

**Hatékonyabb fellépés a droghasználat ellen,
különös tekintettel a fiatalok számára, 1. rész**



**Nemzeti
Együttműködési
Alap**



MINISZTERELNÖKSÉG



BETHLEN GÁBOR
Alapkezelő Zrt.

2025 november

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	3
A drogpolitika történeti áttekintése	4
Hazai helyzetkép és adatok	24
Stratégiák.....	35
Drogstratégiák az Európai Unióban	35
Az Európai Unió intézményei és a kábítószer-használat	36
Hazai stratégiák	50

Bevezetés

A droghasználat nem mai világunk hozadéka. A marihuána megjelenése 6000 évvel ezelőttre tehető: a kínaiak termesztették először ezt a növényt, de fogyasztani csak 3000 éve kezdték az ókori Egyiptomban. A XX. századtól kezdve számos új drog jelent meg a piacon, köztük az LSD és különféle hallucinogén szerek. Sok művész, író, uralkodó és tudós – köztük Viktória királynő, Freud, Churchill és Csáth Géza is –használt pszichoaktív szereket élete során, sokan közülük szenvedélyük rabjaivá is váltak. A XXI. századi drogkereskedelemben szinte havonta lehet hallani újabb és újabb drogok megjelenéséről. Használatuk világszerte elterjedt mind az orvosi felhasználásban, mind a személyes örömkereső szenvedélyek kielégítésének eszközeként.

A rendszerváltás előtt az állampárt szinte egyáltalán nem foglalkozott a témával, a „legvidámabb barakk” világában hivatalosan fel sem merülhetett, hogy bárki olyan rendszerellenes és rendszeridegen dolgot csináljon, mint hogy illegális szerekkel módosítsa a tudatát.

Az Európai kábítószer-jelentés 2025¹ elemzéséből származó egyik fő üzenet, hogy a tiltott kábítószeres használatának hatása ma már szinte mindenhol megmutatkozik társadalmunkban. Majdnem minden pszichoaktív tulajdonságokkal rendelkező anyag felhasználható kábítószerként. Ez azt jelenti, hogy mindenki – akár közvetlenül, akár közvetve – érintett lehet a tiltott kábítószer-használatban és az azzal kapcsolatos problémákban.

¹ https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_hu

A drogpolitika történeti áttekintése

Már a XIX. századtól vannak információk morfinszármazékokkal való visszaélésről, azonban a mai fogalmaink szerinti droprobléma mégis a XX. század terméke.

Magyarországon az első kábítószerrel kapcsolatos, törvényi szintű jogszabályi rendelkezés az 1930. évi XXXVII. törvénycikk² volt, amely az ópium és más kábítószer-származékok nemzetközi forgalmának szabályozásáról szóló nemzetközi egyezményt iktatta be a magyar jogrendszerbe, és amely meghatározta a kábítószer-használat tiltott formáit.

A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvény 198. §-a (Visszaélés kábítószerrel) foglalkozott először a kábítószer-használat büntetőjogi vonatkozásaival hazánkban, ez azonban csak az elvi lehetőségét teremtette meg a droghasználók elleni fellépésnek³. A Kádár-korszakban ugyanis a drogfogyasztás évtizedekig azért nem okozott társadalmi problémát, mert nem lehetett említést tenni róla. A központi elv az volt, hogy amiről nem beszélnek, az nem is létezik. A politikai rendszer ideológiai alapon azt hangsúlyozta, hogy a drog a nyugati társadalmak felszínes élvezeteit keresők körében terjed el, a szocialista embertípust azonban nem fenyegetheti. Ennek következményeként, a rendszerváltozás idején egyik napról a másikra kellett kezelni az addig szőnyeg alá söpört problémát.

Magyarországon a '60-as évektől kezdődően jelentek meg hírek a drogfogyasztókról, amelyek szerint a '80-as évek elejéig a kábítószeres korlátozott hozzáférése miatt a tizenévesek nem a Nyugat-Európában elterjedt illegális drogokat próbálták ki és fogyasztották, hanem a hazánkban legális anyagokként könnyen hozzáférhető szereket. A szerves oldószerek beszüntetésének módszere egyre terjedt, amelyhez kapcsolódóan 1969-ben regisztrálták az első kábítószeres halálesetet, de valójában nem tudjuk, hány halálos áldozata volt a szippantásos narkomániának. A gyógyszerek között a Parkán volt a vezető anyag, de kodeintartalmú készítményeket, egyéb nyugtatókat és szorongásoldókat is használtak, alkohollal kombinálva.

² a Genfben 1925. évi február hó 19-én kötött „Nemzetközi ópiumegyezmény” becikkelyezéséről szóló 1930. évi XXXVII. törvénycikk

³ A törvény a bűncselekmény alapesetét a kóros élvezetre alkalmas kábítószernek hatósági előírások megszegésével vagy kijátszásával történő készítésével, megszerzésével, tartásával vagy forgalomba hozatalával lehetett elkövetni, a büntetési tétel pedig csupán egy évig terjedő szabadságvesztés volt. A minősített esetek közé az üzletszerű, a visszaesőkenti és a bünszövetségben történő elkövetés tartozott

New Yorkban Magyarország aláírta, majd 1965-ban beépítette a magyar jogrendszerbe az Egységes Kábítószer Egyezményt⁴, amelynek fontos célkitűzése volt, hogy a cannabis és a cannabis-gyanta termelését, valamint az illegális ópiumtermelést megakadályozza, továbbá korlátozza az illegális kokaingyártáshoz szükséges kokalevél termesztést. Ezt követően, 1971-ben Bécsben került aláírásra a pszichotrop anyagokról szóló Egyezmény⁵.

Az 1970-es évek elejére hazánkat is elérte a kábítószerhullám, fő fogyasztási területe Budapest volt, ám hamarosan vidéken is tapasztalható lett a drogfogyasztás terjedése azzal, hogy a narkománia elsősorban a halmozottan hátrányos helyzetű ifjúsági csoportokat érintette. A kábítószer-fogyasztás problematikájának terápiás kezelésére irányuló törekvések már a rendszerváltozás előtt megjelentek. Az egyik első, szakpolitikai relevanciával is bíró dokumentum 1974-ből származik, amikor is az MSZMP Párt és Tömegszervezetek számára írt feljegyzésben dr. Kisszékelyi Ödön rendőrorvos alezredes számolt be a hazai kábítószerhelyzetről, amely ebben az időszakban a visszaélő szerhasználót és a „ragasztóanyagok” inhalálását jelentette. A problémakezelési javaslatok körében megjelent a szerhasználók kezelését végző intézményre vonatkozó javaslat is: „Tekintettel arra, hogy mind a Parkánszedés, mind a ragasztószívás után előfordulnak átmeneti elmezavar állapotok, továbbá, mivel az elvonás hosszadalmas és megfelelő szakképzettséget igényel, célszerűnek látszik egy kórházi idegosztály kijelölése, mely profilját tekintve elsősorban a toxicoman esetekkel foglalkozna. (Lengyelországban és Nyugaton működnek ilyen osztályok.)”⁶

Később, a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 282. §-a már bűncselekményként rendelte büntetni a kábítószerrel visszaélés elkövetési magatartását megvalósító személyt. Ennek alapot adó fejleményt volt, hogy a '80-as évek közepére súlyosbodott a magyarországi kábítószer-probléma: újabb fogyasztói csoportok (fiatalabbak, nők) és fogyasztási mintázatok (házi mákkészítmények, Hydrocodin stb.) jelentek meg, egyúttal csökkent a szerhasználat ideológiai összetevőinek jelentősége, intenzívebbé vált a kriminalizálódás. Mivel a szocializmus idealizált emberképével nem volt összeegyeztethető a kábítószer-fogyasztás, a problémakezelés gyakorlati teendőit egyházi szervezetek vállalták fel. Különösen aktív volt a Magyarországi Református Egyház, amelynek több református gyülekezete is foglalkozott szerhasználókkal, a Magyarországi Evangéliumi Egyházak

⁴ a New-Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény kihirdetéséről szóló 1965. évi 4. törvényerejű rendelet

⁵ 1979. évi 25. sz. törvényerejű rendelet, a pszichotrop anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február 21. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről

⁶ Tóth Eszter Zsófia (2010): Fiatalok és a kábítószer az 1970-es évek Budapestjén. archívNET. XX. századi történeti források

Ökumenikus Tanácsa pedig 1983-ban létrehozta a Kallódó Ifjúságot Mentő Missziót. A '80-as évek végén a szenvedélybetegekkel már az evangélikusok (lelki segélyszolgálatok által történő megelőzés), a baptisták (klubfoglalkozások) és a katolikusok (drog munkacsoport felállítása) is foglalkozni kezdtek.

A drogfogyasztással kapcsolatban nehéz megbízható adatokhoz jutni, mivel a statisztikákba ebben az időszakban csak azok kerültek be, akiket az orvosok vagy a rendőrség regisztrált. Pontos felmérések nem vagy alig készültek, bár az Egészségügyi Minisztérium már 1963-ban tájékoztatást kért a Megyei Tanácsok Egészségügyi osztályaitól a „csökkent értékű”, vagyis az alkoholt és kábítószerrel élvező orvosok számáról, ezek az adatok azonban nem kerültek nyilvánosságra. A felmérés indoka volt, hogy több helyről jelentették, hogy „a kábítószer-élvezés következtében olyan orvosok is dolgoznak, akik nem minősíthetők a Rendtartás szerint alkalmatlannak, de mégis csökkent képességűek és sok problémát okoznak”⁷. Felmerült az is, hogy ezek az orvosok rehabilitációs munkahelyre kerüljenek, ezért a minisztérium számszerű és konkrét adatokat kért. A szigorúan titkos minősítésű dokumentum meghagyta, hogy „A kérdést ne vigye ki a területre, esetleges félreértések elkerülése érdekében.” Zala megyében például egy körzeti orvosról megállapították, hogy „időnként kábítószerrel szed”, és „fegyelmetlenségével sok gondot okoz. Munkáját nem látja el megbízhatóan”. Ugyanebben a megyében az egyik iskolaorvos „sokáig volt zavart állapotban és munkaképtelen”, azonban „nem volt bizonyítható, hogy kábítószerrel használ, bár a jelek erre utalnak”. A fővárosi adatok már sokkal nyugtalanítóbbak, hiszen a jelentés szerint „a Fővárosi Tanács végrehajtó bizottsága hatáskörébe tartozó egészségügyi hálózatban foglalkoztatott orvosok között mintegy „150 azoknak a száma, akik psychopathia, alkohol vagy kábítószer-abusus következtében, részben csökkent képességük miatt is sok problémát okoznak”. Arra vonatkozóan, hogy milyen kábítószerrel éltek az orvosok, a korabeli dokumentumok nem szolgáltatnak információt.

A fentiek alapján látható, hogy a drogprobléma nemcsak a fiatalokat érintette, hanem a magasan kvalifikált orvosok között is komoly gondot okozott. A hatalom a kábítószer-fogyasztást azonban elsősorban a rendőrség által megoldandó kérdések körébe utalta. Ez a megközelítés oda vezetett, hogy a megelőzés, a visszaszorítás és a gyógykezelés intézményhálózatának kialakítása évtizedekre halasztást szenvedett, a rendszer ugyanis nem volt képes megakadályozni, hogy a fiatalok körében megjelenjen a kábítószer iránti igény. A szakemberek számára is problémát jelentett és a helyzetet bonyolította, hogy a rész kutatások

⁷ dr. Sivadó Máté: Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel – doktori (PhD) értekezés (2015)

eredményeit nem lehetett a nyilvánosság elé tárni. Az Állami Ifjúsági Bizottság 1976-ban megtiltotta a téma kutatását, és bizalmas kezelést ajánlotta. E felfogásnak megfelelően a droghelyzetet csak akkor kezdték komolyan venni, amikor a kábítószer élvezők száma akkorára nőtt, hogy már nem lehetett „nem észrevenni”.

A fordulat az 1980-as években következett be, amely érintette a hivatalos politikát és a fogyasztási szokásokat is. Megjelentek az ópiumtartalmú készítmények, és az intravénás droghasználati mód vált divattá, amelyek magukkal hozták a különböző vénnyhamisításokat, a gyógyszerári és kórházi betörések elkövetését is. A korszak legfőbb jellegzetessége a kodeinfélék (köhögéscsillapítók), főleg a Hydrocodin intravénás alkalmazása volt. Ekkor már megjelent a kemény drogok iránti igény is, valamint egyfajta „kísérletező kedv”, amelynek keretében mindent kipróbáltak, ami kábító vagy euforikus hatást okozott. Erre az időszakra tehető a kínálati bűnözés megjelenése is: egyre többen próbálkoztak az anyagok előállításával, bizonyos növények (kender) termesztésével, és gyakoribbá vált a csempészet is. Hosszú ideig tartotta magát az a feltételezés, hogy Magyarország inkább tranzit ország, mint célállomás, amit elsősorban azzal magyaráztak, hogy a magyar jövedelmi viszonyok nem teszik lehetővé a drogok világpiaci árának megfizetését.

Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet tanulmánya⁸ 1985-re datálja a droghelyzethez kapcsolódó politikai és ideológiai fordulatot.

A rendszerváltozás hatása a kábítószerfogyasztásra

Több évtizedes hallgatás után tehát, a '80-as évek közepétől állami szinten is megkezdődött a droghelyzet elleni küzdelem.

1985-ben, az MSZMP XIII. kongresszusára a Központi Bizottság előzetes jelentést készített, majd megszövegezték, és elfogadták a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó minisztertanácsi határozatot, amely már figyelembe vette a hazai droghelyzetet, és olyan intézményhálózat kiépítését szorgalmazta, amely átfogja a megelőzés, gyógykezelés, utókezelés és rehabilitáció rendszerét. Az Állami Ifjúsági Bizottság kiadta az 1502/1985/IPK. 10-11/ÁIB. sz. határozatot és létrehozták az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottságát, amelynek

⁸ Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (2006): A kábítószervilág. Budapest

keretében szakemberképzéssel és továbbképzéssel is foglalkoztak, és hangsúlyt helyeztek a prevencióra. A drogbizottság 1987-ben drogprogramot hirdetett.

A '80-as évek második felében évente közel 3000 fő jelentkezett kábítószer-problémák miatt egészségügyi kezelésre. A budapesti Korányi Kórházban 1985 és 1989 között 1587 ilyen beteget kezeltek. Az 1980-as évek végén négy drogambulancia nyitotta meg kapuit a kábítószerelők előtt: Budapesten kettő, Szegeden és Pécsen pedig egy-egy, ezt követően pedig országsszerte alakultak ambulanciák.

1988-ban, Bécsben Magyarország is aláírta a Kábítószeres és Pszichotrop Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezményt⁹, és az 1980-as évek végére a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok (TBZ) Kutatási Program¹⁰ keretében kutatható váltak a kábítószerrel kapcsolatos adatok.

A határok 1988-as megnyitásával, majd a rendszerváltozással azonban oly mértékben árasztotta el az országot a különböző jellegű drogekészítmények tömege, amire a kormányzat nem volt felkészülve, az egészségügyi szervek pedig nem tudtak igazán hatékony választ adni, s ez természetesen nem választható el a világban eluralkodó hasonló tendenciáktól. A probléma eszkalálódott, a helyzet sokszorosan súlyosabbá vált. A szabad utazást kihasználva, a kábítószeresek mellett megjelent a fizetőképes kereslet is. A megnyíló határokon keresztül a '90-es évek elejétől egyre több marihuána, hasis és LSD jutott Magyarországra, amiket nyugat-európai országokból - elsősorban Hollandiából - szereztek be a magyar „drogturisták”. A belső kábítószer-kereskedelem kialakulásával egy időben a magyar hatóságoknak a növekvő tranzitcsempészetet is kezelniük kellett. A délszláv polgárháború 1990-es kitörését követően a Nyugat-Európát közel-keleti heroinnal ellátó török és koszovói albán bűnszervezetek arra kényszerültek, hogy a heroin szállításra használt „Balkán-útvonal” középső szakaszát északabbra helyezték, ennek eredményeként Magyarország Európa egyik legjelentősebb tranzit országává vált.

⁹ 14/1988. országgyűlési határozattal, amelyet később az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószeres és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1998. évi L. törvénnyel emeltek megfelelő jogszabályi szintre

¹⁰ 1979-ben jelentős anyagi és adminisztratív támogatással az MTA keretein belül létrehozták a „Társadalmi beilleszkedési zavarok komplex elemzése” nevű ún. tárcaszintű főirányt. Koordináló és irányító szerve a Tudományos Tanács volt Pataki Ferenc, Andoroka Rudolf szociológus és Münnich Iván pszichológus vezetésével. A kutatási program a késő Kádár-korszak jellegzetes produktuma, hiszen a devianciák (bűnözés, öngyilkosság, alkoholizmus, drogfogyasztás, nem szervi eredetű mentális betegségek stb.) pusztasága létezésé, így kutatása is hosszú évtizedeken át az államszocialista rendszer egyik tabutémájának számított.

Tovább bővült a beszerezhető drogok választéka, kialakult a belső piac, amelynek működését a növekvő és differenciálódó kereslet egyre nagyobb mértékben befolyásolta. A kábítószer-fogyasztást a cannabis-származékok (marihuána, hasis), illetve az amfetamin származékok, többek között az ún. Ecstasy használata jellemezte. A heroin fogyasztásnak a közép- és kelet-európai régióban történő robbanásszerű elterjedését számos okkal magyarázták, ezek többek között: a határok megnyitását követően felfokozódó nemzetközi kereskedelem, a helyi gazdasági krízisek, a helyi háborúk, a migráció, a prostitúció terjedése, illetve új fogyasztói csoportok - elsősorban a tizenévesek – megjelenése.

A fiatalok körében tehát egyre terjedt a klasszikus drogok élvezete, miközben a „szipuzás” jelentősen visszaszorult. A rendőrség későn érzékelte, hogy a határok megnyitásával, a droghálózat kiterjedésével a drogozás oly mértékben előre tört, hogy 1990-ben a felnőtt népesség 5,5%-a kipróbált már valamilyen drogot. Az altatókkal, nyugtatókkal való visszaélés minden korosztályban egyenletes gyakorisággal fordult elő, míg a „klasszikus” drogok és a szipuzás különösen a 30 év alatti korosztályra volt jellemző.

Az egészségügy, a rendőrség és a különböző karitatív szervezetek is igyekeztek a problémát kezelni, hiszen a hosszú hallgatás évei alatt a politikai vezetés nem teremtette meg a kábítószerrel foglalkozó intézmények hálózatát, s ezzel elvesztegette a megelőzés lehetőségét. Beindult a propagandagépezet, szórólapok, telefonos tanácsadók jelentek meg, évente több konferenciát, előadássorozatot tartottak.

1989-ben országos konferenciát rendeztek a narkomániáról. A kétnapos tanácskozás elsősorban az okok feltárására törekedett, és arra, hogy ez az egész társadalmat érintő téma nagyobb nyilvánosságot kapjon. 1989-ben hazánkban a „narkósok” számát 35-40 ezerre becsülték, amely létszámnak körülbelül az 50 százaléka már ún. kemény drogokat fogyasztott. Országos figyelemfelkeltő konferenciának is szánták a rendezvényt, ezért az egészségügyi oktatóintézetek nevelőit is meghívták a konferenciára. Ők voltak azok, akik a legtöbbet tehettek / tehetnek a korai felismerés, a megelőzés és a nevelés érdekében. A konferencia legfőbb megállapítása az volt, hogy a narkomania - a többi szocialista országhoz hasonlóan - hazánkban is rohamosan terjed. Az előadók - mintegy másfélszáz orvos, pedagógus, jogász, pszichológus, kriminalisztikai szakember, a témakör kutatói és a magyarországi egyházak képviselői - kifejtették, hogy a narkomán kötöttségek kialakulásában meghatározó szerepe és felelőssége van a családnak, kimutatható ugyanis, hogy a családi élet diszharmóniája, a csonka családok, valamint az igen kedvezőtlen szociális helyzetben lévő családok a legfőbb táptalaja a narkomán kötöttségek kialakulásának. Az olyan családokban, ahol a gyermek élete az állandó szorongás,

zaklatás, ahol nincs valódi otthon és nyugalom, szinte azonnal megjelenik a drog. A konferencián a téma legismertebb szakértői adták át a legfrissebb hazai tapasztalatokat, így azt is megállapították, hogy hazánkban is kialakultak a droggereskedelem piacai. Budapesten például a város meghatározó pontjain már nemcsak kemény valutáért, hanem forintért is hozzá lehetett jutni marihuánához, hasishoz, LSD-hez. Popper Péter pszichológus elmondta, hogy még nemzetközi tapasztalatok alapján sem tudnak olyan programot kidolgozni, amely Magyarországon megakadályozhatná a narkómia további terjedését. Gyógyulni a legdrágább klinikákon sem lehet, csak akkor, ha a beteg önmaga is óriási akarattal bír, és küzd a függőség megszüntetéséért. Hazánkban eddig a legjobb eredményeket az egyházak tudják felmutatni a gyógyító munka területén.

1989 márciusában előadássorozatot tartottak „Bűn? Betegség? Állapot?” címmel a narkómia és az AIDS társadalmi vonatkozásait felölelő országos kutatásokról és tapasztalatokról. A programot a Kulturális Innovációs és Továbbképző Vállalat (Kulturinnov) rendezte meg, amelynek keretében 26 előadás hangzott el a kábítószer fogyasztásról. Kitértek egyebek között arra, hogy milyen okok miatt - szociális vagy elsősorban pszichikai trauma hatására - keresnek többen menedéket a kábítószeres élvezetében, foglalkoztak a narkománok személyiségével, kríziseivel, és a segítségnyújtási lehetőségekkel. Áttekintették a kábítószer-élvező bűnelkövetők helyzetét, és felhívták a figyelmet rá: sokszor célravezetőbb e betegek kényszergyógyítása, mint büntetése. Kiemelték, hogy bár sokan a drogfogyasztást a fiatal korosztállyal hozzák összefüggésbe, nagy problémát jelent a felnőttkori túlzott mennyiségű altató- és nyugtatószer-szedés is. Becslések szerint ugyanis mintegy százezerre tehető azoknak a száma, akik feszültségük oldására gyógyszerekhez nyúlnak, és nem is gondolnak arra, hogy a hosszabb ideig tartó nyugtatószedéssel akaratukon kívül, „rejtetten” e szerek rabjaivá válhatnak. A kábítószer-elleni küzdelem kapcsán kiemelték a prevenció fontosságát, és azt, hogy e téren valamennyi érintett tárca és szervezet együttműködésére, egységes fellépésére van szükség.

1989 szeptemberében a Józan Élet Egészség- és Családvédő Országos Szövetség Választmánya és a Magyar Egészség Párt Ideiglenes Vezetősége nyomatékosan felhívta az illetékesek figyelmét arra, hogy egyre jobban terjed a főváros virágüzleteiben a mákgubó árusítása, és becslések szerint a mákgubó négyötödét olyan fiatalok vásárolják (egyébként nagyobb mennyiségben), akik mákteát főznek belőle, s így kezdik - olykor halálos kimenetelű - kábítószeres „utazásaikat”.

1989. december 15-én a Nemzetközi Alkohol- és Kábítószerellenes Tanács (International Council on Alcohol and Addiction, röviden ICAA) magyar kezdeményezésre „Drogmentes élet” elnevezéssel nemzetközi alapítványt hozott létre, amely külön figyelmet fordított a gyermekek, az ifjúság, valamint a sportolók körében a megelőzésre. Az alapítvány sikere érdekében Székely Éva olimpiai bajnoknő és Jónyer István világ- és Európa-bajnok asztaliteniszező felhívással fordult a magyar és külföldi világbajnokokhoz, Farkas Bertalan a világ úrhajósaihoz, Sunyovszky Szilvia színművésznő és Csavlek Etelka operaénekesnő pedig a színművészekhez, hogy csatlakozzanak az alapítvány célkitűzéseéhez. Macskássy Izolda festőművész – akinek egyik alkotása az alapítvány szimbóluma lett – műveiből ajánlott fel az alapítvány számára. Az Alapítvány operatív teendőinek ellátására az ICAA Igazgató Tanácsa Budapesten központi irodát nyitott és intéző bizottságot állított fel. Az ICAA igazgatója és az ENSZ kábítószer bizottsága mellett működő nem kormányzati fórumok elnöke 1989 decemberében látogatást tett Budapesten, ahol megbeszéléseket folytatott Fodor Istvánnal, az Országgyűlés megbízott elnökével és Pesta Lászlóval, a szociális- és egészségügyi bizottság elnökével, valamint találkoztak Nagy Sándorral, a Szakszervezetek Országos Tanácsának főtítkárával és Csehák Judittal, az Országos Egészségvédelmi Tanács elnökével. Egyeztetéseket folytattak az alkoholizmus-, a kábítószer-fogyasztás-, az AIDS-, a dohányzás- és a doppingellenes küzdelemben lehetséges együttműködésről, és megállapították, hogy az e téren szerzett nemzetközi tapasztalatok széles körű hasznosítására jó keretet biztosít a nemzetközi alapítvány Budapesten megnyílt központi irodája.

1990 márciusában, Rómában tíz nyugat-, közép- és kelet-európai ország, köztük Magyarország vezető belügyminisztériumi illetékesei tanácskoztak és fogadtak el megállapodást: szigorúbb ellenőrzések a határon, a kölcsönös tájékoztatás erősítése - egyebek között ezen intézkedésekkel szeretnék volna az ún. balkáni heroin út mentén elhelyezkedő európai országok elejét venni a kábítószer-kereskedelem tovább terjedésének. Ugyancsak 1990 márciusában történt, hogy az Interpol Budapesten tartotta 19. regionális konferenciáját, amelyen 27 európai tagország vett részt, és ahol megfigyelőként jelen volt a nemzetközi bűnüldöző szervezetbe belépni szándékozó Szovjetunió, valamint a nem európai tagállamok közül az Egyesült Államok és Izrael képviselője. A Kelet-Európában először megrendezett tanácskozást Gál Zoltán nyitotta meg, aki utalt rá, hogy Magyarország 1923-ban alapító tagja volt a nemzetközi szervezetnek, és tagsága 1946-os megszűnését követően 1981-ben vették fel ismét, ami akkor feltűnést keltő lépés volt, mert a környező szocialista országok közül Magyarország elsőként lépett be az Interpolba. Szólt arról is, hogy az utóbbi években Magyarországon jelentősen emelkedett az

olyan bűncselekmények száma, amelyekben külföldiek is részt vesznek. Külön kiemelte, hogy a kábítószer-kereskedelemben tranzit országgá váltunk; Túrós András belügyminiszter-helyettes, országos rendőrfőkapitány a sajtó képviselőinek egyebekben azt mondta, hogy véleménye szerint Magyarország egy éven belül már nemcsak tranzit ország lesz a kábítószer-kereskedelemben, hanem egyúttal drogpuac is.

1990 áprilisában, a Drogprogram Iroda szervezésében háromnapos konferencia zajlott le Vácott, amelynek témája az alkoholizmus és a narkománia megelőzésének és gyógyításának lehetőségei voltak. Az előadásokból kitűnt, hogy szerte a világon, így nálunk is az alkoholizmus mellett mind nagyobb veszélyt jelent a kábítószer-fogyasztás számainak növekedése. Hazánkban becslések szerint ekkor több mint 40 ezren voltak rabjai a kábítószereknek.

1990 áprilisáig az ország öt különböző pontján szerveztek drog-ambulanciát, ahol orvosok, pszichológusok adtak tanácsot a hozzájuk fordulóknak, Budapesten pedig drog-telefonszolgálat is működött. Legfontosabb feladat a kábítószer elleni harc területén a megelőzés volt, ennek jegyében, a Drogprogram Iroda koordinálásával 40 iskolában e célra kiképzett pedagógusok - felvilágosító jelleggel - arra oktatták a gyermekeket, miképpen oldják meg belső válságaikat anélkül, hogy a legegyszerűbbnek tűnő „menekülési módot”, a kábítószer-fogyasztását választanák.

1990-ben a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium - az Országos Egészségnevelési Intézet (OENI) jogutódjaként - létrehozta a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetet (NEVI), amely egyszerre látta el a módszertani bázis, a kutatóintézet és a programszervező szolgáltató központ feladatát. Legfőbb feladata a betegség megelőzése volt, illetve az, hogy ennek fontosságát mindenki átérze, ezzel a betegség-megelőzés programja ne csak szólamban nyilvánuljon meg.

1990-ben tizenöt fő fogadására alkalmas, narkomániás fiatalokat gondozó terápiás otthon kezdte meg működését a Baranya megyei Keszű községben, amelynek létrehozásával fontos állomásához érkezett a kábítószer-fogyasztó fiatalok egészségügyi hálózatának kiépítése, és amelynek modelljét a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium megbízásából Baranyában kezdték megvalósítani. A megyei gyermekkorház ugyanis már 1982-től kezelte pszichiátriai osztályán narkomániás gyermekeket és fiatalokat, 1987 óta pedig működött a megyei feladatokat is ellátó drogambulancia.

A keszűi terápiás otthon lakói önkéntesen vállalták a gyógykezelést. Gyógyulásukat a munkaterápia segítette: az otthon kertjében növényeket termeltek, később állatokat gondoztak,

a pincében pedig gombát termesztettek. Az első ilyen jellegű hazai drogterápiás állami intézmény számára a katolikus egyház adta bérbe a helyi plébánia felújításra szoruló épületét a hozzá tartozó telekkel, a Baranya Megyei Tanács pedig az épület felújításával egyenlítette ki a bérleti díjat. Az átalakítást és felújítást a megye intézményei, vállalatai és egyházi ingyenesen nyújtott, illetve jutányos áron számított munkával, tervezéssel, kivitelezéssel segítették. A drogterápiás intézmény működéséhez a megyei tanács több mint félmillió forintos külön költségvetési támogatást nyújtott.

Az 1990-es években a sajtó már arról számolt be, hogy Magyarország a kemény drogok új piaca, tranzit ország lett. Megállapították, hogy a drogélvezet terjedésével a továbbiakban is számolni kell, és ennek legjelentősebb okaként azt említették, hogy az ezzel foglalkozók nem rendelkeznek kellő hazai tapasztalattal, s az intézmények sem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Véleményük szerint hátráltatja a munkát az a helytelen szemlélet is, amely nem a megelőzésre helyezi a hangsúlyt. Sajtónyilatkozatok számoltak be arról, hogy az ország felkészületlen volt a rendszerváltozás idején a drogbetegek számának robbanásszerű növekedésekor, nem volt átfogó egységes nemzeti stratégia, nem volt olyan koordinatív szerv, amely összehangolta volna az egyes tárcák és intézmények feladatait, és nem volt olyan speciális kórház sem, amely a drogbetegek kezelését végezte volna. Fontosnak tartották más országok tapasztalatainak a megismerését is.

Az 1987-ben elindult drogprogram széles körű kutatást indított - a hiányosságok mellett - a drogproblémák feltérképezésére, kialakította a szakemberképzés rendszerét, létrehozott két drogambulanciát, elindított egy megelőzési programot valamennyi iskolatípusban. E program egy 1990 januári miniszteri döntés nyomán, saját költségvetéssel a NEVI-be integrálódott annak ellenére, hogy nem volt semmilyen átfogó kormányzati elképzelés a drogügy rendezésére. A NEVI-vel való integráció a drogprogram létét veszélyeztette, ugyanis az egyesítést követően a NEVI Igazgató Tanácsa a drogprogram költségvetésének jelentékeny részét - ellentétben a januári megállapodással - más célra használta fel anélkül, hogy erről a drogprogram vezetőjét, illetőleg munkatársait értesítette volna. 1990 augusztusában derült ki, hogy a drogprogram költségkerete kimerült, ezzel gyakorlatilag a már jól menő program folytatása vált lehetetlenné, ami alapvetően veszélyeztette az addig végzett gyógyító-megelőző tevékenységet.

1990 novemberében már mintegy négyezer főre tehető Magyarországon a kábítószeről fizikailag és szellemileg függő, „kemény” drogosok száma, tízezer körüli azoké, akik különböző, könnyebben hozzáférhető szerekkel, például rendeltetésétől eltérően használt

gyógyszerrel kábítják magukat, százezer főnyi azok tábora, akik nyugtatószerek függőségében élnek, és ehhez adódik a „ragasztózók” pontosan meg nem határozható számú, kiterjedtebb csoportja - egyebek között ezt tartalmazza a jelentés, amelyet a magyar küldöttség terjesztett az Európa Tanács kábítószerkérdésekkel foglalkozó csoportjának strassbourgi miniszteri ülése elé.

Magyarország - Lengyelországgal és Jugoszláviával együtt - 1990-ben csatlakozott a Pompidou-csoporthoz, és 1993-ban Csehszlovákiát is felvették a testületbe. A Pompidou-csoportnak, azaz az Európa Tanács Kábítószer- és Függőségügyi Nemzetközi Együttműködési Csoportjának feladata, hogy rendszeresen „leltárt” készítsen a kábítószer fogyasztás és az ellene való küzdelem helyzetéről.

A rendszerváltás után szinte egyik napról a másikra robbant tehát a kábítószer-probléma: a szabad utazás folytán „beáramlottak” a kábítószeresek, és megjelent a fizetőképes kereslet. A problémakezelés intézményesülésének fontos állomása volt, amikor az Antall-kormány - az 1013/1991. (II. 28.) Korm. határozattal - létrehozta a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot. A bizottság feladatai közé tartozott a belföldi és külkapcsolati kábítószerügyi koordináció, a forráselosztásra vonatkozó javaslatok kidolgozása, a döntések végrehajtásának ellenőrzése, illetve a „kábítószer ellenes nemzeti stratégia” kidolgozása. A későbbi értékelések¹¹ a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság működését ellentmondásosnak és nem kellő hatékonyságúnak minősítették, ezért szerepét 1998-ban Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság¹² vette át.

1993-ban Grezsa Ferenc tekintette át a hazai addiktológia aktuális helyzetét. A pszichiáter végzettségű, szenvedélybeteg-ellátás területén is tapasztalt országgyűlési képviselő négy olyan drogpolitikai összetevőt nevesített, amely jelentős volt a drogterápiás intézetek működése szempontjából:

1. 1991 óta a drogterápiás intézetek támogatása önálló normatívaként szerepelt a központi költségvetésben. Az elszámolás alapját az ápolási napok képezték, a megállapított normatíva azonban nem fedezte a tényleges költségeket.
2. A társadalombiztosításról szóló törvény 1992. évi módosítása nyomán kötelezően finanszírozandóvá vált a hosszú idejű terápiás intézetek működése olyan esetekben is,

¹¹ pl. Nemzeti Stratégia (2000), 28.o.

¹² az 1039/1998. (III. 31.) Korm. határozattal jött létre, megnevezését a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottságról szóló 1089/2013. (III. 4.) Korm. határozat változtatta meg a jelenleg is hatályos Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottságra

amikor azok elsődlegesen nem egészségügyi jellegűek, de tevékenységük megfelel a terápiás követelményeknek.

3. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény a néhány éven belül kötelezően létrehozandó intézménytípusok között nevesítette a szenvedélybetegek rehabilitációs intézményét.
4. A pályázati lehetőségek bővülése a szenvedélybeteg-ellátás területén is lehetőséget biztosított bizonyos fejlesztésekre (példaként említi a Szegedi Drogközpont rehabilitációs részlegének megépítését)¹³

Az Országgyűlés 1993-ban megváltoztatta a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekményre vonatkozó szabályozást, amit azzal indokoltak, hogy keményebben kell fellépni, illetve lehetőséget kell biztosítani a fogyasztók számára a büntetés elkerülésére. 1994-ben rendkívüli eszközöket kaptak a rendőrök a kábítószerrel kapcsolatos valamennyi bűncselekmény üldözésére (titkos információgyűjtés, bírói engedéllyel telefon-lehallgatás, levelek felbontása stb.), 1995-ben a Legfelsőbb Bíróság új meghatározást alkotott a „csekély” és „jelentős” mennyiségre. A csekély mennyiség jelentette azt a határt, amelynek birtoklása esetén a fogyasztó még a büntetés helyett a gyógykezelést választhatta. 1997-ben az Országgyűlés eseti bizottságának adatai szerint 150 000 rendszeres drogfogyasztót és 30 000 - 50 000 drogfüggőt feltételeztek. A probléma kezelésére legmagasabb szinten is megjelenő igény eredményeként 1998 márciusában a kormány határozatot hozott a már említett Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság felállításáról.

A magyar Országgyűlés első, deklaráltan a kábítószer-problémával foglalkozó bizottságának felállításáról a 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat¹⁴ rendelkezett. A Kábítószer-fogyasztás Visszaszorítása Érdekében Létrehozott Eseti Bizottság tevékenységéről a 125/1997. (XII. 18.) OGY határozat adott számot, amely az eseti bizottság jelentésének tartalmát foglalta össze, egyúttal meghatározta a következő időszak feladatait. A határozat rögzítette, hogy „a kábítószer-problémával foglalkozó egészségügyi, szociális, oktatási, rendészeti, jogi, bűnüldözési és büntetés-végrehajtási intézményrendszer fejlesztésre szorul”, egyúttal tartalmazta a drogbetegek kezelésére vonatkozó egészségügyi finanszírozási rendszer kidolgozásának szükségességét, amelyhez 1998. január 31-ei határidőt rendelt. Utasította

¹³ Grezsa Ferenc (1993): A narkológia helyzete az átalakulás folyamatában. *Szenvedélybetegségek – Addictologica Hungarica*, 1(4), 269-274.o.

¹⁴ a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása érdekében létrehozandó országgyűlési eseti bizottság felállításáról szóló 111/1996. (XII. 19.) OGY határozat

továbbá a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottságot, hogy 1998. március 31-ig készítse el a nemzeti kábítószer-stratégiát.

Magyarország első nemzeti drogstratégiája elkészült ugyan 1998-ban, azonban nem szavazott róla az Országgyűlés, így értelemszerűen nem is emelkedett jogerőre. Bő másfél éves további előkészítés után, 2000. december 5-én, a 96/2000. (XII. 11.) OGY határozattal fogadta el az Országgyűlés a Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című stratégiai programot. Majd, míg a 2000-ben elfogadott Nemzeti Stratégiát teljes politikai konszenzus övezte, az ezt követő, 2009-ben Országgyűlés elé kerülő dokumentum már csak az akkori kormánypárt, illetve korábbi koalíciós partnere támogatását bírta. A kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat végül sajátos torzó lett a magyar drogpolitika-történetben, hiszen cselekvési tervet sem a bal-, sem a kormányváltás után létrejött jobboldali kormány nem készített hozzá, így a dokumentumban rögzített célkitűzések csak kismértékű hatást gyakoroltak a szenvedélybeteg-ellátás gyakorlatára.

A 2010-es kormányváltást követő első kritika Szócska Miklóstól, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (a továbbiakban: NEFMI) államtitkától hangzott el, amely szerint: „A drogstratégiáról: szakmai munkacsoport bevonásával kívánjuk áttekinteni a stratégia jelenlegi változatát, és ezt követően fogunk döntést hozni az esetleges átdolgozásról.”

2010 decemberében a NEFMI előzetes egyeztetés nélkül közölte saját legfőbb drogügyi tanácsadó testületével, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottsággal, hogy a drogstratégiát a Fidesz-kormány vállalhatatlannak tartja, ezért nem hajtja végre, helyette újat készít. A döntés ellen – melyet a nemzeti drogkoordinátor és három minisztériumi dolgozó elbocsátása is kísért, – négy kábítószerügyi ernyőszervezet is tiltakozott, a civil tagok pedig kivonultak a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság üléséről.

A NEFMI közleményt adott ki az ügyről, amiben néhány mondatban összefoglalták, mi volt a probléma a 2009-ben elfogadott drogstratégiával. Eszerint az eddigi drogstratégia csődöt mondott, mert a mind gyorsabban növekvő problémákat sem megelőzni, sem csökkenteni nem volt alkalmas, miközben előtérbe került a drogliberalizáció és kísérlet sem történt a negatív folyamatok megállításra. A közlemény úgy fogalmazott, hogy „az elmúlt évek drogstratégiája, mely a hangsúlyt a drogliberalizációra és az ártalomcsökkentésre helyezte, nem követhető”, mert csak a „drogliberalizáció mellett elkötelezett holdudvarnak, egy szűk megélhetési lobbinak” kedvezett. Az új stratégia azonban többek között a megelőzésre, a családok

megeősítésére, az iskolai nevelésre, és a kábítószer-kereskedők elleni drasztikus fellépésre épül majd – állt a közleményben.

Az illetékes államtitkárság hozzátette, hogy ezeket a célokat szolgálták a kormány eddigi intézkedései is, példaként említve egyebek mellett a családi adókedvezményt, az ötven órát meghaladó iskolai hiányzás szankcionálását és a bolti lopásokért kiszabható szigorúbb büntetés bevezetését. „Ezen intézkedéseknek a pozitív hatása már rövidtávon is megmutatkozik. A kormány politikája szemlélet- és irányváltást is jelent az elmúlt évekhez képest. Ennek része az új drogstratégia, mely a megelőzésen, a családok megeősítésén, az iskolai nevelésen, a tanárok tekintélyének visszaállításán, a fiatalok támogatásán, a bajbajutottak segítésén és a kábítószer-kereskedők elleni drasztikus fellépésen alapul. Ez képezi az alapját annak az új drogstratégiának, mely 2011 év végéig kerül kidolgozásra és ez lesz az alapja a kidolgozandó akciótervnek. Az elmúlt 8 évben a piacon új szerek jelentek meg és a kábítószer-kereskedelemnek, a kábítószer fiatalok közti terjesztésnek új formái honosodtak meg. Magyarország a kábítószer-kereskedők tranzit országából célországá vált. A gyermekek és fiatalok ma már könnyebben jutnak kábító és tudatmódosító szerekhez, mint korábban. [...] A kialakult helyzetet előidézők alkalmassága egy új drogstratégia megalkotására és végrehajtására valószínűtlen.”

Ezzel kapcsolatban érdemes lehet megjegyezni, hogy a közleményben rögzített „eddig folytatott drogstratégia” nem az, amit a parlament 2009 decemberében megszavazott, és aminek az érdemi végrehajtása (cselekvési terv híján) meg sem kezdődött, hanem a Fidesz-kormány által 2000-ben az Országgyűlés elé terjesztett nemzeti drogstratégia.

A kormányzati kommunikáció szerinti eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye tehát új drogstratégia kialakítását tette szükségessé, ugyanis a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken jelentős átalakulások (pl. egészségügy, köznevelés), illetve a szenvedélybetegségek alakulását kedvezőtlenül befolyásoló mélyreható társadalmi és gazdasági változások történtek. A módosításra egyebekben az egyes szerhasználati (pl. cannabis, amfetamin) tendenciákban bekövetkezett jelentős negatív irányú elmozdulások, valamint az új pszichoaktív szerek megjelenése miatt is szükség volt.

Az új stratégiai dokumentum előkészítése 2011-ben vette kezdetét, majd a 2013 első negyedében lezajlott társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően, az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel bíró 80/2013. (X. 16.) OGY

határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapított meg célkitűzéseket, amely – az Emberi Erőforrások Minisztériuma szerint - elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, és fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekinti (2020-ra drogmentes Magyarország), célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a stratégia széles körű prevenciós tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel (zéró tolerancia) kívánta megvalósítani.

Az utolsó nemzeti drogstratégia 2020-ig volt érvényben, ezt követően nem született új stratégia. Az illegális szerhasználat prevalenciájának és a tiltott drogokat kipróbáló fiatalok aránya csökkentésének konkrét céljait kitűző „Nemzeti Népegészségügyi Program 2024-2033” című népegészségügyi stratégia tervezet 2024-ben publikálásra került, elfogadására 2024 decemberéig még nem került sor.

Horváth László 2025. március 1. napjától szólóan kábítószer-kereskedelem felszámolásáért felelős kormánybiztosi kinevezést kapott¹⁵. Feladata olyan kábítószer-ellenes akcióterv kidolgozása, amelynek célja a zéró tolerancia elvén alapuló kábítószer-szabályozás megvalósítása, valamint a kábítószer-kereskedelemmel szembeni fellépés erősítését célzó intézkedések megtétele.

2025. június 15-én lépett hatályba az az új kábítószer-törvény¹⁶, amelyet az Országgyűlés 2025. április 14-én fogadott el, és amely már alkotmányos szinten is megfogalmazza a kábítószer-tilalmát¹⁷, illetve amely példátlan szintű politikai és jogi elköteleződést jelent a kábítószermentes társadalom iránt. A törvénycsomag célja, - mint Horváth László kormánybiztos is hangsúlyozta, - a drogtartalmú szerekkel szembeni zéró tolerancia érvényesítése.

¹⁵ a kábítószer-kereskedelem felszámolásáért felelős kormánybiztos kinevezéséről és feladatairól szóló 1035/2025. (II. 28.) Korm. határozat

¹⁶ a kábítószer előállításának, használatának, terjesztésének, népszerűsítésének tilalmával összefüggő törvénymódosításokról szóló 2025. évi XIX. törvény

¹⁷ Az Alaptörvény XX. cikk 2025. április 15-től hatályos (3) bekezdés értelmében Magyarországon a kábítószer előállítása, használata, terjesztése, népszerűsítése tilos.

A jogszabály-módosítás a társadalom védelmét helyezte középpontba, különösen a fiatalok körében tapasztalható növekvő droghasználat visszaszorítását célozva. A javaslat újszerűsége és határozottsága komoly figyelmet kapott nemcsak hazai, hanem nemzetközi viszonylatban is. A jelenlegi magyar drogpolitika sem nevezhető megengedőnek: a kábítószer-fogyasztás eddig is büntetendő volt, azonban különbséget tett a hagyományos kábítószeres és az új pszichoaktív anyagok (dizájner drogok) között. Utóbbiak használata eddig „csak” szabálysértésnek minősült, így enyhébb büntetési tételek vonatkoztak rájuk.

A 2025-ös törvénycsomag radikális fordulatot hozott: ezek az anyagok is bekerültek a büntetőjogi kategóriába, és a velük való visszaélés ugyanúgy szankcionálható, mint a hagyományos szerek esetében. Ez tehát nem csupán technikai módosítás, hanem egyértelmű üzenet a társadalom számára: minden tudatmódosító szer fogyasztása súlyos következményekkel jár.

Az elterelés rendszere is átalakult. Míg korábban bárki, aki először vétett a törvény ellen, jogosult lehetett alternatív terápiára (illetve kétévente újból), addig az új szabályozás szerint ez csak azokra vonatkozik (és legfeljebb összesen két alkalommal), akik hajlandóak együttműködni a hatóságokkal, ennek keretében pedig információt adni a kábítószeres forrásáról. A jogalkotó által kommunikált cél ezzel nem a megfélemlítés, hanem a drogterjesztő hálózatok felderítése és felszámolásának megkönnyítése.

További fontos elem a vagyonekbevitel intézményének bővítése. A jövőben a hatóságok nemcsak készpénzt vagy eszközöket, hanem akár lakóingatlant vagy járművet is elkobozhatnak, amennyiben azok bizonyíthatóan köthetőek a drogbűnözéshez.

Vizsgáljuk meg a törvényt módosítás konkrét változtatásait:

1) Szigorodik a kábítószer termesztés, tartás és beszerzés büntetése

Eddig a kábítószer termesztése, előállítása, megszerzése, tartása alapeseti (tehát a csekély mennyiséget meghaladó, de a jelentős mennyiséget el nem érő kábítószer esetén) egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel volt büntethető. Ezután két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés jár érte. A minősített eset – ha üzletszerűen, bűnszövetségben, hivatalos személyként követik el – az eddigi 2-8 év helyett 5-től 10 évig terjedő szabadságvesztésre változik.

2) Tovább korlátozzák az elterelést

2013-ban került bevezetésre, hogy az elterelést két éven belül csak egyszer lehet igénybe venni. A 2025-ben hatályba lépett szabályozással örökre kizárul az elterelés lehetőségéből az, aki már két alkalommal igénybe vette az elterelést. Akit többször elkapnak, bíróságra kerül. Ráadásul csak az veheti igénybe az elterelést, aki „az elkövetés körülményeit feltárja, illetve lehetővé teszi a kábítószer értékesítő személy kilétének a megállapítását.” Tehát, ha az érintett nem hajlandó elárulni, kitől vette, akkor kizárják az elterelés lehetőségéből.

3) Kábítószer-használat köznevelési intézmény területén

A 2013-ban szigorított szabályozás szerint három évig terjedő szabadságvesztés jár azért, ha valaki egy köznevelési intézmény területén szív el egy spanglit. Az új szabályozás ezt tovább szigorítja, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztést ír elő – a bírónak alapesetben szabadságvesztést kell kiszabnia. Ráadásul a bírónak - a középérték szabálya alapján - abból kell kiindulnia, hogy 3 évet $((1+5)/2)$ ad, aminél ha kevesebbet szabna ki, megfelelően meg kell indokolnia. Ha mégis két évnél nem több a kiszabott szabadságvesztés, akkor elrendelheti a végrehajtás felfüggesztését (míg, ha ennél több, akkor kötelező letölteni a büntetést). Kivételesen, különös méltányolást érdemlő esetben a bíró adhat közérdekű munka büntetést vagy pénzbüntetést is, ennek ellenére: az alap opció a szabadságvesztés. Ráadásul az utóbbi években visszaesett a feltételes szabadságra bocsátások száma. A kábítószer miatt büntetésüket töltők a tapasztalatok szerint szinte alig szabadulnak feltételesen.

4) Megszűnik az új pszichoaktív anyagok kategóriája

Megszűnik az új pszichoaktív anyag kategóriája (ezek azok a szerek, amelyek ideiglenesen kerültek tiltólistára, amíg a vizsgálatuk alapján el nem dőlt, hogy hozzá kell-e őket adni a kábítószer listájához vagy sem). Tipikusan ide tartoznak az ún. dizájner drogok, mint amilyen az utcán herbál/bióként árult szintetikus kannabinoidok, vagy a kristályként árult szintetikus stimulánsok. A jogszabály-módosítással ezek átkerültek a kábítószer-listára, aminek egyenes következménye, hogy szigorodnak a terjesztői büntetési tételek, egyúttal az is, hogy ezeknek a szereknek a fogyasztói is részesülhetnek elterelésben. Eddig ugyanis az új pszichoaktív anyagok fogyasztása szabálysértés volt, amit főként pénzbírsággal büntettek.

5) Változik a kábítószer fogalma és jogi értelmezése

A kábítószer fogalmát újraértelmezi a módosítás. Három korábbi kategóriát egyesítenek: a) a (klasszikus, már eddig is tiltott) kábítószerek kategóriáját, b) az előbb említett új pszichoaktív anyagok kategóriáját, és c) „a bódult állapot előidézésére alkalmas, nem emberi fogyasztásra szánt” anyagokat, „ideértve a más szer hozzáadásával vagy szerkezete átalakításával előállított anyagokat, illetve a más tudatmódosító szereket” is. Egyszóval minden kábítószer, ami alkalmas a tudatmódosításra. Az értelmezés szerint kábítószernek minősül minden olyan nem emberi fogyasztásra szánt anyag, ami „objektív módon és általánosságban” alkalmas „a tudatmódosító hatás előidézésére”, „függetlenül attól, hogy az elfogyasztásuk az adott személyekből az egyes konkrét esetekben milyen tényleges hatásokat váltott ki.” Ugyanakkor az értelmező rendelkezés szerint nem minősülnek kábítószernek „az emberi fogyasztásra szánt, és ilyenként legális forgalomban kapható anyagok (pl. az alkohol, a dohánytermékek, a gyógyszerek stb.).”

Nem világos, mi történik abban az esetben, ha emberi fogyasztásra szánt formában, például ételként vagy italként hoz valaki forgalomba olyan anyagot, ami eddig sem az a) és sem a b) kategóriában nem szerepelt, tehát sem kábítószernek, sem új pszichoaktív anyagnak nem minősült. Akkor ugyanis – a fenti logika szerint - nem illik bele a c) kategóriába sem, hiszen emberi fogyasztásra szánták. Ezzel gyakorlatilag kikerülhető a jogszabályi rendelkezés.

Kérdés az is, mi a helyzet az olyan gyógyszerekkel, amelyek nem „emberi fogyasztásra” készültek, hanem például fertőtlenítésre használják őket? Mint például a gyógyszerertárban kapható orvosi alkohol. A módosítás szerint az is kábítószernek minősül.

6) Közbiztonsági őrizet

A rendőr legfeljebb 72 órára közbiztonsági őrizetbe veheti a módosult, bódult tudatállapotban lévő személyeket, ha „az érintett személy élete, testi épsége, egészsége vagy a közbiztonság megőrzése” érdekében ezt szükségesnek látja. Különösen, ha „az érintett személy másokat súlyosan zaklató vagy a köznyugalmat más módon súlyosan sértő magatartást tanúsított”, illetve, ha nem volt együttműködő az egészségügyi személyzettel. Az őrizetet a rendőrségi fogdán hajtják végre.

7) Az orvosnak értesítenie kell a szülőt

Az orvosnak ezután kötelező lesz értesíteni a kiskorú személy törvényes gondviselőjét, ha a kezelt kiskorú személy kábítószer hatása alatt áll.

8) Bezárhatók az üzletek, ahol drogot árultak

Az önkormányzati jegyző - legfeljebb egy év időtartamra - bezárhatja azt az üzletet, ahol kábítószerrel kereskedtek. Az üzlet bejáratán el kell helyezni egy írásos tájékoztatót a bezárásról és annak indokáról.

9) Feltételes szabadságra bocsátás szigorítása

Nem bocsátható feltételesen szabadságra a visszaeső kábítószer-kereskedő.

10) Elkobzás

A hatóságok elkobozhatják a kábítószer termesztésre / előállításra / tárolásra stb. használt ingatlant és járművet.

11) Szigorúbban ítélik meg a bódult állapotban elkövetett emberölést és súlyos testi sértést

Az emberölés alapesetben öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, ezentúl a szigorúbb, tíz évtől húsz évig vagy életfogytig terjedő szabadságvesztéssel járó kategóriába kerül az is, ha valaki a bűncselekményt kábítószer hatása alatt követte el. Szintén szigorítják a bódult állapotban való súlyos testi sértést, ami egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (Ugyanakkor az ittas elkövetés nem számít ilyen súlyosbító körülménynek.)

12) A kereskedők kitilthatók lesznek a településről

Ezentúl a kábítószer-kereskedelem bűncselekményt elkövető személyt legalább egy, de legfeljebb öt évre ki lehet tiltani egy településről, vagy a település, illetve az ország meghatározott részéről. Ezt egyes politikusok azért sürgették, hogy a dizájner drogok ismert terjesztőit el lehessen távolítani a településről vagy városrészből.

A szigorítások üzenete világos: Magyarország elkötelezett a gyermekek, fiatalok és a teljes társadalom védelme mellett. A kriminalizálás, az elterelés újraszabályozása és a vagyonelkobzás mind azt a célt szolgálják, hogy a droggereskedők ne találjanak biztonságos piacot az országban, a fogyasztás pedig ne váljon elfogadott viselkedéssé.

Kérdés hogy eléri a kívánt eredményt

Meg kell jegyeznünk továbbá, hogy valójában már eddig is Európa legszigorúbb drogszabályozása volt a magyar, az eddigi jogszabályok is tökéletesen alkalmasak voltak a kábítószer elleni fellépésre, mi több, eddig is gyakran szigorúbban büntette az állam nálunk a fűtermesztőt, mint aki embert ölt, és ami a kereskedelemért járt, az már a terrorcselekmények büntetésével van egy súlyossági kategóriában. Rögzíthetjük azt is, hogy hiába szigorodtak a büntetési tételeket, semmivel nem lett kevesebb a drogfogyasztás.

Az ad hoc törvényalkotás természetesen nem helyettesíti a felelős szakpolitikai döntéshozatalt, aminek egyébként az intézményes keretét (nemzeti drogkoordináció) is teljesen leépítette a kormányzat az elmúlt 15 évben. 2025-re elmondható, hogy öt éve nincsen nemzeti drogstratégia, nincsenek pályázatok, kiszorultak a civil szervezetek az iskolai prevencióból, alig jutnak be a leginkább rászorulóknak az addiktológiai ellátórendszerbe.

És érdemes felidézni, hogy a magyar szabályozás szigorodása ellentétes tendenciát mutat sok nyugat-európai ország gyakorlatával, ahol a drogpolitika egyre inkább egészségügyi és szociális kérdésként jelenik meg.

Hazai helyzetkép és adatok

A különböző pszichoaktív szerek hazai elterjedtségének meghatározásában elsősorban a felnőtt Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról lakossági felmérések (OLAAP vizsgálatok), illetve az iskolás populációt célzó Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól adatfelvétel (European School Survey on Alcohol and other Drugs, röviden ESPAD) és az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour of School Aged Children, röviden HBSC) reprezentatív vizsgálatokra támaszkodhatunk.

Ezek a vizsgálatok jellemzően 4 évente kerülnek megvalósításra, a legfrissebb adatok a HBSC esetében a 2022-es, az ESPAD és az OLAAP esetében a 2019-es vizsgálati hullámokból származnak.

Általános adatok

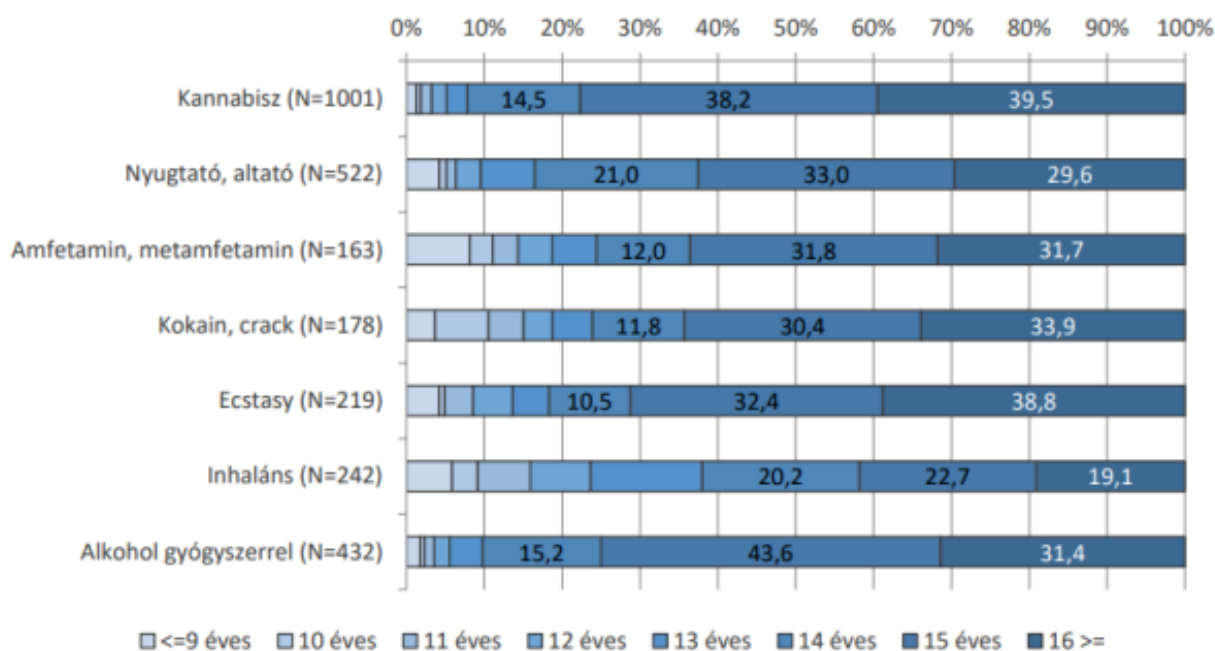
Használat

A 2019-es OLAAP országos lakossági vizsgálat adatai szerint a 18-64 éves magyarországi népesség 7,9%-a fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot, a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban ez az arány 14%. A nemek szerint vizsgálva a felnőtt lakosságról elmondható, hogy a tiltott droghasználat minden összevont mutatója szignifikáns mintázódást mutat: a férfiak nem csak az életük során, de a közelmúltban és aktuálisan is nagyobb arányban használtak tiltott drogokat, mint a nők.

Az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2019-es kutatása szerint a fiatalok átlagosan 13 éves koruk körül találkoznak először a cigarettával és az alkohol fogyasztással, majd nagyjából egy évvel később jön az intenzívebb használat, mint a napi rendszerességű dohányzás és a lerészegedés. Ugyanerre az időszakra tehető az inhalánssal való kísérletezés is. A fogyasztók 58,1%-a 14 évesen vagy még korábban találkozott először ezzel a szerhasználati módszerrel. Az egyéb drogokat általában 15 évesen vagy annál idősebb korban kezdik el használni, de érdemes megemlíteni, hogy a nyugtatók, altatók, amfetaminok, metamfetaminok és a kokain vagy a crack esetében relatíve magas arányban – több, mint 35%-uk-, már 14 évesen vagy még fiatalabb korban kipróbálták ezeket az anyagokat. A tiltott és

droghasználati célú szerfogyasztók nagy része rendszeresen használja ezeket a szereket, míg a dizájner drogokat fogyasztók körében azok vannak többségben, akik csupán egy-két alkalommal próbálták ki ezeket az anyagokat.

Az első használat életkora a fogyasztók körében, 2019-ben



Forrás: https://drogkutato.hu/wp-content/uploads/2024/01/MagyarDrogfigyelo_2024_jan_4-evf_1-szam_DrogkutatoIntezet-1.pdf

A legutolsó, 2019-es országos lakossági vizsgálat adatai szerint a férfiak tehát nagyobb arányban használnak szert, mint a nők. A felnőttek a marihuánát és a hasist részesítik előnyben, amit a 16 éves diákok több mint tizede is kipróbált már. Minden nyolcadik diák fogyasztott már nyugtatót, altatót orvosi javaslat nélkül, és minden hetedik alkoholt gyógyszerrel, illetve fájdalomcsillapítót azzal a céllal, hogy felpörögjön tőle. Az új pszichoaktív szereket, főleg a herbált, a biofüvet vagy a varázsdohányt is egyre többen próbálják ki és használják.

A főbb kábítószeres elterjedtsége

A felnőtt népességben a vizsgált tiltott drogok közül legtöbben marihuánát vagy hasist fogyasztottak eddig életük során (6,1%). A marihuána/hasis után a leginkább elterjedt drogok az ecstasy (2,5%), a szintetikus kannabinoidok (2,1%), az amfetamin (1,5%), a kokain (1,5%) és a dizájner stimulánsok (1,4%). A többi szer életprevalencia értéke a magyarországi felnőtt népesség körében nem éri el az 1%-ot (0,3%-0,9% között mozog). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje gyakorlatilag megegyezik a felnőtt lakosságban tapasztalt

sorrenddel. Összességében tehát a marihuána/hasis hagyományosan őrzi vezető helyét a magyarországi lakosság körében, s az ezt követő legnépszerűbb szerek általában a felnőtt népességben, és a fiatal felnőttek körében is a hagyományos stimulánsok és az új pszichoaktív szerek

Kábítószer-lefoglalások

A kábítószer-lefoglalások mennyisége folyamatosan rekordot dönt Európában. A legriasztóbb tendencia, hogy a régi, jól ismeret szereket elkezdték kiszorítani az új, veszélyes szintetikus anyagok. Hazánkban a kokainfogyasztás egyértelműen növekszik, iskolai prevenciók száma viszont csökkent.

A lefoglalási adatok alapján elmondható, hogy Magyarországon a növényi cannabis (marihuána) használata jellemző, valamint kisebb mértékben a hasisé. A növényi cannabis hozzáférhetőségében az elmúlt években markáns változás nem volt tapasztalható. A hasis 10 g alatti lefoglalásainak száma 2010 óta növekszik – amely a hasisfogyasztás lassú, de folyamatos emelkedésére utalhat –, emellett több esetben előfordultak magas CBD tartalmú, azonban alacsony, 1% alatti THC tartalmú hasis minták is. Az éves utcai kábítószerárakat felmérő kutatásokból az látszik, hogy a hazai piacon hozzáférhető cannabis-származékok átlagos árainak reálértéke bár évek óta változatlan, fontos megjegyeznünk ugyanakkor, hogy az inflációra való tekintettel a leggyakoribb utcai árak nominális értéke 2021-ről 2023-ra 25%-kal emelkedett.

Elérhetőség

A 18-34 éves fiatal felnőttek 16,4%-a észleli a környezetében a marihuána vagy hasis használat jelenlétét, 9,5%-ukat kínálták az elmúlt 12 hónapban legalább egyszer marihuánával vagy hasissal, és 19,2%-uk gondolja úgy, hogy elég könnyen, vagy nagyon könnyen be tudna szerezni marihuánát vagy hasist¹⁸.

A köznyelvben „bio”, „herbál” néven ismert szintetikus kannabinoidok jellemzően növényi törmelékre vagy dohányra (varázsdohány) impregnálva jelennek meg az utcai forgalomban. A

¹⁸ Paksi Borbála (2020): OLAAP 2019 – GPS adatok elemzése. Kézirat

piacon elérhető szintetikus kannabinoidok köre általában dinamikusan követi a jogszabályi változásokat, tehát egy-egy időszakban 1-2 domináns szer válik elérhetővé a piacon.

A 2022- es évtől jelentős változás volt tapasztalható a szintetikus kannabinoid piacon, tekintve, hogy 2022-ben harmadannyi lefoglalás történt 2021-hez képest, 2023-ban pedig már csak a lefoglalások 5%-ban volt azonosítható szintetikus kannabinoid a növényi anyagokon. 2023-ban a szintetikus kannabinoidok lefoglalások mintegy 60%-a ADB-Butinaca-t tartalmazó növényi anyag volt. A szintetikus kannabinoidokkal impregnált növényi anyagok alapját képező gyógynövény-törmelék, illetve vágott dohány mellett 2021-ben megjelentek – mintegy 3%-os arányban – a kender-eredetű növényi hordozók is. Ezek aránya 2022-re 5%-ra, 2023-ra pedig 9%-ra emelkedett¹⁹. A piacon elérhető szintetikus kannabinoidok ára évekig szinte alig változott, leggyakoribb árak évről évre grammonként 500 és 1000 forint között mozgott, a 2022-es évtől azonban a szintetikus kannabinoidok árainak reálértéke enyhe növekedésnek indult.

2022-ben jelentek meg Magyarországon a félszintetikus kannabinoidok családjába tartozó vegyületek. A félszintetikus kannabinoidok csoportjába elsősorban az olyan kannabinoid vegyületeket sorolják, amelyeket kender természetes hatóanyagaiból kiindulva állítanak elő laboratóriumi körülmények között. Ugyanakkor az utóbbi időben megjelentek, feltételezhetően nem kender eredetű vegyületekből szintetikus úton előállított, a THC-hez hasonló kémiai szerkezetű vegyületek is, melyeket szintén ide sorolnak. 2022-ben 18, 2023-ban már 314 esetben foglaltak le a hatóságok félszintetikus kannabinoidot tartalmazó készítményt. A jellemzően nemzetközi csomagforgalomból származó termékek elsősorban növényi anyagok (CBD domináns kender növényre impregnált hatóanyagok), valamint e-cigaretta patronok. A feketepiacon megjelentek továbbá félszintetikus kannabinoidot tartalmazó élelmiszerkészítmények (gumicukor, csokoládé) is. 2022-ben még csak 1 esetben, 2023-ban viszont már 11 esetben foglaltak le a hatóságok ilyen termékeket.

A Nemzeti Drog Fókuszpont szerint Magyarországon a szintetikus kábítószeres nagybani beszerzésében, csempészetében, terjesztésében az elmúlt években nem történt változás, például a kokainfogyasztás egyértelműen növekszik. A kisebb terjesztők elsősorban hollandiai kapcsolatok kiépítésével, közvetlenül maguk szerzik be a kábítószereket. Felderítésüket

¹⁹ NSZKK (2024): A lefoglalások laboratóriumi vizsgálati eredményének adatai 2009 és 2023 között. Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (a továbbiakban: NSZKK)

nehezíti, hogy egyre több futár- és csomagküldő szolgálat működik nemzetközi és hazai szinten, tevékenységük ellenőrzése nincs megoldva. Az új pszichoaktív anyagok kereskedelmének sem szab gátat szinte semmi, az nyílt forrású honlapokon, zárt csoportokban, chatszobákon keresztül történik.

Nemzetközi összehasonlítások

Ami az összehasonlítást illeti, Magyarország éves prevalencia (adott kábítószer az elmúlt egy évben fogyasztott-e) adatok alapján uniós összehasonlításában szinte minden téren sereghajtó vagy középmezőnyben helyezkedik el.

- Cannabis esetén a felnőtt (15-64) populációban 1,3 százalékkal a 27. helyen állunk a megkérdezett 29 ország között. Az első Csehország 11,1 százalékkal, amit Spanyolország és Franciaország követ 10,6 százalékkal.
- Kokain esetén is hasonlóan jó helyet foglalunk el, ott a felnőtt lakosság esetén 25. helyen vagyunk a 28 országból 0,3 százalékkal.
- Amfetaminnál már középmezőnyben szerepelünk, ott 16.-ak vagyunk a 26 adatszolgáltató ország közül 0,4 százalékkal. A legmagasabb érték amfetamin esetén Horvátország vette fel 1,8 százalékkal, tehát a különbség még így is számottevő.

Az adatokhoz hozzátartozik, hogy az utolsó hazai adatok 2019-esek, míg más országok esetén az évszám gyakran eltérő, frissebb.

Az illegális kábítószeres mindenhol megtalálhatóak; minden, ami pszichoaktív tulajdonsággal rendelkezik, az kábítószerként használható fel; és közvetetten vagy közvetlenül mindenkit érintenek - összegzi 2023-as jelentését a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA). A beszámoló a 2022-es országjelentések alapján készült, ami a legtöbb tagállam 2021-es évre vonatkozó adatait tartalmazza.

A legnagyobb problémát az olcsó és egyszerű előállítású szintetikus anyagok uralkodóvá válása jelenti, melyek egészségügyi kockázatáról korlátozottak az ismeretek, így rendkívül veszélyesek. A legfrissebb adatok szerint 2022-ben 41 új pszichoaktív anyagot jelentettek, ezzel 930-ra nőtt a hivatalosan kábítószernek minősített pszichoaktív drogok száma. Az új anyagok elterjedése hazánkban is egyre nagyobb gondot okoz: népszerűségben a szintetikus kannabinoidok második helyen szerepelnek a marihuána használat után. A problémát egész

Európában nehezíti, hogy ezeket gyakorta cannabisként árulják, és a fogyasztók nem is tudják, hogy nagyobb kockázatú szintetikus anyagot vesznek.

A fokozódó problémát az is mutatja, hogy a korábbiakhoz képest rekordmennyiségű kábítószer foglaltak le, és úgy tűnik, a drogpiacon alkalmazkodott a Covid-19 járvány és az orosz–ukrán háború miatt megváltozott szállítási körülményekhez. Például 2021-ben az EU-ban 816 tonna cannabis-gyantát és 256 tonna cannabis-növényt foglaltak le a hatóságok, ami az elmúlt évtized legmagasabb adata. A kokain esetén is rekord született, összesen 330 tonnát foglaltak le a hatóságok. Antwerpen továbbra is a kokain kedvelt belépési pontja, a 2022-es előzetes adatok szerint a kikötőben lefoglalt mennyiség 110 tonnára emelkedett (a 2021-es 91 tonnáról), és a szennyvíztesztetek is ebben a városban mutatják a legmagasabb felhasználási szintet. A jelentés megállapítja, hogy 2021-ben az EU-ban 34 kokainlaboratóriumot számoltak fel, szemben a 2020-as 23-mal. Magyarországon 2021-ben csaknem 26 kilogramm kokaint foglaltak le, ami több, mint a duplája az előző évi mennyiségnek. A kokain ráadásul a halálozások egyötödéért felel a jelentés szerint, de megjegyzi, ez feltehetően alulbecslés. Heroin esetén is magas a lefoglalások száma, a 2021-es adat duplája az előző évinek. Magyarországon egyébként épp fordított trend figyelhető meg, míg 2019-ben 77, 2020-ban 41, addig 2021-ben mindössze 13 kilogramm heroint foglaltak le a hatóságok.

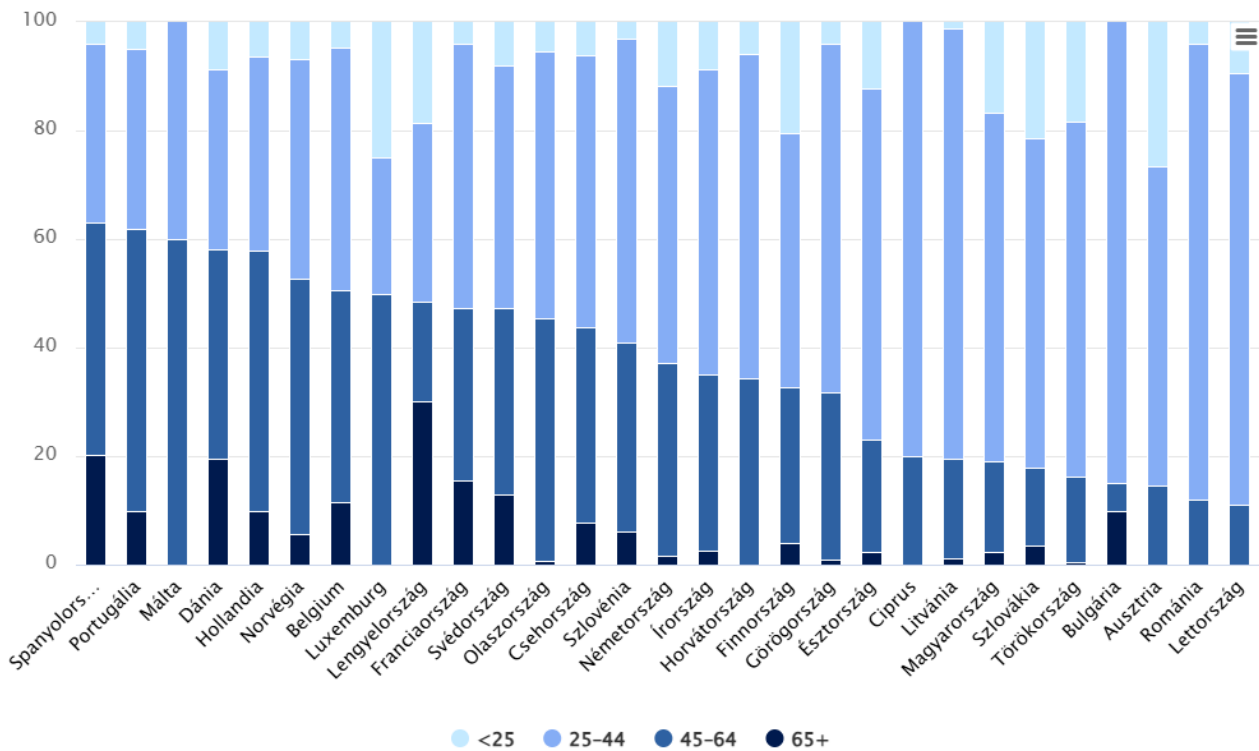
Halálozás

Európa-szerte továbbra is a legnépszerűbb kábítószer a marihuána, amit különböző megjelenési formái miatt egyre nehezebb kezelni. A legnagyobb problémát a magas hatóanyag tartalmú kivonatok jelentik, melyek miatt gyakran van szükség sürgősségi ellátásra. Magyarországon is a kezelést megkezdők többsége (64,5 százalék; 2764 fő) – a korábbi évekhez hasonlóan – cannabis-használat miatt kezdett valamilyen leszoktató programot. E szertípus dominanciája különösen az elterelés (büntető eljárás alternatívájaként igénybe vehető kezelés) esetében jelentős hazánkban. Az adatok azt mutatják, hogy a heroin – bár továbbra is Európa leggyakrabban használt tiltott opioidja – visszaszorulóban van, egyre idősebb réteg használja, és a kezelésért fordulóknak száma is csökken, noha a túladagolások eseteknél így is jelentős szerepet kap. Továbbá egyre gyakoribb, hogy a heroint más anyagokkal együtt használják.

Az EMCDDA jelentése alapján 2021-ben a 27 uniós országban hivatalosan legalább 6166 túladagolások halálozást okoztak, ami azt jelenti, hogy naponta legalább 17. Magyarországon 2021-ben 42 esetet jelentettek. Ez a szám nem törte meg a trendet, évek óta 30-40 közé tehető

a kábítószer-fogyasztással összefüggő túladagolások halálesetek száma, ami a szakértők szerint minket hátrébb sorol az uniós ranglistán.

2022-ben vagy a legutóbbi évben bejelentett, kábítószer okozta halálesetek kor szerinti megoszlása (százalék) az Európai Unióban, Norvégiában és Törökországban



Forrás: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-induced-deaths_hu

Pénz

Ismerjük a mondatot, hogy akkora pénz van a drogbizniszben, hogy mindig lesz ember, aki vállalja a kockázatot a súlyos, sokszor tízevekben mérhető büntetéseket.

A kábítószer-kereskedelem évről évre komoly társadalmi és gazdasági kihívást jelent Európában és Magyarországon egyaránt. Míg az Európai Unió teljes drogpiaacának éves kiskereskedelmi értéke meghaladja a 31 milliárd eurót, amelyből a kokain önmagában körülbelül 10,5 milliárd eurót tesz ki, addig Magyarországon jóval szerényebb, de így is milliárdos nagyságrendű piacról beszélhetünk. A hazai helyzetben kiemelt szerep jut a kokain mellett az úgynevezett „designer drogoknak” – főként a szintetikus katinonoknak²⁰ és

²⁰ a katinon szerkezetileg az amfetamin típusú stimulánsokkal rokon vegyület, amfetaminszerű pszichostimuláns, és fiziológiai (vérnyomásnövekedés, szívfrekvencia emelkedés) hatásokkal rendelkezik

szintetikus kannabinoidoknak –, amelyek olcsóságuk és könnyű hozzáférhetőségük miatt sokszor jobban elterjedtek a veszélyeztetett csoportok körében.

A kokain hosszú ideig inkább „elitdrogként” volt ismert Magyarországon, azonban az utóbbi években a nemzetközi trendekhez hasonlóan nálunk is emelkedést mutat a fogyasztás, annak eredményeként, hogy a kokain ára stagnál, azonban egyre tisztább anyag jön be az országba, így tulajdonképpen árcsökkenésnek is felfoghatjuk. Persze egy adag ára így is borsos, leginkább csak a felső társadalmi rétegek engedhetik meg maguknak, ezért vált a kokain „celebdroggá” vagy „menedzserdroggá”.

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2024-es jelentése szerint az átlagos utcai ár 81,8 euró/gramm (kb. 31 ezer forint), a leggyakoribb ár pedig 30 ezer forint/gramm körül mozog. Ez messze magasabb, mint a szintetikus szereké, de mégis egyre több fiatal és fiatal felnőtt körében jelenik meg, különösen városi, szórakozóhelyi környezetben. Bár pontos prevalencia-adatok nehezen hozzáférhetők, a konzervatív becslések szerint a 15–64 éves népesség 0,6–1,2 százaléka lehet érintett a rendszeres kokainfogyasztásban. Ez nagyjából 35–70 ezer főt jelent. A fogyasztási intenzitást figyelembe véve (alkalmi, közepes és gyakori használók) a havi átlagos fogyasztás 1,6 gramm körül alakulhat fejenként. Ennek alapján a magyarországi kokainpiac havi kiskereskedelmi értéke 4,8–9,6 millió euró (mintegy 2-3,5 milliárd forint) közé tehető. Ez jóval elmarad a nyugat-európai országok arányaitól, ugyanakkor a hazai piac növekedése aggasztó, hiszen a kokain a magas ár miatt könnyen a szervezett bűnözés egyik legjövedelmezőbb áruja lehet Magyarországon is.

A kokainnal szemben a magyar drogpiacon kiemelkedő súlyt képviselnek az úgynevezett designer drogok, különösen a szintetikus katinonok és szintetikus kannabinoidok. Ezek a szerek gyakran jóval olcsóbbak, ugyanakkor kiszámíthatatlan hatásúak és sok esetben súlyos egészségügyi következményekkel járnak. A szintetikus katinonok (kristály néven áruva) ára 12 ezer forint/gramm körül alakul (kb. 30 euró), ami töredéke a kokain árának. Különösen az injektáló használók körében váltak dominánssá: a túcsere-programokban megjelent kliensek túlnyomó többsége ezekhez a szerekhez kötődik. Becslések szerint 2–5 ezer magas kockázatú, napi használó mellett több tízezer rekreációs fogyasztó is jelen van. A havi kiskereskedelmi érték így 1,8–3,6 millió euró (720 milliótól – 1,5 milliárd forint) közé tehető. Még olcsóbb kategóriát képviselnek a szintetikus kannabinoidok, amelyek grammja átlagosan 1700 forintba kerül (kb. 4–5 euró). A piacon 2023-ban főként az ADB-Butinaca nevű szer uralta a kínálatot. Használatuk különösen a társadalmi periférián élők körében elterjedt, sok esetben hajléktalan közösségekben. A magas kockázatú, napi szintű fogyasztók száma 10–25 ezer fő között

mozoghat, kiegészülve alkalmi használókkal. A havi piaci érték 0,7–3,4 millió euróra becsülhető.

A fentiek alapján Magyarország havi drogpiaacának nagyságrendje a kokain és a designer drogok esetében a következő:

- Kokain: 4,8–9,6 millió euró/hó
- Designer drogok (katinonok + szintetikus kannabinoidok): 2,5–7,0 millió euró/hó
- Összesen: 7,3–16,6 millió euró/hó

Ez azt jelenti, hogy a magyar drogpiacon ezen két szegmense együttesen akár havi 11–12 millió eurós középértékű forgalmat is képviselhet, ami éves szinten már 130–150 millió eurós nagyságrendű gazdasági volumen, amely mögött döntően nyilván illegális bűnszervezetek állnak.

Friss adatok

Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) legfrissebb kutatása szerint a magyarországi kábítószer-fogyasztás jelentősen emelkedett 2019 és 2023 között. A négyévente elvégzett felmérés eredményei, melyeket 2024 végén tettek közzé, komoly aggodalmat keltettek a szakértők körében.

Az életükben valaha tiltott drogot fogyasztók aránya 7,9%-ról 11,1%-ra emelkedett. Az elmúlt évi fogyasztás 2%-ról 3%-ra nőtt, míg az aktuális, azaz az elmúlt havi használat 1,2%-ról 2%-ra ugrott.

A kábítószeres népszerűségi sorrendje is módosult. Bár a marihuána továbbra is vezeti a listát, és használata még inkább elterjedt, a szintetikus kannabinoidok - mint például a herbál vagy a biofü - megelőzték az Ecstasyt a második helyen. Ezzel szemben a kokain és a heroin használata csökkenő tendenciát mutat.

A kutatás eredményei összhangban vannak a Drog Fókuszpont 2022-es jelentésével, amely már 2010 óta jelzi a szerhasználati mintázatok változását. A jelentés kiemeli továbbá az új pszichoaktív szerek térnyerését és a klasszikus kábítószeresek visszaszorulását a problémás használók körében, azzal, hogy a valós fogyasztási adatok feltehetően magasabbak a mértnél.

Tekintettel arra, hogy a drogfogyasztók a legelutasítottabb társadalmi csoportba tartoznak, (elutasítottságuk 86,3%-ra nőtt), a szakértők új módszertani megközelítésekkel próbálják

pontosítani a felméréseket. Az anonimitást jobban garantáló technikákkal végzett becslések szerint például a marihuána kipróbálási aránya a hivatalos 9,5% helyett akár 36,9% is lehet, míg a szintetikus kannabinoidok esetében ez az arány a 3,2% helyett 30,9%-ra tehető.

Aggasztó tendencia, hogy az első kipróbálás átlagos életkora is csökkent, jelenleg 18 év körül van, ami 1,5 évvel alacsonyabb, mint 2001-ben.

A kutatás kitért a COVID-19 járvány és más társadalmi problémák, mint a háború vagy az infláció lehetséges hatásaira is és meglepő módon, a vizsgálat nem talált közvetlen összefüggést ezek és a megnövekedett drogfogyasztás között.

Stratégiák

A drogstratégiák célja, hogy az illegális szerek lehetőleg minél kevesebb kárt okozzanak a társadalmakban, és a stratégiák akkor működnek jól, ha szakmai és társadalmi konszenzus övezi őket. Magyarországon jelenleg nem ez a helyzet: az országnak aktuálisan nincs nemzeti drogstratégiája, a kormány pedig a szakmai szervezetek és a civil társadalom megkérdezése nélkül indított 2025-ben drogellenes kampányt.

Az ENSZ és annak egészségügyi világszervezete, a WHO is arra buzdítja a tagállamokat, hogy a kábítószer elleni küzdelemben helyezték előtérbe az emberi jogi és az egészségügyi szempontokat és a fogyasztók büntetése helyett a hatékony segítségükben gondolkodjanak. Bár ma még az európai országok többségében a tilalmi megközelítés az uralkodó, bizakodásra ad okot, hogy a Kábítószerügyi Bizottság (CND) 2024-es ülésén 62, többségében európai ország állt ki a globális drogpolitika reformja mellett.

Drogstratégiák az Európai Unióban

A kezdetek

Az Európai Közösség első néhány évtizedében az együttműködés területei főként gazdasági kérdéseket foglaltak magukban. A Római Szerződések célkitűzése a vámunió és a közös piac létrehozása volt, az Egységes Európai Okmány pedig az egységes piac megvalósítását tűzte ki célul. Azonban az Európát is nagymértékben érintő gazdasági és társadalmi változások szükségessé tették, hogy a közösség nagyobb figyelmet szenteljen a globális problémák elleni küzdelemnek.

A kábítószer problémájáról és az ellene folytatott küzdelemről sem az Alapító Szerződés, sem az Egységes Európai Okmány nem rendelkezett. Az első igény a drogok elleni fellépésre a Közösség szintjén – az Európában is egyre népszerűbbé váló új szintetikus drogok megjelenésével párhuzamosan – az 1980-as évek végén fogalmazódott meg: 1988-ban az Európai Parlament javaslatára a költségvetésben elkülönítettek egy fejezetet, amit a kábítószer elleni küzdelemre kívántak fordítani. 1988 októberében a volt francia miniszterelnök, François Mitterand javaslatot tett az Európai Közösség állam- és

kormányfőinek és az Európai Bizottság elnökének arról, hogy az Európai Közösség tagországai kezdeményezzenek egy hétlépcsős akcióprogramot az egyre inkább növekvő drogprobléma kezelésére. Mitterand javaslatának eredményeként 1989-ben létrejött egy ad hoc bizottság Európai Kábítószer Elleni Bizottság néven, amely a Közösség tagországainak drogkoordinátorait foglalta magában. 1990 decemberében Rómában elfogadták az első Európai Kábítószer Elleni Fellépés Programját, amely az első következetes drogok elleni akció volt nemzeti és közösségi szinten.

A Maastrichti Szerződés meghatározó állomás volt a Közösség drogpolitikájának kialakulásában, hiszen ez volt az első szerződés, amely utalt a kábítószer-problémára. A szerződés hangsúlyt helyezett a közegészségügy területén a drogok elleni fellépés szükségességére²¹.

Az Európai Unió intézményei és a kábítószer-használat

Az Európai Tanács még 1991 júniusában, a luxemburgi találkozásán jövöhagyta azt a javaslatot, amelyben egy európai drogmonitorozó központ felállításáról rendelkezett.

1993. február 8-án megszületett a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) felállításáról szóló Tanácsi Rendelet [(EEC) No, 302/03]. A Központ Igazgató Tanács 1994-ben tartotta első találkozóját és 1995-ben kezdte meg teljes működését. Szintén a Maastrichti Szerződésben kezdeményezték a hágai székhelyű Europol (European Police Office) létrehozását, amelynek elődjeként 1994-ben felállították az Europol Kábítószer Egységet. Az Europol Egyezményt végül 1995-ben írta alá a 15 tagállam, de az csak 1998-ban lépett életbe.

Az Európai Unió nem rendelkezik önálló rendszerrel a kábítószer osztályozására, ezért az ENSZ egyezményekre hivatkozik, bár a „len és kender” rendelet engedélyezi a cannabis-fajták ipari felhasználását, amennyiben azok THC tartalma nem haladja meg a 0,2%-ot. A kábítószer-használat területén az Európai Unió nem rendelkezik túl széles hatáskörrel. A kábítószer-használattal összefüggő büntetőjogi vagy szabálysértési eljárások szabályozása például nem az Európai Unió, hanem a tagállamok hatáskörébe tartozik. Mindamelllett az 1997-ben kelt Amszterdami Szerződés az igazságügyi együttműködést és a büntetőügyeket érintő jogközelítéssel megkísérelte csökkenteni a tagállamok közötti különbséget. Ennek

²¹ Maastrichti Szerződés XIII. Cím, Közegészségügy, 152. cikk, 1. bekezdés

eredményeként az Európai Bizottság 2001-ben kiadott egy Közleményt, amelyben indítványozta egy kerethatározat kidolgozását a kábítószer-kereskedelemre vonatkozó minimumszabályok megalkotásáról. Az Európai Unió Miniszterek Tanácsa 2003 decemberében jutott végül konszenzusra a szöveget illetően. A Bizottság által kiadott közlemény világosan megkülönböztette a kábítószer nyereség szerzése céljából történő átruházását, amely kábítószer-kereskedelmet valósítana meg, és a nyereségen kívüli más célból történő átruházást, amelyet ugyanolyan módon bírálnának el, mint személyes fogyasztásnak minősülő cselekményeket. A végleges szöveg szintén alkalmazza ezt a különbségtételt, kivéve minden olyan magatartást a kerethatározat (kábitószer kereskedelme) hatálya alól, amelyet „az elkövető, a nemzeti jogban meghatározottak szerint kizárólag saját személyes fogyasztása érdekében követ el”²².

Az Európai Parlament többször is megvitatta a cannabis problémáját, különösen azt, hogy dekriminalizálják-e a használatát. Például az 1997. évi D’Ancona Jelentés azt javasolta, hogy szabályozzák a cannabis és származékainak kereskedelmét és termesztését, 2003-ban a Van Buitenweg Jelentés ajánlása a kábítószerekkel kapcsolatos egyezmények reformját javasolta, amely arra ösztönözte a Tanácsot és az Európai Unió tagállamait, hogy „vegyék figyelembe a számos országban elért azon pozitív eredményeket, amelyeket az egyes anyagok használatának dekriminalizálásával, illetve a származékai eladásának részleges dekriminalizálásával értek el.

Az Európai Parlament nem fogadta el a két jelentést, valószínűleg a témához fűződő, az Európai Unióban uralkodó ellentmondások miatt. Nemrégiben az Európai Unió kormányai a Tanács egy határozatának (2004. július) jóváhagyásával aggodalmukat fejezték ki a cannabis ügyében. A szöveg hangsúlyozza a cannabis-használat veszélyeit, és mutatja a tagállamok eltökéltségét a cannabis iránti figyelem fenntartásában. A határozat megerősíti, hogy a tagállamok aggodalmát figyelembe veszi az EU új drogstratégiája és cselekvési terve.

Az Európai Unió drogstratégiái

Az Európai Unió 1995 és 1999 közötti drogstratégiája

²² Amszterdami Szerződés 2. Cikk (2) bekezdés

Az 1995 és 1999 közötti időszakban az Európai Unió (a továbbiakban: EU) globális, multidiszciplináris és integrált választ kívánt adni a drogok jelentette kihívásokra. A folyamat négy kulcsfontosságú területe a következő volt:

- I. keresletcsökkentés;
- II. kínálatcsökkentés és küzdelem az illegális drogkereskedelem ellen;
- III. nemzetközi együttműködés;
- IV. nemzeti és európai szintű koordináció.

A Bizottság a Cselekvési Tervben hangsúlyozta, hogy a drogok elleni eredményes küzdelemhez átfogó és integratív megközelítésre van szükség. Ez nem azt jelenti, hogy mindenkinek minden területen és szinten egyszerre kell fellépni, sokkal inkább arról van szó, hogy a maximális hatékonyság eléréséhez biztosítani kell a résztvevők és megközelítések kölcsönhatását és koordinációját.

Az EU 2000 és 2004 közötti drogstratégiája

A 2000 és 2004 közötti stratégia tizenegy általános célt fogalmaz meg:

- a drogügy kiemelt prioritásként történő kezelésének biztosítása;
- a cselekvések kiértékelésének biztosítása;
- a drogproblémák kiegyensúlyozott módon történő megközelítésének folytatása;
- nagyobb hangsúly helyezése a drogprevencióra, a keresletcsökkentésre, ill. a droghasználat káros következményeinek csökkentésére;
- a kábítószer-kereskedelem elleni harc fokozása, a tagállamok közötti rendőrségi együttműködés megvalósítása;
- az intézmények közötti együttműködés és a civil szféra bevonásának bátorítása;
- az Amszterdami Szerződés által biztosított lehetőségek teljes kihasználása;
- megbízható és összehasonlítható európai drogadatgyűjtése és disszeminációja;
- a tagjelölt országok progresszív integrációja, ill. a nemzetközi együttműködés erősítése;
- az UNGASS3 alapelveire épülő nemzetközi együttműködés népszerűsítése;

- a stratégia megvalósításához kapcsolódó forrásszükséglet hangsúlyozása.

Az időszak Cselekvési Terve hat fő célra összpontosít:

- I. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a kábítószer-használatot, illetve a drogkarrierjüket 18 éves koruk előtt megkezdő személyek számát;
- II. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a szerhasználattal összefüggő megbetegedések (HIV, hepatitis B és C, TB stb.) és halálesetek számát;
- III. jelentősen növelni az eredményesen kezelt szenvedélybetegek számát;
- IV. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a kábítószeres elérhetőségét;
- V. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a szerhasználattal összefüggő bűncselekmények számát;
- VI. a következő öt évben jelentősen csökkenteni a pénzmosást és a prekurzorok kereskedelmét.

A felsorolt általános célokon túlmenően a Cselekvési Terv a drogokkal összefüggő problémák számos vetületére ad iránymutatást, miközben hangsúlyozza a tudományos információk, a koordináció és az értékelés fontosságát.

Értékelés

A 2004-ben született európai uniós értékelés szerint kitűzött cselekvési tervek 95%-a megvalósult, vagy folyamatban van a megvalósulása. A tagállamok saját cselekvési terveik megalkotásánál elfogadták igazodási pontként a közösségi stratégiát. Európában a kábítószer-fogyasztás a korábbi tendenciákhoz képest is tovább nőtt, továbbá a pszichoaktív hatású gyógyszerek fogyasztásának mértéke is emelkedett a fenti időszakban. A rendvédelmi szervek együttműködése jelentősen javult, és komoly erőfeszítések történtek a kábítószer kereskedelemmel szerzett jövedelmekkel kapcsolatos pénzmosás ellen.

Az EU 2005 és 2012 közötti drogstratégiája

Az Európa Tanács által 2004. december 17-én elfogadott, 2005 és 2012 közötti időszakra vonatkozó európai stratégiát nem annyira az innovatív megközelítési mód, mint inkább a folytonosság fenntartására irányuló szándék jellemzi. A kábítószer-problémát illetően az EU megközelítésének alapja a jövőben is a jelenlegi, a keresletnek és a kínálatnak az együttes csökkentésére vonatkozó egységes, multidiszciplináris és kiegyensúlyozott megközelítése marad.

A keresletcsökkentés vonatkozásában a stratégia az alábbi intézkedéseket nevesíti:

- a kábítószer-használat elkezdesének megelőzése;
- a kísérleti használat rendszeres használattá válásának megelőzése;
- korai intervenció a kockázatos fogyasztási minták esetén;
- kezelési programok biztosítása;
- rehabilitációs és a társadalomba való újra beilleszkedést segítő programok biztosítása;
- a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk csökkentése.

A kínálatcsökkentés területére vonatkozó prioritások:

- I. Az Európai Unió bűnüldözési együttműködésének erősítése mind stratégiai, mind pedig bűnmegelőzési szinten, a kábítószerek terén és a prekursorok eltérítése terén az előállítással, a(z EU-n belüli) határokon átnyúló kábítószer-kereskedelemmel, az ilyen tevékenységekben résztvevő bűnhálózatokkal és a vonatkozó súlyos bűncselekményekkel kapcsolatos operációs tevékenységek elősegítése érdekében, egyidejűleg tiszteletben tartva a szubszidiaritás elvét.
- II. A tagállamok közötti hatékony bűnüldözési együttműködés fokozása a meglévő eszközök és keretrendszerek használatával.
- III. A kábítószerek és pszichotróp anyagok törvénytelen behozatalának és kivitelének megelőzése és büntetése, beleértve a más tagállamok területe felé irányuló forgalmat is.
- IV. A bűnüldözés, a bűnügyi nyomozás és a kriminalisztikai együttműködés uniós kereten belül történő erősítése azon uniós tagállamok között, amelyeknek azonosak az érdekei, és/vagy ugyanazokkal a kábítószerekkel kapcsolatos problémákkal néznek szembe.
- V. A nem uniós országok felé irányuló bűnüldözési erőfeszítések intenzívebbé tétele, különösen a kábítószer-előállító országok és a kereskedelmi utak mentén található régiók vonatkozásában.

A drogstratégiában pontosan mérhető célok bevezetésére nem került sor, a dokumentum alapvetően deklaratív jellegű, ezáltal hatékonyságának megítélése a korábbiakhoz hasonlóan nehézkes.

A 2009 és 2012 közötti időszakra irányuló cselekvési terv két központi témakört – a keresletcsökkentést és a kínálatcsökkentést – határoz meg, amelyeket három átívelő témakör (koordináció, nemzetközi együttműködés és információcsere, kutatás és értékelés) egészít ki.

A stratégia végrehajtását értékelő jelentés kiemeli, hogy a keresletcsökkentés nem ment olyan mértékben végbe, ahogyan azt tervezték. Megállapítja, hogy a keresletcsökkentő programok végrehajtását a gazdasági recesszió nehezítette. A kínálatcsökkentés területén a tagországok egyre inkább igénybe vették az integráció adta lehetőségeket, így az Europolt, az Eurojustot, a közös nyomozócsoportokat és a vámügyi együttműködés fórumait, és megnövekedett a bírósági együttműködés is a tagállamok között kábítószeres ügyekben. Az értékelő jelentésben megjelenik, hogy az adott időszakban a célkitűzéseknek megfelelően javult a koordináció és az információcsere az unión belül.

Az EU 2013-2020 közötti stratégiája

A stratégia kitűzött célja, hogy 2020-ra jelentős változásokat eredményezzen kábítószer-területen, mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés vonatkozásában. Nemzeti szakpolitikákat támogató és kiegészítő stratégiai megközelítés kíván lenni, amely keretet biztosít a koordinált és közös fellépéseknek, valamint az Európai Unió e téren folytatott nemzetközi együttműködésének alapjául és politikai keretként szolgál. Építeni kíván a korábbi stratégiákból levont tanulságokra.

A stratégia felhasználja az elmúlt néhány évben meghatározott új megközelítéseket és kihívásokat, többek között az alábbiakat:

- a politoxikomán kábítószer- használat növekvő elterjedése, ideértve az engedélyezett szerek, így az alkohol és a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerek, valamint a tiltott kábítószeres együttes fogyasztását is;
- a nem opioid szerek használata irányába mutató tendencia, valamint az új pszichoaktív anyagok megjelenése és elterjedése;

- a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerekhez való hozzájutás biztosításának és javításának szükségessége;
- a kábítószer-kereslet csökkentésével kapcsolatos szolgáltatások minőségi javításának, kiterjesztésének és diverzifikálásának szükségessége;
- a vér útján terjedő betegségek, különösen a hepatitis C vírus továbbra is gyakori előfordulása az intravénás kábítószereket használók körében, valamint a HIV-fertőzés és más, vér útján terjedő betegségek újabb kitörésének az intravénás kábítószer-fogyasztáshoz kötődő potenciális kockázata;
- a kábítószerekkel kapcsolatos halálozások továbbra is magas prevalenciája az unióban;
- a kábítószer-fogyasztás integrált egészségügyi megközelítésének a szükségessége, amely megközelítés – többek között – a pszichiátriai komorbiditásra is kiterjed;
- a tiltott kábítószerek piacának dinamikája, beleértve a kábítószer-kereskedelem változó útvonalait, a határokon átnyúló szervezett bűnözést és az új kommunikációs technológiáknak a tiltott kábítószerek és új pszichoaktív anyagok forgalmazása megkönnyítésére történő használatát;
- a prekursoroknak, a pre-prekursoroknak és az illegális kábítószer-előállításához szükséges egyéb alapvető vegyi anyagoknak a legális kereskedelemről az illegális piacra való eltérítése, illetve bizonyos vegyi anyagok hígítószerként történő felhasználásra való eltérítése megakadályozásának szükségessége.

A kábítószer elleni uniós stratégia célkitűzései

- A kábítószer-kereslet, a kábítószer-függőség és a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatok és ártalmak mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
- a tiltott kábítószerek piacának megzavarásához és a tiltott kábítószerek beszerezhetőségének mérhető csökkenéséhez való hozzájárulás;
- aktív párbeszéd és a kábítószerekkel kapcsolatos fejlemények és kihívások elemzésén keresztül uniós és nemzetközi szintű koordináció ösztönzése;

- az Európai Unió, valamint harmadik országok és nemzetközi szervezetek között a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszéd és együttműködés megerősítése;
- a figyelemmel kísérés, a kutatás és az értékelés eredményeinek jobb terjesztéséhez, valamint a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és a beavatkozások hatásának jobb megértéséhez való hozzájárulás annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényleapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a cselekvésekhez.

A stratégia két szakpolitikai területre tagolódik:

- a kábítószer-kereslet csökkentése és
- a kábítószer-kínálat csökkentése, valamint *három átfogó kérdéskörre koncentrál:*
- koordináció,
- nemzetközi együttműködés és
- kutatás, tájékoztatás, figyelemmel kísérés és értékelés.

Prioritások a kábítószer-kereslet csökkentése szakterületen

1. A kábítószer-kereslet csökkentését célzó legjobb gyakorlatok alkalmazásának és cseréjének az ösztönzése.
2. A megelőzési programok rendelkezésre állásának és a programok hatékonyságának a javítása, valamint a tiltott kábítószeres és az egyéb pszichoaktív anyagok használata kockázatának, valamint az azzal kapcsolatos következményeknek a fokozott tudatosítása, célzott megelőzés;
3. Az eredményes kábítószerkereslet-csökkentési intézkedések növelése és kidolgozása az olyan kihívások kezelésére, mint például a politoxikomán kábítószer-használat, többek között az engedélyezett és a tiltott szerek kombinált fogyasztása, a receptre kapható, ellenőrzött gyógyszerekkel való visszaélés és az új pszichoaktív anyagok használata.
4. Olyan eredményes intézkedések, amelyek a kábítószer-használathoz közvetlenül vagy közvetve kapcsolódó halálesetek, a kábítószer-használattal összefüggő, vér útján terjedő

fertőző betegségek – de nemcsak a HIV és a vírusos hepatitis –, valamint a szexuális úton terjedő betegségek és a tuberkulózis jelentős csökkentését célozzák.

5. A kábítószer-használók hatékony és diverzifikált kezelése rendelkezésre állásának, elérhetőségének és hatókörének a növelése az EU egész területén.
6. A kábítószer-kereslet csökkentését célzó intézkedések kidolgozásának, rendelkezésre állásának és hatályának a bővítése – adott esetben – a börtönök vonatkozásában.
7. Olyan integrált ellátási modellek kidolgozása és kiterjesztése, amelyek a mentális és/vagy fizikai egészséggel kapcsolatos gondokkal, rehabilitációval és szociális támogatással összefüggő igényeket fedezik.
8. Olyan hatékony és differenciált kábítószerkereslet-csökkentési intézkedések kidolgozása, melyeknek célja a kábítószer-használat megkezdésének visszaszorítása és/vagy késleltetése, és amelyek megfelelnek a kábítószer-használók adott csoportjai szükségleteinek.
9. Az Európai Unióban a népegészségügyre esetlegesen veszélyt jelentő, helyi és regionális kábítószer-használati járványok megelőzése koordinált és hatékony közös megközelítés révén.

Prioritások a kábítószer-kínálat csökkentése szakterületen

1. A bűnüldöző hatóságok közötti együttműködés és koordináció stratégiai és operatív szintű megerősítése.
2. A tiltott kábítószer-kereslet unión belüli és határon átnyúló előállításának, csempészetének, kereskedelmének, terjesztésének és árusításának, valamint ezen tevékenységek elősegítésének, továbbá az illegális kábítószer-előállítás során használt kábítószer-prekurzorok, pre-prekurzorok és egyéb alapvető vegyi anyagok eltérítésének a csökkentése.
3. A tendenciák alakulására, így például az egyes tiltott kábítószer-kereslet hígítószerként alkalmazott bizonyos vegyi anyagok eltérítésére és az új technológiák alkalmazásán keresztül történő kábítószer-ellátásra való eredményes reagálás.
4. Külön figyelmet kell szentelni az új kommunikációs technológiáknak, amelyek jelentős szerepet játszanak a kábítószer-kereslet (és ezen belül az új ellenőrzött pszichoaktív anyagok) előállításának, forgalmazásának, kereskedelmének és terjesztésének az elősegítésében.

5. A tagállamoknak továbbra is együtt kell működniük és – adott esetben – cselekvéseiket uniós szinten koordinálniuk kell az érintett uniós és nemzetközi szervekkel és ügynökségekkel.
6. Uniós szinten a hangsúlyt a nagy léptékű kábítószer-előállítás és -kereskedelmet célzó, bűnüldözési operatív információ alapult bűnüldözésre kell helyezni.
7. Szükség esetén, ad hoc regionális együttműködési kezdeményezéseket vagy platformokat lehet létrehozni az unióban.
8. Az unió kábítószerrel kapcsolatos igazságügyi és bűnüldözési együttműködésének, valamint a meglévő gyakorlatoknak gyorsabb és pontosabb reagálás révén történő megerősítése.
9. Az EU jogszabályi keretének a szükségletek szerinti célzott megerősítése.
10. A kábítószer-kínálat csökkentése terén az uniónak hatékonyabb szakpolitikákra kell törekednie azok értékelésének és elemzésének a megerősítése révén, a kábítószerpiacok, a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés jobb megértése és a kábítószerrel kapcsolatos bűnüldözési válaszadás hatékonyságának javítása érdekében.
11. Az uniónak ösztönöznie kell a kábítószerrel kapcsolatos szakpolitikák és programok alkalmazását, figyelemmel kísérését és hatékony végrehajtását, ideértve például a kábítószer-használó bűnelkövetők segítő szolgálatokhoz való elirányítását letartóztatásukkor (arrest referral) és a kényszerítő szankciók megfelelő alternatíváit (mint az oktatás-nevelés, a kezelés, a rehabilitáció, az utókezelés és a társadalmi visszailleszkedés).

A kábítószer elleni uniós politika területén a koordináció célja kettős: egyrészt a szakpolitikai célok támogatását szolgáló szinergiák, a kommunikáció és a hatékony információ- és véleménycsere biztosítása, másrészt a kábítószerrel kapcsolatos aktív politikai párbeszéd, valamint a fejlemények és kihívások elemzésének ösztönzése uniós és nemzetközi szinten.

A nemzetközi együttműködés területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy átfogó és kiegyensúlyozott módon tovább erősítse a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekről folytatott párbeszédet és együttműködést az EU, valamint a harmadik országok és a nemzetközi szervezetek között.

A tájékoztatás, kutatás, figyelemmel kísérés és értékelés területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy hozzájáruljon a kábítószer-jelenség valamennyi vonatkozásának és az intézkedések hatásának jobb megértéséhez annak érdekében, hogy megbízható és átfogó tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a fellépésekhez.

Értékelés

Az új stratégia óvatosan egyensúlyoz a tiltáspárti és a megengedőbb politikájú országok álláspontjai között. Ártalomcsökkentésről szót sem ejt, maga a szó sem szerepel a stratégiában, de azért a keresletcsökkentés szakpolitikájába beilleszt több ártalomcsökkentő intézkedést, például az egészség fenntartó intézkedéseket vagy a letartóztatási továbbirányítási (arrest referral) rendszert.

Az új pszichoaktív szerek jelentette veszély felismerését fontosnak tartom, azonban véleményem szerint nem jelenik meg eléggé hangsúlyosan az értékelésben. A jelenség 2010 óta ismert Európában, szükségesnek látom egy iránymutatás kidolgozását a tagországok részére a helyzet kezelését illetően.

EU stratégia 2021 - 2025

2020. júliusában az Európai Bizottság előterjesztette a 2021–2025-ös időszakra szóló kábítószer elleni uniós programot, stratégiát (továbbiakban: stratégia), amelyet december 18-án el is fogadtak. Fő prioritásként jelenik meg a társadalmi stabilitás és a biztonság, valamint a tudatosság attitűdjének növelése.

Az egyes nemzeti stratégiák összehangolása

A nemzeti drogstratégiák és cselekvési tervek elfogadása az uniós drogpolitika egyik sarokköve és az európai országok bevált eszköze arra, hogy meghatározzák drogpolitikájuk céljait és célkitűzéseit. Vannak különbségek a tekintetben, hogy az egyes országok milyen mértékben mozdultak el a legális és tiltott szerekkel egyaránt foglalkozó szakpolitikai dokumentumok felé.

Öt ország fogadott el olyan stratégiát vagy cselekvési tervet, amelynek a „globális” alkalmazási körébe a legális és tiltott kábítószer egyaránt beletartoznak, sőt, néhány esetben az addiktív magatartásformák is. A szakpolitikai dokumentumok címei tükrözik az általános szemléletet: Belgiumnak „átfogó, integrált drogpolitikája” van; Franciaországnak „a kábítószer és kábítószer-függőség elleni cselekvési terve”; Németországnak „a kábítószerrel és a függőséggel szembeni politikára vonatkozó nemzeti stratégiája”; Svédországnak „az alkohol, kábítószer, dopping és dohányzás (ANDT) elleni politikára vonatkozó kohéziós stratégiája”; Norvégiának „cselekvési terve a kábítószer és az alkohol területén”. A többi legális kábítószerre vagy addiktív viselkedésre a felsorolt országokban nincs külön nemzeti stratégia, Norvégia kivételével, ahol külön stratégia vonatkozik a dohányzásra és a szerencsejátékokra. Tíz országban különálló stratégia vagy cselekvési terv foglalkozik a tiltott és a legális kábítószerekkel. Ezen országok között van különbség a tekintetben, hogy melyik legális kábítószerrel szól önálló szakpolitikai dokumentum, és hogy ezek a dokumentumok foglalkoznak-e külön egyes anyagokkal. Hollandiában és Szlovákiában külön stratégia vonatkozik az alkoholra és a dohányzásra, Litvániában pedig közös alkohol- és dohányzásellenes stratégia van. Hét másik országban a legális drogokra vonatkozó stratégiák csak az alkohollal vagy a dohányzással foglalkoznak; Írországnak és Portugáliának most mérlegelik a tiltott kábítószer és az alkohol elleni stratégiák összevonását. Tizennégy országban csak egy drogstratégia vagy cselekvési terv van érvényben, és ez a tiltott kábítószerekre helyezi a hangsúlyt.

A legális szerekre vonatkozó intézkedések azonban kisebb vagy nagyobb mértékben ezekben a szakpolitikai dokumentumokban is szerepelhetnek. Ezek közül némelyik országban, például Spanyolországban határozottan az a tendencia látható, hogy adott esetben igyekeznek az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás elleni konkrét intézkedéseket is szerepeltetni. Más országok alkalmanként utalnak a legális szerek vagy gyógyszerek (Bulgária, Málta), vagy a kábítószer és az alkohol elleni intézkedések jobb integrációjára szólítanak fel a jövőre nézve (Görögország, Luxemburg). Csak egy országnak, Észtországnak van olyan stratégiája, amely kizárólag a tiltott kábítószerekkel foglalkozik.

Úgy tűnik, hogy a szerhasználat integrált megközelítése elsősorban az Európai Uniót 2004előtt alkotó tagállamokra jellemző. Ezekben az országokban fogadtak el globális stratégiát, itt van folyamatban a tiltott kábítószer és az alkohol elleni stratégia integrálása, és itt szerepelnek a legális szerekre vonatkozó célkitűzések a tiltott kábítószerekről szóló stratégiában. Közép- és Kelet-Európában jellemzően vagy különálló stratégiák vannak érvényben, vagy csak a tiltott

kábítószerekre vonatkozó, a legális szerek korlátozott említésével. Bár a tendencia a legális és a tiltott szerek szakpolitikai dokumentumokban való integrációja felé mutat, az ezt támogató nemzeti koordinációs és költségvetési struktúrák ennek megfelelő átalakítása nem feltétlenül történt meg.158

Az Európai Unió tevékenységének értékelése

Az 1980-as évek óta jelentős változások történtek az Európai Unió kábítószer elleni tevékenységének területén. Bár jelentős előrelépés történt ezen a téren, mégis számtalan megoldatlan kérdés vár a jövőben az unióra. Az egyik fő problémát az jelenti, hogy a kábítószerügy területének a helye a Közösség pillérekre épülő szerkezetében még mindig nem teljesen tisztázott. Az eleinte a harmadik pillér területébe tartozó ügy ma már az Unió mindhárom pillérében jelen van, ami megnehezíti a területen zajló koordinációt és együttműködést. A Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoport felállításával kísérlet történt a pillérek közötti összehangolás javítására, de még ma sincs egyértelmű felelősség-megosztás a kábítószerrel foglalkozó tanácsi munkacsoportok között. A Bizottságnak erősítenie és ésszerűsítienie kell a belső koordinációs mechanizmusait: a kábítószer területén működő összes program láthatóbb és operatív összehangolására van szükség. Mindenképpen eredményesnek tekinthető az EMCDDA és a Nemzeti Fókuszpontok munkája az adatok és információk szolgáltatása terén, azonban közösségi szinten ezen a területen is vannak még hiányosságok. A legfőbb gondot az jelenti, hogy nincsen elegendő információ a kábítószerrel kapcsolatos bűnözésről. Az elmúlt években a keresletcsökkentés területén is jelentős eredményeket ért el az Európai Unió, a Tanács számos állásfoglalást fogadott el a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatban. Fontos cél a jövőre nézve a keresletcsökkentés területén a megbízható és jó minőségű információk és a legjobb gyakorlatok terjesztése. Kínálatcsökkentés területén az unió fő vívmánya, hogy javult a bűnüldözési szervek uniós szintű együttműködése az Europol és az Eurojust tevékenysége által. Számos uniós projekt valósult meg a szintetikus kábítószer előállítására és kereskedelmére ellen (pl. CASE, EELS, EILCS). A kínálatcsökkentés területén jelentős feladata a tagállamoknak, hogy közös nyomozói csoportokat hozzanak létre a kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatosan. A kábítószer elleni küzdelem területén zajló nemzetközi együttműködés még jelentős kihívásokat tartogat az Európai Unió számára. Az Európai Bizottság munkájának köszönhetően számos projekt valósult meg harmadik országokban illetve régiókban. A jövőre nézve ki kell emelni, hogy a tagállamoknak és a

Bizottságnak továbbra is biztosítaniuk kell az EU összehangolt álláspontját a kábítószerekkel foglalkozó nemzetközi fórumokon, különösen az ENSZ Kábítószer Bizottságában.

Ha a leendő magyar drogpolitika kapcsán az EU strandardjait vesszük figyelembe, kijelenthető, hogy „nem jelenthet egyetlen igazodási pontot „az Európai Unió”. Részben, mert nem létezik a kábítószer-probléma büntetőjogi szabályozása területén uniós standard, részben pedig, mert amint azt a tagállamok büntetőjogi rendelkezéseinek áttekintéséből kitűnt, az egyes tagállamok között jelentős különbségek vannak a differenciálás mértéke és megoldási módjai területén.”²³

²³ dr. Sivadó Máté: Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel – doktori (PhD) értekezés (2015)

Hazai stratégiák

Magyarország első nemzeti drogstratégiája elkészült ugyan 1998-ban, azonban nem szavazott róla az Országgyűlés, így értelemszerűen nem is emelkedett jogerőre.

A dokumentum 2.4. alfejezete foglalkozik a drogbetegek rehabilitációs intézményeivel, amelyhez kapcsolódó rövid helyzetértékelés kitér arra, hogy az 1998-ban működő és betegeket kezelő 7 intézmény teljes befogadóképessége mintegy 100 fő, ami nagyjából azonos létszámú várólistával egészül ki. Az akár 12 hónapos várakozási idő miatt a stratégia az intézmények számának rövid távon kétszeresre növelésére, hosszabb távon megháromszorozására tett javaslatot, rögzítette továbbá, hogy „az intézetek többsége az elhelyezkedésre, légtérre, elszállásolásra és ellátásra vonatkozó egészségügyi törvény előírásainak teljes egészében – pénzhiány miatt – nem tudnak eleget tenni.”

A dokumentum tartalmazta azon megállapítást is, amely szerint a drogrehabilitációs intézetek „működését semmilyen hatékonyságvizsgálat nem kontrollálja. Egyes intézetek saját munkájukat minősítik, azonban szükségesnek mutatkozik egy átfogó, valamiféle felettes szakmai kollégium, vagy szervezet hatékonyság minősítése.”

A drogrehabilitációs intézetek működésével kapcsolatban a dokumentum²⁴ az alábbi teendőket rögzítette:

- Stabil finanszírozási források biztosítása: az egyik forrás lehet a törvény által előírt szociális helyzettől függő hozzájárulás a kezelt részéről, a másik forrás mindenképpen a társadalombiztosítás finanszírozása, amelyre alapot kell elkülöníteni. A finanszírozáshoz felhasználható a munkaügyi rehabilitációs alap, illetve további rehabilitációs alapot kell elkülöníteni.
- Az intézményektől meg kell követelni és finanszírozásuk feltételévé kell tenni, hogy a felhasznált forrásokkal elszámoljanak.
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megyei keretein felüli ágylétszámot kell biztosítani.
- Pályázatot kell kiírni a speciális rehabilitációs intézetek részére, egyúttal biztosítani kell azok kontrollját.
- A meglévő férőhelyek bővítése 200 ágygal 1999 végéig, úgy, hogy a már működő intézmények lehetőséget kapjanak ágyszámuk megkétszerezésére.

²⁴ Nemzeti drogstratégia, 1998

- A helyi önkormányzatoknál távolsági megkötés nélkül kell rehabilitációs alapokat elkülöníteni. A területi ellátási kötelezettségen felül az intézetek az ország egész területéről fogadhassanak betegeket azzal, hogy a kezelt állandó lakhelye szerint illetékes önkormányzata adhasson támogatást az erre elkülönített keretéből.
- A rehabilitáció törvényi szabályozása a "drogtörvényen" belül.
- A törvény végrehajtási utasításaiban a konkrét állami és társadalmi szervek és azok kötelességeinek megnevezése, akik a további részletszabályozást elvégzik.
- A gyógyult drogbetegek számára a rehabilitációs intézetek elhagyását követően az állam nyújtson támogatást. Akár meghatározott ideig táppénz vagy egyéb anyagi támogatás nyújtásával, akár kiemelten kezelt reszocializációs programokkal, munkához jutás támogatásával. Külföldön bevált tapasztalat, hogy a gyógyult szenvedélybetegeket átmenetileg, segítőként, valamilyen drogkezelő rendszerben foglalkoztatják. Ehhez további anyagi forrásokat kell biztosítani.
- A törvényelőkészítő munkában javasolt alkalmazni és figyelembe venni a Pszichiátriai Szakmai Kollégium drogterápiás közösségek működésének irányelveivel kapcsolatosan Budapesten 1997. április 7-én elfogadott állásfoglalást.

Bő másfél éves további előkészítést követően, - amelyek részeként több mint 1200 szervezetet, szakértőt és érintettet kérdeztek meg, - az Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el a Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című stratégiai programot²⁵.

Az első stratégia szándékosan tíz évre készült, mivel az első Orbán-kormány felismerte, hogy a területen (akárcsak a szociálpolitika más részein is) csak akkor lehet eredményeket elérni, ha a politikai széljárással nem változnak meg a hosszú távú stratégiai célok.

A stratégiában rögzített pillérek a beavatkozások területeit jelentik programok, fejlesztések, ellátások formájában, az alábbiak szerint:

- Megelőzés, közösségi beavatkozás
- Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés
- Kínálatcsökkentés

A megelőzés pillér a prevenciónak nemcsak a szakirodalomban definiált szűkebb területét öleli fel, hanem a helyi szintű közösségi beavatkozások széles spektrumát is, melyek valamilyen

²⁵ elfogadásáról a 96/2000. (XII. 11.) OGY határozattal döntött az Országgyűlés

módon – szándékos vagy esetleg nem is tudott módon – a helyi társadalmi szintű problémabefolyásolást szolgálják (közösségi, kulturális, egyházi/vallási események, programok stb.).

A második pillér a kezelés és ellátás, valamint az ártalomcsökkentés teljes intervenciók területét is magába foglalja, beleértve az ártalomcsökkentés szemléletét és gyakorlati eszközeit is. Itt jelennek meg mindazon ellátások, programok, beavatkozások, melyek az egészségi állapot, a szociális helyzet, az élet védelme szempontjából akár az egészségügyi, akár a szociális ágazat vagy ezek határterületein valósulnak meg.

A harmadik pillére, a kínálatcsökkentés alatt egyrészt az állami represszív és kontrollfunkciók nagy része jelenik meg, másrészt mindazok a közösségi intervenciók is, melyeket a kínálatcsökkentési feladatokat teljesítő hatóságok és intézmények valósítanak meg (pl. resztoratív programok, rendészeti bűnmegelőzés).

A stratégia fő céljai

- A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés).
- Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).
- Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).
- Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálat-csökkentés).

Az anyag helyzetelemző fejezete nem foglalkozik explicit módon a drogrehabilitációs intézményekkel, de leszögezi, hogy „Komoly problémát jelent a kábítószer-használók elérését és a gyors kapcsolatfelvételt, a korai bajmegállapítást lehetővé tevő egészségügyi és szociális szolgálatok fejletlensége, vagy az ország jelentős területein ezek teljes hiánya.”, illetve „Magyarországon a kábítószer-használókkal foglalkozó kezelési lánc minden eleme alulfejlett és kapacitási problémákkal küszködik.”

A terápiák eredményességéről szóló alfejezetben (6.3.3.) a stratégia rögzíti, hogy „Biztosítani kell régióként és megyéenként (...) a hosszú távú kezelés: a pszichoszociális problémák segítése, a visszaesés megelőzése és a rehabilitáció egységes lehetőségét. Ezek a szolgáltatások

multidiszciplináris team meglétét igénylik, melynek tagjai az orvos (pszichiáter, addiktológus), a pszichológus, a szociális munkás, a gondozó /ápoló, a különböző foglalkozású terapeuták, az addiktológus konzultáns, a jogász, a lelkész, és lehetőség szerint a felépült szenvedélybeteg.”

A kezelés céljai és cselekvési terve című alfejezetben (6.3.4.) a dokumentum – egyebek mellett – az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedését említi hosszú távú célként. A középtávú célok részletezésekor felsorolásra kerülnek az ellátórendszer fejlesztésének szempontjai, amelyek a kapacitás, elérhetőség, hatékonyság, differenciáltság, komplex biopszichoszociális szemlélet, multidiszciplináris kezelőszemélyzet kritériumai mellett a minőségkontrollt és a finanszírozást is magukba foglalják, míg a rövid távú célok körében a terápiás közösségeket is nevesíti a dokumentum.

A Nemzeti Stratégia félidős értékelését a holland Trimbos Instituut végezte el 2005-ben. A kutatás során 17 kiválasztott rövid- és középtávú cél megvalósulását is vizsgálták, köztük kiemelten kettőt – a segítő kapcsolatokba kerülő szerhasználók számának növekedését az ellátórendszer minden szintjén, illetve a szenvedélybetegekkel foglalkozó szakemberek továbbképzését –, és megállapították, hogy a lokális drogpolitikai színtereken, a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban dolgozó szakemberek szerint mindkét cél elérése folyamatban van („working on it”), míg a nemzeti szinten működő válaszadók körében az elsőként említett cél elérésének megítélése nem egyértelmű, a továbbképzésekkel kapcsolatos célkitűzések pedig részben teljesültek.

2007-ben, a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1094/2007. (XII. 5.) Korm. határozat több pontja is nevesített olyan teendőket, amelyek a drogrehabilitációs intézményeket érintették.

- A 7. pont szerint 2008 decemberéig „Ki kell alakítani a kábítószer-használókkal foglalkozó egészségügyi és szociális intézmények kábítószerhasználat kezelésével összefüggő minőségügyi és értékelési rendszerét, illetve az ehhez kapcsolódó szakmai irányelveket.”
- A 15. pont szerint 2009 decemberéig „Ki kell alakítani a kábítószer-függő személyek rehabilitációs ellátása teljes körű finanszírozásának feltételrendszerét és ezen belül a különleges célcsoportok (fiatalkorúak és gyermekek, terhes anyák, gyermekeikkel együtt kezelésbe vontak, HIV/AIDS érintettek, kettős diagnózisúak stb.) szükségleteit

figyelembe vevő speciális ellátási formák működési feltételeit.” Mindkét feladat esetében a szociális és munkaügyi, illetve az egészségügyi minisztert jelölték ki felelősként.

A stratégiai időszak végén, 2009-ben készített értékelés több módszer kombinálásával határozta meg a 2000-ben rögzített célok megvalósulásának mértékét.

Egyfelől tartalomelemzést végeztek a Nemzeti Drog Fókuszpont (Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ) éves jelentéseinek felhasználásával, másfelől 45 interjút készítettek el az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. szakpolitikusokkal és addiktológiai témakörökkel foglalkozó szakemberekkel. Visszajelzésük alapján 2003-2004-ben jelentős – utóbb megtorpanó – fejlődés történt a kezelés és ellátás területén: kezelési piramis minden szintje létrejött, az ellátási spektrum elemei elérhetővé váltak, bár területi eloszlást tekintve nem azonos mértékben. Pozitívumként értékelték, hogy új rehabilitációs intézmények kezdték meg a működést, egyúttal problémaként említették az addiktológiai ellátások integrációjának elégtelen szintjét. A megkérdezettek szerint a szenvedélybeteg-ellátásból hiányzik a széleskörű minőségfelmérés és értékelés rendszere. A következő drogstratégiához megfogalmazott javaslatok körében is visszaköszöttek a kezelés-ellátás kritikus pontjai: „Definiálni kell az ellátás hatékonyságának fogalmát, és monitorozási rendszereket kell kiépíteni. Az utógondozás rendszerét is ki kell dolgozni, hogy a rehabilitáción átesettek visszaesését megakadályozzák. Ebben az utógondozásban a félutas házaknak éppúgy szerepük van, mint pl. a reszocializációt támogató szolgáltatásoknak.”

A stratégiát értékelő tanulmány szerint a tervek 30 százaléka teljesen megvalósult, azonban másik 30 százaléka csak részben, 40 százalékból pedig semmi sem lett. A 90 hosszú távú cél közül 14 olyat találtak, amelyhez nem tudtak egyetlen kormányzati lépést sem kapcsolni, vagyis a politika meg sem próbálkozott bizonyos célok elérésével.

A legnagyobb hiányosságok 2002 és 2010 között:

- Nem növelték a szórakozóhelyekről való biztonságos hazajutás lehetőségeit.
- Nem létesültek nappali kórházak a súlyos függőknek.
- Nem lett gyermekaddiktológia.
- Nem foglalkoztak a civil szervezetek minőségkontrolljával.

Az egyik legrosszabb eredmény, hogy bár a stratégia fontos célnak tartotta a kezelő intézmények kapacitásának növelését, a pszichiátriákon és addiktológiákon csökkent az ágyszám, és nappali gondozókat zártak be.

A program lejárta előtt egy évvel a Bajnai-kormány elkezdte kidolgozni az új stratégiát, amely -az előző végrehajtásába csúszott komoly hiányosságok ellenére - végül csak egy-két ponton tért el az első Orbán-kormány stratégiájától. Ugyanúgy a megelőzés és ártalomcsökkentés volt a fő vezérelv, mégis a második stratégia 2009-es parlamenti vitájában a fideszes Heintz Tamás jelezte, hogy ez a stratégia „neoliberális”, és a „droglegalizáció” felé löki az országot. A Fidesz ekkor azzal sem értett egyet, hogy a fogyasztók büntetése helyett inkább a terjesztők elkapására koncentráljanak, ugyanis Heintz szerint a fogyasztók egy része előbb-utóbb maga is dílerré válik.

Míg a 2000-ben beterjesztett Nemzeti Stratégiát teljes politikai konszenzus övezte, az ezt követő, 2009-ben Országgyűlés elé kerülő dokumentum tehát már csak az akkori kormánypárt, illetve korábbi koalíciós partnere támogatását bírta. A 106/2009. (XII. 21.) számú, a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló OGY határozat végül sajátos torzó lett a magyar drogpolitika-történetben, hiszen cselekvési tervet sem a bal-, sem a kormányváltás után létrejött jobboldali kormány nem készített hozzá, így a dokumentumban rögzített céltételezések csak kismértékű hatást gyakoroltak a szenvedélybeteg-ellátás gyakorlatára. Ennek ellenére – a szakmai szempontok áttekintésének céljával – szükséges és hasznos lehet a stratégiai dokumentum drogrehabilitációs intézményeket érintő célkitűzéseinek ismerete.

Nemzeti Drogstratégia 2010–2018

A 2009-ben elfogadott drogstratégia tervezetét a parlament kábítószerügyi eseti bizottsága is megvitatta, állást foglalt az Addiktológiai Szakkolégium mellett az összes jelentős szakmai szervezet és intézmény, és a véleményezésére egy rendkívül tekintélyes nemzetközi tanácsadó testületet is kialakítottak, tagjai között például Peter Reuter amerikai professzorral, aki az Európai Bizottság megbízásából 2009-ben a globális kábítószer-politika elemzését vezette, vagy Wolfgang Götz-cel, az Európai Kábítószer- és Kábítószer-függőség Megfigyelő Központ (EMCDDA) igazgatójával. Kétség sem merülhet fel azzal kapcsolatban, hogy a végül kialakított és a parlament által jóváhagyott szöveg szakmai konszenzust tükrözött.

Pillérek:

- Megelőzés, közösségi beavatkozások
- Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés
- Kínálatcsökkentés, közösségi rendvédelem

Prevenció - a drogstratégia integrált megközelítést alkalmaz a legális és illegális szerek abúzusának megelőzésére, illetve megfelelő differenciálást tartalmaz a prevenció kategóriái, szinterei és célcsoportjai tekintetében. Különösen fontos célja, hogy a közoktatási, közművelődési intézmények csak azokat a prevenciós programokat fogadják be és támogassák, amelyek rendelkeznek a megfelelő szakmai háttérrel – ez pedig csak úgy lehetséges, ha létrejönnek a minőségbiztosítás intézményi feltételei és mechanizmusai. Ennek érdekében a kormány létrehozta a Drogmegelőzési Egészségfejlesztési Akkreditációs Bizottságot.

Kezelés és ártalomcsökkentés - a dokumentumban a kezelés és az ártalomcsökkentés egyazon pillér elemeiként szerepelnek, ennek a megoldásnak előnye, hogy integrált és kliensközpontú ellátórendszerben gondolkodik, amelynek szerves részét képezik az ártalomcsökkentő beavatkozások is. A stratégia az ENSZ és az Európai Unió ide vonatkozó irányelveinek és előírásainak megfelelően célul tűzte a kezelési, ártalomcsökkentő és rehabilitációs szolgáltatások hozzáférhetőségének, folyamatosságának biztosítását a fogva tartottak számára is.

Kínálatcsökkentés - a stratégia hivatkozott „az emberi jogokra, a szakszerűségi, hatékonysági és költség-hatékonysági szempontokra”, illetve úgy rendelkezett, hogy „a bűnüldözés területén a kábítószerrel való visszaélés bűncselekményi körének kínálati oldali elkövetéseire kell összpontosítani”.

A drogstratégia egyértelműen állást foglalt a szükségtelen és aránytalan rendőri intézkedésekkel (pl. diszkórazzia, túcsere programok klienseinek előállításával) szemben: „kívánatos a fogyasztói magatartás nyomozati és bizonyítási érdekből történő üldözése helyett a nyílt és titkos eszközöket, innovatív technikákat igénybe venni, illetve a felderítést a terjesztői hálózatok feltérképezésére és felszámolására összpontosítani”.

A drogfogyasztás büntetőjogi megítélését illetően a stratégia arra a megállapításra jutott, hogy „a Btk. és ezzel összefüggésben a Büntető Eljárási Törvény módosítása során a keresleti oldali szereplők, azaz a fogyasztók tekintetében - a fogyasztásukkal összefüggő kisebb súlyú kínálati bűncselekmények elkövetése esetén is - növelni kell a társadalmi befogadásukat, (re)integrációjukat szolgáló megoldásokat (pl. vádelhalasztás, „elterelés” kiterjesztése stb.)”

Vagyoneklobzás - a stratégia előírta, hogy „a bizonyítási teher megfordításával meg kell teremteni a kábítószer-kereskedelemből eredő vagyon elkobzásának lehetőségét”. A vagyoneklobzás az egyik legsúlyosabb büntetés jellegű intézkedés, amely az elkövető vagyonának teljes vagy részleges elvonásával jár.

Drogkommunikáció az Interneten - a stratégia szerint „a jogi szabályozás fontos feladata lehet a kereskedelmi kommunikációban szabályozni és korlátozni azokat a megjelenéseket, amelyek kábítószer fogyasztáshoz kapcsolódó normalizáló hatásokat érhetnek el. Ugyanígy a kábítószer fogyasztásra ösztönző honlapok figyelemmel kísérése, káros hatásai kiküszöbölése szintén megfontolandó kezelési irány”. A stratégia célkitűzése, hogy „nyomon kell követni a kábítószeres fogyasztást pozitívnak feltüntető honlapokat, illetve vizsgálni kell az ellenük való fellépés lehetőségeit.”

Az első stratégiák értékelése

A szakmai és a civil szervezetek többször, több formában is értékelték az első, majd a második stratégiát. Összegyűjtötték azok előnyeit, sikereit csakúgy, mint hiányosságait és hibáit. A szakmai szervezetek értékelésükben felhasználták a témában folytatott kutatások eredményeit, de azokat a szférában betöltött szerepük és politikai irányultságuk (véltető elköteleződésük) szerint értelmezték. Ezek az értelmezések több ponton is szöges ellentétben állnak a jelenlegi szakpolitika eddig nyilvánosságra hozott álláspontjával.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által kiadott, a Nemzeti Stratégia értékelését tartalmazó dokumentum²⁶ szerint:

- „A stratégia egy rendkívül ambiciózus, korszerű szakmai megfontolások talaján álló közpolitikai irat.
- A stratégia szemléletében és célkitűzéseiben, az előirányzott akciók tekintetében is jól illeszkedik az EU drogstratégiájában foglaltakhoz.
- A stratégia belső konzisztenciája nem minden esetben átlátható: a célkitűzések és az előirányzott akciók nem mindig szerveződnek lineárisan.
- Az akciótervek nem valódi akciótervek műfaji sajátosságait jelenítik meg: sok a folyamatos határidejű akció, nem mindenhol egyértelműek a felelősségi viszonyok, valamint nem kötődnek egyértelmű teljesítmény indikátorok az adott tevékenységhez.
- A koordinációs mechanizmusok működésének megítélése Janus arcú: a megkérdezettek zöme értékelte a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság sokszereplős voltát, ugyanakkor kifogásoltak azt a körülményt, hogy a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság döntései

²⁶ Nemzeti Drogstratégia értékelése

nem rendelkeznek kikényszerítő erővel, valamint nem tudja a területi szakértelmet megfelelő színvonalon becsatornázni a döntéshozatalba.

- A helyi szintű koordináció is hasonló nehézségeket azonosított, ott még hangsúlyosabban jelentkezett a helyi közigazgatás vonakodása a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő tevékenységek finanszírozása és a korszerű látásmód döntéshozatali folyamatokban való érvényesítése tekintetében.
- A kulcsszemélyekkel felvett interjúk arra hívták fel a figyelmet, hogy a stratégia progresszív céltételezéseinek megvalósulását többnyire a koordinált fellépés hiánya, a drogprobléma politikai agendán elfoglalt helye, valamint a forráshiány akadályozza.
- A nemzeti stratégia egy rendkívül összetett, számos intézmény és a végrehajtásban résztvevő szervezet és professzió rendszer-együttese. Ezért a megfogalmazott kritikák és nehézségek általában jellemzőek az ilyen programokra, sőt, még nagyobb mértékben, mint a hazai stratégia esetében."

A második Kábítószerügyi eseti bizottság jelentése

Az Országgyűlés a 14/2007 (III.7.) OGY határozattal létrehozta a második Kábítószerügyi eseti bizottságot. A bizottság feladata „A Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében” dokumentumban megfogalmazott stratégiai törekvések alapján meghozott intézkedések értékelése, építve a 2005 áprilisától 2006 májusáig működő kábítószerügyi eseti bizottság munkájára.

A bizottság munkájáról országgyűlési határozat formájában jelentést készített. Eszerint „A stratégia megvalósításának első hat évéről elmondható, hogy bár a legtöbb területen jelentős előrelépések történtek, nem történt meg a stratégiában foglalt valamennyi célkitűzés időarányos megvalósítása. A kábítószer-probléma állami és helyi szintű koordinációját biztosító állami intézményi struktúrák az elmúlt években létrejöttek és funkcionálnak. A feladatellátásban jelentős szerepet töltenek be a különböző társadalmi, egyházi szervezetek és intézmények. 2007-től a civil társadalom képviselői is részt vesznek a Kormány tanácsadó szervének, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak a munkájában.

A jelentés a kábítószer-használó személyek egészségügyi és szociális ellátásáról összességében megállapítja, hogy a kezelési lánc meglehetősen egyenetlen és több tekintetben hiányos. Általános tapasztalat, hogy bár az intézményi szolgáltatások palettája jelentősen bővült az elmúlt évtizedben, az intézményi formák a szociális munka, a rehabilitáció és a kezelés közötti

kapcsolat gyengén fejlett. A további fejlődés hátráltatója - többek között -, hogy igen kevés a képzett szakember.

A prevencióra vonatkozóan, összességében azt rögzíti a jelentés, hogy a drogstratégiában megjelölt színtereken és a prevenciós üzenetek közvetítésére alkalmasnak ítélt valamennyi közvetítő tekintetében meghatározó jelentőségű fejlesztések indultak meg, de a fejlődés még mindig nem átható erejű. (...) A jövőben a prevencióra nagyobb arányban kell összegeket átcsoportosítani. (...) A bizottság áttekintette a kábítószer-probléma kezelésével összefüggő hazai költségvetési helyzetet és megállapította, hogy a Nemzeti Stratégiai program megvalósítására a jelenlegi és korábbi időszakokban sem állt rendelkezésre elégséges forrás. A közkiadások költségeloszlás értékelése további, részletes vizsgálatot igényel, ugyanakkor megállapítható, hogy egyes területeken aránytalanságok mutatkoznak a rendelkezésre álló források tekintetében.

A második Orbán-kormány megalakulása után nem sokkal a hatalom új fejezetet nyitott a hazai kábítószer-politikában. 2010 decemberében bejelentették, hogy vállalhatatlannak tartják a parlament által elfogadott második drogstratégiát, és 2011 végére újat készítenek helyette. Tartották magukat az ígéretükhöz, a 2011 októberében megjelent új stratégia tervezete jelentősen eltért a korábbiaktól: az ártalomcsökkentés helyett a fogyasztók sokkal szigorúbb büntetése került a fókuszba. A korábbi kormányokkal partnerségben dolgozó szakmai szervezetek hangosan tiltakoztak az új irány ellen, de úgy tűnt, hiába.

Navracsics Tibor közigazgatási miniszter elfogadta az új stratégia tervezetét, a parlament pedig 2012 közepén megszavazta az új Btk.-t, amellyel Európa egyik legszigorúbb drogtörvényét vezették be Magyarországon, és amely szerint akár két év letöltendő börtönbüntetés is járhat egy spangliért. Ezt egyszer még ki lehet váltani eltereléssel, de ha két éven belül másodszor is elkapnak valakit, akkor nem úszhatja meg a szabadságvesztést.

Közben a Hír TV egy riportjának következtében nagyszabású razziát tartottak az Ozora Fesztiválon, az országos média pedig napokig arról írt, hogy felszámolják a hírhedt nógrádi „drogutcat”. Az ozorai razzia és a törvényi szigorítás idején úgy tűnt, a hatalom komolyan gondolja, hogy nagy erőket mozgósítva kitakarítják a drogot és a szerhasználókat az országból. De hiába támogatta Navracsics Tibor az új drogstratégiát, a kabinet nem hagyta jóvá, így a parlament sem szavazhatott róla. Mindez azt jelentette, hogy a Fidesznek 2013-ban már harmadik éve nem volt drogstratégiája - azon kívül, hogy felfüggesztették az előző

végrehajtását, és több helyen leállították a tícserét. Az üzenet ezúttal is egyértelmű volt: nem akartak pénzt és energiát fordítani a drogosokra, az egész drogkérdést egyáltalán nem tartották fontosnak.

Ilyen előzmények után 2013-ban váratlan fordulat következett be. Először a drogpolitika irányítását Kiss Norbert sportért és ifjúságért felelős államtitkárhoz helyezték, aki rögtön párbeszédet kezdeményezett az addig parkoló pályára helyezett szakmabeliekkel, nem sokkal később pedig megjelent egy új drogstratégiai tervezet, amellyel visszakanyarodtak a saját maguk által „kudarcosnak” és „túl liberálisnak” nevezett, ártalomcsökkentésen és prevención alapuló irányhoz. A tervezetthez képest két év csúszással, 2013-ban tehát elfogadták a harmadik drogstratégiát.

A kormányzati kommunikáció szerint az eltérő szemléletmód megjelenítésének igénye új drogstratégia kialakítását tette szükségessé, ugyanis a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken végbementek jelentős változások (pl. egészségügy, köznevelés), részben a szenvedélybetegségek alakulását kedvezőtlenül befolyásoló mélyreható társadalmi és gazdasági változások. A változtatásra továbbá az egyes szerhasználati (pl. cannabis, amfetamin) tendenciákban bekövetkezett jelentős negatív irányú elmozdulások, illetve az új pszichoaktív szerek megjelenése miatt volt szükség. Az új stratégiai dokumentum előkészítése – elismert hazai szakértők bevonásával – 2011-ben vette kezdetét. A stratégiai dokumentum tervezete az Emberi Erőforrások Minisztériuma belső egyeztetéseit követően, 2013. első negyedévében kerülhetett közigazgatási egyeztetésre. A társadalmi és közigazgatási egyeztetést követően az Országgyűlés 2013. október 7-én fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020, Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen alcímmel ellátott 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot. A Nemzeti Drogellenes Stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra állapított meg célkitűzéseket.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szerint a stratégia amellett, hogy elismeri a kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelésének szükségességét, fő céljának az illegális szerhasználat csökkentését tekintette, célzott, közösségi alapú beavatkozások segítségével. A cél elérését a Nemzeti Drogellenes Stratégia széles körű prevenciók tevékenységgel, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú szemléletmód és a reintegráció megerősítésével, a kínálatcsökkentés területén bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazásával, valamint a terjesztői magatartások elleni szigorú fellépéssel kívánta megvalósítani.

A korábbi kormányzati kommunikációval szembe menve Kiss Norbert helyettes államtitkár elmondta, hogy a 2009-es drogstratégia ugyan mutatott egyfajta irányt, de mivel ez a dokumentum az új pszichoaktív szerekkel nem foglalkozott, és szakmai, módszertani hibákat is tartalmazott, mindenképpen új anyagot kellett összeállítani. Kitért arra, hogy a drogpreevención van a hangsúly. A helyettes államtitkár szerint az üzenet egyértelmű: kábítószer nélküli társadalmat képzelnek el, ami azt jelenti, hogy elsősorban a használatot utasítja el a prevenció hangsúlyozásával és a „jó példa” állításával. Hangsúlyozta, a kábítószerhelyzet nem lehet politikai kampány része, mert csakis össznemzeti összefogással lehet eredményeket elérni. A helyettes államtitkár úgy vélte, az iskolai felvilágosító órák is modernebbek lettek, az iskolarendőrök nem csak a rendre figyelnek.

Az akcióterv megvalósítása

A 2014-2015. évekre vonatkozó szakpolitikai program a keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés és az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, illetve a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozta elő. A kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése volt. Ennek érdekében különösen fontos lett a világhálón elkövetett kereskedelem és egyéb bűncselekmények megfékezése, továbbá a felnövekvő generációk védelme minden olyan szintéren, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve.

A Stratégia a prevencióval kapcsolatban 10 szintéren határoz meg feladatokat:

- helyi közösségek
- család, köznevelési és gyermekvédelmi intézményrendszer
- felsőoktatás
- kortárs csoportok
- média
- munkahely

- büntetés-végrehajtási intézetek és a „büntetés helyett kezelés” intézménye (indikált prevenció).

A stratégiában megfogalmazott prioritások a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatban a következők:

- Szermentes életformát népszerűsítő programok számának növelése
- A teljes körű iskolai egészségfejlesztési programok 2020-ra érik el a tanulók 50%-át
- A családi megközelítést alkalmazó programok érik el évente egyszer a gyermeket nevelő családok 20%-át
- A kábítószerrel kipróbáló és alkalmoszerűen használó serdülők aránya az adott korosztályon belül csökkenjen 10%-kal
- A megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerének kialakítása és bevezetése
- Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége erősödjön
- Az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiákat és programokat hangolják össze a drogellenes stratégiával

A kábítószer-használók ellátását illetően a stratégia konkrét céljai között nevesítésre került a gyermek- és fiatalkorúak ellátását szolgáló, a valós szükségleteknek megfelelő, országos lefedettségű és általános hozzáférést biztosító intézményrendszer kialakítása. A stratégia célul tűzte ki, hogy a problémás szerhasználók és a kábítószerfüggők legalább 20%-a kerüljön ellátásba, továbbá, hogy általában javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége, valamint hogy 2020-ra mindegyik járásban legyen közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátórendszer, amely aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat alkalmaz. A kezelés-ellátást területén további prioritás volt, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatók legalább 80%-a a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezze tevékenységét, a szolgáltatók mindegyike essen át klinikai vagy szociális intézményi minőségbiztosítási auditon.

A stratégia ún. ellátás-szervezési alapelveket fogalmazott meg, melynek elemei a különböző szakterületeken működő szolgáltatások által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatások szakmai tartalmának és területi lefedettségének összehangolása, az egyes ellátástípusok közötti, intézményi határokon átívelő, átlátható betegutak, valamint a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése. A stratégia a kezelés-ellátás területén is a felépülés-központú megközelítést tekintette alapvetésnek, melynek célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása, továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. Az alacsonyküszöbű ellátásokra a stratégia a kezelési lánc első állomásaként tekintett, mely a megkereső tevékenységgel együtt segíthet a rejtőzködő szerhasználók felkutatásában és kezelés-ellátásba vonásában, valamint a fertőző betegségek megelőzésében, szűrésében, terjedésének mérséklésében.

A kormány 2013-ban az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) szakmai ajánlásához kötötte az iskolai egészségfejlesztési tevékenységeket, így a drogprevenციót is. A szakmai ajánlás elbírálása azonban olyan szigorúra sikeredett, hogy még a legtapasztaltabb, hosszú éve terepen dolgozó szakmai szervezetek programjai sem kaptak támogatást, így kiszorultak az iskolákból, főképpen rendőrségi programok maradtak, amelyek szakmai ajánlás nélkül, bűnmegelőzési program címén tevékenykedtek. 2014-ben a helyzet nem javult jelentős mértékben. Miközben az iskolapszichológusok, iskolai szociális munkások száma tovább csökkent, a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) tetszhalottak voltak, a Belügyminisztérium masszív drogprevenციós programba kezdett. Minden rendőrkapitányságon drogprevenციós tanácsadót jelöltek ki, és kampányt folytattak a médiában ezek népszerűsítésére, hiába mutattak rá a jogvédők, hogy a nemzetközi szakirodalom szerint a rendőrség nem alkalmas arra, hogy etikus és hatékony drogprevenციót folytasson. A Belügyminisztérium a nemzeti drogkoordinációtól független, párhuzamos drogpolitikát folytatott, amelyre a szakmának semmiféle befolyása nincsen.

A stratégia 2020-ra célként tűzte ki a drogmentes Magyarországot. Ez nyilván egy elérhetetlen eszménykép volt, hiszen nem vonhatjuk ki magunkat a körülöttünk lévő világ folyamataiból, ott pedig egyáltalán nem ebben az irányban haladnak. Sokkal inkább jellemző, hogy a legtöbb európai országban és az Amerikai Egyesült Államokban a drogháború, a kínálatcsökkentési harc eredménytelenségével szembeállva egyéb módszerekhez folyamodnak. Mindeközben kénytelen-kelletlen szembenéznek azzal, hogy a drogmentes társadalom egy megvalósíthatatlan eszménykép.

Az új stratégia megalkotásakor az egyik fő érv az volt, hogy az új pszichoaktív szerekkel nem foglalkozik kellőképpen a 2010-2018. időszakára tervezett stratégia. Ehhez képest az új stratégiában nem találjuk meg azokat a gondolatokat, hogy ezen új szerek okozta hátrányok hogyan csökkenthetőek.

Áttanulmányozva az új stratégiát megállapítható, hogy az nem sokban tér el a korábban elfogadott, majd hatályon kívül helyezett dokumentumtól. Ehhez képest a szakma három éven keresztül stratégia nélkül maradt, a támogatások elosztása éveken át bizonytalanul zajlott.

Azt pontosan tudjuk, hogy a leszoktatás, a függőségben szenvedő akarata ellenére minden esetben kudarcra van ítélve. Újra felmerült még a már elfelejtteni remélt kapudrog elmélet is, ahogy Grezsa Ferencről olvashatjuk. Tudomásul vesszük vagy nem, jelenleg az emberek egy része a szorongásait, frusztrációit, komplexusait kábítószerrel – részben illegálisokkal – kezeli.

A büntetésen és tiltáson alapuló drogpolitika helyett olyan megközelítésre van szükség, amely pragmatikus közegészségügyi szempontok és nem ideológiai doktrínák mentén ésszerű korlátok közé szorítja a fogyasztást és a drogpiacot. Éppen a dohányzás visszaszorítása terén Nyugaton már sikerült úgy hatalmas sikereket elérni, hogy egyetlen embert sem kellett börtönbe zárni. Nyugat-Európában a kilencvenes évek nagy nyílt drogfogyasztói szcénáinak – például Zürich, Frankfurt – felszámolása, a HIV-járvány visszaszorítása az innovatív ártalomcsökkentő programok segítségével szintén jelentős tanulságokkal járt.

Orbán Viktor a 2025. február 22-i évértékelő beszédében hirdetett hajtóvadászatot a kábítószer-kereskedők ellen, de hamar kiderült, hogy a kormány drogellenes háborúja a fogyasztókat is komolyan érinti, az azt követő hetekben egymást érték a rendőrségi razziák. A fideszes többségű Országgyűlés 2025. április 29-én fogadta el az új drogtörvényt, aminek értelmében csak az mehet elterelésre, aki feldobja a dílerét. A másik fontos szigorítás az volt, hogy súlyosabb büntetésre számíthat, aki drog hatása alatt követett el bűncselekményt, az Alaptörvénybe pedig bekerült, hogy „Magyarországon a kábítószer előállítás, használata, terjesztése, népszerűsítése tilos.”

A kormány szakmaiságot nélkülöző politikai döntéseire válaszul a droghasználattal nemzetközi kitekintésben is foglalkozó szakmai szervezeteknek világos és egyértelmű állásfoglalást kellett hozniuk a drogjelenséget érintő négy fontos területen. Így a Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) és a Magyar Drogetherápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ), valamint a Jogriporter

2025. május 16-án a (Drog)Háború és Béke címmel szakmai civil fórumot tartottak. A rendezvényen részt vevő szakemberek egy felelős nemzeti drogstratégia és drogpolitika alapjául szolgáló szakmai minimum javaslatokat fogadtak el.

A szakmai minimumpontok négy stratégiai pillér köré rendeződnek: megelőzés, kezelés/ellátás, ártalomcsökkentés és kínálatcsökkentés. A szakmai minimum kidolgozására a tudományos bizonyítékok, nemzetközi jógyakorlatok, illetve a hazai tapasztalatok megvitatásával került sor

A civil fórum résztvevőknek lehetősége volt a közösen elfogadott minimumpontok fontosságát, jelenlegi érvényesülését, és érvényesítésének realitását utólagosan értékelni. Az online értékelésben résztvevő szakemberek a minimumkövetelmények mindegyikét fontosnak/nagyon fontosnak tartották, azonban azok aktuális érvényesülésével kapcsolatos vélemények alapján ma Magyarországon jellemzően minden területen jelentős hiányosságok vannak, a követelmények még leginkább a kezelés/ellátás területén érvényesülnek.

DROGPOLITIKAI SZAKMAI MINIMUM PROGRAM

ÁLTALÁNOS ELVEK

A szerhasználattal kapcsolatos beavatkozások egy ellátási láncot alkotnak, a tevékenységek négy fő típusa (megelőzés, kínálatcsökkentés, ártalomcsökkentés, kezelés) egymásra épülve, együtt tud megfelelő választ adni a szerhasználat jelenségére.

A beavatkozásokat tényekre és tudományos bizonyítékokra alapozva szükséges megtervezni, hogy olyan programokra fordítsuk a szűkös erőforrásokat, amelyek valóban hatásosak.

A stratégiáknak és az egyes programoknak nem moralizáló, hanem gyakorlatias, reális és megvalósítható célokat kell kitűzni. A célok megvalósulását, a beavatkozások hatásosságát folyamatos monitorozással és értékeléssel ellenőrizni kell.

Az érintettek és szakemberek bevonása elengedhetetlen, a tervezéstől az értékelésig.

I. PREVENCIÓ

Drogmegelőzési tevékenységet csakis olyan egészségügyi, szociális vagy oktatási végzettséggel rendelkező szakemberek részvételével és irányításával végezhetnek, akik részt

vettek a drogprevenció elveivel, elméletével és gyakorlatával kapcsolatos képzésen, és rendelkeznek elismert intézményes vagy szervezeti háttérrel.

Minden drogmegelőzési beavatkozást a bizonyítékok figyelembe vételével kell kialakítani, végrehajtásuk során figyelembe kell venni az európai drogprevenációs minőségi sztenderdeket, és eredményességüket rendszeresen értékelni kell.

Az eredményes drogprevenáció koherens, hosszú távú terv részeként, interaktív, a célzott közönséget bevonó, azok sajátos szükségleteihez alkalmazkodó egészségfejlesztő beavatkozásokat valósít meg. Az iskolai prevenció esetében az kurikulum-szerűen valósul meg, a tananyagba beépül. A hatékony prevenció nem egyszeri frontális előadásokból, ad hoc kampányokból, elrettentő célzatú, egyoldalú információ-átadásból áll, hanem többalkalmas, szakmailag megalapozott, interaktív, az addiktológiai problémák széles spektrumát magába foglaló, komplex beavatkozás.

Ki kell alakítani a drogmegelőzési programok akkreditációjának rendszerét. Ez a nemzetközi, minőségi prevenációs sztenderdekre épül, melynek szempontrendszere átlátható és hozzáférhető, és garantálja a drogprevenáció minőségét.

Az államnak gondoskodnia kell a drogprevenációhoz való hozzáférés jogának érvényesüléséről, a szakemberek képzéséről, ezenkívül biztosítania kell a rendszeres forrásokat a prevenációs programok fenntartható működtetéséhez és értékeléséhez.

II. ÁRTALOMCSÖKKENTÉS

Az ártalomcsökkentő beavatkozások az integrált addiktológiai ellátórendszer részét, annak mintegy első lépcsőjét képezik. Fontos szerepet töltenek be azon szerhasználók életének és egészségének megőrzésében, akik nem akarnak vagy tudnak felhagyni a pszichoaktív szerek használatával. Ezenfelül hozzájárulnak a szerhasználók környezetének és a társadalom egészségének és biztonságának megőrzéséhez.

Az ártalomcsökkentés nem ellentétes az absztinencia-orientált kezeléssel és a felépülés-központú megközelítéssel, hanem azokat kiegészíti, és kölcsönösen javítják egymás eredményességét. Ezért e két területnek kölcsönösen együtt kell működniük egymással.

Az ártalomcsökkentő programoknak realiztikus célokat kell kitűzniük, széles körben, megbélyegzés nélkül hozzáférhetőnek kell lenniük. Különösen érvényes ez a magas kockázatú csoportokban és környezetekben (többek között a büntetés-végrehajtási intézményekben, szegregátumokban stb.).

Az ártalomcsökkentő programoknak alkalmazkodniuk kell a megcélzott társadalmi csoportok sajátos szükségleteihez és lehetőségeihez. Oda kell vinni a támogatást, ahol és ahogyan arra leginkább szükség van arra.

Az államnak biztosítania kell az ártalomcsökkentő programok zavartalan, fenntartható működését, monitorozását, az ehhez szükséges forrásokat, a megfelelő jogszabályi környezetet és a szakemberek képzését, illetve az innovációkhoz szükséges nemzetközi jógyakorlatok alkalmazásának feltételeit.

III. KEZELÉS / ELLÁTÁS

A kezelési programoknak tudományos bizonyítékokon kell alapulniuk, és alkalmazkodniuk kell – az adott terápiás program keretein belül – az egyén speciális (nemi, életkori, származási, szexuális orientációval kapcsolatos stb.) szükségleteihez, tiszteletben kell tartaniuk továbbá az egyén méltóságát, felelősségét és a változásra való felkészültségét.

A programban való részvételnek tájékozott beleegyezésen kell alapulnia és támogatni kell a résztvevők önrendelkezését, illetve a megbélyegzéstől és diszkriminációtól való mentességét az élet más területein is (pl. munkahely, gyermeknevelés stb.).

A kezelést csakis képzett, és / vagy megfelelő intézményi háttérrel rendelkező szakemberek nyújthatják, akik folyamatosan (tovább)képzik magukat, az aktuális addiktológiai (egészségügyi és szociális) szakmai irányelvek és minimumfeltételek betartásával.

A terápiás beavatkozásokat egy folyamatos ellátási lánc részeként kell nyújtani, amelynek részét képezik az egyén társbetegségeinek kezelését, illetve szociális integrációját célzó szolgáltatások (oktatás, lakhatás, munkahely stb.).

Az államnak biztosítania kell a kezelés / ellátás fenntartható működéséhez, a szakemberek (tovább)képzéséhez, a kezelés eredményességének folyamatos monitorozásához és értékeléséhez szükséges finanszírozást.

IV. KÍNÁLATCSÖKKENTÉS

A kínálatcsökkentés egy átfogó drogpolitika része, nem pedig öncélú drogellenes háború. A kínálatcsökkentő beavatkozásokat a kereslet- és ártalomcsökkentő beavatkozásokkal összehangolva, soha nem azok ellenében kell alkalmazni.

A kínálatcsökkentő munkának a fogyasztók üldözése és kriminalizálása helyett a kábítószeres nagybani termelését és terjesztését folytató szervezett bűnözői csoportok felderítését és

felszámolását, illetve a lakosságot leginkább zavaró, közösségellenes magatartások elhárítását kell prioritásként kezelnie.

A kínálatcsökkentés során alkalmazott intézkedéseknek reális célokat kell kitűzni. Azoknak arányosnak kell lenniük, tiszteletben tartva az emberi jogokat, kerülve a túlzott büntetéseket, erőszakos fellépést és diszkriminációt, illetve a szerhasználat kockázatainak növelését.

Törekedni kell a függőséggel összefüggő bűncselekmények elkövetőinek kezelésbe jutásának megkönnyítésére, lehetőség szerint a büntetőeljárás alternatívájaként.

Az államnak gondoskodnia kell a kínálatcsökkentő beavatkozások eredményességének és nem kívánt hatásainak monitorozásáról és értékeléséről.

Fővárosi Drogstratégia 2024-2029

A fővárosi drogstratégia iránti igény lehangosabban 2015-ben fogalmazódott meg, miután a legnagyobb tűcsereprogramok bezárni kényszerültek. Mivel ebben az időszakban kifejezetten magas volt az intravénás droghasználat aránya a fővárosban, megfelelő beavatkozások híján ez krízishelyzettel fenyegetett. A kábítószer-problémák megelőzésével és kezelésével foglalkozó négy szakmai ernyőszervezet, a Magyar Addiktológiai Társaság (MAT), az Ártalomcsökkentők Országos Egyesülete (ÁSZ), a Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetsége (MADÁSZSZ) és a Magyar Drogterápiás és Rehabilitációs Intézetek Szövetsége (MADRISZ) nyílt levélben fordult a Fővárosi Önkormányzat képviselőihez. Ebben az ombudsman 2014-es állásfoglalására hivatkoztak, amely szerint a tűcsereprogramok ellehetetlenítése jogsértő helyzetet idézett elő, amit az érintett önkormányzatoknak kezelniük kell. A levél hangsúlyozta a tűcsere HIV és hepatitis C járványveszély csökkentésében játszott szerepét, egyéni és társadalmi előnyeit, valamint kitért a megnövekedett intravénás szerhasználat és a drogszemét kérdésére is, amelyek megoldására összehangolt fellépést javasolt.

„Nyilvánvaló, hogy ezeket a problémákat egyetlen kerület nem képes kezelni: itt egy fővárosi szintű problémával állunk szemben, ennek a kerületek közötti ide-oda tologatása csak elodázza a megoldást, sőt, súlyosbítja a helyzetet. A problémákat ezenkívül nem lehet pusztán rendészeti

eszközökkel kezelni, átfogó stratégiai megközelítésre van szükség, amelynek éppúgy része a megelőzés, a kezelés és az ártalomcsökkentés, mint a rendészet. [...] Elfogadhatatlan, hogy egy olyan világvárosnak, mint Budapest, nincsen drogstratégiája, drogkoordinátora és 2010 óta egyetlen pályázatot sem írt ki a kábítószer-fogyasztás megelőzésére, kezelésére vagy ártalmainak csökkentésére. Arra kérjük a képviselőket, hogy szerezzenek érvényt az ombudsman állásfoglalásában megfogalmazottaknak, tűzzék napirendre a fővárosi droghelyzet tárgyalását és hozzanak határozatot a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum létrehozásáról.”

Bár a kezdeményezés akkor nem vezetett eredményre, a 2019-es önkormányzati választás előtt a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület (KCKT) egy drogpolitikai minimumprogrammal állt elő, ami fővárosi drogstratégiát és hozzá kapcsolódó cselekvési tervet, valamint budapesti drogkoordinációt és elkülönített fővárosi drogköltségvetést sürgetett. A programot kisebb meglepetésre nemcsak ellenzéki főpolgármester- és polgármester-jelöltek támogatták, de még Tarlós István is megvitatasra alkalmasnak találta.

A városi drogpolitikák fejlődése

Mielőtt megvizsgálánk Budapest friss drogstratégiájának részleteit, vessünk egy pillantást az európai kontextusra. A modern városok változatos kockázati környezetekben jól megférnek egymás mellett a problémás és a rekreációs droghasználat különböző típusai. Az új drogfogyasztási trendek és a problémás gócpontok rendszerint városi környezetben bukkannak fel elsőként, így felismerték, hogy ezek kezelésének is innen kell kiindulnia.

A városi drogpolitikák iránti igény az 1980-as években merült fel, amikor Európában először jelent meg a nyílt szintéri intravénás droghasználat, többek között Amszterdamban, Frankfurtban és Zürichben. A jelenség nemcsak túladagolások haláleseteket hozott magával, hanem a HIV és hepatitis C járvány terjedését, a közbiztonság romlását és lakosságra is veszélyt jelentő drogszemét megjelenését is. Több város vezetése is felismerte, hogy pusztán rendészeti eszközökkel nem tudja megfékezni a nyílt színen történő droghasználatot, sem a kibontakozó járványt, így komplex beavatkozási formát dolgoztak ki a helyzet orvoslására.

Frankfurtban 1989-ben külön drogkoordinációs irodát állítottak fel egy olyan munkacsoporttal, amelyben a segítő szervezetek képviselői a rendőrséggel, a városvezetéssel és az igazságügy képviselőivel együtt dolgoztak az új megoldáson. Világossá vált, hogy a rendőrségi rajtaütésekkel csak a helyszín ideiglenes megváltoztatását lehet elérni, ezért a fogyasztók üldözése helyett szociális munkások és orvosok léptek velük kapcsolatba, akik tanácsadást,

steril tűket, orvosi ellátást, ingyen óvszert, szállást és mosakodási lehetőséget biztosítottak számukra. Mire a nyílt színi droghasználat visszaszorult, az addigra felállt ártalomcsökkentő intézmények képessé váltak a kliensek rendszeres ellátására. A tūcserén felül megkezdődtek a metadon-fenntartó programok, amivel a szerhasználók többsége le tudta cserélni az utcai heroint. Azoknak, akiknek ez nem sikerült, felügyelt droghasználói szobákat nyitottak. Hét év alatt a halálos túladagolások száma a hetedére csökkent (147-ről 21-re), és a HIV fertőzött szerhasználók aránya is visszaesett más európai nagyvárosok szintjére. A frankfurti modellt számos városban alkalmazták, mivel életeket mentett, jelentős közegészségügyi előnyökkel járt, és növelte a közbiztonságot.

A '90-es évektől Európában egyre elterjedtebbé váltak a városi drogpolitikák, amelyek az adott városra jellemző jelenségekre reagáltak. Ezek gyakorlatilag minden esetben a drogterjesztés visszaszorítására, a szerhasználattal összefüggő ártalmak és bűnözés csökkentésére koncentrálnak, miközben a problémás fogyasztókat igyekeznek az ellátórendszer megfelelő formáiba csatornázni. Az elmúlt évtizedben nagyobb figyelem irányul a szabadidős droghasználókra is biztonságos szórakozóhelyek, elektronikus zenei partikon végzett ártalomcsökkentés és a fesztiválokon működő drogbevizsgáló szolgáltatások formájában, valamint normává vált az érintett lakosság bevonása a döntésekbe.

Évtizedes tévhitek felülírása

A 2021-ben Kerpel-Fronius Gábor főpolgármester-helyettes és Dr. Terdik Tamás BRFK-rendőrfőkapitány elnökletével felállt Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (BKEF) elsődleges feladata a fővárosi drogstratégia megalkotása volt. Mivel ebben az időszakban hatályos nemzeti drogstratégia már nem létezett, Budapest abba a helyzetbe került, hogy drogstratégiája országos szinten is modellként szolgálhatott.

A dokumentum kidolgozásába a drogprevenció, a kezelés, az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés területének szakértőit és a kerületi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tagjait vonták be, személyes jelentkezés alapján. A munkát közel 450 oldalnyi helyzetelemző kutatás előzte meg, ami pillérenként segített meghatározni az elsődleges célokat.

A 2010-ben született Prágai Deklaráció máig hasznos iránymutatással szolgál minden városi drogpolitikának. A nyilatkozat alábbi hét pontja a budapesti drogstratégiában is megjelenik, egy nyolcadik szemponttal kiegészítve:

- 1) Nincsenek egyenmegoldások: a városi drogpolitikáknak a helyi kihívásokra és igényekre kell rugalmasan reagálniuk.
- 2) A realizmus a kulcs: a drogmentesség irreális elképzelése helyett a drogkereskedelem és -használat okozta károk csökkentésére, megelőzésére és kezelésére kell törekedni.
- 3) Az emberi jogok elsődlegessége: a drogpolitikák kiindulópontja az egyenlő emberi méltóság. A szerhasználattal küzdőknek is joguk van a tisztességes bánásmódhoz és az egészségügyi ellátáshoz.
- 4) A közegészségügyi és a közbiztonsági szempontok nem ellentétei egymásnak: a közösség biztonságának védelme és egészségének megőrzése együtt vezet a drogjelenség ártalmainak csökkentéséhez.
- 5) Csak a bizonyíték alapú döntés az elfogadható: a drogpolitika elveinek és gyakorlatának tudományos módszertannal szerzett adatokon kell alapulnia.
- 6) Értékelés és monitorozás: az egyes beavatkozások megvalósulását és nem kívánt következményeit helyi szinten is vizsgálni kell.
- 7) Állandó információcsere a helyi, az országos és a nemzetközi drogpolitikai döntéshozók között: a folyamatok összehangolása mindhárom szinten szükséges.
- 8) Részvételiség, érintettek bevonása: a stratégia figyelembe veszi az érintett polgárok szükségleteit, és párbeszédet folytat velük.

A Fővárosi Drogstratégia tervezetét 2023 novemberében bocsátották társadalmi vitára. A BKEF ezt követő testületi ülésén élénk párbeszéd alakult ki az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés egyes pontjairól. Visszatérő érvként jelent meg az a vonatkozó ENSZ-jelentések és kriminológiai elemzések által tényszerűen cáfolt tévhit, amely szerint az ártalomcsökkentő szolgáltatások és a dekriminalizáció drogfogyasztásra buzdít, holott a Fővárosi Drogstratégia tervezete csak az ártalomcsökkentés Magyarországon jelenleg is működő formáit támogatja, és mindössze annyit javasol az államnak, hogy vizsgálja meg a fogyasztói magatartást enyhébben szankcionáló uniós modelleket. Ha az álláspontok nem is közeledtek érdemben az ülésen, hogy a vitázó felek egy pillanatig sem kérdőjelezték meg a másik jóhiszeműségét. A tervezetet végül 19 igen szavazat és 3 tartózkodás mellett fogadta el a BKEF testülete. A Fővárosi Közgyűlés december 13-ai ülésén ellenszavazat nélkül, 17 szavazattal egyhangúlag jóváhagyta a stratégiáról szóló javaslatot, 16 távollévő mellett.