MAGYAR KÖZLÖNY

171. szám

MAGYARORSZÁG HIVATALOS LAPJA
2013. október 16., szerda

Tartalomjegyzék

364/2013. (X. 16.) Korm. rendelet	A villamos energia rendszerhasználati díjak megállapításának és alkalmazásának szabályairól szóló 64/2011. (XI. 30.) NFM rendelet egyes rendelkezéseinek hatályon kívül helyezéséről	73836
4/2013. (X. 16.) MEKH rendelet	A villamos energia rendszerhasználati díjakról és alkalmazásuk szabályairól	73837
5/2013. (X. 16.) MEKH rendelet	A földgáz rendszerhasználati díjakról, a rendszerüzemeltető által nyújtott szolgáltatás minőségének a rendszerhasználati díjakon keresztül történő ösztönzésének szabályairól, a nyújtott szolgáltatás minőségétől függően alkalmazható rendszerhasználati díjakról, valamint a rendszerhasználati díjak alkalmazásának feltételeiről szóló 1/2013. (VII. 11.) MEKH rendelet módosításáról	73847
60/2013. (X. 16.) NFM rendelet	A földgáz rendszerhasználat árszabályozásának kereteiről szóló 74/2009. (XII. 7.) KHEM rendelet módosításáról	73852
80/2013. (X. 16.) OGY határozat	A Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020 Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen	73853
81/2013. (X. 16.) OGY határozat	A Bethlen Gábor Alap 2012. évi tevékenységéről és működéséről szóló jelentés elfogadásáról	73947
82/2013. (X. 16.) OGY határozat	Dr. Rubovszky György országgyűlési képviselő mentelmi ügyében	73947
83/2013. (X. 16.) OGY határozat	Ferenczi Gábor országgyűlési képviselő mentelmi ügyében	73947
84/2013. (X. 16.) OGY határozat	Szekó József országgyűlési képviselő mentelmi ügyében	73948
85/2013. (X. 16.) OGY határozat	Szekó József országgyűlési képviselő mentelmi ügyében	73948
436/2013. (X. 16.) KE határozat	Rektori megbízásról	73948
437/2013. (X. 16.) KE határozat	Magyarországi rendkívüli és meghatalmazott nagykövet kinevezéséhez való hozzájárulásról	73949
1743/2013. (X. 16.) Korm. határozat	Az egyes kiemelt jelentőségű budapesti beruházásokért felelős kormánybiztos kinevezéséről és feladatairól	73949

A DOKUMENTUM ELEKTRONIKUSAN HITELESÍTETT
A HITELESSÉG ELLENŐRZÉSÉHEZ KATTINTSON IDE
hitelesítő rendszer: NETLOCK PDFSIGNO | www.netlock.hu

III. Kormányrendeletek

A Kormány 364/2013. (X. 16.) Korm. rendelete a villamos energia rendszerhasználati díjak megállapításának és alkalmazásának szabályairól szóló 64/2011. (XI. 30.) NFM rendelet egyes rendelkezéseinek hatályon kívül helyezéséről

A Kormány a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény 31. § (1) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

1. § Hatályát veszti a villamos energia rendszerhasználati díjak megállapításának és alkalmazásának szabályairól szóló 64/2011. (XI. 30.) NFM rendelet 1. §-a, 2. § (1)–(5) bekezdése, 7–16. §-a, 1. és 2. melléklete.

2. § Ez a rendelet 2013. november 1-jén lép hatályba.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

IV. A Magyar Nemzeti Bank elnökének rendeletei, valamint az önálló szabályozó szerv vezetőjének rendeletei

A Magyar Energetikai és Közmű-szabályozási Hivatal elnökének 4/2013. (X. 16.) MEKH rendelete a villamos energia rendszerhasználati díjakról és alkalmazásuk szabályairól

A villamos energiáról szóló 2007. évi LXXXVI. törvény 170. § (5) bekezdés 1. és 3. pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Magyar Energetikai és Közmű-szabályozási Hivatalról szóló 2013. évi XXII. törvény 12. § a) pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

1. Értelmező rendelkezések

1. § (1) E rendelet alkalmazásában

1. *ideiglenes rendszerhasználat:* legfeljebb 12 hónap határozott időtartamú rendszerhasználat,
2. *kisfeszültségű csatlakozás:* az a csatlakozás, amelyiknél a csatlakozási pont 1 kV-ot meg nem haladó névleges feszültségen van, de nem minősül közép/kisfeszültségű csatlakozásnak,
3. *közép/kisfeszültségű csatlakozás:* az a csatlakozás, amelyiknél az 1 kV-ot meg nem haladó névleges feszültségű csatlakozási pont
   a) a közép/kisfeszültségű transzformátor kapcsain,
   b) a közép/kisfeszültségű transzformátor kapcsairól közvetlenül ellátott, a transzformátorállomás részét képező kisfeszültségű kapcsoló- vagy elosztóberendezésben, vagy
   c) technikai okokból a közép/kisfeszültségű transzformátorállomástól a vezeték nyomvonal vízszintes vetületére vetítve 3 méteren belül elhelyezett fogyasztásmérő szekrényben

   található,
4. *középfeszültségű csatlakozás:* az a csatlakozás, amelyiknél a csatlakozási pont 1 kV-nál nagyobb, de 35 kV-ot meg nem haladó névleges feszültségen van, de nem minősül nagy/középfeszültségű csatlakozásnak,
5. *nagy/középfeszültségű csatlakozás:* az a csatlakozás, amelyiknél az 1 kV-nál nagyobb, de 35 kV-ot meg nem haladó névleges feszültségű csatlakozási pont a nagy/középfeszültségű transzformátorállomásban a transzformátorkapcsokon, vagy a kapcsokról közvetlenül ellátott kapcsoló- vagy elosztóberendezésben található,
6. *nagyfeszültségű csatlakozás:* az a csatlakozás, amelyiknél a csatlakozási pont 35 kV-nál nagyobb névleges feszültségen van.

(2) Az (1) bekezdésben meg nem határozott fogalmakat a villamos energiáról szóló 2007. évi LXXXVI. törvény (a továbbiakban: VET), valamint az annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályok rendelkezései szerint kell értelmezni.

2. A rendszerhasználati díjak típusai

2. § (1) A VET 142. § (1) bekezdés c) pontja szerinti elosztási díj része

a) az elosztói alapdíj,
b) az elosztói teljesítménydíj,
c) az elosztói forgalmi díj,
d) az elosztói meddő energia díj,
e) az elosztói veszteség díj és
f) az elosztói menetrend kiegyensúlyozási díj.

(2) Az elosztási díj
a) profil elszámolású felhasználók esetében elosztói alapdíjból, elosztói forgalmi díjból, elosztói veszteség díjból, elosztói menetrend kiegyensúlyozási díjból, valamint – a vezérelt felhasználók kivételével – elosztói meddő energia díjból,
b) az a) pont alá nem tartozó rendszerhasználók esetében elosztói alapdíjból, elosztói teljesítménydíjból, elosztói forgalmi díjból, elosztói meddő energia díjból és elosztói veszteség díjból
áll.

3. A rendszerhasználati díjak megfizetése

3. § (1) A rendszerhasználati díjakat – a (2) bekezdés szerinti eltéréssel – a rendszerhasználó fizeti meg.
(2) A VET 63. § (1) bekezdése szerinti esetben a hálózathoz csatlakozó felhasználó helyett a felhasználó által megbízott kereskedő fizeti meg a rendszerhasználati díjakat.

4. § (1) Az átviteli rendszerirányító részére az átviteli-rendszerirányítási díjat és a rendszerszintű szolgáltatások díját
a) az átviteli hálózatra közvetlenül vagy közvetve csatlakozó
aa) felhasználó,
ab) erőmű,
ac) közvetlen vezeték vagy magánvezeték engedélyese vagy üzemeltetője,
b) az elosztó az elosztó hálózatra csatlakozó rendszerhasználók után és
c) a rendszerösszekötő vezetéken keresztül villamosenergia-szállítást végző
ca) az átviteli hálózatról történő villamosenergia-kiszállítás után és
cb) az átviteli hálózatra történő villamosenergia-beszállítás után
fizeti meg.
(2) Az elosztó részére az átviteli-rendszerirányítási díjat és a rendszerszintű szolgáltatások díját az elosztó hálózatra közvetlenül vagy közvetve csatlakozó
a) felhasználó,
b) erőmű,
c) közvetlen vezeték vagy magánvezeték engedélyese vagy üzemeltetője
fizeti meg.

5. § Az elosztó részére az elosztási díjat
a) az elosztó hálózatra közvetlenül vagy közvetve csatlakozó
aa) felhasználó,
ab) erőmű,
ac) a közvetlen vezeték vagy magánvezeték engedélyese vagy üzemeltetője, valamint további elosztó,
b) az országhatárt keresztező elosztó vezetéken keresztül villamosenergia-szállítást végző
ba) az elosztó hálózatról történő villamosenergia-kiszállítás után és
bb) az elosztó hálózatra történő villamosenergia-beszállítás után
fizeti meg.

6. § Az elosztó részére a közvilágítási elosztási díjat az elosztó hálózatra a közvilágítási elosztó hálózaton keresztül csatlakozó felhasználó fizeti meg.

7. § Az 1. mellékletben megállapított rendszerhasználati díjak a hálózathasználati szerződés részét képezik, az általános forgalmi adó összegét nem tartalmazzák.

4. A rendszerhasználati díjak alkalmazásának szabályai

8. § A rendszerhasználati díjak és azok alkalmazási feltételei
a) belföldi villamosenergia-forgalom esetében a csatlakozási pontra,
b) villamos energia határon keresztül történő ki- és beszállítása esetében a határkeresztezés elszámolási pontjára
vonatkoznak.

9. § (1) A Ft/kWh mértékegységben megállapított rendszerhasználati díjakat a villamos energia egész számú kWh-ban – a (2)–(3) bekezdésben foglaltakat is figyelembe véve – meghatározott havi mennyisége után kell megfizetni a 2. mellékletben foglaltaknak megfelelően.

(2) Kétirányú mérés esetében az elszámolás alapját képező villamosenergia-mennyiségeket az adott mérési ponton a kereskedelmi szabályzatban rögzített elszámolási mérési intervallumokban irányonként kell megállapítani, és a forgalomarányos – kWh-ra vetített – rendszerhasználati díjakat elszámolási időszakonként a háztartási méretű kiserőművek esetében a mérési intervallumokban mért, irányonként elkülönített és összegzett mennyiségek különbsége alapján, minden más esetben az irányonként elkülönített és összegzett villamosenergia-mennyiségek alapján, irányonként kell megfizetni.

(3) Ha az elszámolási mérés nem a csatlakozási ponton van, a mért villamos energia mennyisége a nem mért hálózati szakasz veszteségével a (4) bekezdés szerint korrigálható.

(4) Ha a mérési pont és a csatlakozási pont feszültségszintje azonos, akkor a soros hálózati elemek veszteségét az elosztói szabályzat szerint kell meghatározni. Ha a mérési pont és a csatlakozási pont feszültsége nem azonos, akkor a villamosenergia-forgalom adatait az (5) vagy (6) bekezdés szerint növelni vagy csökkenteni kell a vételezési adatok csatlakozási pontra történő meghatározása érdekében.

(5) A terhelt transzformátor hatásos veszteségét

a) 500 kVA transzformátor névleges teljesítményig a mért energiaforgalom 2,5%-ával,

b) 501–1000 kVA transzformátor névleges teljesítmény között a mért energiaforgalom 1,5%-ával,

c) 1000 kVA transzformátor névleges teljesítmény felett a mért energiaforgalom 1%-ával

kell figyelembe venni.

(6) A rendszerhasználó tulajdonában lévő, hálózatra kapcsolt terheletlen transzformátor esetében a transzformátor típusának megfelelő mérési lapokon feltüntetett, a hálózathasználati szerződés mellékletében szereplő üresjárási hatásos veszteséget (kWh/hó), valamint – a transzformátor egyedi fázisjavítása hiányában – a meddő villamos energiát (kVArh/hó) is el kell számolni a csatlakozási ponthoz tartozó rendszerhasználati díjakkal.

10. § (1) A villamos energia rendszerhasználati díjakat a hálózati engedélyes – egyéb megállapodás hiányában – havonta 1 alkalommal, az általa a 3. mellékletben foglaltak figyelembevételével kiállított számlával alkalmazza.

(2) A rendszerhasználati díjak megfizetése – a (3) és (4) bekezdésben foglalt kivétellel – utólag történik.

(3) Az elosztói alapdíj és teljesítménydíj megfizetése előre esedékes.

(4) Az előrefizetős mérők esetében a Ft/kWh mértékegységben megállapított rendszerhasználati díjak megfizetése is előre, a mérők feltöltésekor, a feltöltött villamosenergia-mennyiség alapján esedékes.

11. § (1) Ha a VET 159. § (1) bekezdés 13. pontja alapján a Magyar Energetikai és Közmű-szabályozási Hivatal (a továbbiakban: Hivatal) által kiadott határozatban megállapított – e rendelet szempontjából legfeljebb négy – minőségi mutatószám közül legalább egy, a (2) bekezdésben meghatározott mértékű eltérést mutat, a rendszerhasználati díj alkalmazására jogosult a beszámolási évet követő naptári év július 1-je – december 31-e közötti időszakában az elosztási díjaknál – az elosztói veszteség díj kivételével – a (2)–(3) bekezdésnek megfelelő díjcsökkentést köteles alkalmazni az általa kiszolgált rendszerhasználók esetében.

(2) Az (1) bekezdés szerint kötelezően alkalmazandó díjcsökkentés mértéke

a) 1%, ha az adott minőségi mutatószám vonatkozásában a teljesítés legalább 5%-kal, de 10%-nál kisebb mértékben,

b) 2%, ha az adott minőségi mutatószám vonatkozásában a teljesítés legalább 10%-kal

marad el a minimális minőségi követelménytől.

(3) Ha több minőségi mutatószám esetében következik be a (2) bekezdésben meghatározott teljesítéselmaradás, akkor a díjcsökkentés mértékét az érintett mutatószámokra meghatározott díjcsökkentési mértékek összeadásával kell megállapítani.

(4) A díjcsökkentés az elosztó számára külön felszólítás nélkül kötelező, és arról köteles a felhasználóit tájékoztatni.

(5) Ha a VET 63. § (1) bekezdése szerint eljáró kereskedő a (2)–(3) bekezdés szerint meghatározott díjcsökkentésben részesült, köteles a díjcsökkentés teljes összegét – egyetemes szolgáltató esetében a Hivatallal egyeztetett módon – közvetlenül vagy közvetve az érintett felhasználóknak továbbadni.

5. Az elosztók közötti kiegyenlítő fizetések mértékére vonatkozó szabályok

12. § (1) Az átviteli rendszerirányító az elosztók által fizetett átviteli-rendszerirányítási díjból származó bevételének azon részét, amely az elosztók által fizetendő átviteli-rendszerirányítási díj és az egyéb rendszerhasználók által fizetendő átviteli-rendszerirányítási díj különbségéből adódik, a VET 142/B. § (5) bekezdésén alapuló, utólag adott árengedmény jogcímen a 4. mellékletben megállapított arányoknak megfelelően köteles megosztani az elosztók között.

(2) Az (1) bekezdés szerinti árengedményt az átviteli-rendszerirányítási díjra és a rendszerszintű szolgáltatások díjára vonatkoztatva, azok arányának megfelelően kell nyújtani.

6. Záró rendelkezések

13. § (1) Ez a rendelet 2013. november 1-jén lép hatályba.

(2) A Magyar Energia Hivatal 77/2013. számú határozatával módosított és VAFO-1/5/2013. számú végzésével kijavított 1092/2012. számú határozatát visszavonom.

Dr. Dorkota Lajos s. k.,
elnök

1. melléklet a 4/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

A villamosenergia-rendszerhasználat legmagasabb hatósági díjai (áfa nélkül)

I. Átviteli-rendszerirányítási díj és a rendszerszintű szolgáltatások díja

1. Az átviteli vagy az elosztó hálózatra közvetlenül vagy közvetve csatlakozó, a villamosenergia-rendszert vételezésre használó rendszerhasználó esetében
   a. az átviteli-rendszerirányítási díj 1,233 Ft/kWh,
   b. a rendszerszintű szolgáltatások díja 0,984 Ft/kWh.
2. Az átviteli hálózatra csatlakozó elosztó esetében
   a. az átviteli-rendszerirányítási díj 2,918 Ft/kWh,
   b. a rendszerszintű szolgáltatások díja 0,984 Ft/kWh.
3. Az átvitelirendszer-üzemeltetők közötti ellentételezések mechanizmusára és az átviteli díjak szabályozásának közös elveire vonatkozó iránymutatás megállapításáról szóló, 2010. szeptember 23-i 838/2010/EU bizottsági rendelet végrehajtása érdekében az átviteli rendszerirányító által kötött szerződésben nem részes – az átviteli rendszerirányító honlapján közzétett – országba történő kiszállítás vagy onnan történő beszállítás esetében
   a. az átviteli-rendszerirányítási díj az ENTSO-E által a honlapján közzétett érték és az MNB tárgynapi hivatalos deviza középárfolyamának szorzata,
   b. a rendszerszintű szolgáltatások díja 0 Ft/kWh.
4. Minden más esetben
   a. az átviteli-rendszerirányítási díj 0 Ft/kWh,
   b. a rendszerszintű szolgáltatások díja 0 Ft/kWh.

II. Elosztási díjak

1. Az elosztó hálózatra közvetlenül vagy közvetve csatlakozó, az elosztó hálózatból vételező rendszerhasználó, vagy az elosztó hálózatról történő kiszállítás esetén az alábbi táblázat szerinti elosztási díjelemeket kell az elosztó részére megfizetni:

A			B	C	D	E	F
			Elosztói alapdíj	Elosztói telje-sítménydíj	Elosztói forgalmi díj	Elosztói meddő energia díj	Elosztói veszteség díj
			Ft/csatla-kozási pont/év	Ft/kW/év	Ft/kWh	Ft/kVArh	Ft/kWh
1.	Nagyfeszültségű csatlakozás		210 912	1 464	0,23	2,19	0,19
2.	Nagy/Középfeszültségű csatlakozás		105 456	4 212	0,94	2,65	0,29
3.	Középfeszültségű csatlakozás		105 456	7 860	1,76	2,65	1,00
4.	Közép/kisfeszültségű csatlakozás						
	4.1.	I.	3 516	–	5,89	3,67	1,92
	4.2.	II.	1 164	–	1,74	–	1,48
	4.3.	III.	35 148	7 704	2,63	3,67	1,92
5.	Kisfeszültségű csatlakozás						
	5.1.	I.	1 536	–	8,54	3,67	2,95
	5.2.	II.	504	–	2,81	–	2,19
	5.3.	III.	35 148	8 640	4,40	3,67	2,95

2. A profil elszámolású felhasználók esetében az I. fejezet 1. pontja és a II. fejezet 1. pontja szerinti díjakon túlmenően fizetendő elosztói menetrend-kiegyensúlyozási díj (a csatlakozási pont feszültségszintjétől függetlenül)
   a. vezérelt ellátás (csatlakozás) esetében 0,24 Ft/kWh,
   b. nem vezérelt ellátás (csatlakozás) esetében 0,36 Ft/kWh.

III. Közvilágítási elosztási díj

A közvilágítási elosztó hálózatra csatlakozó felhasználók esetében az I. fejezet 1. pontja és a II. fejezet szerinti díjakon túlmenően fizetendő közvilágítási elosztási díj 10,00 Ft/kWh.

2. melléklet a 4/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

A villamos energia rendszerhasználati díjak alkalmazásának részletes feltételei

1. Az átviteli-rendszerirányítási díj és a rendszerszintű szolgáltatások díja
   1.1. Az átviteli-rendszerirányítási díjat és a rendszerszintű szolgáltatások díját a villamos energia egész számú kWh-ban meghatározott havi mennyisége után kell megfizetni a következők szerint:
      1.1.1. Az elosztó az átviteli és az elosztó hálózat közötti elszámolási mérési pontoknak, az elosztó hálózatok közötti elszámolási mérési pontoknak, valamint az elosztó hálózatára csatlakozó, 50 kW-nál nagyobb névleges teljesítőképességű erőművek mérési pontjainak előjelhelyesen összegzett energiaforgalma után fizet az átviteli rendszerirányítónak.

1.1.2. Az átviteli hálózatra csatlakozó rendszerhasználó az átviteli hálózati csatlakozási pontjainak összegzett energiaforgalma után fizet az átviteli rendszerirányítónak. Ha az átviteli hálózatra csatlakozó rendszerhasználónak elosztó hálózati csatlakozási pontja is van, az azon mért energiaforgalom után az elosztónak tartozik fizetni.

1.1.3. Az elosztó hálózatra csatlakozó rendszerhasználó az elosztó által havonta leolvasott – ennek hiányában jogszabály vagy a villamosenergia-ellátási szabályzatok szerint meghatározott – villamosenergia-mennyiség alapján fizet az elosztónak. Az energiaforgalom mérésének hiányában az elosztó és a rendszerhasználó a díj alapjául szolgáló átalány villamosenergia-mennyiségben is megállapodhat.

1.1.4. A villamos energiának az átviteli hálózatról történő kiszállításánál vagy az átviteli hálózatra történő beszállításánál a párhuzamos üzemű villamosenergia-rendszerek esetében menetrend alapján megállapított villamosenergia-mennyiség alapján kell az átviteli rendszerirányító részére fizetni.

1.2. A fizetendő átviteli-rendszerirányítási díjösszeget és rendszerszintű szolgáltatások díjösszegét az 1.1. pontban meghatározott havi villamosenergia-mennyiség (kWh) és a megfelelő díjtételek (egységárak) összeszorzásával kell megállapítani.

2. Elosztási díj

2.1. Az elosztói alapdíj éves díj, amelyet 12 egyenlő részletben havonta, vagy a felhasználóval történt megállapodás alapján évente egy vagy több alkalommal kell – a 2.1.1–2.1.3. pontban meghatározott eltérésekkel – csatlakozási pontonként megfizetni.

2.1.1. Ha a csatlakozási ponthoz nem tartozik külön mérés – ide nem értve a 2.1.2. pont szerinti esetet –, akkor erre a csatlakozási pontra az elosztói alapdíj 30%-át kell megfizetni.

2.1.2. Közvilágítási célra történő vételezés esetében az elosztói alapdíjat

a) mért felhasználás esetében mérési pontonként,

b) mérés hiánya esetén felhasználási helyenként

kell megfizetni.

2.1.3. Amennyiben a magánvezetékre felhasználók is csatlakoznak, akkor a magánvezetékre csatlakozó felhasználók az elosztói alapdíjat közvetlenül az elosztó részére fizetik meg.

2.1.4. Ha az adott csatlakozási ponthoz tartozó mérés nem a csatlakozási pont feszültségszintjén történik, akkor az elosztói alapdíjat a mérés feszültségszintjének megfelelően kell megfizetni.

2.2. Az elosztói teljesítménydíj éves díj, amelyet 12 egyenlő részletben, havonta kell megfizetni.

2.2.1. A díjfizetés alapját – a 2.2.2. pontban meghatározott eset kivételével – a hálózathasználati szerződésben rögzített, a felhasználó által a szerződéses időszakra igényelt legmagasabb (lekötött) teljesítmény (kW) képezi. A lekötött teljesítmény után a teljesítménydíjat akkor is meg kell fizetni, ha azt a felhasználó nem veszi igénybe. A lekötött teljesítmény a szerződéses évfordulók között, adott naptári hónap első napjától a szerződéses időszak végéig, a felhasználó kezdeményezésére, a rendelkezésre álló teljesítmény mértékéig növelhető, a szerződéskötés éves fordulónapjain pedig – további 1 éves szerződéses időszakra érvényesen – mindkét irányban módosítható. Ha a szerződéskötés éves fordulónapján a lekötött teljesítményt nem módosítják, az legalább további 1 évre érvényben marad, kivéve a szerződés megszűnésének esetét.

2.2.2. Amennyiben a rendszerhasználó nem rendelkezik hálózathasználati szerződéssel, akkor a hálózathasználati szerződés megkötéséig, vagy azt követően, hogy a korábban megkötött hálózathasználati szerződés érvényét vesztette, a teljesítménydíj fizetésének alapját a rendelkezésre álló teljesítmény kW-ban kifejezett értéke képezi.

2.2.3. A kVA-ben meghatározott névleges csatlakozási (látszólagos) teljesítmény meghatározásának alapját képező áramértéket

a) kismegszakító és késes olvadóbiztosító betét alkalmazása esetén a névleges áramerősségek fázisonkénti összegzésével,

b) beállítható túláramvédelemmel ellátott megszakító alkalmazása esetén a beállított (de 1 óránál nem hosszabb idő alatt) kioldó áram fázisonként beállított értékei összegével

kell figyelembe venni.

2.2.4. A kVA-ben meghatározott rendelkezésre álló (látszólagos) teljesítményből a legnagyobb leköthető teljesítmény kW-ban kifejezett értékét

a) a meddő energia mérése esetén cos fi = 1,

b) a meddő energia mérésének hiányában cos fi = 0,9

értékkel kell kiszámítani.

2.2.5. Ha a felhasználó a teljesítményigényének vagy az egyidejű legmagasabb teljesítményigényének biztonságosabb kielégítése érdekében – az ellátási szabályzatokban meghatározott – többirányú hálózati ellátást kíván igénybe venni, és azt az elosztó hálózati engedélyessel kötött hálózati csatlakozási, illetve hálózathasználati szerződésben is rögzítették, akkor a felhasználónak az ezen ellátáshoz tartozó csatlakozási pontokra lekötött teljesítmények után is meg kell fizetnie az elosztói teljesítménydíjat.

2.2.6. Ideiglenes rendszerhasználat esetében közép- és nagyfeszültségű csatlakozásnál az első túláramvédelem beállított értékével számított teljesítmény alapján kell a teljesítménydíjat a vételezés időtartamára vonatkozóan felszámítani.

2.2.7. A közvilágítási célra vételező felhasználók esetében a teljesítményüket a közvilágítási lámpatestek beépített teljesítményével, azaz a fényforrásnak az előtét, a gyújtó és a lámpatestbe épített feszültségszabályzó teljesítményfelvételével növelt névleges villamos teljesítményével kell figyelembe venni. Ha a közvilágítási berendezés fényáramszabályzóval van ellátva, akkor a közvilágítási berendezés számított teljesítményét – az elosztó üzletszabályzatában rögzített módon – a szabályzóberendezés által beállított legnagyobb feszültségnek megfelelő szabályozási tényezővel kell módosítani.

2.2.8. A vízügyi igazgatóságok kezelésében, továbbá a vízitársulatok kezelésében álló és helyi vízrendezési, valamint vízkár-elhárítási feladatok ellátása érdekében működtetett ár- és belvízvédelmi szivattyútelepek esetében az adott hónapra vonatkozó teljesítménydíjat az adott hónapot követően kell elszámolni oly módon, hogy a fizetendő teljesítménydíj megegyezzen az adott hónapban mért legnagyobb teljesítmény-igénybevételnek megfelelő éves teljesítménydíj 1/12 részével.

2.2.9. A lekötött teljesítmény nem engedélyezett túllépése esetén a rendszerhasználó a túllépés minden megkezdett kW-jára havonta a Hivatal által megállapított éves teljesítménydíj 1/4 részének megfelelő teljesítménydíjat köteles fizetni.

2.2.10. Előzetesen bejelentett teljesítménytúllépést a rendszerhasználó szerződéses évenként legfeljebb három alkalommal, alkalmanként legfeljebb egy naptári hónapra kérhet, amelyet az elosztó – a rendelkezésre álló teljesítmény mértékéig – köteles engedélyezni.

2.2.11. Ha a rendszerhasználó a lekötött teljesítmény túllépését az elosztónak előzetesen bejelentette, és azt az elosztó engedélyezte, akkor a teljesítménytúllépésért fizetendő díj mértéke (a teljesítménytúllépés hónapjára) az éves teljesítménydíj 1/10 része a túllépés minden kW-jára.

2.3. Az elosztói forgalmi díj, az elosztói veszteségdíj és az elosztói menetrend kiegyensúlyozási díj fizetésének alapjául szolgáló villamosenergia-mennyiség meghatározása

2.3.1. Az elosztó hálózatra csatlakozó rendszerhasználók számára az elosztó hálózati engedélyes által legalább havi gyakorisággal leolvasott, két mérőállás közötti villamosenergia-mennyiség (egész számú kWh-ban meghatározott) különbözete – ennek hiányában a legutolsó elszámoló számla alapján vagy a villamosenergia-ellátási szabályzatok szerint egy hónapra megállapított villamos energia (egész számú kWh-ban meghatározott) mennyisége – jelenti a díjfizetés alapját.

2.3.2. Az energiaforgalom mérésének hiányában az elosztó és a rendszerhasználó az elosztói forgalmi díj, az elosztói veszteség díj és az elosztói meddő energia díj alapjául szolgáló átalány villamosenergia-mennyiségben is megállapodhat.

2.3.3. A villamos energiának az elosztó hálózatról történő kiszállításánál vagy az elosztó hálózatra történő beszállításánál a menetrend alapján megállapított villamosenergia-mennyiség vagy a mért energiaforgalom jelenti a díjfizetés alapját.

2.3.4. Közvilágítási célra történő vételezés esetében

a) a mért fogyasztás,

b) a 2.2.7. pontban meghatározott teljesítmény és a közvilágítási naptár, vagy más módon megállapított világítási időtartam szorzata alapján számított fogyasztás, vagy

c) ha a közvilágítás fényáramszabályzóval van ellátva, akkor – mérés hiányában – a szolgáltató üzletszabályzatában rögzített módon, a szabályozási tényezőt (tényezőket) figyelembe vevő számítással meghatározott fogyasztás

jelenti a díjfizetés alapját.

2.4. Az elosztói meddő energia díj meghatározása

2.4.1. A meddő villamos energia elszámolását a rendszerhasználó által a közcélú hálózatból vételezett (induktív) vagy betáplált (kapacitív) meddő villamos energia elszámolására kell alkalmazni bármely feszültségszintű csatlakozás esetében.

2.4.2. Az elosztó

a) a csatlakozási ponton mért hatásos villamos energia mennyisége és a meddő villamos energia méréséhez szükséges feltételek műszaki-gazdasági vizsgálata, vagy

b) a rendszerhasználóval kötött megállapodás

alapján eltekinthet a meddő villamos energia mérésétől és elszámolásától.

2.4.3. A rendszerhasználók csak az indokolt mértékig kötelezhetők kompenzálásra, és a meddő villamos energia utáni díjfizetésre. A kompenzálásnak az adott villamos fogyasztási helyen indokolt mértékéről a szerződő felek közösen állapodnak meg.

2.4.4. A meddő villamos energiát – egyéb jogszabályi előírás vagy külön megállapodás hiányában – a feszültségszintenként mért hatásos villamosenergia-mennyiségeket alapul véve, az alábbiak szerint kell elszámolni:

a) Nagyfeszültségű csatlakozás esetében az elszámolási időszakban vételezett hatásos villamos energia 40%-át meg nem haladó induktív meddő villamos energia díjmentes.

b) Középfeszültségű csatlakozás esetében az elszámolási időszakban vételezett hatásos villamos energia 30%-át meg nem haladó induktív meddő villamos energia díjmentes.

c) Kisfeszültségű csatlakozás esetében az elszámolási időszakban vételezett hatásos villamos energia 25%-át meg nem haladó induktív meddő villamos energia díjmentes.

2.4.5. Az elosztó a kapacitív meddő villamos energia és a 2.4.4. pontban meghatározott mértéket meghaladó induktív meddő villamos energia után a Hivatal határozatában előírt elosztói meddő energia díj megfizetését kérheti.

2.5. Az elosztási díjak alkalmazásának egyéb különös szabályai

2.5.1. A közép/kisfeszültségű csatlakozáshoz tartozó elosztási díjakkal – a közvilágítási célú vételezés kivételével – csak a legalább 3x80 A névleges csatlakozási teljesítménnyel rendelkező, nem profil elszámolású felhasználók számolhatók el, de ezen rendelkezés alól 2014. december 31-ig kivételt képeznek az ezen rendelet hatálybalépését megelőzően közép/kisfeszültségű csatlakozáshoz tartozó elosztási díjakkal elszámolt profil elszámolású felhasználók.

2.5.2. A közvilágítási célú vételezést az 1. melléklet II. „Elosztási díjak" című táblázat 4.1. sora szerinti elosztási díjakkal kell elszámolni.

2.5.3. Az 1. melléklet II. „Elosztási díjak" című táblázat 5.1. sora szerinti elosztási díjakat köteles megfizetni

a) a profil elszámolású felhasználó (a közvilágítási célra vételező felhasználó kivételével), valamint

b) a VET 170. § (1) bekezdés 19. pontja szerinti okos mérés bevezetését célzó mintaprojektben részt vevő, 3×80 A-t nem meghaladó névleges csatlakozási teljesítményű, kisfeszültségen csatlakozó felhasználó.

2.5.4. Az 1. melléklet II. „Elosztási díjak" című táblázat 4.2. vagy 5.2. sora szerinti elosztási díjakat köteles megfizetni – figyelembe véve a csatlakozás feszültségszintjét és a 2.5.1. pontban leírtakat – a vezérelt elszámolású felhasználó (a közvilágítási célra vételező felhasználó kivételével), aki

a) a villamos energia egyetemes szolgáltatás árképzéséről szóló 4/2011. (I. 31.) NFM rendelet szerinti időszakos vagy idényjellegű egy zónaidős árszabással,

b) nem egyetemes szolgáltatási villamosenergia-vásárlási szerződése alapján az ellátási szabályzatok szerinti vezérelt, külön mért villamos energia felhasználás szerint az elosztó vezérlési programjának megfelelően, vagy az adott felhasználási helyen kizárólag a megújuló energiaforrásból vagy hulladékból nyert energiával termelt villamos energia kötelező átvételéről szóló külön jogszabály szerinti mélyvölgy időszakban

vételez.

2.5.5. Az 1. melléklet II. „Elosztási díjak" című táblázat 4.3. vagy 5.3. sora szerinti elosztási díjat köteles megfizetni – figyelembe véve a csatlakozás feszültségszintjét – a nem profil elszámolású felhasználó (a közvilágítási célra vételező felhasználó kivételével).

2.6. A vezérelt felhasználók felhasználói berendezése a vezérelt felhasználói áramkörre csak állandó jelleggel, megfelelő segédeszköz (szerszám) hiányában állagsérelem nélkül nem leválasztható módon, nem dugaszolhatóan csatlakoztatható. A hálózati engedélyes jogosult ellenőrizni a vezérelt áramkör, valamint az arra kapcsolt felhasználói berendezések jogszabálynak való megfelelőségét. A jogszabályi rendelkezések be nem tartása a hálózathasználati szerződés megszegésének minősül.

3. A közvilágítási elosztási díj fizetésének alapját a közvilágítási elosztó hálózatról vételezett, 2.3.4. pont szerint meghatározott villamosenergia-mennyiség képezi.

3. melléklet a 4/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

A villamos energia rendszerhasználati díjak számlázási feltételei

1. Átviteli rendszerirányító által kibocsátott számlák
   1.1. Az átviteli rendszerirányító havonta egy számlát állíthat ki és nyújthat be az átviteli hálózat használóinak.
   1.2. A számla tartalmazza:
      a) a tárgyhó utolsó napján 24.00 órakor történt leolvasásokon alapuló, a 2. melléklet 1.1.1. és 1.1.2. pontja szerint meghatározott villamosenergia-mennyiséget (energiaforgalmat),
      b) az átviteli-rendszerirányítási díjat és a rendszerszintű szolgáltatások díját,
      c) a kötelezettnek az a) és b) pont alapján a tárgyhóra számított teljes fizetési kötelezettségét.
   1.3. Az átviteli rendszerirányító a számla kiállításával megegyező időpontban határozza meg a 12. § (1) bekezdése szerinti árengedmény elosztónkénti összegét, amelyről számlával egy tekintet alá eső okiratot állít ki az elosztók részére. Ezzel egyidejűleg az átviteli rendszerirányító köteles az engedmény mértékének ellenőrzéséhez szükséges összesített villamosenergia-forgalmi adatokról az elosztókat tájékoztatni.
   1.4. Az 1.3. pont szerinti árengedmény megfizetése a számla kiegyenlítését követően, a számla fizetési határidejét követő banki napon, az átviteli rendszerirányító által az elosztók részére kibocsátott, számlával egy tekintet alá eső okirat alapján történik.
   1.5. Az 1.4. pont szerinti számlával egy tekintet alá eső okiratban szereplő összeg az átviteli rendszerirányító által az elosztók részére nyújtott utólagos árengedménynek minősül, amit az elosztók – tájékoztatási kötelezettségük során – a Hivatal számára elkülönülten is kötelesek kimutatni.

2. Elosztó által kibocsátott számlák
   2.1. Az elosztó havonta egy, a villamosenergia-ellátási szabályzatokkal összhangban összeállított rész- vagy elszámoló számlát állíthat ki és nyújthat be az elosztó hálózat használóinak vagy a díjfizetésre kötelezetteknek.
   2.2. A számlák tartalmazzák feszültségszintenként
      a) a rendszerhasználati díjakat, díjtételenként és díjelemenként,
      b) a rendszerhasználati díjfizetés alapjául szolgáló mennyiségeket (a csatlakozási pontok számát, a lekötött teljesítményt, a villamos energia mennyiségét),
      c) a kötelezett által fizetendő rendszerhasználati díjösszegeket díjelemenként.
   2.3. A 2.2. pontban leírtakon túlmenően a 3. § (2) bekezdésében meghatározott kereskedőnek benyújtott számla még a következő részletezett adatokat is tartalmazza:
      a) az elosztói alapdíj fizetési alapjául szolgáló elosztó hálózati csatlakozási pontok számát feszültségszintenként, ezen belül kisfeszültségen tarifasoronként is összegezve,
      b) az elosztói teljesítménydíj fizetési alapjául szolgáló teljesítményeket feszültségszintenként összegezve,

c) a legalább havi gyakorisággal leolvasott felhasználók esetében a tényleges villamosenergia-mennyiségeket feszültségszintenként, ezen belül kisfeszültségen tarifasoronként is összegezve,

d) a c) pontba nem tartozó felhasználókra az elosztóval kötött megállapodás alapján – a villamosenergia-ellátási szabályzatokkal összhangban – rögzített, a havonkénti fogyasztói rész- vagy végszámlákban szereplő villamosenergia-mennyiségeket feszültségszintenként, ezen belül kisfeszültségen tarifasoronként is összegezve.

2.4. A 2.2. pontban leírtakon túlmenően a közvilágítási felhasználó részére benyújtott számla még a következő részletezett adatokat is tartalmazza:

a) az elosztói alapdíj fizetési alapjául szolgáló mérési pontok vagy felhasználási helyek számát,

b) a közvilágítási berendezések teljesítményét,

c) az elosztói forgalmi díj, veszteség díj, meddő energia díj és a közvilágítási elosztási díj megfizetéséhez az elszámolás alapjául szolgáló villamosenergia-mennyiségeket.

2.5. A részszámlákon a fogyasztásarányos rendszerhasználati díjak a tételenkénti feltüntetés helyett összevontan is szerepeltethetők.

4. melléklet a 4/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

Az átviteli rendszerirányító által végrehajtott, elosztók közötti kiegyenlítő fizetések

Az átviteli rendszerirányító a VET 142/A. § (2) bekezdése szerinti kiegyenlítő fizetések érdekében, a 12. § (1) bekezdésének megfelelően azon bevételi többletét, amelyet

a) az 1. melléklet I. fejezet 2. pont a. alpontja szerinti díjnak az 1. melléklet I. fejezet 1. pont a. alpontja szerinti díjat meghaladó része és

b) a díjfizetés alapjául szolgáló, 2. melléklet 1.1.1. pontja szerinti villamosenergia-mennyiség

szorzata alapján realizál, utólag adott árengedmény jogcímen a következő arányok szerint köteles megosztani az elosztói engedélyesek között.

	A	B
1.	Elosztó	Részarány
2.	EDF DÉMÁSZ Hálózati Elosztó Kft.	16,1%
3.	ELMŰ Hálózati Kft.	0,0%
4.	ÉMÁSZ Hálózati Kft.	21,8%
5.	E.ON Dél-dunántúli Áramhálózati Zrt.	21,1%
6.	E.ON Észak-dunántúli Áramhálózati Zrt.	22,0%
7.	E.ON Tiszántúli Áramhálózati Zrt.	19,0%
8.	**Összesen**	**100,0%**

A Magyar Energetikai és Közmű-szabályozási Hivatal elnökének 5/2013. (X. 16.) MEKH rendelete a földgáz rendszerhasználati díjakról, a rendszerüzemeltető által nyújtott szolgáltatás minőségének a rendszerhasználati díjakon keresztül történő ösztönzésének szabályairól, a nyújtott szolgáltatás minőségétől függően alkalmazható rendszerhasználati díjakról, valamint a rendszerhasználati díjak alkalmazásának feltételeiről szóló 1/2013. (VII. 11.) MEKH rendelet módosításáról

A földgázellátásról szóló 2008. évi XL. törvény 133/A. § 1. pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Magyar Energetikai és Közmű-szabályozási Hivatalról szóló 2013. évi XXII. törvény 12. § b) pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

1. § A földgáz rendszerhasználati díjakról, a rendszerüzemeltető által nyújtott szolgáltatás minőségének a rendszerhasználati díjakon keresztül történő ösztönzésének szabályairól, a nyújtott szolgáltatás minőségétől függően alkalmazható rendszerhasználati díjakról, valamint a rendszerhasználati díjak alkalmazásának feltételeiről szóló 1/2013. (VII. 11.) MEKH rendelet (a továbbiakban: R.) 41. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:

„(4) Az a földgázkereskedő, amely egyetemes szolgáltatásra jogosult felhasználót lát el és ő vagy az őt ellátó rendszerhasználó földgáztárolóból is vételez földgázt, minden kitárolással érintett hónapot követő hónap 10. napjáig az egyetemes szolgáltatásra jogosult felhasználók ellátása érdekében a tárolóból kivett földgáz mennyiségéről tájékoztatja a Hivatalt."

2. § Az R. 42. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„42. § Az átszámításnál a

a) szűkítő elemes (mérőperemes) mérők esetében az ISO 5167 szabványban vagy azzal egyenértékű más megoldásban foglaltakat,

b) turbinás, forgódugattyús, ultrahangos, valamint örvényleválásos elven működő mérők esetében az EN 12405 szabványban vagy azzal egyenértékű más megoldásban foglaltakat,

c) lemezes (membrános) mérő esetében a Magyar Kereskedelmi Engedélyezési Hivatal HE 2-1/2006. számú hitelesítési előírásában foglaltakat

kell alkalmazni."

3. § Az R. 2. melléklete az 1. melléklet szerint módosul.

4. § Az R. 3. melléklete a 2. melléklet szerint módosul.

5. § Ez a rendelet 2013. november 1-jén lép hatályba.

Dr. Dorkota Lajos s. k.,
elnök

1. melléklet az 5/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

1. Az R. 2. melléklet III. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„III.

A rendszerhasználat legmagasabb hatósági díja egyetemes szolgáltatásra jogosult felhasználók ellátása érdekében történő kapacitás lekötés esetén (általános forgalmi adó nélkül)

1. Elosztási díjak

a) Elosztási díjak az E.ON Dél-dunántúli Gázhálózati Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	375,74			
20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		145,72

20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			15 651	19,39

b) Elosztási díjak az E.ON Közép-dunántúli Gázhálózati Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	375,25			
20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		102,88
20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			15 651	23,60

c1) Elosztási díjak az Égáz-Dégáz Földgázelosztó Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	332,29			
20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		76,55
20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			10 881	20,71

c2) Elosztási átszállítási díj: 25,22 Ft/GJ

d) Elosztási díjak a Főgáz Földgázelosztási Kft., az Alpiq Csepeli Erőmű Kft., az ISD Power Energiatermelő és Szolgáltató Kft., az OERG Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	334,00			
20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		94,80
20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			11 325	20,36

e) Elosztási díjak a Tigáz-DSO Földgázelosztó Kft., Natural Gas Service Ipari és Szolgáltató Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	296,54			
20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		72,80
20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			14 071	20,44

f) Elosztási díjak a Magyar Gázszolgáltató Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási átalánydíj	Elosztási alapdíj	Elosztási alapdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/GJ	Ft/év	Ft/m³/h/év	Ft/GJ
Gázmérővel nem rendelkező felhasználó	375,01			

20 m³/h-nál kisebb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó		9 840		100,36
20 m³/h vagy annál nagyobb névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó			15 651	9,71

2. Tárolási díjak
Kitárolási díj: 6,17 Ft/GJ
Betárolási díj: 38,26 Ft/GJ
A tárolói kapacitásdíj kiszámítása a következő képlet alapján történik:

$$\mathbf{TM = 0,0826 * \left[MAX\left(1; 133,33 * \frac{B}{M}; 70,31 * \frac{K}{M} + \frac{133,33}{MIN\left(133,33; \frac{M}{B}\right)} + \frac{70,31}{MIN\left(70,31; \frac{M}{K}\right)}\right)\right]}$$

ahol:
TM: tárolói kapacitásdíj (Ft/MJ/év)
M: a rendszerhasználó tárolói mobil lekötése (MJ)
B: a rendszerhasználó betárolási kapacitás lekötése (MJ/nap)
K: a rendszerhasználó kitárolási kapacitás lekötése (MJ/nap)"

2. Az R. 2. melléklet IV. pont 1. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[IV. A rendszerhasználat legmagasabb hatósági díja egyetemes szolgáltatásra nem jogosult felhasználók ellátása érdekében történő kapacitás lekötés esetén (általános forgalmi adó nélkül)]
„1. Elosztási díjak

a) Elosztási díjak az E.ON Dél-dunántúli Gázhálózati Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	22 538		58,26
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		712	37,52
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		306	33,15

b) Elosztási díjak az E.ON Közép-dunántúli Gázhálózati Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	21 164		58,26
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		766	37,52
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		294	33,15

c1) Elosztási díjak az Égáz-Dégáz Földgázelosztó Zrt. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	12 412		59,17
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		336	37,46
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		315	33,02

c2) Elosztási átszállítási díj: 25,22 Ft/GJ

d) Elosztási díjak a Főgáz Földgázelosztási Kft., az Alpiq Csepeli Erőmű Kft., az ISD Power Energiatermelő és Szolgáltató Kft., az OERG Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	14 479		58,17
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		332	40,41
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		320	36,05

e) Elosztási díjak a Tigáz-DSO Földgázelosztó Kft., Natural Gas Service Ipari és Szolgáltató Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	14 127		58,41
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		387	29,38
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		379	33,29

f) Elosztási díjak a Magyar Gázszolgáltató Kft. elosztási területén

Értékesítési kategóriák	Elosztási alapdíj	Elosztási kapacitásdíj	Elosztási forgalmi díj
	Ft/m³/h/év	Ft/MJ/h/év	Ft/GJ
20–100 m³/h közötti névleges kapacitású gázmérővel rendelkező felhasználó	20 369		58,16
100 m³/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 3131–17 100 MJ/h kapacitás-lekötési igényű felhasználók		546	36,42

100 m^3/h-nál nagyobb névleges összkapacitású gázmérővel rendelkező és 17 100 MJ/h feletti kapacitás-lekötési igényű felhasználók		521	32,05

”

2. melléklet az 5/2013. (X. 16.) MEKH rendelethez

Az R. 3. melléklet 1–2. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
„1. Az ESZ rendelet 6. § (4) bekezdése szerinti fajlagos értékek

A szállítás díja az R. 4. melléklet 1.1.4.1. pontja szerinti reál hozamtényezővel (8,78%) kiszámítva:

Elosztói terület	Ft/MJ
E.ON Dél-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,390
E.ON Közép-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság és a Magyar Gázszolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,378
Égáz-Dégáz Földgázelosztó Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,360
FŐGÁZ Földgázelosztási Korlátolt Felelősségű Társaság, az Ózdi Energiaszolgáltató és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság, az Alpiq Csepeli Erőmű Korlátolt Felelősségű Társaság és az ISD Power Energiatermelő és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,349
TIGÁZ-DSO Földgázelosztó Korlátolt Felelősségű Társaság és a Natural Gas Service Ipari és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,321

A szállítás díja 0%-os reál hozamtényezővel kiszámítva:

Elosztói terület	Ft/MJ
E.ON Dél-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,191
E.ON Közép-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság és a Magyar Gázszolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,187
Égáz-Dégáz Földgázelosztó Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,178
FŐGÁZ Földgázelosztási Korlátolt Felelősségű Társaság, az Ózdi Energiaszolgáltató és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság, az Alpiq Csepeli Erőmű Korlátolt Felelősségű Társaság és az ISD Power Energiatermelő és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,174
TIGÁZ-DSO Földgázelosztó Korlátolt Felelősségű Társaság és a Natural Gas Service Ipari és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,163

2. Az R. 3/A. §-a szerinti visszatérítés mértéke

Elosztói terület	Ft/MJ
E.ON Dél-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,199
E.ON Közép-dunántúli Gázhálózati Zártkörűen Működő Részvénytársaság és a Magyar Gázszolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,191
Égáz-Dégáz Földgázelosztó Zártkörűen Működő Részvénytársaság elosztói működési területén	0,182
FŐGÁZ Földgázelosztási Korlátolt Felelősségű Társaság, az Ózdi Energiaszolgáltató és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság, az Alpiq Csepeli Erőmű Korlátolt Felelősségű Társaság és az ISD Power Energiatermelő és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,175
TIGÁZ-DSO Földgázelosztó Korlátolt Felelősségű Társaság és a Natural Gas Service Ipari és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság elosztói működési területén	0,158

”

V. A Kormány tagjainak rendeletei

A nemzeti fejlesztési miniszter 60/2013. (X. 16.) NFM rendelete a földgáz rendszerhasználat árszabályozásának kereteiről szóló 74/2009. (XII. 7.) KHEM rendelet módosításáról

A földgázellátásról szóló 2008. évi XL. törvény 133. § (1) bekezdés 2. pontjában kapott felhatalmazás alapján, az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) Korm. rendelet 84. § f) pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

1. § A földgáz rendszerhasználat árszabályozásának kereteiről szóló 74/2009. (XII. 7.) KHEM rendelet (a továbbiakban: R.) 4. melléklete az 1. melléklet szerint módosul.

2. § Ez a rendelet 2013. november 1-jén lép hatályba.

Németh Lászlóné s. k.,
nemzeti fejlesztési miniszter

1. melléklet a 60/2013. (X. 16.) NFM rendelethez

1. Az R. 4. melléklet 1. pont 1.1.3. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:
„1.1.3. A díjak meghatározása
1.1.3.1. A rendszeres ármegállapítás során a rendszerhasználati díjak megállapításánál a Hivatal a következő évre vonatkozóan (tárgyidőszak), az előző év alapján (bázisidőszak) a következő képleteket veszi figyelembe oly módon, hogy a 2. melléklet 2. pont c) alpontja szerinti „külön módszertan alapján számított költségeket" a képletekben szereplő költségelemek nem tartalmazhatják. A 2. melléklet 2. pont c) alpont ca)–cb) alpontja szerinti „külön módszertan alapján számított költségeket" a rendszeres ármegállapítás alkalmával újra kell számolni. A 2. melléklet 2. pont c) alpont cc) alpontja szerinti „külön módszertan alapján számított költségek" nem képezik részét az indokolt árbevétel-igénynek.
1.1.3.2. A földgáz alaprendszeren történő továbbítása érdekében felmerülő költségek (indokolt árbevétel-igény) díjban elismerésre kerülő értéke:

$$A = A_e \times zh_f$$

1.1.3.3. A földgáz tárolása érdekében felmerülő költségek (indokolt árbevétel-igény) díjban elismerésre kerülő értéke:

$$B = B_e \times zh_f$$

1.1.3.4. A földgáz elosztása érdekében felmerülő költségek (indokolt árbevétel-igény) díjban elismerésre kerülő értéke:

$$C = C_e \times zh_f$$

"

2. Hatályát veszti az R. 4. melléklet 1. pont 1.1.7.6. alpontja.

IX. Határozatok Tára

Az Országgyűlés 80/2013. (X. 16.) OGY határozata
a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020
Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen*

Az Országgyűlés abból a felismerésből kiindulva, hogy a kábítószerek keresletének és kínálatának csökkentése kizárólag szerkezetében és szemléletében egységes stratégiai elemeket megvalósító együttműködéssel érhető el, felismerve továbbá, hogy a kedvezőtlenül alakuló tendenciák megállításában a szerhasználat nélküli életmodell és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód középpontba állítása, a kábítószerfüggők ellátása és kezelése terén a felépülés-központú látásmód érhet el eredményeket, – összhangban az Európai Unió célkitűzéseivel – a következő határozatot hozza:

1. Az Országgyűlés elfogadja a határozat mellékletét képező „Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen" című szakpolitikai stratégiát (a továbbiakban: Nemzeti Drogellenes Stratégia);
2. Az Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy
   a) jogalkotó és végrehajtó tevékenységében érvényesítse a Nemzeti Drogellenes Stratégiában elfogadott elveket, feladatokat és célkitűzéseket;
   b) kormányzati szakpolitikai programokban gondoskodjék – a mindenkori költségvetési lehetőségek figyelembevételével – a megállapított feladatok és célkitűzések megvalósításának mérhető indikátorokat is magában foglaló eszközrendszeréről, a szükséges eszközökről és azok felhasználásáról. Gondoskodjék továbbá arról, hogy a központi költségvetés tervezése során az érintett fejezetek felügyeletét ellátó szervek vezetői vegyék figyelembe a Nemzeti Drogellenes Stratégiában meghatározott célokat;
   c) az első, 2013–2015. évekre vonatkozó szakpolitikai programot a feladatok és a felelősök meghatározásával a Nemzeti Drogellenes Stratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki;
   d) a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításának félidejében tájékoztassa az Országgyűlést a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásáról, az ellátó-intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról.
3. Ez a határozat a közzétételét követő napon lép hatályba.
4. Hatályát veszti a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Dr. Tiba István s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Z. Kárpát Dániel s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

* A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 7-i ülésnapján fogadta el.

Melléklet a 80/2013. (X. 16.) OGY határozathoz

Nemzeti Drogellenes Stratégia

2013–2020

Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen

I. Bevezetés

I. 1. Szakpolitikai stratégia, szakpolitikai program, drogpolitika

A társadalmi jelenségek középtávú kezelésére irányuló szakpolitikai *stratégiák* elsősorban alapelveket, alapértékeket, főbb cselekvési irányokat állapítanak meg, amelyek hosszabb távon érvényes, átfogó szemléleti és értelmezési keretet nyújtanak a mindezekre tekintettel kialakított programok számára. A stratégia mentén megtervezett *szakpolitikai program* föltárt szükségletekre épülő, konkrét célok megvalósítása érdekében szervezett tevékenység, illetve cselekvéssor. A kívánt változások tervezett folyamata – amely időtartamát, módszereit és erőforrásait tekintve egyaránt behatárolt, dokumentált és nyomon követett – részletes értékeléssel zárul. Az adott társadalmi jelenséggel kapcsolatos *szakpolitika* (jelen esetben a *drogpolitika*) jogalkotással, tárcaközi együttműködéssel, erőforrások feltárásával és biztosításával, továbbá nemzetközi kapcsolatok ápolásával a stratégia érvényesülését és a szakpolitikai programok megvalósulását szolgálja.

Az európai államok, köztük az Európai Unió tagállamai, megfogalmazzák nemzeti stratégiájukat. A tagállamok törekednek arra, hogy saját nemzeti stratégiájuk összhangban legyen az Európai Unió drogstratégiájával, amely magában foglalva az Unió alapértékeit, rögzíti az Európai Unió drogpolitikájának szemléleti kereteit. A Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen című dokumentum elveiben és megközelítésében teljes mértékben illeszkedik az Európai Unió 2013–2020-ra vonatkozó új drogstratégiájához.

Magyarországon a kábítószer-probléma visszaszorítására, illetve kezelésére 2000-ben, valamint 2009-ben készültek középtávú célkitűzéseket tartalmazó stratégiai dokumentumok. Jelen dokumentum a korábbi stratégiai hangsúlyokhoz hasonlóan elsősorban a kereslet- és a kínálatcsökkentés szemléleti kereteit elfogadva, valamint a hazai és nemzetközi gyakorlat tapasztalatait alapul véve jelöli ki a legfontosabb beavatkozási színtereket.

I. 2. Vonatkozási terület

A különböző kémiai, illetve viselkedési függőségek számos szempontból összetartoznak, és együttesen a függőségi állapotok széles jelenségkörét alkotják. Ugyanakkor a különböző függőségi típusok – eltérő jellemzőik miatt – mégsem azonosíthatók egymással.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a kábítószer-problémára vonatkozik, mindazonáltal nagy nyomatékkal kívánja jelezni, hogy a kábítószer-jelenség szorosan összefügg más kémiai és viselkedési függőségi problémákkal, elsősorban pedig a nemzet általános lelki egészségi állapotával, különös tekintettel az értékszemlélet, a kapcsolati kultúra, a problémamegoldó készség személyes és közösségi jellemzőire. Célrendszerénél fogva ugyanakkor az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos stratégiai feladatokkal is foglalkozik.

A kábítószer-problémák hatékonyan nem kezelhetők más kapcsolódó nemzeti szakpolitikai stratégiák és programok nélkül, így például az alkohol-, gyógyszer és egyes viselkedési függőségeket érintő, illetve a mentálhigiénés, valamint a bűnmegelőzési stratégia és program nélkül. Csak mindezek együttes, összehangolt megvalósításától várható a kábítószer-probléma visszaszorítása.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia emiatt szinkronban van a vonatkozási területeihez közvetlenül kapcsolódó szakpolitikai stratégiákkal és kezdeményezésekkel, különösen a népegészségügyi, a lelki egészség megőrzését érintő és az ifjúságpolitikai szakterületeken, így az egészségügy számára középtávú irányt szabó Semmelweis Terv – amely a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozatban került rögzítésre – népegészségügyi és egészségfejlesztési célrendszerével és eszköztárával, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedéseivel, a Lelki Egészség Országos Programjának (LEGOP) ellátórendszeri és a lakosság lelki egészségét érintő célkitűzéseivel és fő cselekvési irányaival, továbbá a Nemzeti Ifjúsági Stratégiának az egészséget támogató környezetet és egészséges életmódot érintő irányaival.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia számára kézzelfogható szakpolitikai kontextust ad a népegészségügy területén – a Semmelweis Tervvel szinkronban – rendelkezésre álló

szakpolitikai program. Ezek a szakpolitikai programok, valamint cél- és eszközrendszerük megteremti a szükséges szélesebb beavatkozási keretet a Nemzeti Drogellenes Stratégia számára, továbbá lehetőséget teremt az ezen programokkal kapcsolatosan kiaknázható szinergiák és együttműködések elérésére.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia összhangban áll Magyarország Nemzeti Biztonsági Stratégiájával és hangsúlyosan kezeli a kínálatcsökkentés területén megjelenő szakpolitikai kihívásokat és az azokra adható megfelelő válaszokat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia összhangban áll továbbá az Európai Unió stratégiájával, illetve az ahhoz kapcsolódó akciótervekkel, amelyek célja „a társadalom és az egyén jólétének védelme és növelése, a közegészségügy védelme, magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára, valamint a kábítószer-probléma kiegyensúlyozott, egységes megközelítése". A Nemzeti Drogellenes Stratégia alapját képezik a vonatkozó ENSZ-egyezmények, az Egységes Kábítószer Egyezmény[1] (1961), a Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezmény[2] (1971), illetve a Kábítószerek és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény[3] (1988), amelyek a kábítószer-probléma kezelésének fontos jogi eszközei. A dokumentum célkitűzései figyelembe veszik továbbá az ENSZ Kábítószer Bizottságának 2009. évi magas szintű szegmensén elfogadott Politikai Deklarációban és az ahhoz tartozó Akciótervben lefektetett kábítószer-politikai irányelveket.

I. 3. Újszerűség

A Nemzeti Drogellenes Stratégia újszerűségét elsősorban nemcsak egyes tartalmi elemei, hanem az elemeknek a korábbi stratégiáktól eltérő hangsúlyokat eredményező elrendezése, valamint a felnövekvő generáció kábítószerekkel szembeni védelmének fokozott szem előtt tartását tükröző szemléletmódja is adja.

[1] 1965. évi 4. törvényerejű rendelet a New-Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény kihirdetéséről
[2] 1979. évi 25. törvényerejű rendelet a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény kihirdetéséről
[3] 1998. évi L. törvény az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószerek és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény kihirdetéséről

I. 3. 1. Gyújtópont: tiszta tudat és józanság

A kábítószerek, pszichotróp szerek, illetve az új pszichoaktív anyagok között nincs különbség abban a tekintetben, hogy a kábítószer-használat bármely formája kockázatot és tehertételt jelent az adott személyre és közösségeire, áttételesen pedig a társadalom egészének egészségére, fejlődésére nézve. Ezért a Nemzeti Drogellenes Stratégia gyújtópontjában – mintegy irányjelzőként – a tiszta tudat és józanság mint alapvető értékek, a személyes és közösségi boldogulás szerhasználat nélküli életmodellje és az egészséget alapértékként közvetítő szemléletmód áll.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a drogmentesség elérésének és megtartásának célját szem előtt tartva elsősorban olyan programok indítását és fenntartását ösztönzi, amelyek előterében a személyes és közösségi fejlődés, a szermentes életmód és értékvilág megerősítése, illetve az ezt támogató ismeretek és képességek elsajátításának lehetőségei állnak. Az ilyen programok mellett természetesen a kábítószer-használathoz kapcsolódó egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelése is fontos feladat marad.

I. 3. 2. Egészségfejlesztő megközelítés

A megközelítés lényege az egészség és az egészséget támogató folyamatok, illetve az ezekhez vezető személyes, közösségi, környezeti feltételek erősítése. Elsősorban az egészségközpontú szemlélet érvényesülésétől, a kábítószereket nem használók megerősítésétől, az egészségkultúra fejlődésétől, a tiszta tudatot és a józanságot képviselő életmodellek elterjedésétől, valamint a korszerű bűnmegelőzési eszközök együttes használatától várható egy olyan társas környezet kifejlődése, amelyben jelentősen kisebb a legkülönbözőbb függőségi, illetve a lelki egészséget és az életvezetést negatívan érintő problémák kialakulásának lehetősége.

Mindezt hatékonyan segíti elő, ha a személyiség fejlődése során a család és a tágabb közösség részéről megfogalmazódnak olyan konstruktív egyéni és közösségi jövőképek, illetve célok, amelyek a személyiség, a közösség harmonikus fejlődését szolgálják. Ezért az egészségfejlesztő megközelítés az egyént, a közösségeket, illetve a kortárs közösségeket ösztönző célok megfogalmazása, az azokhoz kapcsolódó üzenetek közvetítése, valamint

a közvetlen drogmegelőzés eszközeinek alkalmazása közötti egyensúly kialakulását szolgálja. Ennek keretében elsősorban olyan megközelítéseket és tevékenységeket támogat, amelyek érzelmileg és erkölcsileg megerősítik az egyén és a közösség fejlődését egyaránt szolgáló célokban osztozókat.

Ugyanakkor az egészségesebb és együttműködőbb társas közeg a szerhasználókat is támogatja a nehézségekkel való megbirkózásban, az elérhető segítő szolgálatok igénybevételében.

I. 3. 3. Felépülés-központú szemléletmód

A kezelés-ellátás területein kívánatos a felépülés-központú szemléletmód minél hatékonyabb érvényesülése. A különböző gyógyító, valamint támogató beavatkozások rendszerének, illetve folyamatának célja, hogy a lehető legteljesebben helyreállítsa az érintettek egészségi állapotát és közösségi integrációját.

I. 3. 4. Közösségi irányultság – szubszidiaritás

A kábítószer-jelenség közösségi térben jelenik meg. Kiküszöbölése, kedvező irányú befolyásolása szempontjából tehát döntő fontosságú a közösség viszonyulása, válaszkészsége és válaszképessége. 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 ösztönzését igényli, hogy kialakuljon az a közösségi–civil–szakmai hálózat, amely minden településen lehetővé teszi a különböző fejlesztő, megelőző és kezelő programokhoz való egyenlő hozzáférést. A helyi együttműködések megfelelő működési indikátorok alkalmazásával, továbbá módszertani és pénzügyi támogatásokkal ösztönözhetők.

I. 3. 5. Üzenetek

A Nemzeti Drogellenes Stratégia – közvetlenül vagy közvetetten – különböző csoportoknak szóló üzeneteket is közvetít:

- Az egyéneknek és a helyi közösségeknek azt, hogy mindenki felelős a vele együtt, illetve a környezetében élő személyek sorsának alakulásáért.
- A kábítószer-használatot elutasítóknak megerősítést, hogy jó úton járnak, tudnak és képviselnek valamit, amit érdemes másoknak is továbbadni.
- A kábítószereket kipróbálóknak egyértelmű jelzést, hogy a szerhasználattal kockázatot vállalnak, árthatnak maguknak és környezetüknek.
- A függőknek reményt, hogy felépülésük lehetséges, vannak olyan programok, kezdeményezések, a józanság értékét vállaló és hirdető közösségek, amelyek segítségével gyökeresen megváltoztathatják életük alakulását.
- A segítő hivatások művelőinek, a szakmai közösségeknek, hogy fontos szerepük van a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításában
- A társadalom tagjainak, hogy a stratégia elkötelezett a kábítószer-probléma hatékony kezelése mellett, megfelelő és hatékony eszközökkel rendelkezik mind a szerhasználat visszaszorítása, mind a kábítószer-bűnözéssel szembeni fellépés területén.

I. 3. 6. Kárpát-medencei hatókör

A Nemzeti Drogellenes Stratégia fontosnak tekinti, hogy a határon túl élő magyarok lehetőség szerint bekapcsolódhassanak a kábítószer-probléma megelőzésére és kezelésére irányuló tevékenységbe. Ennek feltétele és első lépése az együttműködés módjának és rendszerének kidolgozása.

I. 3. 7. Fogalomhasználat

A Nemzeti Drogellenes Stratégia nemcsak szakembereknek, hanem minden polgárnak szól, tehát közérthető nyelvhasználatot igényel. Az előforduló szakkifejezések értelmezését, a közös szakmai nyelv használatát a *3. számú mellékletben* található fogalomtár segíti.

I. 4. A Nemzeti Drogellenes Stratégia feladatai

A Nemzeti Drogellenes Stratégia elsődleges feladatai az alábbiak:

- Hosszú távon határozza meg a hazai drogpolitikát, ugyanakkor legyen időközben értékelhető.
- A Kormány számára adjon iránymutatást a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítását szolgáló akciótervek elkészítéséhez, továbbá nyújtson támpontokat az akciótervek megvalósulásának értékeléséhez.
- Nyújtson irányadó koncepciót, szemléleti és értelmezési keretet, amely alapján egyes ágazatok, intézmények és intézményrendszerek, valamint helyi közösségek és szervezetek akcióterveket, konkrét cselekvési programokat fogalmazhatnak meg.
- A társadalom közösségei, tagjai és döntéshozói körében segítse elő a kábítószer-jelenség megértését, a szükséges és célszerű cselekvés alapelveivel való azonosulást.
- Segítse elő a közösségek–szakemberek–döntéshozók közötti együttműködést, valamint a kábítószer-probléma komplex kezelésében különösen érintett szaktárcák vonatkozó szakpolitikai programjainak összehangolását.

II. Helyzetkép és következtetések

A kialakítandó válaszok megtervezéséhez át kell tekinteni a legfontosabb, rendelkezésre álló információkat, kábítószer-fogyasztási és -ellátórendszeri mutatókat. (Az adatokat, illetve folyamatokat bemutató ábrák és táblázatok az *1. számú mellékletben* találhatók.)

II. 1. Kábítószer-használat a fiatalok és a felnőttek körében

A 18 évesnél fiatalabb korosztályok körében két, nemzetközi standardok alapján végzett vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtizedben (HBSC és ESPAD). A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010" (HBSC) vizsgálat szerint a kipróbálás illegális szerekre, – visszaélésszerű gyógyszerhasználatra – inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia értéke a megelőző 2002-es és 2006-os értékekhez képest egyaránt emelkedést mutat. 2010-ben a 9. és 11. évfolyamok tanulói körében ez az arány meghaladta a 30%-ot (2002-ben 24,3%, 2006-ban 20,3% volt).

Az egyes szertípusokat külön vizsgálva a válaszadók körében az illegális (azaz tiltott) szerek használatának növekedése észlelhető a kannabisz és különösen az amfetaminok esetében. Például ez utóbbi szer fogyasztása az elmúlt négy év alatt közel ötven százalékkal nőtt. A válaszadók körében csökkent viszont a visszaélésszerű gyógyszerhasználat. Az inhalánsok és az ecstasy-kipróbálás előfordulásának feltételezett csökkenése statisztikailag egyértelműen nem bizonyítható. Korcsoportok és nemek szerinti bontásban különösen a 11. évfolyamra járó fiúk 38,4%-os, illegális szerekre, – visszaélésszerű gyógyszerhasználatra – inhalánsokra vonatkozó együttes életprevalencia-értéke ad okot aggodalomra.

2010-ben az adatfelvételt megelőző 30 napban a megkérdezett fiatalok 9,2%-a (közel minden tizedik) fogyasztott marihuánát vagy hasist. A 9. és 11. évfolyamos fiúk körében együttesen a mindennapos használók aránya 1,4–2,6% közöttire becsülhető, vagyis hozzávetőleg minden ötvenedik megkérdezett fiú napi használó. A 2006. évi vonatkozó adatokkal összevetve jelentős bizonyossággal állítható, hogy e csoportban a mindennapos kannabisz-használók aránya növekvő tendenciát mutat.

Az érettségit adó iskolatípusokban jelentősen alacsonyabbak a fogyasztási értékek, mint a szakmunkásképzők és szakiskolák tanulói körében. A megyeszékhelyeken és más városokban, illetve a falun és tanyán élőkhöz képest határozottan erőteljesebb a Budapesten lakók kábítószer-érintettsége. A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás és az inhalánsok használata viszont vidéken magasabb.

A rendelkezésre álló adatokból úgy tűnik, hogy az első kipróbálás időpontja a fiatalabb (14 éves vagy annál fiatalabb) életkor felé tolódott.

2007-hez képest a 2011. évi ESPAD vizsgálat adatai jelentős emelkedést mutatnak, a 2003–2007 közötti csökkenő tendencia az elmúlt években megfordult. Az összes illegális szer életprevalencia-értéke jelentősen nőtt, a fiúknál 3,2 a lányoknál pedig 6 százalékponttal. Ezen belül a legjelentősebb növekedést (2,1 százalékpont) az amfetaminok használata mutatta. E vizsgálat szerint 2011-re újra jelentősen emelkedett a szervesoldószer-belélegzés életprevalenciája. A lakóhely szerinti megoszlás annyiban változott, hogy a tiltott szereket és a droghasználati célú szereket valaha kipróbálók aránya elsősorban vidéken növekedett, tehát csökkent a vonatkozó fővárosi és a vidéki mutatók közötti különbség.

Magyarországon a 18 évesnél idősebb népességre irányuló lakossági vizsgálat utoljára 2007-ben történt, tehát az elmúlt években bekövetkezett esetleges változásokról e korcsoportra vonatkozóan nincsenek közvetlen adatok.

A Magyar Honvédség keretében végzett szűrővizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az elmúlt 10 évben a leggyakrabban fogyasztott szertípus a kannabisz volt, az utóbbi években jellemzően csak kannabiszra pozitív eseteket szűrtek ki.

II. 2. A problémás kábítószer-fogyasztás változásai

A becslések alapján Magyarországon a heroinhasználók száma 2800–3400 főre tehető, mely adat az elmúlt években valószínűleg jelentősen mérséklődött. Az amfetaminfogyasztók száma 25000–30000 fő. A becslés bizonytalansága a kokainfogyasztók esetében a legnagyobb, számuk országosan 5500–6000 fő. A kokain-fogyasztás előfordulási gyakorisága óvatos becslés szerint is kétszerese a heroin-fogyasztásénak, ami – összhangban a lefoglalások és

a letartóztatások számának emelkedésével a kokain-fogyasztás elterjedtségének növekedését igazolja az elmúlt években.

A fenti csoportokon belül sajátos kockázati csoportot képeznek az intravénás szerfogyasztók. Kétéves időszakokra két becslés is készült, amelyek a 2007. és 2008. évben együttesen 5000–5200, a 2008. és 2009. évben együttesen 4500–5000 intravénás droghasználót feltételeztek. Az intravénás csoporton belül egyenlő arányban fogyasztottak opiátokat (főként heroint) és amfetamint, de a heroinhasználók aránya csökken. Az intravénás stimulánsokat (amfetamin, mefedron, új pszichoaktív szerek) használók aránya növekszik, mára – különösen a 25 évnél fiatalabbak esetében – meghaladta az opiát-fogyasztókét.

A fiatalok körében végzett kutatások az intenzív, tehát napi vagy heti többszöri kannabisz-használat előfordulásának növekedését jelzik. A 2010. évi HBSC vizsgálat szerint a 9. és 11. osztályos középiskolás fiúk hozzávetőleg 2%-a intenzív kannabisz-használó. A felsőbb évesek körében ez az arány még magasabb is lehet. Esetükben – a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok alapján – a tanulási képességek romlása, beilleszkedési zavarok, családi problémák is valószínűsíthetők.

Az új típusú dizájner drogok Magyarországon 2010-ben jelentek meg jelentősebb mértékben, közülük a mefedron terjedt el leginkább. A mefedron-fogyasztás növekedését már a 2011. évi ESPAD vizsgálat is kimutatta, a 10. évfolyamos budapesti diákok körében a mefedron-használat előfordulása 10,2% volt. 2011. január 1-jétől a mefedron tiltó listára került, azonban számos más, kémiailag rokon szer jelent meg, amely legális, interneten keresztül vagy bizonyos boltokból is beszerezhető, és hatásában a stimulánsokra emlékeztet. Az interneten árusított szereket általában nem emberi fogyasztásra alkalmas szerként hozzák forgalomba, azonban ezeknek a drogként való fogyasztáson kívül más felhasználása nem ismert.

Az új szerek szerhasználati mintázataira vonatkozó kutatások alapján elmondható, hogy azok elterjedésének okai elsősorban az alacsony ár és a könnyű hozzáférhetőség voltak, az újdonság hatása és a legalitás miatt feltételezett alacsonyabb kockázat mellett.

A fogyasztók számának növekedése kapcsán a szerhasználattal együtt járó problémák számának és súlyosságának (pl. megjelent és terjedt az intravénás használat) növekedése is bekövetkezett. Jelenleg a mefedronhoz kémiailag hasonló katinonok és szintetikus

kannabinoidok (a marihuána hatóanyagához hasonló kémiai szerkezetű anyagok) használatának terjedése a legjellemzőbb.

A tiltott és legális szerek fogyasztásának elterjedtsége alapján Magyarország elveszítette kedvező helyzetét Európa más országaihoz viszonyítva. A dohányzás elterjedtsége alapján hazánk Európa vezető országai közé került, átlag feletti az alkoholt fogyasztók aránya, az előző hónapban lerészegedők aránya az ötödik legmagasabb értéket mutatja.

II. 3. Kezelési adatok

2011-ben 1330 kezelésbe lépőt jelentettek új esetként a jelentésre kötelezett egészségügyi járó- és fekvőbeteg, valamint rehabilitációs szolgáltatók, ez a szám érzékelhető növekedést mutat. A kezelést megkezdők mintegy fele (562 fő) korábban már állt kezelés alatt illegális szerfogyasztás miatt. A saját kezdeményezésükre kezelésbe lépők (nem-eltereltek) körében a kezelést indokolttá tevő kábítószer leggyakrabban a kannabisz.

2011-re az ellátórendszerbe kerülők körében jelentősen csökkent a heroin-használathoz kapcsolódó kezelési igény, amellyel párhuzamosan az egyéb stimulánsok (vélhetőleg többnyire katinonok) fogyasztói egyre nagyobb számban jelentek meg a kezelőhelyeken. E tendencia elsősorban a kezelést önként vállalók körében volt megfigyelhető. A korábban már kezeltek esetében az amfetamin-használathoz kapcsolódó kezelési igény is növekedést mutatott.

A nem-elterelt kezelésbe lépők szerfogyasztásának mintázatát összegezve megállapítható, hogy jelentősebben nőtt a stimuláns-használat miatti, viszont jelentősen csökkent az opiát-használat miatti kezelés-kezdeményezések száma és aránya. A korábban már kezeltek körében az amfetaminok használatához kapcsolódó kezelési igény növekedése is megfigyelhető volt.

Az életükben először kezelésbe lépők szerhasználatának mintázata az összes kezelésbe lépőéhez hasonló, azaz a heroin-fogyasztók és az egyéb stimulánsokat fogyasztók arányának alakulása egymással ellentétesen mozgott.

Az elterelésbe[4] lépők – azaz a kezelési folyamatot a büntetőeljárás alternatívájaként megkezdők – csoportja jelentősen különbözik a nem-elterelt kezelést kezdőkétől. Az elmúlt években 2500–3400 fő között mozgott az elterelésüket megkezdők száma (2011-ben 3453 fő volt). Legnagyobb részük (kb. 80–85%) az úgynevezett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban, kisebb hányaduk az egészségügyi típusú ellátásban jelent meg. Az általuk elsődlegesen használt kábítószerek 2011-ben: a kannabisz (80%), a stimulánsok (13%) és az opiátok (3%) voltak. A nem eltereltekhez képest e csoportban a fogyasztott szerek mintázatán kívül más a fogyasztás intenzitása is. Mintegy 60–65%-uk alkalmi szerhasználónak tekinthető, tehát a jelentkezést megelőző 30 napban nem használt kábítószert[5]. Közel egyötödük viszont intenzív (napi vagy heti többszöri) szerhasználó.

Az opiát-függők helyettesítő programjaiban 2010-ben összesen 1031 fő, 2011-ben pedig 715 fő vett részt. Ez utóbbiak közül detoxikációs céllal 70, szubsztitúciós céllal pedig 639 fő. Az alkalmazott szubsztitúciós szer metadon vagy buprenorfin-naloxon volt.

Az általában hosszú időtartamú, a terápiás közösség alapelveire épülő kezelést nyújtó mintegy tizenhárom drogrehabilitációs intézetet az utóbbi pár évben évente hozzávetőleg 700 kliens vette igénybe.

II. 4. Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző megbetegedések

Az intravénás szerhasználó populációban a Hepatitis C-fertőzés gyakoriságának értéke az elmúlt években 25% körül alakult, ami elmarad az uniós országok átlagától, ugyanakkor a fertőzöttség nagy területi egyenlőtlenségeket mutat. A fővárosban 2011-ben 34,2%-os volt a fertőzöttség, amely arány egyes budapesti kerületek zárt közösségeiben a 60–70%-ot is elérheti. A használt szerek típusa szerinti bontás azt mutatja, hogy 2011-ben az ópiátot injektálók körében csökkent, a nem ópiátot (például új típusú pszichoaktív szereket) injektálók körében pedig nőtt a fertőzöttségi arány. Ez azért aggasztó adat, mert ez utóbbi

[4] A büntetőeljárás alternatívája alkalmazásának kereteit a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 283. §-a, végrehajtását a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI. 14.) EüM–SZMM együttes rendelet szabályozza.

5 A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba lépők többsége az eljárás megindulása után több mint 30 nappal kerül ellátóhoz.

szercsoportot használók naponta többször is befecskendeznek, illetve az ezt használó személyek között valószínűleg gyakoribb a fecskendőmegosztás.

A rendelkezésre álló adatok alapján a populációban a HIV/AIDS előfordulás valószínűsíthetően nagyon alacsony, 1% alatti. Nincs megbízható adat a kábítószer-fogyasztók körében fellépő tbc, szexuális úton terjedő és egyéb fertőző megbetegedésekről.

II. 5. Kábítószer miatti halálozások

A kábítószer-fogyasztással közvetlenül összefüggésbe hozható halálozások száma az 1990-es évek legvégén és a 2000-es évek legelején volt a legmagasabb, amikor évente 40 körüli esetet jelentettek. A halálesetek száma néhány éves stagnálás után 2009-ben ismét 30 fölé emelkedett, majd azt követően jelentősen mérséklődött (2010-ben 17-en, 2011-ben 14-en haltak meg). Az esetszám csökkenésének oka valószínűsíthetően a heroin-fogyasztás jelentős mérséklődése, a heroin részbeni eltűnése a feketepiacról, illetve a stimulánsok, új típusú pszichoaktív szerek előtérbe kerülése lehetett.

II. 6. Megelőzési programok

Magyarországon az elmúlt másfél évtizedben nem alakult ki a megelőzés iskolai egészségfejlesztésbe integrált, fenntartható rendszere. A megelőzési programok finanszírozása minden esetben pályázati források bevonásával történt. A pályázati úton történő forráselosztás és a normatív finanszírozás hiánya a megvalósult programok tervezhetőségét, fenntarthatóságát kedvezőtlenül befolyásolta. A megvalósult programok gyakran zárványszerűen jelentek meg az iskolák tevékenységében. A megelőzési programok esetében nem alakult ki minőségbiztosítási rendszer. A prevenciós tevékenységek értékelése vonatkozásában fejlődés volt megfigyelhető az elmúlt években. Ennek ellenére a programok tervezésének és gyakorlati megvalósításának nem lett szerves része az értékelés.

2004 és 2009 között 30%-ról 80%-ra nőtt az olyan iskolák aránya, ahol minden évben folyt valamilyen megelőzési tevékenység. Jellemző, hogy a korábbi években a tematikát a legális és illegális szerhasználat témaköre uralta, ma már ezekkel közel azonos súllyal jelennek meg a lelki egészség és az egészséges táplálkozás kérdései.

Célzott megelőzési tevékenység keretében az elmúlt években pályázati finanszírozás útján támogatott programok valósultak meg, amelyek a szabadidő-eltöltés különböző színterein a veszélyeztetett fiatalokat célozták meg. Annak ellenére, hogy e programok esetében a lefedettség mértéke nem közelíti meg az iskolai színtéren megvalósult programokét, megjelenésük ténye egyértelműen előrelépésként értékelhető.

Javallott megelőzési programok néhány éve működnek Magyarországon, megjelenésük elsősorban az elterelés megelőző-felvilágosító formájához köthető. E szolgáltatás Magyarország egész területét lefedi.

A rendőrségnek közel két évtizede van általános iskolai (DADA) és középiskolai (ELLEN-SZER) kábítószer-megelőzési programja, amelyeket az utóbbi időben a kompetencia alapú oktatás követelményeinek figyelembevételével továbbfejlesztettek. E tapasztalatok egy iskolai általános bűnmegelőzési program kialakítására is lehetőséget nyújtanak.

Az elmúlt években fejlődés történt a büntetés-végrehajtási intézményekben zajló megelőzési beavatkozások területén is, növekedett a drogprevenciós körletek száma. A körletekben zajló szakmai tevékenység civil szervezetek bevonásával, elsősorban pályázati támogatással valósul meg. Sajátos színtere a megelőzésnek a Magyar Honvédség keretében zajló felvilágosító tevékenység, amelyet rendszeresen elvégzett szűrővizsgálatok egészítenek ki és támogatnak.

II. 7. Kezelő- és ellátórendszer

Valamennyi hazai pszichiátriai és addiktológiai tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi ellátó jogosult kábítószert használó betegek ellátására, ami több mint 500 kezelő-ellátó helyet jelent. Ugyanakkor az országos adatgyűjtési programok keretében évről évre hozzávetőleg csupán 85 intézmény jelzi, hogy valóban ellát illegális szereket fogyasztó betegeket. A betegek mintegy 80%-át mindössze 15–20 intézmény kezeli, az illegális szereket fogyasztók ellátása tehát kevés számú ellátó helyen, elsősorban a drogambulanciákon összpontosul. Olyan térségekben, ahol nincs drogambulancia, addiktológiai gondozók is végeznek kábítószerbeteg-ellátást, ami azonban elsősorban a kannabisz-fogyasztókra és esetenként a stimuláns-fogyasztókra korlátozódik. Az aktív fekvőbeteg-osztályok sürgősségi

alapon vesznek fel illegális szereket fogyasztókat. Emellett egyes megyékben, illetve Budapesten néhány aktív pszichiátriai vagy addiktológiai osztály is végez programozott kezelési tevékenységet, például opiátfüggők számára méregtelenítést.

Az állami felelősség és szerepvállalás mellett egyházi és civil szervezetek aktívan vesznek részt az ún. terápiás közösségek, rehabilitációs szolgáltatások működtetésében. Az egészségügyi szolgáltatást és szociális szakosított ellátást nyújtó drogrehabilitációs intézetek egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek.

A szakterületen romlott a szakember-ellátottság. Jellemző, hogy a pszichiáter, illetve addiktológus szakorvosok több kezelőhelyet is felügyelnek, elegendő pszichológus sincs az ellátásban. A gyógyító munkában fontos szerepet betöltő, elsődlegesen nem egészségügyi végzettségű személyzet javadalmazása megoldatlan. A pályázati rendszer esetlegessége kedvezőtlenül befolyásolhatja a hosszú távú tervezést és megvalósítást.

Az egészségügy területén a gondozói finanszírozást érintő kedvezőtlen változások ellensúlyozása érdekében a finanszírozás rendszerszintű módosítására, illetve a teljesítményalapú finanszírozás finomhangolására került sor. További jelentős előrelépést jelentett, hogy 2011. július 1-jétől a pszichiátriai osztályon dolgozó orvoson és ápolón kívül, a pszichiátriai és addiktológiai gondozóban dolgozó orvos és ápoló is jogosult pszichiátriai pótlékra.

A szociális területen a közösségi szenvedélybeteg-, valamint az alacsonyküszöbű szociális ellátások fejlesztésére került sor. 2011-ben a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal adatai szerint 53 szolgáltató végzett alacsonyküszöbű ellátást, míg 72 szolgáltató végzett az ellátási területeken szenvedélybetegek részére közösségi ellátást.

2011-ben 24 szervezet nyújtott tűcsere-szolgáltatást hazánkban. Tűcsere-szolgáltatás 16 városban, 12 megyében, illetve mind a 7 régióban hozzáférhető volt. A szolgáltatók összesen 648 269 fecskendőt osztottak ki, a hozott és gyűjtött fecskendők száma 469 122 darab volt. A programok 3373 főt[6] értek el, a tárgyévben a kliensek

[6] A kliensek száma szolgáltatói szinten duplikációszűrt, azonban országos szinten nem. Előfordulhat, hogy ugyanaz a kliens több szervezetnél is regisztrálásra került.

38 407 alkalommal vettek igénybe tűcsere-szolgáltatást. A hazai intravénás kábítószer-fogyasztók becsült számát tekintve (5699 fő) egy intravénás kábítószer-fogyasztóra átlagosan 114 steril fecskendő jutott 2011-ben. A veszélyeztetett, rejtőzködő droghasználói csoportokkal sok esetben kizárólag ezek a szolgáltatók állnak kapcsolatban.

II. 8. A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő közkiadások

2006-ban készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás, amely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadásokat vizsgálta, majd 2009-ben újabb kutatás mérte fel a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások változását négy vizsgálati évben. Az utolsó vizsgálati évben a teljes, egy évre vonatkozó kiadások összesen mintegy 10 milliárd forintot tettek ki.

A vizsgálat a kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadásokat négy területen mérte fel, ezek a büntető-igazságszolgáltatás, a kezelés, az ártalomcsökkentés, a megelőzés és kutatás. A becslési eljárás alapján megállapítható, hogy a probléma kezelésére fordított kiadások mintegy háromnegyede a büntető-igazságszolgáltatás területére jutott. E költségek túlnyomó része olyan kiadás, amely döntően a kábítószer-terjesztés elleni fellépéshez köthető büntetés-végrehajtási, ügyészségi, bírósági költség, illetve a szervezett bűnözés elleni fellépés költsége.

2007-ben a kezelésre, illetve ártalomcsökkentő szolgáltatásokra fordított kiadások együttesen mintegy 1 milliárd 395 millió forintot tettek ki. A legkisebb mértékű, mintegy 1 milliárd 33 millió forint összegű ráfordítás a megelőző és kutatási programokra jutott. Az egyes kiadások közötti arány a négy vizsgálati év során nem változott.

II. 9. Kábítószer-bűnözés és kábítószerpiac

Kábítószerrel történő visszaélés bűncselekménye miatt évente 4000–8000 eljárás fejeződik be Magyarországon. Ez a szám 2005-ben volt a legmagasabb (7600 fölötti eljárás), 2003-ban pedig a legalacsonyabb (3378 eljárás). 2011-ben 5989 rendbeli kábítószerrel való visszaélés bűncselekményt és 5594 elkövetőt regisztráltak, mely számok a korábbi évekhez képest emelkedést jeleznek. Ezek közül 5231 eset (87%) fogyasztói típusú, 721 eset (12%) pedig kereskedői bűncselekmény volt. Az elkövetők 82%-a 30 év alatti volt, ezen belül nőtt

a fiatalkorúak aránya (11,6%-ról 18,4%-ra). A kábítószerrel visszaélést elkövetők közel háromnegyede büntetlen előéletű volt. 2012-ben tovább csökkent a vádemeléssel végződő eljárások aránya (A 2011. évi adatokhoz viszonyítva mintegy 42%-ról 36,2%-ra). Az elterelés alkalmazása következtében a nyomozások 57%-a fejeződött be bírósági eljárást nem eredményező módon. A vádemelést nem eredményező lezárások között 2007 óta folyamatosan nő a „büntethetőséget megszüntető egyéb ok" címen történő befejezések aránya.

A kábítószergyanús anyagok lefoglalási adatai alapján a hazai piacon leggyakrabban előforduló anyag – mind a lefoglalások számát, mind a mennyiségét tekintve – a marihuána. A kannabisznövény-lefoglalások alapján vélelmezhető, hogy a magyarországi kannabiszpiac jelentős részét hazai termelésből látják el. A lefoglalások száma alapján a kokain, az amfetamin, a metamfetamin és az LSD feketepiaci részesedése évek óta hasonlónak tekinthető. A heroin lefoglalásainak száma, illetve a lefoglalt anyag mennyisége a 2010-ben tapasztalható kismértékű csökkenés után 2011-ben jelentősen visszaesett, lényegében eltűnt a heroin a piacról. Ezzel egyidejűleg folytatódott az új pszichoaktív anyagok előző két évben kezdődött térnyerése, a tiltólistára került mefedron helyét különböző – azóta szintén tiltólistára került – katinon vegyületek (4-MEC, MDPV), továbbá szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi törmelékek vették át.

Kábítószer-csempészet tekintetében Magyarország továbbra is tranzit és célország egyben. A legtöbb kábítószertípus külföldről jut hazánkba, a belföldi előállítás egyedül a marihuána esetében játszik egyre meghatározóbb szerepet. A kábítószerek ára 2009-hez képest lényegében nem változott, a heroin ára kismértékben, hatóanyagtartalmának csökkenésével párhuzamosan mérséklődött. Az elmúlt két év legjelentősebb kábítószerpiaci fejleménye a szintetikus szerek piacának átalakulása, az ecstasy tabletták eltűnése és új, sok esetben legális pszichoaktív hatóanyagot tartalmazó porok és tabletták megjelenése, illetve szokatlanul gyors terjedése. A rendőrségi lefoglalások során a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet 2009-ben öt, 2010 folyamán tizenhat, 2011-ben harminchárom új vegyületet azonosított.

A 2013. július 1-jétől hatályba lépő új Büntető Törvénykönyv néhány változást hozott a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények szabályozásában. Így különösen:

- Az új szabályozás megteremti a fordított bizonyítás lehetőségét a kábítószer kereskedelem alatt keletkezett vagyon tekintetében, vagyis a kábítószer kereskedőnek kell bizonyítania vagyonának legális eredetét azon idő alatt, amíg kábítószer-kereskedelemmel foglalkozott.
- A jövőben nem alkalmazható az elterelés, ha a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül az elkövetővel szemben a vádemelést azért halasztották el, illetve a nyomozást azért függesztették fel, mert vállalta az elterelésen való részvételt, vagy ha az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt megállapították.
- Megszűnik a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények kábítószerfüggő személy általi elkövetésének privilegizált esetként történő kezelése. A jövőben a bíróság mérlegelési jogkörébe tartozik, hogy a kábítószer-függőséget a büntetés kiszabása során enyhítő körülményként veszi-e figyelembe.
- A törvény elkövetési magatartásként nevesíti a kábítószer-fogyasztást.

II. 10. Új pszichoaktív szerek – Korai Jelzőrendszer

Az új pszichoaktív szerek visszaélésszerű használatát és megjelenését a hazai piacon a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői hálózat, a Korai Jelzőrendszer (Early Warning System) hivatott nyomonkövetni és az ezzel kapcsolatos információkat eljuttatni az illetékes hazai intézményeknek, valamint a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA). A tagállamok által az EMCDDA számára tett bejelentések szerint 2009 óta jelentősen megnövekedett az Európában megjelenő új pszichoaktív szerek száma. A lefoglalási adatok és a Nemzeti Drog Fókuszponthoz beérkező bejelentések alapján hazánkban is hasonló folyamat figyelhető meg. Másfelől viszont az Europol új pszichoaktív szerekkel összefüggő adatai alapján az EMCDDA 2012-es Éves Jelentése Magyarországot a kisebb lefoglalásokról beszámoló országok sorában említette meg.

Hazánkban az új pszichoaktív szerek szabályozásáról az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény, valamint a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az

új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet rendelkezik. A kockázatértékelés folyamatát is e két jogszabály határozza meg.

II. 11. Társadalmi környezet

A kábítószer-probléma kezelését alapvetően befolyásolja a tágabb társadalmi közeg, a társadalom viszonya az egészséghez, az egészséget veszélyeztető magatartásformákhoz, a fiatalok számára kínálkozó távlatokhoz. A függőségi problémák terjedése a fogyasztói társadalom életforma- és értékválságaként, illetve a társadalom tagjainak személyes, spirituális és önazonossági válságaként is értelmezhető. A „függőség kultúrájában" a magatartási minták nemzedékeken átívelő hatása miatt a szenvedélyproblémák népbetegség méreteit öltötték, ezáltal jelentős hatást gyakorolva az egyének és a családok életminőségére.

A pszichoaktív szerek a teljesítményt, kitartást igénylő örömök helyett „azonnali" kielégüléssel, közérzetjavulással, feszültségcsökkenéssel kecsegtetnek. A családi védőburok sérülése, a közösségek életét meghatározó normák gyengülése következményeképp az ifjúság körében mind gyakoribb a megküzdési képességek, a döntéshozó készségek elégtelensége, a pozitív jövőkép hiánya. A szerhasználat a fogyasztói társadalom és kultúra tükrében akár a társadalmi paradigma értékrendi, életmódbeli leképeződéseként is értelmezhető, így a felnövekvő nemzedékek számára szinte természetessé vált a kábítószerek jelenléte. A legális és illegális szerhasználat nem alapvető emberi szükséglet, nem is a személyes szabadság kiteljesítésének eszköze, hanem ön- és közösségkárosító magatartásforma, amely a legkülönbözőbb színtereken jelenik meg, visszaszorítása átfogó, előremutató és hatékony társadalompolitikai intézkedéseket igényel.

A kábítószer-probléma az egész társadalom ügye, ugyanakkor a fiatalok fokozottan veszélyeztetettek, hiszen a pszichoaktív szerek kipróbálása, alkalmi, illetve rendszeres használata erre az életkorra a legjellemzőbb. A kipróbálás életkora a fiatalabbak felé tolódik el, viszonylag jelentős azok aránya, akik a dohányzást és az alkoholfogyasztást a 11., a kábítószer-fogyasztást pedig a 13. életévük előtt próbálják ki. Ezért a stratégiának és az ahhoz kapcsolódó szakpolitikai programoknak elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk, és nagyobb figyelmet kell fordítani a gyermekkorúakra.

II. 11. 1. Család

A kábítószer-használattal kapcsolatosan számos védő és kockázati tényező ismeretes. A védő tényezők közül fiatalkorban kiemelkedő jelentőségű a társas kohézió, a társas támogatások, illetve kapcsolatok minősége, a család, a helyi közösség, az iskola és a kortárscsoportok színterein egyaránt. Ha a család és a közösség nem tud támaszt nyújtani, az iskola pedig inkább kudarcok színtere, akkor nő a normasértő magatartásokkal kísérletező kortársak befolyása, és a kábítószer-használat kockázata is nagyobb.

Az ifjúság értékvesztésének, elbizonytalanodásának egyik oka lehet azon vélekedés közkeletűvé válása, hogy a felnőtt társadalomról való, tizenéves korban meginduló érzelmi leválás miatt jobb, ha a felnőtt társadalom mintegy önkorlátozó módon kivonul a fiatalok szabadidejéből. Ez egyes társadalmi csoportok körében olyan méreteket öltött, amely szűkítette a generációk közötti tapasztalatcsere, értékközvetítés, a pozitív mintaadás lehetőségeit, a nemzedékek közötti együttműködést és összetartozást. Ezzel a felnőtt társadalom jó része mintegy átengedte a terepet a konstruktív célokat sokszor nem vagy csak alig találó, értékbizonytalan kortársi hatásoknak. Minden társadalom, illetve közösség számára nagy kockázat, ha az életismeret, tapasztalat, az egymást követő nemzedékek által elfogadott és visszaigazolt értékek továbbadása elsikkad. Ez a folyamat elvezethet oda, hogy a felnőttek tekintélyes része érdemleges kapcsolatok híján elveszti a fiatalok helyzetével, gondolkodásával kapcsolatos valóságismeretét, sőt gyakran az irántuk való érdeklődést, az elvárható mértékű felelősségérzetet is.

Azok a gyermekek, akiknek a családjában szenvedélybeteg él, vagy akik felbomlott családban nőnek fel, a kábítószer-használat szempontjából is fokozottan veszélyeztetettek. Számukra nehezített a hagyományos értékek, magatartásminták, életformák, megküzdési stratégiák elsajátítása, amelyek pedig segíthetnék őket a kihívásoknak való megfelelésben.

II. 11. 2. Köznevelési intézmények

A társadalmi feszültségek, a családi frusztrációk hatása az iskolában, az iskolai teljesítményben és az iskolához fűződő viszonyban is tükröződik. A növekvő mennyiségű, gyakran megoldatlan egyéni, családi vagy társadalmi problémákkal szembesülő köznevelési intézmények jelenlegi eszközrendszerükkel önmagukban nem lehetnek képesek ezeket

a problémákat kezelni. Eszközrendszerük fejlesztésével lehetővé kell tenni, hogy azokat a magatartásmintákat és értékelveket, amelyek az egészséges személyiségfejlődéshez, a tudás, illetve a munka világában való helytálláshoz nélkülözhetetlenek, vonzóvá tudják tenni. Az elmúlt években megvalósuló kutatások eredményeinek tükrében megállapítható, hogy a pedagógusok véleménye alapján is szükséges a diákok pszichoszociális, mentálhigiénés segítése, amihez – együttműködésben a pedagógussal és az iskolákban dolgozó más segítő szakemberekkel – külső szolgáltatók igénybevételét is lehetővé kell tenni. Az iskolai kudarcok, a motivációhiány, valamint a deviáns minták növekvő befolyása a kortárscsoportokban számos esetben újabb jelentős kockázati tényezőként jelenik meg.

A védőtényezők erősítésében fontos szerepe van az iskolán belüli kapcsolatrendszernek, a tanár-diák kapcsolat minőségének, illetve az intézményrendszer keretein belül elérhető iskolai egészségügyi szolgáltatásnak, valamint egyéb tanácsadó, támogató hálózatoknak.

A beilleszkedési problémákkal, a tanulmányaikban kudarcokkal küzdő diákok körében magasabb a pszichoaktív szereket használók száma, illetve a kipróbálás is fiatalabb korban következik be. Az esetleges későbbi szerhasználatot előre jelző körülmények sorában – a család működési zavarain kívül – fontos a diákok iskolájukkal szembeni elégedetlensége, amely a 7. és a 9. évfolyam között erősödik fel. Szintén erre az időszakra jellemző a dohányzás, a nagyivás és a lerészegedés előfordulási gyakoriságának kiugrása egyes csoportokban. A kábítószer-fogyasztás növekedése a 9–11. évfolyamokban figyelhető meg.

II. 11. 3. Kortárscsoportok

A kortárscsoportok gyakran ösztönzik a pszichoaktív szerek kipróbálását, főként azokban az esetekben, amikor a szülőkkel vagy a társadalommal kialakított viszony nem megfelelő. Ugyanakkor szerepük a szerhasználat elutasításának kialakításában, az iskolai, sportbeli vagy művészi előrehaladás támogatásában is rendkívül fontos lehet.

II. 11. 4. Média

Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód kialakításában. A média üzenetei gyakran

írják felül a család, a köznevelési intézmények és a különböző természetes közösségek által közvetíteni kívánt értékeket, mintákat. Az internet egyoldalú, akár függőségig súlyosbodó használata nehezítheti a fiatalok élő, közvetlen kommunikációját, ronthatja konfliktustűrő képességüket. Miközben az internet az egészségfejlesztésnek, a megelőzésnek, illetve az alacsonyküszöbű ellátásoknak is hatékony eszköze lehet, ma még legalább oly mértékben terepe a pszichoaktív szerek népszerűsítésének és kereskedelmének.

II. 12. Következtetések

A rendelkezésre álló adatok szerint valószínűsíthető, hogy a szerfogyasztás egyre fiatalabb életkorban jelenik meg, számos kábítószert kipróbáló már 14 éves életkora előtt kapcsolatba kerül valamely tiltott szerrel. A legtöbb szer vonatkozásában nagy bizonyossággal állítható, hogy a problémás kábítószer-fogyasztók száma növekedést, a heroinhasználat csökkenést mutat. A droghasználatban a klasszikus szerek mellett teret nyertek a szintetikus szerek, azon belül az új pszichoaktív anyagok (ún. dizájner drogok). Egymástól eltérő fogyasztói mintázatot mutatnak a különböző iskolatípusban tanuló diákok, és a fogyasztási szokások az adott település típusa szerint is változnak, bár az egyes településtípusok közötti különbségek mérséklődtek.

A 2011-es ESPAD felmérés alapján a tiltott szereket valaha használók aránya először haladta meg az európai átlagot. A gyógyszerek alkohollal történő együttes fogyasztása például Magyarországon kiemelkedően magas, a kétszerese az európai átlagnak.

Az új pszichoaktív szereket használók megjelenése az ellátórendszer számára új kihívást jelent. Ugyanakkor a kezelésbe kerülők jelentős része továbbra is kannabisz és stimuláns használó.

Összességében megállapítható, hogy hazánkban az elmúlt négy–öt évben a kábítószer-probléma súlyosbodott. E tendenciaváltozás arra is utalhat, hogy az állapotromlás hátterében meghúzódó társadalmi-közösségi folyamatok kedvezőtlen hatásait a kábítószer-probléma mérséklésére hivatott jogi, szervezeti és működési rendszer programjai és intézményei csak korlátozottan voltak képesek ellensúlyozni.

Az általános (univerzális) megelőzés területén nem alakult ki a drogmegelőzés iskolai egészségfejlesztésbe ágyazott, hosszútávon működőképes, egyúttal bizonyítottan hatékony rendszere. A célzott megelőzési programok országos lefedettsége, változatossága elmarad a szükségestől. A javallott megelőzés hatékonyságát a szellemi és anyagi erőforrások, illetve kapacitások elégtelensége vagy teljes hiánya akadályozza.

Magyarország a kábítószer-csempészet tekintetében tranzit- és célország is egyben. A szintetikus szerek piaca az elmúlt két évben hazánkban teljesen átrendeződött. Míg a korábban népszerű szerek (pl. ecstasy) visszaszorultak a feketepiacról, ezzel párhuzamosan új szerek, új hatóanyagok jelentek meg.

A társadalom drogproblémára adott válaszkészségének növeléséhez szükség van a családi és közösségi összetartozás, a társadalmi kohézió fejlesztésére. A média szerepét tekintve hangsúlyosan figyelembe kell venni a fiatalok által használt infokommunikációs technikák sajátosságait és őket azokhoz alkalmazkodva kell megszólítani.

A jelzett nehézségek jó része nem csak hazánkban észlelhető. Úgy tűnik, hogy a modern fogyasztói társadalom aktuális feltételrendszerében az eddig alkalmazott szokványos drogstratégiák és programok csak részben képesek megfelelni az irántuk támasztott elvárásoknak, ezért a korábbi értékek megtartása mellett új megközelítésekre van szükség.

A kábítószer-probléma jelensége a társadalmi viszonyrendszer, a közösségi kapcsolatok színterein alakul, bontakozik ki vagy szorul vissza. Ezzel összhangban az új stratégiai megközelítés középpontjában az egészség, illetve az egészség támogatása áll. Az a célkitűzés, hogy az erőforrásoknak az egészséghez vezető folyamatok támogatására, a józanság kultúrájának terjedésére való összpontosításával párhuzamosan változzék meg a közösség kábítószer-problémákhoz való viszonyulása, illetve cselekvőképessége. A kábítószer problémák visszaszorulása elsősorban a közösség problémaérzékenységének erősödésétől és problémakezelő képességének fejlődésétől várható, a nemzeti és helyi közösségeket és az állam eszköztárát egyaránt beleértve. A kezelés és ellátás szakterületein e paradigmát a felépülés-központú megközelítés hangsúlya, illetve érvényesítése jelenti.

Mindezekkel összhangban és mindezek érdekében ki kell szélesíteni a kábítószer-probléma megelőzésében és kezelésében közreműködő érdekhordozói kört, továbbá meg kell erősíteni a különböző közösségi, laikus és hivatásos segítő szolgálatok rendszerét.[7] Ez akkor lehet eredményes, ha a folyamatot határozottabb fellépés kíséri a bűnmegelőzés terén és a kábítószerekkel összefüggő bűnözés ellen.

[7] A stratégiai készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet gyorsértékelésére készített SWOT analízis a *2. számú mellékletben* olvasható.

III. Alapértékek

III. 1. Élethez, emberi méltósághoz, egészséghez való jog

A Nemzeti Drogellenes Stratégia elismeri és tiszteletben tartja az élethez, emberi méltósághoz és egészséghez, azon belül a kábítószermentes élethez fűződő jogokat, az emberi jogokról szóló európai egyezményt és az Unió Alapjogi Chartáját, amelyeket mindenkinek mindenki mással és a körülvevő közösséggel kapcsolatban is el kell ismernie, tiszteletben kell tartania. A Nemzeti Drogellenes Stratégiának ezek érvényesülését biztosítania kell. Ezen jogok nem csak azokat illetik meg, akik helyre szeretnék állítani a méltóságukat és az egészségüket, hanem az ezeket megóvni, kibontakoztatni szándékozókat is, és egyaránt kötelezettségeket rónak a személyekre, a közösségekre és az intézményekre. A Nemzeti Drogellenes Stratégia elkötelezett a kábítószer-használat megelőzése, a kábítószer-használó személyek stigmatizáció-mentes kezelése, ellátása mellett, valamint elismeri az egészségügyi és szociális ellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosításának szükségességét.

Ugyanakkor az emberi méltósággal csak az egyeztethető össze, ha kellő ismeretekkel rendelkező, döntésképes emberek határozhatnak saját sorsuk alakításáról, s mindaddig, amíg objektív mérce szerint megítélve ez a feltétel nem teljesíthető, az államnak az egyén kiszolgáltatottsága ellen fel kell lépnie. A korlátozásoktól mentes „mámorhoz való” jog nem része a legmagasabb testi és lelki egészség biztosításához fűződő jognak, mert a kábulat saját maga részére történő kiváltása nem tartozik hozzá az egyén alkotmányos garanciákkal védett szabad személyiségfejlődéséhez. A tudományos ismeretek jelenlegi szintjén éppen az igazolható, hogy a bódító hatású anyagok és szerek az ember testi és lelki integritását sértik. Az emberi méltóság sérülésének pedig a valós veszélye áll fenn akkor, ha az egyén a kábulat hatása alatt saját vagy mások egészségét, testi épségét veszélyezteti. Így a személyiség szabad kibontakoztatásához való jog korlátai a drogokkal kapcsolatban is érvényesülnek.

III. 2. Személyes és közösségi felelősségvállalás

Mindenki felelős önmagáért és azokért a közösségekért, amelyekhez kapcsolódik, másfelől a közösség is felelős a hozzá tartozó személyekért. A társas, intézményes környezet

valamennyi szereplője felelősséget visel azért, hogy a kábítószer-használat el se kezdődjön, vagy ha már megtörtént, akkor abból ne alakuljon ki problémás használat, függőség. A körülvevő közösség és az egyes intézmények egyetemleges felelőssége, hogy a rászorulók, családjuk és közösségeik segítségben részesüljenek. A segítségnyújtás illeszkedjen az adott lehetőségekhez, illetve motivációkhoz, amelyek szakmai eszközökkel, továbbá ön- és kölcsönös segítés révén fejleszthetők.

A felelősségvállalás követelménye az érintettekre is vonatkozik, hiszen a szerhasználat az adott személyen kívül a környezetét is megterheli, károsítja. Ahogyan a környezet felelős a megfelelő életfeltételek biztosításáért, úgy a személy is felelős a saját életét befolyásoló döntéseiért.

Fontos, hogy a közösség előítéletek nélkül, segítően forduljon azok felé, akik nem képesek szermentesen élni, ugyanakkor egyértelműen utasítsa el a kábítószer-fogyasztást, mivel ez a hozzáállás önmagában érték, védő tényező lehet, ezzel is előmozdítva, hogy az érintettek igényeljék a segítséget, és éljenek annak lehetőségével.

A felelősségvállalás képessége fejleszthető. Az erre irányuló törekvések hatékonyságát növelheti, ha a megelőzési és kezelő programok tervezésébe és végrehajtásába az érintettek – a felépült szerhasználókat is beleértve – bekapcsolódhatnak. A felelősséggel való felruházás segíti a helyi közösségeket a kábítószer-problémák megelőzésében és kezelésében, erősíti biztonságérzetüket, segítőkészségüket.

A probléma kialakulásának megelőzése szempontjából fontos célkitűzés, hogy a korai életszakasztól kezdve olyan egyéni és közösségi konstruktív célok kerüljenek megfogalmazásra, amelyek az egyén, a közösség harmonikus fejlődését szolgálják.

III. 3. Közösségi aktivitás

Az egészséges élet feltételeinek kialakítása, az egészségi állapot fenntartása és lehető legteljesebb helyreállítása csak a közösségek aktív szerepvállalásával lehetséges. A helyi közösségek kábítószer-használatot elutasító értékvilága, konstruktív célokra való irányultsága és szabályrendszere alapvetően kihat a szerhasználat kialakulásának esélyeire. Minél több

olyan közösségi kezdeményezésre van szükség, amely ezekre az értékekre és normákra épül, illetve ezeket állítja előtérbe.

Indokolt, hogy a már bejáratott és bevált programok mellett – civil, egyházi, önsegítő keretben, valamint a felépülő függők tapasztalatainak hasznosításával – újabb és egyre több közösségi jellegű, extramurális (nem intézményes) kezdeményezés, módszer jelenjen meg az ellátások sorában. Kerüljenek előtérbe a családokra és más helyi közösségekre irányuló, illetve azok részvételével zajló programok, az úgynevezett „lakosságközeli" szolgálatok és ellátások. Célszerű a „jó gyakorlatot" megvalósító közösségi, civil és önsegítő kezdeményezések, csoportok támogatása. A probléma közösségi alapokra helyezését követően várhatóan mérséklődik, és idővel meg is szűnhet a kábítószer-problémák értelmezésének és kezelésének túlzottan medikalizáló jellege. A terápiás közösségek, a különböző önsegítő és utógondozó programok is közösségi erőforrásokra épülnek. A közösségi irányultság tehát meghatározó jelentőségű a már kialakult függőség kezelésében, a felépülés támogatásában. Ezt tükrözi a bűnüldözés „resztoratív" (a károk helyreállítására irányuló) szemlélete is, melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Ennek megvalósulása az elkövető számára énerősítő hatású lehet.

III. 4. Együttműködés

A különböző jogok érvényesülésének, a felelősség érvényesítésének és általában a hatékony megbirkózásnak fontos feltétele a problémakezelés különböző szintjein élő és tevékenykedő szereplők közötti együttműködés. A Nemzeti Stratégia olyan programok megalkotását szorgalmazza, amelyek erősítik és fejlesztik az együttműködést a családon (szülők–gyermekek–különböző generációk), a kortárscsoporton és az iskolán (pedagógusok–diákok–iskolai egészségügyi szolgálat) belül, továbbá a területen működő intézmények, valamint a különböző közösségek és intézmények között. A felépülés-központú programok elterjesztése érdekében szükséges továbbá az egészségügyi és szociális ellátások közötti összehangolt működés feltételeinek, érdekeltségeinek megteremtése és fejlesztése.

III. 5. Tudományos megalapozottság

A Nemzeti Drogellenes Stratégia multidiszciplináris szemléleten és tudományos bizonyítékokon (mérésen, kutatáson), valamint nemzetközi tapasztalatokon alapul, megfelel a vonatkozó tudományos ismereteknek és szakmai tapasztalatoknak.

Javasolt, hogy a különböző szakmai testületek és közösségek is mindezek figyelembevételével alakítsák ki saját programjaikat, szakmapolitikájukat.

IV. Jövőkép és célkitűzések

IV.1. Jövőkép

A kábítószer-probléma alakulásának jövőjét még egy évtizedre nézve is nehéz meghatározni, mivel a két meghatározó folyamat, a szerek kínálata és az iránt megnyilvánuló kereslet erősen változó. A dizájner drogok új megjelenési formáinak terjedése például néhány év alatt bontakozott ki, nagymértékben átalakítva az illegális szerek megjelenését a társadalomban. Korábban hasonlóan gyors volt az ecstasy térhódítása, és számos országban fordultak elő járványszerű terjedési mintázatok. A fejlett ipari államok többségében a kínálat és kereslet tényezői nagyjából egyensúlyban vannak, de az alaptendencia romló. Ezt az is mutatja, hogy a drogok elleni társadalmi ráfordítások számos országban növekednek.

Ilyen módon nálunk is, még ha nem is nő a kínálat szintje, a droghelyzet romlásával, súlyosbodásával lehet számolni, ha nem történnek határozott, célzott és megtervezett társadalmi szintű beavatkozások.

A keresletet számos társadalmi folyamat fokozhatja. Ilyen a „szerkultúra” erősödése, melyet nemcsak az illegális, kábítószernek minősülő anyagok használata, hanem a legális pszichoaktív szerek fogyasztása is befolyásol, különösen az alkoholfogyasztás, a dohányzás, továbbá a gyógyszerek tudat- és hangulatváltoztatási célból történő rendellenes használata, sőt, még a függőséget keltő viselkedésformák is (pl. a szerencsejátékok).

Szociológiai szinten a társadalmi stresszek, lélektani feszültségek terjedése, a gyermekkori és ifjúsági személyiségfejlődési rendellenességek gyakoribbá válása, továbbá a társadalmi (szociális és pszichológiai) támaszrendszerek, különösen a személyiséget körülvevő közösségek gyengülése is ebbe az irányba hat. Régóta megállapított tény, hogy a megengedett és tiltott szerek fogyasztása feszültség levezetést is szolgáló pótcselekvés.

A most kidolgozott új drogellenes stratégia éppen azt a célt szolgálja, hogy a spontán módon romló vagy jó esetben stagnáló droghelyzetet a klasszikus drogpolitikai eszközökön túlmutató új módszerekkel is megpróbálja javítani. E módszerek alkalmasak lehetnek az említett keresletfokozó hatások kivédésére, illetve ellensúlyozására, különösen akkor, ha

a stratégiához kapcsolódó cselekvési terv majd megfelelő pénzügyi kereteket és politikai akaratot is tükröz. A stratégia távlati célként a kábítószermentes Magyarország elérését tűzi ki 2020-ig, annak ellenére, hogy a világban és a Magyarországon belül tapasztalható tendenciák alapján ez irreálisnak tűnhet. A Nemzeti Drogellenes Stratégia mégsem mondhat le arról a törekvésről, hogy a következő generációk életéből eltűnjenek a kábítószerek.

A fentiekben említett új módszertani alapelvek, illetve eszközök:

- a társadalompolitikai és tömegkommunikációs erőtereket is bekapcsolva a józanság kultúrájának és a proszociális megküzdési módoknak a terjesztése,
- a közösségek minden formájának mozgósítása és erősítése az emberi problémák, köztük a drogfogyasztás leküzdésére és a bajbajutottak segítésére,
- általában is a mentálhigiéné erősítése, különös tekintettel az iskolai egészségfejlesztés és a drogprevenció hatókörének kiszélesítésére,
- a függőségi állapotokban a felépülés-központú kezelés és rehabilitáció teljes intézményi rendszerének, terápiás láncolatának kiépítése,
- a korszerű bűnmegelőzési és bűnüldözési beavatkozások hatékonyabb alkalmazása, amelyek segítségével megvalósítható a fiatalok kábítószer-használat iránti kitettségének erőteljes lecsökkentése és a fiatalok kábítószer-használattól történő távoltartása.

A drogpolitikában különösen hatékony lehet a különböző tárcák, ágazatok, intézmények, helyi közösségek és csoportok, illetve szolgálatok és azok tevékenységének összehangolása. Éppen ezért az új drogellenes stratégia magában rejti a lehetőséget, hogy a társadalom lelki erősítésének egyik fontos tényezője is legyen.

A fentieknek megfelelően a Nemzeti Drogellenes Stratégia céljainak megvalósulásával 2020-ra célhoz rendelt mutatószámai az alábbiak:

Indikátor	Elérhető legutolsó adat	Vállalás
Tiltott szerek fogyasztása a felnőtt populációban	Életprevalencia 18–64 éves korcsoportban az illegális szerekre: 9,3% (OLAAP 2008)	Az életprevalencia értéke csökken
Tiltott szerek fogyasztása a fiatalkorúak körében	Kannabisz: 19,4% Alkohol gyógyszerrel: 10,3% Szipuzás: 10% Nyugtató/altató: 9,3% Amfetaminok: 5,6% Ecstasy: 4,4% Kokain: 2,5% (ESPAD 2011)	Az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása csökken 2%-kal és a többi szer fogyasztása is csökken.
Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások	Közvetlen halálesetek 2011-ben: 14 haláleset (Országos Addiktológiai Centrum 2012)	A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások száma csökken.
Általános megelőzési lefedettség mértéke iskolákban	Az általános és középiskolák 90,4%-a végzett prevenciós tevékenységet a megelőző évben, melyek csupán részterületeken jelentek meg (Paksi 2009)	Minőségbiztosítási szempontból megfelelő színvonalú prevenciós (egészségfejlesztési) tevékenységek folynak az iskolákban.

IV.2 Célkitűzések

A kábítószer használat nem létszükséglet, összességében az emberi életet nem gazdagítja, hanem ellenkezőleg, arra különböző terheket, illetve szenvedést ró. Indokolt tehát azaz elvárás, hogy a szakmai és más érdekhordozói csoportok, az illetékes intézmények, nem utolsósorban pedig a kormányzat a keresletcsökkentés és a kínálatcsökkentés hagyományos és újszerű eszközeinek felhasználásával kövessen el minden tőle telhetőt a kábítószer-probléma kiküszöbölése érdekében. E törekvés hatékonyságát növeli, sőt annak záloga, ha a polgárok és közösségeik átérzik saját felelősségüket önmaguk, emberi környezetük, utódaik és az újabb nemzedékek egészsége, illetve lehető legteljesebb élete iránt, és mindezek érdekében készek is az aktív cselekvésre.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia három beavatkozási területen állapít meg célokat, fejlesztési irányokat:

- Egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés
- Kezelés, ellátás, felépülés
- Kínálatcsökkentés

IV. 3. Általános célok

- A társadalom és közösségei értékszemléletében a jelenleginél hangsúlyosabban jusson érvényre a saját és mások egészsége iránti elköteleződés mint alapérték.
- Szélesedjék azon közösségi és szakmai kezdeményezések hatóköre, amelyek a felnövekvő korosztályok egészségesebb életvitelét szolgálják.
- Jöjjenek létre a kábítószer-problémák új típusú, korábban nem tapasztalt megnyilvánulási formáival való megbirkózáshoz szükséges közösségi és szakmai válaszok.

IV. 4. Konkrét célok

- Növekedjék az olyan programok és kezdeményezések száma, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés által elért tanulók aránya 2020-ra érje el az 50%-ot.
- A megelőzési programok tervezése során fordítódjon kiemelt figyelem a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre. A családi megközelítést alkalmazó megelőzési programok évente legalább egyszer érjék el a gyermeket nevelő családok 20%-át.
- Csökkenjen a kábítószereket kipróbáló, illetve alkalomszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli aránya. A jelenlegi életprevalencia-értékek csökkenjenek 10%-kal.
- Alakuljon ki a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és általános hozzáféréssel működik.

- Javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége. Törekedni kell arra, hogy 2020-ra mindegyik járásban legyen közös működési indikátorokat használó, összehangolt, komplex ellátó rendszer, amely aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat alkalmaz.
- A problémás szerhasználók és függők körén belül növekedjék a kezelésbe kerülők aránya, és törekedni kell a megfelelő ideig történő kezelésben tartásukra. A problémás szerhasználók és függők legalább 20%-a kerüljön be valamilyen kezelési programba, az alkoholproblémával küzdőket is beleértve.
- Az ellátás minőségének és hatékonyságának értékelése érdekében törekedni kell a minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítására. Csak megfelelő szakmai ajánlással rendelkező és monitorozott egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, a köznevelési intézmények tevékenységét is beleértve. Az egészségügyi és szociális szolgáltatók a vonatkozó szakmai irányelvek alapján végezzék tevékenységüket, és a szolgáltatók mindegyikénél történjen rendszeres klinikai, vagy szociális intézményi minőségbiztosítási audit.
- A rendelkezésre álló források és szervezeti keretek között növelni kell a rendőrségi fellépés hatékonyságát. Ezzel összefüggésben az Országos Rendőr-főkapitányságtól évente beszámolót kell kérni a kábítószer-terjesztéssel összefüggő bűnügyi helyzetről, a felderített bűncselekmények számáról, az elfogott elkövetőkről és a lefoglalt kábítószerek és új pszichoaktív anyagok mennyiségéről, továbbá az adott évben elért eredményekről.
- Erősödjék a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalása és koordinációs tevékenysége. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, helyi önkormányzatok, egyházi és civil szereplők, valamint a köznevelési intézmények, az érintett egészségügyi és szociális ellátók részvételével.
- Kerüljön felülvizsgálatra a Lelki Egészség Országos Programja, valamint elfogadásra az alkoholprobléma visszaszorítását célzó szakpolitikai program, illetve történjék meg azok drogellenes stratégiával való összehangolása.
- Javuljon az ágazatok közötti, illetve a helyi és nemzeti szintű együttműködések hatékonysága. Az iskolán kívüli drogmegelőzési programokon belül legalább a 25%-ot érje el a többszektorú megközelítést alkalmazó egészségfejlesztési

programok aránya. A kormányzati és helyi államigazgatási döntések során rendszerszerűen vegyék figyelembe a lelki egészség érdekeit, ennek érdekében valamennyi szinten végezzenek hatásvizsgálatokat.

V. Egészségfejlesztés és kábítószer-megelőzés

V. 1. Egészségfejlesztés

Hazánkban a kábítószer-használat társadalmi problémaként való értelmezésének, a stratégiai szemlélet és gyakorlat megvalósulásának kezdeteitől fogva a megelőzés kérdései kerültek a probléma megközelítésének középpontjába. Az elért eredmények ellenére sem egységes az egyes területeken bekövetkezett fejlődés. A csökkenő források mellett is kialakult azonban egy új szakmaiság, a megelőzési tevékenységet folytató szolgáltatók köre bővült.

Az egészség nem öncél, hanem a mindennapi élet erőforrásaként szolgál, ha a közösségi, társadalmi felelősségvállalás ténylegesen működik. Stratégiailag is középpontba kell állítani az egészséget, a testi, lelki, szociális jólétet, hogy ezek az értékek a gyakorlatban is hangsúlyosabbá váljanak. Szükséges egyrészt a személyes és közösségi erőforrások fejlesztése, illetve a megfelelő infrastruktúra biztosítása, elsősorban a családokban, az iskolarendszerben (köznevelési intézményekben), a munkahelyeken, az Interneten és más médiumokban, a szabadidő-eltöltés és a sport színterein, a gyermekvédelmi intézményrendszerben, a büntető-igazságszolgáltatás intézményeiben, illetve speciális szükségletű csoportokban.

V. 1. 1. Feladatok az egészségfejlesztésben

- Tárca- és ágazatközi együttműködés nyomán egészségfejlesztésre épülő folyamatok további ösztönözése, a köznevelési intézményekben folyó egészségfejlesztés rendszerszintű megvalósítása.
- A kapcsolati kultúra fejlődését, a kölcsönös bizalom erősödését, az önazonosság elmélyülését és a közösség iránti felelősségvállalást szolgáló programok kidolgozása és támogatása.
- A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) az elmúlt évtizedben a helyi közösség fontos szervezeteivé váltak. Alkalmasak helyi programok és akciók kezdeményezésére, tervezésére, értékelésére, a helyi közösség valós szükségleteire épülő egészségfejlesztési tevékenység összehangolására. Célkitűzés a KEF-ek

munkájának hatékonyabbá tétele, hatókörük kiterjesztése, az önkormányzat szerepének és felelősségvállalásának erősítése, továbbá a kormányhivatalokkal való együttműködés erősítése és jogi kereteinek kialakítása.

- A köznevelési intézményekben, illetve a felsőoktatási intézményekben és kollégiumaikban életkor-specifikus képzési programok támogatása, amelyek segítik a szülői szerepre való felkészülést, a családi élet iránti elköteleződést és felelősségvállalást. Kívánatos, hogy ilyen kezdeményezések iskolán kívül, a szabadidő-eltöltés, a szórakozás különböző színterein is megvalósuljanak, főleg a fiatalok által látogatott helyszíneken, illetve az általuk szervezett alkalmakon.
- Szükséges olyan szabadidős programok támogatása, amelyek közös kulturális, művészeti, sport és közhasznú tevékenységek által a felnőtt társadalom pozitív részvételét erősítik a fiatalok életében, elősegítve a generációk közötti pozitív mintaadás lehetőségét, az értékszemlélet formálásának lehetőségeit.
- Az egyházi közösségeknek fontos, spirituális szempontból pótolhatatlan szerepe van a tanításukból következő, az élethez, az egészséghez, a felelősséghez, az emberi méltósághoz kapcsolódó értékek átadásában. Az egészségfejlesztés (egyben a kábítószer-használat megelőzés) szempontjából is elősegítendő, hogy – az egyházak autonómiájának tiszteletben tartásával – a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkészképzésben hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör.
- Mivel a társadalmilag, kulturálisan hátrányos helyzetű szülők jelentős része a szokványos színtereken alig vagy egyáltalán nem érhető el, bevonásuk érdekében speciális programokat kell biztosítani.
- A médiában is indokolt a családi élet témakörének hangsúlyosabb megjelenése, különös tekintettel a hétköznapi konfliktusok, kapcsolati problémák hátterének és kezelési módjainak bemutatására.
- Az egészség, az egészséges életmód, mint érték és erőforrás minél több ember számára váljon követhető és követendő mintává. Ennek érdekében:
  - egészséget támogató társadalompolitikára, azt szolgáló jogszabályi környezetre, folyamatos ágazatközi együttműködésre van szükség;
  - az egészséghez, az egészséges életmódhoz kapcsolódó viszonyulások, motivációk, képességek átfogó alakítása szerepeljen kiemelt értékként és nevesített feladatként az egészségügy, a köznevelés, valamint a tömegtájékoztatás területein;

– képzések, továbbképzések révén a mentálhigiénés szemlélet egyre inkább váljon az egészség-, a szakmai, illetve általában véve a kapcsolati kultúra szerves összetevőjévé.

V. 2. Kábítószer-megelőzés

A kábítószer-problémával kapcsolatos megelőzési tevékenységnek valamennyi színtéren és célcsoportban az egészségfejlesztés tágabb összefüggésében kell megfogalmazódnia. Egyaránt figyelni kell a társas-közösségi feltételekre és hatásokra, illetve a személyre és annak környezetére. Különösen a nevelési-oktatási intézményi színtéren vannak már jelei, hogy a kábítószer-megelőzés szűkebb értelmezése helyett a programok középpontjába az egészségfejlesztés, az átfogó testi, lelki, szellemi, társadalmi jólét kerül.

A korszerű szakirodalom általános/univerzális, célzott, javallott megelőzés felosztást alkalmaz, a színtereken törekedni kell mindhárom kategória egyidejű megjelenítésére.

Az egészségfejlesztés részeként zajló, valós szükségletekre épülő, körültekintően tervezett, folyamatos, értékelt és összehangolt megelőző munka is főleg helyi közösségekben, illetve azok által valósítható meg. A programok eredményessége elsősorban a személyes ellenálló-, megbirkózási és konfliktuskezelő képességben, az én-hatékonyságban, bizonyos ismeretek és készségek elsajátításában mutatott fejlődésnek, valamint a szerhasználat elutasításának tükrében ítélhető meg. A rendelkezésre álló tapasztalatok ellenére jelenleg megoldatlan a megelőzési programok minőségbiztosítása. Olyan minőségbiztosítási rendszer kialakítására van szükség, amely a bemeneti (akkreditáció), a nyomon követési (monitoring) és a kimeneti (hatásvizsgálatok, jó gyakorlatok) követelményeket egyaránt felöleli és összehangolja.

V. 2. 1. Feladatok a megelőzésben

V. 2. 1. 1. Helyi közösségek színtere

- Ágazatok közötti együttműködésben a felelősségi körök és a megvalósítás kulcsszereplőinek rögzítésével épüljön ki a megelőző szolgáltatások rendszere. Törekedni kell a köznevelési intézményekben és egyéb színtereken

a minőségbiztosítási rendszer keretében hitelesített megelőzési szolgáltatások finanszírozási hátterének kialakítására.

- A KEF-ek – civil szervezetek, egyházi és más helyi közösségek, illetve intézmények bevonásával – szervezzék meg és hangolják össze a stratégiai célokat szolgáló megelőzési tevékenységet.
- Továbbképzésekkel, szakmai konzultációkkal, az átjárhatóság és a delegálás folyamatosságának biztosításával (különösen a célzott és javallott megelőzés területein) erősíteni kell a szociális, a gyermekvédelmi és egyes esetekben az egészségügyi ellátó intézményrendszernek a helyi stratégiához való kapcsolódását.
- A felépülő, illetve felépült szenvedélybetegek önsegítő csoportjai továbbra is kapcsolódjanak be a különböző megelőzési programokba, mivel ők személyes példájukkal, tapasztalataikkal jelentős hatást fejthetnek ki a helyi közösségre.
- A helyi közösség a veszélyeztetett, sérülékeny személyek és csoportok számára biztosítsa a célzott megelőző beavatkozás igénybevételének lehetőségét.
- A helyi közösség a függőnek nem minősülő, de problémás kábítószer-használat jeleit mutató személyek számára biztosítsa a javallott megelőzés, a szakszerű beavatkozás, illetve kezelés igénybevételének lehetőségét, továbbá támogassa a családtagokat és a hozzátartozókat.

V. 2. 1. 2. Családi színtér

- Váljanak széleskörűen elérhetővé a családok problémáinak észlelését, kezelését elősegítő komplex családgondozási szolgálatok és szolgáltatások (pl. védőnői családgondozás, családkonzultáció, családterápia, mediáció, nevelési tanácsadás).
- A helyi egészségfejlesztési és megelőző programok tervezésekor és megvalósításakor figyelembe kell venni a családok kulturális hátterét, szociális helyzetét, egészségismereti szintjét, illetve egyéb sajátosságait.
- A családi színtéren zajló egészségfejlesztési tevékenységek keretein belül elengedhetetlen azon szabadidő-szervezési közös célok megjelölése is, és azon tevékenységi formák lehetőség szerinti és az ismert tudományos bizonyítékoknak megfelelő beépítése, élénkítése, amelyek közös tevékenységek formájában erősítik az idősebb generációk pozitív részvételét a fiatalok hétköznapjaiban.

- A közösségi ellátási formákat a szenvedélybetegeken kívül hozzátartozóik számára is elérhetővé kell tenni. Az érintett családok támogatása érdekében bővíteni kell a különböző segítő szolgálatok közötti konzultációs lehetőségeket.

V. 2. 1. 3. Köznevelési intézményi színtér

- Egészséges az olyan intézmény, amelyet a szervezeti bizalom légköre jellemez, amelyik támogatást és kibontakozási lehetőséget biztosít mind a diákok, mind a pedagógusok számára. A lelkileg egészséges, kompetenciáit megélő pedagógus példája, konfliktuskezelő képessége, kommunikációs készsége központi jelentőségű e tekintetben.

- Az intézmények az egészségfejlesztés és a célzott megelőzés kiemelt színterei, ahol szükség van e tevékenységek megvalósítására és folyamatos fejlesztésére, a minőségbiztosítási követelmények megfogalmazására és következetes érvényesítésére. Támogatni kell az intézmények szocializációs feladatainak hatékonyabb ellátását szolgáló folyamatokat, amelyekkel párhuzamosan a kábítószer-használat megelőzését közvetlenül szolgáló intézkedések hatékonysága is növekszik.
  Ennek legfőbb feltételei:
  - a szociális és szocializációs konfliktusok kezelésében illetékes segítő szakmák jelenlétének növelése a köznevelési intézményekben,
  - az iskola-egészségügyi ellátás feladatköréhez kapcsolódó módszerek, tevékenységek folyamatos fejlesztése, az alapellátás és az iskolai egészségügyi szolgálat együttműködésének javítása,
  - szoros együttműködés a társadalmi bűnmegelőzés és a köznevelési terület között,
  - a pedagógiai módszerek korszerűsítése, a tanulás hatékonyabbá tétele és a tanulók motiválása érdekében az életkori adottságokat tükröző tananyag megjelenése a helyi pedagógiai programban,
  - a tanórán kívüli tevékenységek tartalmasabb, változatosabb megszervezése, tekintettel arra, hogy ezek a tevékenységek a közvetlen befolyásolás eszközeinél nagyobb hatással vannak a tanulók életvitelének és értékválasztásainak alakulására.

- Bár e színtér kulcsszereplője a nevelőtestület egésze, illetve a pedagógus, a helyi egészségfejlesztési program megalkotásába és megvalósításába az iskolai-egészségügyi feladatot ellátó szakembereket és – a nem pedagógus végzettségű segítő szakemberek közreműködésén kívül – indokolt esetben a szülőket és a diákokat is be kell vonni.
- Az intézményi programok esetleges – és többnyire csupán egy évre szóló – pénzügyi támogatása helyett hosszú távú cél olyan kiszámítható finanszírozási rendszer kialakítása, amely hosszabb idejű programokat is lehetővé tesz, illetve igazodik a tanulók létszámához.

V. 2. 1. 4. Gyermekvédelmi intézményrendszer

- A köznevelési intézmények mellett a megelőzés másik kulcsszereplője a gyermekvédelmi intézményrendszer. A gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások, valamint a javítóintézeti nevelés területein a megelőzési feladatok ellátásához szükséges az egészségfejlesztést támogató megfelelő infrastruktúra kialakítása, valamint a személyi feltételek megteremtése.
- A család működészavarainak ellensúlyozásához a gyermekvédelmi intézményrendszeren belül speciális szakmai ismeretek átadása, illetve a kompetenciák fejlesztése szükséges.
- A gyermekvédelmi intézményekben élő gyerekek és fiatalok számára célzott és javallott prevenciós programok kialakítására és elterjesztésére van szükség.

V. 2. 1. 5. Felsőoktatási színtér (beleértve a kollégiumokat is)

- A tanári pálya gyakorlati kihívásaira felkészítő képzési elemek hangsúlyosabb megjelenítése a tanárképzésben.
- A mentálhigiénés, egészségpszichológiai és addiktológiai alapismereteknek, illetve a társadalmi bűnmegelőzés vonatkozó anyagának beépítése a pedagógusok alapképzésébe és továbbképzési rendszerébe.
- Az egészséggel kapcsolatos alapismeretek az általános műveltség részét képezik, ezért a felsőoktatás különböző intézményeiben támogatni kell az e témakörhöz kapcsolódó ismeretterjesztő és készségfejlesztő programokat.
- A hallgatók számára biztosítani kell az életvezetési tanácsadásokhoz való hozzáférést.

- Fokozott figyelmet kell fordítani „a campus lét” jelenségére, a felsőoktatásban tanulók sajátos mentálhigiénés problémáira.

V. 2. 1. 6. Kortárscsoportok, ifjúsági közösségek színtere

- A megelőzés, az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés egyaránt fontos elemeként a zenés, táncos szórakozóhelyek bevonása és érdekeltté tétele a fiatalok biztonságosabb szórakoztatásában, a biztonságos szórakozás feltételeinek megteremtése a szórakozóhelyek személyzetének képzésével, a szórakozóhelyeken támogató szolgáltatások biztosításával, valamint az ezzel kapcsolatos követelmények következetes ellenőrzése.
- Világosan rögzíteni kell a felelősségi szinteket a különböző kereskedelmi létesítményekben és szórakozóhelyeken tartózkodók egészségének megóvásával, illetve a kábítószer-fogyasztás megakadályozásával kapcsolatosan. Biztosítani kell a követelmények betartatását.
- Támogatni kell alternatív szabadidős programok szervezését és olyan helyszínek kialakítását, ahol ezek a programok helyet kaphatnak (pl. művelődési házak, ifjúsági központok stb.).
- A zenés-táncos szórakozóhelyeken zajló megelőzési és ártalomcsökkentő programok, illetve a bevásárlóközpontokban, valamint a lakótelepeken és azok környékén működtetett célzott megelőzési programok módszertanának fejlesztése és nyomon követése.

V. 2. 1. 7. Média színtér

- A függőséget okozó pszichoaktív szerek bármilyen formában és céllal történő reklámozásának és népszerűsítésének korlátozása és tiltása a reklámtevékenységről, illetve a fogyasztóvédelemről szóló szabályozás átalakításával. Érvényt kell szerezni annak a szabályozásnak, mely szerint a legálisan forgalomba hozható termékek iránti kereslet növelése érdekében tilos az adott termékek kábító hatásának hangsúlyozása.
- A világhálón és a kereskedelmi kommunikáció egyéb színterein a kábítószer-fogyasztást ösztönző tartalmak visszaszorítása, a meglévő internetfigyelő szolgálatok erősítése, tevékenységük bővítése.
- A kábítószer termesztés és használat legkülönbözőbb segédeszközeit árusító üzletek ellenőrzése, e termékek árusításának, reklámjának visszaszorítása.

- Az infokommunikációs technológiai eszközök, elsősorban az Internet nyújtotta lehetőségek megelőzési, tanácsadási és terápiás célú felhasználásának támogatása. A szolgáltatásokhoz szükséges szakismeretek és képességek átadása, illetve fejlesztése képzéseken és továbbképzéseken.
- Növelni kell a felelősséget tükröző, előítéleteket oldó, szolidaritásra és cselekvésre ösztönző médiaprogramok számát, illetve a kábítószer-problémák háttértényezőit, megelőzési és kezelési lehetőségeit bemutató médiatartalmak támogatását.
- Megelőzési és egészségfejlesztési ismereteket elmélyítő képzési, továbbképzési programok szervezése újságírók, kommunikációs és médiaszakemberek számára.
- A megelőzés és kezelés lehetőségeiről történő tájékozódás megkönnyítése érdekében a droghasználókkal közvetlenül és közvetett módon foglalkozó szervezetek működésére és elérhetőségére vonatkozó adatok gyűjtése, értékelése és terjesztése.

V. 2. 1. 8. Munkahelyi színtér

- A felnőtt népesség (és családtagjaik) elérése, a vállalati erőforrások bevonása a megelőző munkába, ezáltal a munkaerő versenyképességének fenntartása.
- A munkahelyi megelőző programok elsősorban az egészségtudatos többségre összpontosítsanak, illetve már működő vállalati képzési és szociális programokhoz kapcsolódjanak.
- Módosítani szükséges a vállalatok besorolási rendszerét olyan irányban, amely a megelőzési programokat, a vállalati kultúrát, a munkavállalók egészségtudatosságát is figyelembe veszi.
- A kormányzat és az önkormányzatok segítsék a vállalatok felelősségvállalási tevékenységét, másrészt – mint munkáltatók – megelőzési programok kezdeményezésével mutassanak példát a magánszektor számára.
- A munkavállalói érdekképviseletek a különböző megállapodások keretein belül (pl. kollektív szerződésben) kezdeményezzék az egészségfejlesztésre, megelőzésre irányuló programokat.
- A munkahelyeken megvalósítható drogmegelőzés lehetséges tartalmainak és kivitelezési feltételei módszertanának fejlesztése és a jogszabályi környezet megteremtése.

V. 2. 1. 9. Büntető-igazságszolgáltatás intézményei

- A büntető-igazságszolgáltatás hatókörébe került személyek társadalmi beilleszkedésének elősegítése.
- Biztosítani szükséges a büntetés-végrehajtási intézetek drogprevenciós körleteinek működését, hatókörük bővítését.
- Fejleszteni kell a büntetés-végrehajtási intézetekben az addiktológiai problémával küzdő fogvatartottak megfelelő ellátáshoz való hozzáférését.

V. 2. 1. 10. A ” büntetés helyett kezelés” intézménye

A „büntetés helyett kezelés” (a hétköznapi nyelvhasználatban: az elterelés) a megelőzési és kezelési tevékenység fontos intézménye, amely az esetek döntő többségében még nem függő szerhasználókra irányul, mégpedig olyan sajátos életkorban, amikor az önismeretet és a problémamegoldást fejlesztő tanácsadásban nagy lehetőségek rejlenek. Az elterelés lehetőségének igénybevétele akkor érheti el valódi célját, ha az elterelés nem ad lehetőséget újabb visszaélésekre, eredményei pedig nyomon követhetők.

- Meghatározott jogszabályi feltételek teljesülése esetén a kábítószer-fogyasztók számára továbbra is biztosítani kell a lehetőséget arra, hogy büntetés helyett kezelési, megelőzési programban vegyenek részt.
- A hatékonyság növelése érdekében a szolgáltatók kapjanak lehetőséget, hogy jogszabályban megállapított minimum és maximum órakereten belül – a kliens szükségletei alapján – maguk határozhassák meg az elterelés óraszámát.
- Ki kell alakítani az elterelés minőségbiztosítási rendszerét, különös tekintettel a következőkre: a vonatkozó módszertani levél ajánlásainak bevezetése és elterjesztése, az elterelésben közreműködő szolgáltatók továbbképzése, továbbá a párhuzamosságok elkerülése érdekében az elterelésben részt vevők és az általuk igénybe vett szolgáltatások általános és egységes nyilvántartási rendszerének megteremtése az adatvédelmi előírások betartása mellett.

Prioritások:

- *Növelni kell az olyan programok és kezdeményezések számát, amelyek bátorítják és megerősítik a kábítószereket nem fogyasztó fiatalokat, illetve népszerűsítik a szermentes életformát.*

- *A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés által elért tanulók aránya 2020-ra érje el az 50%-ot.*
- *A megelőzési programok tervezése során kiemelt figyelmet kell fordítani a család szerepének megerősítésére és a szülői szerepre való felkészülésre. A családi megközelítést alkalmazó megelőzési programok évente legalább egyszer érjék el a gyermeket nevelő családok 20%-át.*
- *A kábítószereket kipróbáló, illetve alkalomszerűen használó serdülők adott korosztályon belüli, életprevalencia-értékben jelenleg mért aránya 10%-kal csökkenjen.*
- *Ki kell alakítani, és ezt követően fokozatosan be kell vezetni a megelőző, felvilágosító programok minőségbiztosítási rendszerét.*
- *Csak szakmai ajánlással rendelkező és minőségbiztosítási rendszert tartalmazó egészségfejlesztési programok valósulhassanak meg Magyarországon, beleértve ebbe a köznevelési intézmények tevékenységét is.*
- *Történjék meg az elfogadásra kerülő, a lelki egészség fejlesztését, az alkoholprobléma és más viselkedési függőségek kezelését célzó nemzeti stratégiák és programok drogellenes stratégiával való összehangolása.*
- *A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) helyi szerepvállalásának és koordinációs tevékenységének erősítése. Minden járásban működjön helyi kábítószerügyi egyeztető fórum, a kormányhivatalok, a helyi önkormányzatok, az egyházi és civil szereplők, valamint a köznevelési intézmények, az érintett egészségügyi és szociális ellátók részvételével.*

VI. Kezelés, ellátás, felépülés

VI. 1. Alapvetés

A felépülés-központú ellátás célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartósan szermentes életet célul kitűzve), továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése. A felépülés-központú szemlélet a szerhasználó és a segítő intézményrendszer első találkozásánál megjelenik, és végigkíséri a kliens útját az ellátórendszerek között, fontos része a kábítószer-függőségre jellemző gyakori visszaesések megelőzése, illetve megfelelő kezelése.

Az ellátórendszerek a kliensek szükségletei, valamint a kezelés-ellátás eredményei szerint szerveződnek. A szükségletalapú és eredményközpontú ellátás a beteg-, illetve kliensutak optimális szervezését jelenti. Mindez feltételezi a kezelő-ellátó rendszereken belüli és azok közötti teljes ellátási spektrum kiépülését és – a szociális ellátásokkal szoros együttműködésben – az egészségügyi szolgáltatások progresszív rendszerét. Ebben a megközelítésben a kliens szükségletei a maguk teljességében jelennek meg, tehát nemcsak a szerhasználat vagy a függőség jelenik meg problémaként, illetve szükségletként, hanem annak pszichoszociális összefüggésrendszere is. A kezelő-ellátó rendszer hatékonysága a kliens aktuális szükségleteitől, motivációjától, változásra való készenlététől és környezetének ezeket támogató vagy gátló hatásaitól is függ, mely körülményekre az ellátórendszer viszonyulása és beavatkozásai is visszahatnak.

A legfontosabb eredmény az, ha a kliens felépül, visszailleszkedik a közösségbe és józanná válik. Viszont előrelépés az is, ha a kevésbé motivált, a változásra kevésbé kész kliensek további szerhasználata kisebb megterhelést jelent önmaguk, illetve szűkebb és tágabb környezetük számára. Tehát a felépülés-központú szemlélet alapján működő teljes kezelési láncnak a különböző alacsonyküszöbű, illetve ártalomcsökkentő programok is részei, annak mintegy első állomását jelentik. E programokban különösen fontos a kliensek aktuális motivációinak és a változásra való ösztönzésnek olyan módon történő összehangolása, amely növeli a későbbi felépülés esélyét. A szolgáltatások további célja a rejtőzködő kábítószer-használók felkutatása, ami lehetőséget kínál arra, hogy a kábítószer-problémával küzdő személy kezelésbe kerüljön. Az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak. Lényeges azonban, hogy a különböző ártalomcsökkentő szolgáltatások integrálódjanak a felépülés-központú komplex programokba és szorosan működjenek együtt a gyógyító-rehabilitáló intézményekkel.

A felépülés-alapú ellátási modell követelményeinek a jelenlegi intézményrendszer csak korlátozottan képes megfelelni. A hazai ellátórendszer több ponton jelentős kapacitáshiánnyal küzd, leginkább a kábítószer-használó gyermek- és fiatalkorúak, valamint a többszörösen visszaeső, a rejtőzködő és a komorbid szerhasználók ellátásának megoldatlansága szembeötlő.

Törekedni kell a pszichoszociális beavatkozások minél hatékonyabb alkalmazására, valamint az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségekben szenvedők kezelésbe irányítására. Elő kell segíteni az egészségügyi és szociális ellátások összehangolását, párhuzamosan a beteg- és kliensutak utak áttekinthetővé tételével.

A szerhasználatot, a függőséget, annak komplex, pszichoszociális összefüggését is kezelni képes ellátórendszer egyik lényeges eleme egy korszerű, szervezési, módszertani, oktatási és tudományos feladatokat is ellátó, a betegfolyamatokat követő és bizonyos speciális területeket kiemelt módon ellátni képes központ. Az új Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet egyszerre biztosítja az addiktológiai és a pszichiátriai terület országos intézeti funkcióit, annak létrehozása lehetőséget teremt egyes hiányzó ellátási modalitások kialakítására is.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia a fentiek érdekében ellátás-szervezési alapelveket fogalmaz meg. A különböző szakterületeken működő szolgáltatások által nyújtott ellátások egymásra épülése, a szolgáltatások területi lefedettségének összehangolása fontos eleme ennek. A szolgáltatások szakmai tartalmának összehangolása és a párhuzamosságok megszüntetése javítja a rendszerszintű hatékonyságot. Az egyes ellátástípusok közötti, intézményi határokon átívelő betegutak során az ellátáshoz való jog fokozott védelme, a kliensek úttévesztésének megelőzése, kezelésben tartása és követése különösen fontos.

VI. 2. Feladatok a kezelés, ellátás, felépülés területén

VI. 2. 1. Korai kezelésbe vétel

A kábítószer-fogyasztás kezdeti szakaszában a korai beavatkozás (intervenció) hatékony eszköz arra, hogy kivédje a függőség kialakulását és a súlyosabb szövődményeket. A beavatkozási módszerek általában egyszerűek, előnyük éppen a széles körű alkalmazhatóság, továbbá az, hogy hatásuk a problémás szerhasználat korai szakaszában jelentkezik. Ennek megvalósítása érdekében:

- Elő kell mozdítani a célzott beavatkozások, illetve a javallott megelőzési tevékenységek alkalmazását az egészségügyi ellátórendszer azon intézményeiben, amelyek erre a szakmai követelmények teljesítésével jogosultságot szereznek.
- A korai beavatkozás lehetőség szerint a család bevonásával, segítésével történjék, mivel a családtagokra is kiterjedő munka lényegesen hatékonyabb.

VI. 2. 2. Kezelő-ellátó rendszer

- Annak érdekében, hogy az érintett betegek egyszerűbben és gyorsabban hozzájussanak az állapotuknak leginkább megfelelő kezeléshez, az addiktológiai ellátásban részt vevő intézményeknek szorosabban együtt kell működniük. Törekedni kell az integrált addiktológiai ellátások kialakítására és fejlesztésére.
- Az egyenlő hozzáférés biztosítása érdekében csökkenteni kell az addiktológiai ellátás területi egyenlőtlenségeit, törekedni kell a teljes kezelési spektrum kiépítésére. Ezáltal az egészségügy területén országszerte javulna a kezelő-ellátó rendszer kellő progresszivitást tükröző elemeinek igénybevehetősége.
- A kezelő-ellátó rendszerek lehetőleg működjenek együtt a helyben megvalósuló családi, közösségi kezdeményezésekkel és a felépülő szerhasználók önsegítésen alapuló programjaival.
- A járóbeteg és fekvőbeteg-ellátás mellett fejleszteni szükséges a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásait és szakosított ellátási formáit is. A szociális ellátásokban a szolgáltatási szektor fejlesztése – különös tekintettel a lakosság közeli ellátásokra és a mobil szolgáltatásokra – hatékonyan segíti a kezelésbe jutást és a felépülést.
- Fejleszteni kell a megkereső tevékenységet, elő kell segíteni az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb és stigmatizáció-mentes bekapcsolódást. Ezek az ellátások mintegy „első lépcsőként” illeszkedjenek a felépülés-központú programokhoz. Az alacsonyküszöbű programok fejlesztését a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségeik megelőzése, szűrése és kezelése is indokolja.
- Indokolt az egészségügyi ellátóhelyek, például sürgősségi osztályok, toxikológiák, pszichiátriai és traumatológiai osztályok felkészítése és bevonása a megfelelő kezelésbe és betegirányításba, mivel számos szerhasználó éppen ezeken az

ellátóhelyeken jelenik meg először. Ezeken a helyeken lehetne a legjobban kiszűrni a rászorulókat, beleértve ebbe a komorbid eseteket is.

- A másként hatékonyan nem kezelhető opiátfüggő betegek esetében indokolt a fenntartó kezelés, amely legyen egy személyre szabott pszichoszociális beavatkozásokat is hangsúlyosan magában foglaló, átfogó program része. A fenntartó kezelésben, illetve az egyéb ártalomcsökkentő programokban részt vevők számára is biztosítani kell a lehető legteljesebb felépülést elősegítő kezelési módszereket és eszközöket.
- A legális gyógyszerellátási csatornákon keresztül forgalmazott szerek eltérítésének, illetve az orvosi rendelvényre szabályosan kiváltott gyógyszerek visszaélésszerű használatának csökkentése szükséges, figyelembe véve azt, hogy az opiát alapú gyógyszerekhez való akadálytalan hozzáférés mindenkor biztosítva legyen a rászorulók teljes körében.
- A felépülőben lévő szenvedélybetegek közösségbe való visszailleszkedése érdekében a szükségletnek megfelelően fejleszteni kell a hosszú távú terápiás ellátásokat nyújtó rehabilitációs, továbbá reszocializációs és szociális ellátórendszereket.
- Szükséges olyan finanszírozási környezet kialakítása, amely biztosítja az ellátás megfelelő szakmai színvonalának fenntarthatóságát.
- A drogproblémákkal küzdők ellátásában dolgozó egészségügyi, szociális és más szakemberek számára a hatékonyabb munkamegosztás és munkavégzési körülmények érdekében egy képzési/továbbképzési lehetőségeket és új kompetencia kialakítást magában foglaló szakmai célrendszer kialakítása szükséges a szakterületen jelentkező szakemberhiány csökkentése érdekében.
- Indokolt a nem egészségügyi képesítésű szakemberek, például addiktológiai konzultánsok és egyéb segítő hivatásúak bevonása a járóbeteg-ellátásba. Ez irányú tevékenységüket finanszírozni kell.
- A kábítószerrel összefüggő halálozások és a kábítószer-túladagolások megelőzése érdekében a kezelési és ártalomcsökkentési beavatkozásokat összehangoltan kell alkalmazni.

VI. 2. 3. Speciális csoportok, sajátos problémák

- Az ellátórendszer jelenleg nem képes megfelelni a gyermek- és fiatalkorú problémás kábítószer-fogyasztók, kábítószerfüggők speciális szükségleteinek. Ez a járóbeteg-, a fekvőbeteg-, illetve a rehabilitációs ellátásokra egyaránt vonatkozik. A probléma megoldását a gyermek- és fiatalkorúak járó- és fekvőbeteg-ellátását, rehabilitációját és reszocializációját végző, a szükséges szakmai és infrastrukturális feltételekkel rendelkező intézményhálózat kiépítése jelenti.
- A büntetés-végrehajtási intézetekben – együttműködve az azon kívüli ellátórendszerrel – a kábítószerrel kapcsolatos bűnelkövetés miatt elítéltek részére indokolt a számukra szükséges és az intézményrendszer sajátosságaira tekintettel biztosítható terápiás beavatkozások bevezetése.
- Szélesíteni kell a különböző speciális szükségletű szerhasználók számára szolgáló kezelő-ellátó, utánkövető-gondozó programok kínálatát, különös tekintettel a kisebbségi csoporthoz tartozókra, a hajléktalanokra, a fogvatartottakra, a várandós nőkre, a fertőző betegségben szenvedőkre, a szerfüggő gyermeket nevelő szülőkre, a fogyatékkal élőkre, illetve a vírushordozó injekciós kábítószer-fogyasztókra, valamint a társult pszichiátriai betegségben szenvedőkre.
- Szükséges a veszélyeztetett személyek azonosítására alkalmas szűrővizsgálatok bevezetése és alkalmazása.

VI. 2. 4. Minőségbiztosítás, rendszerszintű irányítás, ellátásszervezés

- Szükséges a hazai és külföldi, bizonyítékokon alapuló eljárások, jó gyakorlatok kiemelt támogatása, a hazai körülményekhez való igazítása.
- A jó gyakorlatokat is magukban foglaló szakmai irányelvek, módszertani levelek és kezelési protokollok rendszeres felülvizsgálata. A még hiányzó szakmai protokollok megalkotása.
- A legális, terápiás célú kábítószerekhez való hozzáférés biztosítása, különös tekintettel az ópiát-tartalmú gyógyszerekre.

- Az ellátás minőségének és hatékonyságának nyomon követése céljából minőségbiztosítási követelményrendszer kialakítása. Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális beavatkozások elsajátítását segítő szakmai protokollok kialakítása és bevezetése.
- Az egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti együttműködés erősítése, valamint a rendszerszintű hatékonyság javítása érdekében a helyi ellátók együttműködésének hatékonyságát leíró, illetve együttműködésüket ösztönző indikátorok meghatározása és alkalmazása a különböző ellátási típusokban.
- Az egészségügyi és szociális ellátó kapacitások szükségleteknek megfelelő fejlesztése, a felépülő, illetve ellátott kliensek és betegek bevonása kezelésük és ellátásuk szervezésébe, értékelésébe, továbbá – lehetőség szerint – irányításába.

Prioritások:

- *Meg kell teremteni annak a feltételét, hogy javuljon a szenvedélybetegek egészségügyi és szociális ellátását biztosító intézményrendszer hozzáférhetősége és országos lefedettsége.*
- *Törekedni kell arra, hogy a járások mindegyikében működjön közös működési indikátor-rendszert használó, működésében integrált, komplex ellátóháló.*
- *Olyan, a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer kialakítása szükséges, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és széles körű hozzáféréssel működik.*
- *2020-ra minden ellátási egység alkalmazzon aktív megkereső és kezelésbe vonó technikákat a szenvedélybetegek elérése és kezelésbe vonása érdekében.*
- *A problémás szerhasználók és függők körében növelni kell a kezelésbe kerülők arányát.*
- *Meg kell erősíteni az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek elleni védekezést szolgáló kezelő-ellátórendszer elemeit.*
- *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.*

VII. Kínálatcsökkentés

VII. 1. Főbb folyamatok

Magyarországon amellett, hogy az összes klasszikus kábítószertípus hozzáférhető, rohamosan terjed az új típusú pszichoaktív szerek (ún. dizájner drogok) kereskedelme és használata. A forgalmazás szervezett bűnözéssel való kapcsolata miatt e szerek megjelenésének nemzetbiztonsági kockázata is jelentős. A korábban hagyományos kábítószerekkel kereskedő bűnözői csoportok újabban egyre inkább e szerek forgalmazásával foglalkoznak.

A kábítószer-bűnözés dinamikus jelenség, drámai gyorsasággal jelennek meg új szerek, terjednek el új elkövetési magatartások és változnak a csempészútvonalak.

A különböző kábítószertípusokkal foglalkozó elkövetői körök a terjesztői piramis magasabb fokain már a szervezett bűnözés valamennyi ismérvét magukon viselik, különösen a balkáni útvonalon tevékenykedő csempészcsoportok, illetve a kannabisz terjesztésében meghatározó szerepet betöltő külföldi bűnözői csoportok. A hazai piacon az illegális és legális szintetikus kábítószerek a kannabisz után a második leginkább keresett szercsoport. A kokain kínálata szintén folyamatosan növekszik.

A világhálón elkövetett bűncselekmények száma napról napra nő, a kábítószer, illetve az új pszichoaktív szerek kínálatával összefüggésben az egyik legnehezebben ellenőrizhető terület az internet alapú bűnelkövetés.

VII. 2. Szervezeti feltételek

Az országot behálózó csempész-, termesztő- és terjesztő csoportokkal az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott bűnügyi szervezet néz szembe. Szükséges az erők, az eszközök és főleg az információk összpontosítása az ország kábítószer-ellátását végző bűnözői szervezetek elleni küzdelem hatékonyságának növelése érdekében. A bűnüldöző szervek elmúlt években lezajlott átszervezése révén ennek a feltételei alapvetően

rendelkezésre állnak, mindazonáltal a kábítószer-bűnözés folyamatosan változó dinamikája a továbbiakban is megfelelő reagálást igényel.

VII. 3. Célok, alapelvek, tevékenységi terület

Határozott cél, hogy 2020-ra a kereslet- és a kínálat-csökkentés egyensúlyának biztosítása mellett a rendelkezésre álló eszközök széles körű alkalmazásával a lehető legteljesebb mértékben visszaszoruljon kábítószer-fogyasztás mértéke Magyarországon. Különösen fontos ez azokon a színtereken, ahol a gyermekek, fiatalok fokozott veszélynek vannak kitéve: az iskolákban, a közművelődési intézményekben és a szórakozóhelyeken.

A Nemzeti Biztonsági Stratégia részletesen meghatározza a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésben felmerülő hazai kihívásokat és az adekvát válaszokat. Rögzíti, hogy a kábítószer-bűnözés elleni sürgős és a jelenleginél célravezetőbb fellépés előfeltétele a rendészeti munka hatékonyságának növelése, az illetékes szervek technikai ellátottságának és személyi állománya képzettségének javítása, továbbá az illetékes nemzetközi szervekkel folytatott hatékony információcsere és együttműködés. Ennek érdekében növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, meg kell erősíteni a bűnszervezetek elleni fellépésért felelős szerveket, valamint a bűnügyi szakértői tevékenység személyi, anyagi és technikai bázisát. A fentieken túl fel kell állítani egy országos szintű, kábítószer-bűnözés elleni szolgálatot. A kábítószer-ellenes küzdelem átfogó társadalmi feladatot is jelent, így az eredményes fellépés szempontjából különösen fontos a társadalmi bűnmegelőzés lehetőségeinek kihasználása.

Mindezek alapján a kínálatcsökkentés legfőbb stratégiai célja bármely visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyag Magyarországra történő bejutásának és a hazánkban megjelenő szerekhez való hozzáférés megakadályozása, illetve ezzel összefüggésben a bűnmegelőzési vetület érvényesítése.

A kínálatcsökkentő munka jogszabályokban foglalt kötelezettség, amely védi a társadalom tagjait, és a különböző közösségek (család, köznevelési intézmény, munkahely stb.) biztonságát szolgálja. Tevékenységi területe a jogi szabályozást, a bűnüldözést, az illegális kábítószer-termelés felszámolását és az úgynevezett kábítószer-prekurzorok és pre-

prekurzorok, kábítószerek, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok szigorú ellenőrzését egyaránt érinti.

Foglalkozik továbbá a nemzetközi együttműködésben megvalósuló kábítószer-ellenes közös akciókkal, valamint az illegális kábítószer-kereskedelemhez kötődő pénzmosás és korrupció elleni fellépéssel is. Intézményesített keretek között felöleli elsősorban a rendőrség, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal tevékenységét, továbbá az eredményesebb nyomozások végrehajtását segítő Nemzetbiztonsági Szakszolgálat kapacitásainak bővítését, valamint a büntetés-végrehajtás területén szükséges ellenőrzési feladatokat is. A kínálatcsökkentésbe a bűnmegelőzés és a szervezett bűnözés közigazgatási vagy adminisztratív eszközökkel való visszaszorítása is beletartozik, aminek területén az említett szervek mellett elsősorban a helyi közösségnek, az önkormányzatnak és más helyi szervezeteknek (pl. egyházaknak), valamint üzleti vállalkozásoknak (pl. szórakozóhelyek üzemeltetőinek) lehet kulcsszerepük. E téren a társadalmi jelzőrendszer hatékonysága az állampolgári felelősségvállalás erősödését, a problémák korai kezelése pedig a nemkívánatos jelenségekkel szembeni önkormányzati fellépés lehetőségének jogszabályi megteremtését igényli.

A kábítószer-kínálat visszaszorítása – függetlenül a kábítószerek egyes típusaitól – a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zéró tolerancia elvén alapul és e tevékenység a kábítószer-kereskedőkre és termelőkre összpontosul. A kábítószerek között a tekintetben sincs különbség, hogy az egyes kábítószerek termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet.

A kábítószer-kínálat visszaszorítása a jogszabályok által évtizedek óta folyamatosan megkövetelt zéró tolerancia elvét követi, tevékenységét pedig a kábítószer-kereskedőkre és termelőkre összpontosítja. A kábítószerek termeléséhez és kereskedelméhez kapcsolódó büntetőjogi felelősség alól sem függőség, sem más indok nem mentesíthet.

A rendőrség tevékenysége a kábítószerekkel kapcsolatos bűnözés visszaszorítását célozza, ami megfelel a társadalom elvárásainak is. A büntetőpolitikával kapcsolatos társadalmi elvárás az is, hogy a bűncselekmények egyéni és közösségi következményeivel kapcsolatos beavatkozások rendszere is rendelkezésre álljon. A kábítószereket előállítók, termelők, forgalmazók, üzletszerűen kínálók által elkövetett bűncselekmények esetén a szigorú szabadságelvonás mellett a kábítószerekkel összefüggésben keletkezett vagyon elvonását is

biztosítaniuk kell a jogszabályi kereteknek. Az elkobzás alá eső vagyon esetében cél, hogy az a megelőzés, a kezelés-ellátás, illetve a kínálatcsökkentés fejlesztésére fordítható legyen.

A modern bűnüldözés nélkülözhetetlen eleme az információk megszerzése, feldolgozása, hasznosítása, átadása. A kínálatcsökkentésre irányuló tevékenységben is szükséges a kábítószerek előállításával, termesztésével, forgalmazásával, kínálásával kapcsolatban keletkezett információk összegyűjtése, elemzése és értékelése. Ennek érdekében növelni szükséges a rendészeti szervezetek közötti információcserét és annak hatékonyságát, amely mind az új típusú kábítószerek, mind az új típusú elkövetési módok tekintetében nagy segítséget nyújthat. A kínálatcsökkentés további eleme a kábítószerekkel kapcsolatos különböző bűncselekményekre felhívó, illetve a kábítószerek forgalmazásának, előállításának, termesztésének módjairól tájékoztató internetes honlapokkal szembeni hatékony intézkedés.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési balesetek számának csökkentése is fontos, ennek érdekében indokolt a célzott közúti ellenőrzések fokozása és a balesetet okozó gépkocsivezetők kábítószer-fogyasztásra irányuló szűrővizsgálata.

A kábítószer-prekurzorokkal, valamint a kábítószerekkel, pszichotróp és új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos visszaélések lehetőségének csökkentése érdekében az illegális felhasználás elleni fellépést erősíteni kell. Ennek eszköze egyrészt a korszerű engedélyezési és nyilvántartási rendszer, másrészt a vegyipari cégek és kereskedők szervezeteinek bevonása a felvilágosító és megelőző munkába.

VII. 3. 1. Feladatok a kínálatcsökkentés területén

- A nyomozati munka támogatása és az eljárások felgyorsítása érdekében tovább kell fejleszteni a szakértői háttér személyi állományát és technikai felszereltségét.
- A nemzetközi és európai uniós folyamatoknak megfelelően elő kell segíteni a kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat szakmai, tudományos fejlődését és technikai fejlesztését, kapacitásuk igény szerinti bővítését.
- A kábítószer-bűnözés elleni rendőri egység fejlesztése során a multidiszciplináris (gazdaságvédelem, informatikai környezetben megvalósuló) fellépést lehetővé tévő

képességek további bővítése, a rendelkezésre álló technikai eszközök és felszerelések fejlesztése, a helyi-területi rendőri szervek felé a szakirányítás erősítése szükséges.

- Növelni szükséges a hazai rendészeti szervezetek közötti információcsere hatékonyságát.
- A sikeres és kellően elrettentő, megfelelő visszatartó erőt képviselő büntetőeljárások érdekében javítani kell a rendészeti szervek és az igazságügyi hatóságok együttműködését, elsősorban az ügyészek és bírák új elkövetési formákról, magatartásokról való megfelelő tájékoztatása és képzése révén.
- El kell végezni az új pszichoaktív anyagok vonatkozásában 2012-ben elfogadott szabályozás utólagos hatásvizsgálatát, és a következtetések alapján fejleszteni kell a jogszabályi kereteket és/vagy a gyakorlati alkalmazásukat. Ennek keretében meg kell vizsgálni a szigorúbb, a kábítószerekre vonatkozó szabályozáshoz jobban közelítő, illetve egy önálló, a gyógyszerekről szóló törvény keretein kívül, az illegális droghasználatról szóló önálló jogszabály szükségességét is.
- Mivel a kábítószer-bűnözés a nemzetközi szervezett bűnözés része, amelyben jellemző a határon átnyúló elem, a hatékony és aktív rendészeti fellépéshez elengedhetetlen a két- és többoldalú nemzetközi kapcsolatok kialakítása, fenntartása és folyamatos fejlesztése. Biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek számára a napi szintű nemzetközi kapcsolattartást. Ebben a vonatkozásban meghatározó az Európai Unió 2014–2017-es súlyos és szervezett bűnözés elleni szakpolitikai ciklusában való aktív rendőrségi részvétel. Ezen időszakra szóló uniós prioritások előírják, hogy csökkenteni kell az EU-ban a szintetikus kábítószerek előállítását, akadályozni kell a szintetikus kábítószerekkel való kereskedelemben részt vevő szervezett bűnözői csoportok tevékenységét, csökkenteni kell az EU-ba irányuló kokain- és heroin-kereskedelmet, valamint akadályozni kell az EU-n belüli terjesztés elősegítésével foglalkozó szervezett bűnözői csoportok tevékenységét. Ennek végrehajtása a hazai bűnüldöző szervek számára is nemzeti szinten leképezendő és végrehajtandó kiemelt fontosságú feladat.
- Gyakoribbá kell tenni az európai uniós kezdeményezések alapján létrejövő operatív együttműködésben való részvételünket, valamint a határon átnyúló információcserét. Fokozni kell az Europol felé történő információ-szolgáltatást és aktívan igénybe kell venni a rendelkezésre álló európai elemző-értékelő kapacitásokat. Növelni kell a közös bűnfelderítő és nyomozócsoportok számát. Minden rendelkezésre álló nemzetközi

információs csatornát (Interpol, SELEC, PCC SEE, kétoldalú kapcsolatok) és a jogszabályok alapján adott együttműködési formákat maximálisan ki kell használni az érdemi együttműködés további javítása érdekében.

- Aktív és kezdeményező fellépésre van szükség a nemzetközi színtéren a kábítószerek, pszichoaktív anyagok és ehhez kapcsolódó termékek, technológiák országba áramlásának megakadályozása érdekében. Ehhez bővíteni szükséges a belügyrendészeti kapcsolatainkat a jelenleg a legnagyobb kockázatot hordozó „Selyemút" országokkal. Ehhez a hatékony, érdemi, napi szintű bűnügyi együttműködést lehetővé tevő szerződéses kapcsolatrendszer bővítése, valamint a térségbeli információszerző kapacitások fokozása szükséges (pl. összekötői pozíció létesítése, más uniós tagállamok térségben állomásozó összekötőinek igénybe vétele).
- Az egyelőre fennmaradó schengeni külső határszakaszokon (ideértve a légi határt is) fokozni kell a kábítószer-bűnözéshez kapcsolódó csempészjellegű elkövetési magatartások elleni fellépést olyan integrált metodika révén, amelyben Rendőrség bűnügyi és határrendészeti szolgálati ága, valamint a NAV is megfelelően együttműködik. Emellett, tekintettel a meglévő és tovább bővülő schengeni belső határszakaszokra, fokozni szükséges a vonatkozó mélységi ellenőrzési tevékenységet.
- A legális nemzetközi áruforgalom szerepe növekszik, mivel a postai és csomagküldő szolgáltatásokat a csempészek egyre intenzívebben veszik igénybe. Ennek érdekében javítani kell a bűnüldöző szervek és ezen ágazat szereplői közötti együttműködést tapasztalatcsere, képzés, együttműködési megállapodások, rendszeres egyeztető fórum létrehozása révén.
- A társadalmi bűnmegelőzés eszközrendszerére, jelenlegi és majdani kapacitásaira mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés kapcsán támaszkodni kell.
- Erősíteni kell az önkormányzatokkal való együttműködést, szerepvállalásukat a területükön folyó kábítószer-forgalmazás elleni fellépésre. Elsősorban a kábítószer-terjesztésre lehetőséget adó kereskedelmi és szolgáltatási egységek irányában aktívan alkalmazni kell a szervezett bűnözés elleni fellépés adminisztratív megközelítését a jogsértő cselekmények ellehetetlenítése, a bűncselekmények megelőzése, felderítése, illetve az elkövetők felelősségre vonása során.
- A visszaélések lehetőségének csökkentése és az illegális felhasználás elleni hatékony fellépés érdekében tovább kell fejleszteni a hatósági ellenőrzés személyi állományát és technikai felszereltségét.

- Elő kell írni az elektronikus adat ideiglenes hozzáférhetetlenné tételét (blokkolás) a büntetőeljárás nyomozati szakaszában a kábítószer-kereskedelem, a kóros szenvedélykeltés, a kábítószer készítésének elősegítése, továbbá az új pszichoaktív anyaggal visszaélés bűncselekmények megalapozott gyanúja alapján indított nyomozati eljárások esetén is.
- A kábítószer-fogyasztással összefüggő közlekedési és munkabalesetek számának csökkentése érdekében fokozni kell a célzott közúti ellenőrzéseket, és meg kell teremteni a balesetet okozó gépkocsivezetők szűrésének lehetőségét, valamint bővíteni kell a munkavégzés során a kábítószeres befolyásoltság megelőzését célzó tevékenységet.

Prioritások:

- *A rendelkezésre álló szervezeti keretek között növelni kell a rendőrségi fellépés hatékonyságát. Növelni kell az ellenintézkedések hatékonyságát, megerősíteni a bűnszervezetek elleni fellépésért felelős szerv, valamint a bűnügyi szakértői tevékenységet végző szerv személyi, anyagi és technikai bázisát.* A rendészeti munka hatékonyságának növelése érdekében szükséges az illetékes szervek személyi állománya képzettségének javítása is.
- *Fejleszteni kell az érintett hazai rendészeti szervek közötti, illetve az egyes szakterületek közötti kommunikációt és információcserét, továbbá az együttműködés hatékonyságát.*
- *Fejleszteni és folyamatosan biztosítani kell a kábítószer-bűnözés elleni rendőri egységek és az egyéb érintett szervek számára a napi szintű két- és többoldalú nemzetközi kapcsolattartást, az uniós és nemzetközi műveleti együttműködésekben való részvételt.*

VIII. A megvalósulás feltételei: emberi és társadalmi erőforrások

VIII. 1. Áttekintés és a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásának nyomon követése

A kábítószer-probléma kezelésére irányuló Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításának kulcseleme a társadalom kábítószer-jelenségre adott válaszkészségének és válaszképességének megteremtése, valamint azok fenntarthatóságának biztosítása. A képzések és továbbképzések során nyújtott, folyamatosan frissített, illetve az országos adatgyűjtésekre és kutatásokra alapozott ismeretek, a különböző szintű együttműködési mechanizmusok, továbbá a finanszírozási folyamatok együttesen jelentik azokat az emberi és társadalmi erőforrásokat, amelyekre egy sikeres stratégia támaszkodhat. Ennek megfelelően a Nemzeti Drogellenes Stratégia az alábbi kiemelt területeken kívánja ösztönözni a társadalmi erőforrások fejlesztését.

VIII. 1.1. Nyomon követés és értékelés

A Nemzeti Drogellenes Stratégia rövid távú megvalósítási menetrendjét a stratégia elfogadását követően kidolgozandó szakpolitikai program tartalmazza. A szakpolitikai program biztosít lehetőséget az egyes részterületeknek az ágazati prioritások, a felelősök, a források és a határidők megfogalmazására.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulását – az érintett államigazgatási, illetve szakmai szereplők véleményének megismerésével – részletesen nyomon kell követni, hogy pontosan meg lehessen ítélni a beavatkozások és intézkedések hatékonyságát, az esetleges módosítások szükségességét. Előre rögzített módon és keretek között rendszeresen gyűjteni kell a kábítószer-probléma alakulását, illetve a Nemzeti Drogellenes Stratégia hatékonyságát jelző legfontosabb mutatókat.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia nyomon követéséhez és értékeléséhez szükséges adatokat az államigazgatás illetékességből adatokat gyűjtő szervezetei és intézményei szolgáltatják. Az adatok elsődleges feldolgozása a Nemzeti Drog Fókuszpontban történik, mely intézmény

összeállítja az éves kábítószer-jelentéseket, teljesíti az Európai Unió által előírt jelentési kötelezettségeket, hivatalból értesül a vonatkozó hazai kutatási programokról, valamint javaslatot tesz ilyen programokra.
A Nemzeti Drogellenes Stratégiában foglalt célok megvalósulását az (1) egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés, a (2) kezelés, ellátás, felépülés, illetve (3) a kínálatcsökkentés területén rendszeres adatgyűjtésen alapuló hazai és nemzetközi adatbázisokhoz kapcsolódó indikátorok biztosítják. A Nemzeti Drogellenes Stratégia monitorozásához szükséges legfontosabb mutatókat (indikátorokat), azok rövid tartalmát, a gyűjtésükért felelős intézményeket, szervezeteket az *5. számú melléklet* tartalmazza.

Az eljárás keretrendszere összhangban áll az Európai Unió stratégiai dokumentumaival, különösen az Európai Stratégia 2020 vállalásainak teljesülését jelző indikátorokkal. A prioritások mentén megfogalmazott beavatkozások hatékonyságának nyomon követése döntő mértékben támaszkodik az EMCDDA[8] által kialakított kulcsindikátorokra. Az információk a meglévő intézményrendszerek együttműködésével válnak elérhetővé a döntéshozók számára.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia félidős felülvizsgálatát mind az általános, mind a konkrét célok megvalósulása tekintetében a bemutatott indikátorokon alapuló komplex vizsgálattal szükséges ellenőrizni. Az adatok értelmezése és az esetleges új beavatkozási irányok szakpolitikai programokban történő rögzítése a kormányzati egyeztetés intézményrendszerén keresztül történik. Az időközi jelentésnek a célok megvalósulásának értékelése mellett az erőforrások felhasználásának hatékonyságára is ki kell terjednie. A jelentés elemzi továbbá a stratégia, illetve a szakpolitikai program egyszerűsítésének lehetőségeit, a célok és intézkedések alkalmasságát, valamint a korábbi stratégiák és programok utólagos értékeléseinek eredményeit.

VIII. 2. Képzés, továbbképzés

A kábítószer-problémára adott helyi válaszok sajátos ismereteket, illetve az alkalmazásukhoz szükséges készségeket követelnek meg. Az újszerű feladatmegosztás legfontosabb elemeinek és a hozzájuk kapcsolódó ismereteknek meg kell jelenniük a pedagógusok, az orvosok,

[8] A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

a pszichológusok, a jogászok, a rendészeti, illetve médiakommunikációs szakemberek, a lelkészek, a védőnők és a szociális munkások alapképzésében, továbbá a lelki egészséggel kiemelten foglalkozó szakemberek továbbképzési programjaiban.

Az ismeretszerzést a formális oktatási, képzési programok mellett a folyamatos tanulás feltételeinek megteremtése képes biztosítani. A hagyományos képzések mellett olyan célzott, rövid, intenzív programok is elősegítik a Nemzeti Drogellenes Stratégia hatékony megvalósításához elengedhetetlen szakemberképzést és ismeretátadást, amelyek a gyakorló pedagógusok, orvosok és más, a kábítószer-probléma által valamilyen módon érintett területeken dolgozók felkészültségét erősítik. E képzések moduláris szerkezetűek, önállóan is értelmezhető egységeik beépülnek az adott szakterületek formális továbbképzési rendszerébe. A közösségi környezetben végzett munkához kapcsolódó ismereteknek és készségeknek, valamint a multidiszciplináris csoportmunka sajátosságainak hangsúlyosabban meg kell jelenniük az orvosi, egészségtudományi és szociálismunkás-képzési, és -továbbképzési programokban.

A jelentős elmaradásokra tekintettel egyes szakterületeken további külön szakemberképzési erőfeszítések is szükségesek. Ilyen szakterület például a gyermek- és fiatalkorúak lelki egészségét érintő gyermekpszichiátria, illetve azon belül külön is a szenvedélybetegségek célzott megelőzése és gyógyítása, a gyermek-addiktológia. Sajátos probléma a roma kisebbséghez tartozók lelki egészségének védelme, a szerfogyasztásból eredő problémáik megelőzése és kezelése. A hiányzó szakemberek pótlását segítő ösztönzőrendszer kialakításával meg kell teremteni a lehetőséget, hogy a ma még hátrányos helyzetű, ellátatlan térségekben is hozzá lehessen férni a lelki egészség megőrzését, a betegségek kezelését biztosító szolgáltatásokhoz. Elsősorban a kistelepülésen élők és a veszélyeztetettek érdekében újszerű szervezeti megoldások is megfontolandók, például az egészségügyi alapellátásban dolgozók bevonása a szerhasználókkal kapcsolatos különböző gondozási feladatokba.

VIII. 3. Hazai együttműködés, intézményrendszerek

A nemzeti szintű együttműködés alapvetően két fontos területet ölel fel, egyrészt az államigazgatás területén adódó feladatok és tevékenységek összehangolását, másrészt helyi

szinten a kábítószer-probléma kezelésében részt vevő szereplők feladatainak és tevékenységének összehangolását.

VIII. 3. 1. Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) és Kábítószerügyi Tanács

A Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (a továbbiakban: KKB) a Kormány kábítószerügyi tanácsadó testülete, amely lehetőséget biztosít a szakmai és ágazatközi egyeztetésre az államigazgatási szereplők számára. A KKB-re vonatkozó rendelkezéseket a 1089/2013. (III. 4.) Korm. határozat tartalmazza. A KKB a Nemzeti Drogellenes Stratégia, valamint az ahhoz készült szakpolitikai programok végrehajtását folyamatosan figyelemmel kíséri, javaslataival részt vesz megvalósulásuk értékelésében.

A Kábítószerügyi Tanács a civil szervezetekkel történő együttműködés fórumaként keretet biztosít a társadalmi szervezetek, egyházak, szakmai szervezetek számára a Nemzeti Drogellenes Stratégia, valamint a szakpolitikai programok előkészítésével, megvalósításával, nyomon követésével és értékelésével kapcsolatos konzultációra, javaslataik és véleményük kifejtésére. A két fórum közötti kapcsolatot a Tanács elnökeként funkcionáló állami vezető biztosítja.

VIII. 3. 2. A helyi együttműködések koordinációja

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok tevékenysége 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 Fórumok 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.

VIII. 4. A Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó feladatok finanszírozása

A Nemzeti Drogellenes Stratégia által megjelölt feladatok megvalósításához szükséges pénzügyi feltételek biztosítása egyrészről fejlesztési, struktúraváltási, a hatékonyságok növekedését eredményező többletforrások bevonását igényli, ami elsősorban a 2014–2020-as tervezési időszakra szóló uniós és egyéb nemzetközi finanszírozású pályázati programokat jelenti, másrészt a jelenlegi finanszírozási rendszer átalakítását teszi szükségessé. Az átalakítás olyan irányba történjen, hogy a források felhasználásának optimalizálása révén mérséklődjenek a működési és egyéb teljesítményből fakadó egyenlőtlenségek. Ehhez olyan finanszírozási technikákra van szükség, melyek lehetővé teszik az intézményrendszerek hosszú távú tervezését és kapacitásfejlesztését. A Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósítását célzó feladatok a későbbiekben jóváhagyandó szakpolitikai programok tervezési szintjén fognak véglegesedni a felelősök, a források és a határidők megjelölésével.

A lelki egészség előmozdítására és védelmére, a köznevelési intézményekben előforduló agresszió kezelésére és a szerfogyasztás megelőzésére irányuló tevékenységeket egyaránt a teljes körű egészségfejlesztés keretében célszerű értelmezni. A megelőzési tevékenységet folytató szolgáltatók, szervezetek esetében cél a minőségbiztosítási rendszereknek való szakmai megfelelés. Ezen feladatok teljesítéséhez elengedhetetlen kiszámítható, fenntartható, a hosszú távú tervezést segítő finanszírozási technikák hozzárendelése.

Az egészségügyi alapellátás szintjén a háziorvosi tevékenység adatgyűjtési és finanszírozási rendszerében az illegális szereket fogyasztók és az alkoholproblémával küzdők korai azonosítását és kezelésbe vételét önálló elemként kell megjeleníteni. Szükséges a járóbeteg-ellátás finanszírozásának olyan irányú módosítása, amely – a nem szakorvosi tevékenységet is beleértve – előmozdítja a betegek gondozásban tartását. Ugyancsak önálló tevékenységi elemként szükséges elismerni a kezelésben tartást, és finanszírozási ösztönzők segítségével kell támogatni az integrált ellátások működését, fejlesztését, illetve a helyben tevékenykedő, a betegek ellátásában részt vevő más szervezetekkel (pl. szociális szolgáltatókkal) megvalósuló együttműködést.

VIII. 5. Kutatás, adatgyűjtés

A nemzeti szintű, közfinanszírozott kutatási és adatgyűjtési programok meghatározó intézménye a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ. A hazai adatgyűjtés jórészt az Európai Unió szakintézményével összehangoltan zajlik. A Központ az adatokat és a változó trendeket éves jelentések formájában teszi közzé. Szintén ez az intézmény végzi a legjobb színvonalú nemzetközi evidencia-adatbázisok folyamatos figyelését és a legjelentősebb eredmények hazai ismertetését.

Intézményesíteni kell a hazai lakossági szerfogyasztására vonatkozó adatok rendszeres felvételét, továbbá a kábítószer-probléma különböző összefüggéseire irányuló célzott kutatások támogatását. Hasonlóképpen meg kell határozni a lelki egészségi állapotot legjobban leíró mutatók rendszerét, és azok gyűjtéséről (adatgyűjtés vagy lakossági adatfelvétel formájában) rendszeresen gondoskodni kell. A konkrét adatgyűjtési szükségletek egyfelől ki kell, hogy elégítsék Magyarország uniós tagságából eredő jelentési

kötelezettségeket, másfelől megbízható képet kell szolgáltatniuk a magyar fiatalok egészségi állapotáról, a kockázati magatartások változását és megoszlását is beleértve. Külön kiemelt adatgyűjtési szükséglet a népegészségügyi szempontból kockázatot jelentő magatartások és jelenségek megbízható feltérképezése, továbbá az alkalmazott beavatkozások hatékonyságának méréséhez szükséges adatok rendszerszerű gyűjtése és rendszerezett közzététele.

Rendszeressé kell tenni a hazai ellátórendszer értékelését, különös tekintettel a kezelés-ellátás hatékonyságának, eredményességének vizsgálatára. A hosszú távú egészségfejlesztési munka sikerének egyik záloga a kormányzati és nem kormányzati (pl. gazdasági) szereplők tevékenységének a lelki egészségre gyakorolt hatások szempontjából történő értékelése. Ezért rendszeresen el kell végezni e hatások vizsgálatát, aminek alapfeltétele a megfelelő módszertan kidolgozása.

VIII. 6. Nemzetközi kapcsolatok

Magyarország az Egyesült Nemzetek Szervezete, az Európai Unió, valamint az Európa Tanács szakosított kábítószerügyi szerveivel aktív szakmai kapcsolatot tart fent. Kétoldalú kapcsolatai során is törekszik a nemzetközi és regionális szakmai együttműködésre és a legjobb gyakorlatok cseréjére. A nemzetközi, elsősorban uniós kutatási programokban, szakmai fejlesztési együttműködésekben való aktív részvétel biztosítja a hazai kutatási tevékenység magas színvonalát, az új kezdeményezések gyors megjelenését a megelőzésben, a kezelésben és a bűnüldözésben egyaránt. (A legfontosabb kábítószerügyekben tevékenykedő nemzetközi szervezetek listáját a *4. számú melléklet* tartalmazza).

VIII. 7. A Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósításához szükséges feltételekkel kapcsolatos feladatok

- A felsőoktatási képzési programokra vonatkozó követelmények áttekintése abból a szempontból, hogy azokban kellő súllyal megjelennek-e a szerfogyasztással, kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek és készségek, beleértve a mentálhigiénés, továbbá az illegális szerfogyasztással kapcsolatos egészségpolitikai, népegészségügyi ismereteket is.

- Rövid, intenzív képzési programok szervezése és lebonyolítása az érintett intézmények közreműködésével.
- A szerfogyasztáshoz kapcsolódó problémák megelőzése és hatékonyabb kezelése érdekében képzések és továbbképzések megvalósítása szükséges, különös tekintettel az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberekre. A rendszeres és a célzott programok tervezhetősége érdekében szükséges a finanszírozási háttér megteremtése.
- A képzési programok összeállításánál és megszervezésénél a roma lakosság sajátos szempontjaira is figyelemmel kell lenni.
- Az egységes nemzeti álláspont koordinált kialakítása és képviselete szükséges az ENSZ szakosított szerveiben, az uniós és európai tanácsi intézményekben, valamint a kétoldalú szakmai kapcsolatok során.
- A kábítószer-problémával foglalkozó hazai és nemzetközi kutatási és adatgyűjtési eredmények hozzáférhetővé tétele a lakosság és valamennyi érdekhordozó számára.
- A nemzetközi kapcsolatok minél hatékonyabb felhasználása révén hozzá kell járulni a legjobb gyakorlatok hazai alkalmazásához.
- Támogatni kell a nemzetközi együttműködésekben, kutatási programokban és regionális projektekben való részvételt.
- Fejleszteni kell a pályázói tevékenységet az uniós és egyéb források kábítószerügyi szakterületen történő hatékonyabb elérése és felhasználása érdekében.

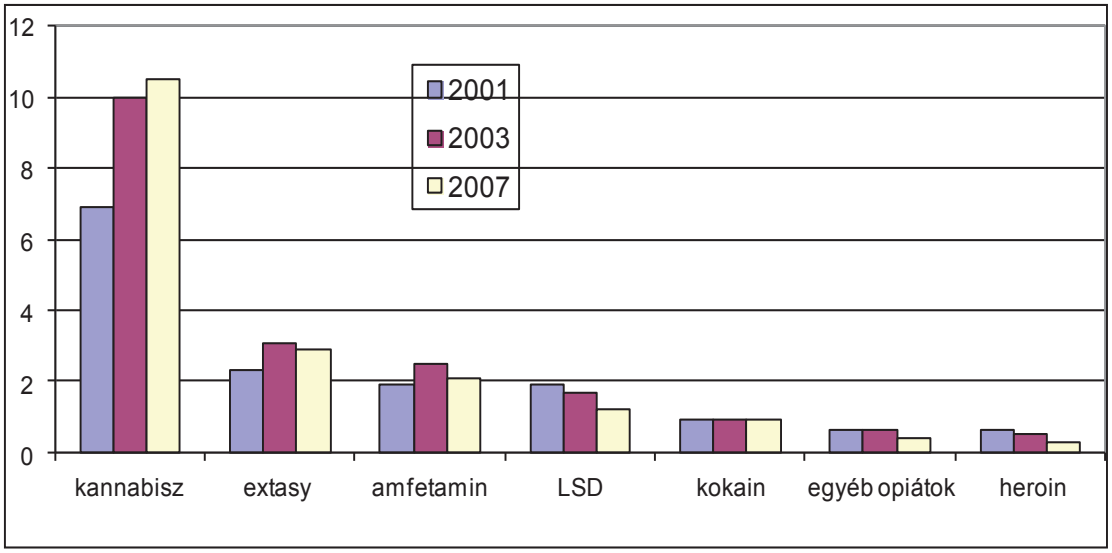
1. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

Ábrák és táblázatok

1. ábra

A tiltott szerek életprevalencia-értékeinek változása 2001 és 2007 között, a 18–53 éves populáció körében (%)

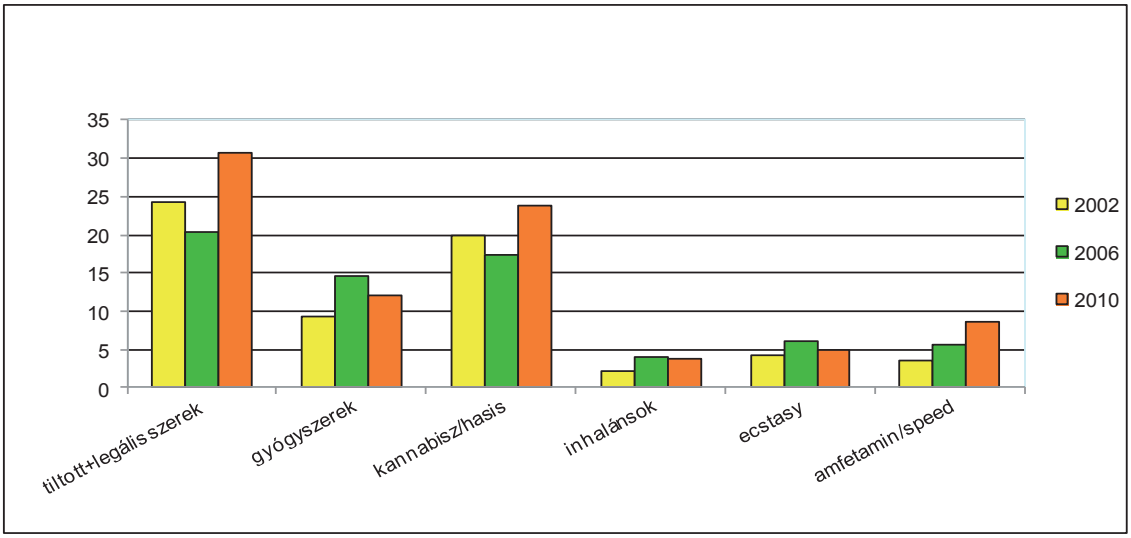
Forrás: (Paksi, 2003;, Paksi, Elekes 2004; Paksi, Arnold. 2007



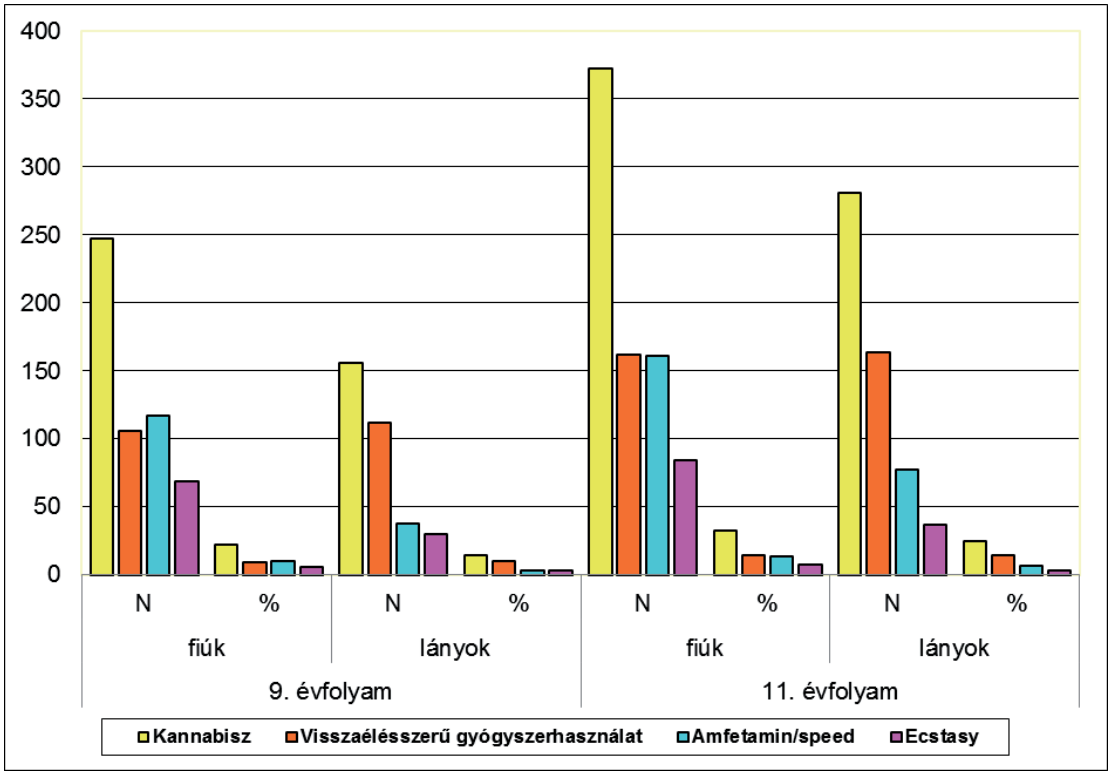
2. ábra

Az életprevalencia-értékek alakulása (%-ban megadva) a 9–11. osztályos tanulók körében (HBSC 2002-2010)

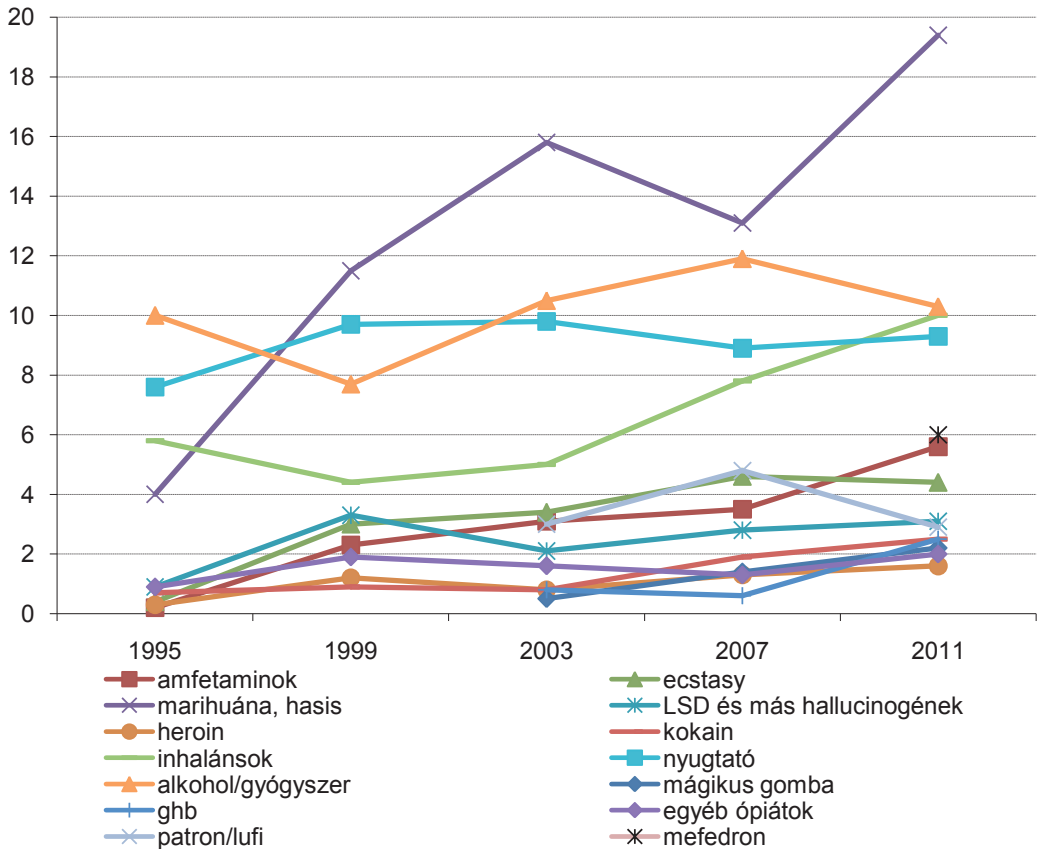
Forrás: Sebestyén, Németh 2003 / Kovacsics, Sebestyén 2007 / Németh 2011



3. ábra
A leggyakoribb életprevalenciájú illegális szerek nem és évfolyam szerinti bontásban (HBSC 2010)
Forrás: Németh, 2011

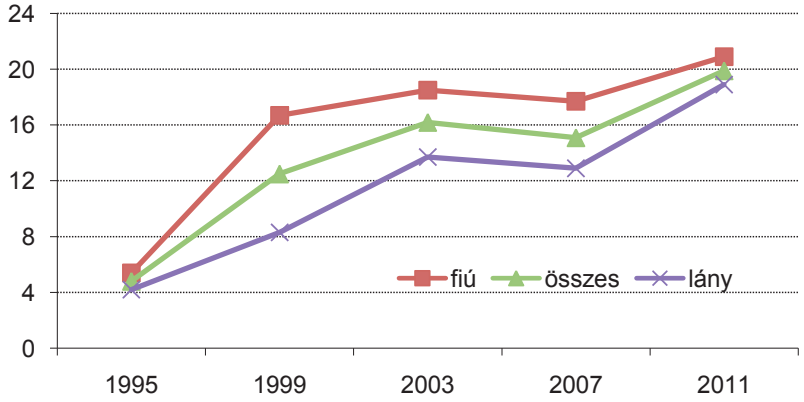


4. ábra
A tiltott és legális szerek életprevalencia-értéke 16 éves diákok körében 1995–2011 között
(%)



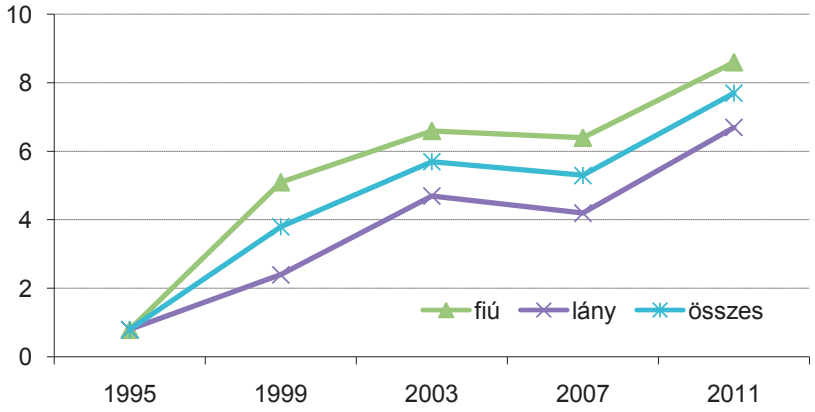
Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

5. ábra
A tiltottszer-fogyasztás életprevalencia-értékének változása 16 éves diákok körében nemenként, 1995–2011



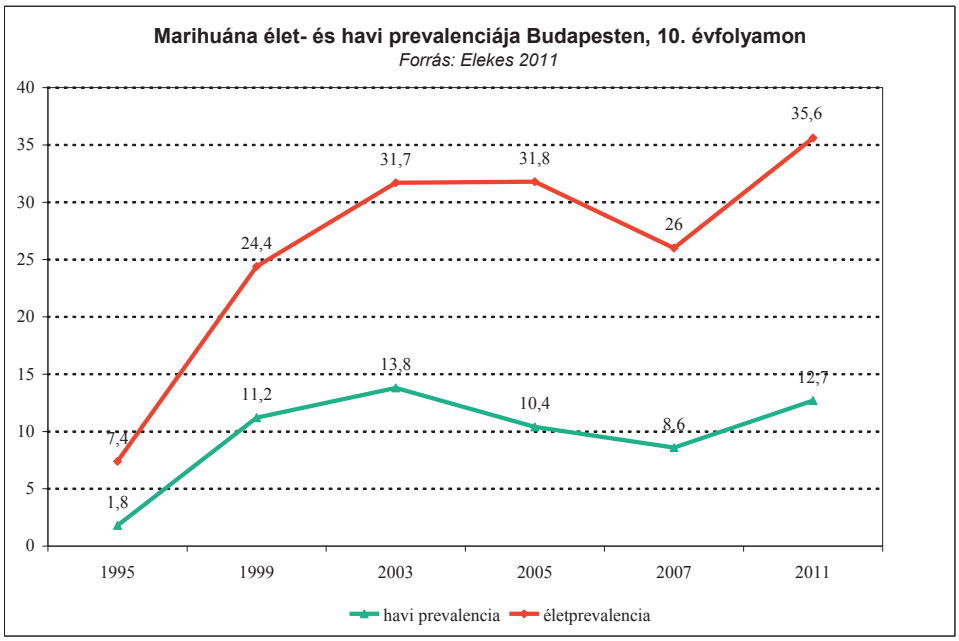
Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

6. ábra
A marihuána havi prevalenciaértékei 16 éves diákok körében, nemenként 1995–2011 között (%)

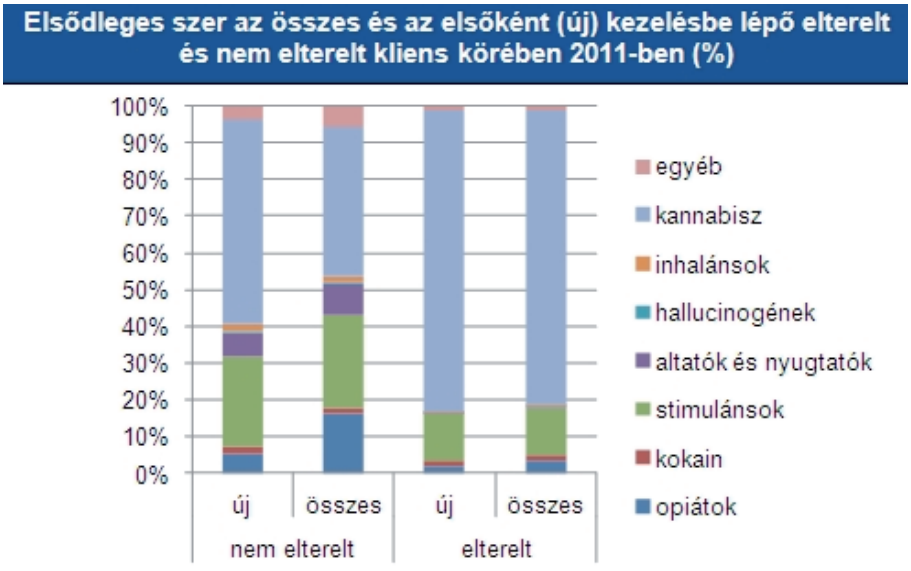


Forrás: Elekes 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves jelentés 2012

7. ábra



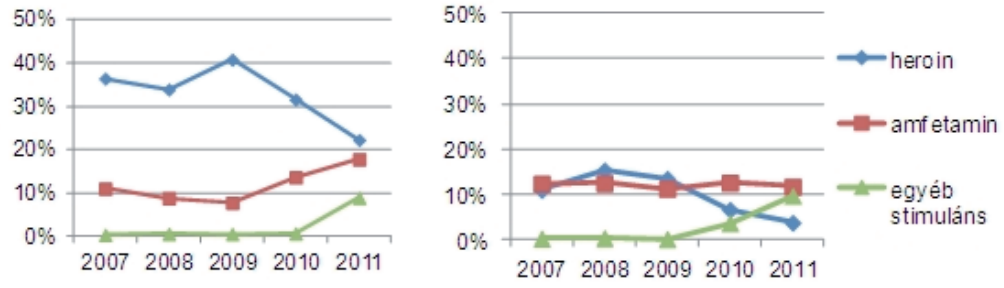
8. ábra



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2012

9.ábra

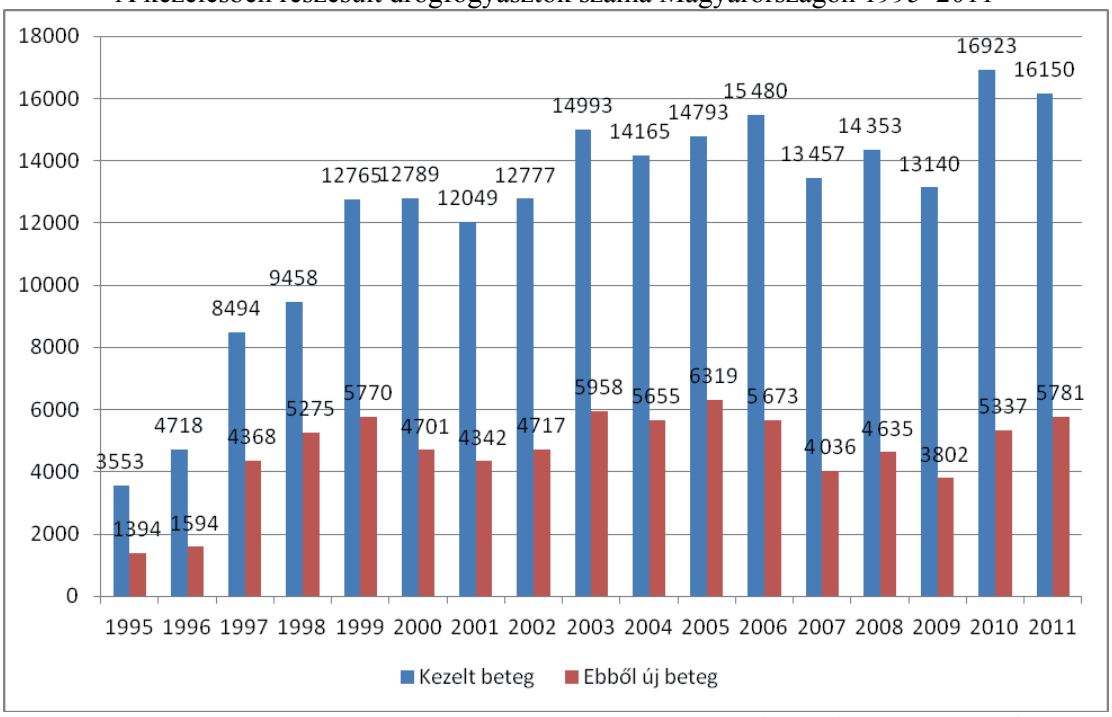
A heroin, amfetamin és egyéb stimuláns fogyasztók arányának alakulása a korábban már kezeltek (elsõ ábra) és az elsõként kezelésbe lépõk (második ábra) (nem eltereltek) körében 2007 és 2011 között (%)



Forrás: TDI adatgyűjtés (OAC); elemezte: Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Eves Jelentés 2012

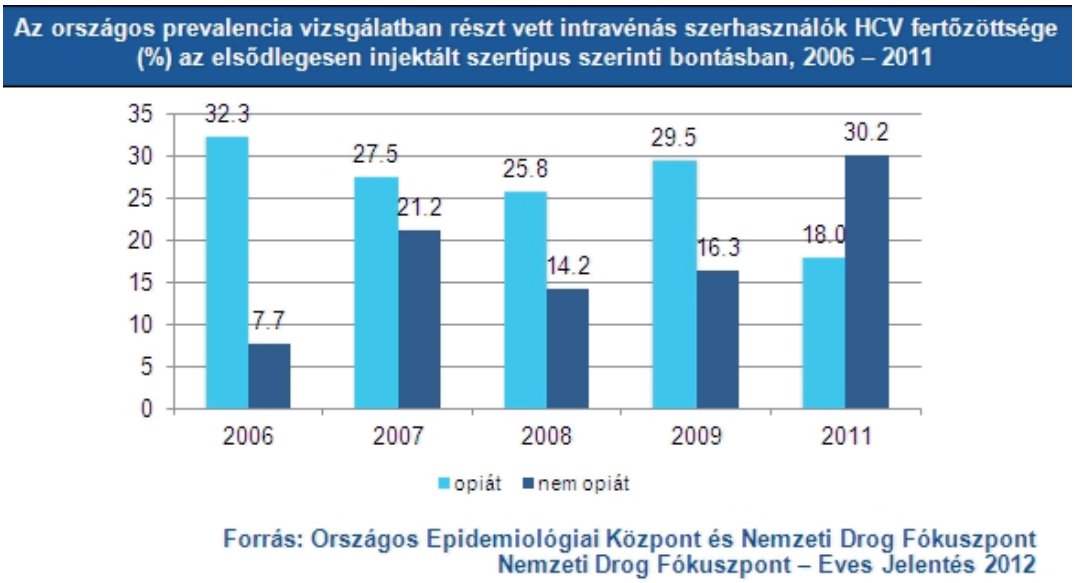
10. ábra

A kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 1995–2011



Forrás: EMMI (ESzCsM) 1211 sz. ágazati adatgyűjtés

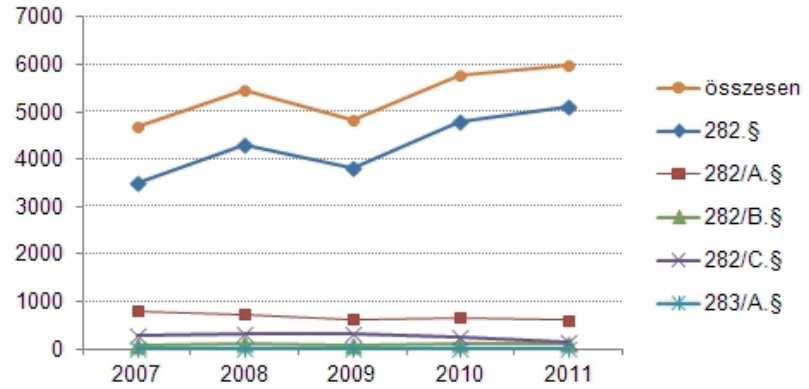
11. ábra



Forrás: Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Drog Fókuszpont
Nemzeti Drog Fókuszpont – Eves Jelentés 2012

12. ábra

A regisztrált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma összesen és a Btk. visszaélés kábítószerrel tényállásai* szerinti bontásban, 2007-2011 között



*282.§ fogyasztói magatartások: termeszt, előállít, megszerez, tart, az országba behoz, onnan kivisz, vagy az ország területén átvisz;
282/A.§ kereskedői magatartások: kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik;
282/B.§ 18 év alatti/18. életévét be nem töltött személy felhasználásával elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;
282/C.§ kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztói és kereskedői típusú magatartások;
283/A.§ kábítószer prekurzorral elkövetett visszaélések.

Forrás: ENYÜBS 2012
Nemzeti Drog Fókuszpont - Eves Jelentés 2012

1. táblázat

Kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások				
Év	2000	2003	2005	2007
Millió Ft	5 300	8 100	11 100	9 800

2. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A Nemzeti Drogellenes Stratégia készítésekor fennálló szakmapolitikai környezet gyorsértékelés SWOT-módszerrel

Erősségek	Gyengeségek
– A Kormány rendelkezik kábítószerügyi szakmai kapacitásokkal, valamint számos szakmai háttérintézmény is segíti a szakmai döntéshozatalt. – Magyarország 2000 óta rendelkezik nemzeti drogstratégiával. – Kialakult a kábítószer-probléma megismeréséhez szükséges intézményi infrastruktúra. – A 18 év alatti korosztály körében két, nemzetközi standardok alapján végzett (ismétlődő) vizsgálat is történt az elmúlt másfél évtized során (HBSC és ESPAD). – A felnőtt lakosságra kiterjedő vizsgálatok vonatkozásában is van hazai tapasztalat. – A szociális területen szélesedett az ellátások köre. – Az ellátórendszer működésének keretei jogilag szabályozottak. – A Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központon keresztül rendszeres adatgyűjtés folyik a területet érintő legfőbb változásokról.	– A különböző ágazatokhoz tartozó intézkedések, intézmények között gyenge az együttműködési készség (oktatás/képzés – munkaügy – szociális ágazat – egészségügy). – Egyes szakterületek, kiemelt problémakörök (devianciák, függőségek, betegségek) kezelésére nem rendelkezünk érvényben lévő stratégiával. – A már meglévő, különböző szakterületi stratégiák, illetve cselekvési terveik összehangolása csak részben valósul meg. – 2007 után nem készült a felnőtt lakosság szerfogyasztására irányuló felmérés. – Az ellátórendszer egyes elemei hiányoznak (pl. gyermek-addiktológiai ellátás). – Szinte teljes egészében hiányzik a drogstratégia helyi szintű (regionális, megyei, városi stb.) döntéshozói beágyazottsága. – Az ellátórendszer területi egyenetlenségeket mutat. – Az egyes szolgáltatási formák esetében nincs egységes szakmai iránymutatás. – A stratégiai dokumentum jellege koncepcionális, szemléleti és értelmezési keretet nyújtó, így az egyes regionális különbségekre csak korlátozottan képes reagálni. – A forrásallokáció a legtöbb estben csak lassan tudja követni az

	ellátórendszerben jelentkező változó szükségletek forrásigényét. Ez többek között nehezíti az egyes ellátási formák szinten tartását, fejlesztését.
Lehetőségek	**Veszélyek**
– A Nemzeti Drogellenes Stratégia szempontjából kiemelten jelentős ágazati területek közül több egy minisztérium irányítása alá tartozik (oktatás/képzés – szociális – egészségügy). – Folyamatban van az egyes szakmai fogalmi keretek újragondolása (ágazatok közötti, ágazaton belüli párbeszéd), az egyes szakmai folyamatok szabályozása. – Számos jó gyakorlat létezik a civil és egyházi területen. – Az Európai Unió rendelkezik drogstratégiával és kapcsolódó akciótervvel (iránymutatás az uniós tagállamok számára). – A nemzetközi kapcsolatrendszerből számos jó gyakorlatot, működő technikát megismerhetünk. – Aktív társadalmi, nem kormányzati szereplői vannak a hazai kábítószer-politikának. – Az infokommunikációs technológia kulcsszerepet tölt be a közbeszéd témái, a beállítódások, vélemények, ítéletek, az értékvilág és az életmód alakításában. – A Korai Jelzőrendszer létfontosságú az újonnan megjelenő „legális” szerekre reagáló ellátórendszeri és büntetőjogi lépések megtételéhez. – A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési tapasztalatai hozzájárulhatnak a drogstratégia helyi szintű, döntéshozói beágyazódásának erősítéséhez.	– A drogfogyasztással kapcsolatos elfogadó attitűdök (elsősorban a fiatalok, fiatal felnőttek vonatkozásában) szélesebb körben elterjedhetnek a társadalomban. – A drogfogyasztókkal szembeni (elsősorban a felnőtt lakosság részéről megjelenő) túlzott társadalmi előítélet ronthatja egyes beavatkozások hatékonyságát. – A területen működő állami és társadalmi szervezetek túlnyomó részt forráshiánnyal küzdenek. – Gyorsan változik az illegális szerek fogyasztási mintázata. Újabb és újabb szerek jelennek meg a drogpiacon. – Egyes területeken (például gyermekpszichiátria, gyermek-addiktológia szakemberhiány mutatkozik. – A”függőség kultúrája”, a negatív társadalmi minták (pl. széles körben elfogadott alkoholfogyasztás, dohányzás).

3. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

Fogalomtár

I.

Dizájner drog: Mesterséges, megtervezett módon olyan pszichoaktív hatású molekulát hoznak létre, ami nem szerepel a kábítószerek listáján. Amíg tiltólistára nem kerül a szer, legálisan forgalmazható és használható. Az „új típusú" dizájner drog jellemzően a 2010-től megjelenő szereket jelenti, amelyek közül 2010-ben a leginkább elterjedt a mefedron volt. Tiltólistára kerülését követően újabb – hasonló szerkezetű és hatású, egyelőre legális – szerek jelentek meg. Használatuk intravénás formában is történhet.

Inhaláns: A szervezetbe a légutakon át bejuttatott pszichoaktív anyag, amely elsősorban a légutakon, illetve a tüdő nyálkahártyáján keresztül szívódik fel a szervezetbe.

Kábítószer: A pszichoaktív csoportba tartozó azon szerek, amelyek szerepelnek a kábítószerek, illetve a veszélyes pszichotróp anyagok Egyesült Nemzetek Szervezete által elfogadott listáin. (A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 459. § (1) bekezdés 18. pontja, az 1978. évi IV. törvény 286/A. § (2) bekezdése szerint kábítószeren: az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagokat; az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagokat, valamint az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló törvény mellékletében meghatározott pszichotróp anyagokat kell érteni.) A Nemzeti Drogellenes Stratégia szövegének értelmében nem értendő *kábítószer-használatnak* a gyógyászati célú, orvosi ellenőrzés mellett történő alkalmazás.

Kábítószer-prekurzor anyag: A végső anyag előállításához alapanyagként vagy részterméként használatos kémiai vegyület. Az EU-jogban azon alapanyagokra korlátozódik, amelyekkel bizonyos, az ENSZ 1971-es pszichotróp anyagokról szóló egyezményében vagy az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményében felsorolt anyagokat lehet előállítani.

Pszichoaktív drog, pszichoaktív anyag, pszichoaktív szer: Az általános szóhasználatban a drogok azon csoportja, amelyekhez tartozó anyagok hatásukat a központi idegrendszer működésének megváltoztatásán keresztül fejtik ki.

Stigmatizáció: Egyes személyek vagy csoportok megszégyenítése, igazságtalan kirekesztése és megkülönböztetése, melynek következtében nő a kockázata annak, hogy az adott személyek, illetve csoportok a társadalom egészén belül peremhelyzetbe sodródnak, vagy ottlétük állandósul.

Stimulánsok: Elsősorban a mentális és fizikai állapotot serkentő szerek.

Szerhasználati mintázat: A szerhasználat szerenkénti eloszlása a társadalom egyes alcsoportjaiban. A fogalom maga alapvetően elméleti konstrukció, amely két forrásból

táplálkozik: egyrészt az egyes társadalmi csoportokban a szerek elterjedtségének és egyéb változók – fogyasztási gyakoriság, szervezetbe juttatás módja és egyéb kockázati tényezők – megfigyeléséből, másrészt a közvetlenül nem mérhető fogyasztási szokások vagy egyéb magatartások – kriminalitás, kockázatkeresés, marginalizáció, szociális státusz stb. – becsléséből.

Szintetikus kábítószerek: mesterségesen, fizikai, kémiai, illetve biológiai úton előállított kábítószerek.

Visszaélésszerű gyógyszerhasználat: Nyugtatók, altatók vagy az erős hatású (ópiát hatóanyagot tartalmazó) fájdalomcsillapítók orvosi rendelvény nélküli vagy attól eltérő használata, illetve ezen gyógyszerek alkohollal történő kombinált használata.

II.

Drogprevenció - megelőzés: Tág értelmezésben olyan tervezett beavatkozás, melynek célja a drogfogyasztás társadalmi és környezeti befolyásoló tényezőinek megváltoztatása, beleértve a droghasználat elkezdésének megakadályozását és a gyakoribb használat kialakulásának megelőzését a veszélyeztetett populációkban.

Általános megelőzés: Az ezen kategóriába tartozó prevenciós stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a problémás-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését igyekeznek megakadályozni, illetve késleltetni. A prevenciós beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az általános prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnek tekinthető, a veszélyeztetettség mértéke azonban igen különböző az egyének szintjén.

Célzott megelőzés: E beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (például alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszichoszociális, szociális vagy környezeti kockázati tényezők mentén, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan ok-okozati kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között.

Javallott megelőzés: Ez a kategória olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 4. kiadás, Betegségek nemzetközi osztályozása, 10. kiadás) függőnek nem minősülő, de a problémás használat korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek a romló osztályzatok, alkohol- és drogfogyasztás, elidegenedés a szülőktől, iskolától és normatartó kortársaktól. Kevesebb hangsúlyt fektetnek az olyan környezeti hatások befolyásolására, mint például a közösségi értékek.

Környezeti prevenció: a legfrissebb kutatási adatok szerint a környezet nagymértékben befolyásolja a serdülők kockázatos magatartásformákban való részvételét. Ezek a bizonyítékok mindenekelőtt a környezeti megelőzés módszerét támasztják alá, amely nagyobb mértékben támaszkodik a környezet megváltoztatására, mint a puszta meggyőzésre. Eszerint a fiataloknak szóló prevenciós intézkedéseknek a tájékoztatás helyett inkább a normákra és a normalitás érzékelésére kellene helyezni a hangsúlyt. A prevenció szempontjából fontos az iskolára, a családra és a rekreációs színterekre koncentrálni.

III.

Ártalomcsökkentés: Az alkohollal és illegális drogokkal összefüggésben olyan stratégiák és programok, melyek közvetlenül az alkohol és illegális drogok fogyasztásából eredő egyes ártalmak csökkentésére összpontosítanak egyéni és társadalmi szinten. A kifejezést főleg olyan stratégiákra és programokra alkalmazzák, melyek úgy kívánják mérsékelni az ártalmakat, hogy nem követelik meg az absztinenciát. Ártalomcsökkentés például a tűcsere, amely csökkenti a tűmegosztást és így a fertőző betegségek terjedését az intravénás kábítószer-fogyasztók között, míg más károkat nem befolyásol.

Egészség: A teljes fizikai, szociális, és mentális jóllét állapota és nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya. Az egészség a mindennapi élet erőforrása és nem az élet célja. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakúgy, mint a fizikai képességeket.

Egészségfejlesztés: Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat a saját egészségük meghatározói felett annak érdekében, hogy egészségük jobb legyen.

Az Ottawai Karta öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként:
- egészséget támogató politikai gyakorlat,
- egészséget támogató környezet biztosítása,
- egészségbarát közösségi tevékenységek támogatása,
- egyéni képességek fejlesztése,
- az egészségügyi ellátórendszer új hangsúlyainak megteremtése.

A Dzsakartai Nyilatkozat szintén öt tevékenységi területet jelöl ki prioritásként a 21. századra:
- az egészséget megcélzó társadalmi felelősségvállalás támogatása,
- a „beruházás az egészségbe” megközelítés érvényre juttatása,
- az együttműködés kiszélesítése az egészségfejlesztés érdekében,
- a közösségi erőforrások növelése és az egyén képessé tétele egészsége javítására,
- infrastruktúra biztosítása az egészségfejlesztés számára.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény meghatározásában az egészségfejlesztés az a folyamat, amely során az egyén növeli jártasságát saját egészségének javítása érdekében, képességet szerez az egészséges életvitel fenntartására és a változó környezethez való alkalmazkodásra. Az egészségfejlesztés a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység.

Egészséget támogató/egészségbarát környezet: Az egészséget támogató környezet védelmet nyújt az egészséget veszélyeztető ártalmakkal szemben, és lehetőséget biztosít a lakosság egészségi állapotának javítására. A környezet az emberek mindennapi életterét jelenti, otthonaikat, munkahelyeiket, a helyi közösséget, valamint azokhoz a forrásokhoz való hozzáférést is, amelyek egészségük védelmét szolgálják. Az *egészségbarát környezet* megteremtéséért számos – politikai, közgazdasági, társadalmi – síkon is cselekedni kell.

Egészséget veszélyeztető magatartás: Olyan egyéni és/vagy közösségi viselkedés, amelynek hatásaként nagyobb valószínűséggel fordul elő valamilyen megbetegedés. A betegségmegelőzés fő célja az *egészséget veszélyeztető magatartás*formák megváltoztatása, amelynek hagyományos eszköze az egészségnevelés. Az egészségfejlesztés azonban tágabban értelmezi a problémát, miszerint az *egészséget veszélyeztető magatartás* a kedvezőtlen életkörülményekkel való megküzdési stratégia lehet. Az *egészséget veszélyeztető magatartás*t kezelő programoknak tehát az életvezetési készségek fejlesztését és az egészséget támogató környezet biztosítását is magukba kell foglalniuk.

Egészségfejlesztési program: Adott célcsoportra megtervezett tevékenységek rendszere, amely hatékonyan alkalmazható valamilyen megbetegedés vagy rendellenesség megelőzésére. A cél a kockázat csökkentése a megbetegedéssel vagy rendellenességgel szemben. Az *egészségfejlesztési program* a célcsoport egészséget veszélyeztető magatartását kívánja megváltoztatni, gyakran egészségnevelési programot is alkalmazva.

Egészségnevelés: Az egészségnevelés nem csupán az információk továbbadását jelenti, hanem a motiváció felkeltését, a képességek és az önbizalom fejlesztését az egészség javítása érdekében.

Egészségpolitika: Makroszinten intézmények (különösen a kormány) formális dokumentuma, amely az egészséggel kapcsolatos szükségleteinket célozza meg prioritások és tevékenységek meghatározásával, a rendelkezésre álló források és a politikai érdekek figyelembevételével. Mikro szinten a csoportnak, a közösségnek, a helyi önkormányzatnak a törvényi kereteken belül az igényekhez, lehetőségekhez igazított, az egészséget szolgáló stratégiája, prioritásrendszere. Az *egészségpolitika* törvényhozáson vagy más jellegű szabályozáson keresztül rendelkezik az egészségügyi ellátásról és programokról és az ezekhez való hozzáférésről. Az *egészségpolitikát* meg kell különböztetni az egészséget támogató társadalompolitikától, mivel az előbbi elsősorban az egészségügyi ellátásban és programokban érdekelt.

Elterelés, elterelt: A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény lehetőséget ad a „kábítószer birtoklása” bűncselekmény bizonyos, törvényben meghatározott eseteiben az elkövető számára a büntetés elkerülésére. A törvény 180. §-a tartalmazza azokat a tényállásokat, amikor nem büntethető az eljárás alá vont személy, feltéve, ha vállalja, hogy egy legalább 6 hónapig tartó folyamatos

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, vagy
- kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, vagy
- megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt.

Erre azonban csak akkor van lehetőség, ha az eljárás alá vont személy a bűncselekmény elkövetését megelőző két éven belül

- nem részesült elterelésben, továbbá
- kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt büntetőjogi felelősségét nem állapították meg.

A büntetés elkerülésére az *elterelés* biztosít lehetőséget, amely a droghasználat és a droghasználat következtében megjelenő problémák súlyosságától függően többféle eljárást jelenthet. A drogfüggő vagy problémás droghasználó kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben vagy kábítószer-használatot kezelő más ellátásban, a kevés pszichoszociális problémával jellemezhető alkalmi használó, illetve „egyszer kipróbáló" pedig megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vesz részt. A szakzsargonban az elterelésben részt vevő személyt nevezzük *elterelt*nek.

ESPAD: Alkohollal és más drogokkal kapcsolatos európai iskolakutatás (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Az Európa Tanács által kezdeményezett, független kutatói csoportok által, nemzetközi szabványok alapján megvalósított kutatás a fiatalkorúak szerfogyasztási szokásairól. Adatfelvétele jellemzően négyévente történik.

Evidencia adatbázis: A kutatási eredményeket tartalmazó, ellenőrzött módszertan szerint működő kutatási adatbankok. Az evidencia fokozatai egyre szigorúbb és szélesebb körű kutatások összegzése nyomán tett megállapításokat jelentenek.

Extramurális: „Falakon kívüli", tehát intézményeken kívül kezdeményezett és megvalósuló tevékenység.

HBSC: Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children). Az Egészségügyi Világszervezet által kezdeményezett és nemzetközi szabványok alapján zajló egészségmagatartás-vizsgálat. Magyarországon 1985 óta zajlanak ezek a vizsgálatok, négyévenkénti ismétlődéssel. A „Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010" nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.

Helyettesítő vagy szubsztitúciós kezelés: A szerfüggőség kezelése egy másik helyettesítő szer adásával. A kezelés célja, hogy megszüntesse vagy csökkentse az eredeti szer fogyasztását, különösen, ha az illegális, és csökkentse a szerhasználat speciális módjából (pl. intravénás használat) eredő károkat és az ezzel járó egészségügyi veszélyeket (pl. tűmegosztás) és szociális következményeket (pl. bűncselekmények).

Kereslet-csökkentés: Tág fogalom, amelyet azon drogpolitikai intézkedések és programok széles körével kapcsolatban használnak, melyek az illegális szerek megszerzésének és használatának vágyát és az arra irányuló tevékenységet kívánják csökkenteni. A drogok iránti kereslet az alábbi módszerekkel csökkenthető: prevenciós és oktatási programokkal, melyek felvilágosítják a használókat vagy potenciális használókat az illegális szerekkel való kísérletezés és/vagy a további használat kockázatairól; helyettesítő programokkal (pl. metadon), kezelési programokkal, melyek az absztinenciára, a használt mennyiségek és a használat gyakoriságának csökkentésére koncentrálnak; büntetőeljárás alternatívájaként nyújtott képzési vagy kezelési programokkal; átfogó szociálpolitikával, mely mérsékli a drogfogyasztással összefüggő egyéb befolyásoló tényezőket, mint például munkanélküliség, hajléktalanság vagy iskolából való kimaradás.

Kezelési Igény Indikátor: Az EMCDDA Kezelési igény indikátora (a továbbiakban TDI, az angol eredeti Treatment Demand Indicator-ból) fontos szerepet játszik az epidemiológiai kulcsindikátorok között. Ezek biztosítják a kábítószer-használat, illetve következményei összehasonlíthatóságát az EU-tagállamaiban. A TDI egyike annak az öt epidemiológiai kulcsindikátornak, amelyek átfogóan mutatják be a kábítószer-használat helyzetét a EU-tagállamokban, valamint az e téren érvényesülő tendenciákat. A TDI a kezelőhelyek éves

forgalmát méri a kezelésbe kerülők számának, valamint az először kezelésbe kerülők számának (kezelési incidencia) segítségével. A kezelést kereső emberek számáról szóló információ betekintést enged a problémás kábítószer-használat általános trendjeibe és a kezelőintézmények forgalmára, szervezetére is rálátást enged. A kezelési igény adatok főleg a járóbeteg kezelőhelyek adataiból származnak.

Kínálatcsökkentés: Azon tevékenységeket jelenti, amelyek a kábítószerek előállítását, termelését és terjesztését hivatottak megállítani. A termelés csökkenthető a termés megsemmisítésével, vagy más növénykultúrák termesztését támogató fejlesztési programokkal. Az illegális előállítás visszafogható közvetlenül az illegális laborok felszámolásával és a prekurzorok ellenőrzésével, míg a terjesztés csökkenthető a rendőrség és vámhatóság munkája által, illetve néhány országban katonai beavatkozással.

Komorbiditás: Különböző betegségek egyidejű fennállása ugyanazon betegen. Itt: jellemzően pszichiátriai társbetegségek fennállása a problémás szerfogyasztás, illetve szerfüggőség mellett. A szerfogyasztás szerepelhet mint ok, de a pszichiátriai megbetegedés is növelheti a szerfogyasztás kockázatát.

Közösségi szenvedélybeteg-ellátás: A személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások része. Célja, hogy az általa gondozott szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve visszakapcsolódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció, valamint a tanácsadás minden formáját a szenvedélybeteg otthonában, illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítja.

Mediáció: (azaz közvetítés): eltérő nézeteket valló, illetve érdekeket képviselő felek közötti egyeztetési folyamat, konfliktuskezelési eljárás, amelyet erre felkészült semleges szakember, a mediátor, azaz közvetítő irányít.

Medikalizáló (pszichiatrizáló): Egy adott jelenség elsősorban orvosi (pszichiátriai) szempontú értelmezésének, kezelésének előtérbe állítása.

Mentálhigiéné: Az egészséges lélektani folyamatok és személyközi kölcsönhatások fejlesztésére, illetve a pszichés működészavarok megelőzési lehetőségeire vonatkozó szemlélet és elméletrendszer, interdiszciplináris megközelítésmód, illetve társadalmi gyakorlat, amely intézmények, szervezetek, embercsoportok – magukat egészségesnek érző emberek – mozgósítására és megváltoztatására irányul.

Motiváció: Indíték, késztetés valamely magatartásforma, viselkedésmód, cselekvés vállalására vagy éppen korlátozására, visszafogására. A drogokkal kapcsolatosan a fogyasztáscsökkentés törekvését vagy a kezelésbe vétel vállalását, a kezelésben való részvételt szokták érteni a motiváció fogalomkörében.

Multidiszciplináris: Különböző tudományterületeket, hivatásokat egyaránt érintő, felölelő.

Népegészségügy: Olyan társadalmi tevékenység, melynek célja populációs szinten az egészség fejlesztése, az élet meghosszabbítása és az élet minőségének javítása a lakosság körében, az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és más egészséget befolyásolni szándékozó tevékenység által. A népegészségügyi koncepció azon az átfogó megközelítésen alapszik, hogy az életmód és az életkörülmények miként befolyásolják az egészségi állapotot. Továbbá azon a felismerésen nyugszik, hogy a különböző politikáknak, programoknak és

szolgáltatásoknak erőforrásokat kell mobilizálni és beruházni az egészséges életvitel támogatása és az egészségbarát környezet kialakítása érdekében.

Önsegítés, önsegítő csoport: Az *önsegítő csoportok* kezdeményezői és tagjai úgy látják, hogy személyes problémájukat (leggyakrabban függőségüket) képtelenek önerőből és/vagy az egészségügyi és szociális intézmények segítségével megoldani. Az *önsegítés* olyan, leginkább csoportos formában megvalósuló együttműködési forma, amelyben rendszerint hasonló gondokkal küzdő emberek szervezik meg önmagukat egyetlen közös cél (a 12 lépéses anonim programok, így például a Névtelen Anyagosok esetében a szermentesség és a józanság) elérése érdekében. A rendszeres, kölcsönös, egymásnak nyújtott ingyenes segítség révén belső változási folyamatot indítanak el, amelynek mentén szellemi, lelki és szociális állapotuk javul. Legfőbb hatótényezőik és erőforrásaik: a sorsközösség, a tapasztalatok megosztása, a szolidaritás, a támogatás, az elfogadás, a spiritualitás, a biztonságos környezet és a hierarchia-mentesség. Az önsegítő csoportok hatása az önértékelésre, a megküzdési képességre, a hangulati állapotra és az aktivitásra meglepően jó, a tapasztalatok szerint gyakran felülmúlja az intézményi beavatkozások hatásfokát.

Prevalencia: Arányszám, mely adott földrajzi területen, adott idő alatt, adott feltételek vagy jellemzők előfordulását mutatja meg a társadalomban. Beszélhetünk például életprevalenciáról vagy elmúlt havi prevalenciáról. *Életprevalencia:* a személy élete során legalább egyszer már megvalósította az adott magatartást. Életprevalencia-érték jellemzően azon személyek számaránya egy adott közösségben, csoportban, akik életükben legalább egyszer fogyasztottak már például kábítószert. Ebbe beletartoznak azok is, akik egy alkalommal fogyasztottak szert, de azok is, akik rendszeres használók.

Rendészet: Olyan állami, közigazgatási tevékenység, amely a közbiztonság megzavarásának megelőzésére, a zavaró magatartás megakadályozására és a megzavart rend helyreállítására irányul.

Rehabilitáció: Krónikus, maradványállapottal, maradványtünetekkel járó betegségek esetében a fizikai és szellemi működés helyreállítása, különös tekintettel a munkaképességre és az önálló életvitelre.

Reszocializáció: Krónikus, maradványtünetekkel járó egészségkárosodások rehabilitációja mellett és után történő felkészítés, gondozással és képzéses fejlesztéssel a közösségbe való visszailleszkedés érdekében. Különösen pszichiátriai és szenvedélybetegek felépülését célzó közösségi ellátás fontos feladata.

Resztoratív büntetőpolitika: A károk jóvátételét, a károsodott helyzet helyreállítását célul kitűző büntetőpolitikai irányzat.

Szubszidiaritás: A társadalmi szabályozás olyan elve, amely szerint minden döntést és végrehajtást a lehető legalacsonyabb szinten kell meghozni, a problémák keletkezési helyén, hiszen a legnagyobb hozzáértéssel a helyi szinten rendelkeznek. A felsőbb szintek beavatkozásának a szükséges minimumra kell korlátozódnia, de nyújtania kell a szükséges segítséget. (Az Európai Unió és tagállamainak működése, valamint a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok eddigi és a stratégiában tervezett tevékenysége is a szubszidiaritás elvére épül.)

Társadalmi tőke: A társas összefogást, illetve összetartozást fejezi ki egy adott közösségben. Ezek az emberek hálózatokat, normákat hoznak létre, bizalmat éreznek egymás iránt és együttműködnek a kölcsönös haszon reményében. A *társadalmi tőke* számtalan társas interakció eredményeként születik meg. Civil, vallásos csoportokban, családi kapcsolatokban, informális közösségi hálózatokban ölt testet, amelyeket az önkéntesség, önzetlenség és bizalom köt össze. Minél szorosabb ez a kötelék, annál valószínűbb, hogy a közösség tagjai a kölcsönös haszon érdekében együttműködnek. Így a társadalmi tőke segítségével az egészségi állapot javulását érhetjük el.

4. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A legfontosabb kábítószerügyekben tevékenykedő nemzetközi szervezetek listája

ENSZ Kábítószer Bizottsága: Az ENSZ Kábítószer Bizottsága (CND) az ENSZ központi döntéshozó testülete, amely a kábítószerekkel kapcsolatos ügyekben meghatározza a követendő irányelveket, a globális kábítószer-politikát, illetve ellenőrzi annak végrehajtását. Az ENSZ rendszerén belül ez a központi döntéshozó testület, amely minden kábítószerüggyel kapcsolatos kérdésben felelős szerepet játszik.

ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala: Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) az ENSZ illegális kábítószerek és nemzetközi bűnözés elleni fellépésének fő szerve. Legfőbb tevékenysége, hogy minden évben elkészíti Éves Jelentését a világ kábítószer-helyzetéről, amely a legátfogóbb összefoglaló elemzés a szakterületen végbemenő folyamatokról. Kutatási és elemzési tevékenységeket végez, segíti a tagállamokat a nemzetközi egyezmények ratifikálásában és alkalmazásában, illetve szakmai együttműködéseket kezdeményez a tagállamok között. Fontos feladata továbbá a CND titkársági feladatainak ellátása.

Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv: A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerv (INCB) egy, mind a kormányoktól, mind az ENSZ-től független, az ENSZ kábítószerügyi konvencióinak végrehajtását ellenőrző szervezet.

Az Európa Tanács Pompidou Csoportja: A Pompidou Csoport az Európa Tanács részeként működik, ellátva annak kábítószerrel való visszaéléssel és kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos tevékenységét. Mivel az európai uniós hatókörön túlmutat működése, ideális terepe az összeurópai együttműködéseknek. Különösen aktív a Keleti Partnerség országaiban.

Az Európai Unió Tanácsának Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja: Az Európai Unióban a Tanács Horizontális Kábítószerügyi Munkacsoportja (HDG) felelős a kábítószerügyekkel kapcsolatos kezdeményezésekért, vizsgálatokért és a programok koordinációjáért.

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja: A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központjának (EMCDDA) feladata, hogy a tagországai által továbbított objektív, megbízható és összehasonlítható nemzeti szintű információk és adatok alapján európai szintű adatokat biztosítson a tagországok számára a kábítószer-probléma minden területéről és az arra adott válaszokról.

Dublin Csoport: A Dublin Csoport (Dublin Group) 1990-ben, az Egyesült Államok kezdeményezésére, az Európai Unió ír elnöksége alatt alakult, széles körű kábítószerügyi kezdeményezés, az azonosan gondolkodó országok informális koordinációs csoportja.

Europol - Európai Rendőrségi Hivatal (European Police Office): az Európai Unión belüli rendőrségi együttműködés legfontosabb intézménye. Az Europol célja, hogy javítsa az európai bűnüldöző hatóságok eredményességét és együttműködését a nemzetközi bűnözés súlyos formáinak és a szervezett bűnözésnek a megelőzésében és leküzdésében, azért, hogy munkája nyomán minden európai polgár számára biztonságosabb legyen Európában élni.

Eurojust: az Európai Unió által létrehozott szervezet, amely a tagállamok illetékes igazságügyi hatóságai közötti koordinációt ösztönzi és javítja a nyomozások és büntetőeljárások terén. A szervezet munkája során figyelembe veszi a tagállamok illetékes hatóságaitól érkezett kéréseket és a Szerződések keretében elfogadott jogszabályok által felhatalmazott testületetektől (Európai Igazságügyi Hálózat, Europol, OLAF) kapott információkat.

5. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A Nemzeti Drogellenes Stratégia nyomon követéséhez szükséges legfontosabb indikátorok

Indikátor	Indikátor rövid leírása	Indikátor gyűjtését/elsődleges adatgyűjtést végző szervezet
Tiltott szerek fogyasztása a felnőtt populációban (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a felnőttek körében, különösen a fiatal felnőtt (18–34 éves) korcsoportban.	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda
Tiltott szerek fogyasztása a fiatalkorúak körében – ESPAD (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében.	Szakmai konzorcium a feladatot eddig megvalósító munkacsoport (Corvinus Egyetem) és az Országos Egészségfejlesztési Intézet közreműködésével
Egészségmagatartás az iskoláskorúak körében – HBSC (GPS) *EMCDDA-kulcsindikátor	A legfontosabb tiltott szerek fogyasztásának jellemzői (pl. élet-, elmúlt évi és elmúlt havi prevalencia) a fiatalkorúak körében.	Országos Gyermekegészségügyi Intézet
Problémás szerfogyasztás a felnőtt népesség körében (PDU) *EMCDDA-kulcsindikátor	A teljes népességben történő vizsgálat a problémás szerfogyasztók számának becslésére (a mindenkori EMCDDA-módszertan szerint).	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Országos Addiktológiai Centrum / Országos Rendőr-főkapitányság / Országos Epidemiológiai Központ / Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek / Országos Toxikológiai Intézet
Kezelési Igény Indikátor (TDI) *EMCDDA-kulcsindikátor.	Illegális szerfogyasztás miatt kezelést kezdők száma és jellemzői.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek (DRID) *EMCDDA-kulcsindikátor	A kábítószerek fogyasztásával kapcsolatban megjelenő fertőző betegségek éves új esetei és előfordulásuk (Hepatitis B és C, HIV, továbbá tbc, egyes nemi úton terjedő betegségek).	Országos Epidemiológiai Központ és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ

Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozások (DRD) *EMCDDA-kulcsindikátor	Az illegális szerfogyasztással kapcsolatos közvetlenül és közvetetten bekövetkező halálesetek száma.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek, Országos Toxikológiai Intézet / egyetemi orvostani intézetek / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
Tiltott szerek fogyasztása egyes kockázati csoportokban	Az illegális szerfogyasztás miatt leginkább fenyegetett csoportok körében mért prevalencia értékek: élet-, múlt évi, múlt havi stb. Legfontosabb csoportok és színterek: nevelőintézeti / gyermek-védelmi ellátásban részesülők, büntetés-végrehajtási intézetben lévők, hajléktalanok, prostituáltak, menekültek, éjszakai szórakozóhelyek.	Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ által koordinált célzott kutatások.
Kezelésben lévők esetazonosítóval történő adatgyűjtése (TDI-prevalencia és szubsztitúciós adatgyűjtés)	Azon személyek száma és jellemzői, akik a tárgyévben illegális szerfogyasztással összefüggésben kezelésben vettek részt, beleértve ebbe a helyettesítő (szubsztitúciós) kezelésben részt vetteket is.	Országos Addiktológiai Centrum és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Kábítószer-bűnözéssel összefüggő bűnüldözési adatok	Az ismertté vált – a kábítószerekkel kapcsolatos – bűncselekmények száma és az elkövetők jellemzői.	Egységes Nyomozó Hatósági / Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Kábítószer-lefoglalások	A lefoglalási események száma és a lefoglalt kábítószerek mennyisége.	Országos Rendőr-főkapitányság / Nemzeti Adó és Vámhivatal / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet
Kábítószerek utcai ára	A fogyasztók számára forgalomba kerülő illegális szerek nagykereskedelmi és átlagos utcai ára.	Országos Rendőr-főkapitányság és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Lefoglalt kábítószerek összetétele, koncentrációja, tisztasága	Az utcai forgalomba kerülő, illetve lefoglalt kábítószerek összetétele, esetleges szennyezettsége, hatóanyag-tartalma.	Országos Rendőr-főkapitányság / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Új pszichoaktív anyagok (dizájner drogok) magyarországi megjelenése, korai jelzőrendszer	A nemzetközi kábítószer és pszichotrop egyezmények hatálya alá nem tartozó, ún. új szintetikus szerek megjelenése Magyarországon.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ / Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet / Országos Rendőr-főkapitányság / Igazságügyi Szakértői és Kutató Intézetek / Nemzeti Adó és Vámhivatal
Kábítószerekkel kapcsolatba hozható közlekedési bűncselekmények, szabálysértések, balesetek száma	A kábítószer-fogyasztás közlekedésbiztonságra gyakorolt hatásainak indikátora.	Országos Rendőr-főkapitányság
Általános megelőzési lefedettség mértéke iskolákban	Teljes körű iskolai egészségfejlesztést (életkornak és érettségnek megfelelő szerfogyasztást megelőző programokat is beleértve) megvalósító iskolák és tanulóik száma, a programok tartalma, az elért célcsoportok jellemzői.	Országos Egészségfejlesztési Intézet és Nemzeti Drogmegelőzési Iroda
Célzott és indikált prevencióban történő részvétel mértéke	A megjelölt megelőzési programokban részt vevő, illetve célzott szolgáltatásokban részesülő tanulók száma, a programok száma, tartalma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Helyi együttműködések, kezdeményezések	Az aktivitás meghatározott mértékét elérő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) száma. A drogmegelőzés szakmai támogatásában, szervezésében érdemben részt vevő Egészségfejlesztési Irodák (EFI) száma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet és Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Munkahelyi drogmegelőzési tevékenységek	Munkahelyi drogpolitikát bevezető munkahelyek száma, az érintett munkavállalók száma.	Országos Egészségfejlesztési Intézet
Kezelő-ellátórendszer adatai	Az illegális szerfogyasztókat (is) ellátó egészségügyi és szociális intézmények, szervezetek száma. A programok száma, forgalmi adataik, szolgáltatások, hozzáférhetőség, finanszírozási adatok, a munkatársak létszáma, a szak-képzettségre vonatkozó adatok.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ

Ártalomcsökkentő tevékenység	Az illegális szerfogyasztók célzott kockázatcsökkentésével foglalkozó (ártalomcsökkentő) intézmények, szervezetek száma. A programok száma, forgalmi adataik, szolgáltatások jellemzői, hozzáférhetőség, éves finanszírozási adatok.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda / Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők, ilyen programokat befejezők száma	Az úgynevezett elterelés valamely programjában részt vevők száma, illetve az ilyen programok száma és módszertani jellemzői.	Országos Addiktológiai Centrum / Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet / Nemzeti Drogmegelőzési Iroda
Büntetés-végrehajtási intézetekben történő kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelések, megelőzés, ártalomcsökkentés, visszavezető programok	A büntetés-végrehajtási intézetekben zajló kezelési programok száma és tartalma, illetve az ilyen programokban részt vevő elítéltek száma.	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága / Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ
Média tartalmak	A kábítószer jelenség tükröződése az írott és elektronikus sajtó mérvadó és rögzített mintájában, a közlések tematikai megoszlása, a jelenség iránti jellemző viszonyulásmódok, illetve a közösség válaszkészségének / válaszképességének tükröződése a közlésekben.	Nemzeti Drogmegelőzési Iroda

6. számú melléklet a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A Nemzeti Alaptanterv kapcsolódása a Nemzeti Drogellenes Stratégiához

A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Nat.) kiadott Nemzeti Alaptanterv 1.1. Fejlesztési területek - Nevelési célok című fejezete meghatározza azokat a fejlesztési területeket, nevelési célokat, amelyek áthatják a pedagógiai folyamat egészét, s így közös értékeket jelenítenek meg. A célok elérése érdekében a pedagógiai folyamatban egyaránt jelen kell lennie az ismeretszerzés, a gyakoroltatás-cselekedtetés mellett a példák érzelmi hatásának is. E területek – összhangban a kulcskompetenciák alapját adó képességekkel, készségekkel, az oktatás és nevelés során megszerzett ismeretekkel, és a tudásszerzést segítő attitűdökkel – egyesítik a hagyományos értékeket és a XXI. század elején megjelent új társadalmi igényeket.

A Nat.-ban tudományos bizonyítékokra és nemzetközi tapasztalatokra épülve nem célzottan a különböző szerhasználatra (pl. kábítószer-fogyasztásra), illetve a szenvedélybetegségekre fókuszálva jelennek meg a pedagógiai célok, tartalmak és feladatok, hanem a rendszerszemlélet mentén az ok-okozati összefüggések figyelembevételével. Ezért számos műveltségterületen belül megfogalmazásra kerültek azok a tartalmak, amelyek a szenvedélybetegség kialakulásának megelőzését szolgálják, így különösen a testi-lelki egészségre nevelés, az önismeret, a stressz-, és konfliktuskezelés, az információgyűjtés, feldolgozás, a helyes döntés és végrehajtás módszerei, a kívánság és szükséglet fogalmának tisztázása és az értékek védelme.

A Nat.-ra épülő kerettantervek alapján a nevelési-oktatási intézmények a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendeletben meghatározottak szerint készítik el a helyi pedagógiai programjukat. A helyi pedagógiai programban a gyermekek, tanulók életkori sajátosságait szem előtt tartva az egyes évfolyamokon a drogellenes stratégiával koherensen a teljes körű egészségfejlesztés bevezetésével hatékony prevenciós munka kezdődik. A hatékonyság záloga, hogy a Nat. nevelési céljai a helyi pedagógiai programokba beépülve jelenjenek meg a köznevelés folyamatában.

A köznevelés rendszere egymásra épülő ismeretátadáson nyugszik, így a gyermekek, tanulók testi-lelki egészségnevelése is, ezért a Nat. fejlesztési feladatrendszere szorosan kapcsolódik a kisgyermekkori fejlesztés irányait meghatározó *Óvodai nevelés országos alapprogramjá*ban megfogalmazott célokhoz is.

A nevelési célok a következőképpen érvényesülnek a tartalmi szabályozás különböző szintjein és valósulnak meg a köznevelés folyamatában:

- beépülnek az egyes műveltségi területek, illetve tantárgyak fejlesztési követelményeibe, tartalmaiba;
- tantárgyak részterületeivé válhatnak, vagy önálló tantárgyként jelenhetnek meg az iskola helyi tanterve szerint;
- alsó tagozaton tematizálják a tanítói munkát, a felsőbb évfolyamokon pedig elsősorban az osztályfőnöki órák témaköreit;
- témákat, fejlesztési helyzeteket körvonalaznak a nem tanórai keretek között folyó, egyéb iskolai foglalkozások, programok számára.

A nevelési célok intézményi szintű tudatos követése, valamint a hozzájuk rendelt feladatok végrehajtása és végrehajtatása az intézményi pedagógiai kultúra és a színvonalas pedagógiai munka meghatározó fokmérője, a pedagógiai-szakmai ellenőrzés egyik fontos kritériuma.

A fejlesztési célok közül az erkölcsi nevelés, az önismeret és a társas kultúra fejlesztése, továbbá a testi és lelki egészségre nevelés mellett a családi életre nevelés is fontos szerepet kap. Ezen fejlesztési területek céljai az alábbiakban kerülnek kifejtésre:

Az erkölcsi nevelés terén a köznevelés alapvető céljaként fogalmazódik meg a tanulók erkölcsi érzékének fejlesztése, a cselekedeteikért és azok következményeiért viselt felelősségtudatuk elmélyítése, igazságérzetük kibontakoztatása, közösségi beilleszkedésük elősegítése, az önálló gondolkodásra és a majdani önálló, felelős életvitelre történő felkészülésük segítése.

További cél, hogy az erkölcsi nevelés életszerű legyen: készítsen fel az elkerülhetetlen értékkonfliktusokra, segítsen választ találni a tanulók erkölcsi és életvezetési problémáira. Nyújtson lehetőséget az emberi lét és az embert körülvevő világ lényegi kérdéseinek különböző megközelítési módokat felölelő megértésére, megvitatására. Az iskolai közösség élete, tanárainak példamutatása támogatja a tanulók életében olyan nélkülözhetetlen készségek megalapozását és fejlesztését, mint a kötelességtudat, a munka megbecsülése, a mértéktartás, az együttérzés, a segítőkészség, a tisztelet és a tisztesség, a türelem, a megértés, az elfogadás. A tanulást elősegítő beállítódások kialakítása – az önfegyelemtől a képzelőtehetségen át intellektuális érdeklődésük felkeltéséig – hatással lesz egész felnőtt életükre, és elősegíti helytállásukat a munka világában is.

Az önismeret és a társas kultúra fejlesztése szintén egyik fontos területe a megelőzésnek, mert az önismeret – mint a személyes tapasztalatok és a megszerzett ismeretek tudatosításán alapuló, fejlődő és fejleszthető képesség – a társas kapcsolati kultúra alapja. Elő kell segíteni a tanuló kedvező szellemi fejlődését, készségeinek optimális alakulását, tudásának és kompetenciáinak kifejezésre jutását, s valamennyi tudásterület megfelelő kiművelését. Hozzá kell segíteni, hogy képessé váljék érzelmeinek hiteles kifejezésére, a mások helyzetébe történő beleélés képességének az empátiának a fejlődésére, valamint a kölcsönös elfogadásra. Ahhoz, hogy az oktatási és nevelési folyamatban résztvevő tanulók az elsajátított készségekre és tudásra támaszkodva énképükben is gazdagodjanak, a tanítás-tanulás egész folyamatában támogatást igényelnek ahhoz, hogy tudatosuljon, a saját/egyéni fejlődésüket, sorsukat és életpályájukat maguk tudják alakítani. A megalapozott önismeret hozzájárul a kulturált egyéni és közösségi élethez, mások megértéséhez és tiszteletéhez, a szeretetteljes emberi kapcsolatok kialakításához.

A testi és lelki egészségre nevelés az egészséges életmódra neveléssel hozzásegíti a tanulókat az egészséges testi és lelki állapot örömteli megéléséhez. A pedagógusoknak ösztönözniük kell a tanulókat arra, hogy legyen igényük a helyes táplálkozásra, a mozgásra, a stresszkezelés módszereinek alkalmazására. Legyenek képesek lelki egyensúlyuk megóvására, társas viselkedésük szabályozására, a konfliktusok kezelésére. Az iskola feladata, hogy a családdal együttműködve felkészítse a tanulókat az önállóságra, a betegség-megelőzésre, továbbá a szabályok betartására a közlekedésben, a testi higiénében, a veszélyes körülmények és anyagok felismerésében, a váratlan helyzetek kezelésében. A pedagógusok motiválják és segítsék a tanulókat a káros függőségekhez vezető szokások kialakulásának megelőzésében.

A család kiemelkedő jelentőségű a gyerekek, fiatalok erkölcsi érzékének, szeretetkapcsolatainak, önismeretének, testi és lelki egészségének alakításában. A szűkebb és tágabb környezet változásai, az értékrendben jelentkező átrendeződések, a családok egy részének működésében bekövetkező zavarok szükségessé teszik a családi életre nevelés beemelését a köznevelés területére. A köznevelési intézményeknek ezért kitüntetett feladata a harmonikus családi minták közvetítése, a családi közösségek megbecsülése. A felkészítés a családi életre segítséget nyújt a gyermekeknek és fiataloknak a felelős párkapcsolatok

kialakításában, ismereteket közvetít a családi életükben felmerülő konfliktusok kezeléséről. Az iskolának foglalkoznia kell a szexuális kultúra kérdéseivel is.

A Nat.-ban a következő műveltségi területeken kerültek kiemelten megfogalmazásra a testi-lelki egészséggel, az egészséges életmóddal összefüggő célok és feladatok:

1. ÉLETVITEL ÉS GYAKORLAT műveltségi területen belül az egészséges életmód, táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, higiénia, betegségmegelőzés, szenvedélybetegség-megelőzés, fogyatékkal élők segítése.
2. A TESTNEVELÉS ÉS SPORT műveltségi területen belül a fejlesztési feladatok között találjuk a prevenciót, az életvezetést és egészségfejlesztést, amelyen belül kiemelt területek: a prevenciós és szabadidős sporttevékenységek, az életmódot, életstílust és életminőséget befolyásoló egyéni, társas és csoportos tevékenységek.
3. EMBER ÉS TERMÉSZET műveltségi terület részeként mind a fejlesztési feladatok között, mind a közműveltségi tartalmakon belül az ember megismerése és egészsége címszó alatt részletezi a kapcsolódó feladatokat (főként az önfenntartás alcímhez rendelve).

Az Országgyűlés 81/2013. (X. 16.) OGY határozata a Bethlen Gábor Alap 2012. évi tevékenységéről és működéséről szóló jelentés elfogadásáról*

1. Az Országgyűlés a Bethlen Gábor Alap 2012. évi tevékenységéről és működéséről szóló jelentést elfogadja.
2. E határozat a közzétételének napján lép hatályba.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Hegedűs Lorántné s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Móring József Attila s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Az Országgyűlés 82/2013. (X. 16.) OGY határozata dr. Rubovszky György országgyűlési képviselő mentelmi ügyében**

Az Országgyűlés *dr. Rubovszky György* országgyűlési képviselő mentelmi jogát a Kazincbarcikai Járásbíróság 14.B.484/2013/2. számú megkeresésével érintett ügyben nem függeszti fel.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Hegedűs Lorántné s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Móring József Attila s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Az Országgyűlés 83/2013. (X. 16.) OGY határozata Ferenczi Gábor országgyűlési képviselő mentelmi ügyében***

Az Országgyűlés *Ferenczi Gábor* országgyűlési képviselő mentelmi jogát a legfőbb ügyész KF.3515/2013/2-I. számú megkeresésével érintett ügyben felfüggeszti.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Hegedűs Lorántné s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Móring József Attila s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

---

* A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 14-i ülésnapján fogadta el.
** A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 14-i ülésnapján fogadta el.
*** A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 14-i ülésnapján fogadta el.

Az Országgyűlés 84/2013. (X. 16.) OGY határozata Szekó József országgyűlési képviselő mentelmi ügyében*

Az Országgyűlés *Szekó József* országgyűlési képviselő mentelmi jogát a Pécsi Járásbíróság 17.B.973/2013/4. számú megkeresésével érintett ügyben nem függeszti fel.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Hegedűs Lorántné s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Móring József Attila s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Az Országgyűlés 85/2013. (X. 16.) OGY határozata Szekó József országgyűlési képviselő mentelmi ügyében**

Az Országgyűlés *Szekó József* országgyűlési képviselő mentelmi jogát a Pécsi Járásbíróság 17.B.865/2013/5. számú megkeresésével érintett ügyben nem függeszti fel.

Kövér László s. k.,
az Országgyűlés elnöke

Hegedűs Lorántné s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

Móring József Attila s. k.,
az Országgyűlés jegyzője

* A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 14-i ülésnapján fogadta el.
** A határozatot az Országgyűlés a 2013. október 14-i ülésnapján fogadta el.

A köztársasági elnök 436/2013. (X. 16.) KE határozata rektori megbízásról

Az Alaptörvény 9. cikk (4) bekezdés d) pontja, valamint a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 37. § (8) bekezdése alapján – az emberi erőforrások miniszterének javaslatára – a Szent István Egyetemen *dr. Tőzsér János* egyetemi tanárt 2013. november 1-jétől 2018. október 31-éig terjedő időtartamra megbízom a rektori feladatok ellátásával.

Budapest, 2013. október 9.

Áder János s. k.,
köztársasági elnök

Ellenjegyzem:

Budapest, 2013. október 14.

Balog Zoltán s. k.,
emberi erőforrások minisztere

KEH ügyszám: IV-3/05130/2013.

A köztársasági elnök 437/2013. (X. 16.) KE határozata magyarországi rendkívüli és meghatalmazott nagykövet kinevezéséhez való hozzájárulásról

Az Alaptörvény 9. cikk (4) bekezdés b) pontja alapján – a külügyminiszter előterjesztésére – hozzájárulok *Sami Ukelli* rendkívüli és meghatalmazott nagykövetnek a Koszovói Köztársaság magyarországi rendkívüli és meghatalmazott nagykövetévé történő kinevezéséhez, budapesti székhellyel.

Budapest, 2013. október 7.

Áder János s. k.,
köztársasági elnök

Ellenjegyzem:

Budapest, 2013. október 7.

Martonyi János s. k.,
külügyminiszter

KEH ügyszám: IV-5/05006/2013.

A Kormány 1743/2013. (X. 16.) Korm. határozata az egyes kiemelt jelentőségű budapesti beruházásokért felelős kormánybiztos kinevezéséről és feladatairól

1. A Kormány a központi államigazgatási szervekről, valamint a Kormány tagjai és az államtitkárok jogállásáról szóló 2010. évi XLIII. törvény 31. § (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva, a Kormány, illetve a miniszterelnök által megjelölt, egyes kiemelt jelentőségű budapesti beruházások irányításával kapcsolatos feladatok ellátására 2013. október 20. napjától *dr. Fürjes Balázst* kormánybiztossá nevezi ki.
2. A Kormány a kormánybiztos feladatkörébe utalja az alábbi beruházások előkészítését és megvalósításuk irányítását:
   a) a Nemzeti Közszolgálati Egyetem egységes elhelyezésének biztosítása a Ludovika Campusban;
   b) a Ferencvárosi Torna Club új labdarúgó stadionjának felépítése;
   c) a Holokauszt Gyermekáldozatainak Emlékhelye – Európai Oktatási Központ megvalósítása;
   d) a Rubik kocka motívuma és gondolatisága által ihletett kiállítási központ létrehozása;
   e) további, külön kormányhatározatban meghatározott beruházások, illetve feladatok.
3. A kormánybiztos a 2. pont szerinti beruházásokhoz kapcsolódó feladatkörében ellátja:
   a) az adott beruházások státuszának, előkészítettségének elemzését;
   b) a megvalósíthatóság, illetve a megvalósítás feltételeinek, következményeinek vizsgálatát;
   c) a beruházási program kidolgozását;
   d) a pénzügyi tervezést (költségbecslés, pénzügyi ütemezés);
   e) a megvalósítás jogi-közigazgatási és ingatlanfejlesztési (beruházási) folyamatának kidolgozását;
   f) az adott beruházás időbeli ütemtervének elkészítését;
   g) a szükséges kormányzati, közigazgatási döntések, intézkedések előkészítését, melynek keretében a kormánybiztos javaslatot tesz az esetleges kapcsolódó jogalkotói feladatokra vonatkozóan;
   h) az adott beruházás előkészítéséhez és megvalósításához szükséges döntés-előkészítési tevékenységen belül a szükséges kormány-előterjesztések elkészítését, előterjesztését, a kapcsolódó közigazgatási egyeztetés szervezését;
   i) a vonatkozó kormányhatározatok, jogszabályok végrehajtását, illetve az azok végrehajtásához szükséges kormányzati-közigazgatási koordináció szervezését, irányítását.
4. A Kormány külön döntése esetén és az abban foglaltak szerint a kormánybiztos a 3 milliárd forint beruházási érték feletti, a minisztériumok vagy az irányításuk alá tartozó költségvetési szervek és gazdasági társaságok, továbbá a Kormány, a minisztérium (miniszter), a központi államigazgatási szerv (vezetője) által alapított alapítványok, illetve közalapítványok által bármely forrásból végzendő beruházások esetén felügyeli az előkészítés és a megvalósítás

munkálatait, szervezi a szükséges kormányzati koordinációt, véleményezi a kormány-előterjesztéseket és figyelemmel kíséri a kormányhatározatok végrehajtását.

5. A kormánybiztos tevékenységét a miniszterelnök irányítja. A kormánybiztos a tevékenységéről köteles negyedévente beszámolni a Kormánynak.
6. A kormánybiztos tevékenységét a Miniszterelnökség keretében működő hét fős titkárság segíti. A Miniszterelnökség mindenkori engedélyezett belföldi létszáma a kormánybiztos megbízatásának időtartamára 2 fővel emelkedik.
7. Ez a határozat 2013. október 20-án lép hatályba.
8. Hatályát veszti az egyes kiemelt jelentőségű budapesti beruházásokért felelős kormánybiztos kinevezéséről és feladatairól szóló 1351/2011. (X. 20.) Korm. határozat.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

A Magyar Közlönyt a Szerkesztőbizottság közreműködésével a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium szerkeszti.
A Szerkesztőbizottság elnöke: dr. Biró Marcell,
a szerkesztésért felelős: dr. Borókainé dr. Vajdovits Éva.
A szerkesztőség címe: Budapest V., Kossuth tér 2–4.
A Határozatok Tára hivatalos lap tartalma a Magyar Közlöny IX. részében jelenik meg.
A Magyar Közlöny hiteles tartalma elektronikus dokumentumként a http://www.magyarkozlony.hu honlapon érhető el.
A Magyar Közlöny oldalhű másolatát papíron kiadja a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó.
Felelős kiadó: Majláth Zsolt László ügyvezető.