

**Az alapvető jogok biztosának  
Jelentése  
az AJB-1271/2015. számú ügyben**

Előadó: dr. Láposy Attila

**Az eljárás megindítása**

Sajtóhírekből értesültem a Drogprevenció Alapítványnak azon bejelentéséről, amely szerint *kénytelen volt megszüntetni az 1995 óta a Hollán Ernő utcai irodájában működtetett tűcsere-programját*. Elmondásuk szerint Budapest Főváros XIII. Kerületének Önkormányzata (a továbbiakban: Önkormányzat) *a környékbeli lakosok panaszai miatt megtiltotta, hogy e helyszínen tűcserét folytassanak, és költözésre szólította fel őket*.

Az Önkormányzat által felajánlott helyszínek közül az Alapítvány által kiválasztott Csángó utcai helyszínen – a környékbeli intézmények miatt – a tűcsere már nem folytatható. Az Alapítvány állítása szerint egyik helyszínen sem kapott lehetőséget a járványhelyzet megelőzését szolgáló tevékenység folytatására, a lehetséges helyszínek mindegyike alkalmatlan volt erre. Jelezték, hogy már 2014 novemberében felszólították őket, hogy szüntessék be a tűcsérével kapcsolatos tevékenységüket, mivel arra nem volt engedélyük, hiszen a helyiséget irodaként bérelték. Kiemelték azt is, hogy a 2014-ben megszüntetett józsefvárosi tűcsere program miatt kétszeresére nőtt a XIII. kerületben, Újlipótvárosban a forgalom, ez pedig szerintük átmenetileg intenzívebben zavarhatta a helyi lakosságot.

Szükséges utalnom arra, hogy az *AJB-1131/2013. számon kiadott jelentésében* – többek mellett – komplex módon, alapjogi szempontból vizsgáltam a józsefvárosi tűcsere program felszámolásával kapcsolatos következményeket. A jelentésben szerepelt a tűcsere programok visszaszorulásával fenyegető, Európa néhány országában tapasztalható járványügyi kockázat<sup>1</sup>, a helyben élő, a drogokat elutasító polgárok egészséges életmódjának, életvitelének a követelménye is. A jelentésben a kerületi polgármestert kompromisszumos, a helyi lakosok és az ellátott intravénás szerhasználók érdekeit egyaránt figyelembe vevő, a drogszemét, az eldobált fecskendők hatékony összegyűjtését, a polgárok egészséges környezethez való jogának érvényesülését szolgáló megoldásra kértem fel – eredménytelenül.

Jelentésemben emellett az emberi erőforrások miniszterétől kértem, hogy a Nemzeti Drogstratégiával összhangban szakmai iránymutatással segítsen tisztázni a tűcsere programok drogpolitikai, ellátásbeli szerepét, segítséget nyújtva az önkormányzatok számára az együttműködések kereteinek értelmezésében, feltételeinek egyértelmű meghatározásában.

Mindezen előzmények figyelembe vétele mellett, az Önkormányzat eljárása hátterének és következményeinek megismerése, továbbá a tűcsere programok megszűnése miatt kialakult, illetve fennálló fővárosi járványveszélyes állapot okán a jogállamiság elvével és a jogbiztonság követelményével, az emberi méltósághoz és az egészséghez való joggal összefüggő visszásság gyanúja miatt az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (4) bekezdése nyomán hivatalból vizsgálatot indítottam. A vizsgálatom eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja és (2) bekezdése alapján tájékoztatást kértem az Emberi Erőforrások Minisztériuma szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkárától (a továbbiakban: államtitkár), illetve az Önkormányzat polgármesteréről (a továbbiakban: polgármester).

---

<sup>1</sup> Az ombudsmani jelentés idézi, hogy az elégtelen tűcsere szolgáltatások és a fertőzésveszély növekedésére a legszembetűnőbb bizonyítékot Görögország és Románia szolgáltatja. Romániában 2009-ben kétfélmillió, majd 2010-ben kevesebb, mint egymillió steril fecskendőt osztottak szét. Mindez a dizájner drogok injektálásának terjedésével a fecskendők megosztási gyakoriságának növekedéséhez vezetett. HIV járvány tört ki az országban: 2007-ben négy, 2012-ben már 231 új HIV esetet regisztráltak. Görögországban is sokáig alacsony volt HIV előfordulása a drogfogyasztók közt, a prevalencia a korábbi 1%-ról 2012-re 9 százalékra nőtt. A járvány mindkét országban a marginalizált, hátrányos helyzetű nagyvárosi intravénás szerhasználók körében terjedt gyorsan.

## **Az érintett alapvető jogok és alapelvek**

- a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „Magyarország független, demokratikus jogállam.”];
- az emberi méltósághoz való jog (Alaptörvény II. cikk: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz.”).
- a testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1)-(2) bekezdés: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, amelynek érvényesülését Magyarország [...] az egészségügyi ellátás megszervezésével [...] segíti elő.”].

## **A megállapított tényállás**

1. A hivatalbóli ombudsmani vizsgálat előzményei között kiemelendő, hogy az alapvető jogok biztosja még 2011-ben a gyermekek drog- és alkoholfogyasztásának jelenségével kapcsolatos vizsgálatának megállapításait az AJB-1092/2011. számú jelentésben foglalta össze. Ebben a biztos kiemelte a gyermek és ifjúsági addiktológiai ellátórendszer területét jellemző és akut jellegű hiányosságokat. Az AJB-2913/2012. számú jelentésében a biztos a gyermekbarát igazságszolgáltatás témaköre kapcsán a kábítószerrel visszaélés büntetőjogi szabályozásának változásait is vizsgálta, különös tekintettel a fiatalok droghasználók kriminalizálásának veszélyével fenyegető szigorítására. A jelentés felhívta a figyelmet a Nemzeti Drogstratégia hatályon kívül helyezése és az új drogstratégia elfogadásának több éves elhúzódása miatt kialakult, visszas, ex-lex helyzetre, és az ún. dizájn drogok terjedésének megelőzéséhez kapcsolódó szabályozási környezetre vonatkozóan is fogalmaz meg ajánlásokat.

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

A jelentés már akkor felhívta a figyelmet arra, hogy a rendszerből hiányzó láncszem a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, a főváros drogproblémájának hatékony kezelése elképzelhetetlen nélküle. Mivel a Nemzeti Drogellenes Stratégia a drogproblémák helyi szintű kezelésében kiemelt jelentőséget tulajdonít a KEF működésének, a rendelkezésre álló adatok alapján pedig Magyarországon a problémás droghasználat szempontjából legsúlyosabban érintett településnek egyértelműen a főváros tekinthető, megállapítottam, hogy a Fővárosi KEF felállításának jelentős elhúzódása az egészséghez való jog sérelmét okozza.

1.1 Az AJB-1131/2013. számú jelentésben rögzítettem, hogy a fentiek indokoltá tették a drogkoordináció újjáalakított intézményi rendszerének, azon belül a civil szakmai vélemények artikulációs lehetőségei érvényesülésének vizsgálatát. A fenti kérdéskörrel való szoros összefüggés alapján egyedi panaszbeadvány kapcsán vizsgáltam továbbá a Budapest VIII. Kerületében kialakult, a Kék Pont Alapítvány tücsere-szolgáltatása és az önkormányzat együttműködési megállapodásának felmondása miatt kialakult, a szolgáltatás megszűnésének lehetőségével fenyegető helyzet körülményeit, annak alapjogi vonatkozásait.

A jelentésben a tücsere programok célja, illetve háttere kapcsán hangsúlyoztam, hogy e programok elsődlegesen abban segítik az intravénás droghasználókat, hogy ne kelljen megosztaniuk egymással felszerelésüket, ezzel pedig megvédhessék saját magukat, illetve szexuális partnereiket a fertőzésektől. Ez az intravénás droghasználók egészségének megóvása mellett, jelentős költségektől kíméli meg az adófizetőket. Felhívtam a figyelmet arra, hogy a gyógyszertárakban a drogfogyasztókat gyakran nem szolgálják ki.

Még ha elérhetőek is a patikákban a tűk és fecskendők, az ingyenesség és az anonimitás miatt gyakran előnyben részesítik a tűcsere programokat a droghasználók. A *programok társadalmi haszna* abban is megnyilvánul, hogy begyűjtik és megsemmisítik a potenciálisan fertőző fecskendőket. A tűcsere programok orvosi ellátást, szűréseket, oltásokat, oktatást biztosítanak, megszervezik a kezelésre és terápiára jelentkezést is, így bizonyítottan elősegítik a peremhelyzetre kényszerült emberek társadalomba való visszailleszkedését.

Utaltam arra is, hogy a *tűcsere programok nem propagálják a droghasználatot*, nem akadályozzák a leszokás sikerességét, éppen ellenkezőleg, *növelik a rehabilitáció esélyét*: hozzájárulnak ahhoz, hogy a drogfogyasztók ellátáshoz jussanak, hosszú távon csökkentik az illegális szerhasználat előfordulását. Más ártalomcsökkentő programokhoz hasonlóan a *bizonyítékon alapuló szociálpolitikai intézkedések* közé tartoznak, a drogfogyasztók alapjogait tiszteletben tartva nyújtanak ellátást és segítséget. A tűcsere programok működésének biztosítása azt is jelenti, hogy az állam tiszteletben tartja a polgárok önrendelkezési jogát, de *mégsem hagyja őket ebben a kiszolgáltatott helyzetben magukra*. Emellett az egészséghez való jog érvényesülését is segítik, amikor csökkentik a drogfogyasztás káros hatásait és a fogyasztók jogainak tiszteletben tartása mellett járulnak hozzá a leszokás segítéséhez.

A jelentésem kitért arra, hogy az *Egészségügyi Világszervezet* (a továbbiakban: WHO) *1998-ban kiadott, a HIV fertőzés megelőzésének alapelvei az intravénás drogfogyasztók körében* című jelentésében a steril injektáló felszerelés elérhetőségét növelő programok bevezetésére és lefedettségének növelésére hívja fel a tagállamokat, így Magyarországot is.

A WHO e jelentése rögzíti, hogy az intravénás drogfogyasztók közötti HIV terjedést meg lehet és meg kell előzni. A drogfogyasztók közötti HIV-prevenció közegészségügyi probléma, ily módon a drogpolitikai szakembereknek, közegészségügyi hatóságoknak és egyéb döntéshozóknak megfelelően fel kell készülniük annak érdekében, hogy olyan döntéseket tudjanak hozni ezen a területen, melyek a közegészségügy és jólét javára lesznek. A *WHO a tűcserekről született mintegy 200 kutatást áttekintő 2004-es összefoglaló tanulmánya* szerint egyértelmű bizonyítékok igazolják, hogy a steril injektáló felszerelés elérhetőségének növelésével jelentősen csökkenthető a HIV/AIDS fertőzés előfordulása az injektáló droghasználók körében. Majd húsz év kutatásainak fényében még mindig nem létezik meggyőző bizonyíték arra, hogy a tűcsere programok növelnék a kábítószer-használat vagy az intravénás kábítószer-használat előfordulását, időtartamát és gyakoriságát.

Hivatkoztam továbbá az *Európai Unió drogstratégiájára (2013-20)*, amely előírja a tagállamok számára a HIV/AIDS, hepatitisz, egyéb fertőzések és betegségek, valamint a kábítószerekkel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének javítását.

Kitértem arra, hogy Magyarországon az első tűcsere programot 1993-ban hozták létre, eleinte mind jogi háttér, mind módszertani útmutatás nélkül, a rendőrséggel való gyakori konfliktusok jellemezték működésüket. A helyzetük 2000-ben normalizálódott, mikor a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kiadta "A tűcsere szakmai irányelvei" című módszertani ajánlást. Az Országgyűlés 2000-ben, 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat elfogadásakor teljes konszenzussal hagyta jóvá az első nemzeti drogstratégiát. Az OGY határozat elismerte az ártalomcsökkentő programok létjogosultságát és szükségességét, és kinyilvánította, hogy az ártalomcsökkentő módszerek a HIV (és hepatitisz) fertőzésnek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költség-hatékony megelőző módszer jelentik: speciális beavatkozások a krónikus, leszokásra nem motivált droghasználók esetében életmentők, súlyos, az életre veszélyt jelentő betegségeket lehet így megelőzni, miközben nem mondunk le a teljes drogmentesség hosszú távú céljáról sem.

Utaltam rá, hogy a stratégia az állami célkitűzés szintjére emelte a steril injektáló felszerelés elérhetővé tételét és az egyéb ártalomcsökkentő beavatkozásokat, megteremtette az alacsonyküszöbű szolgáltatások állami finanszírozásának kereteit.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet által kiadott, a Nemzeti AIDS Bizottság által készített nemzeti AIDS stratégia (2004-2010) szintén előírta a tűcsere programok illetve az egyéb felvilágosító és anonim szűrési programok elérhetővé tételét az intravénás szerhasználóknak.

A jelentésben szerepel, hogy Budapesten 2003-ban két utcai megkereső tűcsere-program indult be. 2004-ben a budapesti tűcsere programok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) közötti megállapodás rendezte a rendőrség és az alacsonyküszöbű programok viszonyát is. Ebben a rendőrség vállalta, hogy tolerálja a tűcsere programok működését, illetve az intravénás droghasználóknál talált steril, vagy használt fecskendők esetén nem indít eljárást, hanem lehetővé teszi, hogy a fecskendők akadálymentesen visszakerülhessenek a tűcsere programba. Ezzel elismerte, hogy bár a kábítószer-fogyasztás Magyarországon bűncselekménynek minősül, az államnak kötelessége a droghasználók önrendelkezéséhez és egészséghez való jogát is biztosítani. Másrészt elismerte azt is, hogy az állam közegészségügyi érdekét és a polgárok egészséghez való jogát inkább szolgálja, hogy a drogfogyasztó steril felszereléshez jusson, illetve használt felszerelését visszajuttassa a tűcsere programba, mint hogy büntetőeljárást indítson a fogyasztó ellen.

Fontosnak tartottam rögzíteni azt is, hogy a 2013. októberben hatályba lépett *Nemzeti Drogellenes Stratégiáról* szóló 80/2013. (X. 16.) számú OGY határozat hangsúlyozza, hogy az ártalomcsökkentő programok a fertőző betegségek terjedésének, a bűnözés kockázatának mérsékléséhez és a túladagolás okozta halálesetek megakadályozásához is hozzájárulnak. A Nemzeti Drogellenes Stratégia az alacsonyküszöbű programokba való könnyebb, illetve stigmatizáció-mentes bekapcsolódást, a rejtőzködő szerhasználók felkutatása és kezelésbe-ellátásba vonása, fertőző betegségek megelőzése, szűrése és kezelése (VI. 2. 2.) céljából.

**1.2** A hivatkozott ügyben a konkrét beadvány vizsgálata során arra jutottam, hogy Budapest Főváros VIII. Kerületi Önkormányzatának határozata nyomán megszűnt tűcsere program a magyar állam kábítószerügyi stratégiai célkitűzéseivel illeszkedő, bizonyított hatékonyságú szolgáltatás. Az egészséghez való jogot sérti a program megszüntetése anélkül, hogy a szolgáltatás biztosítását, mint célt az Önkormányzat megvizsgálta, vagy esetleges pótlásáról gondoskodott volna. Felhívtam arra is a figyelmet, hogy az a megoldás, amely szerint a szomszédos kerületben székhellyel rendelkező Kék Pont elérhető lesz a józsefvárosi droghasználók számára, nem a helyzet megoldását, hanem *a már meglévő súlyos szociális-közegészségügyi és helyi drogpolitikai probléma exportálását jelenti a szomszéd kerületbe.*

A ténylegesen meglévő járványveszély (hepatitis), és a tűcsere-program megszűnése folytán annak hatványozott kockázata (HIV-AIDS) nem korlátozható kizárólag az intravénás szerhasználókra, hiszen szexuális úton átterjedhet a lakosság más rétegeire is. A drogfogyasztás ártalmait nem csak az egyéni drogfogyasztó, de a környezet szintjén is jelentkeznek. *A tűcsere programok nem csupán a fertőző betegségek megelőzésében lehetnek hatékonyak, az ellátórendszer első lépcsőfokaként kezeléshez juttatják a szerhasználókat, csökkentik az utcai drogfogyasztást és az önkormányzattal való kölcsönös, megfelelő együttműködés esetén hozzájárulhatnak az egészséges környezet biztosításához.*

A fentiek alapján azt állapítottam meg, hogy VIII. Kerületi Önkormányzatnak a Kék Pont Alapítvánnyal szembeni intézkedései, a tűcsere program megszüntetése kiemelt szociális és egészségügyi kockázatainak nem megfelelő mérlegelése együttesen alkalmasak voltak arra, hogy előidézzék az egészséghez való jog sérelme bekövetkeztének közvetlen veszélyét.

Megállapításaim alapján *felkértem az emberi erőforrások miniszterét*, hogy szakmai iránymutatásban segítsen tisztázni a Nemzeti Drogstratégiával összhangban a tűcsere programok drogpolitikai, ellátásbéli szerepét, segítséget nyújtva az önkormányzatoknak az együttműködések kereteinek helyes értelmezésében, illetőleg a későbbi megállapodások feltételeinek egyértelmű meghatározásában. Budapest Főváros főpolgármesterétől azt kértem,

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

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

**1.3** A polgármester a felkérésre hivatalos választ nem adott. A főpolgármester arról tájékoztatót, hogy szándékában állna összehívni a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumot és annak szakmai irányítását is készséggel végezné, amennyiben *a feladatellátáshoz szükséges pénzügyi források rendelkezésre állnának.* A Fővárosi Önkormányzat költségvetési helyzete pedig nem teszi lehetővé, hogy saját bevételei terhére olyan önként vállalt feladatokat lásson el, mint a drogellenes küzdelemben részt vevő civil szervezetek, alapítványok pályázati úton történő támogatása, illetve a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működtetéséhez szükséges anyagi fedezet biztosítása.

*Az Emberi Erőforrások Minisztériumának szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkára a jelentésben tett megállapítások kapcsán arról tájékoztatót, hogy megemelt összegű pályázatokkal és folyamatos szakmai segítséggel is támogatja a helyi szintű drogpolitikát, együttműködik az önkormányzatokkal és a helyi kábítószerügyi koordinációért felelős egyeztető fórumokkal. A felépülés-központú Nemzeti Drogellenes Stratégia értelmében a minisztérium az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó egyéni és társadalmi károk hatékony megelőzését elsősorban olyan szolgáltatások és programok biztosításában látja, amelyek illeszkednek az egyéni szükségletekhez és körülményekhez, valamint lehetőséget adnak a különböző szolgáltatások kombinációjára is. Azok esetében viszont, akik nem motiváltak a leszokásra, továbbra is kiemelten fontosnak tartja a különböző ártalomcsökkentő beavatkozások alkalmazását, illetve az olyan szolgáltatásokhoz történő hozzáférés javítását, mint a megkereső tevékenységek, fenntartó kezelések és a steril eszközök biztosítása. A helyi szintű kábítószer-probléma megelőzése és kezelése érdekében az Emberi Erőforrások Minisztériuma számos beavatkozást is tervez a Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó, most készülő szakpolitikai programjában. Az államtitkár álláspontja szerint a főváros drogproblémájának hatékony kezelése elképzelhetetlen a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum működése nélkül, ennek előmozdítása érdekében a tárca már felvette a kapcsolatot a Fővárosi Önkormányzattal.*

**2.** Hivatalból indított vizsgálatom keretében az államtitkártól tájékoztatást kértem a tűcsere program XIII. kerületi megszűnésével összefüggő, a fővárosi helyszínen működtetett tűcsere programok általános helyzetével, a tűcsere programok megszűnésének következményeivel kapcsolatos álláspontjáról, valamint az alábbi konkrét kérdések vonatkozásában:

- Kapott-e előzetesen vagy utólagosan tájékoztatást a szaktárca a Drogprevenciók Alapítvány XIII. kerületi tűcsere programjának megszűnésével összefüggésben? Ha igen, akkor kitől, milyen formában, illetve milyen tettek-e bármilyen lépést az ügyben? Egyeztettek-e ennek kapcsán az Önkormányzattal és az Alapítvánnyal?
- Jelenleg tudomásuk szerint Budapest területén hol működnek hozzáférhető tűcsere lehetőséget adó helységek, várható-e ezek esetleges önkormányzati megszűnése, figyelemmel arra a tendenciára, hogy ezekben óhatatlanul növekedhet a forgalom?

- Az eddigi tapasztalatok szerint az önkormányzatok lépései mögött több esetben a lakossági panaszok növekedése áll a tücsere programot végző helységek körüli esetleges nyílt utcai drogfogyasztás, illetve a fecskendők eldobálása miatt. Ezek nyomán tervezik-e megfontolni a drogfogyasztói szobák létesítésének engedélyezését szigorú kontroll mellett?
- Milyen intézkedések történtek a Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódó szakpolitikai program kidolgozása terén, különös tekintettel a tücsere programokat érintő problematikára?
- Sor került-e a jelentésre adott válasz megküldése óta a kerületi önkormányzatokkal, illetve a Fővárosi Önkormányzattal való egyeztetésre a fővárosi droghelyzet, drog prevenció területén, az esetleges járványveszélyes helyzet megelőzése érdekében?
- Történt-e bármilyen előrelépés a válaszában jelzettek nyomán 2014 októbere óta – a már akkor hiányzó láncszemként minősített – Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) felállításával, működésével kapcsolatban?

Az államtitkár *megkeresésemre adott válaszában* kifejtette, hogy a Drogprevenció Alapítvány XIII. kerületi ártalomcsökkentő szolgáltatásának megszűnéséről a Fővárosi Önkormányzattól, valamint a XIII. Kerületi Önkormányzattól az Emberi Erőforrások Minisztériuma *nem kapott előzetes tájékoztatást*. Az Alapítvány még 2015. január 5-én kelt levelében tájékoztatta a szociálpolitikáért felelős helyettes államtitkárt arról, hogy a Budapest Főváros XIII. Kerületi Közszolgáltató Zrt. 2014. november 6-án felszólította a szervezetet, hogy 24 órán belül szüntessék meg az ártalomcsökkentő szolgáltatásukat, különben felmondja a bérleti szerződést. Az Alapítvány az Önkormányzat kérésének megfelelően 2014. november 26-tól befejezte szolgáltatását és tárgyalásokat folytatott a helyi önkormányzattal. Az Alapítvány képviselői a szaktárca közreműködését kérték az Önkormányzattal folytatott tárgyalásokban, valamint mobil prevenció jármű beszerzéséhez nyújtottak be támogatási kérelmet. Jelezte, hogy a tárca tájékozódott a kérdéskörben, de a civil szervezet és az önkormányzat között kialakult vitás kérdésben nem kívántak állást foglalni.

Tájékoztatása szerint Budapesten jelenleg az alábbi szervezetek működtetésében valósulnak meg tücsere programok: Art Éra Alapítvány (VII. Kerület); "Alternatíva" Alapítvány a gyermekek és fiatalok egészséges kiegyensúlyozott fejlődéséért; Baptista Szeretetszolgálat Utcafront Menedék Hajléktalan Személyek és Szenvedélybetegek Integrált Intézménye (X. Kerület); MRE Válaszút Misszió Drogkonzultációs Iroda (XII. Kerület). A Józsefvárosban megszűnt szolgáltatás biztosításáért a szaktárca támogatást adott a Baptista Szeretetszolgálatnak, akik komplex tevékenységük keretében folytatnak *mobil ártalomcsökkentő szolgáltatást a kerületben*. *Az említett két szolgáltatás megszüntetésén túl a tárcának jelenleg nincs tudomása arról, hogy a meglévő szolgáltatók veszélyben lennének.*

Arról is tájékoztatást kaptam, hogy nem tervezik drogfogyasztói szobák (belövő szobák) létesítését, mivel a szaktárca az intravénás szerhasználathoz kapcsolódó fertőző betegségek és egyéb ártalmak megelőzését – a Nemzeti Drogellenes Stratégiában foglaltakkal összhangban – elsősorban olyan szolgáltatások és programok biztosításában látja, amelyek a felépülés-központú megközelítést tartják szem előtt, és illeszkednek az egyén szükségleteihez és körülményeihez. A leszokásra nem motivált droghasználók vonatkozásában továbbra is fontosnak tartják *a különböző ártalomcsökkentő beavatkozások alkalmazását*, de ezekben az esetekben sem kívánnak lemondani a gyógyulás lehetőségéről. A felépülési folyamat támogatására a 2015-ös pályázat biztosít lehetőséget 60 millió forint keretösszegben. Ennek célja a szenvedélybetegek, a drogproblémákkal küzdők felépülési folyamatának támogatása, valamint a kezelésbe, illetve ellátásba kerülést elősegítő, a rehabilitációs és reszocializációs programok megvalósítását előmozdító, kiegészítő működési támogatás biztosítása.

Kiemelte, hogy Nemzeti Drogellenes Stratégia 2015-2016. évekre vonatkozó szakpolitikai programja közigazgatási egyeztetése zajlik (ezzel összefüggésben lásd a 4. pontot). A legsürgetőbb intézkedéseket tartalmazó kétéves szakpolitikai program 2015 májusában kerül majd a Kormány elé. A keresletcsökkentés területén az egészségfejlesztés, az általános drogmegelőzés minőségbiztosított, rendszerszintű fejlesztését, a kezelő-ellátórendszer, a reintegráció korszerűsítését, valamint szükségletalapú kapacitásbővítését irányozza elő.

Az államtitkár válasza szerint a kínálatcsökkentést tekintve a dokumentum legfőbb célja a visszaélésre alkalmas pszichoaktív anyagok Magyarországra történő bejutásának, illetve országon belüli kereskedelmének megakadályozása, és ezzel összefüggésben a *bűnmegelőzési szempontok fokozott érvényesítése*. Emellett a horizontális célok között szerepel a kezelés, ellátás, felépülés rendszerének fejlesztése, amely érinti az *ártalomcsökkentő szolgáltatásokat*. A feladatok között rögzíti, hogy *csökkenteni kell a vérrel terjedő fertőző megbetegedések terjedési kockázatát az intravénás szerhasználók körében*:

- a) az alacsonyküszöbű szolgáltatások finanszírozási rendszerének áttekintésével és a működésüket szabályozó szakmai dokumentumok felülvizsgálatával,
- b) a mobil ártalomcsökkentő szolgáltatás feltételrendszerének kidolgozásával és az ártalomcsökkentő eszközök hozzáférhetőségének javításával,
- c) HIV, HBV és HCV prevalencia-vizsgálatok végzésével,
- d) a HIV szűrések számának növelésével, hozzáférhetőségének javításával, a HIV szűrést és tanácsadást ellátók oktatásával,
- e) a nyáltesztek alkalmazásával kapcsolatos módszertani kiadvány kidolgozásával,
- f) a kezelésbe irányítás tevékenységének nyomon követését segítő módszertan kidolgozásával és esetmenedzsmet biztosításával.

Az államtitkár tájékoztatót, hogy az elmúlt évben folyamatos tárgyalásokat folytattak a Fővárosi Önkormányzattal, a fővárosi kábítószerhelyzet javítása, népegészségügyi kockázatok csökkentése érdekében pedig a Baptista Szeretetszolgálattal kötöttek támogatási szerződést 10 millió forint összegben.

A fentiekén túl, *a szaktárca a főpolgármesterrel egyeztetéseket folytatott a fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórummal kapcsolatban is*. A főpolgármester-helyettes 2014. szeptember 15-én kelt a szaktárcanak írt válaszlevelében fontosnak ítélte a helyi közösségek és a civil szervezetek drogprobléma megoldására irányuló prevenciós tevékenységét, a civil szervezetek, helyi közösségek, valamint a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) támogatását. Jelezte azonban, hogy a fővárosi KEF működését a feladatellátáshoz szükséges pénzügyi források hiányára hivatkozva nem tudják biztosítani.

A fentiekkel összefüggésben utalt arra, hogy a szaktárca a 2015. évi pályázati lehetőségekről a nyilvános pályázatok kihirdetésével egy időben tájékoztatta főpolgármestert. *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma összesen három kategóriában írt ki kábítószerügyi pályázatot 240 millió forint keretösszegben*:

- Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok működési feltételeinek biztosítására, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi stratégiák megvalósulásának előmozdítására;
- a szenvedélybetegek felépülési folyamatának támogatására, valamint
- a kábítószer-prevenciós programok támogatására.

Álláspontja szerint a pályázatok jelentős segítséget nyújthatnak a kábítószerkérdés kezeléséhez, a népegészségügyi kockázatok csökkentéséhez, a helyi és a fővárosi drogpolitika megteremtéséhez és reméli, hogy a Fővárosi Önkormányzatot is a pályázók között tudhatják. Kitért végül arra is, hogy a szaktárca elkötelezett abban, hogy a Kormány döntését követően haladéktalanul megkezdje a szakpolitikai programban foglalt intézkedések megvalósítását.

3. A *polgármestertől* megkereső levelemben – a releváns dokumentumok másolatának egyidejű megküldése mellett – tájékoztatást kértem az Alapítvány újlipótvárosi helyszínen is működtetett tűcsere program megszűnésének bekövetkeztével, illetve annak előzményeivel kapcsolatos álláspontjáról, illetve a tűcsere lehetősége felszámolásának következtében előálló járványveszélyes helyzet megelőzése érdekében az Önkormányzat által megtett, vagy megtenni kívánt intézkedésekről, valamint a kerületi drogprevenációs tevékenységről.

A polgármester válaszában hangsúlyozta, hogy *az Önkormányzat nagy hangsúlyt fektetett a mentálhigiénés programjának végrehajtására, ezen belül a drogprevenációra*. Utalt arra, hogy az elsők között fogadták el 2006 májusában a helyi stratégiát, amely az egészségmegőrzésre, egészségtudatos magatartás kialakítására, negatív minták elutasítására, a kialakult kábítószer-fogyasztás, más függőségek ártalmainak csökkentésére, megelőzésére irányult. Kiemelte azt is, hogy az elsők között, 2003-ban alakult meg a Drog-Kerekasztalból a kerületi kábítószer egyeztető fórum (KEF), amelynek tagjai a prevenció területén dolgozó ágazatközi szervezetek, intézmények, civil szervezetek. Az eltelt időszakban sem csökkent az Önkormányzat elkötelezettsége, a képviselő-testület évente folyamatosan értékeli a KEF munkáját és eredményeit. A képviselő-testület a 2015. évi munkaterve alapján 2015. június 25-én soros ülésén tárgyalta a „Beszámoló a Budapest Főváros XIII. Kerületi Mentálhigiénés és Drogstratégiában meghatározott feladatok megvalósításáról – javaslat a Budapest Főváros XIII. Kerület Mentálhigiénés és Drogstratégiájára” című előterjesztést.

A Drogprevenációs Alapítvány ügyével összefüggésben arról tájékoztatott, hogy *az Alapítvány 2004. február 1-jétől tanácsadói, irodai feladatok ellátására bérelte ki a Balzac u. 48/a. 1. szám alatti, 43 négyzetméter alapterületű helyiséget, illetve raktározás céljából 2004. július 1-től a Balzac u. 48/a. 4. szám alatti helyiséget*.

Válaszában jelezte továbbá, hogy a lakossági bejelentések, ellenőrzések tapasztalatai alapján azt állapították meg, hogy a helyiséget nem rendeltetésszerűen használják. Az Önkormányzat képviseletében közszolgáltatási szerződés keretén belül eljáró XIII. Kerületi Közszolgáltató Zrt. (a továbbiakban: Közszolgáltató Zrt.) 2014. november 6-án felszólította az Alapítványt a bérelt helyiségek rendeltetésszerű használatára. A felszólítást megelőzte egy személyes egyeztetés arról, hogy az Alapítvány tudja-e munkáját úgy végezni, a helyiséget rendeltetésszerűen használni, hogy az megfeleljen a bérleti szerződésben foglalt funkciónak. *Tájékoztatása szerint ez a megbeszélés, illetve a felszólítás nem vezetett eredményre*. Az Alapítvány, a Közszolgáltató Zrt., és a Polgármesteri Hivatal munkatársai között történő egyeztetések alapján az Alapítvány a bérebe adható helyiségek listájából összesen 11 címet választott ki, és ezek megtekintését követően a Csángó u. 3/b szám alatti helyiség mellett döntött. A helyiség környezetében középiskola, szociális intézmény és egyházi intézmény található, ezért a helyiség használatához a Közszolgáltató Zrt. kikötést tett. A helyiségbérleti szerződést 2014. december 23-án írták alá a szerződő felek.

Válaszában kiemelte, hogy *a Közszolgáltató Zrt. és az Alapítvány között, iroda céljára kért és kapott helyiségbérleti szerződés volt*. Az Alapítvány, mint a KEF tagja folyamatosan részt vett a helyi prevenció tevékenységben, de *az Alapítvány és az Önkormányzat között tűcsere programra együttműködési megállapodás nem volt*. Az Önkormányzat elkötelezett a drog-, illetve más szenvedélybetegség megelőzése iránt, ellátási szerződések keretében és különböző programok működtetésével végzi e tevékenységét. A KEF működtetése mellett közösségi programokat szerveznek, illetve a fertőzött területeken szociális munkások, rendőrök, civil szervezetek, ott élő lakosság a lakókörnyezetének tisztasága érdekében közös szemétyűjtést, eldobált használt tű és egyéb „szemét” összeszedését végzik.

Kitért arra is, hogy az Önkormányzat a KEF működéséhez forrást biztosít, 2014-ig folyamatosan együttműködött az Alapítvánnyal. Az új helyiség felújításának egy részét a Közszolgáltató Zrt. átvállalta.



A sajtóhírek a tücsere program betiltásáról szóltak, azonban *az Önkormányzat nem rendelkezik hatáskörrel a működési engedély kiállításában, ezért nem tilthatja meg ezt a tevékenységet.* Hangsúlyozta, hogy *a tücsere program nem helyi önkormányzati feladat, ellátási kötelezettségük nincs,* ezzel együtt fontosnak tartják és várják az állam intézkedését, amely tényleges segítséget nyújt a kiszolgáltatott szerhasználóknak. Sérelemzték, hogy a Nyíró Gyula Kórházban működő tücsere lehetőséget megszüntették.

Alláspontja szerint *a korábbi ombudsmani jelentésben feltárt tényállás a józsefvárosi helyzet kapcsán a jelen helyzettel lényegesen eltér.* Az Önkormányzat és az Alapítvány között ugyanis nem volt és jelenleg sincs együttműködési megállapodás, csupán bérleti szerződés volt és van hatályban, melynek keretén belül az Alapítvány iroda céljára bérel helyiséget. *A tücsere programot az Önkormányzat nem tiltotta meg,* a bérleti jogviszony fennállása alatt a bérlők szerződészerű teljesítését figyelemmel kísérte, és fellépett a jog- vagy szerződésellenes magatartással szemben. Jelezte a polgármester, hogy az Alapítvány a Csángó u. 3/b. szám alatti helyiséget annak tudatában fogadta el, hogy ott továbbra is irodát fog működtetni. Felhívta a figyelmet, hogy bár az AJB-1131/2013. számú jelentés feladatokat állapított meg a szaktarca és főpolgármester számára, ennek eredménye nem érezhető. Utalt végül arra, hogy folyamatosan fenntartják és támogatják a kerületi KEF munkáját és azon programjaikat, amelyek a drogprevenციót szolgálják. *Mindezek mellett a helyiséggazdálkodás jogszerűségét megkövetelik, az állampolgárok biztonságát pedig szem előtt tartják.*

**4.** Az emberi erőforrásokért felelős miniszter 2015 májusában megküldte számomra a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2015-2016. évekre vonatkozó szakpolitikai programjáról szóló kormány-előterjesztés tervezetét előzetes véleményezésre. Az előterjesztéssel összefüggésben jeleztem: előrelépés, hogy a Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-as elfogadását követően megindult ezen a területen az érdemi és konkrét szakmapolitikai tervezés. Pozitív, hogy a tervezet felismeri az alapproblémákat és ennek körében a megelőzés, illetve a kezelés és az ellátás elsődlegességét hangsúlyozza, valamint az intézményrendszer és az elérhetőség növelésére vállalkozik. Kiemelést érdemel az ifjúsági addiktológiai programok támogatása, az akkreditált prevenciós programok és a kommunikáció fontossága, e célokat, programokat ombudsmanként mindenképpen támogatom. Külön is üdvözlendő továbbá az előterjesztés és a kormányhatározat-tervezet azon prioritása, amely *az önkormányzatok helyi, települési szintű felelősségvállalásának előmozdítását célozza, mert enélkül nem is képzelhető el eredmény.* Kulcskérdés azonban az együttműködés előmozdítása a fővárosban, ahol az egyes kerületi önkormányzatok esetében nyomon követhető az a trend, hogy megoldás helyett – a helyi, lakossági érdekekre hivatkozva – inkább más kerületekbe próbálják meg „átolni” a drogfogyasztással kapcsolatos problémákat. Felhívtam a figyelmet arra, hogy a szakpolitikai program és a kormányhatározat-tervezet említi ugyan, de nem emeli ki kellő határozottsággal, nem konkretizálja kellő súllyal *az alacsonyküszöbű szolgáltatások hozzáféréseinek javítására vonatkozó intézkedéseket,* így különösen az egyre inkább visszaszoruló, megszűnő tücsere-szolgáltatások, illetve általában az ártalomcsökkentés szakmapolitikai irányait. Mindezt annak ellenére, hogy maga az előterjesztésben szereplő alapos helyzetelemzés tartalmazza a következőket: *„Jelentős, negatív irányú változások történetek az intravénás droghasználattal összefüggő fertőző betegségekkel kapcsolatban is. A 2006 óta folyó országos HÍV, hepatitis-C (HCV) prevalencia-vizsgálatok során idén először találtak két HIV-pozitív férfit a vizsgálatba bevont személyek között, 2014-ben a HCV prevalenciaérték 48,8%-nak bizonyult, amely kétszerese a 2011-ben mért országos HCV prevalenciaértéknek (2011: 24%).”*

## **A vizsgálat megállapításai**

### **I. A hatáskör tekintetében**

Az alapvető jogok biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg.

Az Ajbt. 18. § (4) bekezdése szerint a biztos a hatóságok tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból eljárást folytathat. A hivatalból indított eljárás természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálására vagy egy alapvető jog érvényesülésének átfogó vizsgálatára irányulhat. Az Ajbt. 1. § (2) d) pontja szerint a biztos megkülönböztetett figyelmet fordít a leginkább veszélyeztetett társadalmi csoportok jogainak védelmére. Az Ajbt. 18. § (2) bekezdése szerint *közszolgáltatást végző szerv* – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – az állami vagy önkormányzati feladatot ellátó, illetve e feladat ellátásában közreműködő szerv, a közüzemi szolgáltató, az egyetemes szolgáltató, az állami vagy európai uniós támogatás nyújtásában vagy közvetítésében közreműködő szervezet, a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet, és a jogszabályban előírt, kötelezően igénybeveendő szolgáltatást nyújtó szervezet. A közszolgáltatást végző szerv kizárólag e tevékenységével összefüggésben vizsgálható.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Sztv.) 65/A. §-a *a közösségi ellátások körébe sorolta a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátási formákat*, ezek közé tartoznak a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges *egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások*. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 39/J.-39/L. §-ai értelmében a *szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása* magában foglalja az egészségügyi ártalmak csökkentését, így a túcsere programok körében a szerhasználat, illetve a függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését, steril és kiegészítő eszközök, készítmények biztosításával, illetve használt eszközök begyűjtésével, továbbá az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezését.

A gyakorlat eddig is világossá tette, hogy a biztos számára egy adott jogi szabályozás alapjogi aspektusú vizsgálatára, valamint a jogszabály hiányosságával, tartalmi hibáival összefüggő intézkedések megfogalmazására a törvény lehetőséget teremt. A preventív alapjogvédelemre hangsúlyt helyező ombudsmani gyakorlat alapján a biztos mandátuma keretei között marad akkor, ha az alapjogi aspektusú vizsgálathoz nélkülözhetetlen módon, éppen a konkrét jogsérelmek és ezen alapuló panaszok hatékony megelőzése érdekében áttekinti a releváns jogi szabályozást, feltérképezi és jelzi a jogalkotó, jogszabály-előkészítő szervek irányába a normaszöveggel kapcsolatban felmerülő alapjogi aggályokat.

## **II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében**

Az alapjogi biztos egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az országgyűlési biztos következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott alapjogi tesztek. A jelentés megállapításaival összefüggésben ismételten hivatkozom arra, hogy az Alaptörvény vonatkozó rendelkezéseinek szövege Alaptörvény Negyedik Módosításának hatályba lépését követően továbbra is nagyrészt megegyezik az Alkotmányban foglaltakkal, az alkotmányos követelmények és alapjogok tekintetében jellemzően nem tartalmaz olyan rendelkezéseket, amely ellentétesek volnának a korábbi alkotmányunk szövegével. Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy „az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírói döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”.

Az Alkotmánybíróság ugyanakkor a 13/2013. (VI. 17.) AB határozatában azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény Negyedik Módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően.

A határozat értelmében „*az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jogbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának lételapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az AB mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában vizsgálja.*”

Ha összevetjük az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdésében, az Alaptörvény II. cikkében, XX. cikk (1)-(2) bekezdésében foglaltakat a Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény 2. § (1) bekezdésének, 54. § (1) bekezdésének, illetve 70/D. § (1)-(2) bekezdésének szövegével, akkor az állapítható meg, hogy a jelen vizsgálat tárgyát képező jogállamiság elve, az emberi méltósághoz, valamint az egészséghez való jog tekintetében nem hoz olyan változást az Alaptörvény szövege, mely a korábbi alkotmánybírósági gyakorlat elvetését, tartalmi átértékelését alátámasztaná. Így elvi megállapításaim megfogalmazása, az alapjogok és az alkotmányos elvek értelmezése során – ellenkező tartalmú alkotmánybírósági döntés megszületéséig – irányadónak tekintem az Alkotmánybíróság által mind az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően, mind pedig az azt követően meghozott határozataiban, azok indokolásában kifejtett megállapításokat.

**1.** Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, demokratikus jogállam. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság. Ahogyan pedig arra az Alkotmánybíróság felhívta a figyelmet a 30/2012. (VI. 27.) AB határozatában, az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése és az Alkotmány 2. § (1) bekezdése azonosan deklarálja a jogállami klauzulát, tehát az eddig kialakított alkotmánybírósági gyakorlat relevánsnak tekinthető.

Az Alkotmánybíróság által gyakran hivatkozott tétel, hogy a jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. Egy demokratikus jogállamban, ahhoz, hogy a természetes és jogi személyek életviszonyaikat, működésüket, magatartásukat a jog által előírtakhoz tudják igazítani, az elvárt kötelezettségeiknek eleget tudjanak tenni, szükség van a joganyag és a jogi eljárások stabilitására, a változásokra való felkészüléshez megfelelő idő biztosítására, az egyértelműsége, a követhetősége és érthetősége. A jogbiztonság ugyanakkor nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is.

**2.** Az Alaptörvény II. cikke arról rendelkezik, hogy az *emberi méltóság* sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Az Alaptörvény hatályba lépését követően is hivatkozási pontot jelentő alkotmánybírósági gyakorlat az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a méltóság az emberi léttel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.

Az alkotmánybírói gyakorlat kiemeli, hogy az *emberi méltósághoz való jog* az *általános személyiségi jog* egyik megfogalmazásának tekinthető. Az általános személyiségi jog „anyajog”, olyan szubszidiárius alapjog, amelyet az Alkotmánybíró és a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alkotmányos alapjogok egyike sem alkalmazható.

Az Alkotmánybíró az 54/2004. (XII. 13.) AB határozatában utalt arra, hogy függetlenül a fogyasztás büntetőjogilag tilalmazott voltától, számos államban működik az *ártalomcsökkentés eszköztrendszere*. A testület szerint szinte mindenhol ismert a kezelés különböző intézményesített formáinak hálózata. Ezen belül az egyes országok eltérő keretek között alkalmazzák a felvilágosítás, a leszoktatás, a gyógykezelés, a fogyasztók társadalmi reintegrációjának módszereit. Az államok a „drogmentesítést” társadalmi értéknek ismerik el, s a hatásosság érdekében a módszerek alkalmazását összekötötték a büntetőjoggal. Így született meg a büntetés helyett az „elaterelés” jogilag szabályozott szisztémája. Az eszközök igen változatosak. A legszélesebb körben elterjedt leszokást célzó gyógyszeres kezeléstől – az esetenként orvosi felügyelettel is járó – tücsere és a belövő szobák biztosításán át (pl. Zürich, Frankfurt, Liverpool, Sydney) a szennyezettség-mérést végző mobil-laboratóriumokig (pl. Svájc, Portugália) terjednek. Leszokást biztosító programokat az államilag fenntartott addiktológiai központok mellett egyházi és karitatív szervezetek is kínálnak.

Az Alkotmánybíró az e határozatában kiemelte, hogy mindenkit megillető személyi méltóság védelme érdekében az államnak az is a kötelessége, hogy elhárítsa a polgárait fenyegető veszélyeket, és legalább a tüneti vagy „palliatív” kezelés szintjén gondoskodik a társadalom azon tagjairól is, akik - akár saját döntésük következményeként - erre nem, vagy csak korlátozottan képesek. A fogyasztó oldalán bekövetkezett „károk” elhárítása tehát a társadalom védelme érdekében *az állam feladata*, mint ahogyan *egészségügyi és szociális körben az állam kötelessége gondoskodni a fogyasztással érintett egyénről* akkor, amikor erre ő már önmagában nem képes. Az Alkotmánybíró szerint a jogalanyok egyenlő méltóságú személyként történő kezelése azt jelenti, hogy *az akár önhibájából elviselhetetlen helyzetbe került vagy krízishelyzetben lévő személy sem hagyható sorsára*.

3. Az Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdése alapján mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, amelynek érvényesülését Magyarország – mások mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az Alaptörvény rendszerében az egészségügyi ellátás olyan intézményvédelmi kötelezettség, amelyből konkrét, alkotmányi szintű, kikényszeríthető alanyi jogok jellemzően nem vezethetők le. Az Alkotmánybíró a 3132/2013. (VII. 2.) AB határozatában kifejtett értelmezésekor abból indult ki, hogy az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése az egészséghez való jognak az alanyi oldalát, a XX. cikk (2) bekezdése pedig annak objektív, intézményvédelmi oldalát határozza meg. Az Alkotmánybíró gyakorlata szerint a korábbi Alkotmányban elismert testi és lelki egészséghez való jog szoros összefüggésben állt a korábbi az élet és emberi méltóság jogával: az alapjog alanyi oldalát a személyiség testi-lelki integritásához való jogként határozta meg, amely az emberi méltósághoz való jogból következik. Az Alkotmánybíró gyakorlatában eszerint „az emberi méltóság lényeges tartalma” töltötte meg az egészséghez való jognak az alanyi oldalát tartalommal. Az Alkotmánybíró ennek alapján továbbra is fenntarthatónak tartotta az egészséghez való jog korábbi alkotmánybírói értelmezését. [Az AB egészséghez való joggal kapcsolatos gyakorlatát összegzi a 109/2008. (IX. 26.) AB határozat, emellett lásd különösen 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, 37/2000. (X. 31.) AB határozat indokolását]

Az Alkotmánybíró több határozatában értelmezte a testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát és kimondta, hogy alapvetően nem alanyi jogként, hanem alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez.

Az AB gyakorlata utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi lehetőségét: vagyis a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.

Az alkotmánybírói gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna. Az Alkotmánybírói olvasatában az ilyen szélső eseteken túl azonban az Alkotmányban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmányban foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg. Az egészséghez való jog tehát önmagában az Alkotmány rendelkezései és az azt értelmező alkotmánybírói gyakorlat alapján alanyi jogként értelmezhetetlen, állami – intézményrendszert fenntartó, működtető – kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg. Az egészségvédelmi kötelezettség, mint az életvédelmi kötelezettségből levezetett, „közvetett” intézményvédelmi kötelezettség határozottan az államcél minőség felé mutat.

### **III. Az ügy érdeme tekintetében**

**1.** Az Országgyűlés a 2013. október 7-i ülésnapján fogadta el a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020 szóló 80/2013. (X. 16.) OGY határozatot (a továbbiakban: OGY határozat), valamint a mellékletét képező „Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020 - Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen” című szakpolitikai stratégiát (a továbbiakban: Stratégia). Az OGY határozat 2. pontjában foglaltak alapján az Országgyűlés felkérte a Kormányt, hogy *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.*

A Stratégia a *problémás kábítószer-fogyasztás változásai* között rögzíti, hogy *„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 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 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 kémiaileg hasonló katinonok és szintetikus kannabinoidok (a marihuána hatóanyagához hasonló kémiai szerkezetű anyagok) használatának terjedése a legjellemzőbb.”* A következtetések közt említi a Stratégia, hogy *„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.”*

A Stratégia III. 3. pontja, a közösségi aktivitás terén kiemeli, hogy „indokolt, hogy a már bejáratott és bevált programok mellett – civil, egyházi, önszolgáltató keretben, valamint a felépülő függők tapasztalatainak hasznosításával – újabb és egyre több közösségi jellegű, 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 „lakosság közeli” szolgálatok és ellátások. Célszerű a „jó gyakorlatot” megvalósító közösségi, civil és önszolgáltató 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 önszolgáltató 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” szemlélete, melynek nyomán a kárt szenvedett közösség valamilyen jóvátételben részesül. Ennek megvalósulása az elkövető számára én-erősítő hatású lehet.” A Stratégia IV. 4. pontja a konkrét célokat fogalmazza meg, ezek közt szerepel – többek mellett – az is, hogy „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 konkrét célok között szerepel emellett az is, hogy erősödjék a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 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. [...] Célkitűzés a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkájának hatékonyabbá tétele, hatókörük kiterjesztése, az önkormányzat szerepének és felelősségvállalásának erősítése, továbbá a kormányhivatalokkal való együttműködés erősítése és jogi kereteinek kialakítása.” A Stratégia V.2.1.10. pontja kiemeli a felépülés-központú ellátás szerepét, amelynek 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.” A Stratégia végül a VI.2.2. pontjában, a kezelő-ellátó rendszerrel összefüggésben rögzíti azt, hogy „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.” Prioritás ebben a körben, hogy „meg kell erősíteni az intravénás szerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek elleni védekezést szolgáló kezelő-ellátórendszer elemeit.”

A fenti idézetekből és hivatkozásokból is látható az, hogy a Stratégia elfogadása – ahogyan arra már a korábbi jelentésemben is felhívtam a figyelmet – nemcsak előrelépés, hanem annak a jogi és szakmapolitikai alapját is megteremtette, hogy a Kormány kábítószer-használattal kapcsolatos egyéni és társadalmi károk csökkentése érdekében tegye meg a szükséges intézkedéseket. Mindezt úgy, hogy az érintettek alapjogait tiszteletben tartja, az Európai Unió drogstratégiáját és 2013-2015 időszakra szóló akciótervét figyelembe veszi. Nem csupán a civil és szakmai szervezetek jelzései, hanem kormányzati anyagok is rögzítik a tényeket: hazánkban az elmúlt négy-öt évben a kábítószer-probléma súlyosbodott, a jelenség pedig egyre összetettebbé vált, Magyarország elveszítette a korábbi kedvezőnek tekinthető

pozícióját európai viszonylatban, és ma már – a környező közép-európai országokhoz hasonlóan – a közepesen érintett országok közé tartozik az Európai Unióban.

Jelen vizsgálat keretei között nincs lehetőségem – és nem is volt célom – teljes körűen foglalkozni a drogfogyasztással összefüggő kérdéskörrel, az azonban a szűkebb vizsgálati témát figyelembe véve is biztosan állítható: a stratégiaalkotás területén az *ártalomcsökkentésre*, ezen belül is kiemelten az *alacsonyküszöbű, első lépcsős programokra* kulcsszerep hárul most és a jövőben is. Az e cél érdekében munkálkodó civil, egyházi, szakmai szervezetekkel való együttműködési formák megerősítése, a helyi, területi szintű egyeztető fórumok működtetése kiemelt jelentőségű, és az állami-önkormányzati intézményrendszer megerősítésére is szükség van. *Ilyen időtávlatból nehéz eldönteni, hogy az utóbbi fél évtized mennyire tekinthető elvesztegetett időnek ezen a nemzetstratégiai területen, azonban az tény, hogy sürgős cselekvésre van szükség.* Nagyon fontosnak tartom azt, hogy – ahogyan erre az Alkotmánybíróság is felhívta a figyelmet a 2004-es droghatározatában – a jogalanyok egyenlő méltóságú személyként történő kezelése azt jelenti, hogy az akár önhibájából elviselhetetlen helyzetbe került vagy krízishelyzetben lévő személy sem hagyható sorsára, a segítségnyújtás pedig elsődlegesen az állam feladata.

Az OGY határozat 2. pontja alapján az Országgyűlés felkérte a Kormányt, hogy az első, *2013-2015. évekre vonatkozó szakpolitikai programot* a Stratégia elfogadását követő három hónapon belül dolgozza ki, azaz legkésőbb 2014 januárjáig tegyen ennek eleget. A Kormány azonban ennek a felkérésnek nem tett eleget a kitűzött határidőn belül. Sajnálatos módon a *2015-2016. évekre vonatkozó szakpolitikai program* elfogadására jelentésem kiadásáig ugyancsak nem került sor, annak ellenére, hogy a tervezetet az Emberi Erőforrások Minisztériuma és a Belügyminisztérium 2015 májusában előkészítette, illetve az érintett szervekkel – így az alapvető jogok biztosával is – előzetesen egyeztette és véleményeztette.

*Mindezek alapján megállapítom, hogy az Országgyűlés által 2013-ban elfogadott Nemzeti Drogellenes Stratégiában előírt szakpolitikai program Kormány általi elfogadásának elmaradása 2014-ben és 2015-ben sérti a jogállamiság elvét, továbbá a kialakult helyzet az egészséghez és az emberi méltósághoz való joggal összefüggő visszasságot okoz, mivel a jogsérelem közvetlen és súlyos veszélyét eredményezi.* Megjegyzem, hogy a szaktárcák által előkészített és általam is véleményezett előterjesztés messzemenően alkalmas volna arra, hogy a kialakult helyzetben a mielőbb rendszerszintű állami cselekvés alapjául szolgáljon. A szakpolitikai program elfogadását, valamint a végrehajtásának mielőbbi megkezdését akkor is nélkülözhetetlennek látom, ha időközben a költségvetési források nyíltak meg e területen, amelyek nyomán pályázati forrásokhoz is hozzájuthatnak a pályázók.<sup>2</sup>

2. A Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) olyan helyi szintű szakmai konzultációs, jogi személyiséggel nem rendelkező munkacsoport, amelyet a helyi (kerületi) önkormányzatok elkötelezettsége, a kábítószer-probléma kezelését célzó helyi szakmai összefogás, valamint az állami pályázati támogatás hívott életre 2000-től kezdődően az akkori Nemzeti Drogellenes Stratégia nyomán. Magyarországon ma közel 90 KEF működik városi, kerületi, kistérségi, megyei, valamint regionális hatáskörrel. A KEF feladata, hogy összehangolja a drogprobléma visszaszorításban szerepet játszó négy alappillér – a közösség és együttműködés, a megelőzés, a gyógyítás és rehabilitáció, valamint a kínálatcsökkentés – intézményeinek munkáját.

---

<sup>2</sup> A szaktárca által kiadott hivatalos tájékoztatás szerint az Emberi Erőforrások Operatív Program lesz a következő évben a fő forrása a drogellenes programoknak, amelyek szorosan kapcsolódnak majd a stratégia cselekvési tervéhez. E feladatok megvalósítására jelentős forrásokat terveznek erre az évre és 2016-ra is. A Kormány májusban további egy milliárd forint összegű támogatással meghosszabbította azt az év végéig. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma idén három kategóriában hirdetett meg pályázatokat a kábítószer-probléma megelőzése és kezelése érdekében összesen 240 millió forint keretösszegben, illeszkedve a Nemzeti Drogellenes Stratégiában megfogalmazott célokhoz. Ez a keretösszeg 10 millió forinttal több az előző évhez képest. A célzott pályázatok közül lásd: <http://ncsszi.hu/palyazatok/aktualis-palyazatok/133/news>

A KEF lokális helyzetfelmérés eredményeire támaszkodva helyi stratégiát dolgoz ki a kábítószer-probléma visszaszorítására. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekszik, továbbá arra, hogy összehangolja, ésszerűsítse a helyi szinten zajló kábítószer-fogyasztást megelőző, kezelő tevékenységeket. A KEF tagjai a drogprobléma kezelésben fontos szerepet játszó állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői.<sup>3</sup>

Budapesten jelenleg – kizárólag kerületi szinten – 18 KEF működik, a huszonhárom kerületből az V. Kerületben (Belváros), a XV. Kerületben (Rákospalota), a XIX. Kerületben (Kispest), a XX. Kerületben (Pesterzsébet) és a XXIII. Kerületben (Soroksár) nem állítottak fel KEF-et. A korábbi jelentésben kiemelt területi szinten a *Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum hiányát 2011 óta*: a főváros drogproblémájának – amely jellegénél fogva messze túlmutat az egyes kerületek hatókörén – hatékony kezelése elképzelhetetlen nélküle. A rendelkezésre álló adatok alapján jelenleg a problémás droghasználat szempontjából *legsúlyosabban érintett település egyértelműen Budapest*, ezért a Fővárosi KEF felállításának jelentős elhúzódása az egészséghez való jog szempontjából aggályos.

Korábban, még az előző Nemzeti Drogellenes Stratégiához kapcsolódóan a Fővárosi Közgyűlés a 1466/2009. (X. 12.) számú határozatával támogatta a Fővárosi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum, mint a Stratégia fővárosi megvalósításának koordinációjáért felelős, munkacsoportokban működő, szakmai tanácsadó, illetve javaslattevő testület létrehozását. A Fővárosi KEF külön munkacsoportot hozott létre az alacsonyküszöbű szolgáltatások terén, de a 2010. szeptember 15-én megalakult Fővárosi KEF mindössze egyetlen évig tevékenykedett, közel négy éve nem alakult újra. A főpolgármester, illetve a főpolgármester-helyettes válaszai alapján a működést a szükséges önkormányzati források hiánya indokolta, illetve az, hogy jelentősen átalakult az önkormányzatok finanszírozási, illetve feladatellátási rendszere.

A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Möt.) valóban nem írja elő kötelező feladatként sem a helyi (kerületi), sem a megyei (fővárosi) önkormányzatok esetében a kábítószer-fogyasztás megelőzése, illetve visszaszorítása vagy éppen az ártalomcsökkentő szolgáltatások kapcsán a drogellenes küzdelemben résztvevő civil szervezetek, illetve alapítványok támogatását, sem pedig a szakmai tanácsadó és javaslattevő testületek felállítását, illetve működtetését.

Az Sztv. 56. § (1) bekezdése is arról rendelkezik, hogy a szociálisan rászorultak részére személyes gondoskodást az állam, valamint az önkormányzatok biztosítják, az 57. § (1) bekezdés g) pontja a *szociális alapszolgáltatások közé sorolja a közösségi ellátásokat*. Az Sztv. 65/A. § (1) bekezdése alapján közösségi ellátásnak minősül a szenvedélybetegeknek nyújtott *alacsonyküszöbű ellátás*: ennek keretében biztosítani kell a szenvedélybetegség okozta egészségügyi, szociális károk mérsékléséhez szükséges ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, a kríziskezelést az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére. E szociális szolgáltatások ellátásához kapcsolódóan – a Stratégiával összhangban – álláspontom szerint mindenképp szükség lenne fővárosi szinten is célzott támogatásokra és szakmai, tanácsadói munkára.

*Előrelépésnek értékelem*, hogy – az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet által célzottan a KEF-ek működési feltételeinek biztosítására kiírt pályázaton a rendelkezésemre álló információk szerint a Fővárosi Önkormányzat fenntartásában működő módszertani tevékenységet ellátó intézménye is részt vett. Sikeres pályázat esetén *megteremtődik annak a lehetősége, hogy a Fővárosi KEF még 2015 őszén újjáalakuljon és működhessen*. A pályázat pozitív elbírálása esetén a Fővárosi KEF tevékenységének része lehet majd a kerületi KEF-ek egységes szakmai tevékenységének előmozdítása, illetve a koordinációs feladatok ellátásának elősegítése.

<sup>3</sup> Lásd: <http://www.kef.hu/Introduction.aspx>



A Fővárosi Közgyűlés által 2015. június 23-án utólagosan jóváhagyott határozati javaslatban rögzített tervek szerint a Fővárosi KEF működtetését a Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona (Budapest XVII. Kerület, Pesti út 117.) látja majd el a módszertani tevékenysége részeként 2015-től.<sup>4</sup>

*Fenntartom azt az AJB-1131/2013. számú jelentésemben korábban már megfogalmazott megállapításomat, hogy a Fővárosi KEF felállításának évekig tartó elhúzódása alapjogi szempontból visszás helyzetet eredményezett, mivel az egészséghez való joggal összefüggő jogsérelem bekövetkeztenek közvetlen veszélyét hordozta magában. Tekintettel ugyanakkor arra, hogy – a szaktárca által kiírt pályázat révén – határozott lépés történt a Fővárosi KEF újraindítása érdekében, jelenleg újabb intézkedést nem kívánok megfogalmazni, bízom abban, hogy a testület mielőbb megkezdheti az érdemi működését.*

Kiemelten fontosnak tartom azt, hogy a Fővárosi KEF érdemi működésének megkezdésekor – a korábbi mintájára – jöjjön létre *külön munkacsoport az alacsonyküszöbű szolgáltatások területén*, amely képes lenne globálisabb, azaz fővárosi szinten áttekinteni e szolgáltatások működésének, elérhetőségének helyzetét, különösen a túcserre programokét.

A pozitív tapasztalatok okán, illetve a Stratégiával összhangban lényegesnek látom azt is, hogy – elismerve, hogy közvetlenül valóban nem kötelező jellegű helyi önkormányzati feladatról van szó, valamennyi fővárosi kerületben működjön kábítószer-egyeztető fórum. *Ezek, illetve a teljes lefedettség hiánya ugyancsak alkalmas arra ugyanis, hogy alapjogi szempontból visszás helyzet alakuljon ki, a jogsérelem bekövetkeztenek közvetlen veszélyét hordozta magában.*

**3.** A Drogprevenációs Alapítvány 2015. február 24-én a Hollán Ernő utcában tartott tájékoztatóján értesítette a sajtót arról, hogy 2015. február 26-tól a Csángó utca 3./b szám alatt folytatja tovább ártalomcsökkentő tevékenységét, de túcserre nélkül. Az Alapítvány szerint a költözés oka, hogy a környéket megterhelte a 15 éve itt működő program jelenléte, és a kerületi Közszolgáltató Zrt. novemberben felszólította őket a tevékenység beszüntetésére. Az Alapítvány tájékoztatása szerint 2005-től érvényes működési engedéllyel rendelkezik, amelyet öt éven keresztül az Önkormányzat állított ki, a bérleti szerződésben ugyanakkor végig az iroda funkció szerepelt.

Az Alapítvány 2010-ben az Önkormányzat támogatásával indította el „Tűvétett közterek – helyi közösségi összefogással a drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek prevenciójáért” c. programját, amelynek célja a közterületen, parkokban eldobált droghulladék begyűjtése volt. A sajtótájékoztató során ismertettek szerint mindezek kapcsán tudnia kellett az Önkormányzatnak az Alapítvány túcserre tevékenységéről is.

Az Alapítvány kiemelte, hogy 2014. novembertől az Önkormányzat képviselőivel tárgyaltak, hogy tevékenységük folytatásához a kerületben más helyen új ingatlant kaphassanak. A Közszolgáltató Zrt. azzal az egyetemleges feltétellel járult ehhez hozzá, hogy az Alapítvány túcserét más helyszínen sem folytathat. Az Alapítvány által végül kiválasztott két helyszín közül az Önkormányzattól tulajdonosi hozzájárulást a Csángó utcai helyiségre kapott, túcserre szolgáltatás nélkül. Az Alapítvány ezt a lehetőséget tájékoztatás szerint azért fogadta el, hogy túcserre nélkül, ha részlegesen is, de teljesíthesse küldetését: díjmentesen, alacsonyküszöbű szolgáltatást, kezelést, ellátást nyújtottak a kerületből és a főváros más részéről érkező szolgáltatást igénybe vevő rászorulóknak és családtagjaik számára. Az Alapítvány szerint a társadalom teljességét védik a HIV, valamint HCV vírus terjedésével szemben.

**3.1** Az Alapítvány által a XIII. kerületi helyszínen működtetett túcserre program megszűnésével összefüggésben az Önkormányzat válasza, az ahhoz mellékelt iratmásolatok, valamint a rendelkezésemre álló további információk alapján a következők rögzíthetőek.

<sup>4</sup> <http://infoszab.budapest.hu:8080/akl/tva/Tir.aspx?scope=kozgyules&sessionid=6694&agendaitemid=89213>

Az Alapítvány állítása szerint az újlipótvárosi helyszínen hosszú ideje működtetett tücsere programjáról az *Önkormányzatnak tudomással kellett lennie*, eddig kvázi megtűrte azt. Azt azonban nem vitatták ők sem, hogy – ahogyan arról a polgármester is tájékoztatott – maga a 2004-ben megkötött bérleti szerződés hivatalosan mindvégig csak az irodai (tanácsadói) funkciót rögzítette, az Önkormányzat és az Alapítvány között pedig *nem jött létre a tücsere program működtetésével kapcsolatos együttműködési megállapodás*, erre az Önkormányzat nem adott és nem is adhatott működési engedélyt. Az Alapítvány szerint a kerületi tücsere tevékenység beszüntetésére való felszólítás indoka főleg az volt, hogy a Hollán Ernő utcai iroda környékét *megterhelte az átmenetileg kétszeresére nőtt forgalom*, ami intenzívebben zavarhatta a helyi lakosságot. Az Önkormányzat nevében a polgármester ezzel szemben arra hivatkozott, hogy ők pusztán a *bérleti szerződésben kikötött rendeltetésszerű használatra szólították fel az Alapítványt*, amelyre bármikor joguk és lehetőségük van.

Utalnom kell ennek kapcsán arra, hogy a tücsere program üzemeltetése *működési engedélyhez kötött*, így szakmai tartalmának és minimumfeltételeinek a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet előírásainak meg kell felelnie.<sup>5</sup> Ezen túl további engedélyek (ÁNTSZ), illetve szerződések (veszélyes hulladék elszállítása) szükségesek a tevékenység folytatásához. Ettől különálló kérdés, hogy bérleti jogviszony esetén, ha a tücsere programot a bérlő kívánja üzemeltetni, akkor a tulajdonosnak ehhez *hozzájárulását kell adnia* (a szerződésben mindezt rögzíthetik a felek, de utólag is lehetséges akár ilyen hozzájárulás). Jelen esetben láthatóan az *Alapítvány nem rendelkezett a szerződésben vagy azon kívül hivatalos hozzájárulással*.

Mindezek alapján valóban *nem tűnik életszerűnek* az, hogy az Önkormányzatnak (a Közszolgáltató Zrt.-nek) az eltelt tizenegy év alatt semmilyen tudomása nem volt arról, hogy az Alapítvány a Hollán Ernő utcai helyszínen tücsere programot (is) működtet. Mindezt alátámasztja az is, hogy például a 2013-as kerületi drogstratégia maga is tartalmazta, hogy *„a kerületben működő Drogprevenációs Alapítvány civil ártalomcsökkentő Szociális Kontakt-programja ingyenesen és névtelenül igénybe vehető tücsere programot és egyéb ellátásokat biztosít intravénás droghasználók számára.”*

Nem zárható ki a rendelkezésre álló információk alapján, hogy az Alapítvány állításának megfelelően a megnövekedett forgalom miatti helyzet, így a kapott lakossági panaszok, jelzések miatt döntött úgy az Önkormányzat, hogy a tevékenység megszüntetésére szólítja fel az Alapítványt. A polgármester válaszában azonban általánosságban, konkrétumok, illetve példák nélkül említ pusztán *„lakossági bejelentéseket és ellenőrzéseket”* a rendeltetésszerű használatra való felszólítás indokaként.

*Tekintettel arra, hogy jelen esetben az Alapítvány, valamint az Önkormányzat között együttműködési megállapodás – szemben a józsefvárosi ügygel – igazolható módon nem volt (illetve nem ennek felmondására került sor), hanem a fennálló jogi kapcsolatot egy bérleti szerződés jelentette, így az Ajbt. nyomán – hatáskör hiányában – nincs lehetőségem polgári jogi jogviszony megszűnésének jogszerűsége kapcsán megállapításokat tenni.*

A konkrét helyzet, azaz a XIII. kerületi tücsere program megszűnése jogszerűségének jogi megítéléstől függetlenül tény, hogy egy újabb fővárosi kerületi tücsere program, azaz egy már meglévő szolgáltatás megszűnése – annak *következményeként* – egy olyan folyamat újabb állomásaként értékelhető, amely miatt a *szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátására, ezzel pedig járványügyi prevenciók feladatainak végzésére hivatott rendszer egyre kevésbé alkalmas az államot terhelő kötelezettségek alkotmányos minimumának teljesítésére.*

---

<sup>5</sup> Az SzCsM rendelet 2. és 3. számú mellékletében foglaltak alapján például a programban alkalmazni kell koordinátort, két segítőt, akiknek a melléklet szerinti képesítéssel kell rendelkezniük.

Mindez a főváros egésze szintjén akkor is igazolható, hogy ha egyébként a *XIII. Kerületben példás munka folyik a drogprevenció, ezen belül az ártalomcsökkentés és az alacsonyküszöbű szolgáltatások megszervezése területén.*<sup>6</sup> Ezt egyrészt az évente elfogadott helyi stratégia végrehajtásáról szóló beszámolók, javaslatok, ezek háttéranyagai, illetve a kerületi KEF működése, a helyi stratégiában való közreműködése megfelelően alátámasztja. A helyi stratégia kiemeli a „Tüvé tett közterek – helyi közösségi összefogással, a droghasználattal összefüggő fertőző betegségek prevenciójáért” című, civil együttműködéssel zajló programot. Figyelemreméltó, hogy az Önkormányzat partnere volt az Alapítványnak az új iroda megtalálásában, közreműködött annak megfelelő, működőképes állapotba hozásában. Ezzel együtt a tücsere program kiesésének pótlására tényszerűen nem került sor.

A rendelkezésemre álló adatok hiányában kétséget kizáróan nem igazolható, de nem is cáfolható a programok „*dominóeffektusa*”, azaz, hogy a VIII. kerületi tücsere program korábbi megszűnését követő forgalomnövekedés miatt kerülhetett sor a XIII. kerületi tücsere program lakossági megítélésének változása, így pedig közvetve az Önkormányzat lépésére. *Álláspontom szerint önmagában már ennek a tendenciának a veszélye is érdemes az állami és az önkormányzati döntéshozók kiemelt figyelmére. Az egyes fővárosi tücsere programok megszűnése ugyanis a következőkben kifejtettek alapján komoly aggályokra adhat okot.*

**3.2** Álláspontom szerint valós az az akut egészségügyi veszély, amelyet a fővárosban működő két tücsere program megszüntetése, illetve a megszűnése jelent. Említést érdemel, hogy az *Országos Epidemiológiai Központ által 2013-ban végzett szűrőkampány hivatalos adatai szerint* 2011-ben még 10-ből 3 injekciót használó drogfogyasztó élt együtt a krónikus májgyulladás okozó hepatitis C vírussal, 2014-ben azonban már 10-ből 6-an.

*A Nemzeti Drog Fókuszpont, mint Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ magyarországi kábítószer-helyzetről szóló, EMCDDA számára készített 2014-es éves jelentése*<sup>7</sup> összefoglalója a területtel összefüggésben a következőket emeli ki:

- A tücsere programok kliensei körében gyűjtött országos adatok *2013-ra vonatkozóan továbbra is azt mutatják, hogy az új pszichoaktív szerek intravénás használata nő.* 2013-ban is a „kristály” utcai elnevezésű új szer volt a leggyakoribb az elsődlegesen egyéb szereket injektálók körében. A szintetikus szerek kapcsán megállapításra került, hogy e szerek esetében a negatív fizikai és pszichológiai következmények nagyobb gyakorisággal fordulnak elő és sokkal súlyosabbak, mint a THC esetében.
- 2013 júniusáig a HIV/HBV/HCV szűrővizsgálatokat intravénás szerhasználók számára 9 városban, összesen 16 szervezetnél ajánlottak fel rutinszerűen. A 223 intravénás szerhasználó vizsgálata alapján nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a populációban a korábbi évekhez hasonlóan nagyon alacsony lehet a HIV, illetve a HBV fertőzöttek száma. A drogambulanciákon kezeltek és a tücsere szolgáltatásokat igénybevevők körében *2013-ban 31,9%-os HCV prevalencia értéket mértek, a 2012. évi adatokkal (23,1%) összehasonlítva a különbség szignifikáns.* Külön figyelmet érdemel az utoljára 4 héten belül injektálók, a 25 évnél fiatalabb nők, és az egyéb szereket injektálók magas HCV prevalencia értéke. Az aktív injektálók több mint harmada (38,8%) vallotta, hogy megosztott tűt/fecskendőt, csaknem fele (47,8%) pedig injektáló segédeszközöket az elmúlt 4 hétben.
- A 2012-es 35%-os csökkenés után minimális mértékben (3,5%-al) emelkedett a kiosztott tűk száma, ugyanakkor a visszahozott illetve begyűjtött tűk számában 15%-os csökkenést tapasztalhattunk. A becserélési arány 58,3% volt 2013-ban. *A tücsere programokban megjelent kliensek száma meredek emelkedést mutatott, 2013-ban a kliensek száma 38%-al, az új kliensek száma 16%-al növekedett az előző évhez képest.*

<sup>6</sup> A hivatkozott beszámolót lásd: <http://www.budapest13.hu/onkormanyzat/testulet/ulesek/150625-1#n13->

<sup>7</sup> Lásd: [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA\\_jelentes\\_2014.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2014.pdf)

A klienskontaktok száma szintén nagy arányban nőtt a 2012-es évhez képest: *54%-al*. Feltehető, hogy a steril fecskendők elérhetőségének csökkenését a klienskör gyakoribb megjelenéssel kompenzálta. A szakértői vélemények alapján *a forgalomnövekedésben szerepet játszhatott az is, hogy a kliensek nagy arányban az új pszichoaktív szereket injektálják*, amelyekre a klasszikus szereknél intenzívebb használat a jellemző. A forgalomnövekedés a vidéki tucsere programoknál is megfigyelhető volt.

A *Nemzeti Drog Fókuszpont jóvoltából* 2013-as adatok mellett immár rendelkezésre állnak frissebb, *2014-re vonatkozó országos adatok* is.<sup>8</sup> Ebben szerepel az is többek mellett, hogy a kiosztott tűk száma 5,8 százalékkal nőtt (81 fecskendő/IDU/év), de a lefedettségi indikátor alacsony, a HCV megelőzéséhez ennél jóval magasabb szám lenne szükséges. Már az intravénás kábítószer-használók körében előforduló HIV-fertőzés potenciálisan emelkedett kockázatának összefoglaló indikátoraira vonatkozó *2012-es európai adatok* fényében is az látszik, hogy Magyarországon mind az intravénás szerhasználat prevalenciája és tendenciái, mind a helyettesítő kezelés lefedettsége, mind a tucsere programok lefedettsége a jelenlévő kockázati tényezőnek számít. Az enyhe országos javulás, illetve a növekvő vidéki részesedés mellett visszaesett 2013-hoz képest 2014-re Budapesten a kliensek száma, az új kliensek száma, a kontaktok száma egyaránt, holott ezt a fővárosi droghelyzet nem indokolná.

Budapesten összesen hat helyen működik jelenleg tucsere, *a megszünt programok jelentőségét* tekintve azonban látható a 2014-es adatokból, hogy Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, illetve a Drogprevenciós Alapítvány biztosította a hozzájuk fordulóknak számára az osztott tűk több mint felét, a hozott gyűjtött tűk közel 45%-át, a kliensek több mint felével ők találkoztak, a kontaktok közel 60%-a hozzájuk volt köthető. A számokon túl tehát *a két tucsere program kapacitása igen nehezen pótolható vissza*, arról nem beszélve, hogy a rejtőzködő, óvatos kliensek bizalmát is nehezebb lesz megteremteni, a helyi lakosságot meggyőzni arról, hogy *mindez a helyi közösség érdekét is szolgáló szolgáltatás*. Ahogyan látható az utóbbi időszak tapasztalataiból, fontos ügyelni arra, hogy egyrészt térben megfelelő legyen a lefedettség, az elérhetőség, másrészt pedig a nagyobb forgalom miatt a helyi lakosság ne forduljon a még működő tucsere programok ellen.

Sajnálatos módon nem látszik arra törekvés, hogy a megszünt, igen jelentős forgalmat lebonyolító kerületi tucsere programok helyére – megfelelő feltételek és működési garanciák mellett – újabbak lépjenek. Értékelendő a törekvés, hogy az államtitkár tájékoztatása szerint a Józsefvárosban megszünt szolgáltatás biztosításáért a szaktárca támogatást adott a Baptista Szeretetszolgálatnak *mobil ártalomcsökkentő szolgáltatást végzésére a VIII. Kerületben*, ez azonban nem jelent tartós jellegű megoldást, csak átmeneti válságintézkedésként értékelhető.

*Mindezek alapján összességében megállapítom, hogy a fenti adatok és tapasztalatok, valamint szakmai állásfoglalások alapján a fővárosi kerületekben a tucsere programok elérhetőségével, illetve lefedettségével kapcsolatos jelentős visszalépés a helyi lakosság egészséghez való jogával, az érintett kliensek egyenlő méltósághoz való jogával, valamint a jogállamiság elvével összefüggő visszaességet okoz, mivel a jogsérelem közvetlen és súlyos veszélyét idézi elő.* Ahogyan ugyanis arra már felhívtam a figyelmet, a tucsere programok nem csupán a fertőző betegségek megelőzésében lehetnek hatékonyak, hanem az ellátórendszer első lépcsőfokaként kezeléshez juttatják a szerhasználókat, csökkentik az utcai drogfogyasztást és az önkormányzattal való kölcsönös, megfelelő együttműködés esetén hozzájárulhatnak az egészséges környezet biztosításához.

Jelentésemet az alább megfogalmazott konkrét intézkedések és ajánlások mellett *társadalmi figyelemfelhívásnak is szánom*, mert a lakosság bizalma, tájékoztatása és bevonása nélkül semmilyen programnak nem lehet sikere. Ismételten ki kell emelnem, hogy a pozitív tapasztalatok okán, illetve a Stratégiával összhangban kulcskérdés, hogy mind fővárosi

---

<sup>8</sup> Lásd: [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tarjan\\_tcs\\_2015\\_Tucsere\\_adatok\\_2014.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tarjan_tcs_2015_Tucsere_adatok_2014.pdf)

szinten, mind pedig az összes fővárosi kerületben működjön kábítószer-egyeztető fórum: valós eredmények csak *a helyi, területi szintű koordinált együttműködéssel* érhetőek el.

Lényeges arra is rámutatni, hogy *a túcsere program szakmai bizonyítékon alapuló szociálpolitikai intézkedés*. Nem propagálja a droghasználatot, nem akadályozza a leszokás sikerességét. Fontos szerepe van ezzel szemben abban, hogy hozzájárul a drogfogyasztók ellátásba jutásához, hosszú távon pedig csökkenti az illegális szerhasználat előfordulását. Rá kell mutatnom arra, hogy a túcsere programok működésének biztosításával és támogatásával az állam úgy tartja tiszteletben az érintettek önrendelkezési jogát, hogy közben mégsem hagyja őket ebben a kiszolgáltatott helyzetben teljesen magukra.

Utalni szeretnék végül arra, hogy a kábítószer-probléma éppen a terjesztő magatartás miatt elválaszthatatlan a bűnözéstől, *a túcsere hiánya közvetett módon növeli a bűnelkövetés veszélyét*. Jellemző tapasztalat, hogy a bűnözéssel összekötött kábítószer-fogyasztás esélyét csökkenti a túcsere, hiszen a programok nem működhetnek *szociális munka* nélkül, a túcsere program közvetett úton hozzájárul a *közbiztonság növekedéséhez és a társadalmi békéhez*.

### **Intézkedéseim**

A jelentésben feltárt, alapvető joggal összefüggő visszasságok mielőbbi orvoslása, jövőbeli bekövetkezésük lehetőségének megelőzése érdekében, jelentésben foglalt szempontok alapján

- 1) az Ajbt. 37. §-a alapján *felkérem* a Kormányt arra, hogy a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról szóló 80/2013. (X. 16.) számú OGY határozatban foglaltak, valamint a rendelkezésre álló előterjesztésben rögzített, és megalapozott szakmai anyagok alapján a 2015-ös (2016-os) évekre vonatkozó szakpolitikai programot mielőbb fogadja el;
- 2) az Ajbt. 32. § (1) bekezdése alapján *felkérem* Budapest Főváros XIII. kerületének polgármesterét, hogy – a kerületi stratégiával összhangban – vizsgálja meg annak a lehetőséget, hogy milyen helyszínen lenne továbbfolytatható a kerületben, a helyi lakosok indokolatlan zavarása nélkül a megszűnt túcsere programot pótló, mobil ártalomcsökkentő szolgáltatás;
- 3) az Ajbt. 32. § (1) bekezdése alapján *felkérem* Budapest Főváros főpolgármesterét, hogy biztosítsa a szükséges forrásokat és támogatást a Fővárosi Kábítószer Egyeztető Fórum mielőbbi felállítása és működésének megkezdése érdekében, és annak keretében fordítson kiemelt figyelmet az alacsonyküszöbű szolgáltatásokkal, ezen belül a túcsere programok helyzetével összefüggő koordinációra;
- 4) az Ajbt. 32. § (1) bekezdése alapján *felkérem mindazon kerületek képviselő-testületeit* (így Budapest Főváros V. Kerület Képviselő-testületét, Budapest Főváros XV. Kerület Képviselő-testületét, Budapest Főváros XIX. Kerület Képviselő-testületét, Budapest Főváros XX. Kerület Képviselő-testületét, Budapest Főváros XXIII. Kerület Képviselő-testületét), hogy a Drogellenes Nemzeti Stratégia célkitűzéseivel összhangban, a Fővárosi Kábítószer Egyeztető Fórumban való együttműködés megteremtése érdekében fontolja meg a kerületben intézményesített fórumként kábítószer egyeztető fórum létrehozását és működtetését a fővárosban tevékenykedő civil és egyházi szervezetekkel együttműködésben.

Budapest, 2015. október

Székely László sk.