

Tisztelt Miniszter Úr, Tisztelt képviselőtársaim!

A ma délutáni munkánk célja az, hogy lefolytassuk azt a vitát, melynek eredményeként az Országgyűlés határozatot fogadna el, idézem: „a kábítószer probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról”.

Már most igyekszem leszögezni: mélyen egyetértünk a program jelmondatával **„Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség”**, de egyetértésünk a továbbiakban, hogy finoman fogalmazzak: gyengülni látszik. Az indok pedig, kézenfekvő: nem látjuk a stratégiai programban azokat a fő irányokat, melyek valóban a biztonságosabb társadalomnak és a megtartó közösségnek segítenének a kábítószer elterjedésének csökkentése érdekében tett lépései, küzdelme során. Sőt, olyan veszélyeket rejtő tervezetről van szó, mely véleményünk szerint a társadalom és a közösség, valamint az egyén további gyengítését, atomizálását, széthullását okozhatja.

Mindenek előtt engedjék meg, hogy köszönetet mondjak a Kábítószer Eseti Bizottság tagjainak és szakértőinek, akik 2008 novembere és 2009 szeptembere között végezték munkájukat. Külön köszönöm a Fidesz szakpolitikusának, dr. Spiák Ibolya képviselőtársamnak a munkáját, aki súlyos betegségéből lábadozik, ezért nincs jelen a mai napon. Ezúton is mielőbbi gyógyulást kívánunk neki.

Ha már az Eseti Bizottság szóba került, meg kell említenem egy tényt: a Nemzeti Drogstratégia tervezetének kidolgozásában és véleményezésében a testület részvétele kissé hézagos volt, pedig ennek elősegítése lett volna a bizottság egyik fő célja.

Most pedig merüljünk el egy kicsit a részletekben, hiszen, ha van, már pedig úgy tűnik, hogy van, az ördög mindig ott bújlik meg:

1. A Stratégia 2010-18 között állítja fel céljait, határozza meg a kormányzat feladatait, miközben az EU Drogstratégiája 2012-ig tart, az új ciklus 2013-ban kezdődik és a szervezet hasonló nemzeti intervallumok betartására kérte a tagországokat. Indokolt lenne tehát ezért, egy 2012-ig tartó, rövidebb távú program kidolgozása, mely alatt az előző, 2000-ben elindított Stratégia bizonyítottan elmaradt teendőit végezhetnénk el.

2. Egyértelmű ideológiai háttér nélkül nem építhető fel koherens stratégia. És mi más is lehetne ma az ismert népesedési adatok ismeretében az alapvető célunk, mint az. Hogy az egészséges fiatalokat, és az egészséget, mint nemzeti vagyont állítsuk a terv célkeresztjébe. Ezzel szemben azt olvashatjuk a tervezet hatodik oldalán, hogy a magyar nemzet drogstratégiájának legelső szempontja a drogfogyasztók fogyasztási kockázatainak csökkentése! Prioritás lenne tehát az ártalomcsökkentés, mely még csak nem is szerepel az ENSZ Magas Szintű Szegmensének ez év márciusi, bécsi döntésének határozatai között? Itt fogalmazták meg a következő évtizedre a globális kábítószer politika három alappillérét: a keresletcsökkentést, a kínálatcsökkentést és a nemzetközi együttműködést. „Önálló ártalomcsökkentési politikát”-t nem támogat az ENSZ, mert a definíció zavaros, és ellentétes a tagállamok mindegyike által aláírt egyezmények elveivel és előírásaival, melyek prevencióra és a leszoktatásra ösztönöznek, és nem a drogfogyasztás fenntartása mellett foglalnak állást.

3. Vegyük kicsit górcső alá az „önálló ártalomcsökkentési politikát”, az ENSZ, mint a világ egészségpolitikáját összehangolni szándékozó testület irányelvei alapján. Az ártalomcsökkentési politika elemei közül kizárólag a tücsere programot fogadta el, mint a HIV/AIDS és a Hepatitis B, C fertőzések terjedése csökkentésének eszközét az intravénás drogfogyasztók körében, valamint a methadon fenntartási programokat heroinistáknál. Fontos megjegyezni, hogy ezek a programok Magyarországon is rendelkezésre állnak, viszont nem juttatják el klienseiket a drogmentességet célzó kezelésbe. Külön hangsúlyozni kell, hogy a szervezet véleménye szerint nem támogathatóak az „egyéb ártalomcsökkentési megoldások”, mint a belövőszobák létrehozása, a heroinosztás, a túladagolást ellensúlyozó Naloxon kiadása a betegnek, valamint a túladagolást megelőző tréningek sem, mert ezek a „megoldások” nem a drogfogyasztásról való leszokáshoz, hanem éppen a drogfogyasztás megerősítéséhez vezetnek.
Megjegyzendő, hogy ezek a megoldások nincsenek nevesítve, vagy részletezve a tervezetben, de éppen erről beszéltem a bevezetőmben. Bizony tudni kell a sorok között is,(!) olvasni. Mert ott bújjik meg... Arról pedig már végképp csak nagyon halkan merek szólni, hogy nemzetközi tapasztalatok szerint egy beteg éves heroin ellátása évente kb. 5.5 millió forintba, kezelése, mely nagy eséllyel drogmentes életvitelhez vezethet, legfeljebb 1-2 millióba kerülne a társadalomnak.

4. Szólni kell a Drogstratégiában megbúvó azon kísérletekről is, mely a droghasználat dekriminalizációját igyekszik előkészíteni. A kínálatcsökkentésről szóló részben található olyan megközelítés, mely a drogfogyasztók kábítószer kereskedői magatartása elleni rendőri fellépést ellehetetleníti, és a nyomozati munkát is nehezítené.

Pedig tény: a kábítószerfüggők jó része maga is illegális droggal kezd kereskedni, előbb-utóbb maga is kisztílű díler lesz, aki iskolás gyerekeket etet be, vagy prostituáltak lesznek az ügyfelei.

A tervezet szorgalmazza a BTK és a Nemzeti Drogstratégia szinkronba hozását. Az ajánlott BTK módosítás, idézem: „feleljen meg annak a korábbi jogalkotói akaratnak, amely szerint a kábítószerrel visszaélés tekintetében elsősorban a kábítószer terjesztőket, a kereskedelemből hasznot húzókat vegye célba a büntető igazságszolgáltatás.” Ki is fogalmazott meg korábban ilyen „jogalkotói akaratot”?

Súlyos problémaként vethető fel az a javaslat, hogy a drogokat a kriminalisztika hatásuk szerint különböztesse meg, azaz a psychoaktív anyagokat veszélyességük alapján differenciálja a büntetőjog területén. Felmerülhet bennünk annak a gyanúja, hogy véletlenül nem a marihuána és az úgynevezett lágy drogok legalizálásának kísérletét látjuk megbújni a Magyar Drogstratégia tervezetében?

Nálunk fejlettebb demokráciában, Angliában nemrég távolították el állásából azt a professzort, aki azt akarta elhíttetni a politikusokkal, hogy a lovaglás veszélyesebb, mint az Extasy használata. Történt mindez abban az országban, ahol hiteles adatok szerint 17.000 fiatal kapott bizonyíthatóan skizofréniát a marihuána legalizálása utáni 3-4 évben! Ezért újra megszigorították használatát, a professzor szembeszállt a politikai akarattal, majd repült!

Összegzés:

A bizottságokban kifejtett véleményünkkel megegyezően, most sem tartjuk általános vitára alkalmasnak a javaslatot.

Az ENSZ alapelvei világosak: a kereslet és kínálatcsökkentés, valamint a nemzetközi együttműködés talaján alakítja ki drogellenes stratégiáját.

A kormányzat ezzel szemben neoliberális, radikális drogpolitikai megoldásokat vezetne be, a droglegalizáció, a dekriminalizáció és az „önálló ártalomcsökkentési politika” bevezetésével.

Mi a kormánnyal teljes ellentétben az ENSZ követelményrendszerét alapelveként tekintve, három alapvetést tartunk követendőnek:

1. A drogfogyasztás megelőzését, a fiatalok hatékony oktatását és nevelését, az úgynevezett primer prevenciót;
2. A drogfogyasztás észlelésekor a korai beavatkozást és kezelést, a szekunder prevenciót,
3. Végül a tercier prevenciót, mely magába foglalja a drogmentesek szociális reintegrációját, az ártalomcsökkentést, és büntetés helyetti elterelést, valamint a bűnözők büntetését.

A stratégiához költség és akciótervet, prioritási listát nem készítettek, habár az Eseti Bizottság ezt javasolta, mert kiderült, hogy ezek hiánya okozta a korábbiakban a végrehajtás legfőbb zavarát.

Végül egy tény annak bizonyítására, mit sikerült „összehozni” kábítószer ügyben is Önöknek az elmúlt hét év alatt:

1998-99-ben az ANTSZ által végzett, igen alapos felmérés szerint az általános és középiskolások mintegy 85%-a vett részt rendszeres iskolai drogmegelőző programban. Az elmúlt öt évben ez a szám drasztikusan lecsökkent, a KSH adatai szerint a kb. 1.1-1.2 millió tanulóól mindössze 120-130 ezer fő, az összlétszám 8-10% vett részt hasonló programon. Pedig egy, már működő iskolai drogprevenció program nem kerül többé évente kb. kétezer forintnál gyermekeként, miközben egy drogbeteg évi kezelési költsége 2 millió, szövődmények esetén akár 3-4 millió forintjába is kerül az OEP-nek, azaz a társadalomnak. De ennek ellenére alig működik az intézményekben a preventív munka, miközben bizonyított: ma már az általános iskola felső tagozatába járók a leginkább veszélyeztetettek!

Íme, a primer prevenció, íme a megelőzés – szocialista módra! Vagy már akkor is válság volt, csak mi nem vettük észre?

A magyar drogstratégia ne haladjon radikális, neoliberális úton, mert ez túl sokba kerül nekünk. Ez a megoldás túl sok fiatal életébe került már eddig is a világon, és családok százezreit tette tönkre. Ha ezen az úton megyünk tovább, biztosan nem valósul meg soha a javaslat jelmondata: „Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség”! Pedig ezzel, ugye, mindannyian egyetértenénk?