



Brüsszel, 2015.11.27.
COM(2015) 584 final

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK ÉS A TANÁCSNAK

**a 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégia és a 2013–2016-os
időszakra szóló kábítószer elleni cselekvési terv terén történt előrelépésről**

{SWD(2015) 257 final}

1. Bevezetés és háttér

A kábítószerkérdés összetett társadalmi probléma, amely milliók életére van hatással. Jóllehet az elmúlt években bizonyos kábítószerkérdések – így például a heroin és a kokain – fogyasztása mérséklődött, egyre könnyebben beszerezhetőek más, új pszichoaktív anyagok a bárki által hozzáférhető piacról és/vagy az internetről, ami komoly egészségügyi kockázatokat rejt magában.

A kábítószer-függőség emberi szempontból jelentős károkat okoz és igen magas társadalmi költségekkel jár. Költséget jelent a közegészségügy számára (a kábítószer-használat megelőzésének és kezelésének, valamint az egészségügyi és kórházi ellátásoknak a finanszírozása), illetve a közvédelem, a környezet és a munkatermelékenység tekintetében.

Saját bevallása szerint legalább 78,9 millió európai polgár használt már élete során legalább egyszer kannabiszt, míg a kokaint 15,6 millióan, az amfetaminokat pedig 12 millióan próbálták már ki. Ráadásul a felnőtt korú lakosság körében a problémás opioidhasználók száma 1,3 millió, a 15 és 39 év közötti európaiaknál pedig az összes haláleset 3,4 %-át kábítószer-túladagolás okozza. A legfrissebb becslések szerint 2010-ben az EU-ban 1 700-an haltak meg kábítószer-használat okozta HIV/AIDS-ben¹. 2013-ban 1 446 új, intravénáskábítószer-használathoz kapcsolódó HIV-megbetegedést jelentettek az Unióban². 2014-ben 101 új pszichoaktív anyagot azonosítottak, 22 %-kal többet, mint 2013-ban.

Az európai biztonsági stratégia³ helytállóan tartja az Europol értékelését, miszerint **a kábítószerpiaca a legdinamikusabb illegális piac**. Az Unióban működő bűnszervezetek számára a kábítószerkereskedelem és -előállítás továbbra is a legjövödelmezőbb bűncselekmények közé tartozik. A becslések szerint az opiátok Európában hozzávetőleg 12 milliárd EUR-s piaccal⁴ rendelkeznek, míg az Unióban legnagyobb népszerűségnek örvendő kábítószer, a kannabisz fogyasztása 2 000 tonnára tehető. A második legszélesebb körben használt kábítószer az Unióban a kokain: ebből az uniós tagállamok 2013-ban több mint 61 tonnát foglaltak le⁵. Az elmúlt néhány évben ráadásul egyre nagyobb szerepet kap az internetes kábítószer-kereskedelem⁶.

2013-ban a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) továbbfejlesztette az európai kábítószer-helyzettel kapcsolatos jelentéseit. Az EMCDDA és az Europol – az Európai Bizottság felkérésére – emellett 2013-ban kiadta a kábítószerkezelés uniós piacáról szóló első jelentését. A második jelentést a két uniós ügynökség 2016 elején jelenteti meg.

A kábítószer-probléma globális jelenség. A becslések szerint a 15 és 64 év közöttiek közül 2013-ban összesen 264 millióan éltek kábítószerrel. Mintegy 27 millió fő küzd kábítószer okozta zavarokkal vagy kábítószer-függőséggel, akiknek mintegy fele (12,19 millió fő) intravénás szerhasználó, közülük pedig a becslések szerint 2013-ban 1,65 millió fő HIV-fertőzött volt⁷.

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének Közgyűlése 2016 áprilisában rendkívüli ülészakot (UNGASS) tart a kábítószerkérdéskörének témájában, amely alkalommal áttekintik, hogy az

¹ EMCDDA: Európai kábítószer-jelentés – 2015.

² Az EMCDDA jelentése alapján.

³ COM(2015) 185.

⁴ Általános jelentés az Europol 2014. évi tevékenységéről.

⁵ A súlyos és szervezett bűnözés általi fenyegetettség 2015. évi időközi értékelése: Tájékoztató az uniós súlyos és szervezett bűnözésről, Europol, 2015 márciusa.

⁶ Az EMCDDA és az Europol együttes jelentése: Jelentés az uniós kábítószerpiacról: 2013. évi stratégiai elemzés.

⁷ Az ENSZ Kábítószer- és Bűnügyi Hivatalának (UNODC) 2015. évi jelentése a globális kábítószer-helyzetről.

ENSZ egyezmények⁸ részeként miként lehet a közegészségügyi és az emberi jogi elemek megerősítése mellett továbbfejleszteni a nemzetközi kábítószer-politikákat. A nemzetközi közösség ezzel fordulóponthoz érkezett a kábítószer-politikák jövőjének alakítása szempontjából. E tekintetben az Uniónak meghatározó szerepet kell játszania.

Az EU kábítószer elleni politikájának politikai keretét, illetve prioritásait az **EU 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni stratégiája**⁹ és a **2013–2016-os időszakra vonatkozó, kábítószer elleni cselekvési terve**¹⁰ határozta meg. A stratégia egységes és tényeken alapuló kerettel szolgál a kábítószer-probléma Unión belüli és azon kívüli megoldásához. Célja, hogy hozzájáruljon a kábítószer-kínálat és -kereslet Unión belüli visszaszorításához, valamint a kábítószerrel összefüggő egészségügyi és társadalmi kockázatok, illetve ártalmak csökkentéséhez. A stratégia az alábbi három átfogó kérdéskört öleli fel: a) koordináció, b) nemzetközi együttműködés és c) kutatás, tájékoztatás, figyelemmel kísérés és értékelés.

Ez a jelentés a 2013–2020-as időszakra szóló a kábítószer elleni stratégia, illetve a 2013–2016-os időszakra vonatkozó cselekvési terv végrehajtása terén 2013-ban, illetve 2014-ben elért **legfontosabb uniós eredményeket** mutatja be. Az eredmények részletes ismertetését a csatolt bizottsági szolgálati munkadokumentum tartalmazza.

2. Módszer

Az EU kábítószer elleni cselekvési terve kijelöli a tervben foglalt tevékenységek végrehajtásáért felelős feleket és az általuk betartandó határidőket. Ez a – 2013-as és 2014-es évre vonatkozó – jelentés az EMCDDA, az Europol, az Eurojust (az Európai Unió Igazságügyi Együttműködési Egysége) és a CEPOL (Európai Rendőrákadémia) segítségével került összeállításra. A jelentés elkészítéséhez hozzájárult az Európai Külügyi Szolgálat és a Tanács elnöksége¹¹ is. A Bizottság emellett felmérést végzett az uniós országok¹², valamint a drogpolitikában érdekelt civil társadalmi szervezetek¹³ körében. A jelentés fókuszában az EU kábítószer elleni stratégiája, valamint cselekvési terve kapcsán elért eredmények állnak.

3. A kábítószer iránti kereslet csökkentése

Prevenció

Az ifjúság kábítószerhez való viszonyáról végzett 2014. évi Eurobarométer felmérés¹⁴ szerint az alkalmi kábítószer-használat gyakran már iskoláskorban elkezdődik: a becslések szerint minden negyedik 15 és 16 éves fiatal használt már kábítószer¹⁵. A pszichoaktív szerek abúza jelentette veszélynek a vélekedések szerint kitett fiatalok – így például a tanulmányi kudarcokkal és szociális problémákkal küzdő diákok – megszólítására továbbra is **a felvilágosítás és a tanácsadás** számít a legáltalánosabb preventív beavatkozásoknak¹⁶. Az EMCDDA-nak 2013-ban benyújtott jelentései

⁸ Az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezmény; a pszichotrop anyagokról szóló 1971. évi egyezmény és a kábítószer és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni 1988. évi egyezmény.

⁹ HL C 402., 2012.12.29., 1. o.

¹⁰ HL C 351., 2013.11.30., 1. o.

¹¹ A jelentés tartalmazza a Tanács elnökségének a gyógyszerek visszaéléséről és a gyógyszerfüggőségről 2015. áprilisában, a tagállamok körében végzett felmérésének eredményeit is. Jóllehet a felmérés nem illeszkedik a 2013–2014-es időkeretbe, eredményei mégis helyet kaptak a jelentés elkészítésében, mivel azok jóvoltából képet kaphatunk az EU kábítószer elleni cselekvési tervének 4. és 50. tevékenységével kapcsolatos tagállami helyzetről. E helyzetkép a 2013–2014-es időszak szempontjából is releváns.

¹² A felmérésben feltett kérdéseket valamennyi tagállam megválaszolta.

¹³ A kérdőívet franciaországi, görögországi, magyarországi, olaszországi, litvániai, luxemburgi, hollandiai, portugáliai, spanyolországi, szlovéniai és svédországi szervezetek töltötték ki. E szervezetek némelyike olyan hálózati-/ernyőszerű szervezet, amely a szóban forgó szakterületen működő több – ugyanazon országbeli vagy más országokbeli – szervezetet képvisel.

¹⁴ 2014. évi 401. sz. Eurobarométer gyorsfelmérés: „Fiatalok és a kábítószer”.

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

¹⁶ Az EMCDDA jelentése alapján.

szerint az uniós tagállamok kevesebb mint fele hajtott végre teljes körűen az iskolákra összpontosító, a kábítószer-problémával összefüggő szakpolitikákat. Ennek ellenére a jelentések szerint Uniós-szerte széles körben folytattak a pszichoaktív szerek abúzusáról szóló **általános jellegű, iskolai tájékoztató kampányokat**¹⁷. A 2013–2014-es időszak kapcsán a legtöbb uniós tagállam arról számolt be, hogy indítottak kifejezetten **a kábítószer-használat kezdetének későbbi életkorra való kitolását** célzó programokat és/vagy intézkedéseket is.

¹⁷ A pszichoaktív szerek abúzusának fogalma az alkohol, a nikotin és kábítószerek használatát egyaránt magában foglalja. Az EMCDDA által közölt információk.

Példa

A Luxemburg és a határ menti franciaországi, németországi és belgiumi régiók alkotta, együttműködési csoportként tevékenykedő Mondorf csoport nem kifejezetten a kábítószer-problémára összpontosító, interkulturális elemekkel ötvözött megközelítésen alapuló prevenciós tevékenységeket, illetve a fiataloknak szóló, „kalandpedagógiára” épülő szabadidős tevékenységeket szervezett. A tevékenységek elsődleges célja, hogy lehetőséget teremtsenek a fiatalok számára arra, hogy átéljék a csoportdinamikai jelenségeket, tapasztalatot szerezhessenek a konfliktuskezeléssel, a korlátok és kockázatok felmérésével kapcsolatban, valamint egy szociális és kulturális háttér tekintetében változatos csoport tagjaiként megtapasztalhassák az összetartozás érzését.

A legtöbb uniós ország – a civil társadalom szereplőivel együtt – arról számolt be, hogy **tájékoztató célú kezdeményezéseket** szerveztek a kábítószer, illetve az egyéb, új pszichoaktív anyagok használatából eredő kockázatokról, illetve a használat következményeiről.

Valamennyi uniós ország beszámolt **prevenciós intézkedések végrehajtásáról**. Számos uniós tagállam működtet általános prevenciós programokat, néhányuk pedig célzott¹⁸ és javallott¹⁹ prevenciós programok végrehajtásáról is számot adott. Az uniós tagállamok fele számolt be rekreációs környezetben, például zenei fesztiválokon, összejöveteleken, éjszakai szórakozóhelyeken és klubokban folytatott drogellenes kampányokról. Az uniós országok többsége szerint javult vagy változatlan maradt 2013-ban és 2014-ben a prevenciós intézkedések rendelkezésre állása. A civil társadalom egyes képviselői ugyanakkor felhívták a figyelmet a közkiadások e területet érintő és a költségvetési megszorításokra visszavezethető csökkenésére.

Vényköteles gyógyszerek: visszaélés és függőség

A **vényköteles gyógyszerekkel való unióbeli visszaélések, illetve függőség olyan területek, amelyek további lépéseket és elemzéseket igényelnek**. A magas kockázattal járó magatartást tanúsító opioidhasználók körében gyakori a benzodiazepinek²⁰ visszaélészerű használata, és ezek e csoportnál összefüggnek a morbiditással és mortalitással²¹. A vélekedések szerint az opioid analgetikumok és az altatószerek²² – ezek az orvosok által elsősorban pszichoaktív hatásuk miatt, illetve a függőség kezelésére alkalmazott helyettesítő gyógyszerekként felírt gyógyszerek – esetében valószínűsíthető a visszaélészerű használat. Mindazonáltal az uniós országokban csak igen kevés adat áll rendelkezésre ahhoz, hogy a különböző területeken megnyilvánuló visszaélések kapcsán az EU egészére vonatkozóan teljes körű becsléssel lehessen szolgálni. Éppen ezért annak érdekében, hogy döntés születessen a jövőben végrehajtandó tevékenységekről, még pontosabban meg kell határozni a probléma, valamint az uniós válaszlépések nagyságrendjét.

Kezelés és ellátás

¹⁸ A „célzott prevenciós” stratégiák a teljes populáció azon rétegeit célozzák meg, amelyeket a populáció adott – például a fiatalok, a korai iskolaelhagyók vagy az iskolában rosszzabul teljesítők – szegmenséhez való tartozásukból adódóan tekintenek a pszichoaktív szerek abúzusára szempontjából veszélyeztetettnek. A veszélyeztetett csoportok azonosíthatók a pszichoaktív szerek abúzusával bizonyítottan összefüggő szociális, demográfiai vagy környezeti kockázati tényezők alapján, míg a megcélzott alcsoportok meghatározása történhet életkor, nem, családi háttér vagy – például hátrányos helyzetű vagy fokozott kábítószer-használat, illetve kábítószer-kereskedelem jellemezte környékeken található – lakóhely alapján.

¹⁹ A „javallott prevenció” a veszélyeztetett egyénekre irányul, és számukra nyújt segítséget ahhoz, hogy kezeljék, illetve megbirkózzanak személyiségük azon aspektusaival, amelyek miatt kiszolgáltatottabbak az egyre intenzívebb kábítószer-használattal szemben.

²⁰ A benzodiazepinek az orvosi rendelvényre kiadható, széles körben elterjedt gyógyszerek körébe tartoznak, amelyek klinikai alkalmazása több területet is felölel, többek között a szorongás és álmatlanság, valamint az alkoholmegvonási tünetek kezelésére használatosak. Ezek közé a gyógyszerek közé tartozik például: a diazepam, a clonazepam, az alprazolam és az oxazepam.

²¹ [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe \(A benzodiazepinek visszaélészerű használata Európában a magas kockázattal járó magatartást tanúsító opioidhasználók körében\)](#). EMCDDA-jelentés, 2015.

²² A vényköteles és az orvosi rendelvény nélkül kiadhatók egyaránt.

2013-ban és 2014-ben az **integrált kezelési szolgáltatások**²³ tekintetében **valamennyi uniós tagállam** megfelelő lefedettséggel rendelkezett. Az uniós országok fele szerint esetükben a kezelési szolgáltatások hozzáférhetőségét érintő jelentősebb mértékű változás nem történt 2013–2014-ben, a többi uniós ország közül pedig a legtöbben úgy vélték, hogy a szóban forgó hozzáférhetőség javult. A civil társadalom egyes képviselői ezzel szemben azt állították, hogy a költségvetési megszorításokból kifolyólag romlott a kezelési szolgáltatások hozzáférhetősége.

Az uniós országokban az **átfogó és integrált kezelési szolgáltatások** széles köre állt rendelkezésre 2013–2014-ben. Az uniós tagállamok fele nyilatkozott úgy, hogy e kezelések a korábbi évekhez képest 2013-ban és 2014-ben nem váltak diverzifikáltabbá.

Példa

A kábítószer-használók kezelése tekintetében a hozzáférhetőség Angliában igen magas. A legfrissebb (2013–2014-re vonatkozó) adatok alapján a beutaltak 98 %-ánál a kezelést három héten belül megkezdték. A várakozási idő rövid, a kezelésbe lépésre körülbelül három napot kell várni. Az ellátórendszer évtizedet felölelő fejlesztésének eredményeként 2013–2014-ben a várakozási idő – szemben a 2001-es két hónapos időtartammal – már mindössze három nap volt.

A kábítószer-használók kezelését Európában többnyire **járóbeteg-ellátás**²⁴ keretében végzik. A kábítószer-használatból adódó problémák miatt végzett kezelések egytizede esetében utalják a betegeket kórházba vagy szakellátási központokba²⁵.

A **rehabilitációs, illetve a felépülést szolgáló szolgáltatások** terén 2013-ban és 2014-ben előrelépés volt tapasztalható, mindazonáltal az uniós országok mintegy fele arról számolt be, hogy a szolgáltatások e körét nem bővítették. A civil társadalom képviselőiben fellépők közül többen szintén arról adtak számot, hogy 2013-ban és 2014-ben országukban nem bővítették a rehabilitációs, illetve a felépülést szolgáló szolgáltatások körét.

Kockázat- és ártalomcsökkentés

2013-ra valamennyi uniós ország elfogadta a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségügyi ártalmak megelőzését és csökkentését szolgáló népegészségügyi szakpolitikai célkitűzéseit²⁶. Az uniós országok többsége arról számolt be, hogy 2013 és 2014 folyamán konkrét lépéseket tettek annak érdekében, hogy a tényeken alapuló **kockázat- és ártalomcsökkentési intézkedések** rendelkezésre álljanak és igénybe vehetők legyenek.

Példa

Egy 2013-ban létrehozott alacsonyküszöbű program²⁷ keretében Cipruson kísérleti jelleggel 2014-ben végrehajtották az első „hóglyó-elvet” követő programot. Korábbi, illetve jelenlegi injekciós

²³ A EU kábítószer elleni cselekvési tervének 5. számú tevékenysége alapján. További részletek a csatolt bizottsági szolgálati munkadokumentumban találhatóak.

²⁴ Járóbetegnek a diagnózis felállítása vagy kezelés céljából kórházi, klinikai vagy asszociált intézménybe járt, de ott 24 óránál rövidebb ideig tartózkodó betegek számítanak. Az EMCDDA által jelentett adatok.

²⁵ Ennek hátterében az áll, hogy több országban szakosított központok rendelhetnek el opiát-szubsztitúciós kezeléseket. Az EMCDDA által jelentett adatok.

²⁶ A [Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries](#) (Jelentés a kábítószer-függőséggel kapcsolatos egészségügyi ártalmak megelőzéséről és csökkentéséről szóló 2003. évi tanácsi ajánlás jelenlegi, unióbeli és tagjelölt országokbeli helyzetéről), Gesundheit Oesterreich & Sogeti, 2013 alapján.

²⁷ „Alacsonyküszöbű programok” azok, amelyek keretében a lehető legkisebb követelményeket támasztják a betegekkel szemben, akiknek anélkül nyújtanak szolgáltatásokat, hogy megpróbálnák megakadályozni kábítószer-fogyasztásukat, illetve akik számára igény esetén tanácsadással szolgálnak.

kábítószer-fogyasztókat toboroztak, akik részt vettek egy – többek között – a HIV/AIDS-ről, májgyulladásról, tuberkulózisról, elsősegély-nyújtási technikákról, biztonságos szexről és biztonságosabb kábítószer-fogyasztásról tájékoztató képzésen. A képzést követően minden egyes résztvevő toborzott három másik injektló kábítószer-fogyasztót, akikkel megosztotta a képzés jóvoltából szerzett ismereteit, illetve kérdőíves felmérés útján információt gyűjtött a magas kockázattal járó kábítószer-fogyasztással összefüggő magatartásról.

Az injektló kábítószer-fogyasztók közötti fertőzések megelőzését és megfékezését célzó intézkedések központi elemeként valamennyi uniós országban biztosítottak ópiát-szubsztitúciós kezeléseket, illetve működtek tűcsere programok, és mindkét program lefedettsége számottevően javult. Mindazonáltal a tűcsere programok 2013. évi helyzete kapcsán koránt sem lehet – egyetlen ország esetében sem – teljes lefedettségről beszámolni, és ez különösen igaz a börtönökre²⁸. Több ország arról is beszámolt, hogy az utóbbi években szűkebbé vált az ártalomcsökkentő szolgáltatások köre, illetve hogy néhány országban e szolgáltatások csak korlátozottan hozzáférhetők²⁹.

Példa

A Cseh Köztársaságban korlátozott a hozzáférés a szubsztitúciós kezelésekhöz. A betegek számára a metadon térítésmentesen biztosított, de mindössze körülbelül 10 szakellátási központban áll rendelkezésre. Az ópiát-szubsztitúciós kezelésben részesülők túlnyomó részét buprenorfinnal kezelik, amelyet azonban a gyakorlatban az egészségbiztosítás nem térít meg, és a betegek többsége igen magas (havonta a havi átlagkereset mintegy felének megfelelő) összeget kénytelen kifizetni a gyógyszerekért. Ez táptalajt ad a buprenorfin fekete piacának.

Egyes országok üzemeltetnek ellenőrzött **fogyasztói szobákat**³⁰, és az uniós országok egy részében a naloxon³¹ otthoni használatát lehetővé tevő programok is működnek.

Noha az elmúlt években előrelépés történt, a túladagolásokhoz vezető, illetve a betegségekkel, balesetekkel, erőszakos cselekményekkel és öngyilkosságokkal összefüggő kábítószer-használat az EU-ban továbbra is az egyik leggyakoribb elkerülhető haláloknak számít a fiatalok körében. **A becslések szerint 2013-ban kizárólag kábítószer-túladagolás következtében legalább 5 800-an vesztették életüket az EU-ban**³². 2003 óta az országok többsége nem tudta csökkenteni a túladagolás okozta halálesetek számát. Meg kell jegyezni azonban, hogy összességében úgy tűnik, hogy az ártalomcsökkentést célzó intézkedések hatóköre és rendelkezésre állása összefüggésben áll a bejelentett kábítószer-túladagolások számának csökkenésével. 2013-ban a HIV-fertőzések száma csökkent az injektló kábítószer-fogyasztók körében. A hepatitisz C esetében azonban a fertőzési arány sok országban továbbra is magas³³.

Kábítószer-használat a börtönökben

A fogvatartottak körében a szerhasználat nagyobb méretű, mint az általános lakosság körében. 2013-ban és 2014-ben az uniós országok többsége rendelkezett a börtönbüntetésüket töltő kábítószer-

²⁸ Lásd a 26. lábjegyzetet.

²⁹ Az EMCDDA jelentése alapján.

³⁰ A kérdőívre adott válaszok, kiegészítve a „[Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)” (A kábítószerrel kapcsolatos kilátások. Áttekintés a fogyasztói szobák biztosításáról és a tényekről) című 2015. évi EMCDDA-jelentés adataival.

³¹ A naloxon az ópiátok hatásainak blokkolására, elsősorban túladagolások kezeléséhez alkalmazott gyógyszer. Az EMCDDA jelentése szerint a naloxonprogramok némelyike kisebb jelentőségű és időben korlátozott. A naloxon disztribúcióját célzó programok az egyik országban elérhetők a közösségen belüli, magas kockázattal járó magatartást tanúsító használók, valamint a szabadlábba helyezett elítéltek számára.

³² Az EMCDDA jelentése alapján.

³³ Az EMCDDA 2015. évi kábítószer-jelentése.

használókra összpontosító egészségügyi szakpolitikákkal. Ezen országok több mint fele ráadásul azt tervezi, hogy 2016 végére bővíteni fogja a meglévő intézkedések körét, míg azon országok többsége, amelyek jelenleg ilyen jellegű intézkedéseket nem hajtanak végre, az említett időpontig tervezi a végrehajtás megkezdését.

2013-ban és 2014-ben a börtönökben nyújtott és a közösségi alapú szolgáltatások jóvoltából a kábítószer-használók az uniós tagállamok több mint felében folyamatos, a kábítószer-túladagolás megelőzésére kiemelt figyelmet fordító ellátásban részesültek³⁴.

A jelentések alapján 2013-ban az uniós országok túlnyomó többségében elérhetőek voltak a börtönökben a ópiát-szubsztitúciós kezelések³⁵. Mindazonáltal az országok egy csoportja esetében a börtönök falain belül kizárólag azok részesülhettek kezelésben, akik már bekerülésük előtt rendelkeztek orvosi rendelvényt.

2013-ban és 2014-ben mindössze néhány ország rendelkezett **elkülönített forrásokkal a kábítószer-kereslet csökkentésére** irányuló tevékenységek finanszírozásához. Általában az ilyen jellegű tevékenységek költségvetését a kapcsolódó területekhez, például az egészségügy, az oktatás és a jólét területéhez rendelik.

4. A kábítószer-kínálat csökkentése

Az Europol jelentése szerint az újonnan indított ügyek számát és az információáramlást tekintve 2013-ban és 2014-ben a kábítószer-kereskedelem számított a legjelentősebb bűnözési területnek. 2013-ban hozzávetőleg 230 000 kábítószer-terjesztéssel összefüggő bűncselekményt jelentettek be, amelyek 57 %-a kannabisz-terjesztéshez kapcsolódott³⁶. 2014-ben a kábítószerekhez köthető, a kokainnal, heroinnal, szintetikus kábítószerekkel és kannabisszal kereskedő bünszervezetekkel szemben indított új ügyek száma az EU-ban meghaladta az 1 600-t³⁷.

2014-ben **101 új pszichoaktív anyag** megjelenését jelentették első alkalommal az EU-ban – összehasonlításképpen: 2010-ben 41 bejelentés történt. Az EMCDDA jelenleg több mint 450 ilyen anyagot követ nyomon. Az új pszichoaktív anyagok esetében a lefoglalások száma 2013-ban 33 000 volt, a lefoglalt mennyiség pedig meghaladta a 2,3 tonnát. A szóban forgó anyagok előállítás – amely a tablettázást, a csomagolást és a címkézést is magában foglalja – egyre inkább áttevődik EU-n belülre³⁸, bár emellett a harmadik országokból is szállítanak ilyen anyagokat Európába. Az uniós tagállamok arról számoltak be, hogy az Európába érkező új pszichoaktív anyagok fő forrásának 2014-ben Kína számított.

2013-ban és 2014-ben az EMCDDA 182, új pszichoaktív anyagokhoz kapcsolódó hivatalos értesítést, valamint 32 közegészségügyi riasztást és tanácsot adott ki a korai jelzőrendszer hálózata felé. Sok esetben ezek súlyos nemkívánatos eseményekhez – elsősorban halálesetekhez – és/vagy olyan kockázatokhoz kapcsolódtak, amelyek magukban hordozták a komoly károkozás lehetőségét. Ebben az időszakban az EMCDDA és az Europol hét, egészségügyi szempontból kockázatos új pszichoaktív anyagra vonatkozó kockázatértékelést végzett. A Bizottság ezek alapján³⁹ 2013-ban két, 2014-ben

³⁴ Egyes országok esetében ez csak néhány börtönre igaz.

³⁵ Az EMCDDA szerint.

³⁶ Az EMCDDA jelentése alapján.

³⁷ Az Europol jelentése alapján.

³⁸ Lásd a 4. lábjegyzetet.

³⁹ 2012-ben az EMCDDA és az Europol elvégzett egy nyolcadik (a 4-metilamfetaminre vonatkozó) kockázatértékelést is.

pedig további hat⁴⁰ anyaggal összefüggésben nyújtott be javaslatot a Tanácsnak arra vonatkozóan, hogy azokat EU-szerte ellenőrzés alá vonják. A Tanács az Európai Parlament által adott kedvező véleményt követően a Bizottság valamennyi javaslatát elfogadta⁴¹.

Tekintettel arra, hogy az új pszichoaktív anyagok milyen komoly veszélyforrásnak számítanak, a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek a veszélyek elhárítása érdekében új, gyorsabb és hatékonyabb rendszerről kellett határoznia. E célkitűzések megvalósításához **a Bizottság** 2013 szeptemberében **jogalkotási csomagot**⁴² fogadott el, amelyről azóta a társjogalkotók tárgyalásokat folytatnak.

2013-ban és 2014-ben az EMCDDA együttműködött az uniós országokkal, hogy **a kábítószer-kínálatra vonatkozóan az egész EU-ból** pontos, megbízható, összehasonlítható és minőségi adatokat gyűjtsön. Ennek jóvoltából értékelni lehet majd a kialakult helyzetet, valamint a kínálat visszaszorítására irányuló szakpolitikák hatékonyságát. Az adatgyűjtésére 2015-ben kísérleti jelleggel fog sor kerülni.

Az Eurojust elé utalt kábítószer-kereskedelmi ügyek száma a korábbi évekhez képest 2014-ben csak kis mértékben nőtt. Az Eurojust irányításával 2014-ben megvalósult egyik, a kábítószer-kereskedelemre összpontosító projekt jóvoltából megállapítást nyert, hogy az uniós országok között az anyagi és eljárási szabályok tekintetében megmutatkozó különbségek **jelentős mértékben hátráltatták a kábítószer-kereskedelmi ügyekben folytatott nyomozásokat**, valamint a nemzetközi szervezett bűnözésből származó vagyoni eszközök azonosítását, nyomon követését és visszaszerzését. A projekt arra is rávilágított, hogy a kábítószer-kereskedelmi ügyek kapcsán igen ritkán éltek a befagyasztást, illetve vagyonekobjást elrendelő határozatok eszközével⁴³. 2013-ban és 2014-ben az uniós országok többsége kezdeményezéseket indított a határokon átnyúló illegális kereskedelem felszámolása és a biztonság többi tagállammal együttesen történő fokozása érdekében.

2013-ban és 2014-ben a CEPOL közel **1300** – az EU-ból, a társult országokból, a tagjelölt országokból és az uniós ügynökségektől érkező – **résztevő** számára szervezett képzést a kábítószeres és a kábítószerrel kapcsolatos kérdések témakörében. Az uniós tagállamoknak több mint a fele jelezte, hogy a bűnüldöző egységek és az érintett szervezetek⁴⁴ között a kábítószerrel kapcsolatos kérdések terén **jó az együttműködés**, ugyanakkor nem minden országban léteznek az együttműködést hivatalossá tevő hatályos egyetértési megállapodások.

⁴⁰ A Tanács 2015. október 8-i (EU) 2015/1876 végrehajtási határozata az 5-(2-amino-propil)indol ellenőrzési intézkedések alá vonásáról; a Tanács 2015. október 8-i (EU) 2015/1874 végrehajtási határozata a 4-metilamfetamin ellenőrzési intézkedések alá vonásáról; a Tanács 2015. október 8-i (EU) 2015/1875 végrehajtási határozata a 4-jód-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxi-benzil)fenetilamin (25I-NBOMe), a 3,4-diklór-N-[[1-dimetil-amino]ciklohexil]metil]benzamid (AH-7921), a 3,4-metilén-dioxi-pirovaleron (MDPV) és a 2-(3-metoxi-fenil)-2-(etil-amino)ciklohexanon (metoxetamin) ellenőrzési intézkedések alá vonásáról; a Tanács 2015. október 8-i (EU) 2015/1873 végrehajtási határozata a 4-metil-5-(4-metil-fenil)-4,5-dihidroxazol-2-amin (4,4'-DMAR) és az 1-ciklohexil-4-(1,2-difenil-etil)piperazin (MT-45) ellenőrzési intézkedések alá vonásáról.

⁴¹ A C-317/13. és C-679/13. sz. egyesített ügyekben 2015. április 16-án hozott ítéletében a Bíróság megállapította, hogy az új pszichoaktív anyagok betiltására vonatkozó tanácsi határozatok elfogadására csak az Európai Parlamenttel való konzultáció után kerülhet sor. Ebből adódóan a Bíróság ítélete előtt elfogadott, illetve az elfogadás előtt álló tanácsi határozatokat a Tanácsnak – immár az Európai Parlamenttel történő konzultációt követően – újfent el kellett fogadnia. Erre 2015 októberében került sor.

⁴² A csomag a következőkből áll: az új pszichoaktív anyagokról szóló európai parlamenti és tanácsi rendeletre irányuló javaslat, valamint a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló, 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározatnak a kábítószer fogalom meghatározása tekintetében való módosításáról szóló európai parlamenti és tanácsi irányelvre vonatkozó javaslat.

⁴³ A kölcsönös elismerés elvének a vagyonekobjást elrendelő határozatokra történő alkalmazásáról szóló, 2006. október 6-i 2006/783/IB tanácsi kerethatározat (HL L 328., 2006.11.24., 59. o.), valamint a vagyonnal vagy bizonyítékkal kapcsolatos biztosítási intézkedést elrendelő határozatoknak az Európai Unióban történő végrehajtásáról szóló, 2003. július 22-i 2003/577/IB tanácsi kerethatározat (HL L 196., 2003.8.2., 45. o.) alapján.

⁴⁴ Ilyenek például a légitársaságok, a légi futárszolgálatok, a hajózási társaságok, a kikötői hatóságok és a vegyipari vállalatok.

2013-ban összesen **846 esetben került sor tiltott felhasználásra szánt kábítószer-prekurzorok lefoglalására és a szállítmányok feltartóztatására**; 2014-ban **628 ilyen eset**⁴⁵ volt.

Számos uniós tagállam osztja meg végrehajtási képességeit a tengeri elemző és műveleti központ kábítószerekkel foglalkozó részlege (MAOC(N)) keretében azzal a céllal, hogy különösen az Atlanti óceánon feltartóztassák a kábítószer-szállítmányokat. Létrehozása óta a központ több mint **120 hajó** akadályozását, valamint több mint **100 tonna kokain** és **300 tonna kannabisz** lefoglalását koordinálta, amelyek kiskereskedelmi értéke az EU-ban **8 milliárd EUR**. A központ tevékenységét uniós finanszírozásból is támogatják.

2013-ban és 2014-ben a legtöbb uniós tagállam jogrendszere rendelkezett **a kábítószer-fogyasztó bűnelkövetők esetében a kényszerítő szankciókat helyettesítő alternatívákról**. Szinte valamennyi ilyen uniós tagállam biztosította a kezelést és a rehabilitációt, és az országok fele biztosította az oktatást, az utókezelést és a társadalmi visszailleszkedést.

Példa

Portugáliában egy 2001 júliusától hatályos törvény megszüntette a tiltott kábítószer használatának és a kapcsolódó cselekmények bűncselekménnyé minősítését, azonban a törvény a kábítószer-használatot továbbra is jogellenes magatartásnak tekinti. Bűncselekmény a kábítószer birtoklása 10 napos átlagos egyéni fogyasztás mennyiségénél nagyobb mennyiségben. Az alacsonyabb mennyiségű kábítószer birtoklásán tetten ért személyt, aki esetében nem áll fenn a gyanú, hogy kábítószer-kereskedelemben venne részt, a kábítószer-függőségtől való visszatartásért felelős bizottság értékeli, amely egy jogászból, egy orvosból és egy szociális munkásból áll. Közigazgatási szankciók alkalmazhatók, azonban a fő célkitűzés a kezeléshez való hozzáférés elősegítése, valamint az, hogy az érintettek egészségesen térjenek vissza az életbe és a társadalomba. E bizottságok a megelőző beavatkozások „második vonalaként” tevékenykednek, értékelik a rendőrség által hozzájuk utalt kábítószer-fogyasztók személyes körülményeit és átirányítják őket a megfelelő válaszlépések felé.

Újabb kihívást jelent, hogy az internet a kábítószer online piacává vált. **Az uniós tagállamok több mint felének célkeresztjében kifejezetten az interneten történő, kábítószerhez köthető bűncselekmények álltak**, többen közülük a szintetikus kábítószer értékesítésére használt honlapokat célozták meg. Az Eurojust és az Europol szintén beszámolt számos olyan intézkedéséről, amelyek a kábítószerhez köthető, az interneten történő bűncselekményeket célozták meg.

Példa

Németországban a szövetségi bűnügyi rendőrség (BKA) az interneten zajló mindenféle kábítószer-kereskedelem növekedését észlelte. A figyelem központjában a szintetikus kábítószer állnak. Ezen túlmenően a kábítószer-kereskedelem a „tisztá internetről” egyre inkább áttérjed az úgynevezett Darknetre. Megjelenik az anonimizálás és a kódolás, rendkívül megnehezítve az adminisztrátorok, a kereskedők és a vásárlók azonosítását. A virtuális pénznemek, mint például a bitcoin még nagyobb névtelenséget biztosítanak a fogyasztók számára. E rendkívül terjedő jelenség miatt 2014. november 15-től a BKA kialakította az interneten zajló kábítószer-kereskedelemmel foglalkozó munkacsoportot. A munkacsoportnak jelenleg 2,5 tagja van.

2013-ban és 2014-ben csak néhány országban részesültek **célzott finanszírozásban a kábítószer-kínálat csökkentésére** irányuló tevékenységek. Általában az ilyen jellegű tevékenységek

⁴⁵ A kábítószer-prekurzorok uniós adatbázisa.

költségvetését a kapcsolódó területekhez, például a bűnügyi rendőrség általános költségvetéséhez rendelik.

5. Koordináció

Tekintettel a **kábítószerkérdés ágazatokon átívelő jellegére**, a különböző politikai területek uniós és tagállami szintű **koordinációjára** van szükség a kérdés hatékony kezeléséhez.

A Tanácsban külön munkacsoport foglalkozik a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekkel minden területen. E csoporton belül a Tanács elnökségei olyan programot folytattak, amely szorosan követte az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervét. Néhány uniós tagállam azonban úgy érezte, hogy nem minden fellépéssel foglalkoztak rendszeres jelleggel. A Tanács soros elnökségei erőfeszítéseket tettek a bűnüldözéssel foglalkozó egyéb munkacsoportokkal való szorosabb kapcsolatok és információcsere létrehozására is.

Szinte valamennyi uniós tagállam azt állítja, hogy az **Európai Tanácson belül a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozó munkacsoportokban képviselt álláspontjukat** egyeztetik a nemzeti szinten érintett felekkel.

2013-ban egyetlen országot kivéve, amely a regionális alapú megközelítést alkalmazza, valamennyi uniós tagállam rendelkezett nemzeti **kábítószer elleni stratégiával**. Míg a stratégiák nagy része kifejezetten a kábítószerre összpontosított, egyes uniós tagállamokban a kábítószer olyan szélesebb körű, függőségre vonatkozó politikák részét képezik, amelyek magukban foglalják a dohányt, az alkoholt és bizonyos esetekben az egyéb szenvedélybetegségeket is. Az elmúlt években egyre több ország végezte el a kábítószer-ellenes stratégiájának vagy cselekvési tervének végleges értékelését⁴⁶. A **civil társadalmi szervezeteket**⁴⁷ a jelentések szerint valamennyi tagállam bevonta a 2013–2014 közötti nemzeti kábítószer elleni politikája kidolgozásába, nyomon követésébe és/vagy értékelésébe.

Példa

Szlovákiában a nem kormányzati szervezetek képviselője (kormány megbízott) tagja a fő koordinációs szervnek (a Szlovák Köztársaság kábítószer elleni politikájával foglalkozó tanácsa), és jogában áll képviselőket meghívni a tanács üléseire és a konkrét napirendi pontokkal foglalkozó megbeszélésekre. Ezen felül az új stratégiai dokumentumok (stratégia, cselekvési tervek) előkészítése során a nem kormányzati szervezetek képviselőit felkéri, hogy terjesszék elő elképzeléseiket a kormány megbízotton keresztül vagy közvetlenül. Jogi hatáskörrel is rendelkeznek, hogy a dokumentumok jóváhagyási eljárása során megtegyék észrevételeiket és javaslatukat. Észrevételeiket és javaslatukat meg kell vitatni és a legésszerűbbeket figyelembe kell venni; az véleménykülönbségeket el kell kerülni, ellenkező esetben a jóváhagyási eljárás megállítható.

A civil társadalom képviselőinek zöme megerősítette, hogy bevonták őket országuk 2013–2014 közötti kábítószer elleni politikájának kidolgozásába, nyomon követésébe és/vagy értékelésébe, néhányuk állítása szerint azonban **nem folytattak strukturált párbeszédet** e tekintetben. Míg a civil társadalom több képviselője úgy ítélte meg, hogy a nemzeti szinten fennálló együttműködés hasznos volt, néhányan megemlítették, hogy a civil társadalom nem kapott szerepet országuk kábítószer elleni

⁴⁶ Az EMCDDA jelentése alapján.

⁴⁷ Nevezetesen a hivatásos addiktológiai szolgáltatók; a kábítószer elleni politika terén tevékenykedő nem kormányzati szervezetek; a kábítószer területén érintett egyének (kábítószer-felhasználók/családtagok stb.) érdekeit képviselő nem kormányzati szervezetek; a tudományos közösség.

politikájának kialakításában. Uniós szinten a Bizottság és a civil társadalom közötti strukturált párbeszéd a drogokkal kapcsolatos európai civil társadalmi fórum keretében zajlik, amely tanácsokkal szolgál a szakpolitikák kialakításának és végrehajtásának támogatása érdekében.

A civil társadalom képviselőinek megítélése szerint nemzeti szinten **nem különítettek el elegendő forrást** a kábítószer elleni uniós stratégia prioritásainak teljesítéséhez 2013-ban és 2014-ben. Több nem kormányzati szervezet számolt be költségvetésének csökkentéséről.

A kábítószerrel kapcsolatos nemzeti szintű közkiadásokra vonatkozó adatok továbbra is csak szórványosan vannak jelen. Azon 19 ország esetében, amely az elmúlt 10 évben becsléseket adott, a kiadásokat a GDP 0,01%-a és 0,5%-a közöttire becsülték, amelyen belül az egészségügyi ellátás az összes kábítószerhez köthető kiadás 24–73%-át teszi ki⁴⁸.

6. Nemzetközi együttműködés

Nemzetközi szinten a kábítószer elleni uniós stratégiában foglalt fontos cél, hogy az EU a nemzetközi színtereken, illetve a partnerországokkal szemben egységesen lépjen fel. 2013-ban és 2014-ben az EU-nak döntő részben sikerült koordinált álláspontot képviselnie a nemzetközi találkozókra. Noha történtek intézkedések az ENSZ intézményein belüli uniós összhang megerősítése érdekében, a bécsi ENSZ-fórumok küldöttségei és a Brüsszelben működő, kábítószerrel foglalkozó horizontális tanács munkacsoport közötti koordinációt javítani kell.

Az ENSZ és egyéb nemzetközi fórumok kábítószerrel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozó üléseire a tagállamok előkészítették az uniós álláspontokat. Az UNGLASS 2016-os ülészakára előkészítés alatt áll a közös uniós álláspont.

Az EU **régóta együttműködik az olyan harmadik országokkal**, mint például az Egyesült Államok, a latin-amerikai, karibi, közép-ázsiai és nyugat-balkáni országok, Oroszország és a szomszédságpolitikában részt vevő országok, amelyekkel rendszeresen tart kábítószerrel foglalkozó szakértői találkozókat. Az EU a kábítószer-prekursorok területén való együttműködésre vonatkozó különleges megállapodást kötött 11 országgal, közöttük Kínával, az Egyesült Államokkal és Mexikóval. E megállapodások keretében rendszeresen, többnyire évente szakértői találkozókra kerül sor.

2013-ban és 2014-ben a **szomszédságpolitikában részt vevő országokkal és Oroszországgal** folytatott együttműködés a kábítószer-kínálat csökkentésére összpontosított, azonban a korábbiakhoz képest ez az együttműködés kevésbé volt dinamikus, amit minden valószínűség szerint az Európa keleti határain fennálló, kihívásokkal teli biztonsági helyzet is okozhatott. Jelentős előrelépésnek számít, hogy a **bővítési országokban** megjelentek az EU kábítószer elleni stratégiájával, valamint cselekvési tervével összhangban álló nemzeti kábítószer elleni stratégiák⁴⁹. Az **EU-CELAC⁵⁰ közötti**, kábítószerrel kapcsolatos koordinációs és együttműködési mechanizmus és a prekursorokkal foglalkozó közös nyomkövetési csoport⁵¹ olyan üléseket tartott, amelyek a világ kábítószer-problémájának leküzdésére összpontosítottak. A latin-amerikai régióban a kábítószer elleni uniós politikát számos regionális és bilaterális együttműködési projekt is támogatja⁵². **Az EU és az Egyesült Államok** közötti párbeszéd az alábbi témákra összpontosított: az új pszichoaktív szerek kezelése,

⁴⁸ Az EMCDDA jelentése alapján.

⁴⁹ 2013–2014-ben Törökország, Montenegró, Macedónia Volt Jugoszláv Köztársaság és Szerbia fogadott el új/naprakészé tett stratégiákat.

⁵⁰ Latin-amerikai és Karibi Államok Közössége.

⁵¹ Az EU Latin-Amerikában a kábítószer-prekursorok ellenőrzésére vonatkozóan hét egyedi megállapodást kötött Bolíviával, Chilével, Kolumbiával, Ecuadorral, Mexikóval, Peruvál és Venezuelával.

⁵² Azaz Bolíviában, Peruban, Brazíliában, Ecuadorban és Kolumbiában.

az orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerekkel való visszaélés és az UNGLASS 2016-os ülészakára való felkészülés.

Az EU kábítószerrel foglalkozó külső együttműködési programjainak célja a kábítószer-kínálat és -kereslet elleni kiegyensúlyozott küzdelem, egyben támogatva és védve az emberi jogokat.

Az EU által 2013-ban és 2014-ben finanszírozott, kábítószerrel kapcsolatos fő projektek közé tartozott többek között:

- a COPOLAD, a Latin-Amerikával a kábítószer elleni politikák terén folytatott regionális együttműködési program⁵³,
- a kokainútvonallakra vonatkozó program⁵⁴, amely Nyugat-Afrika, Latin-Amerika és a Karibi térség 38 országában aktív,
- a heroinútvonallal kapcsolatos program⁵⁵,
- a Közép-ázsiai kábítószer-ellenes program (CADAP)⁵⁶,
- a BOMCA⁵⁷, amely szintén tevékeny Közép-Ázsiában.

Az EU fejleszti a Nyugat-Afrikával folytatott együttműködését is, támogatást nyújtva az ECOWAS⁵⁸ regionális cselekvési terv végrehajtásához, amely a tiltott kábítószer-kereskedelemből, a kapcsolódó szervezett bűnözésről és a kábítószerrel való visszaélésről szól.

Az EU régóta támogatja az ENSZ Kábítószer- és Bűnügyi Hivatalának (UNODC) projektjeit és programjait. Az EU számos projektet és programot támogat a kábítószer-kereskedelemből való visszaélés elleni nemzetközi küzdelemben, összesen 73 millió EUR összegű finanszírozást nyújtva.

Példa

Az EU és Latin-Amerika közötti együttműködést többek között a COPOLAD határozza meg, amely a kábítószer elleni politikák terén folytatott regionális együttműködési program, és amelynek célja, hogy javítsa a latin-amerikai kábítószer elleni politikák egyensúlyát, koherenciáját és hatásait, valamint fejlessze az EU-CELAC közötti, kábítószerrel kapcsolatos koordinációs és együttműködési mechanizmust. A célja különösen a kapacitások megerősítése, valamint az, hogy ösztönözze a kábítószer elleni politikák kialakításának különböző szakaszait a latin-amerikai országokban. A latin-amerikai nemzeti kábítószer-ügynökségek szerint a COPOLAD segít a kábítószer elleni politikák megítélésének megváltoztatásában, a paradigmaváltásban, továbbá segít felhívni a figyelmet az alábbiak szükségességére: a kábítószer-kínálat és a kábítószer iránti kereslet csökkentésének kiegyensúlyozott megközelítése; kutatási eredményeken alapuló szakpolitikák; az emberi jogokon és

⁵³ A 2010-ben indított és teljes egészében az EU által finanszírozott COPOLAD program teljes költségvetése 6,5 millió EUR volt. 2014-ben a COPOLAD programot meghosszabbították (hogy lefedje a 2016–2019 közötti időszakot). A második szakaszban az uniós hozzájárulás 10 millió EUR-t tesz ki. A COPOLAD végrehajtására irányuló támogatási szerződést egy spanyolok által vezetett konzorcium nyerte el, amelynek tagjai európai és latin-amerikai partnerek, társult szervezetek Costa Ricából, Lengyelországból, Ecuadorból, Mexikóból és Romániából, a CICAD (a kábítószerrel való visszaélés elleni Amerika-közi bizottság), az IDPC (International Drug Policy Consortium – Nemzetközi Drogpolitikai Konzorcium), az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja), a PAHO (Pan American Health Organisation – Pánamerikai Egészségügyi Szervezet) és a RIOD (Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias) https://ec.europa.eu/europeaid/regions/latin-america/copolad-cooperation-programme-between-latin-america-and-european-union-drugs_en

⁵⁴ <http://www.cocaineroute.eu/>

⁵⁵ <https://www.fight-trafficking.eu/>

⁵⁶ Az uniós konzorcium vezetője Németország. A lefedett közép-ázsiai országok a következők: Kazahsztán, Kirgizisztán, Tádzsikisztán, Türkmenisztán és Üzbegisztán. Az EU a program számára a 2001–2013 közötti időszakra 20,7 millió EUR-t különített el.

⁵⁷ Közép-ázsiai határigazgatási program. Az EU a BOMCA számára a 2003–2014 közötti időszakra 33,6 millió EUR-t különített el. A program egyik eleme a határokon tevékenykedő ügynökségek kábítószer-ellenes kapacitásainak megerősítésére összpontosított.

⁵⁸ Nyugat-afrikai Államok Gazdasági Közössége.

közegészségügyi alapelveken alapuló szakpolitikák; a nemi kérdések figyelembevétele; a korábban széles körben elutasított, ártalomcsökkentésre vonatkozó megközelítés elfogadhatóságának fokozása.

Az alternatív fejlesztés célkitűzése az, hogy a kábítószer-növény-termesztéshez képest gazdaságilag életképes, jogszerű alternatívát biztosítson a gazdák számára. Csupán néhány uniós tagállam jelezte 2013-ban és 2014-ben az ilyen programok támogatását azokban a térségekben, ahol illegális kábítószer-termesztés folyik, illetve ahol fennáll ennek a veszélye⁵⁹.

2013–2014-ben az uniós tagállamoknak kevesebb mint a fele vett részt harmadik országok – ideértve az ott működő civil társadalom – támogatásában, ami a **kockázat- és ártalomcsökkentésre irányuló kezdeményezések**⁶⁰ kidolgozását és végrehajtását illeti.

Néhány uniós tagállam 2013–2014-ben támogatott olyan harmadik országbeli projekteket és/vagy programokat, amelyek a **kábítószerre köthető szervezett bűnözés** leküzdésére irányultak⁶¹.

2013-ban és 2014-ben az uniós tagállamok fele kötött olyan **kétoldalú megállapodásokat, együttműködési stratégiákat és/vagy cselekvési terveket, amelyek magukban foglalták a harmadik országokkal a kábítószerre terén folytatott együttműködést** (főként Oroszországgal, a Nyugat-Balkánnal, a Közel-Kelettel és Latin-Amerikával). A kétoldalú együttműködési megállapodások leggyakoribb formái lefedték a koordinációt, a kábítószer iránti kereslet és a kábítószer-kínálat csökkentését, a tájékoztatást, az értékelést, a kutatást és a nyomon követést, illetve egyes megállapodások csak a kábítószer-kínálat csökkentésére terjedtek ki.

7. Tájékoztatás, kutatás, nyomon követés és értékelés

2013-ban és 2014-ben a Bizottság közel 10 millió EUR összegű finanszírozást biztosított két kábítószerrel kapcsolatos projekthez a hetedik kutatási és technológiafejlesztési keretprogram társadalom-gazdaságtan és humán tudományok programja keretében. E projektek a következők voltak: a függőség és az életmódok a ma Európában (ALICE RAP) és az Európai Kutatási Térség kábítószerrel foglalkozó hálózata (European Research Area Network on Illicit Drugs – ERANID). A hetedik keretprogram által a kábítószerrel kapcsolatos kutatáshoz nyújtott átfogó támogatás mintegy 60 millió EUR-t tesz ki, ideértve az alábbiak terén végzett tanulmányokat: intravénáskábítószer-használók a hepatitiszben szenvedő csoportok és a HIV-fertőzött terhes nők körében; innovatív kezelési lehetőségek; valamint a kábítószer felderítési technológiáinak javítása.

Végezetül a Bizottság más pénzügyi programokból⁶² is biztosított több mint 1,5 millió EUR összegű finanszírozást a kábítószer területén folytatott kutatással kapcsolatos projektek számára.

2013–2014-ben az uniós tagállamokban elsősorban a kábítószer iránti kereslet csökkentése és a kábítószer-fogyasztáshoz köthető, vérrel terjedő fertőzések terén végeztek kulcsfontosságú új kutatásokat. A következő legnépszerűbb kutatási témák a politoxikomán kábítószer-használat és az orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerekkel való visszaélés; a rabok kábítószer-problémái, valamint a kábítószer-kereslet csökkentését célzó börtönökön belüli beavatkozások és szolgáltatások

⁵⁹ A fő kedvezményezettek közé tartozik Afganisztán, Mianmar, Laosz, Bolívia, Kolumbia, Peru és Ecuador.

⁶⁰ A fő kedvezményezettek közé tartozott Latin-Amerika, Közép és Délkelet-Ázsia, az afrikai országok, a Nyugat-Balkán, a dél-mediterrán és a kelet-európai országok.

⁶¹ A fő kedvezményezettek közé tartoztak az afrikai országok, a karibi térség, Dél-Amerika, a Nyugat-Balkán, Közép-Ázsia és Kelet-Európa.

⁶² A Bűnmegelőzés és a bűnözés elleni küzdelem egyedi program, a Drogprevenció és felvilágosítás program és a Jogérvényesülés program az alábbi projekteket támogatta: LEADER program a kábítószer gazdasági elemzésének fokozására (Clinic Biomedical Research Foundation, Barcelona), a hepatitisz C kezelésével és megelőzésével foglalkozó kutatás (University of Bristol), CASSANDRA kutatás az új pszichoaktív szerek ellátási láncáról és terjesztéséről (King's College London), PREDICT – Az új kábítószer kockázatainak megbecslése in silico és klinikai toxikológia keretében (Maastricht University).

rendelkezésre állása és köre voltak. Néhány országban kutatásokat végeztek a kábítószer-kínálat csökkentése, valamint pszichiátriai és fizikai komorbiditás terén.

2013-ban és 2014-ben szinte valamennyi uniós tagállam kezdeményezett/hajtott végre kezdeményezéseket a **szakemberek⁶³ képzésére** irányulva, a kábítószer-kínálat és a kábítószeres iránti kereslet csökkentése vonatkozásában. A tagállamok fele kezdeményezett/hajtott végre olyan kezdeményezéseket, amelyek az adatgyűjtés, valamint a kábítószer-kínálat és a kábítószeres iránti kereslet csökkentésére vonatkozó jelentéstétel terén történő szakemberképzésre irányultak. A nemzeti vagy uniós szintű képzési kezdeményezésekbe egyes civil társadalmi szervezeteket is bevontak.

8. Következtetések

A kábítószeres olyan összetett társadalmi problémát jelentek, amiért **emberi és társadalmi szempontból nagy árat** kell fizetnünk. A kábítószer-kereskedelem a szervezett bűnözés számára az egyik legjövedelmezőbb tevékenység. Az EU több éve olyan politikát folytat, amely igyekszik megtalálni az egyensúlyt a kábítószeres iránti kereslet és a kábítószer-kínálat csökkentése között. Ezt az uniós modellt több érintett fél és harmadik ország is érvényesnek ismerte el.

Az EU-nak a harmadik országokkal meglévő kapcsolatokra és párbeszédre kell építenie, hogy **a kábítószeres leküzdése terén folytatott együttműködésnek új lendületet adjon**. Amennyiben az EU azt szeretné, hogy a kábítószer-probléma kiegyensúlyozott megközelítését világszerte elfogadják, a harmadik országokkal, valamint a regionális és nemzetközi szervezetekkel folytatott fokozott és célzott együttműködésre lesz szüksége. Az EU részvétele és támogatása a harmadik országok számára segítséget nyújt a kábítószer-problémáik leküzdéséhez, ugyanakkor hozzájárul az EU-ba irányuló kábítószer-kínálat csökkentéséhez.

Rendre jelennek meg újabb kockázatok is. A kockázatok egyikét **az új pszichoaktív anyagok megjelenése** jelenti. Döntő fontosságú most, hogy az Európai Parlament és a Tanács megállapodásra jusson egy szilárd és hatékony rendszer bevezetése tekintetében, amely alkalmas arra, hogy az új pszichoaktív anyagok uniós szerte okozott fenyegetéseit kezelhessük. Ugyanakkor erőfeszítésekre van szükség ahhoz, hogy bővítsük a veszélyes anyagoknak nemzetközi szinten – az Egészségügyi Világszervezettel való együttműködésben – történő besorolására irányuló kapacitásokat.

Egy újabb kihívást jelent, hogy **az internet a kábítószeres online piacává** vált. A kábítószeres probléma ezen szempontjának megoldása tekintetében az EU-nak és a nemzetközi közösségnek proaktívan, a bűnüldöző egységekkel, az iparral, a civil társadalommal és más partnerekkel együttműködve kell megtalálnia az online kábítószer-kereskedelem megelőzésének hatékony módjait.

A kannabiszt széles körben használják és terjesztik az EU területén, a szintetikus kannabinoidok közelmúltbeli megjelenése új dimenziót adott e piacnak. A kannabisz Európában és nemzetközi szinten egyaránt intenzív vita tárgyát képezi, mivel a harmadik országokban olyan jogalkotási intézkedések kerülnek végrehajtásra, amelyek lehetővé teszik annak rekreációs felhasználását. E vita előreláthatóan folytatódik és a jövőben fokozottabb figyelmet kap.

A kábítószeresekkel kapcsolatos szakpolitikákra biztosított közkiadásokra vonatkozó információ kevés, a gazdasági válság minden kétséget kizáróan hatást gyakorolt arra, hogy az uniós tagállamok

⁶³ Többek között egészségügyi szakemberek, nem kormányzati szervezetek, rendőrök, diplomaták, tanárok és nevelők, szociális munkások, kutatók és politikai döntéshozók, kockázat-elemzők, pszichoszociális rehabilitációs programok vezetői, vámtisztviselők és szolgálati kutyák, bírák, jogászok és a büntetés-végrehajtási igazgatás.

miként kezelik a kérdést. Az EMCDDA szerint számos uniós tagállam jelezte az ártalomcsökkentő szolgáltatások körének szűkülését és/vagy csak kis hatókörű intézkedések alkalmazását. Ezen túlmenően a civil társadalmi szervezetek is felhívták a figyelmet a kábítószer-használat megelőzésére és kezelésére fordított tagállami költségvetések csökkenésére.

A kábítószerrel kapcsolatos **kutatási erőfeszítésekre** a jövőben uniós szinten kerül sor. Az e téren zajló uniós kutatás támogatásának fő eszközeit a Horizont 2020, a kutatási és innovációs uniós keretprogram (2014–2020) és a Jogérvényesülés program (2014–2020) jelentik.

Az **Egyesült Nemzetek Szervezetének Közgyűlése 2016-ban a kábítószeres kérdéskörének témájában tartandó rendkívüli ülészaka** (UNGASS) mérföldkövet jelent majd egy olyan szakpolitika kidolgozásában, amely világszerte emberek millióinak életére lesz hatással. Az UNGASS keretében az EU által előterjesztett modell egy integrált és kiegyensúlyozott megközelítés, amely tudományos bizonyítékokon alapul. Az EU arra is felhasználja majd ezt az eseményt, hogy sürgesse egy humánusabb és közegészségügy-orientáltabb nemzetközi szintű drogpolitika kidolgozását. Rendkívül fontos, hogy az UNGASS keretében az EU egységesen lépjen fel.

A kábítószer elleni uniós stratégiában foglaltaknak megfelelően 2016-ban az Európai Bizottság **átfogóan értékeli** a kábítószer elleni stratégiáját és cselekvési tervét. Az értékelés során megvizsgálja a kábítószer elleni uniós stratégia végrehajtásának hatásait az EU-n belül és kívül egyaránt. A Bizottság az eredmények alapján dönt a 2017–2020-ra vonatkozó új cselekvési tervre irányuló javaslat előterjesztéséről.