kidolgozása.”

Az 1039/1998.(III.31.) Korm. határozat értelmében „A Kormány a hazai kábítószerhelyzet alakulására, a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság működésének tapasztalataira, továbbá az Országgyűlés 125/1997. (XII. 18.) OGY határozatában foglaltakra figyelemmel Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságot (KKB) hoz létre.” A kormányhatározat 2. b) pontja értelmében a KKB feladata többek között „a kábítószer-ellenes nemzeti stratégia kialakítása, elfogadását követően a végrehajtásának folyamatos ellenőrzése”.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság az erről szóló 1002/2007. (I.18.) Kormány határozat értelmében a Kormány javaslattevő, véleményező testülete, amelynek elsődleges feladata a nemzeti stratégiai program végrehajtásának elősegítése, valamint a minisztériumok és országos hatáskörű szervek kábítószerüggyel kapcsolatos tevékenységének összehangolása. *Kezdeményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok megalkotását, illetve véleményezi a kábítószerügyet érintő jogszabályok tervezetét; összehangolja a nemzetközi egyezményekből és az európai uniós tagállami működésből fakadó, a kábítószerügy területét érintő feladatok végrehajtását; évenként tájékoztatja a Kormányt a stratégiai program végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatok megvalósulásáról; kezdeményezi és összehangolja a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében szükséges megelőző, felvilágosító, kezelő, kereslet- és kínálatcsökkentő programokat; rendszeresen kapcsolatot tart a nem kormányzati szervezetekkel. A 2007-ben született kormányhatározattal civil delegáltak beválasztására is lehetőség nyílt, akik teljes jogú tagként vesznek részt a testület ülésén.*

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, a kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium háttérintézménye. Feladatai között szerepel a droghasználattal kapcsolatos szakmai felismerések és eredmények nyomon követése; a megelőzés területén irányelvek, standardok kifejlesztése, valamint megvalósulásuk értékelése; az elterelés megelőző-felvilágosító szolgáltatásának módszertani támogatása, finanszírozása, és értékelése; kutatások kezdeményezése, elősegítése, és értékelése; nemzetközi szakmai kapcsolatok ápolása és bővítése.

Ugyancsak kiemelt fontossággal bír a Nemzeti Drog Fókuszpont a *drogmonitorozás* európai uniós intézményrendszerének hazai központja, amely kapcsolatot tart az Európai Monitoring Központtal (EMCDDA), valamint más intézményekben keletkező *adatokat, információkat gyűjt, dolgoz fel és szolgáltat* hazai és nemzetközi szervezeteknek a kábítószer-probléma feltárásával, kezelésével és megoldásával kapcsolatos döntéseikhez, összességében tehát *legfőbb feladata a hazai drogmonitorozási rendszer fejlesztése.*

A nemzeti stratégia kidolgozásának gondolata és szükségessége a 80-as évek végétől

kezdődően, a nemzetközi szervezetek, így többek között az ENSZ Kábítószer Bizottsága és az Európa Tanács a 1085. ajánlása ismertté válása óta merült fel Magyarországon is, melynek során a nyolcvanas évek végétől kezdődtek meg az előmunkálatok egy átfogó cselekvési terv kialakítására.

Hazánk első Nemzeti Drogstratégiája a 2000-2009 közötti periódust ölelte fel. A Stratégia hosszú távú célrendszere ugyanis a 2009-ig elérni szándékozott célok megvalósításához szükséges cselekvések összességét határozta meg. A középtávú célokat pedig a 2000–2002. költségvetési évek vonatkozásában definiálta a kormányzat.

A Nemzeti Drogstratégiához kapcsolódó konkrét akciótervek, cselekvési tervek külön kormányhatározatok formájában kerültek meghatározásra. Így elsőként 2002-ben 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozat, majd 2004-ben a 1129/2004 (XI. 24.) Korm. határozat és végül 2007-ben a 1094/2007. (XII. 5.) számú, a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló Korm. határozat. A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat 12. pontja szerint javítani kell a súlyos kábítószer-problémákkal küzdők részére az ambuláns ellátások területi lefedettségét, támogatni kell nappali kórházi ellátások létesítését, valamint javaslatot kell kidolgozni a gyermek- és ifjúságaddiktológiai ellátás szakmai, intézményi hátterének kialakítására.

2009 márciusában fogadta el az Országgyűlés azt a határozatot, amelyben felkérte a kormányt a 2010-től esedékes új nemzeti stratégiai program elkészítésére. A kormány által beterjesztett nemzeti stratégiai programot ezt követően 2009. december 14-én fogadta el az Országgyűlés. A jelenlegi, 2010-2019-ig terjedő időszakra szóló Nemzeti Drogstratégia Programot tehát a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat melléklete tartalmazza. Az új Nemzeti Drogstratégia 2010 és 2018 között, kilencéves időtartamra határoz meg feladatokat (hosszú távú tervezés). 2010 és 2017 között, nyolcéves keretben zajlik a kitűzött célok megvalósítása, 2018-ban a Nemzeti Drogstratégia végrehajtásának értékelése és a következő program előkészítése esedékes. A Nemzeti Drogstratégia szerint annak célkitűzéseit cselekvési tervek részletezik.

A Nemzeti Drogstratégia felhatalmazása révén csak az ellenőrzés alatt álló és visszaélésre alkalmas pszichoaktív szerek (kábitószeres és pszichotróp anyagok), valamint ezek előállításához használt egyes - ugyancsak nemzetközi ellenőrzés alá vont - anyagok kontrolljával, a legális útról való eltérítésük ellenőrzésével és megakadályozásával, jogszabályba ütköző fogyasztásuk, előállításuk és forgalmazásuk visszaszorításának kérdéseivel foglalkozik. A Nemzeti Drogstratégiában a drog és a kábítószer szavakat azonos értelemben használják, összhangban az ENSZ kábítószer-egyezmények mellékletében felsorolt és a Büntető Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseiben definiált kábítószerekkel. A Drogstratégia szerint „emellett egyre nagyobb az indokoltsága annak, hogy az ellenőrzés alatt nem álló, nagy népegészségügyi ártalmakat okozó szerek (alkohol, nikotin, bizonyos hallucinogének, inhalánsok stb.), az engedélyezett, de nem rendeltetésszerűen használt anyagokkal való visszaélések, valamint a szerhasználathoz nem kapcsolódó viselkedési függőségek kezelésére is kiterjedjenek átfogó közpolitikák. Ezek, az egyes területeken megvalósuló közpolitikák keressék az együttműködés lehetőségeit, az egymással való érintkezési pontokat és az együttes cselekvés nyújtotta hatékonyságnövekedést.”

A Nemzeti Drogstratégia három fő pillérré épül, ezek a prevenció, megelőzés; kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés és végül a kínálatcsökkentés.

A legtöbb célkitűzés a prevencióra irányul, amelynek a dokumentum szerint minden szintéren érvényesülnie kell a prevenciónak (így: család, iskola, munkahely, szórakozóhelyek,

stb.) a kezelés, ellátás területén a szenvedélybeteg ellátó rendszer fejlesztése, betegek igényeihez igazodó kezelési és ellátási szolgáltatások kialakítása a feladat, a kínálatcsökkentés keretében pedig a kábítószer-kereskedelem és terjesztés elleni fellépés hatékonyságának növelése a kormányzat által meghatározott cél.

A Stratégia célkitűzései között szerepel többek között a fekvőbeteg-ellátás fejlesztése, amelynek VII/2.3. fejezet A) b) (v) pontja szerint a gyermek- és ifjúságpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás jelenleg megoldatlan, ezért kiemelt feladat az addiktológiai és gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakmai grémiumok együttműködésével a vonatkozó szakmai feltételek kialakítása, képzések biztosítása.

A 2010-től érvényes Nemzeti Stratégiához kapcsolódó cselekvési programot a felelős tárca a stratégia elfogadását követő három hónapon belül kidolgozta, azonban annak Kormány elé terjesztése nem történt meg.

VI. Új trendek – designer drogok

Az úgynevezett designer drogok megjelenése komoly kihívás elé állította a döntéshozókat, hiszen az újfajta pszichoaktív szerek megjelenésével a jelenlegi szabályozási rendszer átláthatatlansága, a döntéshozatal lassú menete teljes mértékben megmutatkozott.

A designer-drogok a kábítószer-listákon szereplő anyagokétól kissé eltérő kémiai szerkezetű pszichoaktív szerek, amelyek az ellenőrzés alá vonásáig jogi következmények nélkül terjeszthetők, ennek ellenére legtöbbször a tiltott szerek piacán, olykor azok helyettesítőjeként jelennek meg. Többnyire ismeretlen összetételű növény(keverék)ek, szintetikus drogot tartalmazó porok és „partitabletták” (KATI, GINA) melyeket különböző módokon használnak (felszívni, szippantanak, lenyelnek), annak ellenére, hogy illatosítóként, növényi füstölőként, fürdősóként vagy kísérleti vegyszerként hirdetik és forgalmazzák őket. Ezek a szerek tehát éppen a tiltólistán szereplő anyagokétól történő kis eltérés miatt jelenhetnek meg legálisan a piacon, egészen addig, amíg azok tiltólistára történő felvétele nem történik meg. Hazánkban eddig csak a mepredon származékok kerültek fel a tiltólistára, ugyanakkor a szakértők egyöntetű véleménye szerint ma már indokolt további anyagok listára kerülése is.⁸

Az egyes országokban különböző szabályozási módszerek alakultak ki a kábítószerek tilalmának szabályozását illetően. A generikus rendszer a kémiai hasonlóság alapján vonja a hatóanyagokat ellenőrzés alá, az analóg rendszer pedig a fiziológiai, toxikológiai hasonlóságot is alapul veszi. Az újonnan megjelenő szerek listára vételét illetően is különböző eljárások léteznek, így az általános jellegű, standard eljárás; a rapid eljárás, amennyiben egy szert sürgősen kell listára venni; illetve az „*emergency procedure*”, amely eljárást követően a szer csak átmenetileg (ideiglenesen) kerül ellenőrzés alá, az átmeneti időszak alatt azonban szükséges a standard eljárás lefolytatása.

Az Európai Unió Tanácsának 2005/387/IB határozata szerint egy adott szer listára vételének folyamata három lépcsőből épül fel. Az első lépés az információcsere/korai jelzőrendszer működésbe lépésének folyamata, amelynek során az adatokat az EMCDDA vagy az Europol átadja az Európai Bizottságnak és az EMEA-nak (European Medicines Agency). Végül, ha az EMCDDA és az Europol úgy ítéli meg, hogy az új pszichoaktív szerről összegyűjtött információ indokolja a folyamatos ellenőrzést, egy közös jelentést nyújtanak be az Európai Unió Tanácsának, a Bizottságnak és az EMEA-nak eldöntendő, hogy elindítsanak-e egy kockázatelemzést, vagy sem.

A listára vétel második lépése a kockázatelemzés, amelynek során a Tanács dönthet úgy, hogy elindítja kockázatelemzési folyamatot, amennyiben tagállamok legalább negyede, vagy az Európai Bizottság támogatja ezt a lépést. Az EMCDDA Tudományos Bizottsága a

kockázatértékelést megfontolásra benyújtják a Tanácsnak, a Bizottságnak és az EMEA-nak.

Az utolsó lépés a döntéshozatal, amelynek során a Tanács (minősített többséggel) dönthet úgy, hogy elfogad egy határozatot, melyben ellenőrzés alá vonja az adott szert, melyet a tagállamoknak ebben az esetben egy éven belül fel kell venniük a listára.

Hazánkban a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010. március 4-i ülésén 2/2010. számú határozatával döntést hozott a Kábítószer Listák Szakbizottság (a továbbiakban: Szakbizottság) felállításáról. A határozat szerint a Szakbizottság "a saját véleményezési menetrendjében foglaltak szerint – kezdeményezi az illetékes hatóságoknál a szükséges vizsgálatok elindítását, szakmai vélemények bekérését, ezek alapján elvégzi a szükséges kockázatelemzést, majd szakmai álláspontjának kialakítását követően javaslatot tesz az illetékes miniszternek a tárgyalt anyag listára vételét, vagy ismert szer új besorolását illetően". A Szakbizottság feladata az is, hogy elemezze az "esetleges listára vétel/ új besorolás várható szociális kockázatait". A Szakbizottság tagjai: szavazati joggal rendelkező állandó tagok (Nemzeti Fejlesztési Minisztérium, ÁNTSZ, Országos Gyógyszerészeti Intézet, Belügyminisztérium, Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal, Országos Rendőr-főkapitányság, Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek Országos Toxikológiai Intézete, Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Drogfókuszpont, Vám-és Pénzügyőrség Vegyvizsgáló Laboratórium, Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Országos Addiktológiai Intézet képviseletében) és szavazati joggal nem rendelkező állandó és civil szakértők (pl. a Drogirodát működtető, a kérdéssel kiemelten foglalkozó Társaság A Szabadságjogokért).

A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről 142/2004. (IV. 29.) sz. Korm. rendelet többek között a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekre, a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekhez kapcsolódó hatósági eljárásokra, a visszaélés szempontjából veszélyes új szerek jegyzékbe vételi eljárására vonatkozóan tartalmaz megállapításokat. A rendelet 3. § (1) bekezdése szerint a kábítószerek és pszichotróp anyagok gyártása, exportja, importja, transzfere, beszerzése, forgalmazása, raktározása, tartása, átadása, használata, megsemmisítése, valamint a velük kapcsolatos kutatás, oktatás, továbbá a külön jogszabály szerint engedélyköteles kábítószerek és pszichotróp anyagok előállítására alkalmas növények termesztése, valamint a velük kapcsolatos kutatás, oktatás – a (2)-(4) bekezdésekben foglaltak, valamint az eseti kutatás kivételével – kizárólag tevékenységi engedély birtokában folytatható.

A visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatokról szóló 1196/2009. (XI. 20.) Kormány határozat az egyes új anyagok listára vételével kapcsolatosan rögzíti a mindenkori kormányzat számára feladatokat.

Eszerint, ha gyógyászati felhasználással rendelkező, illegális forgalomban megjelent, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer, vagy ismert szer új besorolása válik szükségessé, és a szer kóros élvezetre alkalmassága egyértelműen megállapítható, a szer listára vétele érdekében a Kormány felhívja az egészségügyért felelős minisztert, hogy *a)* nyújtsa be a Kormányhoz az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény módosításáról szóló előterjesztést, valamint *b)* kezdeményezze a rendészetért felelős miniszternél a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló kormányrendelet módosításáról szóló előterjesztés benyújtását a Kormányhoz.

Abban az esetben, ha gyógyászati felhasználással nem rendelkező, illegális forgalomban megjelent a visszaélés szempontjából veszélyes új szer, vagy ismert szer új besorolása válik szükségessé, és a szer kóros élvezetre alkalmassága egyértelműen megállapítható, a szer listára vétele érdekében a kormány felhívja a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs

feladatokért felelős minisztert, hogy kezdeményezze a) az egészségügyért felelős miniszternél az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény, valamint b) a rendészetért felelős miniszternél a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló kormányrendelet módosításáról szóló előterjesztés benyújtását a Kormányhoz.

Akkor, ha egy szer felvételre kerül a Kábítószer Egyezmény a Pszichotróp Egyezmény valamely jegyzékére, illetve, ha az Európai Unió Tanácsa egy szer jegyzékre vételét az Európai Unió Hivatalos Lapjában közzétett határozatával elrendelte, a Kormány felhívja a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős minisztert, hogy a szer listára vétele érdekében kezdeményezze

a) az egészségügyért felelős miniszternél a Kábítószer Egyezményt, illetve a Pszichotróp Egyezményt kihirdető jogszabály, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény, valamint

b) a rendészetért felelős miniszternél a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló kormányrendelet

módosításáról szóló előterjesztés benyújtását a Kormányhoz.

Végül pedig a Kormány felkéri az egészségügyért felelős minisztert, valamint a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős minisztert, hogy a szükséges kezdeményezéseket megelőzően - az adott szer kóros élvezetre való alkalmasságának megállapítása érdekében - kérjék be az Országos Gyógyszerészeti Intézet és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium szakvéleményét, valamint az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (Nemzeti Drog Fókuszpont), valamint a külön jogszabályban meghatározott szakkérdésben szakvélemény adására kizárólagosan feljogosított szervek, továbbá a Rendőrség birtokában lévő, az adott szer kóros élvezetére utaló információkat.

A Szakbizottság alakuló ülésén, 2010. március 29-én felmerült a mefedron listára vételének kezdeményezése, amely végül csak 2011. január 1-től történt meg, az Európai Unió által 2010 decemberében meghozott, listára vételt elrendelő határozatát követően.

Érintett alkotmányos jogok

- Az élethez és emberi méltósághoz való jog: *„A Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.”* [Alkotmány 54. § (1) bekezdés]
- A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog: *„A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.”* [Alkotmány 70/D. § (1)-(2) bekezdés]
- A gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való joga: *„A Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.”* [Alkotmány 67. § (1) bekezdés]

Alkalmazott jogszabályok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.)

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet (Korm. rendelet)

- Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (NM rendelet)
- Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (Korm. rendelet 2.)
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (ESzCsM rendelet)
- A kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat
- A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) 282-283., 283/A., 286/A. §
- Az egyes szabálysértésekről szóló 218/1999. (XII. 28.) Korm. rendelet 11. §
- Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény (korábbi Gyógyszer törvény) melléklete
- Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény – hatályos gyógyszer törvény
- A fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszerári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatóknál történő felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről szóló 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet
- A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló 142/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet
- A visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatokról szóló 1196/2009. (XI. 20.) Kormány határozat

Megállapításaim

I. A hatáskör tekintetében

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Obtv. határozza meg. Az Obtv. 16. § (1) bekezdése szerint az országgyűlési biztoshoz bárki fordulhat, ha megítélése szerint valamely hatóság, illetve közszolgáltatást végző szerv (a továbbiakban együtt: hatóság) tevékenysége során a beadványt benyújtó személy alapvető jogaival összefüggésben visszaállást okozott, feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, illetve jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva. Az Obtv. 16. § (2) bekezdése szerint az országgyűlési biztos az alapvető jogokkal kapcsolatos visszaállás megszüntetése érdekében az (1) bekezdésben megjelölt feltételek fennállása esetén hivatalból is eljárhat. Az Obtv. 29. § (1) bekezdése a) pontja alapján a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, mint közigazgatási feladatot ellátó szerv, hatóságnak minősül. A vizsgálattal ugyancsak érintett Országos Rendőr-főkapitányság az Obtv. 29. § (1) d) pontja szerinti rendvédelmi szerv, így tevékenységének vizsgálata az Obtv. 16. §-a alapján ombudsmani hatáskörbe tartozik.

A törvény a közszolgáltatást végző szerv fogalmát nem határozza meg, azt az ombudsmani gyakorlat formálta és alakította ki. Az ombudsmani gyakorlat közszolgáltatóknak tekinti a hatóságnak nem minősülő, állami vagy önkormányzati feladatot ellátó szerveket, különösen azokat, amelyek esetében a kérelmezőnek nincs lehetősége annak megválasztására, hogy az általa igényelt szolgáltatás igénybevitelére kivel szerződjön, tekintettel arra, hogy azt csak korlátozott számú vagy kizárólag egyetlen szervtől veheti igénybe. A közszolgáltatás a lakosság nagy részét érinti, vagyis a közszolgáltatás tömeges jellegű és általában valamely alapszükségletet elégít ki.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2)

bekezdésének *b)* pontja szerint egészségügyi közszolgáltatás: a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás.

Fentiek alapján az ombudsmani gyakorlat közszolgáltatást végző szervek körébe tartozónak tekinti az egészségügyi intézményeket, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Obtv. hatásköri szabályai értelmében – egyértelműen kiterjed.

II. Az érintett alkotmányos jogok tekintetében

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa egy adott probléma mögött álló összefüggésrendszer feltárása során *autonóm, objektív és neutrális* módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget az Alkotmányban kapott mandátumának. Az ombudsmani intézmény kialakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosa vizsgálati során következetesen, zsinórmértékként támaszkodik az Alkotmánybíróságnak az alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazza az alapjogok korlátozásának alkotmányosságát megítélni hivatott *egyes alapjogi teszteket*.

A vizsgálat lefolytatása során figyelembe vettem azt az – ombudsmani típusú jogvédelem szempontjából is releváns – általános érvényű alkotmánybírói megállapítást is, amely szerint a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens, a *tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a tudomány és nem a jogvédelem képviselői hivatottak*. A tudomány, így a pszichiátria tudományának kompetenciája és autonómiája az állampolgári jogok országgyűlési biztosa számára is meghatározó. Álláspontom abban is megegyezik az Alkotmánybírósággal, hogy a szaktudományos ismeretekkel összefüggő alkotmányossági problémák megoldásához a szaktudományos álláspontoknál szélesebb vizsgálódás lehet szükséges.

1. Az Alkotmány 2. § (1) bekezdése szerint a Magyar Köztársaság független demokratikus jogállam. Az Alkotmánybíróság több határozatában rámutatott, hogy *a jogállam nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság*. A jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. A jogbiztonság tehát nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is. (9/1992. (I. 30.) AB határozat). Az alanyi jogok és kötelezettségek érvényesítésére szolgáló eljárási garanciák tehát a jogbiztonság alkotmányos elvéből következnek. Megfelelő eljárási garanciák nélkül működő eljárásban a jogbiztonság szenved sérelmet. (75/1995. (XI. 21.) AB határozat). Az Alkotmánybíróság a 72/1995. (XII. 15.) AB határozatban a jogbiztonság elengedhetetlen követelményének minősítette, hogy a jogalkalmazói magatartás előre kiszámítható legyen.

2. *Az emberi méltóság* az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog (Alkotmány 54. § (1) bekezdés) az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.

3. Az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében foglaltak szerint a Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges. Az alkotmányi felsorolás (család, állam, társadalom) egyben „rangsornak” is tekinthető: a

gyermeknek elsődlegesen a családtól kell a szükséges védelmet és gondoskodást megkapnia. Ezt egészíti ki, meghatározott esetekben pedig pótolja, illetve helyettesíti az állami intézményvédelem. Ez a fajta sorrend fakad a vonatkozó nemzetközi dokumentumok rendelkezéseiből, valamint ezt diktálja a gyermek mindenek felett álló érdeke, de ezt támasztja alá az AB gyakorlata is. A gyermeknek e joga tehát megalapozza az állam alkotmányos kötelességét a gyermek fejlődésének védelmére. Az állam alatt nem pusztán a Magyar Államot, mint jogi személyt kell jelen esetben érteni, hanem – a különböző jogszabályokban meghatározott feladat- és hatáskörében eljárva – valamennyi, ezért tételelesen meg nem határozható állami- és önkormányzati szervet is.

4. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte az Alkotmány 70/D. §-ában foglalt *legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog* tartalmát.

Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az Alkotmány 70/D. §-a alapján a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy „[...] az államnak a 70/D. § (2) bekezdésben e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége [...] annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.” „Az állam szabadsága nem terjed odáig, hogy anélkül üresítse ki az egyik legfontosabb garanciális intézmény tartalmát, hogy helyette nem építi ki az alapvető jog megvalósulásának azonos súlyú biztosítékait.”

Az Alkotmánybíróság ugyanakkor utalt arra is, hogy „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.” Az Alkotmánybíróság olvasatában „az ilyen szélső eseteken túl azonban az Alkotmány 70/D. §-ban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.”

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. fejezetében a betegek számára számos alanyi jogot határoz meg, ezek között az egészségügyi ellátáshoz való jogról is rendelkezik. Kimondja, hogy minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az ellátás pedig akkor minősíthető megfelelőnek, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.

Álláspontom szerint a jogalkalmazási gyakorlatra fókuszáló ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban akár az alkotmánybíróságitól eltérő, további alapjogi követelmények megfogalmazására és kibontására van lehetőségére. Önmagában ugyanis az a tény, hogy az AB alacsonyabb mércéje miatt valamely jogszabályi rendelkezést, jogi-szervezeti megoldást az egészséghez való jog

érvényesülése szempontjából – a fenti gyakorlat alapján – nem minősít alkotmányellenesnek, még egyáltalán nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy e norma gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel kapcsolatban az egészséghez való joggal, vagy ennek alanyi jellegű részjogosítványával, az egészségügyi ellátáshoz való jogosultsággal összefüggő visszásság megállapítására kerüljön sor.

Az ombudsmani jogvédelem eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Értelemszerűen nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszásság pusztán egy intézmény megszüntetése, átalakítása, összevonása, feladatátadása más intézménynek, vagy a rendelkezésre álló ágyak számának csökkentése miatt: egy ilyen szemlélet parttalanná és esetlegessé tenné az országgyűlési biztos által biztosított jogvédelmet. Más a helyzet, ha az egészségügyi intézményrendszeren belül, így például az addiktológiai ellátás területén meghatározott helyeken, megyékben vagy régiókban bizonyos speciális szakellátások megszűnnek, érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot elviselhetetlenül hosszú időn keresztül „stabilizálódik”⁹.

Lényeges szempont az is, hogy az addiktológiai ellátást igénylő gyermekkorú betegek állapotukból adódóan nem csupán méltóságuk, önrendelkezési joguk kifejezett megsértésével szemben védtelenek, hanem – mivel jóformán semmilyen igény- vagy jogérvényesítésre nem vagy csak nagyon korlátozottan képesek – szinte teljes mértékben kiszolgáltatottak egy intézményi átszervezésnek is. A betegellátás országos vagy regionális szintű csökkenése, bizonyos szakellátási formák elérhetőségének megszűnése vagy nehezebbé válása esetükben súlyosabb következményekkel fenyeget, komoly alapjogsérelemmel járhat.

III. Az ügy érdeme tekintetében

1. A jelenleg hatályos Nemzeti Drogstratégiát a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat melléklete tartalmazza. Amint azt fentebb, a IV. pont alatt megjegyeztem, a 2010-től érvényes a Nemzeti Stratégiához kapcsolódó cselekvési program Kormány elé terjesztése azonban nem történt meg. A jogbiztonság követelményének érvényesülésével kapcsolatban mindenekelőtt arra a kérdésre kell kitérnem, hogy noha jelenleg rendelkezésre áll a hatályos Nemzeti Drogstratégia, amelyet az Országgyűlés elfogadott, és amelynek egyik célkitűzéseként jelenik meg a gyermek-és ifjúság addiktológia kialakítása, azonban az erre vonatkozó cselekvési tervet még nem fogadta el a Parlament.

Amint az a Nemzeti Család-, és Szociálpolitikai Intézet főigazgatójának válaszában szerepel, a 2009-ben elfogadott drogstratégia ugyancsak hatályban van, azonban a 2010 óta működő Kormány kinyilvánította, hogy e stratégiát saját drogpolitikája alakításában nem tekinti irányadónak és új stratégiát kíván megalkotni. Így bár jogilag igen, de tényszerűen nem létezik olyan drogstratégia, amely a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda tevékenységét szabályozná. E helyzet mielőbbi megoldása érdekében, kormányzati felkérésre, a Nemzeti Drogmegelőzési Iroda szokványos módszertani feladatainak ellátása mellett az új nemzeti drogstratégia kialakítását segítő szakmai előkészítést is elvégzi.¹⁰

Tekintettel arra, hogy új Drogstratégia kidolgozására és elfogadására, valamint az azok végrehajtását szolgáló akciótervek kidolgozására mind ezidáig nem került sor, nem áll rendelkezésre a szakma számára követendő szakmapolitikai stratégiai döntés. Ennek hiánya a szóban forgó területen teljes szabályozatlanságot eredményez. Ebből következően megállapítom, hogy a keretnormák hiánya a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságot idéz elő. Ugyancsak megállapítom, hogy a gyermek és ifjúság addiktológia területén túlmenően is szabályozatlan helyzet nemcsak a gyermekek addiktológiai

ellátásával, hanem a felnőtt addiktológiai ellátás vonatkozásában is visszásságot okoz a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével összefüggésben.

2. A vonatkozó jogi szabályozás áttekintése alapján megállapítható, hogy a kábítószerre és pszichotróp anyagokra vonatkozó szabályozás igen összetett, szerteágazó és a jogszabályok (beleértve a kábítószeres és pszichotróp anyagok beszerzésére, raktározására, forgalmazására vonatkozó szabályokat) a területen dolgozó érintett szakértők számára is nélkülözik az egyértelmű iránymutatást az alkalmazandóság, a követendő eljárás tekintetében.

Ennek kapcsán megjegyzem, hogy jelenleg az egyébként más rendelkezéseiben hatályon kívül helyezett, az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény – a korábbi Gyógyszertörvény – melléklete tartalmazza azon anyagok jegyzékét, amelyek nem a Pszichotróp Egyezmény alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak.

A jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény (Jat) 3. §-a szerint az azonos vagy hasonló életviszonyokat azonos vagy hasonló módon, szabályozási szintenként lehetőleg ugyanabban a jogszabályban kell szabályozni. A szabályozás nem lehet indokolatlanul párhuzamos vagy többszintű. A jogszabályban nem ismételhető meg olyan jogszabály rendelkezése, amellyel a jogszabály az Alkotmány alapján nem lehet ellentétes. Előzőekre, valamint az Alkotmánybíróság 9/1992. (I. 30.) AB határozatára figyelemmel a fragmentált szabályozás szintén a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságot okoz, hiszen a jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára.

3. Az úgynevezett designer drogok megjelenésével összefüggésben jelentésem V. pontjában utaltam arra, hogy az egyes országokban különböző szabályozási módszerek alakultak ki az újonnan megjelenő szerek listára vételét illetően. Így az általános jellegű, standard eljárás; a rapid eljárás, amennyiben egy szert sürgősen kell listára venni; illetve az emergency procedure, amely eljárást követően a szer csak átmenetileg (ideiglenesen) kerül ellenőrzés alá, az átmeneti időszak alatt azonban szükséges a standard eljárás lefolytatása.

Magyarországon nincs sem ún. rapid, sem pedig emergency eljárás az egyes hirtelen, nagy számban megjelenő szerek listára vétele vonatkozásában, így a jelenlegi döntéshozatali rendszer nem teszi lehetővé az adott szer megjelenése esetén az arra való gyors reagálást. A jelenleg hatályos, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer vagy ismert szer új besorolásával kapcsolatos feladatokról szóló 1196/2009. (XI. 20.) Korm. határozat szerint ugyanis, ha gyógyászati felhasználással rendelkező, vagy nem rendelkező illegális forgalomban megjelent, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer, vagy ismert szer új besorolása válik szükségessé, és a szer kóros élvezetre alkalmassága egyértelműen megállapítható, a szer listára vétele érdekében a kormány felhívja a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős minisztert, hogy kezdeményezze az egészségügyért felelős miniszternél az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény, valamint a rendészetért felelős miniszternél a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló kormányrendelet módosításáról szóló előterjesztés benyújtását a Kormányhoz.

Ezzel összefüggésben pedig, amint az a kormányhatározatban szerepel az egészségügyért felelős miniszternek, valamint a kábítószer-megelőzésért és a kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszternek be kell kérnie az Országos Gyógyszerészeti Intézet és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium szakvéleményét, valamint az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (Nemzeti

Drog Fókuszpont), valamint a külön jogszabályban meghatározott szakkérdésben szakvélemény adására kizárólagosan feljogosított szervek, továbbá a Rendőrség birtokában lévő, az adott szer kóros élvezetére utaló információkat is.

Ki kell térnem ezen a ponton arra, hogy vizsgálatom során nincs lehetőségem bizonyos, szakmai jellegű kérdések felülbírálatára, hiszen ezek olyan speciális szakértelmet igényelnek, melyekkel az ombudsman nem rendelkezik. Ugyanakkor az eljárásom során megkeresett szervektől beérkezett válaszok, az adott területen dolgozó szakértőkkel történt személyes egyeztetések során jelzett hiányosságok, problémák szintetizálása már lehet a vizsgálat célja és a jelentésben közreadott eredménye is.

Az előzőek alapján megállapítom, annak ténye, hogy a veszélyes új szerek – így az úgynevezett designer drogok – listára vételét illetően, hazánkban nincs az új szerek listára vétele vonatkozásában gyors reagálást lehetővé tevő, sürgősségi eljárás, a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével összefüggő, valamint az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében szabályozott a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggő visszásságot okoz.

Az a döntési mechanizmus ugyanis, amely alatt a Kormányhatározatban szereplő jogszabályok – így az egészségügyi törvény és a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységekről szóló kormányrendelet – módosítása a szükséges vélemények beszerzésével együtt megtörténhet, az akár több évig, de – mint a Mefedron esetén történt – legalább négy hónapig elhúzódó folyamatot eredményezhet, amely időszak alatt számtalan fiatal juthat legálisan az adott szerekhez, melyek okozhatja akár a halálukat is. Amennyiben ugyanis az adott szer listára vétele megtörténik, attól kezdve az azzal szembeni büntetőjogi, vagy szabálysértési eszközökkel való fellépés lehetősége már megnyílik a jogalkalmazók számára, amely visszaszoríthatja a szerek megjelenését a piacon és ezáltal a fogyasztás is visszaeshet, kevesebb fiatal juthat azokhoz hozzá.

A területen dolgozó szakértőktől érkezett jelzések szerint ugyancsak a designer drogok visszaszorítását eredményezhetné, ha a gyógyászati felhasználással nem rendelkező, illegális forgalomban megjelent, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer – így a designer drogok alapjául szolgáló vegyi anyagok, növényi tápszerek, fürdősó, stb. – forgalmazása, árusítása külön engedélyhez kötött lenne, amelynek beszerzése a jelenlegi szabályozás szerint nem szükséges. A szakértőkkel folytatott személyes egyeztetések alkalmával, ugyancsak felmerült, hogy az új designer drogok elleni küzdelem hatékonyságának növeléséhez is szükség lenne a KKB szakbizottság munkájának minél intenzívebb segítésére, a szabályozás megváltoztatásához a KKB Jogi Szakbizottságának összehívására és hatékony működtetésére.

4. Utalni szeretnék arra is, hogy a 2008 júniusában kiadott OBH-2464/2007. számú, majd a 2009 decemberében elkészült AJB-3536/2009. számú utójelentésben elsősorban az OPNI megszüntetésével együtt járó ellátásszint-csökkenés ellensúlyozásának hiánya, bizonyos földrajzi területeken vagy speciális szakellátások tekintetében az ellátási szint kritikusra csökkenése, vagy megszűnése, ennek nyomán pedig állapotuk miatt teljes mértékben kiszolgáltatott pszichiátriai betegek százaik egészségének, akár életének veszélybe kerülése miatt állapítottam meg az egészséghez való joggal összefüggő visszásságokat. Jelen vizsgálat keretei ugyanakkor részben túlmutatnak az intézményi háttér hiányosságainak feltérképezésén: egy teljesebb körű, alapjogi szempontú áttekintést kívántam adni a gyermeki alkohol és kábítószer fogyasztás és az addiktológiai ellátás jelenlegi állapotáról és működéséről, a tapasztalt problémák, hiányosságok bemutatása mellett.

Tapasztalataim alapján, melyeket a megkereséseimre adott válaszok is megerősítettek, gyermek és ifjúsági addiktológia, mint önálló ellátási forma nem létezik Magyarországon,

nevesített formában sem. *Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának tájékoztatása szerint* az Országos Addiktológiai Centrum 2010-ben előkészített egy komplex programot, az addiktológiai problémával küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátása javításának érdekében, amelynek részét képezte volna a hazai gyermek és ifjúság addiktológiai ellátás áttekintése, a kezelés szempontjából fennálló szükségletek feltérképezése, és a hazai ellátás szakmai, intézményi környezetének fejlesztése illetve javaslattevés a hazai intézményrendszer kialakításával kapcsolatban. Sajnos a program megvalósítása adminisztratív okokból elmaradt.

Megoldatlan probléma a 16 év alattiak addiktológiai rehabilitációja, mivel a jelenleg szociális intézményként működő drogrehabilitációs intézetek csak ezen életkor felett vehetnek fel betegeket, illetve, csak ekkor kapnak finanszírozást. 15 év alatti személy csak az állami gondozás rendszerébe kerülve és ezt követően speciális lakóotthonban elhelyezve (Alsónémedi, Szedres), vagy gyermek, ifjúsági pszichiátriai osztályon, egészségügyi keretek között (mely kevésbé alkalmas a súlyos szerhasználók terápiájára) kezelhető.

Az NCSZI rendszerében működő Addiktológiai Módszertani Munkacsoport kidolgozott egy tanodaként működő, bentlakásos, terápiás jellegű kollégiumot és hozzátartozó iskolát, mely alkalmas lehetne az enyhén problémás (de környezetükből kiemelni szükséges) fiatalok kezelésére, míg a legsúlyosabbak (inkább habilitációra, mint rehabilitációra szoruló fiatalok) a jelenleg működő rehabilitációs intézményekbe kerülhetnének (intézményenként 2-4 fő), a megfelelő finanszírozás biztosítása mellett.

A kábítószer-alkohol problémákkal küzdő gyermekek ambuláns egészségügyi- és szociális alapszolgáltatásba kerülése lehetséges ugyan, azonban kevés a megfelelő képzettségű szakember (gyermekpszichiáter, addiktológiai szakpszichológus stb.), így ez az ellátási rendszer is komoly hiányosságokkal küzd.

Természetesen nemcsak a rehabilitáció okoz gondot, hanem az akut ellátás is, és az ambuláns kezelési igény sem elégíthető ki megfelelően. Ez a megállapítás sajnálatosan az addiktológia minden területére értendő, noha az alkohol tekintetében csak az akut intoxikáció ellátása ütközik problémába.

Országosan az akut detoxikálás sürgősségi osztályokon, gyerek-intenzív osztályokon-részlegeken történik, természetesen csak azokban az intézményekben, ahol ezek rendelkezésre állnak. Amennyiben nincs elérhető toxikológus szakorvos, gyakran felnőtt pszichiátereket hívnak konzíliumba (felnőtt pszichiáter gyereknek gyógyszeres javaslatot elvileg nem adhat), megvonási tünetek kezelésére – kórházi osztályos kezelésre – “elvileg” szintén nincs lehetőség, de felnőtt pszichiátriai osztályok kényszerűségből átmenetileg kezelnek 14 év feletti fiatalt, akit aztán, ha van fogadókészség, át tudnak adni gyerekpszichiátrára.

Az ambuláns ellátás terén hasonló a helyzet, itt problémaként felmerül továbbá az is, hogy felnőtt pszichiáter-addiktológus – legalábbis gyógyszeresen gyereket nem kezelhet, a gyermekpszichiáterek drogfogyasztó gyerekeket nem fogadnak terápiába – felnőtt addiktológus nem utasíthat el elterelésre jelentkezőt.

A kialakult szakmai vélemények alapján megállapítható, hogy a jelenlegi visszás helyzet javítása érdekében legelsősorban a gyerekorvosok, gyermekpszichiáterek pszichológusok addiktológiai képesítettségét lehetne javítani, fontos lenne érdekeltté tenni a szakembereket az addiktológiai szakvizsga megszerzésére, de legalábbis átmeneti megoldásként a gyermekgyógyász-pszichiáter-pszichológus képzettség követelményei közé be kellene iktatni az alapszintű addiktológiai szakismeretek megszerzését is.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológia Tagozatának álláspontja szerint a gyermek- és ifjúsági ellátórendszer problémái – az egészségügy keretein belül, az állami

ellátásban dolgozó szakemberek számára gondolva – elsődlegesen e területen észlelhető súlyos szakemberhiányból fakadnak. Ehhez adódik hozzá gyakran az optimális tárgyi feltételek hiánya.

Általános tapasztalatként jelenik meg, hogy addiktológiai szakmai szempontból a mai kor igényeinek jobban megfelelne a betegek számára nagyobb szabadságot biztosító, alacsonyabb költségigényű, a társadalomban jobban elfogadott, kevésbé stigmatizáló, lakosság közeli ún. „nappali kórház” ellátási forma, komplex rehabilitációs módszerekkel.

Megállapítható, hogy a gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátás strukturális szervezési, illetve humánerőforrás gondokkal küzd. A gyermekek ellátásában résztvevő egészségügyi, szociális és oktatási intézményrendszerek egymástól elszigetelten működnek, a rendszerek közti átjárhatóságot gyakran bürokratikus akadályok is nehezítik, így működésük alacsony hatásfokú.

A gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátás Magyarországon igen egyenetlen eloszlású. Fekvőbetegeket ellátó komplex gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály 4 városban (Budapesten, Szegeden, Debrecenben és Gyulán) található, mindösszesen 126 aktív és 66 rehabilitációs ágygal. Ez a rászoruló gyermek és serdülőbetegek töredékének az ellátására alkalmas. Tovább rontja a helyzetet, hogy az intézményi teljesítmény volumenkorlátozás (TVK) miatt ez a néhány osztály sem tudja kapacitását kihasználni.

Gondot jelent a gyermek-és ifjúságpszichiátriai sürgősségi ellátás. A jelenleg érvényes gyermekpszichiátriai kórházi területei ellátási kötelezettség nem fedi a valós helyzetet. A közvetlen veszélyeztető magatartást mutató gyermekek egy része gyermekosztályra, a 14-18 éves korosztály felnőtt pszichiátriai osztályra kerül.

A *Magyar Pszichiátriai Társaság véleménye szerint* a nagy gyermekgyógyászati centrumokhoz hasonlóan, biztosítani kellene, hogy gyakorlott gyermekpszichiáter szakemberű konzultációs lehetősége, intézményesen álljon rendelkezésre a gyermekgyógyászatra illetve felnőtt pszichiátriai osztályra bekerülő pszichiátriai beteg gyermekek ellátáshoz.

A gyermekpszichiátriai járóbeteg-ellátást a megyénként létrehozott gyermek és ifjúságpszichiátriai egységek biztosíthatnák. Itt a szakmai vélemények szerint komplex teamnek kellene működni, amelybe integrálódhatnak a gyermekellátás területén működő hálózatok szakemberei (gyermekpszichiáter szakorvosok, klinikai gyermek szakpszichológusok, gyógypedagógus, csoport- és családterapeuták, gondozónők, szociális munkások, stb.). Számos megyében még gyermekpszichiáter szakorvos sincs, vagy csak részállásban dolgoznak. Ezeknek a csonka ambuláns ellátó helyeknek a feltöltése szakemberekkel elengedhetetlen lenne a megfelelő ellátás biztosításához.

Mivel a gyermek addiktológiai ellátás intézményesen jelenleg gyakorlatilag nem létezik, az intoxikált gyermekeket és serdülőket a toxikológiai vagy sürgősségi gyermek-felnőtt osztály látja el, de ezt követő ambuláns vagy osztályos kezelésük ad hoc jellegű. Ha van társuló pszichiátriai betegségük, a gyermekpszichiátriákon (ahol van) látják el őket, de az egyre emelkedő számú fiatal szerfüggők rehabilitációja, egyáltalán nem megoldott. Néhány városban működik ifjúsági drog centrum, de ezek inkább a fiatal felnőttek (18-28 évesek) ellátására specializálódtak.

Az ifjúsági alkohol/drogambulanciák az eseteket 16 éves kor felett fogadják, ugyanez vonatkozik a rehabilitációra is. A 18 év alatti alkohol és drog intoxikált betegeket a gyermek/felnőtt detoxikálók, sürgősségi ambulanciák, osztályok ellátják, de ezt követően gondozásuk esetleges. Ha felmerül valamilyen egyéb pszichiátriai probléma/betegség az intoxikáció hátterében, akkor a hiányos, túlterhelt gyermekpszichiátriai ellátásra bízják.

Fontos felhívni a figyelmet a gyerekkori drog és alkoholfogyasztás, szenvedélybetegségek felismerése terén a *jelzőrendszer* kiemelt szerepére. A gyermekvédelmi szakma tapasztalatai alapján a jelzőrendszer működésének egyik sarkalatos kérdése a szubjektivitás. Egyes

szakemberek néhány üveg elfogyasztott alkoholt, illetve egy-két kipróbált kábítószer drogproblémának ítélik meg, míg mások a visszatérő szerhasználatot is kamaszkori sajátosságként kezelik, ezért a jelzések a gyermekvédelem irányába nagy különbözőséget mutatnak. Emiatt előfordul, hogy a kipróbáló fiatal kötelező elterelésre jár, míg a függőség felé haladó kamasz eltűnik a szakemberek elől és semmilyen segítséget nem kap.

Budapest Főváros Önkormányzatának Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat igazgatójától kapott tájékoztatás kiemelte a jelzőrendszer működésének sarkalatos kérdéseként az információ hiányt is, amely az újabb bódításra alkalmas szerek piaci feltűnése következtében állt elő. Ezeknek az újonnan megjelenő szereknek a hatása a szakemberek számára is nehezebben felismerhető, a „becenévvel” ellátott drog nehezebben beazonosítható. („Kati”, „Ica”, „mp4”, „Gina”)

A pszichoaktív szerhasználó fiatalok számára a gyermekvédelemben a speciális ellátás biztosít kezelést. A fiatalok 8 fős csoportokban, nemek szerint elkülönítve kerülnek elhelyezésre olyan gyermekotthonokban, vagy lakásotthonokban, akiknek erre a probléma-profilra van kiadva a működési engedélyük. A gondozási helyeken a szakmai program a drogfogyasztás csökkentését, az absztinencia elérését célozza meg. A szakmai team-ben pszichológus és általában addiktológus, illetve pszichiáter is jelen van. A program két évre van kialakítva. Amennyiben a fiatal kezelésére a két év nem volt elegendő, akkor a speciális ellátás az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság javaslatára meghosszabbítható.

Különösen súlyos droghasználat esetén a speciális ellátást minisztériumi fenntartású speciális gyermekotthon biztosítja. A program ez esetben is két éves, amely szükség esetén szintén hosszabbítható. Néhányszor, magasabb életkorban és erős motiváció esetén, a fiatalok felnőtt drog-rehabilitációs otthonba is kerülhetnek. Rehabilitációjuk a felnőtt korúakkal azonos módon történik.

A *nemzeti fejlesztési miniszter* megkeresésemre adott válaszában lényegében a fenti intézmények által jelzett hiányosságokat teljes mértékben elismerte és arról tájékoztatott, hogy éppen ez indokolja azt, hogy a Kormány által elfogadott Semmelweis Terv is kiemelten foglalkozik a gyermekpszichiátria ellátás fejlesztésének koncepciójával. A Semmelweis Tervben az Államtitkárság térségenként koncentráltan, de nem feltétlenül a térségi központban javasolja a gyermekkorú érintő szakmacsoportok és szubspecialitások, közöttük nevesítve a gyermekpszichiátriai ellátás megszervezését.

A Drogstratégiával kapcsolatosan a miniszter kifejtette, hogy az Európai Unió Drogstratégiáját (2005-2012) és a hozzá kapcsolódó cselekvési tervet meghatározó dokumentumnak tekinti a hazai drogügyi koordináció. Mindamellet, hogy az aktuálisan érvényes Drogstratégia illeszkedik az Unió dokumentumban foglaltakhoz, a jelenlegi Kormány új stratégia kidolgozása mellett döntött, mivel szükségesnek tartja, hogy a prevenció és az egészséget támogató szemlélet még nagyobb hangsúlyt kapjon a drogpolitikai irányelvek meghatározásában. A magyar kormányzat a multidiszciplináris, komprehenzív, a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő szemléleti keretben végzi az uniós szintű drogpolitikai folyamatokban történő részvételt. A magyar elnökség kábítószerügyi programjának célja, hogy a tagországok és az európai intézmények közötti koordinált együttműködések révén elősegítse az Európai Közösség drogpolitikai célkitűzéseinek megvalósítását.

Amellett, hogy megfelelően ellátja az uniós elnökségi feladatokat, a félév során a tárca törekedett arra, hogy hazai szakértők bevonásával bemutassa a magyarországi kábítószerügy probléma kezelése érdekében tett kormányzati és civil tevékenységeket.

Kifejezetten a 18 éven aluli korosztályt célozzák az oktatási-nevelési intézményekben zajló univerzális és célzott prevenció programok, amelyek az iskola pedagógiai programjára,

illetve az annak szerves részét képező iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokra, továbbá az abban megfogalmazott drogstratégiára épülnek. Az iskolai programok feltárására irányuló kutatás eredményei alapján elmondható, hogy egy átlagos tanévben a prevenció s foglalkozások összesen mintegy 310 ezer diákot érnek el, amely a közoktatási intézményekben tanuló diákok összlétszámát tekintve azt jelenti, hogy az országosan az 1-12. évfolyamos diákok közül évente körülbelül minden negyedik diák vesz részt valamilyen drogprevenciós célzattal (is) zajló programban.

Az iskolán kívüli, helyi közösségekben szerveződő prevenciós tevékenységgel kapcsolatban elmondható, hogy azok célcsoportja változatosan alakul: a szociális problémákkal küzdő és/vagy problémás családból származó és/vagy rossz környéken élő fiatalokat, tanulási problémákkal küzdő fiatalokat, illetve bűnelkövető és/vagy iskolából kimaradó és/vagy valamilyen etnikai csoporthoz tartozó fiatalokat célozzák meg. A nem iskolai szintűen zajló prevenciós foglalkozások legnagyobb arányban a 14-18 éves korosztályt célozzák meg, a programok átlagosan 300-310 ezer fiatalot érnek el éves szinten (becsült érték, a 18-24 éves korosztállyal együtt).

A szabadidő eltöltés egyéb színterein (bevásárlóközpontok, zenés-táncos szórakozóhelyek, fesztiválok, lakótelepek, ifjúsági közösségi terek) olyan univerzális és célzott, javallott prevenciós programok támogatása történik, amelyek a helyi közösségi erőforrásokra támaszkodva segítik elő a legális és illegális szerhasználattal szembeni vonzó alternatívák biztosítását, illetve biztosítják a segítő szolgáltatásokhoz való eljutás lehetőségét. Célzott prevenciós tevékenység keretében több program irányul veszélyeztetett fiatalokra, kisebbségekre (roma fiatalok), illetve a szórakozóhelyeket látogató fiatalokra. Az etnikai kisebbségek körében végzett tevékenységek sorában újszerű megközelítésként jelentkezik a roma és nem roma fiatalok együttes részvételével tartott kortárs segítő képzés. A szakterület által meghatározott szükségletek figyelembe vételével uniós pályázati program került kiírásra, melynek köszönhetően újfajta szolgáltatásként jelentek meg a bevásárlóközpontokban működtetett prevenciós/tanácsadó irodák. Ezen szolgáltatások keretében az odalátogató fiatalok információhoz jutnak, különböző spontán és előre eltervezett módon kiscsoportos foglalkozásokon vehetnek részt, továbbá az egyéni konzultáció lehetőségei is rendelkezésre állnak. Ezen szolgáltatások legfőbb célkitűzése, hogy - azon túl, hogy az adott helyszínen információval, segítséggel, tanácsadással lássa el a fiatalokat - szükség esetén megfelelő szakirányú ellátásba tudják irányítani az arra rászorulókat.

A miniszter szerint kétségtelen, hogy növekedő igény és szükséglet mutatkozik a 16 éven aluli korosztály megfelelő ellátására, így ennek megfelelően lépéseket kell tenni a egyenlőtlenségeinek csökkentésének, komplex fejlesztésének elősegítése céljából az Új Széchenyi Terv Regionális Operatív Programja keretében pályázhatnak támogatásra addiktológiai és pszichiátriai rehabilitációt nyújtó szervezetek. A pályázat során szakmai prioritásként a pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs szakterületen fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltatók fejlesztései, illetve az ezen egységekhez kapcsolódó integrált járóbeteg-szakellátás fejlesztések támogathatók.

A jelzőrendszer működésbe lépésével kapcsolatban a miniszter kifejtette, hogy a Gyermekvédelmi Törvény nevesíti azokat az intézményeket, személyeket, akik a gyermekvédelmi jelzőrendszer keretében jelzéssel élhetnek a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálat felé, illetve hatósági eljárást kezdeményezhetnek a kiskorú önmagát veszélyeztető magatartása esetén. Ilyen jelzéssel és kezdeményezéssel bármely állampolgár is élhet, de a jelzőrendszer része a védőnői hálózat, az oktatási intézmények, a rendőrség, a bíróság, illetve közvetett módon a pártfogó felügyelői szolgálat.

A 18 éves kor alatti személy kábítószer fogyasztása esetén a jelzőrendszer tagja

(intézmény, szervezet, személy) hatósági eljárást kezdeményezhet a rendőrségen, vagy orvosi vizsgálatot kérhet a szerhasználat biztonságos megállapításához. Mindkét esetben gondoskodni kell a fiatalok képviseléről elsősorban a szülő vagy a törvényes képviselő bevonásával.

Rendőrségi eljárás esetén mindenkor orvosi vizsgálatra kerül sor, és amennyiben bebizonyosodik a szerhasználat, a rendőrség értesíti tovább az illetékes gyermekjóléti szolgálatot és a gyámhivatalt vagy jegyzőt, akik jogszabályban előírt hatáskörüknel fogva kötelesek megtenni a szükséges intézkedéseket. Amennyiben az észlelő Orvosi vizsgálatot kér, és bebizonyosodik a szerhasználat, az orvos kötelessége hatósági eljárást kezdeményezni a rendőrségnél. A rendőrség az előbbieken leírtak szerint tovább értesíti a gyermekvédelmi szerveket.

A droghasználattal érintett gyermekek, családok ellátásában a gyermeki jóléti szolgáltatóknak alapvetően az a feladata, hogy olyan egészségügyi szolgáltatásokhoz juttassa hozzá a gyermeket, illetve családját, ahol szakszerű segítséget kaphatnak, hogy megakadályozzák az esetlegesen kialakulófélben lévő droghasználói karriert, a negatív spirálba kerülést. Adott esetben nem csupán a tanácsadás, szolgáltatás megismertetése, az igénybevétel feltételeiről szóló tájékoztatás a gyermekjóléti szolgáltató feladata, hanem pl. a szerhasználó gyermek (vagy szülő) elkísérése a tanácsadásra, számukra mentális támogatás nyújtása. Az is megoldást jelenthet, ha az addiktológiai szakellátást nyújtó szakember a gyermekjóléti szolgálatnál veszi fel a kapcsolatot a klienssel a családgondozó kezdeményezésére.

A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy jelenleg *a gyermek addiktológiai ellátás gyakorlatilag nem létezik, a kapcsolódó gyermek-pszichiátriai ellátás területén pedig jelentős kapacitáshiány észlelhető.* Ez a kapacitás-csökkenés és kapacitáshiány mind a járóbeteg-ellátás orvosi óraszámában, mind a fekvőbeteg-ellátás ágyszámában megjelenik, és *szükségszerűen vezet az egészségügyi ellátás megfelelő szintjének csökkenéséhez.*

Az ellátási szint csökkenése azonban nem pusztán az orvosi óraszám és az ágyszám függvénye, hanem jelentős mértékben befolyásolja azt az ellátóhelyek területi megoszlása, a szakemberszám, továbbá a szakmai fejlesztést és koordinálást végző szervek hatékony működése.

Valamennyi vizsgált ellátási területen megállapítható, hogy a szakorvosok és szakdolgozók hiánya jelentős, a szakma megbecsültsége pedig mind anyagi, mind társadalmi tekintetben alacsony. Különösen nagy hiány mutatkozik a gyermekpszichiáterek körében.

Összességében megállapítható, hogy Magyarországon jelenleg nem áll kellő számú szakember rendelkezésre a szerhasználó, addikcióval küzdő gyermekek igényeinek és szükségleteinek megfelelő ellátás biztosítására.

A szakmai munkát nehezíti, hogy a pszichiátriai és addiktológiai ellátással összefüggő módszertani tevékenység is átalakult. Az addiktológia és a gyermekpszichiátria metszetét jelentő gyermek- és ifjúság-addiktológiai ellátásra jelenleg egyik ellátórendszer sem alkalmas, a gyermekpszichiátriákon nem megoldott a szenvedélybeteg kiskorúak elkülönítése a többi gyermektől, a felnőtt addiktológiai osztályokon pedig a felnőttektől. A gyermekek, fiatalok ellátására vonatkozóan sem szakmai protokoll, sem módszertani levelek nem állnak rendelkezésre. Amint arra az érintett alapvető jogok jellegzetességeinek kifejtése során kitértem, az Alkotmánybíróság irányadó gyakorlata szerint az orvosi ellátás körében csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozható meg az állami kötelezettség kritikus nagysága. Ez azt jelenti, hogy egyértelműen alkotmányellenesnek csak az tekinthető, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányzik. Meglátásom szerint az, hogy a gyermekpszichiátria és az addiktológia esetében az ország jelentős területein egyáltalán nincs kialakított intézményrendszer a betegek befogadására, ennek megfelelően az orvosi ellátás is teljes mértékben hiányzik, kimeríti az Alkotmánybíróság által megállapított szélső eset

kategóriáját.

Mindezekre tekintettel megállapítom, hogy az aktív, nevesített gyermek addiktológiai ellátás teljes hiánya, továbbá a szenvedélybeteg kiskorúak elhelyezésének, valamint kezelésük szakmai szempontjai meghatározásának hiánya, az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot idéz elő.

A korábban kifejtetteknek megfelelően a jogalkalmazási gyakorlatot, a jogi szabályozás hatályosulását irányadónak tekintő ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban az alkotmánybírósági jogvédelemhez képest további alapjogi szempontok megfogalmazására van lehetősége. Az, hogy az alkotmánybírósági gyakorlat adott szabályozást nem minősít alkotmányellenesnek, még nem jelenti azt, hogy annak gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel összefüggésben az ombudsman ne állapíthatna meg alapvető joggal összefüggő visszásságot¹¹.

Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszásság orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében az Obtv. 25. §-a bekezdése alapján felkérem a nemzeti erőforrás minisztert, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket a kábítószerekkel kapcsolatos szabályozás egységesítése érdekében, hogy az a jogalkalmazók számára is egyértelműen követhető, átlátható iránymutatást adjon; fontolja meg a gyógyászati felhasználással nem rendelkező, illegális forgalomban megjelent, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer, így többek között az úgynevezett designer drogok listára vétele tekintetében a sürgősségi eljárás, valamint a veszélyes szerek forgalmazásának engedélyhez kötése szabályainak kidolgozását, valamint ezen feladatok megvalósítását az érintett társadalmi szervezetek aktív bevonásával végezze.

Az Obtv. 21. § (1) bekezdése alapján felkérem a nemzeti erőforrás minisztert, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy megszűnjön az egyes földrajzi területeken és egyes speciális betegcsoportok tekintetében tapasztalható jelenlegi ellátatlanság, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hiánya;

Figyelemmel a hazai gyermek addiktológiai, gyermek és ifjúság pszichiátriai, valamint egyéb társult szakmabeli ellátás helyzetét ismertető jelentésem tényeire és következtetéseire, az ellátó rendszer strukturális diszharmóniája, és a finanszírozási ellentmondások kiküszöbölésének jelentőségére, az alkotmányos visszásság felszámolása érdekében, az Obtv. 25. §-a alapján felkérem a Magyar Köztársaság Kormányát, hogy, megfontolva jelentésem megállapításait, egyidejűleg mérlegelve az orvos-szakmai, társadalompolitikai és költségvetési körülményeket, tegyen sürgős és hathatós lépéseket a gyermek addiktológiai ellátás megteremtésére és a kapcsolódó gyermek és ifjúsági pszichiátriai ellátás problémáinak haladéktalan megoldására. A javaslatok megvalósítása érdekében a szükséges személyi, tárgyi és anyagi forrásokat felmérve dolgozzon ki részletes végrehajtási ütemtervet, megjelölve a határidőket és megnevezve a felelősöket, valamint gondoskodjon a végrehajtás ellenőrzéséről soron kívül kezdeményezze a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat mellékletében szereplő Nemzeti Drogstratégia végrehajtására szolgáló akciótervek kidolgozását és elfogadását, vagy kezdeményezze új Nemzeti Drogstratégia és az ahhoz kapcsolódó akciótervek kidolgozását és elfogadását. A Jat. 3. §-ben foglaltakra figyelemmel tekintse át a teljes kábítószerügyi szabályozást.

Budapest, 2011. június 27.

Prof. Dr. Szabó Máté sk.

Melléklet: Lábjegyzet:

- ¹ A HBSC kutatás 2010. évi adatgyűjtése alapján összeállított adatbázis feldolgozása még folyamatban van.
- ² Az ESPAD kutatás célja, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön Európa fiataljainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítsa az országoként eltérő trendeket. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével, 1999-ben 30 ország, 2003-ban és 2007-ben 35 ország és több mint 100ezer diák vett részt a kutatásban. A kutatás az iskolában tanuló 16 éves fiatalokra terjed ki. Valamennyi ESPAD kutatás a CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja, valamint az EMCDDA támogatásával készült. Az ESPAD kutatások valamennyi magyarországi adatfelvétele a Budapesti Corvinus Egyetemen készült.
- ³ Paksi, B. (2010): A közoktatási intézmények prevenciók kompetenciáinak és tevékenységeinek változásai az utóbbi 5 évben. Addiktológia, IX/3, 185-215.
- ⁴ 106/2009. (XII.21.) OGY Határozat a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról.
- ⁵ Lásd: Éves Jelentés 2006, 11. fejezet
- ⁶ Lásd: Éves Jelentés 2005, 2. fejezet
- ⁷ Lásd: Éves Jelentés 2004, 2. fejezet
- ⁸ Lásd az anyagok listáját az 5. számú mellékletben.
- ⁹ Lásd: AJB 3536/2009. számú Jelentés a hazai pszichiátriai ellátás alapjogi elemzése (vö. OPNI)
- ¹⁰ Megemlítendő, hogy azzal kapcsolatban, hogy a jelenlegi kormányzat számára elfogadhatatlan a 2009 decemberében elfogadott Drogstratégia, számtalan sajtócikk is napvilágot látott. Így többek között:
<http://drogriporter.hu/kkb2010dec>
http://www.nol.hu/belfold/20101217-a_kormany_szamara_vallalhatatlan_a_nemzeti_drogstrategia
http://www.hirstart.hu/hk/20101216_a_kormany_kirugta_a_nemzeti_drogkoordinatort_-_kivonultak_a_civilek
- ¹¹ Vö. AJB 3536/2009. számú Jelentés
- ¹² A dátumok azt az időpontot jelölik, amikor az országok bejelentették a Korai Jelzőrendszernek, hogy az adott szer megjelent az illegális forgalomban. Ezt a jelentési kötelezettséget a 2005/387 Tanácsi határozat írja elő a tagországok számára.