

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-1131/2013. és AJB-7541/2013. számú ügyben**

Előadó: dr. Tóth László

Az eljárás megindulása, előzményei

Az alapvető jogok biztosa korábbi gyakorlatában a 2011-es évben – gyermekjogi ombudsmanként eljárva – a gyermekek legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joga érvényesülésének vizsgálata során a gyermekek drog- és alkoholfogyasztásának jelenségét vizsgáló megállapításait az AJB-1092/2011. számú jelentésben foglalta össze, amelyben kiemelte a gyermek és ifjúság-addiktológiai ellátórendszer területén fennálló hiányosságokat.

Az AJB-2913/2012. számú jelentésében az alapvető jogok biztosa a gyermekbarát igazságszolgáltatás témaköréhez kapcsolódva a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi szabályozásának változásait is megvizsgálta, különös tekintettel annak a fiatalok droghasználók fokozott kriminalizálásának veszélyével fenyegető szigorítására.

Az ombudsmani jelentések felhívták a figyelmet a Nemzeti Drogstratégia hatályon kívül helyezése és az új drogstratégia elfogadásának több éves elhúzódása miatt kialakult alapvető jogokat érintő visszasságot okozó ex-lex helyzetre, és a dizájner-drogok terjedéséhez kapcsolódó szabályozási környezetre vonatkozóan is fogalmaztak meg ajánlásokat.

A 2013-as évben hosszas szakmai vita után elfogadott új Nemzeti Drogstratégia és drogkoordináció központi szakmai irányító-tanácsadó szintjének átalakítása a drogszakmai-civil szervezetek részéről megfogalmazott vélemények, jelzések szerint a korábbinál kevesebb teret biztosít az alacsonyküszöbű és az ártalomcsökkentő jellegű szolgáltatásokat biztosító civil szervezeteknek. Más vélemények szerint a civil szereplők érdemi vélemény-nyilvánítási lehetőségei a drogprobléma kezelésének irányait alapvetően meghatározó kormányzati koordinációs testületek munkájában is korlátozottabbak a korábbiakhoz képest.

Fentiek indokolták a drogkoordináció újjáalakított intézményi rendszerének, azon belül a civil szakmai vélemények artikulációs lehetőségei érvényesülésének vizsgálatát.

Fenti kérdéskörrel való szoros összefüggés alapján egyedi panaszbeadvány kapcsán vizsgáltam továbbá a Budapest VIII. kerületében kialakult, a Kék Pont Alapítvány tücserszolgáltatása és a helyi önkormányzat együttműködési megállapodásának utóbbi általi felmondása miatt kialakult, a szolgáltatás megszűnésének lehetőségével fenyegető helyzet körülményeit, annak alapjogokkal összefüggő vonatkozásait.

A tényállás tisztázása érdekében megkereséssel fordultam az Emberi Erőforrások Miniszteréhez és Budapest Főváros VIII. kerülete polgármesteréhez.

Érintett alapvető jogok

- A jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye: „*Magyarország független demokratikus jogállam.*” [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés]
- A testi és lelki egészséghez való jog: „*Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.* [Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdések]
- Az egészséges környezethez való jog: *Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.* [Alaptörvény XI. cikk (1) bekezdés]

A vizsgálat megállapításai

I. A hatásköröm tekintetében

A feladat- és hatáskörömet, valamint az ennek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságaimat az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (továbbiakban: Ajbt.) határozza meg. Az Ajbt. 18. § (1) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosához bárki fordulhat, ha megítélése szerint – többek között – a közigazgatási szerv tevékenysége vagy mulasztása a beadványt tevő személy alapvető jogát sérti vagy annak közvetlen veszélyével jár (a továbbiakban együtt: visszásság), feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Az Ajbt. 18. § (2) bekezdése szerint *közszolgáltatást végző szerv* – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – az állami vagy önkormányzati feladatot ellátó, illetve e feladat ellátásában közreműködő szerv, a közüzemi szolgáltató, az egyetemes szolgáltató, az állami vagy európai uniós támogatás nyújtásában vagy közvetítésében közreműködő szervezet, a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet, valamint a jogszabályban előírt, kötelezően igénybeveendő szolgáltatást nyújtó szervezet. A közszolgáltatást végző szerv kizárólag e tevékenységével összefüggésben vizsgálható.

A törvény értelmében az alapvető jogok biztosa a hatóságok tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból is eljárást folytathat. A hivatalból indított eljárás természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálására vagy egy alapvető jog érvényesülésének átfogó vizsgálatára irányulhat (18. § (4) bekezdés).

II. Az érintett alapvető jogok tekintetében

1. Az Alaptörvény B) cikkének (1) bekezdése kimondja, hogy *Magyarország független demokratikus jogállam*. Az Alkotmánybíróság több határozatában megfogalmazta, hogy a jogállam nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság. A jogbiztonság az állam [...] köteletségévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. A jogbiztonság tehát nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is. Ezért alapvetőek a jogbiztonság szempontjából az eljárási garanciák. Csak formalizált eljárás szabályainak követésével keletkezhet érvényes jogszabály, csak az eljárási normák betartásával működnek alkotmányosan a jogintézmények.¹ Az alanyi jogok és kötelezettségek érvényesítésére szolgáló eljárási garanciák a jogbiztonság alkotmányos elvéből következnek. Megfelelő eljárási garanciák nélkül működő eljárásban a jogbiztonság szenved sérelmet.²

2. Az Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdése alapján mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, ennek az alapjognak az érvényesülését pedig Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a *legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog* tartalmát (Alkotmány 70/D. §), és mindezek az értelmezések álláspontom szerint – függetlenül attól, hogy „legmagasabb szintű” jelző az Alaptörvényben már nem kapott helyet – továbbra is hivatkozhatóak maradnak.

¹ 9/1992. (I. 30.) AB határozat

² 75/1995. (XI. 21.) AB határozat

Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint a (legmagasabb szintű) testi és lelki egészséghez való jogként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul. Az állam szabadsága nem terjed odáig, hogy anélkül üressé ki az egyik legfontosabb garanciális intézmény tartalmát, hogy helyette nem építi ki az alapvető jog megvalósulásának azonos súlyú biztosítékait. Az Alkotmánybíróság ugyanakkor utalt arra is, hogy az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.

Az Alkotmánybíróság olvasatában az ilyen szélső eseteken túl azonban az állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen. Az az Alkotmányba foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.

A jogalkalmazási gyakorlatra fókuszáló ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban lehetősége van akár az Alkotmánybíróság által követettől eltérő, további alapjogi követelmények megfogalmazására és kibontására. Önmagában ugyanis az a tény, hogy az Alkotmánybíróság, annak alacsonyabb mércéje miatt valamely jogszabályi rendelkezést, jogi-szervezeti megoldást az egészséghez való jog érvényesülése szempontjából – a fenti gyakorlat alapján – nem minősít alkotmányellenesnek, még egyáltalán nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy e norma gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel kapcsolatban az egészséghez való joggal, vagy ennek alanyi jellegű részjogosítványával, az egészségügyi ellátáshoz való jogosultsággal összefüggő visszásság megállapítására kerüljön sor. Értelemszerűen nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszásság pusztán egy intézmény megszüntetése, átalakítása, összevonása, feladatátadása miatt, egy ilyen szemlélet parttalanra és esetlegessé tenné az alapvető jogok biztosa által biztosított jogvédelmet. (Más a helyzet, ha az egészségügyi intézményrendszeren belül, így például az autizmussal és egyéb fogyatékossággal élő betegellátás területén meghatározott helyeken, megyékben vagy régiókban bizonyos speciális szakellátások érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot hosszú időn keresztül „stabilizálódik”.)

3. Az Alaptörvény XXI. cikkében deklarált egészséges környezethez való jog értelmezését az Alkotmánybíróság a jelentősége folytán alapvetőként értékelhető 28/1994. (V. 20.) AB határozatában, valamint az arra épülő későbbi határozataiban végezte el. A testület e döntésében –részletesen elemezve az egészséges környezethez való jogot – megállapította, hogy az elsősorban önállósult és önmagában vett intézményvédelem, azaz olyan sajátos alapjog, melynek az objektív, intézményvédelmi oldala túlnyomó és meghatározó. A környezethez való jog az állam környezetvédelemre vonatkozó kötelezései teljesítésének garanciáit emeli az alapjogok szintjére, beleértve a környezet elért védelme korlátozhatóságának feltételeit is.

E jog sajátosságai folytán mindazokat a feladatokat, amelyeket másutt alanyi jogok védelmével teljesít az állam, itt törvényi és szervezeti garanciák nyújtásával kell ellátnia. Az állam kötelességeinek magukban kell foglalniuk az élet természeti alapjainak védelmét és ki kell terjedniük a véges javakkal való gazdálkodás intézményeinek kiépítésére.³ Az Alkotmánybíróság nyomatékosan hangsúlyozta, hogy az *állam nem élvez szabadságot abban, hogy a környezet állapotát romlani engedje, vagy a romlás kockázatát megengedje*. Ez az állami fellépés olyan korlátját jelenti, amely megakadályozza, hogy a már elért objektív védelmi szint, illetve hatékonyság csökkenjen, az addig elért környezetállapot romoljon.

III. A vizsgálat érdeme tekintetében

1. A legújabb felmérések eredményei

a.) ESPAD

Az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD) az Európa Tanács Pompidou Csoportja és a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) eszmei támogatásával indult, azzal a céllal, hogy a fiatalok alkohol- és drogfogyasztásáról valamint dohányzási szokásairól 4 évenként rendszeresen ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön. Az első adatfelvételre 1995-ben, a másodikra 1999-ben, a harmadikra 2003-ban, a negyedikre 2007-ben került sor 35 európai ország részvételével. 2011 tavaszán volt az ESPAD (www.espad.org) legfrissebb, immár ötödik adatfelvétele az érintett országban, köztük Magyarországon is.

Az ESPAD 11 magyarországi adatfelvételét a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete végezte az Echo Survey Szociológiai Kutatóintézetrel együttműködésben.

A 2011 évi ESPAD jelentés alapján a magyar diákok az európai átlaghoz hasonló eredményeket mutatnak mind a nyolc vizsgált mutató (cigaretta, alkohol és drogfogyasztás különféle mintázatai) vonatkozásában. Egyedül a 30 napon belüli cigarettázás értékei mutatnak az átlagnál szignifikánsan (9 százalékponttal) magasabb értéket. A visszaélésszerű gyógyszerhasználati érték pedig relatív arányukat tekintve magas: másfélszerese az átlagnak (9% próbálta már őket Magyarországon, míg az átlag csak 6%).

A jelentés szerint a legfőbb probléma nem az, hogy utolértük vagy megelőztük az európai átlagot, mint inkább az, hogy 1995-ben regisztrált szintekhez képest az alkohol - de különösképpen a drogfogyasztás nagymértékben nőtt. Nyilvánvaló azonban, hogy nincsenek egyértelmű ismereteink arra nézve, hogy mennyit változott a tanulótársadalmon belüli megítélése ezeknek a magatartásformáknak, mennyire divat eltitkolni, esetleg nyilvánosságra hozni a szerfogyasztást, azaz, hogy a mért változás a mennyiben tükrözi a valóság állapotot.

b.) A Nemzeti Drog Fókuszpont jelentése (különös tekintettel a tűcsere programokra)

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2013-as jelentése⁴ szerint, a 2012-es év a kábítószerügyi koordináció feladatait tekintve az intézményi átszervezések és az új drogstratégia további módosításának jegyében telt. Az új pszichoaktív szerek megjelenése nyomán a 2012-ben kidolgozott jogszabályi háttér nyújt alapot a kockázatok értékelésére és az esetleges jogszabályi változások kidolgozására.

2012-ben nem zajlott országos reprezentatív vizsgálat az általános népesség szerhasználatával kapcsolatban. Egy, a fiatalok bűnelkövetői, erőszakos magatartásával kapcsolatos regionális kutatás felmérte a budapesti és a veszprémi 8-9-10. osztályos diákok szerhasználatát is, mely a 2011. évi ESPAD vizsgálattal megegyező eredményre jutott.

³ 996/G/1990. AB határozat

⁴ http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2013_HU1.pdf

A vizsgálat eredményei megerősítettek több, korábbi prevalencia vizsgálatokból már ismert trendet: a kannabisz magasabb életprevalenciáját Budapesten, illetve a nők körében magasabb visszaélésszerű gyógyszer-használatot.

A korábbi években meghatározott pályázati prioritások figyelembevételével továbbra is kiírásra kerültek a prevenciós terület szakmai fejlesztéseit célzó pályázatok. A fiatalok bűnelkövetői, erőszakos magatartásával kapcsolatos regionális kutatás a fiatalok iskolai prevenciós programokkal kapcsolatos tapasztalatait, attitűdjeit is felmérte. Az iskolai prevenciós programokkal kapcsolatos kutatásban azt találták, hogy ezek a programok elérték a fiatalok nagy részét, ugyanakkor az eredmények alapján a vidéki iskolásokhoz képest a budapestiek kisebb arányban szereztek ezekből információt.

A tücsere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok 2012-re vonatkozóan továbbra is alátámasztják az új pszichoaktív szerek intravénás használatának növekvő előfordulási gyakoriságát. 2012-ben az utcai elnevezésű – feltehetően a pentedronra utaló – „pentakristály” volt a leggyakoribb szer az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében.

A kapacitások és a hozzáférhetőség szűkülése mellett az új pszichoaktív szerek folytatódó térnyerése közvetlen és közvetett módon is hatással volt a kábítószer-használók kezelésére, ellátására. Közvetlen hatása a kezelési igény területén volt érzékelhető. Az új pszichoaktív szerek fogyasztásából adódó kezelési szükséglet továbbra is tetten érhető volt. A kezelési és tücsere adatok alapján a közegészségügyi szempontból különösen kockázatos intravénás szerhasználói populáció esetében is meghatározóvá vált ezen szerek fogyasztása.

Egyik közvetett hatás a kezelésbe lépők számának csökkenése volt. Mivel a kezelésbe lépők többsége a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezdett kezelést, a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények visszaesése (részben a kábítószerként nem szabályozott új pszichoaktív szereknek köszönhetően) hatást gyakorolt a kezelésbe lépők számára is.

A heroin-használattal kapcsolatos kezelési igény tovább csökkent 2012-ben, mely tendencia összhangban áll a lefoglalási, tücsere és halálozási adatokkal egyaránt. A visszaesés oka részben a heroin hozzáférhetőségének lecsökkenése, részben pedig az új pszichoaktív szerek elterjedése lehet. 2012 folyamán a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 8 városban, összesen 15 szervezetnél – drogambulanciákon, illetve tücsere programokban – ajánlották fel rutinszerűen. A 378 intravénás szerhasználó körében – a korábbi évekhez hasonlóan – HIV-fertőzött nem került azonosításra, továbbá a HBV fertőzöttek száma is nagyon alacsony volt. A HCV prevalencia 23,2%-os volt, azonban az aktív – elmúlt 4 hétben is – injektálók körében az átlagértékhez képest szignifikánsan magasabb, 30,8%-os HCV prevalencia értéket mért a vizsgálat.

A HCV fertőzés előfordulási gyakorisága az új pszichoaktív szereket injektálók körében volt a legmagasabb, a vizsgálatba került „pentakristályt” injektálók 52,4%-a, az elsődlegesen MDPV-t injektálók 45%-a volt HCV-fertőzött. Mind a fecskendő mind az injektáló eszközök elmúlt 4 hétben történő megosztása szintén ebben a szerhasználói csoportban volt a leggyakoribb (fecskendő megosztás: 40%-75%; eszközmegosztás: 64%-74%). Több kezelőhely is beszámolt az új pszichoaktív szerek (jellemzően MDPV) indukálta pszichotikus állapot és pszichiátriai tünetek előfordulásáról klienseik körében.

A tücsere programok esetében 2012-ben új három éves támogatási ciklus kezdődött, melynek következtében bővült a földrajzi lefedettség, azonban jelentősen mértékben csökkent mind az osztott (35%-kal) és hozott+gyűjtött fecskendők (36%-kal), mind a kontaktok (14%-kal) száma. Ennek ellenére a kliensek számában nem figyelhető meg csökkenés, továbbá 2012-ben a programok közel ugyanannyi új klienst regisztráltak, mint 2011-ben. A becserelési arány alig változott, 71%-os volt 2012-ben. *A csökkenő finanszírozási források a legnagyobb forgalmú programokat az alkalmanként becserélhető és elvihető fecskendő mennyiség korlátozására, néhány esetben csökkentett nyitvatartási időre, vagy ideiglenes bezárásra kényszerítették.*

2012-ben nőtt a kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggő halálesetek száma a korábbi évekhez viszonyítva. Az emelkedés elsősorban stimuláns típusú szerekkel hozható összefüggésbe. Egy alkalommal GHB, 5 alkalommal új pszichoaktív szer (5-IT, 4-MEC1) vezetett halálesethez, ami korábban nem volt megfigyelhető. További új szerek (MDPBP, fluor-amfetamin) – noha nem magas koncentrációban voltak jelen az elhunytak biológiai mintáiban – szerepet játszhattak további haláleseteknél is. 2012-ben mind a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények, mind a bűncselekményeket elkövetők száma csökkent (12,9%-kal, illetve 14,1%-kal). A bűncselekmények között valamelyest csökkent a kannabisszal elkövetett visszaélések aránya, ugyanakkor az esetek 75%-ában még mindig ez a szer volt az elkövetés tárgya. Az amfetaminnal elkövetett visszaélések aránya viszonylag nagymértékben, 6 százalékponttal emelkedett az előző évhez képest. 2012-ben a regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények között a fogyasztói típusú magatartások aránya 87,8%, a kereskedői típusú tevékenységeké 10,9% volt. 2011-hez képest tovább folytatódott a kereskedői típusú elkövetések arányának évek óta megfigyelhető fokozatos csökkenése.

2012-ben 138 fogvatartott kezdett valamilyen kábítószerrel kapcsolatos kezelést vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatást, mindannyian elterelés keretében. A fogvatartás során kezelésbe kerülők esetében sokkal magasabb az intravénás szerhasználattal való érintettség mértéke, mint a nem bv. intézmény keretei között kezelésbe lépők körében.

A lefoglalási adatok alapján számottevően csökkent az ültetvényeken lefoglalt kender növények száma, ezzel párhuzamosan jelentősen emelkedett a csempészforgalomban lefoglalt marihuána mennyisége. A korábbi évekhez viszonyítva emelkedett az MDMA-tartalmú (Ecstasy) tabletták és porok piaci részesedése. Az amfetamin, a kokain és a heroin piaca 2011-hez képest nem mutatott jelentős változást 2012-ben. Az új szintetikus szerek közül a szintetikus kannabinoidokat tartalmazó növényi anyagok lefoglalásai megduplázódtak, a jellemzően katinon-származékokat tartalmazó porokban 2012-ben a pentedron volt a leggyakoribb hatóanyag. Az új pszichoaktív szerek töretlen népszerűségéhez a hagyományos szerekhez viszonyított alacsonyabb árak is hozzájárul, különösen a „szintetikus fű”-ként kínált növényi keverékek esetében, melyek már 1000-1500 Ft-os grammonkénti áron beszerezhetők, szemben a marihuána 2500 Ft körüli átlagárával. A klasszikus kábítószerek utcai árai nem változtak érdemben az előző évekhez képest.

A fecskendő használatával/megosztással összefüggő 2012-es kvantitatív adatok alátámasztják több kvalitatív kutatás eredményeit is, miszerint az új pszichoaktív szereket jellemzően gyakrabban injektálják, ennek következtében az újrahaználás és a megosztás kockázata is megnövekszik. Emellett a fecskendő megosztás és újrahaználás háttérében állhat a tűcsere szolgáltatás 2012-ben mért csökkenő hozzáférhetősége is. A tűcsere szervezetek 2013-ban is az öt éve létrehozott adatgyűjtő internetes portálon jelentették forgalmi és kliens adataikat 2012-re vonatkozóan a Nemzeti Drog Fókuszpont számára.

2012-ben sor került az adatgyűjtő portál revíziójára és felújítására: új funkciók kerültek bevezetésre, felhasználóbarátabb felület kialakítására került sor, illetve ezen túl az adatszolgáltatók számára is több hasznos statisztika és grafikon érhető el. Az oldal fejlesztése során beépítésre került az egyéb segédeszközök/ártalomcsökkentő szolgáltatások nyújtását monitorozó on-line kérdőív is. 2012-ben új három éves támogatási ciklus (2012-2014) kezdődött meg a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást – többek között tűcseret – működtető szolgáltatók állami támogatása. Januárban fogadták be a pályázatok nagy részét, de júniusban egy kiegészítő pályázat keretében további szervezetek is befogadásra kerültek, amelyek visszamenőleg áprilistól kaptak finanszírozási támogatást.

Az új támogatási ciklus hozta változások nagymértékben befolyásolták a tűcsere programok forgalmát és földrajzi hozzáférhetőségét. A Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet Országos Szolgáltatás Módszertani Koordinációs Központ keretei között az Addiktológiai Módszertani Munkacsoport 2012-ben készített egy szakmai tervet a szaktárca

felé az „Alacsonyküszöbű (túcsere) szolgáltatók ártalomcsökkentő eszközökkel való központi ellátása” címmel, mely tárgyalta a 2012. évre történő finanszírozási befogadás hatását a túcsere programok vonatkozásában, a „túdepó” felállításának szükségességét, finanszírozását és működtetését, valamint a további ártalomcsökkentő eszközök bevonásának lehetőségét.

Mivel a 2012. év során a legnagyobb forgalmú programok esetében jelentősen csökkent a rendelkezésre álló kiosztható fecskendők száma, a 2012. év végén az Ártalomcsökkentők Országos Szakmai Egyesületének megkeresésére, továbbá az Addiktológiai Módszertani Munkacsoport szakmai tervére is reflektálva az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) 6 millió forint összegű egyedi támogatásról döntött. A miniszteri támogatásból 255.400 fecskendő megvásárlására és szétosztásra nyílt lehetőség a legnagyobb túcsere forgalmat bonyolító szervezetek körében. 2012-ben 29 szervezet nyújtott túcsere szolgáltatást hazánkban, míg 2011-ben 24. 2012-ben 16-ról 20-ra nőtt azoknak a városoknak a száma, ahol hozzáférhető volt túcsere szolgáltatás: Ajkán megszűnt, míg Gyöngyösön, Dunaújvároson, Érden, Hódmezővásárhelyen és Ózdon elindult a szolgáltatás. A szolgáltatások 14 megyében (2011: 12 megye) voltak elérhetőek, továbbá mind a 7 régióban található volt legalább egy túcsere program. A szolgáltatók összesen 420.812 fecskendőt osztottak ki, a hozott+gyűjtött fecskendők száma 298.586 darab volt. A növekvő területi lefedettség ellenére mind az osztott mind a hozott+gyűjtött fecskendők számát tekintve az előző évek növekvő tendenciájával szemben jelentős csökkenés volt megfigyelhető: 2012-ben 35%-kal kevesebb fecskendőt osztottak ki a szolgáltatók, a hozott+gyűjtött fecskendők száma pedig szintén jelentős mértékű, 36%-os csökkenést mutat 2011-hez képest. A becserélési arány közel azonos az előző évvel, 71%-os volt.

A legnagyobb forgalommal rendelkező budapesti szolgáltatók (Art Éra Alapítvány; Kék Pont Alapítvány; Drogprevenciós Alapítvány; Válaszút Alapítvány), illetve a pécsi INDIT Közalapítvány jelezték, hogy az egy alkalommal kiadható fecskendők számát 2-10 fecskendőre kellett korlátozniuk, hogy a rendelkezésre álló források mentén életben tudják tartani a programjukat. Több szervezet beszámolt arról, hogy ha nem rendelkeztek volna egyéb forrásokkal – integrált intézményi háttér, (egyházi) háttér szervezet, nemzetközi pályázat, adomány – akkor programjukat nehezen tudták volna működtetni.

A kiadott fecskendők számának limitálása mellett egyes programok csökkentett nyitvatartási időről (Kék Pont Alapítvány; Art Éra Alapítvány) illetve átmeneti bezárásról számoltak be (Art Éra Alapítvány). A steril fecskendők csökkenő hozzáférhetősége ellenére 2012-ben közel ugyanannyian vették igénybe a szolgáltatást, mint az azt megelőző évben, a programok 3357 főt értek el. A kontaktok száma viszont 14%-kal esett vissza, a tárgyévben a kliensek 28.699 alkalommal látogatták a programokat. 2012-ben közel ugyanannyi új kliens – 1555 főt – regisztráltak a túcsere programok, mint 2011-ben. A fentiekben bemutatott változásoknak köszönhetően 2012-ben jelentősen csökkent az egy kliensre, illetve egy kontaktra jutó osztott és hozott+gyűjtött fecskendők száma is, továbbá elmondható, hogy 2011-hez képest egy kliens átlagosan kevesebbszer látogatta a túcsere programot 2012-ben, amelynek egyik háttértényezője lehet a két nagy forgalmú budapesti program csökkentett nyitva tartása, illetve egyikük ideiglenes szünetelése. A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve 2012-ben egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 74 steril fecskendő jutott, míg 2011-ben 114 darab. A területi bontást vizsgálva elmondható, hogy, bár a budapesti programok adataiban érhető leginkább nyomon az országos összesítésben megfigyelt csökkenő trend, továbbra is Budapesten került kiosztásra és begyűjtésre a fecskendők több mint 90%-a, a kliensek és kontaktok számát vizsgálva hasonló az arány a főváros javára.

Állandó telephelyű programokat 2012-ben 27 szervezet működtetett a 2011-ben rögzített 22 szervezet helyett, ebből 6 budapesti és 21 vidéki volt. Ennek a programtípusnak a keretében került kiosztásra az összes fecskendő 78%-a.

Az összesen 28 program keretében (Az INDIT Közalapítvány Pécsen két programot működtetett) kiosztott fecskendők száma 328.060 db volt, amely az előző évhez képest 42%-os csökkenést mutat (2011: 563.171 darab). A behozott fecskendők száma 217.741 darab volt, azaz körülbelül csak fele annyi használt fecskendőt hoztak vissza a kliensek 2012-ben, mint 2011-ben. A becserélési arány szintén csökkenő tendenciát mutatott 2011-hez képest.

A csökkenő trend nagyrészt a budapesti programok által jelentett adatokban érhető nyomon. A csökkenő fecskendő forgalmi adatok ellenére 6%-kal emelkedett az állandó telephelyen megforduló kliensek száma: 2012-ben 3122 fő volt. A kontaktok száma ezzel ellentétben csökkent (14%-kal), többek között a már említett több programot is érintő szigorításoknak köszönhetően. Az állandó telephelyű programok 2012-ben összesen 1452 új klienst értek el, azaz olyan intravénás szerhasználót, aki a tárgyévben regisztrált először a programban. Mobil tölcsérét 2012-ben már csak egy budapesti szervezet folytatott, a miskolci program, amely korábban több környező települést is ellátott, finanszírozási okok miatt megszűnt. Ez volt az egyetlen olyan programtípus, ahol bár csökkent a szolgáltatást nyújtó szervezetek száma, a fecskendőforgalmi adatokban növekedés volt detektálható. Az ellátott kliensek száma a miskolci program kiesése miatt csökkent, azonban a kontaktok száma növekedett.

A rejtett intravénás szerhasználók elérését és számukra a tölcsérét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok száma 2012-ben 20 volt (2011-ben 13), amelyből 4 volt található Budapesten és további 16, vidéki városokban. Az egyik legjelentősebb változás ennek a programtípusnak a tekintetében, hogy 2012-ben finanszírozási okok miatt már nem működött a korábban nagy forgalmat bonyolító budapesti Dzsumbuj program. Ez az összesített adatokat is jelentősen is befolyásolta: kevesebb, mint felére esett vissza a kiosztott fecskendők száma, a begyűjtött használt fecskendők száma szintén hasonló csökkenést mutatott. 2012-ben ebben a programtípusban emellett jelentősen csökkent az ellátott intravénás szerhasználók száma, ezzel párhuzamosan a kontaktok száma is csökkent 2011-hez képest. Az automaták fecskendő forgalma tovább csökkent 2012-ben. Ennek egyik oka, hogy a budapesti Nyírő Gyula Kórház tű-automatája finanszírozási okok miatt 2012-ben már nem üzemelt, így csak négy városban volt elérhető ilyen típusú szolgáltatás (Pécs, Miskolc, Békéscsaba, Gyula). 2013-ban egy on-line kérdőív segítségével lekérdezésre került a tölcsere programok körében, hogy a fecskendők mellett milyen egyéb steril eszközöket és szolgáltatásokat nyújtottak még a klienseknek 2012-ben. A steril fecskendő mellett, a legtöbb szolgáltató nyújtott szóbeli tanácsadást a biztonságos injektlásról, illetve biztosított savasítót, óvszert, alkoholos törülközőt és vitamint. A szervezetek fele osztott steril szűrőt, illetve kevesebb mint egyharmada steril főzőedényt.

2. A 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni Európai Unió stratégia

Az Európai Unió Tanácsa 2012. december 7-én fogadta el a 2013 – 2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégiát.⁵ A stratégia alapját mindenekelőtt az uniós jog alapelvei képezik, az minden tekintetben képviseli az Unió alapértékeit: az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartását. Célja a társadalom és az egyén jólétének védelme és növelése, a közegészségügy védelme, magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára, valamint a kábítószer-jelenség kiegyensúlyozott, integrált és tényeken alapuló megközelítése.

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

⁵ http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EU_drogstrategia_13-20_HU.pdf

*uniós és nemzetközi szintű koordináció ösztönzése, – az EU, 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 tényalapot nyújtson a szakpolitikákhoz és a cselekvésekhez. A stratégia szerint kábítószer-kereslet csökkentése több egyenlően fontos és egymást kölcsönösen erősítő intézkedésből áll, többek között a (környezeti, egyetemes, szelektív és indikált) megelőzésre, a korai észlelésre és beavatkozásra, a *kockázatcsökkentésre és az egészségkárosodás mérséklésére*, a kezelésre, a rehabilitációra, a társadalmi visszailleszkedésre és a felépülésre vonatkozóan.*

A kábítószer-kereslet csökkentése területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy integrált, multidiszciplináris és tényeken alapuló megközelítést követve, valamint az egészségügyi, a társadalmi és az igazságügyi szakpolitikák közötti koherencia ösztönzésével és megőrzésével hozzájáruljon a tiltott kábítószeres használatának mérhető csökkenéséhez, és későbbre tolja a kábítószer-használat megkezdésének korát a használatnak, a függőségnek és a kábítószerrel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi kockázatoknak és ártalmaknak a megelőzése és csökkentése érdekében. A megelőzési programok rendelkezésre állásának és a programok hatékonyságának a javítása (a kezdeti hatástól a hosszú távú fenntarthatóságig), valamint a tiltott kábítószeres és az egyéb pszichoaktív anyagok használata kockázatának, valamint az azzal kapcsolatos következményeknek a fokozott tudatosítása. E célból a megelőzési intézkedéseknek korai észlelésre és beavatkozásra, az egészséges életmód ösztönzésére és a célzott (vagyis szelektív és indikált) megelőzésre is ki kell terjedniük, továbbá a családokra és a közösségekre kell irányulniuk.

Cél továbbá az olyan eredményes kockázat- és ártalomcsökkentési intézkedésekbe való beruházás és azokra vonatkozó további kutatás, 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.

A kábítószer-kínálat csökkentése területén a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia célja, hogy a tiltott kábítószer-kereskedelem megzavarása, a tiltott kábítószeres előállításában és kereskedelmében érintett szervezett bűnözői csoportok felszámolása, a büntető igazságszolgáltatási rendszer hatékony alkalmazása, a célravezető bűnüldözési operatív információk alapuló bűnüldözés és a bűnüldözési operatív információk fokozott megosztása révén hozzájáruljon a tiltott kábítószeres beszerizhetőségének mérhető csökkenéséhez. Uniós szinten a hangsúlyt a kábítószerrel kapcsolatos nagy léptékű, határokon átnyúló jellegű és szervezett bűnözésre helyezik majd.

Cél annak ösztönzése és elősegítése, hogy a civil társadalom, és azon belül többek között a nem kormányzati szervezetek, illetve a fiatalok, a kábítószer-használók és a kábítószerrel kapcsolatos szolgálatok ügyfelei tevékenyen és hatékonyan vegyenek részt és vállaljanak szerepet a kábítószer elleni politika nemzeti, uniós és nemzetközi szintű kialakításában és végrehajtásában. Célkitűzés továbbá az EU kábítószerrel kapcsolatos Civil Társadalmi Fórumának (Civil Society Forum on Drugs) bevonása uniós és nemzetközi szinten. Az Európai Bizottság mellett működő Civil Társadalmi Fórum ajánlásai között szerepel többek között a civil társadalmi szereplők jelentős mértékű bevonása a drogpolitika tervezési, végrehajtási, monitoring és értékelési folyamataiba.⁶

⁶ http://www.correlation-net.org/images/stories/pdfs/pdf_forum/csf_drugs_recom_ec_edit_%20vers_april12_1.pdf

3. Az új Nemzeti Drogstratégia és a drogkoordináció rendszerének hazai átalakítása

3.1. A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság és a Kábítószerügyi Tanács

A korábban hatályos Nemzeti Drogstratégiát a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat melléklete tartalmazta, ezt a 2010-ben hivatalba lépett kormány nem tartotta elfogadhatónak, azonban az új stratégia megalkotása rendkívüli módon elhúzódott. A hatályos és érvényben lévő drogstratégia hiányában előállt helyzet kapcsán az alapvető jogok biztosa már hivatkozott jelentésében megállapította az alkotmányos visszasságot.

A 2013-as év elején elkészült és társadalmi vitára bocsátott új Nemzeti Drogstratégia tervezetének szakmai indoklása szerint részben jelentős változások történtek a kábítószer-probléma kezelésében érintett egyes részterületeken illetve ezek feltételrendszerében, mélyreható társadalmi és gazdasági változások mentek végbe, részben jelentős negatív elmozdulás történt az egyes szerhasználati tendenciákban.

Az új nemzeti stratégia a 2013 és 2020 közötti időszakra, azaz nyolc évre állapít meg célkitűzéseket azzal, hogy az azok megvalósításához szükséges konkrét feladatokat a kormányzat szakpolitikai programok keretében fejtse majd ki részletesen.

A tervezet egészségügyi következményeiről a csatolt hatásvizsgálat szerint a fiatalok általános egészségi állapotának javulása várható a szerfogyasztási szokások előnyös változásai következtében (csökkenő illegális és legális szerfogyasztás). A Stratégia megvalósítása pozitív irányban befolyásolja a fiatalok és fiatal felnőttek lelki egészségét az iskolai egészségfejlesztés és drogmegelőzés támogatásával. Másrészt a már szerfogyasztás miatt egészség-kockázatnak kitett fiatalok és fiatal felnőttek egészségi állapotának javulása várható. A problémás szerfogyasztók és függők kezelésbe jutási esélyeinek javításával, illetve a felépülés-központú ellátás-szervezési célrendszerével a gyógyulás esélyeit javítja ezekben a csoportokban. A szakmai és civil szervezetek többségének véleménye szerint az új nemzeti drogstratégia immáron szakmailag elfogadható, kritikaként fogalmazódott meg viszont, hogy mivel a legújabb szöveg fő célkitűzéseit tekintve nagymértékben hasonlít a 2010-ben hatályon kívül helyezett, szöveghez, a leginkább vitatott részek pedig kikerültek a végleges tervezetből, vajon mi indokolta az ex lex állapot három évig való elhúzódását.

2012. májusában a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB) civil delegáltjai, egyben a drogterületen dolgozó négy nagy szakmai ernyős szervezet képviselői az Emberi Erőforrások Miniszteréhez eljuttatott levelükben a civilek és a kormányzat közötti kommunikáció és együttműködés eredményesebbé tétele érdekében emelték fel a szavukat..

A civil delegáltak álláspontja szerint a drogkoordináció tekintélye, politikai és pénzügyi támogatottsága már az előző kormány idején hanyatlani kezdett, és a jelenlegi kormány alatt ez a hanyatlás tovább folytatódott. A területre fordított költségvetés az elmúlt években drámaian csökkent, akárcsak a drogkoordináció pozíciója a kormányzati adminisztráción belül. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB), a kormány legfőbb tanácsadó és döntés-előkészítő szerve, ami kezdetben még két miniszter részvételével ülésezett és valóban formálta a drogpolitikát, ma már csupán formális szerepet kap – így például kritikaként fogalmazódott meg, hogy a kormány a KKB megkerülésével hozott döntést a nemzeti drogstratégia visszavonásáról és a Büntető Törvénykönyv szigorításáról.

A civil delegáltak véleménye szerint a költségvetés helyzete drámainak tekinthető, az elmúlt években több mint 60%-os visszaesést kellett elszenvednie a területnek, számos program a megszűnés határára került, a már odaítélt pályázatok kifizetésének csúszása miatt a futó prevenció és ártalomcsökkentő programok végrehajtása is ellehetetlenül. A civil társadalom és a kormány közötti kommunikáció akadozik, a szervezetek mellőzve érzik magukat, véleményüket nem hallgatják meg, vagy ha mégis, azzal ellentétes döntések születnek.

A KKB civil tagjainak 2012-es szakmai álláspontja szerint a dizájner drogok injektálásának terjedése és a gazdasági válság egy olyan veszélyes kombinációt képez, amelynek eredménye már más országokban is a HIV-fertőzések gyors terjedéséhez vezetett (Románia, Görögország) - félő, hogy amennyiben nem kerül sor gyors lépésekre az ártalomcsökkentő programok lefedettségének jelentős növeléséért, a legsúlyosabb helyzetben lévő intravénás droghasználói körben nálunk is járvány törhet ki.

A drogkoordináció kormányzati hangsúlyának visszaszorulása miatt az érintett civil szervezetek részéről kritikaként fogalmazódott meg, hogy nincsenek számon kérhető célok, mérhető indikátorok. A költségvetés helyzetének romlásával párhuzamosan a kábítószerügyi koordináción dolgozó minisztériumi alkalmazottak számát is lecsökkent, a pályázatokkal járó bürokratikus terhek azonban megnövekedtek.

Aggasztó jelenség, hogy az elhúzódó viták miatt a kormányzat és a kábítószerügy területén működő civil szervezetek közötti kommunikáció megromlott.

A területen az egészségügyi és szociális szolgáltatások többségét ellátó civil szervezetek, amelyek rá vannak utalva a kormányzati pályázatokra a pályázati pénzeszegek zsugorodásáról számoltak be, előfordult az is, hogy a már odaitélt pályázatokat is csak hosszas késéssel fizetik ki. Egyes szervezetek a megszűnés határára kerültek, hosszú évek óta sikeresen működő programok kénytelenek bezárni a kaput, munkatársakat küldenek el.

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány 2013 áprilisában nyilvánosságra került belső vizsgálata szerint az illegitim droghasználókkal foglalkozó szervezet munkatársaira a forrásmegvonás miatt az ellátásaik támogatása 2012-ben 22 millió forinttal csökkent, 10 munkatársuktól voltak kénytelenek megválni, valamint korlátozniuk kellett a tücsere programjukban a kiadható tűk számát is. Ugyanebben az időszakban a dizájner drogok térhódítása fokozott szakmai kihívást okozott, ami a munkatársak körében növelte a kilátástalanság érzését, korai kiégés, bizalmatlanság érzését. Félő, hogy a drogterület egészét érintő kivonások a többi alacsonyküszöbű és egyéb egészségügyi szolgáltató szervezeteknél is hasonló tendenciákat hívtak életre.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Sportért Felelős Államtitkársága 2013 januárjában vette át a szociális területtől az ifjúsági ügyeket, ezzel együtt a kábítószerfogyasztás visszaszorítása érdekében végzett koordinációs feladatokat is.

Az év elején az EMMI átutalta a tücsere-programra elkülönített hatmillió forintot az érintett szervezeteknek, amelyek átmeneti tűhiánnyal küzdöttek az alacsony küszöbű szolgáltatások támogatásának csökkentése miatt. Májusban az Ifjúsági-és Sport Államtitkárság részéről ismételt, 7 millió forint összegű egyedi támogatás megítéléséről született döntés.

Szintén problematikusnak tekinthető a kábítószer-koordináció kormányzati szintű testületének 2013-as átalakítása. 2007 és 2013 között a szakmai szervezetek által titkos szavazás útján delegált négy civil képviselő vehetett részt a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságban (KKB), ahol a minisztériumok és a kormányzati intézmények képviselőivel közösen ülésezhettek és hozhattak döntést. A 2013-tól létrejött új struktúrát a csak kormányzati képviselőkből álló a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság és a Kábítószerügyi Tanács alkotja, amelynek viszont kizárólag civil tagjai vannak.

Az EMMI álláspontja szerint a kábítószer elleni küzdelem, illetve a kábítószer-problémához kapcsolódó egyéni és társadalmi károk csökkentése valamennyi állampolgár, illetve az egész társadalom érdeke, ebben a feladatban fontos szerepe van a civil szervezetek tevékenységének. A civil szervezetekkel történő egyeztetésre a Kábítószerügyi Tanács keretében kerül sor. A Tanács lehetőséget biztosít a civil szervezetek széles körű bevonására, az egyes részterületekkel történő közvetlen és valódi párbeszéd megteremtésére. Ezen túlmenően a kábítószerkérdéshez kapcsolódó feladatok túlmutatnak egy-egy tárca kompetenciáján.

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság, mint magas szintű egyeztetési fórum lehetőséget biztosít a kábítószer-használattal összefüggő problémák összehangolt kezelésére és a tervezett feladatok koordinált megvalósítására az egyes részterületekért felelős kormányzati, illetve államigazgatási szereplők bevonásával.

Az érintett civil szakmai szervezetek az átalakítást negatívan értékelték, mivel a korábbi KKB civil delegáltjait demokratikus választhatták, azok nem a jogszabály rendelkezése révén kerültek kijelölésre. Szintén sérelmesnek tartották, hogy a kizárólag civilekből álló Kábítószerügyi Tanács visszalépést jelent a civil vélemények megjelenítése terén, hiszen ebben a testületben a civil szervezetek kvázi egymás között tanácskozhatnak, a helyett, hogy a minisztériumok képviselőivel közvetlenül tárgyalhatnának a drogkoordináció aktuális kérdéseiről. *Álláspontom szerint a korábbi Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság működésének tapasztalatai alapján átalakított egyeztetési-véleményezési, és koordinációs rend – az eddigi négy szervezet helyett, a Kábítószerügyi Tanácsban résztvevő 14 meghatározó társadalmi szervezet és háttérintézmény bevonása – továbbra is alkalmas a szakmai vita kezdeményezésére, és az egyes kérdések tartalmi, érdemi megvitatására, a kormányzati képviselőkkel való kapcsolata, biztosítja a társadalmi vélemények központi döntéshozatali folyamatokba való becsatornázását.*

3.2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok

A Nemzeti Drogellenes Stratégia felhívja a figyelmet arra, hogy a kábítószer-jelenség közösségi térben jelenik meg. Kiküszöbölése, kedvező irányú befolyásolása szempontjából tehát döntő fontosságú a közösség viszonyulása, válasz készsége és válasz képessége.

Megfelelő és egyértelmű közösségi válasz nélkül az intézményes próbálkozások hatóköre nem képes lefedni a szükségleteket. A különböző társadalmi problémák hatékonyan főleg azokban a közegekben befolyásolhatók, ahol azok keletkeznek. A kábítószer-problémák visszaszorítása elsősorban helyi szintű kezdeményezések ösztönzési igényli, hogy kialakuljon az a közösségi-civil-szakmai hálózat, amely minden településen lehetővé teszi a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz való egyenlő hozzáférést. E kérdéskörben a Stratégia célkitűzései szerint kiemelkedő szerepe van a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak (a továbbiakban: KEF).

A KEF-ek alapvetően multidiszciplináris munkacsoportként működnek, tagjait a drogprobléma kezelésében érintett, fontos szerepet játszó állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői adják. A KEF-ek többsége a helyi önkormányzatok mellett, vagy annak bázisán végzi tevékenységét, így jelenleg is viszonylag szoros az együttműködés.

A EMMI évek óta pályázati úton segíti a KEF-ek működését, a tárca tájékoztatása szerint céljuk, hogy valamennyi KEF rendelkezzen - a Nemzeti Drogellenes Stratégiához illeszkedő - helyi stratégiával és cselekvési tervvel, továbbá, hogy képes legyen a helyi viszonyoknak megfelelő prioritások meghatározására.

A KEF-ek tevékenységének célja, hogy helyi szinten összehangolja a közösség és az együttműködés, a megelőzés és gyógyítás, a rehabilitáció és a kínálatcsökkentés szervezeteinek és intézményeinek munkáját. Egységes szakmai és módszertani szemlélet megvalósításával a helyi szinten megvalósuló kábítószer-megelőző és -kezelő tevékenységet irányítja, ésszerűsíti a helyi szükségletek feltárásával és az ezekre épülő stratégiák kimunkálásával. Ezek alapvetően nem programok megvalósítását végző szervezetek, hanem a szakmai együttműködést segítő fórumokként értelmezhetők. Az állami feladatellátás területén bekövetkező szerkezeti és szervezeti változások új helyzetet és új lehetőségeket teremtenek a helyi együttműködések területén. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer, a köznevelés szervezésének, irányítási és felügyeleti rendszerének változása, a kormányhivatalok és az egészségügyi tervezésért és ellátás-szervezésért felelős struktúrák szerepének erősödése, az együttműködés új, hatékony formáinak kialakulását teszi lehetővé és egyben szükségessé.

A helyi önkormányzatok feladatkörének változása, új értelmezési keretbe helyezi a helyi kábítószerügyi koordinációt is. A helyi együttműködés biztosítja azt, hogy egy adott településen működő, illetve onnan hozzáférhető szolgálatok, szolgáltatások egymással összhangban végezzék munkájukat, és képesek legyenek a lelki egészséghez és azon belül a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó problémák hatékony kezelésére, a szervezeti határokon átnyúló megelőzési és betegellátási, esetvezetési feladatok elvégzésére. Ennek megfelelően cél, hogy – a közigazgatás átalakult rendszerére tekintettel – létrejöjjenek, illetve újjászerveződjenek azok a helyi együttműködési fórumok, amelyekben a kábítószer-probléma kezelésében felelősséggel rendelkező és jártas egészségfejlesztő, megelőző és kezelő tevékenységet folytató köznevelési, népegészségügyi és szociális ellátó, valamint bűnmegelőzési és bűnüldözési szervek vesznek részt.

A KEF-ek működésében az önkormányzati, a helyi társadalmi szervezetek és a kormányhivatalok által felügyelt szervezetek egyaránt fontos szereplők. A közigazgatási szervezetek és a kábítószer-használat elleni fellépésben közreműködő civil, egyházi szolgáltatók közötti partnerségnek, mint alapelvnek az érvényesülését a megnövekedett állami felelősségvállalással működő struktúrában is biztosítani kell.

A területért felelős minisztérium a jövőben szándékai szerint szeretné megerősíteni a KEF-ek rendszerét, a jövőben még szorosabbá kívánják fűzni az együttműködést az önkormányzatokkal. A feladat szerepel a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2014-15 évekre vonatkozó szakpolitikai program tervezetében is.

Jelenleg sajnálatos módon hiányzó láncszemként értékelhető a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Mivel a főváros drogproblémájának hatékony kezelése elképzelhetetlen Fővárosi KEF nélkül, a helyzet előmozdítása érdekében a tárca felvette a kapcsolatot a Fővárosi Önkormányzattal, egyelőre konkrét eredmény nélkül.

Tekintettel arra, hogy a Nemzeti Drogellenes Stratégia célkitűzéseinek megvalósítása keretében drogproblémák helyi szintű kezelésében kiemelt jelentőséget tulajdonít a KEF-ek működésének, a rendelkezésre álló adatok alapján pedig hazai problémás droghasználat szempontjából legsúlyosabban érintett településnek egyértelműen a Főváros tekinthető, megállapítom, hogy a Fővárosi KEF felállításának elhúzódása az egészséghez és az egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét hordozza magában.

4.) A józsefvárosi tücsere program helyzete

A Józsefvárosi Önkormányzat Képviselő-testülete szeptember 18. ülésén 14 igennel 2 nemmel és 1 tartózkodás mellett megszavazta azt a polgármester által tett előterjesztési javaslatot, amely a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány (a továbbiakban: Kék Pont) és az Önkormányzat között született 2010-es együttműködési megállapodás felmondására vonatkozott.

A döntés értelmében a megállapodást az Önkormányzat 2013. december 31-ei hatállyal felmondja. Az Önkormányzat határozata ezen kívül felkérte az ingatlan tulajdonosát, az önkormányzati tulajdonban lévő Kisfalu Kft-t, hogy vizsgálja meg a Kék Ponttal kötött bérleti szerződés felmondásának lehetőségét.

A panaszt benyújtó Társaság a Szabadságjogokért álláspontja szerint a döntés célja Magyarország legnagyobb forgalmú tücsere programja működésének megszüntetése, mivel, bár az Önkormányzat nem szakhatóság, de amennyiben az Alapítványt rendkívüli felmondással kiteszik az önkormányzati helyiségből, a szervezet nyilvánvalóan nagyon nehezen találna magának egy nagy valószínűséggel piaci alapon bérelhető és a lakók által engedélyezett, az érintett klientúrához közeli új helyiséget.

Az önkormányzat álláspontja szerint a Kék Pont drogambulancia tevékenysége sajnálatos módon több szempontból is problémákat okozott a kerületnek, a lakosoknak:

– A tüssere-program köztisztasági, közegészségügyi hatása: a kliensek által használt tűk nagy része a Kálvária tér és környékén található közterületekre, illetve eldugott ún." belövő helyekre" került, veszélyeztetve ezzel nemcsak a droghasználók, hanem a civil lakosság egészségét is.

– A tüssere-program közbiztonsági hatása: a program klienskörében gyakori volt a beszerzési bűnözés, a vagyon elleni bűncselekmények, lopás.

Fenti problémák miatt 2010. év elején egyeztetésre került sor az önkormányzat, a Kék Pont, a kerületi rendőrkapitányság, a kerületi tiszti főorvos, a Józsefváros Közbiztonságáért és Köztisztaságáért Kft. részvételével, mely egyeztetésen a Kék Pont részletes és érdemi javaslatokat tett a lehetséges együttműködési formákra.

A résztvevők a következő területeken állapodtak meg:

– közös fellépés a közterületi drogszemét kezelésében (fertőzött közterületek és belövő helyek feltérképezése, rendszeres ellenőrzése, takarítása),

– a józsefvárosi fiatalok nagyarányú érintettsége miatt prevenciós programok kidolgozása és végrehajtása,

– a helyi lakosság közös tájékoztatása a szükséges tudnivalókról, közös kommunikáció,

– a Kék Pont Alapítvány számára egy lehetséges új helyiség felkutatása, ahol a szolgáltatás folytatása a lakosság számára kevésbé érzékelhető problémát jelent,

– az eddigi tüssere gyakorlathoz képest az Kék Pont csökkenti a kiadott tűk számát,

– közös kidolgozása egy kerületi drogstratégiának.

Az egyeztetést követően a Képviselő-testület 59/2010. (II.17.) sz. határozata alapján a Budapest Józsefvárosi Önkormányzat 2010. március 5. napjától határozatlan időtartamú együttműködési megállapodást kötött a Kék Ponttal, az együttműködés pénzbeli támogatással az önkormányzat részéről nem járt.

A megállapodás tárgya: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Szt.) 65/A. § (2) bekezdésében foglaltaknak megfelelően szenvedélybetegek részére közösségi alapellátás, valamint a (3) bekezdésben foglaltaknak megfelelően szenvedélybetegek részére alacsonyküszöbű ellátás nyújtása Józsefváros területén. A szolgáltatásokat a Kék Pont a Józsefváros területén élő szerhasználók és hozzátartozók számára térítésmentesen biztosítja. A megállapodás alapvető célja a Kék Pont tevékenységéből fakadó problémák együttműködésen alapuló megoldása, megszüntetése volt.

Az önkormányzat a megállapodásban vállalta a Kék Pont számára egy a tevékenység ellátására alkalmas és lakossági szempontból megfelelőbb önkormányzati tulajdonú helyiség megkeresését és bérbeadását. A Kék Pont és a Kisfalu Kft. kötött 2012. március 9. napján kelt határozott időtartamú, 2016. december 31. napjáig tartó bérleti szerződés értelmében a 1086 Budapest, Magdolna u, 43. szám alatt egy 69 m²-es és egy 55 m²-es helyiség került biztosításra, kedvezményes bérleti díj fizetése mellett.

A képviselő-testület elé a 2013. szeptember 18-ai ülésre benyújtott előterjesztés alapján az önkormányzat felé érkezett negatív jelzések, melyek a Kék Pont által szervezett tüssere-programmal hozhatók összefüggésbe, indokoltá tették a szervezettel kötött együttműködési megállapodás felmondását. Az előterjesztés szerint a lakossági bejelentések, valamint a Józsefvárosi Közterület-felügyelet, a Józsefvárosi Városüzemeltetési Szolgálat, valamint a Kerületi Rendőrkapitányság jelzései szerint a kerületben jelentős számú eldobott injekciós tű található. A leginkább szennyezett helyszínek a Kálvária tér - Diószeghy utca - Práter utca - Losonczy tér - Lujza utca - Magdolna utca - Dobozi utca - FIDO tér - Teleki tér, mely területek a Kék Pont Kontakt Program körül csoportosulnak, és az itt működő tüssere program hozadékaként foghatók fel.

Az előterjesztés részletesen ismerteti a drogszemét begyűjtésére fordított önkormányzati erőfeszítéseket és megállapítja, hogy ebben a tevékenységben a Kék Pont megfelelő súllyal nem vesz részt.

Az önkormányzati előterjesztés szerint tekintettel arra, hogy a Kék Pont székhelye a szomszédos Ferencvárosban működik, a VIII. kerületi droghasználók számára a tücsere akció a továbbiakban józsefvárosi egység megszűnését követően is elérhető lenne.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma a kialakult helyzetben többé egyeztetést kezdeményezett, azonban tiszteletben tartva az önkormányzat döntését nem kívánt állást foglalni a konfliktusban. Mindemellett az EMMI az önkormányzat számára az addiktológiai tevékenység javítása érdekében két fő utcai megkereső tevékenységet végző szociális munkás felvételéhez biztosított forrást, és a drogszemét összegyűjtéséhez is forrásokat biztosított. A minisztérium álláspontja szerint elkötelezett az addiktológiai ellátás biztosítása és a közegészségügyi kockázatok minimalizálása mellett, és reményét fejezte ki a kialakult helyzet megnyugtató rendeződése mellett.

Az Önkormányzattal való megegyezés esélytelensége és a megnövekedett működési költségek miatti finanszírozhatatlanná válás következtében a Kék Pont józsefvárosi tücsere programja 2014. augusztus 26-án beszüntette tevékenységét.

5.) A tücsere programok célja, jogszabályi háttere

Az intravénás drogfogyasztók számát 16 millióra becslik a világon, körükben az átlagos népességhez képest átlagosan mintegy tízszer nagyobb a morbiditás és mortalitás előfordulása. Ezért túlnyomórészt a vér útján terjedő fertőzések és a túladagolások felelősek. A tücsere programok elsődlegesen abban segítik az intravénás droghasználókat, hogy ne kelljen megosztaniuk egymással felszerelésüket, így megvédhessék magukat, illetve szexuális partnereiket a fertőzésektől. Ez az intravénás droghasználók egészségének megóvása mellett jelentős társadalmi költségektől kíméli meg az adófizetőket.

A gyógyszerárban a drogfogyasztókat gyakran nem szolgálják ki. Még ha elérhetőek is a patikákban a tűk és fecskendők, az ingyenesség és az anonimitás miatt gyakran előnyben részesítik a tücsere programokat a droghasználók. A programok társadalmi haszna abban is megnyilvánul, hogy begyűjtik és megsemmisítik a potenciálisan fertőző fecskendőket. A tücsere programok általában még egy sor olyan szolgáltatást is nyújtanak, amivel a droghasználók egészsége megőrizhető és javítható, így például orvosi ellátást, szűréseket, oltásokat, oktatást biztosítanak, de megszervezik a kezelésre és terápiára jelentkezést is, így bizonyítottan elősegítik a peremhelyzetre kényszerült emberek társadalomba való visszailleszkedését is. A tücsere programok nem propagálják a droghasználatot. Az elterjedt kritikákkal szemben, nem akadályozzák a leszokás sikerességét, ellenkezőleg, növelik a rehabilitáció esélyét: mivel hozzájárulnak ahhoz, hogy a drogfogyasztók ellátásba jussanak, hosszú távon csökkentik az illegális szerhasználat előfordulását, és hozzájárulnak az egészséges környezet kialakulásához.

Ezen felül a tücsere programok, más ártalomcsökkentő programokhoz hasonlóan a bizonyítékon alapuló szociálpolitikai rendelkezések közé tartoznak, amelyek a drogfogyasztók alapvető jogait tiszteletben tartva nyújtanak ellátást és segítséget. A tücsere programok működésének biztosítása azt is jelenti, hogy az állam tiszteletben tartja a polgárok önrendelkezési jogát, de mégsem hagyja őket magukra. Emellett az egészséghez való jog érvényesülését is segítik a tücsere programok, amikor csökkentik a drogfogyasztás káros hatásait és a fogyasztók jogainak tiszteletben tartása mellett járulnak hozzá a leszokás segítéséhez. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-ban tette közé "A HIV fertőzés megelőzésének alapelvei az intravénás drogfogyasztók körében" című jelentését, ami a steril injektáló felszerelés elérhetőségét növelő programok bevezetésére és lefedettségének növelésére hívja fel a tagállamokat.

Ebben felhívja a figyelmet, hogy "az intravénás drogfogyasztók közötti HIV terjedést meg lehet és meg kell előzni. Elegendő adatunk van arra vonatkozóan, hogy mi hatékony és mi nem hatékony a HIV-prevenció vonatkozásában. Életfontosságú, hogy ezt a tudást gyakorlattá tegyük azokban az országokban, ahol kialakulóban van a HIV-járvány az intravénás droghasználók között, valamint azokban is, ahol az intravénás droghasználók közötti HIV-rizikó viselkedés prevalenciája magas."

Az ajánlás szerint „[a] drogfogyasztók közötti HIV-prevenció közegészségügyi probléma. Ily módon a drogpolitikai szakembereknek, közegészségügyi hatóságoknak és egyéb döntéshozóknak megfelelően fel kell készülniük annak érdekében, hogy olyan döntéseket tudjanak hozni ezen a területen, melyek a közegészségügy és jólét javára lesznek".

A WHO a tűcseréről született mintegy 200 kutatást áttekintő 2004-es összefoglaló tanulmánya a következő konklúziókra jutott: „Egyértelmű bizonyítékok igazolják, hogy a steril injektáló felszerelés elérhetőségének növelésével jelentősen csökkenthető a HIV/AIDS fertőzés előfordulása az injektáló droghasználók körében ... Majd húsz év kutatásainak fényében még mindig nem létezik meggyőző bizonyíték arra, hogy a tűcsere programok növelnék a kábítószer-használat vagy az intravénás kábítószer-használat előfordulását, időtartamát és gyakoriságát."

A tanulmányok kerestek, de nem találtak bizonyítékot arra, hogy a tűcsere programok növelnék az injektálás gyakoriságát, növelnék a kábítószer-használatot, növelnék a tűk megosztását, új intravénás droghasználókat toboroznának, szociális hálókat alakítanának, növekedne hatásukra az eldobált fecskendők száma, csökkentenék a leszokásra való motivációt a kliensekben, vagy növelnék azok számát, akik az egyéb drogfogyasztási módokról intravénás használatra térnének át.

A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) 2004-es szakirodalmi áttekintőjében szintén megállapítja, hogy a legfontosabb áttekintő kutatások szerint a tűcsere programok a HIV és hepatitisz előfordulását az intravénás szerhasználók körében egy harmaddal vagy többel is csökkenteni képesek, anélkül hogy növelnék az intravénás fogyasztók számát. A tanulmány idézi Hurley és társai 1997-es kutatását, amelyben 81 város intravénás szerhasználóinak HIV pozitivitását hasonlította össze, 52 városból ahol volt és 29 városból ahol nem volt tűcsere program. Azt találták, hogy az átlagos éves HIV pozitivitási gyakoriság 11%-al alacsonyabb volt azokban a városokban ahol volt ilyen program.

Az ártalomcsökkentő beavatkozásokról szóló monográfiájában az EMCDDA kimutatja, hogy azokban a nyugat-európai országokban, ahol a HIV járvány kezdeti szakaszában, a 90-es évek elején a döntéshozók felkarolták az ártalomcsökkentő beavatkozásokat, a HIV járványt sikerült megfékezni a drogfogyasztók körében.

Ellenben azokban a kelet-európai országokban, ahol az ártalomcsökkentést elutasították vagy legfeljebb megtűrték, jelentős HIV járványt tört ki.

Az Európai Bizottság „A HIV/AIDS elleni küzdelem az Európai Unióban és a szomszédos országokban (2009-2013)" című közleménye szerint „a nemi úton történő HIV-vírusátadás megelőzésének még mindig a helyes és következetes óvszerhasználat a leghatásosabb módja, míg a HIV-fertőzés intravénás kábítószer- használattal történő átadásának leghatékonyabb megelőzésére a steril tűk és fecskendők biztosítása, valamint a szubsztitúciós kezelés szolgál." A Bizottság a tűcsere programok lefedettségének növelését ajánlja a tagállamok számára: „Kelet- Európában a HIV-fertőzés átadása főként az intravénás kábítószer-használatra vezethető vissza, ez okozza az összes új fertőzés 2/3-át. A kábítószer-függőség integrált orvosi és társadalmi megoldást igényel. A steril tűk és a bizonyítékokon alapuló addikciós terápia - ezen belül a szubsztitúció és más ártalomcsökkentő intézkedések - elérhetősége bizonyítottan nagyon hatásos, többek között a nagy előfordulási gyakoriságú területeken vagy különleges körülmények között, például börtönökben.

Az intravénás kábítószer-használók átfogó egészségügyi ellátásába történő beruházás minden bizonnyal segít csökkenteni a kábítószer-használók között előforduló új HIV-fertőzések számát, illetve a kábítószer-használattal összefüggő terheket." A dokumentum hangsúlyt fektet a társadalom peremére szorult csoportok emberi jogainak érvényesülésére, különös tekintettel a HIV-prevenációs szolgáltatásokhoz való hozzáférések biztosítására.

Az Európai Unió drogstratégiája (2013-20) előírja a tagállamok számára „a HIV/AIDS, hepatitisz, egyéb fertőzések és betegségek, valamint a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének" javítását. Az elégtelen tűcsere szolgáltatások és a fertőzésveszély növekedésére az Európai Unión belül a legszemléletesebb és legfrissebb, az EMCDDA által dokumentált bizonyítékot Görögország és Románia szolgáltatja. Romániában a gazdasági válság körüli megszorítások miatt 2009-ben még kétmillió, majd 2010-ben már kevesebb mint egymillió steril fecskendőt osztottak szét. Ez a dizájner drogok injektálásának tömeges terjedésével megegyező időszakban a fecskendők megosztási gyakoriságának növekedéséhez vezetett. Ennek eredményeként HIV járvány tört ki az országban, ahol korábban évekig nulla körül mozgott az új fertőzéses esetek száma. Míg 2007-ben négy, 2012-ben már 231 új HIV esetet regisztráltak.

Görögországban a közelmúltig szintén alacsony volt HIV előfordulása a drogfogyasztók körében, a prevalencia a korábbi 1%-ról 2012-re 9 százalékra nőtt. A járvány mindkét országban elsősorban a marginalizált, hátrányos helyzetű nagyvárosi intravénás szerhasználók körében terjed a leggyorsabban.

Magyarországon az első tűcsere programot 1993-ban hozták létre, eleinte mind jogi háttér, mind módszertani útmutatás nélkül, a rendőrséggel való gyakori konfliktusok jellemezték működésüket. A helyzetük 2000-ben normalizálódott, mikor a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta "A tűcsere szakmai irányelvei" című módszertani ajánlást.

Az Országgyűlés 2000-ben teljes pártközi konszenzussal hagyta jóvá az első nemzeti drogstratégiát (96/2000. (XII. 11.) OGY határozat). A dokumentum elismerte az ártalomcsökkentő programok létjogosultságát és szükségességét, és kinyilvánította, hogy "az ártalomcsökkentő módszerek a HIV (és hepatitisz) fertőzésnek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költség-hatékony megelőző módszer jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmentesség hosszú távú céljáról sem."

A stratégia az állami célkitűzés szintjére emelte a steril injektáló felszerelés elérhetővé tételét és az egyéb ártalomcsökkentő beavatkozásokat, megteremtette az alacsonyküszöbű szolgáltatások (ide tartozik a tűcsere is) állami finanszírozásának kereteit.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által kiadott, a Nemzeti AIDS Bizottság által készített nemzeti AIDS stratégia (2004-2010) szintén előírta a tűcsere programok illetve az egyéb "felvilágosító és anonim szűrési programok" elérhetővé tételét az intravénás szerhasználók számára. Budapesten 2003-ban két utcai megkereső tűcsere-program indult be. Az egyik program beindulása után a rendőrség többször megjelent a tűcsere busznál is, igazoltatta a klienseket. A civil szervezetek megkeresésére az adatvédelmi ombudsman állásfoglalásában elítélte ezt a rendőri gyakorlatot, megállapítva, hogy a tűcsere-program tevékenységével kapcsolatban bűncselekmény nem állapítható meg, így a rendőrségnek nincs jogalapja az igazoltatáshoz. 2004-ben a budapesti tűcsere programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) közötti megállapodás rendezte a rendőrség és az alacsonyküszöbű programok viszonyát is. Ebben a rendőrség vállalta, hogy tolerálja a tűcsere programok működését, illetve az intravénás droghasználóknál talált steril, vagy használt fecskendők esetén a rendőrség nem indít eljárást, hanem lehetővé teszi, hogy a fecskendők akadálymentesen visszakerülhessenek a tűcsere programba.

Ezzel a jogalkalmazó hatóság egyrészt elismerte, hogy bár a kábítószer-fogyasztás Magyarországon bűncselekménynek minősül (2003 és 2013 között a megszerzésen és tartáson keresztül, azóta a fogyasztás önálló tényállás), az államnak kötelessége a droghasználók önrendelkezéshez és egészséghez való jogát is biztosítani. Másrészt elismerte azt is, hogy az állam közegészségügyi érdekét és a polgárok egészséges környezetéhez való jogát inkább szolgálja, hogy a drogfogyasztó steril felszereléshez jusson, illetve használt felszerelését visszajuttassa a tücsere programba, mint hogy büntetőeljárást indítson a fogyasztó ellen.

2007. január elsejétől a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (szociális törvény) 65/A. §-a a közösségi ellátások körébe sorolta a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátási formákat, melyek közé tartoznak a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások. A 9/2006. (XII. 27.) SZMM rendelettel módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet értelmében a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása többek között magában foglalja az egészségügyi ártalmak csökkentését, így különösen a tücsere programok körében a szerhasználat, illetve függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését, steril és kiegészítő eszközök, készítmények biztosításával, illetve használt eszközök begyűjtésével, továbbá az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezését.

A 2013. októberben hatályba lépett „Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen” című 80/2013. (X. 16.) számú országgyűlési határozat szintén hangsúlyozza, hogy "az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak." Előírja a stratégia "az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást", "a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségeik megelőzése, szűrése és kezelése" (VI. 2. 2.) céljából.

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány (a továbbiakban Kék Pont) 2006-ban hozta létre tücsere központját a VIII. kerületben a Kálvária téren az Ébredések Alapítvány ingatlanjának egyik helyiségében. A programot azért telepítették éppen ide, mivel a Kék Pont mobil tücsereje és utcai megkereső munkásai akkor már évek óta komoly problémát jeleztek a Józsefvárosban terjedő utcai intravénás drogfogyasztással kapcsolatban. 2010-ben együttműködési szerződést kötött Józsefváros Önkormányzatával, ennek értelmében 2012-ben átköltözött a Lujza utca és a Magdolna utca sarkán található önkormányzati tulajdonú ingatlanba. A program az elmúlt években összesen mintegy 3000 klienssel létesített kapcsolatot. Ezek a kliensek korábban az ellátórendszer számára teljesen láthatatlanok voltak.

A kliensek többsége mélyszegénységben élő hátrányos helyzetű intravénás drogfogyasztó, akik néhány évvel ezelőtt még jellemzően heroint és amfetamin fogyasztottak, 2009-10 óta azonban többségbe kerültek körükben az ún. dizájner drogok (új pszichoaktív anyagok, többnyire katinon- és amfetamin-származék stimulánsok) fogyasztói. A kliensek között 2006 óta az OEK által végzett surveillance-szűrés évente 65-70% feletti Hepatitis C fertőzöttséget mutatott ki. A Kék Pont munkatársai a környéken nyílt színi droghasználattal, valamint illegális „belövőszobákkal” találkozottak. A VIII. kerület intravénás drogfogyasztói szcénája elsősorban több, kisebb területű és térben össze nem függő mikroszegregátumban összpontosul, ahol nagy számban élnek etnikai kisebbséghez tartozó hátrányos helyzetű, gyakran mélyszegénységben élő emberek. A kerületi tömbrehabilitációk hatására ezek a mikroszegregátumok még koncentráltabbá váltak. A romházakban és azok udvarain nyílt drogfogyasztói szcénára jellemző jelenségek figyelhetők meg, illegális „belövőszobák” (shooting gallery) működnek. A szerhasználók körében jellemző az alacsony iskolázottság és foglalkoztatottság és az emberhez méltó lakhatás hiánya.

A marginalizált droghasználók körében mindennaposan a rendőri igazoltatások, amelyek rejtőzködésre, további kockázatvállalásra készítik a fogyasztókat. A regisztrált kliensek több mint fele (2012-ben 58%-a) saját bevallása szerint a Józsefvárosban él, fennmaradó részük többsége (20%) a szomszédos három kerületben (VII, IX, X) él, 9 százalékuk pedig hajléktalan. 2012-ben regisztrált kliensek átlagéletkora 29 év volt, az összes valaha regisztrált kliens átlagéletkora 31 év - ez jelzi, hogy egyre fiatalabbak kerülnek az intravénás szerhasználók csoportjába. 2012-ben a pályázati pénzforrások csökkenése miatt a Kék Pont 12 munkatársától volt kénytelen megválni, a nyitvatartási órákat és a kiadható injektorok számát jelentősen korlátozták. A hétfégi nyitvatartási idő megszűnt, a zárva tartási napokra nem adtak ki előre eszközöket.

A kliensek korábban 5 injektort vihettek el, e fölött pedig korlátlan mennyiségben cserélhettek be fecskendőket, azonban 2012. augusztus után a becserélhető használt eszközök számát 5 darabra korlátozták. Szeptembertől tovább korlátozások léptek életbe: ezután csupán egy eszközt adtak ki, illetve kettőt cseréltek be egy nap. Emiatt jelentősen csökkent a kliensek motivációja a használt eszközök visszaszolgáltatására. Ezt a motivációt tovább csökkentette a rendőrségnek az a gyakorlata, amelynek értelmében a használt fecskendőt a kábítószerrel való visszaélés bűncselekmény bűnjelének tekintik, az azt magánál tartó személyt előállítják, ellene büntetőeljárást indítanak.

A Kék Pont álláspontja szerint az Önkormányzattal kötött megállapodási szerződés a tűk és fecskendők begyűjtésének feladatát nem kizárólag a rájuk hárítja, annak végrehajtását hármassal együttműködésben, a közterület-fenntartókkal és az önkormányzattal együtt írja elő. A Kék Pont állítása szerint többször jelezte az Önkormányzat felé, hogy olyan komplex program beindítására van szükség, amely a drogszemét takarításában, megszüntetésében és a drogbetegek elérésében egyaránt megoldást jelenthet. Ennek megvalósítása szerintük azonban messze meghaladja egy szakmai civil szervezet hatáskörét és kapacitását. Különösen miután a tűcsere program pályázati forrásai is elapadtak, a program forgalmi adatai jelentősen romlottak. Míg 2011-ben 217.268 db injektort osztottak ki és 127.559 injektort gyűjtöttek be (70%-os becserélési arány), addig 2013-ban a képviselő-testület szeptemberi határozatáig 99.740 injektort adtak ki és 37227 injektort gyűjtöttek be.

A Kék Pont véleménye szerint ezzel magyarázható a lakosságot méltán nyugtalanító eldobált fecskendők számának növekedése. Bár a túforgalom visszaesett, a kliensek száma egyre nő: míg 2011-ben 303 ügyeleti napon 15.438 alkalommal szolgáltak ki klienseket, addig 2013-ban 200 ügyeleti napon 14.284 klienst. Ebből is látszik, hogy a tűcsere program iránti igény folyamatosan nő, a kliensek nem tudják azt máshol kiváltani, egy ilyen helyzetben a program megszüntetése a fertőzésveszély megugrását eredményezi.

A Nemzeti Drog Fókuszpont korábban már idézett adatai szerint a túforgalmi adatokban az egész országban hasonló negatív trendek figyelhetők meg, ez a tendencia nyilvánvalóan nem csupán a Kék Pont Alapítvány elégtelen tevékenységére vezethető vissza. 2011 és 2012 között több mint 30 százalékkal kevesebb fecskendőt osztottak ki a programok országos szinten. Míg a WHO szerint a tűcsere program munkája a fertőzések megelőzése szempontjából akkor tekinthető hatékonynak, ha az egy drogfogyasztóra egy évben jutó kiosztott steril injektorok száma eléri a 100 darabot, azonban ez a szám 2012-ben 70-re csökkent.

Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése rögzíti, hogy "mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez", az állam ennek a jognak az érvényesülését többek között "az egészségügyi ellátás megszervezésével" segíti elő. Az Alkotmánybíróság joggyakorlata szerint az egészséghez való jog azt az alkotmányos kötelezettséget rója az államra, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez.

Az alkotmánybírói gyakorlat értelmében⁷ az egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem, kizárólag az állam egészségvédelmi, intézményvédelmi kötelességének kontextusában értelmezhető, "kivételes, szélsőséges ellátatlanságot" jelentő helyzetekre vonatkozóan.

Egy már meglévő, szolgáltatás működésének ellehetetlenítése egy olyan területben, ahol nagy számban élnek marginalizált intravénás szerhasználók, és ahol a szerhasználati minták átalakulása miatt járványveszéllyel is számolhatunk, értelmezhető úgy, mint szélső eset, amelynél "egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére".

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a VIII. kerületi önkormányzat határozata nyomán megszűnt program a magyar állam kábítószerügyi stratégiai célkitűzéseéhez (Nemzeti Drogellenes Stratégia) illeszkedő, bizonyított hatékonyságú szolgáltatás. Megszüntetése anélkül, hogy a szolgáltatás biztosítását, mint célt az Önkormányzat megvizsgálta, vagy esetleges pótlásáról gondoskodott volna, sérti az egészséghez való jog fokozatos érvényesítésének elvét. Nyilvánvaló, hogy a határozat előterjesztésben szereplő megoldás, amely szerint az egyébként a szomszédos területben székhellyel rendelkező Kék Pont így is elérhető lesz a józsefvárosi droghasználók számára, a meglévő súlyos szociális-közegészségügyi és helyi drogpolitikai probléma exportálását jelentené a szomszéd, IX. kerületbe.

Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy a ténylegesen meglévő járványveszély (hepatitis), és a tücsere-program megszűnése folytán annak hatványozott kockázata (HIV-AIDS) nem korlátozható kizárólag az intravénás szerhasználókra, hiszen szexuális úton átterjedhet a népesség más rétegeire is. A drogfogyasztás ártalmait nem csak az egyéni drogfogyasztó, de a környezet szintjén is jelentkezik (beszerzési bűncselekmények, drogszemét, rendőri munkaórák).

A tücsere programok nem csupán a fertőző betegségek megelőzésében lehetnek hatékonyak, hiszen mivel az ellátórendszer első lépcsőfokát képezik, kezeléshez juttatják a szerhasználókat, csökkentik az utcai drogfogyasztást és az önkormányzattal való kölcsönös, megfelelő együttműködés esetén hozzájárulhatnak az egészséges környezet biztosításához.

Fentiek alapján megállapítom, hogy Józsefváros Önkormányzatának a Kék Pont Alapítvánnyal szemben megtett intézkedései, a tücsere program megszűnése kiemelt szociális és egészségügyi kockázatainak nem megfelelő szakmai érvek alapján történő mérlegelése, együttesen teremtették meg az egészséghez és az egészséges környezethez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét.

Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokat érintő visszasságok megelőzése érdekében, az Ajbt. 37. §-a alapján felkérem az

Emberi Erőforrások Miniszterét

- a Nemzeti Drogstratégia rendelkezéseivel összhangban szakmai iránymutatásban segítsen tisztázni a tücsere-programok drogpolitikai és ellátásbéli szerepét, segítséget nyújtva az önkormányzatoknak a már meglévő együttműködések kereteinek helyes értelmezésében, illetőleg a későbbi megállapodások feltételeinek egyértelmű meghatározásában;

⁷ 77/1995. (XII.21.) AB határozat

Budapest Főváros VIII. kerületének Polgármesterét

- tegyen intézkedéseket annak érdekében, hogy a Kék Pont VIII. kerületi tűcsere szolgáltatása kapcsán kialakult helyzetben olyan kompromisszumos, minden fél, különösen pedig a helyi lakosok és az ellátott intravénás szerhasználók érdekeit egyaránt figyelembe vevő megoldás szülessen, amely biztosítja, hogy a kialakult vitás helyzet ne eredményezze a tűcsere program kritikus helyzetben lévő, a társadalom egészségügyi és szociális szempontból egyaránt rendkívül kiszolgáltatott csoportját képviselő drogbetegek egészséghez való alkotmányos jogának ellehetetlenülését;
- egyúttal hatékony megoldást jelent a drogszemét begyűjtésének megszervezésére és az egészséges környezethez való jog érvényesülésének biztosítására;

Budapest Főváros Főpolgármesterét

- a fővárosi drogprobléma hatékonyabb kezelésének előmozdítása érdekében tegyen mielőbbi intézkedéseket a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum összehívására.

Budapest, 2014. szeptember

Székely László sk.