

Az új pszichoaktív anyagok hazai kockázatértékelésének felülvizsgálata

Móro Levente

Major Magda

Kaló Zsuzsa

© 2019 Nemzeti Drog Fókuszpont

© Szerzők

A beszámoló és a kutatás a Nemzeti Drog Fókuszpont mint megrendelő tulajdona. A tanulmánykötetben megjelenő szakmai álláspont nem a Nemzeti Drog Fókuszpont, illetve az EMMI álláspontja.

Tartalomjegyzék

A szerkesztőkről	3
Szerkesztői összefoglaló	4
Rationale: A kockázatértékelés szükségessége	5
1. Az ENSZ-egyezmények céljai és koncepcionális kihívásai	6
2. Az addiktológia kurrens elméletei és új drogdiskurzusok	9
2.1 Az addiktológia kurrens elméletei	9
2.2 Drogdiskurzusok	11
A droghasználat patológiás modellje	11
Az ártalomcsökkentés modellje	12
Fogyasztói modell	13
3. Fogalommeghatározás	15
3.1 ÚPA fogalmának meghatározása	15
3.2 Ártalom és kockázat fogalmainak meghatározása	16
4. Kábítószeres, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok szabályozása és kockázatértékelése	19
4.1 Külföldi szabályozás és kockázatértékelés	19
Nemzetközi szabályozási háttér	19
Nemzeti szabályozási háttér	20
Európai Unió szabályozási háttér	20
4.2 Hazai szabályozás és kockázatértékelés	21
A kábítószeres és pszichotróp anyagok hazai szabályozása	21
Az új pszichoaktív anyagok hazai szabályozása	22
Szabályozási kategóriák és jogkövetkezményeik	23
Kockázatértékelés folyamatának jogi háttér és leírása	27
Az ÚPA-szabályozás gyakorlati megvalósulása	29
4.3 Hazai rendszer elhelyezése az európai gyakorlatban	30
Fogyasztói magatartások kriminalizációja az EU tagállamaiban	30
Az EU-tagállamok ÚPA-szabályozási tipológiája jogalap szerint	30
5. Nemzetközi elvárások és kötelezettségek	33
5.1 ENSZ-egyezmények jogértelmezése	33
Releváns ENSZ-egyezmények	33
Definíció a magyar jogban	33
A magyar szabályozás és az ENSZ-egyezményeknek való megfelelés	34
Értelmezés a körülmények és társadalmi környezet tekintetében	36
5.2 EU-szabályozás	37
5.3 Kapcsolódó nemzetközi szabályozások	39
6. Kockázatértékelés, jegyzékre vétel, szabályozás: elméleti kritika	41
6.1 A drogszabályozás konceptuális kérdései	41
6.2 A kockázatértékelési rendszer elméleti kritikája	45
6.3 Meta-kockázatértékelés: a szabályozásból eredő kockázatok figyelembe vétele	47
6.4 Szabályozás szempontjából releváns tényezők összegzése	48
6.5 Listás, generikus és analóg szabályozási elemek alkalmazása	50
6.6 Hatásvizsgálat -vizsgálat	52
6.7 A kockázatértékelés következményei	53
7. Kockázatértékelés, jegyzékre vétel, szabályozás: gyakorlati kutatási eredmények	56
7.1 A kockázatértékelés értékelése Magyarországon – kutatási beszámoló	56
7.2 A jelenlegi kockázatértékelési rendszer leírása	57
7.3 Jelenlegi kockázatértékelési rendszer kritikája	58
7.4 Javaslatok	64
Klinikai és nemzetközi tapasztalatok	64
Nyomozási gyakorlatok módosítása	64
Mennyiségmeghatározási javaslat – a büntetés mennyiséghez igazítása	64

Tapasztalati szakértők bevonása az adatgyűjtésbe.....	65
Anonim drogbevizsgálás mint alacsonyküszöbű szolgáltatás.....	65
7.5 Dokumentumelemzés: finn, svéd és lengyel ÚPA-KÉ.....	65
7.6 A 2010-2018 közötti EU-s kockázatértékelési tapasztalatok áttekintése	66
A kockázatértékelés tényezői az EMCDDA irányelvei alapján	67
Általános elvek a kockázatértékelésben.....	67
EU-s ÚPA-KÉ: eredmények	68
EU-s ÚPA-KÉ: összefoglalás	73
8. Javaslatok az ÚPA-kockázatértékelés és szabályozás megújítására.....	74
8.1 Összefoglaló a KÉ-i folyamatot érintő javaslatokról	74
Előzetes szakmai értékelés (ESzÉ) átalakítása és kritériumainak bővítése	74
'ESzÉ-jegyzék' létrehozása	74
Kockázatértékelések és jegyzékre vételek új kritériumai.	75
KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése	75
8.2 Inputok	75
A kockázatértékelést megalapozó adatforrások fejlesztésére vonatkozó konkrét javaslatok	75
A jogszabályok előkészítésében való szakmai és társadalmi részvétel.....	75
8.3 Folyamat.....	76
Jelenlegi részfolyamatok és jegyzékek	76
Javasolt új részfolyamatok és jegyzékek	76
8.4 Outputok.....	77
8.5 Monitoring és hatásvizsgálat.....	79
8.6 A Korai Jelzőrendszerre gyakorolt hatás.....	80
8.7 A jogkörnyezet szükséges módosításai	80
9. A jogkörnyezetre vonatkozó kiegészítő javaslatok.....	81
9.1 'Elterelés' lehetősége csekély mennyiségű ÚPA megszerzése vagy tartása esetén	81
9.2 Hospitalizált páciensektől szerzett anyagminták bevizsgálása.....	81
9.3 Anonim fogyasztói drogminta-bevizsgálás	82
9.4 Kábítószeres és ÚPA-ok: csekély mennyiség felső határának egyedi megállapítása	82
9.5 A kábítószer- és ÚPA-jegyzékek felülvizsgálati és újrasorolási lehetősége	82
9.6 ÚPA büntetési tételek csökkentése.....	83
9.7 ÚPA fogalma a Btk. értelmező rendelkezéseéhez, Gytv. helyett EMMI utalással	83
9.8 ÚPA mennyiségi meghatározása a Btk. értelmező rendelkezéseéhez	84
9.9 OAC helyett Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont az ESzÉ-t és KÉ-t végző szerv	84
'A' függelék: Kockázatértékelések és jegyzékre vételek új kritériumai	85
ESzÉ-be vonás és ESzÉ-jegyzékre vétel	85
ESzÉ és ÚPA-jegyzékre vétel.....	86
ÚPA-KÉ és kábítószerjegyzekekre vétel.....	87
Korábban kábítószerre átsorolt ÚPA visszasorolása az ÚPA-jegyzékre	88
Szabálysértéssé minősítő D) jegyzékre sorolás.....	89
'B' függelék: Jogszabály-módosítási javaslatok.....	90
Büntető Törvénykönyv	91
Kábítószer Vhr.	92
EMMI ÚPA-rendelet	94
Gyógyszertv.	95
Szabálysértési tv.....	96
Irodalomjegyzék	97
Kapcsolódó jogszabályok és jogi szövegek.....	103

A szerkesztőkről

dr. Móró Levente <leve@utu.fi>

Móró Levente drogszakértő, tudatkutató. A finnországi Turku egyetemének kognitív idegtudományi központjában szerezte meg pszichológia főtárgyú társadalomtudományi PhD-fokozatát. Doktori disszertációjának témája a tudat kutatás volt, ezen belül a módosult tudatállapotok (álmodás, hipnózis, hallucinációk, pszichoaktív szerek). Speciális szakterületei a pszichedelikus drogok és az új pszichoaktív anyagok, melyekkel kapcsolatban a szerhasználat célzatait, a droghasználók közösségeit, a drogjogszabályokat, valamint a gyógyászati alkalmazás és a gyakorlati ártalomcsökkentés lehetőségeit kutatja.

Major Magda <major.magda@gmail.com>

Major Magda szociális munkás, jogász. Korábban a Drogprevenciós Alapítvány ártalomcsökkentő programjában szociális munkás, valamint a Jogriporter Alapítvány irodavezetője.

dr. Kaló Zsuzsa <kalo.zsuzsa@ppk.elte.hu>

Kaló Zsuzsa pszichológus, nyelvész. Az ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet Pszichológiai Tanácsadás Tanszék egyetemi adjunktusa, az ELTE Kvalitatív Pszichológia Kutatócsoport egyik alapítója, az AKUT Alapítvány elnöke, számos hazai és nemzetközi szakmai szervezet aktív tagja, a Magyar Addiktológiai Társaság elnökségi tagja, az Amerikai Pszichológia Társaság (APA, American Psychology Association) kvalitatív pszichológiai egyesületének (SQIP, Society for Qualitative Inquiry in Psychology) nemzetközi bizottságának a választott képviselője. Főbb kutatási területei a kvalitatív pszichológiai vizsgálatok, kvalitatív drogkutatások, a női traumák és a szerhasználat, valamint az új pszichoaktív szerek témaköre.

Szerkesztői összefoglaló

Az elmúlt néhány évben megjelent új pszichoaktív anyagok (ÚPA) sokfélesége, ismeretlensége és gyors változása fokozott kihívást jelent a jogalkotók, a jogalkalmazók, valamint a drogszakmában dolgozó szakemberek számára. Emiatt mostanra mind elméleti, mind gyakorlati szempontokból szükségessé vált a 2012-ben kialakított kockázatértékelés (KÉ) és drogszabályozás folyamatainak felülvizsgálata. Jelen tanulmánykötet az elméleti keretrendszer, az eddigi tapasztalatok, a külföldi gyakorlatok áttekintése és összefoglalása, valamint a hazai szakértők körében végzett feltáró vizsgálat eredményeinek közlése után tesz konkrét javaslatokat az ÚPA-ok hazai KÉ-i folyamatának, valamint a kapcsolódó drogszabályozási jogkörnyezet egyes részeinek szükségesnek tartott módosításaira. A tanulmánykötet elméleti része a drogszabályozási rendszerek alapjait képező koncepciókat, vélekedéseket és feltételezéseket tekinti át, rávilágítva a jelenlegi helyzetekben lehetségesen problémákat okozó mechanizmusok hátterére. A tanulmánykötet gyakorlati kutatási alapját a hazai drogszakma 32 kulcsszereplőjével készített interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések képezik, melyek alapos betekintést engednek a kockázatértékeléssel kapcsolatos mindennapi problémák és további szükségletek részleteibe. Aktuális nemzetközi kitekintésként az EU más országaiból származó KÉ-i és drogszabályozási tapasztalatok összegyűjtése és dokumentumelemzése került elvégzésre.

Szakirodalmi áttekintésünk és vizsgálatunk alapján kiemelten javasoljuk a részletes értékelés *előtti* ÚPA-jegyzékre vétel helyett a részletes értékelés *utáni* ÚPA-jegyzékre vétel bevezetését a jelenleg indokolatlan és aránytalan, gyakorlatilag automatikus pönalizációt megvalósító, felületes 'előzetes szakmai értékelés' (ESzÉ) átalakítása által. Javasoljuk az ESzÉ folyamatába újonnan meghatározott kritériumok alapján vont új anyagok ideiglenes felkerülését az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet új, 2. mellékletére ('ESzÉ-jegyzék'), mely már a végleges jogi besorolásról – kábítószer-, ÚPA- vagy D) jegyzék – történő döntés hatályba lépése előtt szabálysértésnek minősülő megszerzésük vagy tartásuk miatt elkobozhatóvá tenné ezen új anyagokat. Javasoljuk továbbá a kockázatértékelési folyamat meghosszabbíthatóságának megszüntetését, valamint a 2012 óta lezáratlan kockázatértékelésű 11 anyagnak – a kockázatokat alátámasztó és a pönalizációt indokló adatok hiányában – az ÚPA-jegyzékről a D) jegyzékre áthelyezését.

'Meta-kockázatértékelés' során megvizsgáltuk a kockázatértékelési folyamat által támogatott eredmények, vagyis a kábítószeres és ÚPA-ok büntetőjogi besorolásának eddigi hatásait és következményeit is. Megállapításaink szerint a szigorú büntetőjogi fenyegetés és fellépés 1) nem szorítja vissza lényegesen a szerek terjedését, csupán a feketepiac részarányát növelve cseréli le a szereket és azok terjesztőit újakra; 2) az egyre erősebb és veszélyesebb új anyagok felé mozdítja el a kínálatot; 3) nem bír lényeges bűnmegelőző hatással, mivel nyilvános bevizsgálási lehetőség hiányában sem a terjesztők, sem a fogyasztók nem ismerhetik a hatóanyagot és nem tudhatják annak jogi besorolását; 4) aránytalanul és szükségtelenül szigorú büntetési tételeket alkalmaz a jelenség jellegét és a cselekmény súlyát tekintve, különösen a fogyasztói típusú magatartásformák esetén; és 5) szociális szempontokból aggályos módon a hátrányos helyzetű, drogfüggőségbe menekülő, jogkövető magatartásra nehezen vagy nem képes, leszakadó társadalmi csoportok tagjaival növeli a börtönpopulációt.

Az ÚPA-szabályozás társadalmi kockázatainak értékelése alapján, a jelenlegi EU-irányvonalat figyelembe véve és az ENSZ legújabb szakmai ajánlásaival összhangban javasoljuk a túlzottnak számító ÚPA-pönalizáció büntetési tételeinek lényeges csökkentését (kiváltképpen a fogyasztói típusú magatartásformák esetén), valamint a D) jegyzékre felvett anyagokkal kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítését. Javasoljuk továbbá a Btk. szerint jelenleg csupán a kábítószeres esetében alkalmazható büntetés-elkerülési (ún. 'elterelési') lehetőségek – függőséget gyógyító kezelés, használatot kezelő más ellátás, megelőző-felvilágosító szolgáltatás – kiterjesztését az ÚPA-okra is. A jogbiztonság követelménye alapján szükségesnek tartjuk, hogy a kábítószerre átsorolt ÚPA-ok vonatkozásában pontos tömegadat megjelölésével a KÉ-i folyamat részeként kerüljön meghatározásra a Btk. 461. § (1) szerinti csekély mennyiség felső határa. Hosszabb távú, átfogó szakértői feladatként javasoljuk minden kábítószer egyedi mennyiségi határának pontos megállapítását, valamint a kábítószerre átsorolt ÚPA-ok felülvizsgálatát és esetleges újrasorolását. Adatgyűjtési szempontokból kiemelten fontosnak tartjuk a hospitalizált páciensektől szerzett drog-anyagminták bevizsgáltatásához szükséges jogi és finanszírozási feltételek kidolgozását, valamint a nyilvános anonim fogyasztói drogbevizsgálás gyakorlati megvalósítását.

Rationale: A kockázatértékelés szükségessége

Az emberi szervezetbe kerülő anyagokat gyakorlatilag minden hatalmi befolyással és szankcionáló erővel rendelkező közösségi, kulturális, egyházi és társadalmi szerveződés igyekezett és igyekszik mindmáig saját ellenőrzése alá vonni. A különféle vegyületek fogalmi osztályozása (pl. élelmiszer, táplálék-kiegészítő, élvezeti cikk, gyógyszer stb.) során a szabályozás részletesen foglalkozik az ember központi idegrendszerére és tudatállapotaira intenzíven ható anyagokkal is, azokat a 'gyógyszer', 'kábitószer', 'pszichotróp anyag', 'új pszichoaktív anyag' stb. kategóriába besorolva. A korábbi informális szabályzatokat felváltó modern drogkontroll magában foglalja mind az egyes országok nemzeti törvénykezéseit, mind a globális rendszernek keretet adó, a kábítószeres és pszichotróp anyagok kereskedelmének visszaszorítását szorgalmazó nemzetközi ENSZ-egyezményeket.

A pszichoaktív szerek kontroll alá helyezése egy olyan szakmai részfolyamat elvégzését is igényli, mely során egy szakértői bizottság megvizsgálja a különféle vegyületeket azok lehetséges kockázatai alapján, majd javaslatot tesz a döntéshozók irányába a kérdéses anyag szabályozás alá vonásának kérdésében (például a meglévő szabályozási rendszeren belüli kategorikus elhelyezésére vonatkozóan). A kockázatértékelési folyamat során a szakértők mérlegelik az anyag lehetséges gyógyászati hasznosságát és feltételezhető potenciális veszélyeit, összehasonlítják azt a korábban már szabályozás alá vont egyéb anyagokkal, majd javasolják a megfelelő jogi jegyzékre sorolást. A folyamatot nehezíti, hogy az elmúlt néhány évben megjelent új pszichoaktív anyagok sokfélesége, ismeretlensége és gyors felbukkanása fokozott kihívást jelent mind a jogalkotók, mind a kockázatértékelést végzők számára. Emiatt tehát mostanra vált szükségessé a korábban kialakított kockázatértékelési és drogszabályozási folyamatok felülvizsgálata mind elméleti, mind gyakorlati szempontokból. Mivel e folyamatok eredménye alapozhatja meg a drogterjesztők és drogfogyasztók elleni szigorú büntetőjogi szankciókat, ezért belső mechanizmusaik felülvizsgálata mellett kiemelten fontos figyelembe venni – mintegy 'meta-kockázatértékelésként' – következményeik külső, társadalmi hatásait is.

Jelen tanulmánykötet a Nemzeti Drog Fókuszpont felkérésére e feladatot hivatott elvégezni, vagyis az elméleti keretrendszer, az eddigi tapasztalatok, valamint a külföldi gyakorlatok áttekintése és összefoglalása után tesz konkrét javaslatokat az új pszichoaktív anyagok hazai kockázatértékelési folyamatának, valamint a kapcsolódó drogszabályozási jogkörnyezet egyes részeinek szükségesnek tartott módosításaira. Ezúton is köszönjük a Nemzeti Drogfókuszpont munkatársainak a támogatást és a szakmai együttműködést, valamint az interjúalanyainknak és a fókuszcsoport résztvevőinek a tapasztalataik és gondolataik megosztását.

Móro Levente, Major Magda és Kaló Zsuzsa
szerkesztők

A tanulmánykötet terjedelmére és részletességére való tekintettel, a gyorsabb átolvasás céljából minden fejezet végén tömör – 5 db egy-egysoros pontba szedett – **fejezet-összefoglaló** található. A módosítási javaslatok összegző táblázata, a kockázatértékelések és jegyzékre vételek új kritériumai, valamint a megszövegezett jogszabálmódosítások a kötet **'A' és 'B' függelékeiben** találhatók.

1. Az ENSZ-egyezmények céljai és koncepcionális kihívásai

Történelmileg visszatekintve kitűnik, hogy a 'drog' fogalmának értelmezése a XX. század elejétől kezdve jelentősen átalakult: míg régebben e szó az orvos által felírt és a patikus által előállított gyógyhatású szerekre utalt, mára már a problémásnak tekintett, ártalmasnak és addikcióhoz vezetőnek vélt, korlátozandó pszichoaktív anyagok szelektált alcsoportjának meghatározásává vált ([Seddon, 2016](#)). A jelenlegi 'problémacentrikus' globális drogszabályozási rendszer alapját három ENSZ-egyezmény képezi, melyek részletes leírásai a [4. alfejezetben](#), jogértelmezései az [5. alfejezetben](#) találhatóak. Az ENSZ 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményének (a továbbiakban: Kábítószer Egyezmény) [ENSZ61] alapkonceptiója szerint a kábítószeres gyógyászati hasznának elismerése mellett a kábítószer-élvezet (az eredeti szövegben: 'addiction') az egyén számára súlyos csapás (az eredeti szövegben: 'serious evil'), az emberiség számára pedig társadalmi és gazdasági veszélyt jelent. Emiatt az ENSZ kötelességének érzi, hogy egy általa koordinált nemzetközi együttműködés keretei között hatékony intézkedésekkel lépjen fel a kábítószerrel történő visszaélés (az eredeti szövegben: 'abuse') ellen, megelőzve és leküzdve azt. Az ENSZ 1971-es egyezménye (a továbbiakban: Pszichotróp Egyezmény) [ENSZ71] is elismeri az egyes pszichotróp anyagok gyógyászati és tudományos felhasználásának nélkülözhetetlenségét, de emellett aggodalmát fejezi ki az azokkal történő visszaélésből adódó közegészségügyi és szociális kérdések miatt, és szintén elhatározza, hogy megelőzi és leküzdí az ezen anyagokkal való visszaélést és az azokkal folytatott tiltott kereskedelmet. Az ENSZ 1988-as egyezménye (a továbbiakban: Prekurzor Egyezmény) [ENSZ88] egyrészt nemzetközi szabályozás alá vonta a jegyzékeken szereplő kábítószeres és pszichoaktív anyagok előállításához szükséges vegyi anyagokat (ún. prekurzorokat), másrészt formalizálta a korábbi egyezményeknek az aláíró országok által addig megvalósított gyakorlatait, ezáltal előírva például az addig nem kötelező érvényű büntetőjogi szankciók kiszabását.

Mint ahogy az Egyezmények preambulumból világosan kiderül, a figyelembe vett hasznok és károk összehasonlításánál az egyetlen lehetségesen elfogadott haszon az anyag **gyógyászati és tudományos felhasználása**; a korlátozások létjogosultságát pedig – e haszon ellenében – az addikcióval kapcsolatos hátrányok indokolják. Amennyiben egy anyag gyógyászati előnyei meghaladják az addikcióval kapcsolatos hátrányait, a szer hozzáférhetősége szigorúbb korlátozás alá kerül. Ez a kétpólusú, leegyszerűsített problémafelvetés tehát implicite a gyógyászati és tudományos felhasználást sugallja az egyetlen figyelembe veendő pozitív szerhasználati célzatként. Az emberiség drogokkal kapcsolatos, évezredekre visszanyúló történelme azonban korántsem egyszerűsíthető le ennyire — például a gyógyászati tevékenység nem különül el élesen sem a teljes körű táplálkozási, sem pedig a rituális, ceremóniális, mágikus, vallásos-spirituális, közösségi, preventív és rekreációs szerhasználati formáktól. Az ENSZ megfogalmazásában pusztán gyógyászatnak titulált, orvosi és gyógyszerészeti szakképzéshez és engedélyhez kötött tevékenység csupán a modernkor és a nyugati társadalmak által választott és jogszabályokkal propagált-ellenőrzött, reduktív és materialista szemléletű, a biomedikális paradigmán alapuló interakció bizonyos anyagokkal. Az ezen anyagokkal végzett engedélyköteles és jogilag szabályozni kívánt, ezáltal főáramúnak tekintett gyógyászati célzatú tevékenység tehát mind az anyagok és használóik számát, mind a lehetséges célzatokat tekintve csupán elenyésző részcsoportját alkotja a pszichoaktív anyagok rendkívül kiterjedt használati módjainak és lehetőségeinek.

Koncepciószinten felvethető a kritika, hogy a jelenlegi szabályozási rendszer valójában nem tesz különbséget a **drog** (matéria), a **droghasználó** (ember), illetve a **droghasználat** (interakció) **eltérő szintű jelenségei** között. Ez a kényelmesen leegyszerűsített összemosás azonban implicite több olyan ideát is sugall, melyek alaptalanságuk ellenére lényegesen kihatnak a drogjelenség széleskörűbb, globális társadalmi megítélésére, beleértve a döntéshozókra ható véleményformálási folyamatokat is. Ilyen például a 'drog' és a 'függőség' egyenes oksági viszonyának sugallt ideája, mely szerint minden tiltott drog használata mintegy automatikusan függőséghez vezet. A "függőséget okozó szerek" gondolata gyakorlatilag a drogot (matéria) ruházza fel önmagától aktívan cselekvő, rossz szándékú, egyenes oksági, kölcsönhatásra (interakció) képes erővel, melynek a droghasználó (ember) csupán passzív, erőtlén, elszennvedő tárgya. Ez a szerepkiosztás, a **démonizálás**, pedig onnantól már a kvázi-vallásos kontextusban létrehozott 'gonosz' entitásának ontológiai megkérdőjelezése nélkül, szilárdan vett tényként jelenik meg

mind a drogfüggők saját felelősségváró narratíváiban, mind az ismeretlentől való kollektív félelemre alapuló drogellenes populista politikai propagandában.

Az összemosás második, rendkívül problematikus eleme a nemzetközi drogszabályozási rendszerben 'főellenségnek' tekintett **függőség** fogalmával kapcsolatos. A probléma lényege itt viszont az, hogy a drog (matéria) cselekvésének és okozatának tekintett függőség elválasztódik annak értelemszerű szubjektumától, a droghasználótól (ember). Ezáltal homályossá válik az is, hogy a függőség elleni harc, vagyis a büntetőjogi eszközök bevető 'drogellenes' háború csapásait elszenvedő objektum nem az élettelen drog (matéria), hanem az élő droghasználó (ember). Ez pedig mind morális, mind emberi jogi szempontból aggályos; amennyiben a drogfüggőséget a patológiás diskurzus szerinti betegségnek tekintjük, akkor a drogháború tulajdonképpen betegek ellen irányul. Egyértelmű, hogy betegség (koncepció) elleni harcolni a betegek (emberek) büntetésével etikailag és erkölcsileg felvállalhatatlan. A helyzet morálisan kimagyarázhatatlanná válik abban az esetben is, amennyiben a frekvenciát problémás szerhasználatot az élehetlen társadalmi valóságtól menekülés célzatával történő, az alacsony szocioökonómiai státusszal összefüggő cselekvésnek tekintjük, hiszen ekkor a drogháború elméletileg a szegénység (koncepció), gyakorlatilag pedig a szegények (emberek) ellen irányul. Szabálykövető magatartás betartatása büntetés alkalmazásával egy létfenntartásra is alig képes, hátrányos helyzetű társadalmi réteg esetében pedig abszurd, inhumánus, és szociológiailag megalapozatlan (hasonlóan pl. a hajléktalanok büntetésének politikai témájához). Szintén aggályos és indokolatlan lehet, amennyiben az Egyezmények magát az 'élvezet' fogalmát tekintik főellenségüknek, hiszen sem a droghasználat, sem egyéb tevékenység szubjektív élménye *önmagában* nem implicál negatív társadalmi, gazdasági, közegészségügyi, és/vagy szociális problémákat. Bár e problémák kapcsolódhatnak 'drogélvezőkhöz' is (és mellettük gyk. bárki máshoz is), a visszaélés következményének tekintett tevékenység nem ered automatikusan a 'kábitószer-élvezet', azaz a droghasználat pusztá megtörténtéből. Az egyetlen közvetlen következménynek tekinthető 'visszaélés' a jogi szintű 'kábitószerrel való visszaélés' önmeghatározó fogalma.

A drogszabályozási rendszer koncepciója tehát sajnálatos módon távol áll attól az élő, folyamatosan változó, társas kölcsönhatásokban megnyilvánuló, társadalomtudományoktól által vizsgálható emberi tevékenységtől, mely a droghasználat valós közegét jelenti. Ez az **anyagközpontúság**, vagyis a drogtéma szinte kizárólagos materiális, kémiai, vegyületszintű megközelítése szintén erős kritikával illethető: a jelenlegi drogszabályozási diskurzus domináns színterei szinte kizárólag a kémia és a büntetőjog szakterületei. Holott a téma – amennyiben a drog (matéria) mellett az azzal kölcsönhatásba kerülő droghasználót (ember) és a droghasználatot (interakció) is arányosan figyelembe venné a paradigma – elementárisan kapcsolódik az idegtudományok, biológia, kognitív tudományok, fenomenológia, pszichológia, társadalomtudományok, kultúranthropológia stb. szakterületeihez is.

A szabályozási keretrendszerekben a drogfogyasztás egy végtelenül leegyszerűsített, mechanisztikus **cselekmény-következmény** jellegét ölti magára. A materiával történő interakció – vagyis a drogfogyasztás ténye – azonnal, pusztán jogszabályi-dogmatikus alapon, az adott helyzet konkrét szereplőjének (drogfogyasztó) figyelembe vétele nélkül általánosító, fiktív, spekulatív, negatív, káros következményeket, valamint függőséget, abúzust, és egészségveszélyeztetést implicál. A legabszurdabb szituációban pedig még a materiával történő (előfeltételezetten káros kimenetelű) interakció sem valósul meg: egy tiltott vegyület bármilyen csekély mennyiségének pusztá birtoklása is büntetőjogi következményekkel járhat elméletileg. A büntetés implicit indoklásául felhasznált, a droghasználat és annak következményei közé vont lineáris oksági viszony valószínűsíthetőségi nagyságrendje azonban valójában nem tényalapú, hanem csupán illuzórikus. A látszat oka feltételezhetően a törvény által szankcionált egyéb szerhasználati-következményi helyzeteknek, mint például az ittas járművezetés által közúti baleset okozásának nagyságrendekkel egyértelműbb kapcsolata. A társadalmilag látható és természetesen elfogadhatóan visszaszorítandó kár (melyet mégsem az alkohol vagy a gépjárművek kriminalizálásával igyekszik elérni a jogalkotó!) azt sugallja, mintha a törvényhozó a droghasználati-következményi helyzetekben is ugyanilyen erős oksági összefüggésekre alapozva hozná drákói szigorú szankcióit. Valójában azonban bármilyen droghasználat viselkedéses és biopszichoszociokulturális következményei rendkívül széles kimeneteli skálán mozognak, mind a problémás, mind a problémamentes szerhasználati kategóriák számos, árnyalt fokozatát magukban foglalva. E tekintetben különösen helytelen a droghasználat és droghasználók általánosítása, így pl. a kipróbálók, alkalmi használók, rendszeres használók, problémás használók

összemosása az 'abúzus' terminus alá. Mindemellett ráadásul az extrafarmakológiai faktorok – tehát a pszichoaktív szer típusától, kémiai osztályától, adagolásától, bejuttatási útvonalától stb. független környezeti és pszichés faktorok, mint például a szerhasználat célja és funkciója – pedig akár lényegesebben meghatározóak lehetnek a következményi kimenetek szempontjából, mint az, hogy pontosan mi is a fogyasztott kémiai hatóanyag.

A drogkriminalizáció elfogadottságának másik oka elméleti: a **törvények indoklási kötelezettségének hiánya**. A jogszabályalkotás döntés-előkészítési szakasza zárt ajtók mögött, hivatalnokok által és/vagy szelektált szakértők bevonásával, jobb esetben szakpolitikusok véleményével, titkosítható tartalmú dokumentumokkal történik. Még ha netán társadalmi egyeztetésre sor is kerülne, a politikai döntéseket hozó testületeknek semmiféle kötelezettsége nincs döntéseik részletes indoklására. A döntéshozatali folyamat közigazgatási jogszabályi, azaz formai megfelelőségét leszámítva pedig nincs lehetőség sem hibajavítási, sem tartalmi kritikai visszajelzést adni az adott döntés tartalmára vonatkozólag. Stigmatizáló kvázi-tabutémaként a lehetséges drogpolitikai irányzatok potenciálisan konstruktív véleményütköztetése nem jelenik meg közösségi, társadalmi diskurzusokban, sőt az utóbbi két évtizedben Magyarországon még pártszintű kampánytémaként sincs igazán felkarolva (összesen három-négy törpepárt összehangolatlan, minimális, populista, és mindezidáig eredménytelen ez irányú törekvéseitől eltekintve).

Fentieket összefoglalva tehát kívánatos lenne, hogy az ENSZ-egyezményeken alapuló nemzeti drogszabályozásban, valamint az ahhoz kapcsolódó kockázatértékelési szakaszban is figyelembe lennének véve az egyezmények szellemét tükröző, ám annak 'tömörsege' miatt esetlegesen félreérthető és félreértett elvek is. Effajta kívánt elemek lennének tehát pl. (1) a gyógyászat koncepciójának a gyógyszeripari engedélyeztetés gyakorlatánál széleskörűbb fogalomhasználata; (2) a matéria, az ember, illetve e kettő interakciójának szintbeli megkülönböztetései az ún. 'démonizálás' elkerülése végett; (3) a függőség elleni harcból a betegek és szegények elleni harccá átminősülő iránytévesztés elkerülése; (4) a jelenleg túlzottan anyagközpontú drogtéma vizsgálata a humán- és társadalomtudományi szakterületek felől; (5) a droghasználat problémás következményeit automatizáló és nagyságrendileg eltúlzó összefüggések sugallásának elkerülése; és (6) az előkészítő szakértői munka és a végleges politikai döntések nagyobb fokú nyilvánossága, részletesebb indoklása, valamint társadalmi párbeszédre bocsátása.

1. fejezet-összefoglaló

- A kábítószer-egyezmények célja a visszaélés és kereskedelem megelőzése és leküzdése
- A szerhasználat komplex jelensége túlproblematizáltan és kriminalizáltan leegyszerűsített
- A gyógyászati és tudományos felhasználás kizárólagos engedélyezése megkérdőjelezhető
- A 'drogellenes' harc a hátrányos helyzetű droghasználók (betegek, szegények) ellen fordul
- Az anyagközpontú (drog) megközelítés helyett emberközpontú (droghasználó) javasolt

2. Az addiktológia kurrens elméletei és új drogdiskurzusok

Az új pszichoaktív anyagok kockázatértékelésének jobb megértése érdekében szükségszerűnek tartjuk áttekinteni az addiktológia kurrens elméleteit és a változó droghasználati és -piaci jelenségek hatására kialakuló új drogdiskurzusokat. Az elméleti keretrendszerek segítenek megérteni a drogpolitikai döntések mögött meghúzódó (tudatos vagy láthatatlan) elképzeléseket és hatással vannak arra, hogy milyen ellátások (intervenciós, prevenciós) érhetőek el a szerhasználók számára, és nem utolsósorban rávilágítanak arra, hogy a szerhasználókkal szembeni attitűdök és a társadalmi diskurzusok milyen koncepciók mentén alakulnak ki. A szerhasználat, a függőség és az addikció témaköre összetett szociálpolitikai és közegészségügyi elméleti és gyakorlati kérdéskör. Felmerülnek a (köz-)egészségügyi, társas-társadalmi és pszichológiai kockázati tényezők, a társadalmi kontroll, a hatalom és a politikai erők szerepe, valamint a közgazdaság és a kultúra. Ugyanakkor a függőségek biopszichológiai jelenségek is, ezáltal közvetlenül kapcsolódnak az emberi testhez. Történeti és kulturális szempontok is meghatározzák, mi az, amit „normális” viselkedésnek tekintünk és hova húzzuk meg a határokat a szerhasználat normatív kategóriái között. A függőség egy – viszonylag friss – orvosi fogalom attól függetlenül, hogy maga a jelenség mindig is ismert volt az emberiség számára. A függőség fogalma egészen az utóbbi évtizedekig kizárólag a szerfüggést jelentette, de a viselkedési addikciók feltárással kiderült, hogy a testedzés, a szex, a szerencsejáték, a vásárlás vagy az internethasználat is a függőség tárgya lehet ([Griffiths, 1997](#)). Így az addikció vagy függőség szerekhez köthetősége egyre többször kérdőjeleződik meg. [Orford \(2001\)](#) amellett érvel, hogy a függőség kialakulásában nem is szereknek van szerepe, hanem a céloknak, tárgyknak és cselekményeknek. Erre jó példa az, hogy függőség szerek nélkül is kialakul, valamint az, hogy az Amerikai Pszichiátriai Egyesület világszerte használt legfrisebb kiadású diagnosztikus kézikönyvébe (a DSM5-be) visszavezették az addikció fogalmát, s ezáltal lehetővé vált a viselkedési addikciók tárgyalása ([American Psychiatric Association, 2013](#)).

2.1 Az addiktológia kurrens elméletei

Az addikciók elméletének négy legismertebb modellje: 1) a morális modell, 2) a medikális modell vagyis az addikció mint biológiai konstruktum, 3) az addikció mint pszichológiai konstruktum és 4) a szociológiai modell ([Walters, 1999](#)).

A *morális modell* a vallási megközelítésekben gyökerezik. Az addiktív viselkedést az egyén választásának, racionális döntésének tartja, s mivel azt feltételezi, hogy az öröm maximalizálása az egyén célja, ezért a lehetséges fájdalom és büntetés tűnik a modellben a legmegfelelőbb válaszreakciónak. Továbbá azt feltételezi, hogy azok, akik az addikciót választják, azok morálisan elítélendő egyének, ezért nem a rehabilitáció, hanem a büntetés a cél.

A *medikális modellben* az addikciónak van egy elkerülhetetlen biológiai alapja, s az egyénnek nincs kontrollja a függőség felett. A biológiai mechanizmusokat két vezető elmélet magyarázza: a genetikai és a neuroadaptációs. Ez utóbbi az egyik legnépszerűbb magyarázó elmélete az addiktív viselkedéseknek, sőt [Vrecko \(2010\)](#) szerint azáltal vált univerzálisan az addikció elfogadott területté, miután az „agy betegségének” titulálták. A medikális szemlélet a betegségek nemzetközi osztályozási rendszereiben és diagnosztikus kézikönyvekben értelmezi a függőséget és szerhasználatot: visszaesések, sóvárgás, megvonási tünetek stb. Ebben a modellben a szerhasználók elvesznek a tünettől és maguk is nem-szubjektumként kezdenek magukra tekinteni, akiket a saját viselkedéseik vagy külső erők manipulálnak, habár ezek az erők belőlük is fakadhatnak. Az addikció egyik legvitatottabb, mégis legellenállóbb elmélete a betegség-koncepció, amelyben a függő személy az elvesztett akaraterejének az áldozata. Jó példa erre az, amikor a neuronok viselkedésével magyaráznak emberi viselkedéseket, mintha az intoxikált molekulák „elrabolnák a szerhasználó agyát”. Ebből származik a teljes prohibíció következtetése. De a szerhasználók hoznak döntéseket, s az akarat elválaszthatatlan az emberi létezésétől.

A *pszichológiai modellben* az addikció egy olyan konstruktum, amelyben az egyén-viselkedés-környezet interakciója áll a középpontban. A modellhez többféle elmélet (automatikus feldolgozás, tanulás, utánpótlás, pozitív jutalom, tanult szükségletek, önszabályozó és drive-elméletek) társítható (lásd [1. táblázat, West, 2013](#)), a közös jellemző ezekben az, hogy vannak olyan kielégítetlen pszichológiai szükségletek,

amelyek fájdalmat, frusztrációt okoznak, s az addikció ezek kezelésében segít. A modell egyik jól ismert alapvető fogalma az öngyógyítás (szelf-medikalizáció, [Khantzian, 1997](#)) – ezen elmélet szerint az addikció azért funkcionális, mert a szenvedést csökkenti. Ez a modell a leginkább alkalmas arra, hogy a rekreációs célú szerhasználatot megmagyarázza. A negatív érzelmi állapot az addiktív viselkedés kiváltója, ugyanakkor következménye is, s ez hozzájárul az addikció fenntartásához. A motivációs elméletek egy sokkal ágensebb perspektívát mutatnak be – ebben az elképzelésben az addikció nem a kontrollvesztés manifesztációja, hanem az emberi motivációs működésnek a megjelenési formája, vagyis a látszólag kontrollvesztett állapot valójában az egyén válasza a környezetre és a lehetőségeire ([Gifford & Humphreys, 2007](#)). A motivációs modellek (pozitív-negatív visszacsatolás, elvárások, énhatékonyság stb.) az egyébként teljesen irracionális viselkedésmintázatokra adnak magyarázatot. A szociális kognitív perspektíva az önregulációs képességek megismerésében volt úttörő. [Bandura \(1999\)](#) az énhatékonyságot egy olyan kulcsfontosságú tényezőnek tartja, amely az ágencián keresztül a motivációkat és cselekvéseket szervezi. Az énhatékonyság meghatározza az egyéni célokat és azt, hogy milyen erőforrásokat képes mozgósítani annak elérésére. Ez a megközelítés a szenvedélybeteget aktívna, cselekvőnek látja a biológiailag indukált sóvárgásban, ezért az intervenciók során kognitív és viselkedési regulációs technikákat tanítanak (pl. vizualizációs technikák a legrosszabb következmény elképzelésére) az addiktív viselkedés elkerülésére. A modellhez tartozik a sokat vitatott és hosszas vizsgálatok után elvetett ([Cox, 1985](#); [Gaines & Connors, 1982](#); [Walters, 1995](#)) elképzelés az „addiktív személyiségről”, amely szerint az addiktív személyek nem képesek nem-addiktívvá válni, hanem csupán arra tudjuk őket megtanítani, hogy mi legyen az addiktív viselkedés tárgya. Az addikciók közötti átfedés sokkal inkább magyarázható az életstílussal vagy életkörülményekkel, mint a személyiség jellemzőivel. A másik érv szerint az „addiktív személyiségjegyek” sokkal inkább az addiktív viselkedés hatására alakulnak ki, nem voltak korábban jelen. Emellett a kulturális és környezeti tényezők komoly szerepet játszanak abban, ahogyan az egyének megküzdnek egy helyzettel, megoldanak egy problémát, s habár biztosan vannak olyan stratégiák, amelyeket a szenvedélybetegek többsége használ, mégis sokkal több az egyéni különbség, mintsem hogy azt egy – minden szenvedélybetege jellemző – személyiségjeggyé lehessen tömöríteni ([Miller & Rollnick, 1991](#)). A függőség mint pszichológiai konstruktum megközelítése kiválóan bemutatja, hogy az addiktív viselkedésnek habár nagyon sok köze van az agy működéséhez, nem csupán biomedikális magyarázatai érvényesek, különösen, ha az intervenció vagy a prevenció felől is szeretnénk megérteni ([Gifford & Humphreys, 2007](#)).

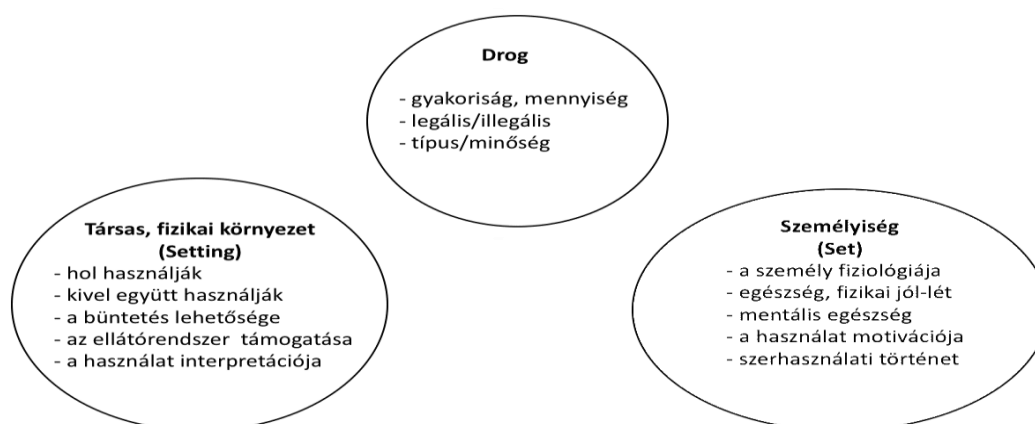
Egyéni	Automatikus feldolgozás elméletek	Tanuláselméletek
		Drive-elméletek
		Inhibíció működési zavar elméletek
		Utánzás elméletek
	Választás elméletek	Racionális választás elméletek
		Előhuzalozott választás elméletek
	Célközpontú elméletek	Pozitív jutalom elméletek
		Tanult szükségletek
		Alapvető szükségletek elmélet
	Integratív elméletek	Önszabályozó (szelfregulációs) elméletek
Integratív elméletek		
Közösségi	Feldolgozás-és-változás elméletek	
	Biológiai elméletek	
	Társas hálózat elméletek	
	Gazdasági elméletek	
	Kommunikáció/marketing elméletek	
	Szervezeti rendszerek modellek	

1. táblázat: Az addikció elméleteinek osztályozása ([West, 2013](#): 32)

Számos az addikcióra magyarázatot szolgáló mechanizmust felfedeztek és megannyi modellt alkottak meg, amelyek a probléma bizonyos aspektusait képesek megragadni. Ezek a modellek igen változatosak és nem lehet ezeket egy hierarchikus rendszerbe rendezni. Ugyanakkor heurisztikus célból két csoportra bonthatjuk: az egyénre és a közösségre fókuszáló modellek (lásd 1. táblázat). Az egyénre fókuszáló modelleken belül [West \(2013\)](#) megkülönbözteti az automatikus feldolgozás, a választás, a célközpontú, az

integratív és a feldolgozás-és-változás, valamint a biológiai elméleteket. A közösségre fókuszáló elméletekben a társas hálózat, a gazdasági, a kommunikáció/marketing és a szervezeti rendszerek modelljét különbözteti meg (West, 2013). Az egyik összefoglaló modell a COM-B-modell, amely felismeri, hogy a viselkedés (*behaviour*=B) komplex jelenség, amely a képesség (*capability*=C), a lehetőség (*opportunity*=O) és a motiváció (*motivation*=M) összetevőkből áll. Ebben a modellben az addikciót úgy értelmezhetjük, hogy az egyénnek vannak bizonyos pszichológiai és fizikai képességei (C) (pl. szelf-regulációs képesség, tanulási képességek, reagálás a büntetésre, szabályok betartása stb.), a lehetőségeket (O) a társas és fizikai környezet nyújtja (pl. a viselkedésre adott büntetések és jutalmak forrásai, a szerhasználat pénzügyi következményei stb.), és a motivációk (M) az adott pillanatban (pl. érzelmi szükséglet, öröm és elégedettség forrása, a visszautasítástól való félelem stb.). A motiváció lehet reflektív vagy automatikus: mérlegeli a ráfordított energiát és a kiemenetelt (költség-haszon elv) vagy magában foglalja a drive-okat, az érzelmi feldolgozást és szokásokat (pl. egy intenzív érzelem/szükséglet egy cselekvésben való részvételre).

Ugyanakkor a pszichológiai modell hiányossága az, hogy kevés figyelmet fordított a kontextusra. Ezt pótolta a *szociológiai konstrukció* megközelítés, amelyben az addiktív viselkedést a családi szocializáció, a kortárs-hatás, a média és a szubkultúrák hatásaként is értelmezték. Számos szociológus érvelt amellett, hogy az addikció társadalmilag és kulturálisan is konstruált fogalom, így a szerhasználói viselkedés tüneteinek értelmezését is bizonyos körülmények között határozzuk meg (Reinarman, 2004). Zinberg (1984) klasszikus modelljében a drog, a droghasználó személyisége (*set*) és a társas, fizikai környezet (*setting*) egymásra hatásával jellemzi az addikciót. Zinberg azzal érvel, hogy a biológiai folyamatok (megvonás, sóvárgás, visszaesés) nem egyértelmű eredményei a használatnak, hanem figyelembe kell venni a társas-társadalmi környezetet és a pszichológiai változókat is.



1. ábra: Zinberg (1984) modellje

2.2 Drogdiskurzusok

Az új pszichoaktív szerek használata és elterjedése a korábbi addiktológiai gyakorlatokban és elméletekben is paradigmaváltást indítottak el. A fejezetben három, droghasználattal összefüggő elméleti paradigmát (drogdiskurzust) mutatunk be: a patológiás modell, az ártalomcsökkentő modell és a fogyasztói modell. Ezek a megközelítésmódok, diskurzusok együtt hoznak létre egy „többrétegű mozaikot” (Seddon, 2007), amely által a droghasználat jelentését megmutathatják. A különböző elméleti megközelítések és paradigmák rosszul értelmezése vagy túl szélsőséges alkalmazása hatással lehet a szakmapolitikai döntésekre és végeredményben az intervenciók hatékonyságára, pl. bizonyos közegészségügyi intervenciók kevésbé hatékonyak vagy hatástalanok lesznek, a droghasználók stigmatizációja növekszik.

A droghasználat patológiás modellje

A patológiás vagy hiány-paradigma az egyik legjellemzőbb modell, amelyben a droghasználatot értelmezik (Karlsson, 2010; Moore, 2002; O'Malley & Mugford, 1991; Southgate & Hopwood, 1999). A patológiás modell a droghasználatot alapvetően a normálistól eltérő, deviáns személynek látta, akinek valamilyen személyiségbeli problémája vagy társadalmi pozíciójából fakadó hátránya van (Southgate &

[Hopwood, 1999](#)). A patológiás modell alapvető törekvése a használat csökkentésével írható le ([Caulkins & Reuter, 1997](#)), amely a droghasználat korlátozásával jár, a különböző szerek tudományos vagy orvosi felhasználása megengedett. A használatcsökkentő megközelítések mindenfajta nem-gyógyszerészeti szerhasználat csökkentésére törekednek az egyéni szerhasználóra vonatkozó ártalmak (vagy előnyök) mérlegelése nélkül. Mivel a droghasználatot eredendően “abnormálisnak” tartja, a nem problémás, nem orvosi célú szerhasználat láthatatlan a patológiás modell számára. Ebben a paradigmában az ideális társadalom “drogmentes” ([Caulkins & Reuter, 1997](#)), és azt feltételezi, hogy a pszichológiai és szociológiai értelemben vett „normális” emberek nem használnának illegális szereket ([O'Malley & Mugford, 1991](#)). A használat-csökkentő irányelvek ellentétesek az ártalomcsökkentő elképzelésekkel.

A patológiás modellben végzett kutatások nagy része a droghasználat kockázati és védő tényezőinek feltárásával foglalkozik. [Hawkins, Catalano, & Miller \(1992\)](#) 17 társadalmi, interperszonális és egyéni kockázati tényezőt gyűjt össze, amelyek predisponálnak a droghasználatra. Ebben a modellben az olyan tulajdonságok, mint a súlyos gazdasági depriváltság, a szegényes családi kötelékek, a kortársak ellenszenvé az iskolában vagy a viselkedési zavarok alapvetően hajlamossá teszik az embereket a droghasználatra. A védő tényezők feltárásának célja annak a magyarázata, hogy bizonyos személyek a számos kockázati tényező ellenére miért nem válnak droghasználóvá. A kockázati- és védőtényezők feltárásának felhasználását a prevenció stratégiák kidolgozásában látják ([Hawkins et al., 1992](#); [Swadi, 1999](#)). Pl. bizonyos iskolai drogprevenció programok a kortárs-hatásnak való ellenállás képességeinek fejlesztésére vagy a droghasználattal összefüggő információk átadására vállalkoznak ([Karlsson, 2010](#)) arra a feltételezésre alapozva, hogy a diákoknak hiányoznak az ismereteik és a társas konfliktusmegoldó képességeik. Habár a patológiás modell és a kockázati tényezők ismerete segíthet megérteni azoknak a droghasználóknak a jellemzőit, akik nem funkcionálnak megfelelően, azokat, akiknek a szerhasználat nem okoz gondot, teljesen figyelmen kívül hagyja. A patológiás modell nem tudja értelmezni a rekreációs, alkalmi és kontrollált droghasználatot ([Parker, 2003](#); [Zinberg, 1984](#)).

Számos kutató bemutatta a patológiás modell konceptuális hiányosságait, amelyek leginkább: az ágencia, az öröm és a kontextus (pl. [Brook, 2010](#); [Hunt, Moloney, & Evans, 2009](#); [Moore, 2008](#); [O'Malley & Mugford, 1991](#); [Zinberg, 1984](#)). Az ágencia szempontjából a patológiás modell a droghasználókat áldozatként látja és láttatja, akik az egyéni hiányosságaik és a társadalmi kockázatok miatt szakértői intervenciót igényelnek a prevenció vagy a kezelés formájában. Alapvetően passzív, kockázatos vagy problémás szerhasználók, akik kockázatos szerhasználói mintázatokkal bírnak ([Hunt et al., 2009](#)). Annak ellenére, hogy az örömszerzés a droghasználat egyik legalapvetőbb motivációja ([Gossop, 2000](#); [Jay, 1999](#)), ez teljesen hiányzik a patológiás modellből ([Hunt et al., 2009](#); [Moore, 2008](#); [O'Malley & Valverde, 2004](#)), hiszen ez a diskurzus a droghasználatot alapvetően “abnormális” és destruktív viselkedésnek tartja. Ez a modell a farmakocentrikus magyarázatokra fókuszál, figyelmen kívül hagyva a társas kontextust, amelyben a szerhasználat zajlik ([Decorte, 2001](#); [Hunt et al., 2009](#); [Zinberg, 1984](#)). A drogok saját tulajdonságait külön kezeli az emberektől, attól, hogy a droghasználati élmények az emberek és a társas-kulturális kontextus által létrehozott konstrukció is, amelyet a társas jelentések is meghatároznak ([Hunt & Barker, 2001](#); [Hunt, Evans, & Kares, 2007](#)).

Az ártalomcsökkentés modellje

Az ártalomcsökkentés definíciója régóta vitatott ([Jourdan, 2009](#); [Keane, 2003](#)). A tágabb definíció, amely magában foglalja a szakmapolitikai és a gyakorlati szempontokat is, a droghasználat ártalmainak csökkentését jelenti, amely minden személy számára elérhető, és amely minden szakmai irányelvbe bevonható attól függően, hogy mit értünk “ártalom” alatt ([Hathaway, 2001](#); [Saunders & Marsh, 1999](#)). Az ártalomcsökkentés szűkebb definíciója nem illeszthető be olyan programokba, amelyekben az absztinencia szerepel (pl. [Lenton & Single, 1998](#); [Riley et al., 1999](#)). A gyakran emlegetett meghatározás szerint az ártalomcsökkentés legfontosabb célja a droghasználatához köthető ártalmak csökkentése és nem a droghasználaté per se ([Lenton & Single, 1998](#)). Az ártalomcsökkentés modellje a patológiás modellel való elégedetlenség hatására alakult ki a HIV/AIDS injekciós droghasználók körében elindult terjedésekor az 1980-as években ([Stimson & O'Hare, 2010](#)). Amíg a patológiás modell alapvetően az injekciós szerhasználat elterjedtségének csökkentését tűzte ki célul, addig az ártalomcsökkentő megközelítés a tiszta tűk és injektáló felszerelések ellátásával igyekezett megoldani a vírus terjedését. A tű- és fecskendőcsere bevezetésével a HIV-fertőzés elterjedtsége csökkent, így vált az ártalomcsökkentés a drogpolitikák egyik

legsikeresebb alkalmazásával ([Ritter & Cameron, 2006](#)). Az ártalomcsökkentés modellje a (legális és illegális) droghasználat elfogadásán alapszik. A droghasználatot egy olyan univerzális jelenségnek tekintik, amely a “normális” élet része, s amelynek megvannak az előnyei és a hátrányai ([Lenton & Single, 1998](#); [Caulkins & Reuter, 1997](#); [Gossop, 2000](#); [Jourdan, 2009](#); [Saunders & Marsh, 1999](#)). Így az ártalomcsökkentés tulajdonképpen a – domináns – patológiás modell közvetlen kritikájává vált. Habár az ártalomcsökkentő modellben van lehetőség a nem-problémás droghasználat értelmezésére, a legtöbb ártalomcsökkentő irányelv a droghasználók kisebbségével foglalkozik, azokkal, akiknek a szerhasználata a legártalmasabb ([Ritter & Cameron, 2006](#)). Azok, akik injekciós droghasználók vagy függők, sokkal gyakrabban célcsoportjai az ártalomcsökkentő szakmapolitikáknak és programoknak, habár a kannabiszhasználók azok, akiket a jogi reformok és a dekriminalizációs törekvések leginkább érintenek ([Room, Fischer, Hall, Lenton, & Reuter, 2010](#)). A partidrogok használói is ritkán kerülnek megemlíítésre. [Duff \(2004\)](#) szerint az ártalomcsökkentő politikák ignoranciája az intoxikáció örömfogalmában keresendő. További ok lehet az, hogy a drogpolitikák előtérbe helyezik a szélesebb közösség egészségét. [Rowe \(2005\)](#) szerint az ártalomcsökkentés egy elképzelt nem-droghasználó közösség érdekeit helyezi előtérbe, akiket a fertőző betegségektől és bűnözéstől meg kell védeni, és csak másodlagos a droghasználók jóllétének a biztosítása. Habár ismertek a partidrogok ártalmai, ezek kevésbé érinthetik a lakosságot úgy, mint egy HIV-járvány. Az ártalomcsökkentő diskurzuson belül a droghasználó személyek általában a saját döntésükért felelősséget vállaló személyként vannak konstruálva. Ez azonban felvet egy olyan dilemmát, amelyben a felelősséggel bíró személy szándékossága feltételezhető abban, miszerint nem akarja tartani a társaskulturális szabályait annak a környezetnek, amiben él ([Fraser, 2004](#); [Moore & Fraser, 2006](#)). Ez a konstrukció ahhoz vezethet, hogy a droghasználó “maga keresi a bajt”, míg az egészséget befolyásoló, rajtuk kívül álló társas és strukturális tényezők figyelmen kívül kerülnek. Ezek a kritikák az ártalomcsökkentés neoliberális szubjektivitásra hívják fel a figyelmet: a személyeket arra ösztönzik, hogy változtassák meg a viselkedésüket azért, hogy csökkentsék a kockázatot maguk és mások számára. Továbbá, az ártalomcsökkentő (és közegészségügyi) modellek általában “értéknélkülinek” vallják magukat ([Hathaway, 2001](#)). [Lupton \(1995\)](#) szerint azonban nem értéknélküliek, hiszen a mögöttes elképzelés az, hogy a személyeknek szem előtt kell tartaniuk az egészségüket (“egészség imperatívusz”). Ezért az ártalomcsökkentő modell kritikájaként megfogalmazódott az, hogy az egészséggel szemben kevésbé tudja értelmezni a droghasználatból fakadó előnyöket és örömeiket ([Hathaway, 2001](#); [O'Malley & Valverde, 2004](#)) és növeli az öngondoskodás fontosságát a kockázatkerüléssel ([Miller, 2001](#)).

Az ártalomcsökkentés modellje a patológiás modell ellentétéként jött létre, a droghasználatához köthető ártalmak csökkentésére, de a droghasználat feladásának feltétele nélkül. Az ártalomcsökkentő modell semleges morális álláspontot képvisel a drogokkal kapcsolatban. Ebből a szempontból az ártalomcsökkentés a patológiás modell alternatíváját nyújtja.

Fogyasztói modell

Az online tér mint kereskedelmi platform megjelenésével a kutatók amellet érvelnek, hogy a drogokat árucikként is érdemes mérlegelni a fogyasztói modellben ([Brook, 2010](#); [Duff, 2003](#); [Measham & Brain, 2005](#); [Mugford, 1991](#); [Olsen, 2009](#); [Parker, 1999](#); [van Ree, 2002](#)). Ebben a keretrendszerben a droghasználat a késői kapitalizmusban mint szociológiai kontextusban értelmeződik, amelyben az öröm és az örömszerzés – a patológiás és az ártalomcsökkentő modellekkel szemben – központi fogalom. A nyugati kapitalista társadalmakban a fogyasztás egy felhívás arra, hogy “jól érezzük magunkat” ([Measham & Brain, 2005](#); [Mugford, 1991](#)). Ebben a modellben a drogok egyszerű árucikkek: olyan termékek, amelyeket azért fogyasztunk, hogy a tudat vágyott állapotát elérjük. A droghasználat ilyen jellegű értelmezése sokkal inkább egy konformista cselekedetté teszi azt, mint egy “abnormális” vagy deviáns cselekvéssé ([Duff, 2003](#); [Mugford, 1991](#); [Olsen, 2009](#); [Parker, 1999](#); [van Ree, 2002](#)). A fogyasztói modell a rekreációs droghasználatot valójában normalizálja az “intoxikáció kultúrájában”, amelyben az egyének azért szórakoznak, vesznek részt pihentető programokon, hogy intoxikálódjanak (“szándékos részegség” vagy “mértéktelenség”) ([Measham, 2006](#); [Measham & Brain, 2005](#)). Miközben a fogyasztás eszméje mindent átjár a nyugati társadalmakban ([Miles, 1998](#)), az általános diskurzusban ritkán merülnek fel az illegális szerek ([Bright, Marsh, Smith, & Bishop, 2008](#)). [Race \(2005\)](#) szerint az illegális szerek speciális szerepet töltenek be a nyugati társadalmakban. A legtöbb “bűn” a piaci elvárásoknak megfelelően kezelt (teljesen: pl. alkohol, dohánytermékek, részben: pl. prostitúció, szerencsejáték, pornográfia). A piacok megnyitásával

a kormányzatoknak van gazdasági érdeke, kivéve az illegális drogok esetében. Ezért azok a személyek, akik illegális drogot használnak, ellentmondásos helyzetben találják magukat: a fogyasztói társadalom bizonyos fajta hedonizmust támogat, míg mászt tilt (Mugford, 1991; Race, 2005). Az addikció támogatott, addig, amíg az a legális szerekre vonatkozik (pl. reklámok, amelyek az “addikció mítoszával” adnak el árucikkeket, tevékenységeket, pl. “egy sosem elég” – csokoládéreklám). A fogyasztás identitásképző helye is egyre erőteljesebb. A tradicionális társadalmi struktúrák elhalványodnak, s az egyre individualizálódóbb társadalomban az emberek az identitásukat sokszor a fogyasztási választásaikból s azok szimbolikus jelentéséből rakják össze (Measham & Brain, 2005; Petersen, Davis, Fraser, & Lindsay, 2010). Ugyanakkor a kapitalista társadalmak kormányai egyre inkább képesek kontrollálni az állampolgárokat a megfigyelés és monitoring modern lehetőségeivel (Hayward, 2002). A fiatalabb generációnak kevesebb szabadsága van az élete legtöbb területén, mégis sokkal több fogyasztási lehetősége. Az intoxikáció kultúrájában (Measham & Brain, 2005) a fiatalok arra “kárhoztatnak”, hogy intoxikálódjanak, de csak úgy, hogy kezelik az azzal járó kockázatokat, vagyis egyfajta “kontrollált kontrollvesztés” vagy “kiszámítható hedonizmus” válik lehetővé számukra (Measham, 2004; Szmigin et al., 2008). Measham úgy definiálta a kiszámítható hedonizmus fogalmát, mint egy egyensúlyozó tevékenységet, amelyben a szerhasználó egyszerre tesz erőfeszítéseket arra, hogy elérje az intoxikáció állapotát és elkerülje a nemvágyott állapotot (Measham, 2004). Hayward (2002) szerint az olyan identitáskonstruáló gyakorlatok közepette, amelyek lehetővé teszik a kontrollált kontrollvesztést, a droghasználat (új) motivációja a bizonytalanság és a túlkontrolláltság közötti disszonancia feloldása lehet. Az önkéntes kockázatvállalás (akár droghasználat, akár ejtőernyőzés formájában) egy olyan lehetőséget adhat, amelyben a személyek kitörnek a kapitalista társadalmak evilági rutinjából (Lupton & Tulloch, 2002). Az illegális drog ráadásul egy olyan formája lehet, amelyben a használó képviseli az ellenállását a rendszerrel szemben (vö. “ellenszegülő fogyasztás”, van Ree, 2002; “egészség-ellenállás”, Crossley, 2002). A fogyasztói modell egy alternatív magyarázatot ad a droghasználat jelenkori formáira (pl. online vásárlás), amelyben az örömszerzés és az identitásképzés központi fogalmakként vannak jelen.

2. fejezet-összefoglaló

- Az addikciók 4 elméleti modellje: morális, medikális (biológiai), pszichológiai, szociológiai
- 3 új elméleti paradigma (drogdiskurzus): patológiás, ártalomcsökkentő, fogyasztói
- Patológiás: a droghasználat hiány, deviancia, abnormális, csökkentendő, kezelendő jelenség
- Ártalomcsökkentő: csak ártalmak csökkentése, a droghasználat feladásának feltétele nélkül
- Fogyasztói: droghasználat jelenkori 'piaci' formái, pl. örömszerzés és identitásképzés

Major Magda:

3. Fogalommeghatározás

3.1 ÚPA fogalmának meghatározása

Az új pszichoaktív szerek a köznyelvben designer drog, angolul pedig „legal high” néven terjedtek el. Emellett a különböző, a köznyelv és a szleng által a hatás vagy külső megjelenés szerint a használok által csoportosított kábítószereknek is vannak ismert gyűjtőnevek, így például a Magyarországon leginkább elterjedt „biofü”, „herbál”, „kristály” stb. elnevezések. A jog és egyéb tudományágak azonban az új pszichoaktív szer/anyag elnevezést a kábítószerek új generációjaként, különálló kategóriájaként értelmezi. Érdemes áttekinteni, hogy pontosan mit értenek a releváns nemzetközi szervezetek és egyes nemzetközi és hazai jogszabályok az új pszichoaktív szer kifejezés alatt.

- Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) 2016. márciusi Az új pszichoaktív szerek dossziéjában¹ a következő meghatározást alkalmazza: „Az új pszichoaktív szer a szintetikus kábítószerek típusa, amely az illegális kábítószerek hatásait utánozza, ugyanakkor nem tartozik a kábítószer-szabályozó nemzetközi egyezmények hatálya alá”.
- Az ENSZ Kábítószerek Bizottsága (United Nations Commission on Narcotic Drugs, CND) „potenciálisan veszélyes, nemzetközi szabályozás alatt nem álló pszichoaktív szerek” fogalommeghatározással él egy 2014-es anyagában.²
- Az Európai Unió 2005. május 10-i 2005/387/IB Tanácsi határozata [EU05_387] a következők szerint definiálja az új pszichoaktív szer fogalmát: „Olyan tiszta formában vagy készítményben található új kábítószer vagy új pszichotróp kábítószer, amely nem szerepel az Egyesült Nemzetek Szervezete kábítószerekről szóló 1961. évi egységes egyezményének jegyzékeiben, vagy az Egyesült Nemzetek Szervezete pszichotróp anyagokról szóló 1971. évi egyezményének jegyzékeiben, és amely hasonló fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a fenti egyezményekben felsorolt anyagok.”
- Az Európai Unió Tanácsi határozatának definícióját alkalmazza a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), amely számára a Nemzeti Drog Fókuszpont szolgáltat adatot a magyarországi kábítószerhelyzetről.
- A magyar szabályozásban használatos fogalommeghatározást a jogalkotó az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (Gyógyszertörvény – Gytv.) [GYTV05] 1. § 37. pontjában végezte el: „olyan, a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyag vagy vegyületcsoport, amely a központi idegrendszer működésének befolyásolása révén alkalmas a tudatállapot, a viselkedés vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, és ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékén, az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény mellékletének I. és II. Jegyzékén, vagy a 2. számú mellékletben meghatározott pszichotróp anyagok jegyzékein szereplő anyagok, és erre tekintettel azt az egészségügyért felelős miniszter rendeletében ilyen anyaggá minősítette.”
- A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény – Btk. [BTK12] 184/D. (1) bekezdése a fenti definíció alkalmazását köti ki. A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékeiről vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. évi (IV.2.) Korm. rendelet [KÁBVHR12] 1. § 34. pontja

¹ WHO. (2016). Fact file on new psychoactive substances.

http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/FactFile_NPS.pdf

² Új pszichoaktív szerek: a trendek áttekintése, kihívások és jogi megközelítések, I. A.1., CND, Fifth-nine session, Vienna, 14-22 March 2014, E/CN.7/2016/CRP.2, Report by LSS/RAB/DPA/UNODC, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP2_V1601_405.pdf

szerint új pszichoaktív anyag „az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendeletben szereplő anyag vagy vegyületcsoport”.

A felsorolt hivatalos és jogi definíciókból az tűnik ki, hogy az újonnan megjelent és/vagy korábban nem szabályozott kábítószeres számokra alkottak egy kategóriát. A meghatározások szinte azonosak mesterséges kategóriáról lévén szó. Különböző európai országok különbözőképpen emelték be a Tanács rendeletét a nemzeti jogba, illetve eltérő szabályozási stratégiákat választottak. Magyarország a Gytv.-ben helyezte el a fogalom meghatározást, illetve büntetőjogi tényállássá tette az ilyen típusú anyagokkal végzett tevékenységeket.

A magyar definíció a Tanács határozatához képest meghatároz egyéb követelményeket is ahhoz, hogy egy anyagot új pszichoaktív anyagnak tekintsen a jogalkalmazó, azonban egyúttal egy szigorú szabályozást rendel el az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban. A magyar definíciónak a célja nem csupán a kockázatértékelés szükségessége és elvégzése meghatározott anyagok esetében, majd kockázatoság esetén annak a kábítószeres sorába vagy egyéb kategóriába emelése, hanem önmagában a megjelenő, ismeretlen szerrel végzett tevékenységek büntetése is. A Gytv. szerint az adott szernek a központi idegrendszer befolyásolása révén alkalmasnak kell lennie a tudatállapot, a viselkedés vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, ami miatt az hasonló fenyegetést jelent az egészségügyre, mint a már szabályozott szerek. Ezenfelül a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyag vagy vegyületcsoport nyilvánítható a törvény szerint új pszichoaktív anyaggá. A jogalkotó a mindenkori egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe rendeli az új pszichoaktív anyaggá minősítést.

A jogszabályok fogalom meghatározásai mellett nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az új pszichoaktív anyagok megjelenése egy rendkívül összetett jelenség tünetei. Jogi, egészségügyi, pszichológiai és szociális kockázatot rejthet magában egy-egy ilyen szer, és a szer megítélése is. A designer drog vagy „legal high” elterjedésében nagy szerepet játszott jogilag nem büntetendő kábítószeres fogyasztásának a csábítása és az ezek kínálatában rejlő pénzkereseti lehetőség. Azzal a céllal állították elő ezen szerek nagy részét, hogy illegális szerek helyettesítőjeként kerüljön a piacra. A kémiai szerkezet eltérő, a hatásmechanizmus azonban hasonló az illegális kábítószerkéhez. Olyan növények vagy növénysszármazékok is az új pszichoaktív anyagok listájára kerülhetnek, amelyek korábban nem voltak szabályozva (pl. ibogain).³

A jogi definíción túlmenően a fogalom olyan, a korábbi nemzetközi egyezményekben nem szabályozott szereket foglal magába, amelyek kockázatáról és ártalmairól újdonságuk és illegális fejlesztésük miatt kevés ismerettel rendelkezünk. Azonban a lehetséges társadalmi károk miatt a szokásos eljárásnál és kockázatértékelésnél gyorsabb szabályozásra van szükség. 2010-től kezdődően jelentek meg nagy számban új pszichoaktív anyagok a magyar piacon.

Az új pszichoaktív szerek jelenlétével kapcsolatos kihívások a jelenség értelmezéséhez elengedhetetlenek. „Az árult szerek kémiai összetétele ismeretlen vagy változó. Azonosításuk és igazságügyi vizsgálatuk új módszereket igényelhet. Akut/krónikus farmakotoxikológiai hatásuk ismeretlen. A befolyásoltság következményei nem ismertek. [...] Jogbizonytalanság jelentkezhet ezekkel a szerekkel kapcsolatban a fogyasztói oldalon.”⁴

3.2 Ártalom és kockázat fogalmainak meghatározása

Az ártalom, kockázat és veszélyes használat fogalmai közvetlenül kapcsolódnak az új pszichoaktív szerek jelenségéhez, szabályozásához és így a kockázatértékelés folyamatához is. Az Egyesült Nemzetek Kábítószer-ellenőrzési Hivatala (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) fogalomtárában pontos meghatározást adott ezekre a fogalmakra, ami részes államként Magyarország számára is iránymutatásként szolgálhat.

- Az ártalmas használat az a „pszichoaktív szerhasználati mintázat, ami a használatnak egészségügyi kárt okoz. A kár lehet fizikai (pl. hepatitis a kábítószer-injektálást követően) vagy mentális (pl. depresszív

³ Sárosi Péter: C-lista – szájbarágó, 2012. április 3. <https://drogriporter.hu/c-lista-szajbarago/>

⁴ Ujváry István: „Designer drogok” – Történelmi visszapillantás és előretekintés. Nemzeti Drog Fókuszpont konferencia – „Designer drogok”, Budapest, 2011. február 22. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/ujvary_pub.pdf

epizódok az erős alkoholbevitelhez kapcsolódóan). Az ártalmas használatnak jellemzően kedvezőtlen társadalmi következményei is vannak.”⁵

- A veszélyes használat az Egyesült Nemzetek szerint olyan „*pszichoaktív szerhasználati minta, ami növeli az ártalmas következmények kockázatát a használóra vagy azokra nézve, akikre a használó viselkedése hatással van. A kockázat kapcsolódhat krónikus, hosszú távú szerhasználati kockázatokhoz vagy az intoxikáció azonnali kockázatahoz. Egyesek a következményeket a fizikai és mentális egészségre korlátozzák, mások a társadalmi következményeket is ideértik (pl. házassági viszály, csökkent munkateljesítmény). Az ártalmas használat szemben a veszélyes használat olyan használati mintázatokra utal, amelyeknek közegészségügyi jelentősége van annak ellenére, hogy nincs jelenleg rendellenesség a használó egyén életének tekintetében.*”⁶
- A kockázati magatartás „*a kábítószer-fogyasztással kapcsolatban olyan magatartásokra utaló kifejezés, amelyek a kábítószer-használattal kapcsolatos ártalmaknak teszi ki a kábítószer-fogyasztót. Általában a megosztott tű- és eszközhasználatot (kanál, víz, érszorító) jelenti, amely által a fogyasztók a vérrel terjedő fertőzések (HIV, Hepatitis B vagy Hepatitis C) veszélyének teszik ki magukat. A fogalom alkalmazható bármely kábítószerre és bármilyen kockázatra a megélhetés, kapcsolatok, jogkövetkezmények és egészség tekintetében is.*”⁷

Az EMCDDA Kockázatértékelési Kézikönyve a kockázat kettős fogalmát alkalmazza, amely magában foglalja az ártalom bekövetkezése valószínűségének szintjét, valamint az ártalom súlyosságának a szintjét, vagyis a veszélyt. A veszély forrásai (pl. a szer tulajdonságai, a társadalmi környezet) és következményei (pl. pszichológiai, közbiztonságot fenyegető) is különböző elemekből tevődnek össze, amelyek önmagukban és egymásra hatást gyakorolva is kockázatot jelenthetnek.⁸

David Nutt és csapata multikritérium rendszert alkotott az egyes szerek ártalmainak osztályozására. Két fő aspektusból vizsgáltak különböző szereket, amelyeken belül alegységeket is pontoztak. Az egyén és a társadalom vonatkozásában vizsgálták az ártalmakat önmagukban és egymásra gyakorolt hatásaik figyelembe vételével (Nutt, King, & Phillips, 2010).

Országoként változó, hogy mely drogpolitikai paradigmát alkalmazza az állam a kábítószer-használat kockázatainak és ártalmainak csökkentésére. A paradigmák keverékét megfigyelhetjük a nemzeti drogpolitikákban valamely megközelítés hangsúlyossága mellett.

Az ún. **drogellenes háború** a kábítószermentes világot igyekszik elérni, ahol az állampolgárok részéről absztinenciát vár, a kábítószer-használatot pedig tiltja és büntetni rendeli. A kockázat és ártalom szempontjából értelmezhetjük ebben a paradigmában, hogy maga a kábítószer-használat a kockázati magatartás. Az egyén magatartása jelent további kockázatot és okozhat ártalmakat az államra nézve, illetve az egész társadalomra. A közösségben esetlegesen keletkező károk hangsúlyosak a korábban ismertetett definíciókból. Így a közegészségügyi, a nem szerhasználó családtagok, a szűken vett közösség és a társadalom működését és jólétét igyekszik megvédeni azáltal, hogy a kábítószer-használatot tiltja, büntetni rendeli, stigmatizálja.

A **dekriminalizáció** paradigmája a szabadságjogokat helyezi előtérbe. A kockázatokat és ártalmakat különböző megközelítések szerint igyekezhet csökkenteni. A következményeket kezeli, és nem önmagában a kábítószer-használatot tartja kockázati magatartásnak. Azonban fontos felhívni a figyelmet, hogy a bizonyos tevékenységek dekriminalizációja közel sem azonos a teljes legalizációval.

Az **ártalomcsökkentést** szokás önálló paradigmaként értelmezni, bár ez a fenti két paradigmán belül létező gyakorlati megközelítésként is megjelenik, ahogy a medikalizáció is. A medikalizáló megközelítések a kábítószer-függőséget betegségként értelmezik, amelyet meg kell gyógyítani, törekedni kell arra, hogy más ne kapja el, illetve a gyógyultaktól absztinenciát vár; a rekreációs szerhasználatot nem értelmezi. Az ártalomcsökkentés az emberi méltóságot és az emberi életet helyezi mindenek elé. Pragmatikus megközelítés, amely nem hoz ítéletet az egyén felett, hanem minden eszközt biztosítani igyekszik az adott személy számára ahhoz, hogy az egyén a lehető legjobb életminőséget érje el, a szerhasználatából fakadó

⁵ [UNODC 2000], 32. o.

⁶ u.ott, 33. o.

⁷ u.ott, 65. o.

⁸ [EMCDDA 2010], 21-24. o.

ártalmakat pedig minimalizálja. Az ártalomcsökkentés mellett megemlíthető a közösségiség. A közösségek fejlesztésén keresztül való ártalom- és kockázatsökkentés. Az emberi jogok és a pragmatizmus különböző értelmezései kapják az elsődleges szerepet ezekben a megközelítésekben.

Társadalomtudományos szempontból a kockázat és a kockázati magatartás az individuális és környezeti, társadalmi ésszerűség paradigmái mentén is értelmezhetők. Az első megközelítés az egyént veszi az elemzés egységének, akinek a megismerési képessége, döntéshozatalai és ezekhez kapcsolódó tettei határozzák meg a kockázati magatartást. A környezeti ésszerűség keretében a társadalmat veszi górcső alá a vizsgálat. A kockázat elemzésének szempontjából szerepet kapnak a személyközi interakciók, mások tettei, a közösség és a társadalmi környezet is ([Rhodes, 1997](#)).

3. fejezet-összefoglaló

- ÚPA fogalma: 'nemzetközi szabályozás alatt nem álló pszichoaktív szerek' hivatkozással
- Mesterséges kategória az újonnan megjelent, korábban nem szabályozott szerek számára
- Mo.-n az ÚPA-minősítés az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartozik
- Az ártalom, kockázat és veszélyes használat fogalmai közvetlenül kapcsolódnak az ÚPA-hoz
- Drogpolitikai paradigmák: drog(ellenes)háború, dekriminalizáció, ártalomcsökkentés

4. Kábítószer, pszichotróp és új pszichoaktív anyagok szabályozása és kockázatértékelése

4.1 Külföldi szabályozás és kockázatértékelés

Nemzetközi szabályozási háttér

A kábítószer és pszichotróp anyagok nemzetközi szabályozásának alapját három ENSZ-egyezmény képezi:

- 1961-es 'Kábítószer Egyezmény' („Az Egyesült Nemzetek 1972. évi Jegyzőkönyvvel módosított 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezménye”) [ENSZ61]; kihirdette: 1965. évi 4. törvényerejű rendelet
- 1971-es 'Pszichotróp Egyezmény' („1971. évi Egyezmény a pszichotróp anyagokról”) [ENSZ71]; kihirdette: 1979. évi 25. törvényerejű rendelet
- 1988-as 'Prekurzor Egyezmény' („az ENSZ kábítószer és a pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt egyezménye”) [ENSZ88]; kihirdette: 1998. évi L. törvény

Az 1961-es Kábítószer Egyezmény négy jegyzékbe (I - IV) sorolja a morfinszerű, kokainszerű és kannabiszszzerű hatással bíró anyagokat. A jegyzékek különböző mértékű megszorító intézkedéseket szabnak meg a bennük szereplő anyagokra (csökkenő szigorúsági sorrendben: IV, I, II, és III). A jegyzékek az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Bizottságának (*International Narcotics Control Board*, INCB) ún. „Sárga listáján” találhatók, melynek jelenlegi legfrissebb változata a 2018-as keltezésű 57. kiadás [INCB18a].

- Az I. és II. jegyzéken szereplő kábítószer (121 tétel) „visszaélésekre adhatnak alkalmat és káros hatásaik lehetnek, vagy kábítószerré átalakíthatók”;
- a II. jegyzéken felsorolt kábítószer (10 tétel) néhány, a kiskereskedelem tekintetében előírt rendszabály kivételével ugyanolyan ellenőrzési rendszabályok alá esnek, mint az I. jegyzéken felsoroltak: szükséglet becslése, statisztikai kimutatások, gyártás és behozatal korlátozása stb. (pl. a morfin az I. jegyzékbe, a kodein a II. jegyzékbe tartozik);
- a III. jegyzéken olyan kábítószer tartalmú készítmények vannak felsorolva, melyek hatóanyagai az I. vagy II. jegyzéken szerepelnek, de kivételt képeznek az egyezmény néhány rendelkezése alól, mert „az általuk tartalmazott anyagok miatt semmiféle visszaélésre nem adnak alkalmat és ártalmas hatást sem fejthetnek ki, továbbá a kábítószer sem könnyen nyerhető vissza belőlük” (pl. legfeljebb 100 mg kodeint tartalmazó tabletták);
- a IV. jegyzéken feltüntetett kábítószer, melyek az I. jegyzéken is szerepelnek, „különösen alkalmasak visszaélésre elkövetésére és káros hatásaik lehetnek, továbbá ezeket a veszélyeket nem ellensúlyozzák jelentős gyógyászati előnyök” (pl. heroin).

Az 1971-es pszichotróp anyagokról szóló bécsi egyezmény szintén négy jegyzékbe foglalja a pszichotróp anyagokat, amelyek – az 1961-es egyezménytől eltérően – csökkenő szigorúsági sorrendben: I, II, III, és IV. A jegyzékek az INCB ún. „Zöld listáján” találhatók, melynek jelenlegi legfrissebb változata a 2018-as keltezésű 29. kiadás [INCB18b].

- Az I. jegyzék anyagainál (32 tétel) „a visszaélés különösen komoly közegészségügyi kockázatot jelent és gyógyászati hasznosságuk nincs, vagy nagyon korlátozott”;
- a II. jegyzék anyagainál (35 tétel) „a visszaélés lényeges közegészségügyi kockázatot jelent és gyógyászati hasznosságuk csekélytől mérsékeltig terjed”;
- a III. jegyzék anyagainál (9 tétel) „a visszaélés lényeges közegészségügyi kockázatot jelent és gyógyászati hasznosságuk mérsékelttől jelentékenyig terjed”;
- a IV. jegyzék anyagainál (62 tétel) „a visszaélés kisebb mértékű, de jelentős közegészségügyi kockázatot jelent és gyógyászati hasznosságuk csekélytől jelentékenyig terjed”.

Az 1988-as, a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni bécsi egyezmény két jegyzékbe (I és II) foglalja a kábítószeres vagy pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt 16, illetve 9 vegyi anyagot. Az aktuális jegyzékek az INCB ún. „Piros listáján” találhatók, melynek jelenlegi legfrissebb változata a 2018-as keltezésű 16. kiadás [INCB18c].

A három egyezmény jegyzékeinek módosításáról az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsának (*Economic and Social Council*, ECOSOC) egyik szerve, a Kábítószer Bizottság (*Commission on Narcotic Drugs*, CND) dönt. Az elbíráló felülvizsgálatot az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organisation*, WHO) Kábítószer-függőségi Szakértői Bizottsága (*Expert Committee on Drug Dependence*, ECDD) végzi, amennyiben a) az 1961-es vagy 1971-es egyezményt aláíró valamelyik fél bejelenti a módosítás szükségességét, b) a CND ezt kéri, c) az előzetes felülvizsgálat ajánlja az elbíráló felülvizsgálatot, vagy d) a WHO olyan új anyag meg nem engedett előállításáról szerez tudomást, amely különösen komoly népegészségügyi kockázatot jelenthet és nincs elismert gyógyászati hasznossága. A pszichoaktív szerek felülvizsgálata során a Szakértői Bizottság által figyelembe vett kritériumok: 1) hasonlóság ismert anyagokhoz és központi idegrendszeri hatások, 2) függőségpotenciál, 3) tényleges visszaélések és/vagy visszaélések valószínűségének bizonyítékai, és 4) gyógyászati hasznosság.

Az ENSZ kábítószerügyi egyezményeinek végrehajtását a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Bizottság (*International Narcotics Control Board*, INCB) felügyeli. A testület minden évben jelentést ad ki, melyben – egyéb eszközök hiányában – rosszzallását fejezi ki az egyezményeket nem betartó országok irányába. Az INCB például kritizálta Hollandiát a kannabisz fogyasztásának és kereskedelmének gyakorlati dekriminalizációja miatt, Svájcot az ópiumfüggők számára megvalósított heroin-kezelés miatt, az USA-t az orvosi kannabisz legalizációja miatt, Bolíviát a kokalevél-termesztés hagyománnyá minősítése miatt és Uruguayt a kannabisz teljes legalizációja miatt (Hall, 2018).

Nemzeti szabályozási hátterek

A nemzetközi egyezmények kimondják, hogy cikkeik megvalósítása a felek „alkotmányos rendelkezései, továbbá jogrendszerük és nemzeti joguk keretei között”, mindezek megfelelő tiszteletben tartásával történhet. Ez jelentős mozgásteret enged az országok számára mind a szankciók és büntető rendelkezések, mind a jegyzékmódosítások vonatkozásában. Például a kábítószeres és pszichotróp anyagok saját, személyes célra történő fogyasztása Németországban alkotmányos jogok alapján, Olaszországban pedig népszavazás eredményeként nem számít tiltott cselekménynek. A kábítószeres és pszichotróp anyagok használatát az egyezmények gyógyászati és tudományos célokra korlátozzák. Míg az 1961-es egyezmény a kábítószeres birtoklását engedélyhez kötötte (de nem kívánta büntetni), az 1971-es egyezmény szankciókat követelt meg, de nem kötelezett büntetőjogi lépésekre, azonban az 1988-as egyezmény már megkövetelte a tagországoktól a büntetőjogi eszközök használatát.

Az egyezményeken alapuló jegyzékeket a felek nemzeti szintű kiegészítésekkel és újracategorizálásokkal módosíthatják. A kiegészítés igen gyakori: az egyezmények jegyzékein szereplő 269 anyagon kívül legalább kétszer ennyi szer van nemzeti ellenőrzés alá vonva a különböző országokban; az EU irányába eddig 749 egyéb, nemzetközi szinten szabályozatlan pszichoaktív szer került bejelentésre 2005 óta. Az újracategorizálásnak több országban (pl. Hollandia, Olaszország, Spanyolország) is bevett gyakorlata van, melynek célja a „kemény” és „könnyű” drogok büntetőjogi szétválasztása, még ha ez nemzetközi konszenzus hiányában is történik. Bár az ENSZ tagállamai nem írhatják felül nemzeti rendelkezéseikkel az általuk ratifikált nemzetközi egyezményeket, de saját magukra vonatkozó egyedi feltételeket szabhatnak ki az egyezmények aláírásakor. Az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezmény alól jelenleg 4 ország fogadtatott el saját hagyományos droghasználatára hivatkozva kivételezést: Bolívia a kokalevél-rágás jogát tartotta fenn az Egyezménybe (vissza)lépésekor, Nepálnak joga van az ópium és kannabisz „kvázi-medikális” és nem-medikális használatához és kereskedelméhez, Mexikó kivételt tehet a bennszülöttek által mágikus-vallásos célokra használatos növényekkel, az USA pedig kivette a Native American Church vallásos *peyote* (meszkalinkaktusz) használatát az Egyezmény rá vonatkozó érvényessége alól.

Európai Unió szabályozási háttér

Az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos monitorozó, riasztó, kockázatértékelő és döntéshozást elősegítő tudományos és adatgyűjtő tevékenységet Európai Unió szinten a lisszaboni Kábítószer- és

Kábítószer-függőség Megfigyelőközpontja (EMCDDA) végzi; a hazai adatgyűjtést a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (a továbbiakban: Nemzeti Drog Fókuszpont) koordinálja. E tevékenység egyik fontos adatforrása az a Korai Jelzőrendszer (KJR; *Early Warning System, EWS*), mely az új anyagokkal kapcsolatos, különböző országokból beérkező információkat és riasztásokat kezeli. A begyűjtött adatok hozzájárulnak az EU – már 1997-98-ban egységes eszközrendszerre kidolgozott – saját kockázatértékelési folyamatához, melyet a 2018. november 23-i legújabb direktíva szerint 26 hét alatt kell elvégezni (a korábbi 1,5 évvel szemben). Amennyiben az Európai Unió Tanácsa valamely szer jegyzékre vételét határozattal elrendeli, az egészségügyért felelős miniszter megteszi a szükséges intézkedéseket e szernek az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) [GYTV05] 2. számú mellékletének, egyidejűleg pedig a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kábítószer Vhr.) [KÁBVHR12] 1. mellékletének megfelelő jegyzékeire történő felvétele érdekében. Az EU Tanácsa által korábban elrendelt jegyzékre vételeket az alábbi táblázat mutatja:

Dátum	Anyag(ok)
1999.09.13.	4-MTA
2002.02.28.	PMMA
2003.11.27.	2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2
2008.03.03.	BZP
2010.12.02.	mefedron
2015.10.08.	4-metilamfetamin, 5-IT, 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamin, 4,4'-DMAR, MT-45
2016.06.27.	α -PVP
2017.02.27.	MDMB-CHMICA
2017.09.25.	acryloylfentanyl
2017.11.15.	furanylfentanyl
2018.05.14.	ADB-CHMINACA, CUMYL-4CN-BINACA
2018.09.28.	cyclopropylfentanyl, methoxyacetylfentanyl

2. táblázat: Az Európai Unió Tanácsa által elrendelt jegyzékre vételek

4.2 Hazai szabályozás és kockázatértékelés

A kábítószeres és pszichotróp anyagok hazai szabályozása

Magyarországon az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményt az 1965. évi IV. törvényerejű rendelet, ennek 1972-es módosítását és kiegészítését az 1988. évi XVII. törvényerejű rendelet, az 1971-es bécsi pszichotróp egyezményt az 1979. évi XXV. törvényerejű rendelet, az 1988-as kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni egyezményt pedig az 1998. évi L. törvény hirdette ki. A 2005. évi XXX. törvény az 1961-es és 1971-es egyezményeket hivatalos magyar fordításokkal és akkori aktualizált mellékleteivel együtt hirdette ki. A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) [BTK12] 459. § (1) bekezdésének 18. pontja alapján Magyarországon kábítószeren a) az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezmény mellékletének I. és II. jegyzékein felsorolt anyagokat, b) az 1971-es pszichotróp anyagokról szóló egyezmény mellékletének I. és II. jegyzékein felsorolt „veszélyes pszichotróp” anyagokat, valamint c) a Gytv. 2. számú mellékletének A és B jegyzékein felsorolt pszichotróp anyagokat kell érteni. A törvény nem tesz különbséget az egyes kábítószeres között, azaz Mo.-n nincsenek meghatározva „könnyű” illetve „kemény” drogok. A Btk. szerinti kábítószereseket a Kábítószer Vhr. is felsorolja [KÁBVHR12]. Ennek 1. melléklete az alábbi táblázat szerinti részeket és jegyzékeket tartalmazza:

Jegyzék	Anyagok száma	Megjegyzés
A) KÁBITÓSZEREC JEGYZÉKE		
Kábítószerec 1. jegyzéke (K1)	112 anyag	A K1 jegyzék tartalmilag azonos a Kábítószer Egyezmény szerinti aktualizált I. listával.
Kábítószerec 2. jegyzéke (K2)	10 anyag	A K2 jegyzék tartalmilag azonos a Kábítószer Egyezmény aktualizált II. listájával. Az itt felsorolt hatóanyagok készítményei szerepelhetnek a Kábítószer-tartalmú kivételek 3. jegyzékén (K3).
B) PSZICHOTRÓP ANYAGOK JEGYZÉKE		
Pszichotróp anyagok 1. jegyzéke (P1)	116 anyag	A P1 jegyzék a Pszichotróp Egyezmény szerinti aktualizált I. lista alapján készült, kiegészítve az EU által a tagállamok számára előírt ellenőrzött hatóanyagokkal, valamint szigorúbb nemzeti ellenőrzésű anyagokkal.
Pszichotróp anyagok 2. jegyzéke (P2)	31 anyag	A P2 jegyzék a Pszichotróp Egyezmény szerinti aktualizált II. lista alapján készült, kiegészítve szigorúbb nemzeti ellenőrzésű anyagokkal.

3. táblázat: A Kábítószer Vhr. által listázott, a Btk. szerint kábítószernek minősülő anyagok

A Gytv. két jegyzéke azokat a „nemzeti” anyagokat tartalmazza, amelyek nem az 1971-es pszichotróp egyezmény mellékletének I. és II. jegyzéke alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak. A nemzeti A) jegyzék jelenleg 92 anyagot tartalmaz, melyek az 1971-es pszichotróp egyezmény I. jegyzékén szereplő pszichotróp anyagokkal azonos elbírálás alá esnek Magyarországon, azaz gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazhatók. Ez a jegyzék tartalmazza egyrészt az EU által a tagállamok számára előírt ellenőrzött hatóanyagokat, másrészt azokat a szereket, melyek nemzeti ellenőrzése hazai és nemzetközi rendészeti hatósági tapasztalatok alapján szigorúbb. A nemzeti B) jegyzék jelenleg 5 anyagot tartalmaz, melyek az 1971-es pszichotróp egyezmény II. jegyzékén szereplő pszichotróp anyagokkal azonos elbírálás alá esnek Magyarországon, azaz gyógyászati célra alkalmazható, szigorúan ellenőrzött szerek.

Az új pszichoaktív anyagok hazai szabályozása

A 2000-es évektől egyre gyorsabb iramban újonnan felbukkant, nemzetközi szabályozás alá nem eső pszichoaktív anyagokra Magyarország korábban a „hagyományos” kábítószerjegyzékhez hozzáadással reagált. A fokozott és új típusú kihívás miatt azonban 2012 tavaszán létrejött egy új szabályozási rendszer, mely egyrészt a Gytv.-ben meghatározta az ’új pszichoaktív anyag’ fogalmát és a kockázatértékelés folyamatát, másrészt a Btk.-ben létrehozta az erre vonatkozó jogszabályokat (régi Btk.: 283/B §; új Btk.: 184. §), harmadrészt felvette a Kábítószer Vhr. 1. mellékletének új jegyzékére – „C) ÚJ PSZICHOAKTÍV ANYAGOK JEGYZÉKE” – a kockázatértékelési folyamatba bekerülő anyagokat. E jegyzék a köznyelvben, a médiában, valamint a szerhasználók körében „C-lista” néven lett ismert, mely kifejezés a későbbi jogszabály-módosítások után is megmaradt a mindenkorl ÚPA-jegyzékre utalásként. A kockázatértékelési folyamat eredményeképpen a kábítószercehez hasonló veszélyesség feltételezése esetén az új anyagok kábítószerként a B) jegyzékre, a veszélyesség vélelmét alátámasztó információk hiányában pedig ugyanezen melléklet D) jegyzékére voltak hivatottak átkerülni.

A kockázatértékelés folyamatával kapcsolatban már ezen a korai ponton fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a hazai drogszabályozási rendszer – minden más ismert rendszerrel ellentétben és érthetetlen módon – az új anyagokat már a részletes kockázatértékelés *előtt(!)* büntetőjogi tiltólistára helyezi. A kockázatértékelés – meghatározása és lényege szerint – egy szakmai döntés-előkészítő folyamatrészt, melynek csakis alapos elvégzése *után* kerülhetnének az eredmények a döntéshozatali szinten olyasfajta mérlegelésre, melynek egyik lehetséges, de semmiképpen sem automatikus kimenetele az esetleges kriminalizáció vagy pönalizáció. Az ’előtiltás’ önellentmondó gyakorlatának egyetlen szóba jöhető indoklása, vagyis az ún. ’elővigyázatossági elv’ kiterjesztése az ÚPA-okra, erősen ellentétes a jogrendszer alapvető pilléreivel, mint például (a materiára kiterjesztett értelemben vett) ártatlanság vélelmével, a bizonyítási kötelezettséggel, illetve a bizonyítékalapú eljárási módokkal.

Az ÚPA-okat kormányrendeleti szinten szabályozni kívánó rendszer csupán részlegesen és ideiglenesen működött eredeti formájában. Az évekig elhúzódó kockázatértékelési folyamat, az új szerek elképesztően gyors felbukkanása (évente 80-100 bejelentett anyag!), valamint a „kevésbé veszélyesség” át nem gondolt koncepciója miatt a hazai ÚPA-szabályozás 2015. január 1-től hatályba léptette a már néhány évvel korábbi, német és holland mintára kidolgozott ([Hughes & Winstock, 2012](#)) „best practice”-nek tartott gyakorlatot a kockázatelemzési és jegyzékre vételi folyamat meggyorsítására. Ennek lényege a jogszabály-módosítási folyamat lekerülése egy magasabb és lassúbb döntéshozatali szintről (kormányrendelet) egy alacsonyabb és gyorsabb döntéshozatali szintre (minisztériumi rendelet). E jogszabály-módosításbeli változtatás eredményeképpen 2015. január 1-től tehát az ÚPA-jegyzék átkerült a Kábítószer Vhr. C) jegyzékéről egy új, az 55/2014. (XII. 30.) („az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületsorozatokról szóló”) EMMI rendelet 1. mellékletének egyetlen, betűjel nélküli jegyzékére (a továbbiakban: ÚPA-jegyzék) [[EMMI14](#)]. A Kábítószer Vhr. D) jegyzéke a helyén maradt – bár arra sem előtte, sem azóta nem került átsorolásra egyetlen anyag sem.

A Btk. 184/D. §-ának (1) bekezdése alapján új pszichoaktív anyagon a Gytv.-ben meghatározott fogalmat kell érteni, a Gytv. szerint pedig az ilyen anyagokat az egészségügyért felelős miniszter minősíti. Az új pszichoaktív anyagokat tehát a minisztériumi rendelet ÚPA-jegyzéke tartalmazza: 1 - 4a. pontjaiban kémiai szerkezet alapján (generikusan) vegyületsorozatokat határoz meg, 5. pontjában pedig nevesített anyagokat sorol fel. A jegyzék 1. alpontjában kannabinoidok, 2. alpontjában katinonok, 3. alpontjában triptaminok, 4. alpontjában fenetilaminok, 4a. alpontjában fentanilok, az 5.1 alpont táblázatában pedig 40 olyan különböző hatású anyag szerepel, melyek vázszerkezete lényegesen eltér a fentiekétől.

Tekintettel arra, hogy az új pszichoaktív anyagok átsorolása három különböző jogszabály hét különböző jegyzékének összehangolt és időzített módosítását igényli, nem meglepő az a tény, hogy e folyamat nehézsége miatt időnként hibák és anomáliák alakulnak ki. Például egy-egy szernek az ÚPA-jegyzékről lekerülése, illetve ugyanakkor a Kábítószer Vhr. B) jegyzékére és a Gytv. nemzeti A) jegyzékére felkerülése nem feltétlenül lép hatályba ugyanabban az időpillanatban (előfordult már például 15-órás csúszás is). Az effajta problémák csökkentése végett a bármilyen oknál fogva egyszerre két különböző jegyzéken szereplő anyagok esetében került megfogalmazásra az a kitétel, hogy az ÚPA-jegyzéken generikusan vagy nevesítve szereplő szer csak akkor számít új pszichoaktív anyagnak, amennyiben az nem szerepel más jegyzéken.

Amikor a korábban nevesítve szabályozott, de a kockázatértékelés eredményeképpen kábítószerre átsorolt új pszichoaktív anyagok lekerülnek az ÚPA-jegyzékről, az 5.1 alpont táblázatában addigi számozott soruk üres lesz (a továbbra is megmaradó sorszám kivételével). A generikus szabályozás vegyi képleteinek bővítésekor szintén előállhat hasonló helyzet, vagyis az 5.1 alpont táblázatában megüresedhet azon nevesített vegyületek helye, melyeket a módosított generikus szabályozás immár lefed.

2013. július 1-től szabálysértéssé minősült az ÚPA-ok – mindaddig szankcionálatlan – beszerzése, raktározása, tárolása, tartása és használata, valamint a velük kapcsolatos oktatás, kutatás és elemzés is. Ez a jogszabály-módosítás tk. csupán a kábítószerrel folytatott engedélyköteles tevékenységek (pl. tárolás, szállítás, naplózás) mulasztásait szankcionáló „kábitószer-rendészeti szabálysértés” ÚPA-megfelelőjeként jött létre. A mindennapi joggyakorlatban azonban nem vált világossá, hogy ez a szabálysértés vajon csakis az engedéllyel rendelkezőkre (pl. vegyi üzemek, kutatólaborok), vagy pedig az engedéllyel nem rendelkezőkre is alkalmazható-e? Az eltérő joggyakorlatok által sérülő jogvilágosság helyreállítása végett a 2012. évi („a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló”) II. törvény [[SZABS12](#)] újonnan beiktatott 153/B. „Új pszichoaktív anyaggal kapcsolatos szabálysértés” címének 199/B. § -a szerint 2016. január 1-től szabálysértés lett a csekély mennyiség felső határát (akkor 10 grammot, 2017. május 23-tól már csak 2 grammot) meg nem haladó ÚPA-ok megszerzése és tartása.

Szabályozási kategóriák és jogkövetkezményeik

A csekély mennyiségű ÚPA-ok szabálysértésnek minősülő megszerzésének és tartásának kivételével az ÚPA-okkal kapcsolatos egyéb fogyasztói, valamint a terjesztői típusú bűnelkövetési formákat a Btk. 184. § -a szabályozza részletesen. A 2013. július 1-jén hatályba lépett új Btk. még csupán egyetlen pontban szabályozta a visszaélést: „Aki új pszichoaktív anyagot a) az ország területére behoz, onnan kivisz, vagy

azon átszállít, b) előállít, kínál, átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”. A 2013. évi CLXXXVI. törvény 118. §-a azonban lényegesen kibővítette a Btk. 184., az ÚPA-okkal foglalkozó paragrafusát [BTK12]. A 2014. január 1-től hatályos Btk.-be ekkor kerültek be részletesen az ÚPA-okkal kapcsolatos egyes elkövetési formákra vonatkozó büntetési tételek (ld. a következő oldal táblázatát).

A táblázatból kitűnik, hogy a fogyasztói típusú magatartásformákat (megszerzés, tartás) csekély mennyiségű ÚPA-gal kapcsolatosan csupán a hivatalos minőségben vagy üzletszerűen, illetve kiskorú bevonásával vagy védett helyszínen elkövetés eseteiben szankcionálja a Btk. A terjesztői típusú magatartásformákat (kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik, előállít, behoz, kivisz, átszállít) azonban már több tényező tekintetében minősíti: védettség (kiskorú bevonása vagy védett helyszín); mennyiség (csekély vagy azt meghaladó); szerep (bűnszövetség, hivatalos minőség, honvéd/rendőr/NAV, üzletszerűség); illetve egyéb (anyagi eszközök szolgáltatása, előkészület). A büntetési tételek az 1, 2, illetve 3 évig terjedő (de kötelező minimum nélküli) szabadságvesztés kiszabásától az 1 évtől 5 évig, 2 évtől 8 évig, illetve akár 5 évtől 10 évig terjedő szabadságvesztés kiszabásáig is terjedhetnek. Ez utóbbi, legszigorúbb büntetési tétel pl. védett helyszínen vagy kiskorú bevonásával elkövetett, bűnszövetségben vagy hivatalos minőségben történt, csekély mennyiséget meghaladó ÚPA kínálása, átadása, forgalomba hozatala, kereskedelme esetén áll fenn.

Csekély mennyiség meghatározása

A Btk. 461. § (1) bekezdése összesen csupán 37 kábítószer esetében határozza meg a csekély mennyiség felső határát grammban. Az e bekezdésben nem szereplő kábítószeres esetén a kábítószer „csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának hétszeres mértékét nem haladja meg”. (Megemlítendő, hogy korábban egy másfajta, de szintén absztrakt mérce, vagyis az adott szer élettani hatásának a morfinbázis élettani hatására történő átváltása vonatkozott a nevesítve nem említett kábítószerekre!)

A 2013. július 1. előtt hatályos régi Btk., illetve az ekkor hatályba lépett jelenlegi, „új” Btk. – a kábítószeres szabályozásától eltérően – eredetileg nem írt elő az ÚPA-okra vonatkozó mennyiségi határokat. Ezeket csak a 2014. január 1-től hatályos Btk.-módosítás léptette érvénybe, melynek 184/D § (2) bekezdése szerint „az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha a készítmény legfeljebb 10 gramm tömegű új pszichoaktív anyagot tartalmaz”. A konkrét grammban megadott mennyiségi határokkal kapcsolatban azonban többféle joggyakorlati aggály merült fel, melyekre válaszként 2017. május 23-tól az ÚPA csekély mennyiségének felső határa csökkentésre került az addigi 10 grammról mindössze 2 grammra: „az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a 2 gramm mennyiséget nem haladja meg”.

Szakértői vélemények alapján elmondható, hogy az ilyesfajta, bármiféle konkrét hatóanyag-tömeg-határértékkel megállapított „gumiszabály” nem hozhat kielégítő és elfogadható szabályozást. Mivel a szabály egyszerre többféle, a legkülönbözőbb kémiai szerkezetű és hatáserősségű anyagra egyaránt vonatkozik, 10 gramm tiszta hatóanyag egyes szereknél (pl. GBL) csupán kb. 10 adagnyit, más szereknél (pl. 25I-NBOMe) azonban akár kb. 100 000 adagnyit jelenthet. Az adagolás jelentősége a kábítószerre átsorolás kapcsán válhat látványossá: például a 0,1 milligrammos adagolású 25I-NBOMe esetében – ÚPA-ként – a csekély mennyiség felső határa 10 gramm (azaz 100 000 adag) volt, az átsorolás után – kábítószerként – a csekély mennyiség felső határa öt nagyságrenddel(!) csökkent le a Btk. szerinti 7 adagra, tehát 0,7 milligrammra (azaz 0,0007 grammra). Mivel a jelentős mennyiség alsó határa a csekély mennyiség felső határának 20-szorosa, a különösen jelentős mennyiség alsó határa pedig a csekély mennyiség felső határának 200-szorosa, az átsorolás az egyik napról a másikra (2014. december 31. – 2015. január 1.) a(z esetleges) szabálysértési bírságról az akár 5-15 évig terjedő szabadságvesztésre változtatta a birtoklásért járó szankciót!

Btk. §		184.1.3	184.2.3	184.4a	184.4b	184.5	184/A2	184/A4	184/A4	184/A5	184/B1a.3	184/B1b.3	184/B2	184/B4	184/B5a	184/B5b
CSELEKMÉNY	kínál / átad forgalomba hoz kereskedik előállít megszerez / tart behoz / kivisz / átszállít	x x x	x x x	x	x	x x x	x x x	x	x	x x x	x	x	x x x	x x x	x	x
VÉDETTSÉG	[a] kiskorú bevonása / [b] védett helyszín						x	x	x	x						
MENNYISÉG	< 2 gramm (csekély) > 2 gramm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SZEREP	bűnszövetségben [c] hivatalos [d] honvéd/rendőr/NAV üzletszerű		x x x		x x x	x x x	x x x		x	x x x			x x x	x x x		x x x
EGYÉB	anyagi eszközök előkészület	(x)	(x)			x	(x)			x	(x)	(x)	(x)			
SZABADSÁG- VESZTÉS	1 évig terjedő			*						*					*	
	2 évig terjedő					*				*				*		*
	3 évig terjedő				*			*		*	*	*				
	1 évtől 5 évig terjedő	*						*					*			
	2 évtől 8 évig terjedő		*													
	5 évtől 10 évig terjedő						*									
Btk. §		184/C1a.3	184/C1b.3	184/C1ba.3	184/C1bb.3	184/C2	184/C2	184/C2	184/C4	184/C4	184/C4	184/C5a	184/C5a	184/C5b	184/C5b	184/C5b
CSELEKMÉNY	előállít megszerez / tart behoz / kivisz / átszállít	x x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
VÉDETTSÉG	[a] kiskorú bevonása / [b] védett helyszín	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MENNYISÉG	< 2 gramm (csekély) > 2 gramm	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
SZEREP	bűnszövetségben [c] hivatalos/üzletszerű					x x	x x	x x	x x	x x	x x			x x	x x	x x
EGYÉB	anyagi eszközök előkészület	(x)	(x)	(x)	(x)				x	x	x					
SZABADSÁG- VESZTÉS	2 évig terjedő								*	*	*	*	*			
	3 évig terjedő													*	*	*
	1 évtől 5 évig terjedő	*	*	*	*											
	2 évtől 8 évig terjedő					*	*	*								

4. táblázat: ÚPA büntetőjogi következmények

[a] = 18. életévét betöltött személy, aki 18. életévét be nem töltött személynek / személyt / személy felhasználásával

[b] = oktatási, köznevelési, gyermekjóléti vagy gyermekvédelmi feladatok ellátására rendelt épület területén, illetve annak közvetlen környezetében

[c] = hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként, e minőséget felhasználva

[d] = a Magyar Honvédség, a rendvédelmi szervek vagy a Nemzeti Adó- és Vámhivatal létesítményében

A hatásos adag kiszámolásával kapcsolatos paradox helyzetek jól mutatják, hogy a jogszabály teljesen irreális és életszerűtlen az általa szabályozni kívánt társadalmi jelenség vonatkozásában. A „hozzá nem szokott fogyasztó” elméleti konstrukciója, az „átlagos, hatásos adag” eme hipotetikus személyre vonatkozó meghatározási kísérlete, valamint a bármiféle szakmai indoklás nélkül meghatározott „hétszeres” adagmennyiségi határ nehéz feladat elé állítják mind az igazságügyi szakértőket, mind a bíróságot. Ebben a helyzetben a jogvilágosság és a jogegyenlőség többszörösen is sérül. A Btk. csupán néhány tucat kábítószer esetében határozza meg a csekély mennyiség felső határát (melyek közül a 2011-től újonnan felbukkant pszichoaktív anyagokra vonatkozó határértékeket ld. az alábbi táblázatban), az összes többi kábítószer esetén azonban – beleértve a kb. 70 korábban ÚPA-nak minősülő, később kábítószerré átsorolt szert – a nehezen kalkulálható 7-adagos határt használja. Szakirodalmi adatok hiányában a kirendelt igazságügyi szakértői vélemények országon belül területileg és esetileg is eltérhetnek egymástól; ugyanarra a szerre más bíróságokon más mennyiségi határok kerülhetnek megállapításra.

Hatóanyag	Csekély mennyiség felső határa
MDPV	0,5 g
4-MEC	1,5 g
metilon	1,5 g
mefedron	1,5 g
N-Me-1-PEA	1 g
1-PEA	1 g

5. táblázat: A 2011-2012-ben kábítószerré minősített új anyagokra megállapított mennyiségi határok a Btk.-ben

Az áldatlan állapot miatt a Pécsi Törvényszék beadványt nyújtott be az Alkotmánybíróságra [PÉCS16], melyben kifogásolja, hogy a Btk.-ben szereplő „hozzá nem szokott fogyasztó átlagos hatásos adagjának” fogalma nem kellően objektív feltételként került meghatározásra. Az indítványozó bírák érvelése szerint a támadott rendelkezés azért alaptörvény-ellenes, mert a jogalkalmazó számára nem, vagy kizárólag önkényesen értelmezhető. A nem-egyértelműség pedig kiszámíthatatlan jogalkalmazáshoz vezethet, ezáltal sértve a jogbiztonságot. A beadvány szerint minden egyes kábítószer vonatkozásában meg kell határozni a rájuk vonatkozó pontos mennyiségi értékeket. A beadvány azt is javasolta, hogy a jövőben csak úgy kerüljön fel a kábítószerjegyzékre új anyag, hogy ugyanakkor meghatározásra kerül a csekély mennyiség felső határa.

Bár az Alkotmánybíróság végül elutasította a csekély mennyiségű kábítószer meghatározatlansága miatti alaptörvény-ellenesség megállapítására irányuló bírói kezdeményezést [AB17], a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság Jogi Szakbizottságának ülése szakértői javaslatot tett a korábban új pszichoaktív anyaggá sorolt, ám később kábítószerré átminősített, leggyakrabban előforduló kilenc szer csekély mennyiségének felső határaitra vonatkozóan, melyek az alábbi táblázat szerint kerültek a Btk.-be, 2018. január 1-től hatályosan:

Hatóanyag	Csekély mennyiség felső határa
pentedron	0,4 g
AB-CHMINACA	0,05 g
α -PVP	0,5 g
MDMB-CHMICA	0,05 g
AM-2201	0,05 g
AB-PINACA	0,05 g
AB-FUBINACA	0,05 g
ADB-FUBINACA	0,05 g
GBL	6,2 g

6. táblázat: A leggyakoribb kábítószerré átsorolt ÚPA-okra utólag, 2018-tól megállapított mennyiségi határok a Btk.-ben

A szakértők konszenzussal megegyeztek abban, hogy a jövőben a kockázatértékelési folyamat részévé kell váljon a csekély mennyiség felső határa vonatkozó javaslatétel. A jövőben akár közvetlen jegyzékre vétel, akár ÚPA-átsorolás által kábítószerre minősített anyagok tehát már úgy kerüljenek fel a jegyzékre, hogy mindegyikükre vonatkozóan meghatározásra kerül a Btk.-ben a csekély mennyiség felső határa. Ehhez azonban szükséges a kockázatértékelési folyamat áttekintése és a kapcsolódó új módszertan kidolgozása. A teljes jogvilágosság eléréséhez szükséges lenne a csekély mennyiség felső határának utólagos meghatározása is a Kábítószer Vhr. P1 és P2 jegyzékein már szereplő további 110 anyagra vonatkozóan – különös tekintettel arra a tényre, hogy ezen anyagok többsége az ÚPA-jegyzékről került kábítószerre átsorolásra 2013 és 2018 között.

Kockázatértékelés folyamatának jogi háttere és leírása

Elméleti síkon a drogok szabályozását célzó jogalkotási folyamat előkészítő lépése az a kockázatértékelés, melynek során a jelenség alapos megvizsgálása után mérlegelésre kerülnek a lehetséges szabályozás előnyei és hátrányai, és melynek eredményeképpen javaslat születik a döntéshozó számára a szabályozás szükségességéről. A gyakorlatban ez a folyamat ennél sokkal prózaibb és automatikusabb módon történik: elmondható, hogy az egy-egy új anyagról rendelkezésre álló, általában rendkívül csekély adatmennyiség felhasználásával az alapértelmezett szabályozási döntés – az ún. elővigyázatossági elv (*precautionary principle*) „kalapácsszerű” használatával – szinte kizárólagosan az adott szer betiltása lesz, hatástanulmányok és alternatív szabályozási lehetőségek számottevő megfontolásának mellőzésével. Jelenleg a kábítószer, a pszichotróp anyagok és az ÚPA-ok jegyzékre vételi és jegyzékmódosítási eljárásrendjét a Kábítószer Vhr. határozza meg. Ha az ENSZ Kábítószer Bizottsága határozatával valamely szernek a Kábítószer Egyezmény vagy a Pszichotróp Egyezmény valamely jegyzékére vételéről dönt, vagy ha az EU Tanácsa valamely szer jegyzékre vételét elrendeli, az egészségügyért felelős miniszter megteszi a szükséges intézkedéseket e szernek a Gytv. 2. számú mellékletének, valamint egyidejűleg a Kábítószer Vhr. 1. mellékletének megfelelő jegyzékeire történő felvétele érdekében.

Az új anyagok jegyzékre vételi folyamatának szakértői munkája két szakaszból áll: egy (rövid) előzetes szakmai értékelésből, valamint egy (hosszabb és részletesebb) kockázatértékelésből. A belföldi forgalomban felbukkant, lefoglalásra került, szabályozás alatt nem lévő pszichoaktív anyagok előzetes szakmai értékelését – a rendőrség, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) és a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) megkeresésére – a még hatályos jogszabály szerint az Országos Addiktológiai Centrum (OAC) hivatott végezni; e szervezeti egység megszűntével annak feladatait az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Népegészségügyi Főosztályán belül a Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont szervezeti egysége vette át. A mindössze két kérdésből álló előzetes szakmai értékelést a Gytv. 15/B. § (3) bekezdése határozza meg: „nem ismert-e olyan adat, amely a) a szer gyógyászati felhasználására utalna, és b) amely kizárná, hogy az anyag hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a jelenleg már kábítószernek minősített (K1, K2, P1, P2, A, B) jegyzékeken szereplő anyagok?” 'Nem' -válaszok esetén az új anyag már a kockázatértékelés előtt(!) büntetőjogi tiltólistára kerül.

Az előzetes szakmai értékelési folyamat egy oda-vissza történő közös egyeztetés formájában történik a Nemzeti Drog Fókuszpont, a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK), az OGYÉI, az EMMI és az Igazságügyi Minisztérium (IM) között. A közigazgatási egyeztetés megkezdésével egyidejűleg a jogszabálytervezet a 2011. évi („az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló”) CXII. törvény [INFOTV11], valamint a 2010. évi („a jogszabályok előkészítésében való társadalmi részvételtől szóló”) CXXXI. törvény [TÁRS10] szerint közzé kell tenni.

Az ÚPA-jegyzékre történő felvételt követő kockázatértékelés során az OGYÉI, az egészségügyi szakmai kollégium, a Nemzeti Drog Fókuszpont, a szakvélemény adására kijelölt szervek, a rendőrség, és a KKB irányából kerülnek összegyűjtésre „az adott szer kóros élvezetére utaló” vélemények, információk és állásfoglalások. E kockázatértékelés során két kérdés kerül megvizsgálásra: „a) a kérdéses anyag kiválthat-e függőségi állapotot és a központi idegrendszer izalmát vagy depresszióját, melyek hallucinációkat vagy motoros vagy ítélőképességi vagy magatartásbeli vagy felfogóképességi vagy kedélyállapot zavarokat hoznak létre, vagy a P1, P2, P3 vagy P4 jegyzéken szereplő valamely anyaghoz hasonló visszaélést és káros hatást” és „b) okkal feltételezhető-e, hogy az anyag közegészségügyi és

szociális problémát jelentő olyan visszaélésre ad vagy adhat lehetőséget, amely indokolja annak a Gytv. 2. számú mellékletére történő felvételét”.

A Gytv. a kockázatértékelés elvégzésére eredetileg 1 éves határidőt szabott. Azonban mivel az OAC nem tudta elvégezni az első körben, 2012-ben „C-listára” vett 43 új pszichoaktív anyag kockázatértékelését ennyi idő alatt, szükségessé vált a jogszabály módosítása, mely a kockázatértékelés határidejét először további egy évvel hosszabbította meg. A 2012. évi CCXII. törvény 80. § -a tehát 2013. január 1-i hatállyal módosította a Gytv. 15/C. § (4) bekezdését: „Amennyiben az 1 éven belüli [...] kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése további 1 évre meghosszabbítható”. Ám mivel az OAC még 2 év alatt sem volt képes elvégezni a kockázatértékelést, egy rákövetkező, 2015. január 1-től hatályos Gytv.-módosítás a kockázatértékelési folyamat jelenleg is érvényben lévő, kétévenkénti (vagyis gyakorlatilag folyamatos) meghosszabbítását tette lehetővé: „Ha az 1 éven belüli [...] kockázatértékelés lezárásához a szakértői szerv megállapításai szerint nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése meghosszabbítható azzal, hogy a kockázatértékelést két évente el kell végezni mindaddig, amíg a kockázatok kizárásához vagy alátámasztásához elegendő adat nem áll rendelkezésre”. A Gytv. szerinti kétévenkénti meghosszabbítás lehetőségével szemben a Kábítószer Vhr. 27. § (7) bekezdés a) pontja a kockázatértékelés idejének gyakorlatilag szintén folyamatossá tehető, ám csupán egyévenkénti meghosszabbítását teszi lehetővé.

A fenti változások által kialakított jogszabályi háttér tehát a gyakorlatban lehetővé tette egyes anyagoknak az ÚPA-jegyzéken történő „leparkoltatását” — szemben az eredeti koncepcióval, melyben a KÉ-i folyamat végeredménye csakis a B) vagy D) jegyzékre átsorolás lett volna. Jelenleg 11 olyan anyag van az ÚPA-jegyzéken (a táblázat 2-12. sorai), melyek már mintegy 7 éve „beleragadtak” a KÉ-i folyamatba: a kábítószerre átsorolás szükségességét alátámasztó adatok hiányában ezeket a szereket az eredeti koncepció szerint a Kábítószer Vhr. D) jegyzékére kellett volna áthelyezni, ám a „folyamatosan ismételhető hosszabbítás” lehetősége miatt ez mindmáig nem következett be.

Az ÚPA-jegyzék módosítása 2012. április 3-i bevezetésétől kezdve összesen 18 alkalommal történt meg (ld. a következő táblázatot), átlagosan tehát 4,5 hónap telt el egy-egy módosítás között. Habár a minisztériumi rendeleti jogszabály-módosítás bevezetése a kormányrendeleti jogszabály-módosítást volt hivatott meggyorsítani, az időpontokból kitűnik, hogy az egy-egy módosítás között eltelt idő a korábbi kormányrendeletek átlagos 5 hónapjáról a későbbi minisztériumi rendeletek 4 hónapjára csökkent csak. Az ÚPA-jegyzékről lekerüléskor – kábítószerre átsorolás esetén – azonban az adott szert mind a Gytv., mind a Kábítószer Vhr. megfelelő mellékletére fel kell venni egyidejűleg, tehát ilyenkor nem kerülhetők el a lassú átfutási idejű törvény- illetve kormányrendelet-módosítások.

Vegyí anyagok – így pl. ÚPA-ok – nemzeti szabályozás alá vonásakor a rendelettervezetet előzetesen be kell jelenteni az EU felé. Ezt korábban az 1998. június 22-i („a műszaki szabványok és szabályok terén történő információszolgáltatási eljárás megállapításáról és az információs társadalom szolgáltatásaira vonatkozó szabályok megállapításáról szóló”) 98/34/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv 8-10. cikke szabályozta, jelenleg pedig a 2015. szeptember 9-i („a műszaki szabályokkal és az információs társadalom szolgáltatásaira vonatkozó szabályokkal kapcsolatos információszolgáltatási eljárás megállapításáról szóló”) 2015/1535 irányelv 5-7. cikke írja elő. A sürgősségi bejelentés kb. 3 hetet igényel, ez idő alatt a többi tagország észrevételt tehet a rendelet tervezetéről.

Dátum	Jegyzék	Magyar Közlöny	Módosítás, anyag(ok) sorszáma
2012. április 3.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2012. évi 37. szám	fel: 44 (1-44) generikus
2012. november 21.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2012. évi 146. szám	fel: 4 (45-48)
2013. július 6.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2013. évi 116. szám	fel: 3 (49-51) át: 5 (23 45-48) generikus
2013. július 15.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2013. évi 116. szám	fel: 1 (52)
2014. március 4.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2014. évi 32. szám	fel: 11 (53-64)
2014. július 19.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék		fel: 4 (65-68)
2014. október 13.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék	2014. évi 139. szám	fel: 3 (69-71)
2015. január 1.	Kábítószer Vhr. C) jegyzék ÚPA-jegyzék	2014. évi 186. szám	át: 36 (2-4 6 8-11 13-18 20-22 24-28 30-34 36 38-40 43-44 49-50 52) fel: 38 (2-39) generikus
2015. április 2.	ÚPA-jegyzék	2015. évi 42. szám	fel: 6 (40-45)
2015. július 1.	ÚPA-jegyzék	2015. évi 84. szám	át: 5
2015. július 11.	ÚPA-jegyzék	2015. évi 101. szám	le: 15 (18-21 23 26 29-31 35 40-44) fel: 2 (46-47) generikus
2016. január 25.	ÚPA-jegyzék	2016. évi 9. szám	fel: 2 (48-49)
2016. július 1.	ÚPA-jegyzék	2016. évi 102. szám	át: 2 (13-15)
2016. július 11.			fel: 4 (50-53)
2016. december 25.	ÚPA-jegyzék	2016. évi 213. szám	fel: 18 (54-71) generikus
2017. január 1.	ÚPA-jegyzék	2016. évi 213. szám	át: 14 (16-17 22 24-25 27-28 32-34 37-39 45)
2017. május 5.	ÚPA-jegyzék	2017. évi 64. szám	át: 11 (60-67 69-71) fel: 2 (72-73) generikus
2017. szeptember 28.	ÚPA-jegyzék	2017. évi 155. szám	fel: 1 (74)
2018. július 6.	ÚPA-jegyzék	2018. évi 104. szám	át: 1 (73)
2018. november 11.	ÚPA-jegyzék	2018. évi 170. szám	fel: 11* (75-85)

7. táblázat: Az új pszichoaktív anyagok korábbi és jelenlegi jegyzékeinek módosításai

Az ÚPA-szabályozás gyakorlati megvalósulása

Az ÚPA-szabályozás gyakorlatát eleve nehezíti, hogy „az új pszichoaktív anyagra vonatkozó szabályozás nem alkot koherens, könnyen értelmezhető rendszert” (Ignácz, 2018). Az eltelt hét év távlatából megállapítható, hogy az ÚPA-ok hazai szabályozási és kockázatértékelési rendszerének 2012-es bevezetése korántsem valósította meg kitűzött céljait, vagyis az új szerek tömeges felbukkanására adott gyors és alapos válaszlépéseket. Középgyors, ideiglenes lépésként a jogalkotó az összes szer felbukkanására azonnali kriminalizációval válaszolt, míg az új anyagok alaposabb kockázatértékelését és végleges besorolását a szakértők vagy egyáltalán nem, vagy pedig csak több évig tartó időtartam alatt voltak képesek elvégezni (amikorra is a kérdéses szerek többsége már régen kikerült a hazai piaci forgalomból). A késedelem nem indokolható a nagy mennyiségű adat feldolgozását igénylő nagy mennyiségű idővel, hiszen az új anyagok túlnyomó többségéről gyakorlatilag semmiféle információ nem állt rendelkezésre. Az ÚPA-jogszabály lényeges, bár már elvében is vitatható részét képező generikus szabályozás a korai kezdetektől gondot okozott a joggyakorlatban. A kémiai törzsképletek alapján történő szabályozás lényege, hogy a jegyzék 1 – 4a. pontjainak valamelyike részletesen felsorolt szerkezeti részek kombinációi alapján írja le a jegyzék 5. pontjában nevesítve nem szereplő szabályozandó vegyületeket. A kombinált vegyi és jogi szakszöveg nagyfokú bonyolultsága rendkívüli mértékben rontja a jogvilágosságot, hiszen az egész országban csupán egy maréknyi szakértő képes a jogszabályt értelmezve megmondani egy-egy vegyületről

* A 77. sorban szereplő anyag (mephtramine) már szerepelt a P1-jegyzéken és tévesen került fel az ÚPA-jegyzékre.

annak neve alapján a pontos törvényi státuszát. A komplexitást jól illusztrálja az is, hogy maga a jogalkotó is legalább 5 alkalommal vétett kodifikációs hibát az ÚPA-jogszabály generikus részének létrehozása és módosításai során.

A szintetikus kannabinoidok különböző fajtáinak hazai felbukkanását vizsgálva elmondható, hogy azok generikus szabályozása több év alatt sem tudta utolérni a szerpiaci kínálat gyors változásait, mely az ezres nagyságrendű legális vegyület-variációk lehetőségét kínálta és kínálja továbbra is. Másrészt pedig a katinon-származék stimulánsok hazai lefoglalásait visszamenőlegesen megfigyelve egyértelműen kiderül az is, hogy azok piacán sem a generikus szabályozás általi ÚPA-jegyzékre vétel, de még a kábítószerre átsorolás büntetőjogi fenyegetése sem volt képes az illegális szerkínálat lényeges csökkentésének elérésére. Felmerül tehát a kérdés, hogy ismert hátrányai mellett vajon mekkora lépéselőnyt kínál a generikus szabályozás az „új anyagok elleni harcban”, amennyiben egy-egy teljesen új anyag felbukkanása miatt az ÚPA-jegyzék mindenképpen folyamatos módosításra szorul (még ha nem is a bizonyos szer konkrét megnevezésével az 5. pontban, hanem az annak típusát leíró generikus képlet kibővítésével az 1 – 4a. pontok valamelyikében)?

4.3 Hazai rendszer elhelyezése az európai gyakorlatban

Fogyasztói magatartások kriminalizációja az EU tagállamaiban

Az európai ÚPA-szabályozás kimondott és vállalt célja a szerekkel történő kereskedelem visszaszorítása, melynek elérése érdekében a tagállamok – egymástól jelentősen eltérő módon – büntetőjogi eszközök használatához is folyamodhatnak. Általános európai trendként megállapítható, hogy az EU-tagállamok nem alkalmaznak büntetőjogi szankciókat az új pszichoaktív anyagok személyes használatra történő birtoklásának eseteiben (EMCDDA, 2016; Hughes, Evans-Brown, & Sedefov, 2016). Az európai ÚPA-szabályozási irányvonal e része koherenciát mutat a kábítószeres és pszichotróp anyagok európai szabályozási trendjével is: a fogyasztói típusú magatartásformák dekriminalizálása már számos országban megtörtént (pl. Hollandia, Portugália, Csehország, Norvégia). E tekintetben **Magyarországon** extrém kivételes helyzet jött létre, mivel **Európában egyedülálló módon az ÚPA-ok fogyasztói típusú magatartásformái** – tehát a megszerzés, tartás, fogyasztás – is **kriminalizálásra kerültek!** Ezen belül még extrémebb jogszabályozást jelent az, hogy a birtokolt mennyiségek szankcionálása nem csupán a nagy, 'kereskedelmi' mennyiségekre történik, hiszen a csekély mennyiség felső határa mindössze 2 grammal került megállapításra (ami más országokban a „személyes használat” kategóriájába lenne sorolandó). Az ÚPA-birtoklást szankcionáló másik tagállam, Lettország első alkalommal csupán szabálysértési bírság kiszabását alkalmazza, a büntetőjogi fenyegetést csupán a kihágás 1 éven belüli megismétlése esetén helyezi kilátásba.

Az EU-tagállamok ÚPA-szabályozási tipológiája jogalap szerint

Az új pszichoaktív anyagok gyors terjedése kikényszerítette a különböző nemzeti szabályozásokat az egyes tagállamokban.⁹ A kábítószerként minősítés és a törvények módosítása viszonylag hosszú időt igényel, miközben az adott anyag gyorsan terjed, és betiltása esetén azonnal új anyag lép a helyébe. Annak érdekében, hogy minél rövidebb ideig lehessen mindenféle korlátozás nélkül kereskedni egy új pszichoaktív anyaggal, a tagállamok a saját jogrendszerüknek és drogpolitikájuknak megfelelő szabályokat vezettek be. Ezek a szabályozások vagy átmenetileg szolgálnak az átfogóbb, új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozási rendszer kialakításáig, vagy a céljuk, hogy a szer megjelenése és a kábítószer-törvény hatálya alá kerülésének ideje alatt is legyen valamilyen kontroll felette. Az új pszichoaktív anyagok jogi megközelítésében az EMCDDA szerint három fő irányvonal különböztethető meg. Az első csoportba tartozó országok a fogyasztóvédelmi vagy a gyógyszerekre vonatkozó jogszabályok¹⁰ felhasználásával léptek fel az új pszichoaktív anyagokkal szemben. A meglévő jogszabályok kiterjesztése viszonylag egyszerűen és gyorsan kivitelezhető volt. A második megközelítést

⁹ EMCDDA: *Legal approaches to controlling new psychoactive substances*. 2016. május 30.

https://www.emcdda.europa.eu/print/topics/pods/controlling-new-psychoactive-substances_en

¹⁰ Az Európai Unió Bírósága (Court of Justice of the European Union, CJEU) 2014. július 10-i döntése szerint egy ÚPA nem számít gyógyszerkészítménynek, ha nincsenek jótékony hatásai az emberi egészségre. Ez jogellenessé nyilvánította azon tagországok gyakorlatait, melyek a gyógyszerekre vonatkozó nemzeti jogszabályozás alá vették az ÚPA-okat. (EMCDDA & Eurojust, 2016)

alkalmazó tagállamok a meglévő kábítószerre vonatkozó jogszabályaik hatáskörét terjesztették ki és módosították azért, hogy a nem kábítószerre minősített új pszichoaktív anyagok ellen is fel tudjanak lépni. A legtöbb esetben ezek a szabályok rövid idő alatt lehetővé teszik az adott anyag tiltását, azonban csak átmenetiek, mert a céljuk az, hogy időt biztosítsanak a kockázatértékelésre, a szer kábítószerlistára vételére. A harmadik csoportba tartozó jogi megközelítés új jogi szabályozások kidolgozása volt.¹¹

 Ausztria 2009-ben a szintetikus kannabinoidokat tartalmazó készítményeket a gyógyszer törvényben szabályozta a használat kriminalizálása nélkül. 2012-ben egy új törvényt fogadtak el, ami kriminalizálja a törvényben meghatározott tulajdonságokkal rendelkező, az egészségügyi miniszter rendeletében felsorolt új pszichoaktív anyagok kínálatát.

 Cipruson a törvényhozó 2011-ben a kábítószer törvény szabályozása alá rendelte különböző új pszichoaktív anyagok generikus csoportjait.

 Csehország a szabályozott szerek listáját a törvényből egy új kormányrendeletre helyezte át 2014-ben, így megadva a lehetőségét a gyorsabb listára kerülésnek.

 Dánia is a generikus, csoportos, bizonyos új pszichoaktív anyagokra vonatkozó fogalom meghatározással egészítette ki a kábítószerre vonatkozó szabályozását 2012-ben.

 Az Egyesült Királyság 2010-ben a fogyasztóvédelmi szabályozások és a címkén szereplő kötelező tájékoztatás segítségével tiltotta be a mefedron fürdősóként és növény tápszerként való címkézését és árusítását. 2011-ben a kábítószerrel visszaélésről szóló jogszabály módosításával lehetővé tették az abban felsorolt új pszichoaktív anyagok kábítószer-jogszabályok alatti ellenőrzését legfeljebb egy éven keresztül. A 2016-ban elfogadott pszichoaktív anyagokról szóló törvény megtiltotta pszichoaktív anyagok előállítását és kínálatát, amennyiben szándék van arra, hogy az anyag pszichoaktív hatásai miatt kerüljön elfogyasztásra.

 Finnország a kábítószer törvényt egészítette ki 2011-ben egy kockázatértékelési rész létrehozásával, aminek célja, hogy tudományos alapot szolgáltasson az új pszichoaktív anyagok szabályozásához. 2014-ben ugyanezt a törvényt kiegészítették a fogyasztói piacról kitiltott pszichoaktív anyagok kínálati oldalához kapcsolódó tevékenységek kriminalizálásával.

 Franciaország 2012-ben a katinonszármazékok generikus definíciójával egészítette ki a kábítószer szabályozását.

 Hollandia a mefedront a gyógyszerészeti törvény hatálya alá vette 2010-ben, ezáltal nem lehetett többé engedély nélkül árusítani azt.

 Horvátország a szabályozott szerek listáját 2014-ben kiegészítette új pszichoaktív anyagok kémiai szerkezettel leírt generikusan meghatározott csoportjaival.

 Írország 2010-ben egy innovatív törvényt¹² fogadott el, amely szerint bűncselekmény a már meglévő szabályozások körébe nem tartozó pszichoaktív szerek reklámozása, árusítása vagy kínálata emberi felhasználásra.

 Lengyelországban a fogyasztói biztonsági törvények érvényesítése keretében egy hét alatt 3500 ellenőrzést hajtottak végre az illetékes hatóságok, és 1200 „head shop” került bezárásra. Egy hónappal később, szintén 2010-ben, módosították a kábítószer törvényt a „helyettesítő kábítószer” jogi definíciójával, valamint frissítették az egészségvédelmi törvényt.

 Lettország 2013-ban módosította a szabályozott kábítószer listáját számos szer csoporttal, amelyeket generikusan írt le a kémiai felépítésük alapján. Ugyanebben az évben megtilthatóvá tette maximum egy évre új pszichoaktív anyagok terjesztését bizonyos eljárások megvalósulása esetén, szabálysértési bírság terhe mellett. 2014-től a kínálati tevékenységeket szabadságvesztéssel büntethetővé tették. A személyes fogyasztásra tartás szabálysértés lett, ami figyelmeztetést vagy pénzbírságot von maga után.

 Litvánia 2011-ben a kábítószerre szabályozó jogszabályaiba bevezette a szintetikus kannabinoidok és katinonok csoportos fogalom meghatározását.

¹¹ u.ott, 1. fejezet: “Analysis: controlling new psychoactive substances”.

¹² Ezt az ‘innovatív’ törvényt az ír Fellebbviteli Bíróság alkotmányellenesnek találta és hatályon kívül helyezte 2015-ben.

 Olaszország 2010-ben szintén a fogyasztóvédelmi törvény és a címkén való tájékoztatásra előírt szabályok segítségével szintetikus kannabinoidokat tartalmazó termékeket tett elkobozhatóvá. 2011-ben a kábítószertörvénybe emelték a szintetikus kannabinoidokat és katinonokat.

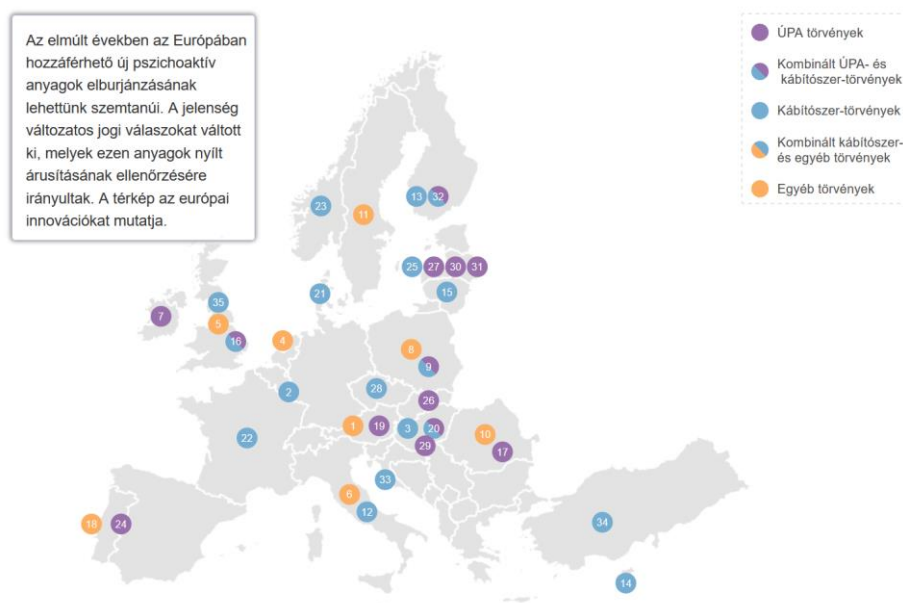
 Luxemburg 2009-ben szintetikus kannabinoidok csoportjának definíciójával egészítette ki a nemzeti kábítószertörvényét.

 Portugáliában a Gazdasági és Élelmiszer-biztonsági Ügynökség (*Economy and Food Safety Agency*) 2011-ben lefoglalt 65000 csomagot üzletekből a fogyasztók egészségének védelme okán. 2013-ban egy jogszabály megalapította a listáját azon pszichoaktív anyagoknak, amelyek a szabályozott szerekhez hasonló egészségügyi kockázatot jelentenek, és megtiltotta ezek reklámozását és terjesztését szabálysértési bírság és a telephely bezáratásának terhe mellett.

 Romániában 2011 elején a kormány multidiszciplináris munkacsoportokat hozott létre annak érdekében, hogy a tagok a saját területük jogszabályainak megfelelően és saját hatáskörükben mindent megtegyenek az „ártalmas, nem szabályozott pszichoaktív szerek” terjedésének megfékezésére. A munkacsoportokban minisztériumok képviselői, valamint egészségügyi és fogyasztóvédelmi intézmények vettek részt. Új jogszabály lépett életbe még 2011-ben, ami engedélyhez köti olyan szerek árusítását, amelyek a kábítószerekéhez hasonló pszichoaktív hatást okozhatnak.

 Svédországban 2011-ben egy új jogszabály meghatalmazott egy államügyészt, hogy elrendelje a lefoglalását és megsemmisítését anyagoknak, amelyek feltételezhetően narkotikumok vagy egészségkárosító javak.¹³

 Szlovákia 2013-ban felruházta az eü.-i minisztert, hogy egy új listához adjon olyan szereket, amelyeknél felmerül ártalmasság, veszélyesség gyanúja. Egy szer legfeljebb 3 évig maradhat a listán, terjesztése szabálysértés.



2. ábra: Interaktív térkép az egyes államok ÚPA szabályozásának tipológiája és kronológiája szerint

4. fejezet-összefoglaló

- A nemzetközi drogszabályozás az ENSZ 1961-es, 1971-es, és 1988-as egyezményein alapul
- Mo.-n 2 kábítószer-, 2 pszichotróp, és 2 'nemzeti' jegyzék sorolja fel a kábítószereket
- Az EU-ban egyetlenként Mo. kriminalizálja az ÚPA-ok fogyasztói típusú magatartásformáit
- Az új anyagok már a tényleges kockázatértékelés előtt(!) büntetőjogi tiltólistára kerülnek
- Az EU tagországai saját, eltérő jogi szabályozásokkal válaszolnak az ÚPA-jelenségre

¹³ u.ott, 2. fejezet: “Interactive: legal innovations across Europe”.

Major Magda:

5. Nemzetközi elvárások és kötelezettségek

5.1 ENSZ-egyezmények jogértelmezése

Releváns ENSZ-egyezmények

Az Alaptörvény szerint Magyarország együttműködésre törekszik a fenntartható fejlődés érdekében a „világ valamennyi népével és országával”. A nemzetközi jog kötelezettségeinek való megfelelés érdekében az országunk biztosítja a nemzetközi és magyar jog összhangját. A nemzetközi jog általánosan elismert szabályait elfogadja, a nemzetközi jog más forrásait, így a Magyarország által is aláírt ENSZ-egyezményeket, jogszabályban hirdeti ki, és ezáltal teszi a magyar jogrendszer részévé [[ALAPTV11](#), Q) cikk].

Az Egyesült Nemzetek 1961. évi március 30-án, New York-ban kelt Egységes Kábítószer Egyezményét (továbbiakban: Kábítószer Egyezmény) Magyarország, az akkori Magyar Népköztársaság az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel hirdette ki. Majd a fenti Kábítószer Egyezmény 1972. évi Jegyzőkönyvét (1988. évi 17. törvényerejű rendelet) is a hazai szabályozás részévé tette a magyar törvényhozó. A Kábítószer Egyezmény preambuluma az emberiség egészségét és jólétét, valamint az egyén és a társadalom ártalmainak csökkentését hangsúlyozza céljaként. A preambulum elismeri a gyógyászati és tudományos céljait a kábítószernek, ugyanakkor a használatot ezekre a területekre korlátozza. Egységes, nemzetközi fellépést és ellenőrzést követel.

1971. február 21-én, Bécsben aláírták a pszichotróp anyagokról szóló egyezményt (továbbiakban: Pszichotróp Egyezmény), amit Magyarország az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel hirdetett ki. „A *«pszichotróp anyag» az I., II., III. vagy IV. Jegyzékben felsorolt minden természetes vagy szintetikus eredetű anyag vagy természetes termék. A «készítmény» olyan oldat vagy keverék, bármilyen is legyen annak fizikai állapota, amely egy vagy több pszichotróp anyagot tartalmaz, vagy egy vagy több pszichotróp anyag adagokra osztva.*”¹⁴. A Pszichotróp Egyezmény indokolásában az aláírók nem kisebb célt tűztek ki, mint hogy megelőzik és leküzdik az ezen anyagokkal való visszaélést és azok tiltott kereskedelmét, miután gondoskodni kívánnak az egész emberiség jólétéről és egészségéről, és aggódnak a visszaélés okozta közegészségügyi és szociális kérdések miatt.

A kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezményt Magyarország az 1998. évi L. törvénnyel hirdette ki. A preambulumban az aláíró felek aggodalmukat fejezik ki „a kábítószeres és pszichotróp anyagok előállításának, keresletének és tiltott forgalmazásának elterjedtsége miatt, ami súlyos veszélyt jelent az egyének egészségére és jólétére, és károkat okoz a társadalom gazdasági, kulturális és politikai alapjainak”. Az indokolás a gyermekek, továbbá az államok gazdasági alapjainak, stabilitásának, biztonságának és szuverenitásának veszélyeztetettségére is utal. A nemzetközi fellépést szorgalmazza, a fenti tevékenységek visszaszorítását, valamint a prekursorok, kábítószeres és pszichotróp anyagok előállításában használt vegyszerek és oldószerek ellenőrzését.

Definíció a magyar jogban

A 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (továbbiakban: Btk.) [[BTK12](#)] a kábítószer fogalmát a Kábítószer Egyezmény és kiegészítése I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagnaként, valamint a Pszichotróp Egyezmény I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagnaként, továbbá az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban: Gytv.) [[GYTV05](#)] 2. mellékletében meghatározott pszichotróp anyagnaként definiálja. Tehát egyrészt nem ad önálló definíciót, hanem a magasabb rangú nemzetközi egyezményekre utal. Másrészt a Gytv. mellékletét veszi át teljes mértékben.

A Gytv. 2. mellékletében azok az anyagok kerülnek felsorolásra, amelyek a Pszichotróp Egyezmény I. és II. jegyzékében nem szerepelnek, azonban a hazai besorolásuk eltér a nemzetközitől, ezáltal válnak a

¹⁴ Pszichotróp Egyezmény 1. cikk Szójegyzék

kábítószer büntetőjogi definíciójába tartozó szerré. A Jegyzékeken szereplő anyagokkal azonos elbírálás alá tartoznak a melléklet két listáján felsorolt anyagok.

A Gytv. is a két ENSZ-egyezményre hivatkozik, azonban a Btk.-vel szemben különbséget tesz kábítószer (Kábítószer Egyezmény I. és II. Jegyzék), kábítószerként minősített gyógyszer (Kábítószer Egyezmény I. és II. Jegyzéken szereplő kábítószerként minősített hatóanyagot tartalmazó gyógyszer), pszichotróp anyag (Pszichotróp Egyezmény I-IV. Jegyzékén és a Gytv. 2. mellékletében felsorolt anyag), pszichotróp anyagként minősített gyógyszer (pszichotróp egyezmény II-IV. Jegyzékén és a Gytv. 2. mellékletének B) jegyzékén felsorolt pszichotrópknak minősített hatóanyagot tartalmazó gyógyszer) között. A fentiek alapján a Btk. és a Gytv. különböző kábítószer-fogalmakat használ. A Gytv.-ben a kábítószer fogalma szűkebb, azonban a pszichotróp anyag fogalma túlterjed a Btk.-ben meghatározott „kábítószeren”.

A magyar szabályozás és az ENSZ-egyezményeknek való megfelelés

Magyarország is köteles a Kábítószer Egyezmény [ENSZ61] rendelkezéseinek hatályba léptetése és végrehajtása, a nemzetközi együttműködés és a kábítószeresek előállítás, gyártása, kivitele, behozatala, forgalmazása, kereskedelme, használata és birtoklása kizárólag gyógyászati és tudományos célokra korlátozása érdekében megtenni a szükséges lépéseket (4. cikk). A Kábítószer Egyezmény rendelkezik a jogellenes kereskedelem elleni fellépésről, illetve az államok kötelezettségeiről ennek keretein belül. Előírja az országos szintű megelőző és megtorló jellegű fellépést. Továbbá előírásaival biztosítja a gyors, átfogó és gördülékeny nemzetközi együttműködést (35. cikk).

A Kábítószer Egyezmény előírja, hogy az aláíró országok hozzanak megfelelő rendelkezéseket annak érdekében, hogy az Egyezménnyel ellentét, szándékos elkövetést büntetendő cselekménynek nyilvánítsák, illetve a bűncselekményeket szankcionálják. A szankciókat is megnevezi szabadságvesztés vagy más szabadságelvonnással járó joghátrány formájában. A tiltott tevékenységek esetében nyitott felsorolással él a Kábítószer Egyezmény: „bármilyen címen történő termesztés, előállítás, gyártás, kivonás, készítés, tartás, felajánlás, értékesítésre történő felkínálás, forgalmazás, megvásárlás, eladás, szállítás, közvetítői tevékenység, feladás, tranzitszállítás, fuvarozás, behozatal és kivitel és minden olyan tevékenység, ami az állam megítélése szerint ellentétben állhat a Kábítószer Egyezmény rendelkezéseivel.” A kábítószer-élvezők által elkövetett tevékenységek esetében lehetőséget biztosít a cikk egyéb intézkedések foganatosítására, például kezelés, nevelés, utógondozás, rehabilitáció elrendelésére (36. cikk). A fent felsorolt tevékenységek elkövetésénél felhasznált vagy felhasználni kívánt kábítószeresek, anyagok és eszközök lefoglalását és elkobzását lehetővé teszi az egyezmény (37. cikk). A kábítószerrel való visszaélés körében a megelőzést, a visszaélést elkövető személyének megállapítását, kezelését, nevelését, utógondozását, rehabilitációját, társadalmi reintegrációjának előmozdítását hangsúlyozza az államok feladataként (38. cikk). Az egyezmény lehetőséget nyújt az aláíró államoknak, hogy a Kábítószer Egyezmény rendelkezéseinél szigorúbb ellenőrzési rendszabályokat léptessenek életbe különösen a közegészségügy és jólét érdekében. Tehát a Kábítószer Egyezmény rendelkezéseitől a szigorítás irányába van lehetőségük a részes államoknak eltérni (39. cikk).

A Pszichotróp Egyezmény [ENSZ71] szerint a pszichotróp anyagok gyártását, kivitelét, behozatalát, elosztását, készletét, kereskedelmi forgalmát, használatát és birtoklását az aláírók kötelesek gyógyászati és tudományos célra korlátozni. Kiemeli, hogy a részes államok a birtoklást a törvényhozásukban meghatározott feltételek mellett engedélyezzék lehetőleg (5. cikk). Az I. Jegyzékben szereplő anyagokra különleges intézkedéseket fogadtak el a Pszichotróp Egyezményt aláíró felek (7. cikk). Ezeknek az anyagoknak tilos bármilyen alkalmazása a tudományos és nagyon korlátozott gyógyászati felhasználás kivételével. A gyártást, kereskedelmi forgalmat, elosztást, birtoklást különleges vagy előzetes engedélyezéshez kell kötni. A fentiek felügyeletét biztosítani kötelesek az államok. Az engedéllyel rendelkező szervezetek és személyek részletes nyilvántartást kötelesek vezetni a tevékenységükről és az általa érintett anyagokról. A kivitel és behozatal tilos, kivéve, ha az export és import országban is megfelelő felhatalmazással rendelkezik a tevékenység végzője. A prevenció mellett a pszichotróp anyagokat használó emberek felkutatása, kezelése és társadalomba való visszailleszkedésének a segítése a cél (20. cikk). [Az egyezmény aláírása az ártalomcsökkentő szemlélet elterjedése előtt született, és láthatóan azóta sem módosult ebben a tekintetben.] A jogellenes kereskedelemmel szembeni fellépés tekintetében az aláíró felek a saját jogrendszerüknek megfelelően kötelesek nemzeti szinten biztosítani a megelőzést és a megtorlást, nemzetközi szinten pedig az együttműködést (21. cikk). Előírja a Pszichotróp Egyezmény,

természetesen a nemzeti szabályok figyelembevétele mellett, a jogellenes tevékenységek bűncselekménnyé nyilvánítását, súlyos bűncselekményként való kezelését, szabadságvesztéssel vagy más szabadságelvonással járó büntetését. Azokban az esetekben, ha a felsorolt tényállások elkövetői „kábitószerélvezők”, engedményt tesz a Pszichotróp Egyezmény. Eszerint az elítélés vagy büntetés helyett vagy mellett más intézkedések is alkalmazhatók, például kezelés, rehabilitáció stb. A kísérlet, az előkészület és a meghatározott bűncselekményekkel összefüggő pénzügyi műveletek is büntetendők. A visszaesés esetében pedig a külföldi elkövetést is büntetni rendeli. A kiadatást elősegíteni igyekszik. Továbbá rendelkezik a lefoglalhatóságról és elkobozhatóságról (22. cikk).

A Prekursor Egyezményben [ENSZ88] részletes és konkrétumokban gazdag rendelkezéseket fogadtak el, amelyek megszabják a részes államok számára, hogy mely szándékosan elkövetett cselekményeket kell bűncselekménnyé nyilvánítaniuk. Eszerint bűncselekmény a Kábítószer és a Pszichotróp Egyezményekkel ellentétes előállítás, gyártás, kivonás, készítés, eladásra felkínálás, terjesztés, bármilyen feltételek melletti szállítás, és az ezzel való ügynökösködés, szállítmányozás, tranzit szállítmányozás, fuvarozás, behozatal vagy kivitel, illetve a birtoklás vagy vásárlás ilyen célból. Bűncselekmény az ópiummák, kokacserje vagy kannabisz termesztése az egyezményekkel ellentétes módon, kábítószer előállítása céljából. Tilos továbbá berendezések, felszerelések és a Pszichotróp Egyezmény I. és II. Jegyzékében felsorolt anyagok előállítása, szállítása, terjesztése annak tudatában, hogy azt kábítószer vagy pszichotróp anyagok jogellenes termesztésében, előállításában vagy gyártásában használják vagy erre szánják (3. cikk).

A Btk. [BTK12] 37. § szerint a szabadságvesztés büntetési fokozata fegyház, ha kábítószer-kereskedelem vagy kábítószer birtoklása miatt szabták ki. [Eszerint, bár lehetőség van az elterelésre és enyhébb büntetés kiszabására, szabadságvesztésről szóló ítélet esetén a legszigorúbb büntetés-végrehajtási fokozat érvényesül.] (37. §, (3) ad) pont). Az elkobzás nem mellőzhető kábítószer-kereskedelem, kábítószer birtoklása, kábítószer készítésének elősegítése, kábítószer előállításához szükséges anyaggal visszaélés, új pszichoaktív anyaggal visszaélés, teljesítményfokozó szerrel visszaélés, gyógyszerhamisítás esetén (73. § c) pont). Továbbá vagyoneklobzás szükséges a büntetőeljárás megindítását megelőző öt évben szerzett vagyonra, ha a vagyon vagy az elkövető életvitele az igazolható jövedelmi viszonyaihoz, személyi körülményeihez képest különösen aránytalan, a következő bűncselekmények egyes eseteiben: kábítószer forgalomba hozatala, illetve az azzal való kereskedés, kábítószer termesztése, előállítása, az ország területére behozatala, kivitele, átszállítása, kábítószer készítésének elősegítése; kábítószer-prekursor forgalomba hozatala, szállítása, azzal közvetítői tevékenység végzése; új pszichoaktív anyag előállítása, az ország területére behozatala, kivitele, átszállítása, forgalomba hozatala, illetve az azzal való kereskedés (74/A. §).

A Btk. a kábítószer-kereskedelmet a 176-177. §-ban az egészséget veszélyeztető bűncselekmények körében szabályozza. [Ez is mutatja a jogalkotó döntését, miszerint a kábítószer által okozott ártalmak közül az egészségügyi és közegészségügyi ártalmakat emeli ki elsősorban.] A kábítószer kínálása, átadása, forgalomba hozatala és az azzal való kereskedés büntett, amely 2 évtől 8 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Különös eseteket is meghatároz a törvény az elkövetés módja, illetve bizonyos mennyiség alapján. A csekély mennyiségű kábítószer esetén pedig engedményeket tesz a jogszabály. Csekély mennyiségű kábítószer kínálása és átadása legfeljebb 2 évvel büntetendő vétség. [Azonban az átadás nehezen értelmezhető kereskedési tevékenységként. A gyakorlatban egy baráti társaságban is megvalósul az átadás, amennyiben nem mindenki külön szerezte be a saját maga által elfogyasztandó kábítószer.]

A kábítószer birtoklásának alapesetei a termesztés, előállítás, megszerzés, tartás, az ország területére behozatal, onnan kivitel, azon átszállítás büntett, ami 1 évtől 5 évig büntetendő. A csekély mennyiségű kábítószerre elkövetett birtoklás alapesetei vétségnek minősülnek, 2 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendők. Továbbá a kábítószer fogyasztása, illetve csekély mennyiségű kábítószer fogyasztás céljából megszerzése vagy tartása szintén vétség, ami 2 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A különös esetek ezekben a szakaszokban is meghatározásra kerülnek. Enyhítő körülmény, ha az elkövető a kábítószer értékesítő személy kilétének megállapítását lehetővé teszi (178-180. §). Nem büntethető, aki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra termeszt, előállít, megszerez vagy tart, illetve fogyaszt, ha beismeri az elkövetést és az elsőfokú ügydöntő határozat meghozataláig igazolja, hogy elterelésen vett részt. Azonban nem alkalmazható ez a szabály, ha a megelőző 2 éven belül felfüggesztették vele szemben az eljárást ugyanilyen okra figyelemmel, vagy megállapították a felelősségét kábítószer-kereskedelem vagy

kábítószer birtoklása miatt (181. §). [Ezáltal a jogalkotó tulajdonképpen a kábítószer-függőséget bünteti.] Külön cím alatt („kóros szenvedélykeltés”) tárgyalja a törvény az eseteket, amikor nagykorú kiskorú személyt kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyag, szer élvezetére rábír, rábírti törekszik, vagy kábítószer fogyasztására rábírti törekszik. Továbbá vétséget követ el az a nagykorú, aki kiskorúnak segítséget nyújt kábítószernek nem minősülő kábító hatású anyag élvezetéhez (181. §).

Büntett a kábítószer készítésének elősegítése. Ez termesztés vagy előállítás céljából szükséges anyag, berendezés, felszerelés készítését, megszerzését, az országhatáron való átjuttatását, átadását, forgalomba hozatalát vagy azzal való kereskedést, továbbá a fentiekhez anyagi eszköz szolgáltatását jelenti. Akkor nem büntethető az ilyen típusú tevékenység, ha még mielőtt ezt a hatóság megtudta volna, cselekményét jelzi, átadja a bizonyítékokat, és segítséget nyújt mások felderítésében, akik hasonló tevékenységet végeznek (182. §). A kábítószer-prekurzorokkal végzett bizonyos tevékenységek, visszaélések a Btk. 183. § (1)-(2) bekezdésében meghatározottak szerint büntetendők. A kábítószer-prekurzorok és a büntetendő tevékenységek fogalom meghatározása esetében a törvény az Európai Unió különböző jogi aktusaira utal. A Btk. az értelmező rendelkezések között határozza meg a kábítószeres mennyiségi határait. Továbbá felsorolja azon Európai Unió jogi aktusokat, amelyeknek megfelelően születtek a kábítószerre vonatkozó büntetőjogi rendelkezések (465. §).

A Gytv. [GYTV05] rendelkezik az engedélyeztetési feladatokról, a hatóságok szerepéről. Az ENSZ dokumentumoknak¹⁵ megfelelően a kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal és a kábítószerként és pszichotróp anyagként minősülő gyógyszerekkel végzett tevékenységekre vonatkozó engedélyeztetési, szabályozási, nyilvántartásba-vételi, adatszolgáltatási kötelezettségekről rendelkezik a törvény. A részletes szabályozást pedig külön jogszabály hatáskörébe utalja. Az ellenőrzési rendszerek létrehozása a felek kötelezettsége, a kiépítésük részleteiben azonban szabadságot enged a Pszichotróp Egyezmény.¹⁶

Értelmezés a körülmények és társadalmi környezet tekintetében

A magyar szabályozás kötelezte magát az aláírásokkal a kábítószeres és azokkal folytatott tevékenységek üldözésére. A fenti szabályozási rendszerből látható, hogy a jogalkotónak bár bizonyos esetekben az egyezmények szerint lenne lehetősége enyhébb büntetőjogi szabályokat alkalmazni, az (2 éven belül) egyszeri elterelés kivételével nem kíván élni ezek lehetőségével. Az Egyezmény a Jegyzékein szereplő szerekre vonatkozóan ír elő szabályozást. Az új pszichoaktív anyagok nem jelennek meg ezekben a dokumentumokban, és a Magyarország által túlteljesített, szigorú szabályozás sem következik ezekből az előírásokból.

Kábítószer az, amit a Kábítószer Egyezmény, pszichotróp anyag az, amit a Pszichotróp Egyezmény és a Gytv. felsorol és annak nyilvánít. A Jegyzékek jelzés alapján módosíthatók, új szerek kerülhetnek a Jegyzékekre. Amennyiben azonban a kockázatértékelési rendszerek, illetve kevésbé létező újraértékelési rendszerek megkérdőjeleződnek, a listák abszolút érvénye is megkérdőjeleződik.

Az egyezmények a fejlett országok kultúrkörének megfelelően, egy általuk uralt politikai környezetben jöttek létre. A kulturális különbségeket csupán néhány pontban vették figyelembe, azonban a hatalommal rendelkezők nemzetközi közösségéhez tartozásának vágya miatt a legtöbb ország kötelezőnek érezhette magára nézve az aláírást. Miközben valójában az Észak-Amerikában és Nyugat-Európában uralkodó nézetek és az ott elterjedt kábítószer-használat hívta életre a Kábítószer Egyezményt. A fejlett világ kábítószer-használatát kiszolgáló országok mind kulturálisan és mind gazdaságilag veszíthettek a dokumentumok létrejöttével. A Kábítószer Egyezmény 49. cikke, az átmeneti fenntartásokról, lehetővé teszi az adott állam területén a használat engedélyezését. A csatlakozás pillanatában, amennyiben engedélyezett volt korábban az adott tevékenység, még folytatható. Azonban az Egyezmény előírja azt is, hogy hány éven belül kell azt kivezetni. Véleményünk szerint annak ellenére, hogy nem adott pillanattól tesz az Egyezmény egy kulturális hagyományt tiltottá, azonban a jövőben elvárja ezt a részes államoktól, tulajdonképpen nem tesz valós lépéseket a csatlakozó államok sajátosságainak figyelembevétele irányába. A jelenkorban vannak ébredő érdekérvényesítő mozgalmak, mint a kokatermesztőké vagy a máktermesztőké, azonban természetesen a már kialakult rendszerekben nehezen szabályozhatók ezeknek a jogai és kötelezettségei.

¹⁵ Kábítószer Egyezmény 29., 30., 31., 33., 34. cikkek és Pszichotróp Egyezmény 8-14. cikkek

¹⁶ Pszichotróp Egyezmény 15. cikk

A nyugati világhoz tartozó államok között is vannak olyanok, akik fenntartásokkal hajlandók csupán betartani az egyezményeket. Ennek leggyakoribb megjelenési formája manapság a kannabisz-fogyasztás engedélyezése. Azonban, ahogy az egyik interjúalany rávilágított, az ilyen típusú lépések gyengítik a nemzetközi egyezmények elfogadottságát, ami beláthatatlan nemzetközi együttműködést akadályozó, stabilitást megdöntő, emberi jogokat veszélyeztető következményekkel járhat. Így érdemes megfontolni az egyezmények módosításának, a XXI. századnak való megfeleltetésének kezdeményezését.

5.2 EU-szabályozás

Az új szintetikus kábítószerre vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló Tanács 97/396/IB számú együttes fellépés volt az első meghatározó közös lépés a korábban nem szabályozott kábítószerekkel kapcsolatban az Európai Unióban. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) és az Europol, a tagállamok, az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) és a Bizottság támogatásával közösen dolgoznak az új típusú kábítószer megjelenésének és terjedésének monitorozásán. A szabályozási keret lehetővé tette egy fejlett Korai Jelzőrendszer és tudományos kockázatértékelés kiépítését. A következő fontos Európai Unió szabályozási mérföldkő a Tanács 2005/387/IB számú határozata [\[EU05_387\]](#) volt az ÚPA-okra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről. Erre a szabályozásra az Európai Unió 2000-2004-es kábítószeréről szóló cselekvési terve keretében, az 1997-es együttes fellépés külső értékelésének eredményei alapján került sor. A határozat hangsúlyozta, hogy az együttes fellépés tapasztalatai jók voltak, azonban további bővítésre szorultak. 2018. november 23-tól alkalmazandó az Európai Unió új szabályozási csomagja, amelynek célja gyorsabbá tenni a jogi reakciót az új típusú kábítószerre. A 2018-as hatályba lépést hosszas egyeztetési folyamatok előzték meg; 2013 szeptemberében került benyújtásra a javaslatcsomag. Az új szabályozástól várják az új pszichoaktív szerek közegészségügyi és társadalmi kockázataira való gyors válaszlehetőség erősödését. A Korai Jelzőrendszer és a kockázatértékelés javulása, továbbá a szabályozási eljárások rövidülése a cél. A szabályozási csomag az Európai Bizottság javaslatait követi. A háromlépéses megközelítés megtartása mellett az adatgyűjtés és értékelési eljárások ésszerűsítése és felgyorsítása történt ([EMCDDA, 2018b](#)).

Az Európai Parlament és Tanács 2017/2101 rendelete (2017. november 15.) [\[EU17_2101\]](#) módosítja az ÚPA-okra vonatkozó információcseré, riasztási rendszer és kockázatértékelési eljárás tekintetében az EMCDDA-ról szóló 1920/2006/EK rendeletet [\[EU06_1920\]](#). Az EMCDDA-t az 1993. február 8-i 302/93/EGK tanácsi rendelet hozta létre, majd az 1920/2006/EK rendelet (2006. december 12.) átdolgozta az irányelvet a sokadik módosítást követően. A szervezet célja, hogy Európa-szerte adatokat gyűjtsön a kábítószerhelyzetről és a kábítószer-fogyasztásról annak érdekében, hogy a döntések megalapozottak lehessenek a tudományos módszerekkel végzett adatgyűjtéseknek és adatszolgáltatásnak köszönhetően.¹⁷ A rendeletben felsorolásra kerülnek az EMCDDA feladatai, így a meglévő adatok összegyűjtése és elemzése, az adat-összehasonlítás módszereinek fejlesztése, az adatok terjesztése, együttműködés az európai és nemzetközi szervezetekkel és a harmadik országokkal, tájékoztatás.¹⁸ A 2018. november 23-án hatályba lépett módosító rendelet a feladatkört kiegészíti az ÚPA-okra vonatkozó információcserével, riasztási rendszerrel és kockázatértékeléssel. Az 1920/2006/EK rendelet szerint az EMCDDA rendelkezésére áll a Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Információs Hálózata (REITOX), amelynek keretében nemzeti kapcsolattartó pontok működnek (Magyarországon a Nemzeti Drog Fókuszpont). Ezek megfelelő működését biztosítaniuk kell a nemzeti hatóságoknak.¹⁹

A 2017/2101 módosító rendelet [\[EU17_2101\]](#) kiegészíti a REITOX feladatkörét. A nemzeti kapcsolattartó pont és az Europol nemzeti egysége időben köteles megküldeni az EMCDDA és az Europol számára az ÚPA-okról rendelkezésre álló információkat. Így különösen az anyagok felderítésére, azonosítására, használati mintázataira, előállítására, kivonására, forgalmazására és forgalmazási módjaira, kereskedelmére, valamint a kereskedelmi, orvosi és tudományos felhasználására, a potenciális és azonosított kockázataira vonatkozó információkat. Ezeket az Europol és az EMCDDA összegyűjti, elemzi és továbbítja a szükséges nemzeti és közösségi szerveknek annak érdekében, hogy a riasztáshoz minden

¹⁷ [\[EU06_1920\]](#), 1. cikk.

¹⁸ u.ott, 2. cikk

¹⁹ u.ott, 5. cikk

információval rendelkezzenek. Továbbá ezek alapján az EMCDDA elkészíti a bevezető vagy összesített bevezető jelentést.²⁰

Bevezető jelentés készítése szükséges, amennyiben a gyűjtött információk alapján aggály merül fel, hogy az adott ÚPA uniós szintű egészségügyi vagy társadalmi kockázatot jelenthet. A bevezető jelentés előzetes információkat tartalmaz az adott anyag kémiai, fizikai jellemzőiről, az előállítás módszeréről, prekursorokról, gyógyszerészeti és toxikológiai jellemzőiről, az előállításban és terjesztésben részt vevő bűnözői csoportokról, humán- és állatgyógyászati felhasználásról, kereskedelmi és ipari felhasználásról, tudományos felhasználásról, a meglévő tagállami korlátozásokról, korábbi vagy folyamatban lévő ENSZ rendszerébe tartozó értékelésről. Az EMCDDA ehhez információ szolgáltatását kéri a nemzeti kapcsolattartóktól, az Európai Gyógyszerügynökségtől (*European Medicines Agency, EMA*), az Europoltól, az Európai Vegyianyag-Ügynökségtől (*European Chemicals Agency, ECHA*), az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtól (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*) és az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóságtól (*European Food Safety Authority, EFSA*). Az információkérését késedelem nélkül meg kell indítania az EMCDDA-nek. Az információk kérésétől számított öt héten belül köteles benyújtani a bevezető jelentést a Bizottság és a tagállamok részére. Amennyiben több hasonló kémiai szerkezetű anyagról gyűjt információt az EMCDDA, az egyedi bevezető jelentés vagy összesített bevezető jelentés megküldésére hat hete van.²¹

Amennyiben a bevezető jelentés olyan információkat tartalmaz, amelyek arra engednek következtetni, hogy az adott anyag súlyos közegészségügyi és társadalmi kockázatot jelenthet, a Bizottság a bevezető jelentés kézhezvételétől számított két héten belül felkérheti az EMCDDA-t a kockázatértékelési jelentés elkészítésére. A kockázatértékelést a tudományos bizottság végzi el. A kockázatértékelési jelentés tartalmazza az adott anyag kémiai és fizikai jellemzőire, az előállításhoz használt módszerekre és prekursorokra, gyógyszerészeti és toxikológiai jellemzőire, a kereskedelmi, ipari és tudományos felhasználásra vonatkozó rendelkezésre álló információkat. Továbbá tartalmazza az egészségügyi, a társadalmi kockázatok elemzését. A kockázatértékelési jelentést a felkéréstől számított hat héten belül benyújtja az EMCDDA a Bizottságnak és a tagállamoknak. Az EMCDDA indokolással ellátott kérelme alapján a Bizottság meghosszabbíthatja a rendelkezésre álló időtartamot.²²

A 2018. november 23-án hatályba lépett módosító csomag 2017/2103 irányelve [\[EU17 2103\]](#) hatályon kívül helyezte az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről szóló 2005/387/IB tanácsi határozatot. Továbbá ugyanezen irányelv módosította a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló 2004/757/IB tanácsi kerethatározatot. A kerethatározatot, indokolása szerint, azért alkották meg, mert a tiltott kábítószer-kereskedelem veszélyezteti az EU polgárainak egészségét, biztonságát, életminőségét, valamint a tagállamok törvényes gazdaságát, stabilitását és biztonságát. A célja, hogy a minimumszabályok lehetővé tegyék a közös fellépést. A módosítás célja, hogy a szintén sok kockázatot jelentő ÚPA-k esetében is lehetőség legyen a közös küzdelemre. A fogalommeghatározásról szóló 1. cikkben a kábítószer fogalma kiegészítésre kerül azzal, hogy a mellékletben felsorolt szerek is kábítószernek minősülnek, valamint beemeli a módosítás a kerethatározatba az új pszichoaktív anyag és a készítmény fogalmait is.²³

A Bizottság felhatalmazást kap arra, hogy a kockázatértékelési jelentés alapján az adott ÚPA-ot vagy ÚPA-okat felvegye az irányelv mellékletébe, és ezáltal a kábítószer fogalma alá rendelje az adott szert. Amennyiben a Bizottság úgy ítéli meg, hogy szükségtelen az adott anyag felvétele a mellékletbe, a kockázatértékelési jelentés kézhezvételétől számított hat héten belül erről a döntéséről egy indokolással ellátott jelentést nyújt be az Európai Parlament és a Tanács számára. A melléklet kiegészítését követően a tagállamoknak hat hónapjuk van hatályba léptetni a szükséges törvényi, rendeleti vagy közigazgatási rendelkezéseket annak érdekében, hogy a kerethatározat rendelkezései alkalmazandók legyenek nemzeti jogukban. A melléklet kiegészítésére vonatkozó jogi aktust indokolatlan késedelem nélkül köteles megtenni a Bizottság. A melléklet kiegészítése szükségességének mérlegelése során a Bizottság figyelembe veszi az

²⁰ [\[EU17 2101\]](#), 3., 5a. cikk.

²¹ u.ott, 5b. cikk

²² u.ott, 5c. cikk

²³ [\[EU17 2103\]](#), 1. cikk

adott ÚPA használatának mértékét és jellemzőit, hozzáférhetőségének és terjesztésének mértékét az EU-ban, azt, hogy a fogyasztásából eredő egészségkárosodás veszélyezteti-e az életet. Továbbá figyelembe veszi az egyénnek és a társadalomnak okozott társadalmi kár mértékét, és hogy a társadalom működésére és a közrendre gyakorolt hatása a közrend megzavarását eredményezi-e.²⁴

Újdonság, hogy a hasonló kémiai szerkezettel rendelkező új pszichoaktív szerek esetében a lehetséges kockázatok együtt, egy összesített bevezető jelentésben vizsgálhatók, a határidők pedig lerövidültek. Továbbra is az EMCDDA játszik vezető szerepet a korai jelzések terén. A bejelentést követően az Európai Bizottságnak két hete lesz az EMCDDA felszólítására, az EMCDDA-nek pedig hat hete lesz az adott szer kockázatértékelésére. Utóbbi alapján a Bizottság javasolhatja a szer szabályozását, aminek alapján az Európai Unió Tanácsának és az Európai Parlamentnek két hónapon belül döntést kell hoznia. A tagállamoknak a döntés hatályba lépésétől számítva 6 hónapjuk lesz, a korábbi 12 hónappal ellentétben, a kérdéses szert szabályozni. Az új szabályozás további európai uniós ügynökségeket von be a már meglévő, jelen jogszabálysomagban újraszabályozott folyamatokba, így az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központot, az Európai Vegyianyag-ügynökséget és az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóságot ([EMCDDA, 2018b](#)).

5.3 Kapcsolódó nemzetközi szabályozások

Az 1998. évi L. törvénnyel hirdette ki Magyarország a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni 1988. december 20-i bécsi ENSZ-egyezményt. Az egyezmény 12. cikke rendelkezik a kábítószeres és pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt anyagokról, azaz az ún. kábítószer-prekurzorokról. A részes államok eszerint intézkedéseket fogadtak el arra nézve, hogy megakadályozzák kábítószeres és pszichotróp anyagok gyártására felhasználható, az I. és II. jegyzékbe felvett anyagok eltérítését, tehát ilyen típusú, illegális felhasználását. Értesítést kell küldeni az Egyesült Nemzetek Főtitkárnak abban az esetben, ha valamelyik részes állam vagy a *Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Bizottság (INCB) olyan információ birtokába jut, ami szükségessé teszi az anyag felvételét vagy törlését a fenti jegyzékekből* [[ENSZ88, 12.cikk](#)].

A 273/2004/EK rendelet (2004. február 11.) [[EU04_273](#)] szól a kábítószer-prekurzorokról az EU-s szabályozási rendszerben. A rendelet az Európai Gazdasági Közösség korábbi irányelvei helyébe lépett. Az 1988. december 20-i bécsi tiltott forgalmazás elleni ENSZ-egyezmény 12. cikkének való megfelelés miatt, a prekurzorokkal végezhető tevékenységek szabályozása végett, illetve a nagyobb jogbiztonság és együttműködés biztosítása miatt volt szükség a közösségi szintű szabályozásra. A preambulum szerint szükséges a rendelet elfogadása „mivel e rendelet célkitűzései, nevezetesen a kábítószer-prekurzorok kereskedelmének összehangolt ellenőrzése és az ilyen anyagok szintetikus kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott előállítására való eltérítésének megakadályozása tagállami szinten nem valósítható meg megfelelően, valamint az e területen folytatott kereskedelem nemzetközi és állandóan változó jellegére tekintettel e célkitűzések közösségi szinten jobban megvalósíthatók”²⁵. A 111/2005/EK tanácsi rendelet (2004. december 22.) a kábítószer-prekurzoroknak a Közösség és a harmadik országok közötti kereskedelme nyomon követésére vonatkozó szabályok megállapításáról szól. Szükségességét a 273/2004/EK rendelethez hasonló okok indokolták. A Bizottság 2015/1011 felhatalmazáson alapuló rendelete (2015. április 24.) kiegészítette a fenti két rendeletet, továbbá hatályon kívül helyezte azok végrehajtási szabályainak megállapításáról szóló 1277/2005/EK rendeletet. A rendelet tárgya az engedélyezés és nyilvántartásba vétel feltételei, a kivitelhez kapcsolódó eljárások és a kábítószer-prekurzorok kereskedelmével kapcsolatos nyomon követési intézkedésekhez kapcsolódó információs követelmények. Az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelv (2001. november 6.) preambuluma szerint a gyógyszerek forgalmazásának osztályozására alkalmazandó alapelvek összehangolása az irányelv feladata, amelynek során kiindulásként figyelembe kell venni az ENSZ keretében a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal kapcsolatosan már elvégzett harmonizáció eredményeit is. Tilos a kábítószerként vagy pszichotróp anyagként besorolt anyagot tartalmazó gyógyszerek nyilvános reklámozása, termékminta pedig nem adható az ilyen szerekből. Az állatgyógyászati készítmények közösségi kódexéről szóló 2001/82/EK irányelv (2001. november 6.) szerint

²⁴ u.ott, 2., 1a. cikk

²⁵ [[EU04_273](#)] (17)

vényköteles azon gyógyszerek kiadása, amik tartalmaznak olyan anyagot, amelynek kiadása vagy használata a kábítószerekről és pszichotróp anyagokról szóló egyezmények végrehajtásából eredő korlátozás alá esik. Az Európai Parlament és a Tanács 2011/62/EU irányelve (2011. június 8.) a hamisított gyógyszerek jogszerű ellátási láncba való bekerülésének megakadályozása tekintetében az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelv módosításáról szól. Az 2011/62/EU irányelv részletes szabályozással módosítja a 2001/83/EK irányelvet a gyógyszerbiztonság egységességének erősítése érdekében az egész Európai Unióban.

Az Európai Parlament és a Tanács 726/2004/EK rendelete (2004. március 31.) létrehozta az Európai Gyógyszerügynökséget (EMA), amely az új pszichoaktív anyagokról készülő bevezető jelentés és kockázatértékelés során is nagy jelentőséggel bír, adatot szolgáltat az EMCDDA számára a működési körébe tartozó, az adott szerrel kapcsolatos kérdésekben. A 2017/2101/EK rendelet szerint nem lehet kockázatértékelést végezni, amennyiben az új pszichoaktív anyag emberi felhasználásra szánt vagy állatgyógyászati készítmény hatóanyaga, amely forgalombahozatali engedélyt kapott, amely forgalombahozatali engedély iránti kérelem tárgyát képezi, amelynek forgalombahozatali engedélyét az illetékes hatóság felfüggesztette, vagy vizsgálati készítmény hatóanyaga.²⁶ Ezek az esetek a fenti rendeletek szabályozási körébe tartoznak.

Az Európai Tanács egyezményét az egészségügyi termékek hamisításáról és hasonló, közegészségügyi veszélyt jelentő bűncselekményekről (Medicrime Egyezmény) a 2013. évi CCVIII. törvény hirdette ki. Az egyezmény célja a bűncselekménnyé nyilvánítás, a sértett jogainak védelme, a nemzeti és nemzetközi együttműködés elősegítésének eszközein keresztül a közegészségügyet fenyegető veszélyek megelőzése és leküzdése. Az egyezmény 4. cikk b. pontja szerint többek között gyógyszer minden emberi vagy állati felhasználásra szánt anyag vagy anyagok kombinációja, amelyet emberi vagy állati betegségek kezelésére vagy megelőzésére alkalmas terméként jelenítenek meg. Előír az egyezmény nemzeti intézkedéseket az együttműködés és az információcsere elősegítéséhez. Ennek keretében köteles biztosítani az állam az információcserét és együttműködést az egészségügyi, vámügyi, rendőri és egyéb illetékes hatóságok képviselői között. Ezen felül a hatóságok és a kereskedelmi és ipari kamara együttműködésének lehetővé tétele is kötelezettség. Mechanizmusokat állít fel az információgyűjtés végett, amely gyűjtésnek a magánszférával és civil szférával együttműködésben kell történnie. Az állam köteles az egészségügy, vámügy, rendőrség és egyéb illetékes hatóságok által gyűjtött információt elérhetővé tenni közöttük. Nemzetközi szinten a nyomozás és büntetőeljárás során kötelesek a részes államok az együttműködésre, illetve a megelőzés érdekében az információszolgáltatásra. A fentiekben túl további intézmények és szervezetek képviselői és az aláírók bizottsága segíti az információgyűjtést, -átadást és az együttműködést.²⁷

5. fejezet-összefoglaló

- Az egyezmények büntetéseket írnak elő, de a „kábitószer-élvezőkkel” kivétel tehető
- A Btk. a kábítószer kereskedelmét a 176-177., birtoklását a 178-180. §-ban szabályozza
- EU 2017/2101 irányelv: információcsere, riasztási rendszer és kockázatértékelési eljárás
- 2018-tól az EMCDDA-nek 6 hét alatt kell elvégeznie az új szerek kockázatértékelését
- Az EU-tagállamoknak 6 hónap alatt kell hatályba léptetniük nemzeti jogrendelkezéseiket

²⁶ [EU17_2101], 3. 5d. cikk, 3)

²⁷ Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health. CETS No.211 <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/211>

6. Kockázatértékelés, jegyzékre vétel, szabályozás: elméleti kritika

6.1 A drogszabályozás koncepuális kérdései

A nemzetközi drogszabályozási rendszer alapkonceptiója számos elméleti kérdést vet fel, melyek kiterjednek pl. a droghasználat és a függőség/visszaélés oksági viszonyára, a függőség jelenségébe szabályozással történő beavatkozások feljogosítására, a szabályozás által elérni kívánt végcélra, valamint a szabályozás által megválaszolandó problémákra és megszüntetni kívánt jelenségekre is. További érdekes témák pl. a szabályozási alternatívák kérdése, a szabályozás hatásai a jelenségre, a büntetőjog eszközi szerepe a drogfüggőség visszaszorításában, valamint a szabályozás vagy nem-szabályozás közötti döntés kockázatelemzési folyamata.

1. Mi a droghasználat és a függőség/visszaélés kapcsolata?

Az emberi szokásokról és tevékenységekről folytatott társadalmi diskurzusok során a függőség, addikció, visszaélés és abúzus fogalmi túlnyomóan, sőt szinte kizárólag csakis a jogilag illegálisnak sorolt pszichoaktív szerekkel kapcsolatban merülnek fel. Ez a többszörösen szűrt szelekció azonban azért indokolatlan, mert a függőség és addikció fogalmi sokkal tágabban értelmezendők, mint csupán az emberi szervezetbe juttatott anyagokra, vagy specifikusan a pszichoaktív szerekre – vagy még specifikusabban az illegális pszichoaktív szerekre – vonatkoztatva. Ez utóbbiakhoz képest a függőség és addikció fogalmi relatíve ritkán kerülnek említésre nem-illegális pszichoaktív szerekkel (pl. dohány, alkohol, koffein, gyógyszerek), és még ritkábban az emberi szervezetbe juttatott nem-pszichoaktív anyagokkal (pl. cukor és egyéb finomított szénhidrátok, mesterséges ízfokozók) kapcsolatban. A nem-anyagi, ún. viselkedési addikciók (pl. mobiltelefon- és internethasználat-, testedzés-, szex-, vásárlás-, munka- és játékfüggőség) pedig szinte teljesen kikerülnek a fogalomhasználat érvényesítési szférájából. Ennek okai részben az illegális drogok relatíve marginális használata és jogi státusza okozta ismeretlenségben és bizalmatlanságban, részben pedig a politika és média propagandisztikus, morális pánikot keltő, évtizedek óta folyamatos drogellenes kampányainak eredményeképpen kialakult, negatívan súlyozott közvélekedésben keresendők. A kábítószerhez képest sokkal elterjedtebb és frekvenciátalabban használt, lényegesen nagyobb addikciós potenciállal rendelkező, közegészségügyileg nagyságrendekkel több embert érintő és károsodást okozó anyagok, szokások és tevékenységek – széles társadalmi elfogadottságuk és legalitásuk miatt – azonban szinte sohasem kerülnek semmiféle összehasonlításra a függőség tekintetében. Holott statisztikai kimutatások alapján az illegális droghasználat túlnyomó többségben, kb. 85-90%-ban problémamentesnek tekinthető ([Kraus et al., 2002](#)), mert csupán kipróbálási, alkalmi, nem rendszeres, és nem túlzott. Mint ahogy azt az ENSZ egyezményei is elismerik: a droghasználat okozatának vélt problémák megjelenése és a függőség kialakulása erősen köthetőek olyan pszichoszociális és életkörülménybeli tényezőkhöz, mint pl. mélyszegénység vagy alacsony szocioökonómiai státusz, hátrányos helyzet, problémás családi háttér, párkapcsolati és/vagy munkahelyi stressz, megfelelő társas kapcsolatok hiánya, pszichés zavarokra való hajlam stb. E tekintetben tehát téves lenne azt feltételezni, hogy az illegális drogokat bármiféle speciális „függőség” lényegesen megkülönböztetné az élet más területein fellépő jelenségektől, valamint hogy az ellenük irányuló szankciók indoklása alapja pont e speciális „függőség” lenne (az egyéb anyagok társadalmilag elfogadott, de rendkívül káros használati formáihoz, pl. az összehalálozások 30%-át okozó dohányzáshoz és alkoholhasználathoz képest [[AB04](#)]).

2. Miért jogosít fel a szerhasználat a szabályozás általi beavatkozásra?

Bár szóhasználatilag az ENSZ a kereskedelmet és a függőséget tekinti a beavatkozást igénylő problémának, a gyakorlat azonban mást mutat. Az ENSZ a globális szerhasználat kapcsán potenciálisan és marginálisan felmerülő függőség jelenségének „kezelését” magának a szerhasználat jelenségének átfogó, szigorú tiltásával igyekszik elérni — ám immár 58 éve kevés sikerrel és sok nem-kívánt mellékhatással. Az ENSZ a kábítószeres és pszichotróp anyagok kizárólagos gyógyászati használatának elismerése mellett a szerhasználat egyéb lehetséges célzatait és formáit – pl. öngyógyítás, önfejlesztés, rekreáció, vallásos célzat, hagyományos (*indigenous*) használat – nem ismeri el a nemzetközi egyezményekben. Bár a szerhasználat tiltása az anyag potenciális káraitól történő hivatkozással kerül indoklásra, e károk pontosabb jellegének és nagyságrendjének tekintetében semmiféle tényalapú bizonyíték nem áll rendelkezésre. Az indoklás különösképpen szelektívnek tűnik annak tükrében, hogy másfajta kockázatvállaló

magatartásformák, például az extrém sportok űzése, nem minősülnek büntetendő cselekményeknek. Hasonlóképpen maga az önkárosítás sem minősül büntetendő cselekménynek (ismét utalva a dohányzás és alkoholhasználat morbiditási és mortalitási részarányaira). A szerhasználat népegészségügyi indokokkal történő tiltása az „egészséget veszélyeztető bűncselekmények” kategóriájába sorolással tehát rendkívül részrehajló, spekulatív és alaptalan. A konkrét anyagi kárral és/vagy áldozattal járó viselkedések következményei (pl. garázdaság, erőszak, baleset okozása stb.) „szeres” vagy „szermentes” etiológiájuktól függetlenül szankcionálандók. A droghasználatot (vagy pláne a használat nélküli birtoklást!) azonban mint áldozat nélküli bűncselekményt *önmagában* tiltani – ismét összehasonlítva az alkohol- és dohányhasználat *önmagában* történő engedélyezésével – nem szükséges és nem arányos.

3. Mi a szabályozás által elérni kívánt végcél?

A drogpolitika által elérni kívánt helyzetként mind az ENSZ, mind a tagországok többsége a „drogmentes világ” – rendkívül utópisztikus – végcélját tűzte ki. Eredeti terve szerint az ENSZ nem csupán az ópiummák, kannabisz és kokacserje forgalmazásának visszaszorítását, hanem gyakorlatilag azok termesztésének, kereskedelmének és használatának eltörlését kívánta elérni. Felmerül a kérdés, hogy vajon számukra melyik is az elsődleges: a cél vagy a módszer? A drogokkal kapcsolatos problémák csökkentése: cél. A drogokkal kapcsolatos problémák csökkentése tiltás és büntetés által: módszer. Sajnálatos módon jelenleg mind az ENSZ, mind a tagországok csakis a gyakorlatban már hatástalannak bizonyult, ezen felül „iatrogén” károkat (pl. egészségügyi, társadalmi, emberi jogi stb.) okozó módszereket részesítik előnyben a létező szabályozási alternatívákkal szemben. Holott a kábítószeres nélküli világ egyértelműen csakis egyféleképpen tudna megvalósulni: a kábítószeres átnevezésével (élvezeti cikké, táplálékkiegészítővé, gyógyászati szerré stb.). Pszichoaktív anyagoktól mentes világ ugyanis – agyfelépítésünk és ösztöneink miatt – nem létezhet: az élővilágban (melybe az ember is beletartozik) az éhség, szomjúság és szex mellett negyedik hajtóerőként az 'intoxikáció' általi szándékos tudatmódosítás jelenik meg (Siegel, 1989). Azonban a pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos problémák csökkentése igenis lehet cél, melynek saját módszere is létezik: az ártalomcsökkentés. A kábítószeres és pszichotróp anyagok forgalmazásának és használatának teljes tiltása és büntetése az ún. „drogháború” által ugyanúgy nem vezet el az elvileg elsődleges célhoz – az emberiség egészségéről és jólétéről gondoskodáshoz – mint ahogy az etanol, nikotin, koffein és a gyógyszeripari termékek esetében sem vezetne célra forgalmazásuk és használatuk teljes betiltása (ld. pl. az USA sikertelen alkoholtilalmát 1920-33 között).

4. Milyen problémákra válaszol a szabályozás?

A szabályozás (és tiltás) megértéséhez tisztázni kellene, hogy konkrétan mik is azok a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos korlátozandó, visszaszorítandó és megelőzendő jelenségek, melyek a társadalom szempontjából nemkívánatosak? Az ENSZ-egyezmények tulajdonképpen nem a „kábítószer-használatot” (*use*), hanem a „kábítószer-élvezetet” (*addiction*) és a „kábítószerrel való visszaélést” (*abuse*) tekintik célpontjaiknak. Az addikció fogalmának tisztázatlansága miatt azonban a szerhasználati halmazból elkülöníthetetlen marad a nem-addiktív szerhasználat – ezáltal sugallva, sőt definiálva, hogy minden kábítószer mindenfajta használata csakis addikció lehet. Ez a kategorikus összemosás tehát megalapozza a kizárólagosan a szer (matéria) típusa alapján történő kontrollt, a szerhasználat (interakció) milyenségének – addiktív? nem-addiktív? – és viselkedéses következményeinek teljes figyelmen kívül hagyásával. Más szavakkal: a tisztázatlan fogalomrendszerű szabályozás implicite megalkotja a 100%-ban addikciót okozó szerek koncepcióját, mely önigazolja a kábítószeres materiaként történő jogi kezelését, preventív tiltását és büntetését. A visszaélés és tiltott kereskedelem fogalmai csupán az engedély nélküliség jogkövetkezményei, tehát a szabályozásból adódó jogtechnikai közvetettségekként nem alkotnak önálló kritériumokat. Hipotetikus példával élve: a tehéntej (vagy bármilyen más anyag) büntetőjogi szankcionálása esetén a tehéntej engedély nélküli birtoklása és fogyasztása is „visszaélést” valósítana meg. A visszaélésből „adódó” közegészségügyi, szociális, társadalmi és gazdasági veszélyek szintén meghatározatlanok. Amennyiben ezeket a veszélyeket a kábítószer-használatból eredő negatív hatású cselekmények feltételezett és/vagy valószínűsíthető következményeinek tekintjük, úgy megint csak ugyanaz a paradox helyzet áll elő: a szabályozás/szankcionálás konkrétan megtörtént cselekmény hiányában, meg nem történt cselekmény spekulációján alapul. A szerhasználat káros következményeinek figyelembe vétele- esetén pl. az egészséget veszélyeztető bűncselekmények kategóriájában az alkohol- és dohányhasználat kimagasló helyeken

szerepelnének, amennyiben a morbiditás, mortalitás, függőség, közúti balesetek okozása, erőszakos bűncselekmények, öngyilkosság stb. is figyelembe vett veszélyességi tényezők lennének (de nem azok).

5. Mit kíván megszüntetni a szabályozás?

A drogszabályozás tehát nem viselkedéses következményeket szankcionál, hanem azok hiányában, önmagában is bünteti bizonyos pszichoaktív szerek használatát, miközben más pszichoaktív szerek használatát nem tiltja (pl. alkohol, dohány, koffein). A pszichoaktív anyagok által lehetségesen elérhető módosult tudatállapotok, illetve pszichoaktív hatások (pl. serkentés, éberítés, lazítás, gátlásoldás, eufória stb.) tehát csak akkor válnak tiltottá, ha azokat bizonyos szerek okozzák, miközben más szerek segítségével történő elérésük elfogadott, sőt támogatott (pl. alkohol, dohány, koffein stb.). Nyilvánvaló tehát, hogy a drogszabályozás nem önmagában a pszichoaktív hatásokat vagy a módosult tudatállapotokat kívánja megszüntetni, csupán az azokhoz hozzásegítő anyagok között szelektál — meglehetősen önkényesen. Még furcsább a helyzet a generikus szabályozással kapcsolatban: a már tiltott anyagokhoz vegyi szerkezetükben hasonló új molekulák tiltása tulajdonképpen azt jelzi, mintha a nemkívánatos jelenségek a szén-, hidrogén-, nitrogén-, oxigén- stb. atomok bizonyos kapcsolódási mintáiból erednének és azok kontrolljával megelőzhetőek lennének. A drogszabályozás célja tehát valójában nem a 'drogmentesség' – hiszen elméletileg sem tiltja önmagában a tudatmódosítást, a pszichoaktivitást, vagy bizonyos hatások elérését, pl. az örömkeresést – csupán az e célokra preferált legális drogok csoportját hozza előnybe az illegálisra sorolt szerekkel szemben.

6. Mik a szabályozási alternatívák?

Mint ahogyan a [2.2 alfejezetben](#) az addiktológia kurrens elméleteinek új drogdiskurzusainál említésre került, a jelenlegi drogszabályozási rendszerek túlnyomórészt a droghasználat patológiás modelljét alapul véve igyekeznek csökkenteni és visszaszorítani a szerhasználat összmenyiségét. A használatcsökkentő irányelvek nem engednek meg szerhasználati kivételeket az engedélyezett gyógyszeripari felhasználáson és kutatáson kívül, vagyis nem veszik figyelembe a droghasználat komplex jelenségét, egyéb modelljeit, társas és társadalmi közegeit, lehetséges okait, előzményeit stb. A tiltó és büntető rendészeti beavatkozásokon alapuló használatcsökkentő irányzatot ért kritikák kiemelik a prohibíció által gyakran sérülő emberi jogokat: az etnikai alapú szelektív diszkriminációt, a jogellenesen erőszakos fellépéseket a gyanúsítottakkal, fogvatartottakkal, vádlottakkal és elítéltekkel szemben, a drogfüggők kezelésbe jutásának a tiltás és stigmatizáció miatti megnehezülését, a rossz börtönkörülményeket, valamint a halálbüntetés kiszabhatóságát. Legfontosabb szabályozási alternatívaként az egészséget és emberi jogokat középpontba állító irányzatok említendőek, melyek az ártalomcsökkentés elvén és gyakorlatán alapulnak. Ilyenek például a csekély mennyiségű drog birtoklásának szabálysértéssé nyilvánítása vagy *de jure* depónalizációja, a többségükben problémamentes drogfogyasztók elleni eljárások nem-megindítása, az ügyészi gyakorlatban megvalósuló *de facto* dekriminalizáció stb. Fontos kiemelni, hogy a kábítószeres és pszichotróp anyagok liberalizálását, azaz teljes mértékben szabad használatát gyk. semmilyen komolyan vehető szervezet, intézmény, szakmai csoportosulás stb. nem támogatja. Hasonlóan a legális élvezeti cikkek különféle rendszereihez, a drogszabályozási alternatívák fő kérdése mindig a beavatkozás mértéke: a piac ellenőrzése, a hozzáférhetőség és reklámozás korlátozása, a forgalmazók részéről megkövetelt engedélyek kiadása, a fogyasztóvédelem és így tovább. Az alternatív szabályozási rendszerek képesek a hatalmas drogkereslet által keletkeztetett, nemzetgazdasági méretekben is rendkívül jelentős összegű adózott bevételt visszaforgatni a drogfogyasztás lehetséges kockázatainak minimalizálására, a szerfogyasztó állampolgárok ártalmainak csökkentésére, valamint akár a szert nem fogyasztó állampolgárok javára is (ld. pl. a rekreációs kannabisz-használatot legalizáló jelenleg 10 USA-tagállamban az új piaci szegmensből befolyó hatalmas adóösszegek oktatási és egészségügyi célokra történő felhasználásának gyakorlatát). A közegészség védelme megoldható tehát új drogtörvények és súlyos büntetőjogi szankciók alkalmazása nélkül, alternatív jogi keretrendszerekkel, pl. fogyasztóvédelmi és gyógyászati rendeletek formájában ([Reuter & Pardo, 2017](#)).

7. Mik a szabályozás hatásai a jelenségre?

A drogszabályozási rendszerekben – illetve általánosságban véve: a jogrendszerekben – alapvetően nincsenek olyan beépített önmonitorozó és értékelő mechanizmusok, melyek folyamatos vagy időszakos visszajelzést adnának a keletkeztetett hatások okozatairól és következményeiről. Bár léteznek

számszerűsíthető módon mérhető paraméterek is, például a jogszabály-módosítással betiltott anyagok lefoglalási mennyiségeinek alakulása vagy az egyes anyagokkal kapcsolatos visszaélések miatt kiszabott jogerős ítéletek száma, de a kvantitatív módszerekkel szolgáltatott adatok csupán felületesen képesek leírni a jelenség jellemzőit és nem segítik elő lényegesen a jelenség megértését. A 'téves pozitív', vagyis utólag kiderülve szükségtelenül betiltott anyagok eseteiben az összehasonlíthatóság még bonyolultabb, hiszen a meg-nem-történt engedélyezési alternatíva következményeivel csak spekulatíván lehet kalkulálni. A drogháborús tiltás legerősebb kritikái a börtönbüntetések aránytalanságát és társadalmi következményeit érintik. Példaképpen felhozható az USA esete, ahol a népesség számához képest legnagyobb börtönpopuláció 200 000 elítélte tölti szabadságvesztését nem-erőszakos kábítószer-bűncselekmények miatt. A helyzetet súlyosbítja, hogy az elítéltek között többszörös túlarányban vannak a különféle etnikai kisebbségi csoportok tagjai; a jelenség nem magyarázható ezen csoportok magasabb droghasználati prevalenciájával, csupán az ellenük indított büntetőeljárások számának aránytalanságával az etnikai többséghez képest. A büntetési rendszerbe kerülés (előzetes őrizet, kiszabott szabadságvesztés letöltése büntetésvégrehajtó-intézetben, próbaidőre szabadlábra helyezés, büntetett előélet, társadalmi ügyektől eltiltás, bírságok és/vagy bűnügyi költségek megfizetési kötelessége, erkölcsi bizonyítvány hiányában nehezebb munkakeresés, börtönközeg általi pszichés traumatizáció, stigmatizáció) hosszú távú negatív következményei rendkívül nehezen mérhetőek mind az elítélt egyénre nézve, mind az elítélt egyének által a társadalom egészét tekintve. A droghasználati tiltsági rendszerek gyakorlatainak a droghasználat elleni harc nevében emberi jogokat sértő, illetve társadalmi konfliktusokat eskaláló hatásaira is számos példát lehetne felhozni: a halálbüntetéseket (pl. Szingapúr), a megtűrt utcai gyilkosságokat (Fülöp-szigetek), vagy a polgárháború-közeli droghasználati harcokat (Mexikó). Mindezek mellett az elhamarkodott droghasználati tiltsági visszavetheti az új gyógyszerek fejlesztését is. Mint [Kleiman \(2012\)](#) rámutat: nincs megfelelő nemzetközi jogi kategória a közepes vagy alacsony visszaélési potenciállal rendelkező terápiás hasznosságú új szerek osztályozására, mivel a meglévő kategóriák csak vagy a magas visszaélési potenciállal rendelkező terápiás hasznosságú új szereket, vagy a terápiás hasznossággal nem rendelkező szereket ismerik el. E hiány hátráltatja a kevésbé veszélyes drogok alternatív visszalegalizálását is.

8. Mi a büntetőjog eszközi szerepe a droghasználat visszaszorításában?

A kábítószer-kereskedelem visszaszorítását szorgalmazó 1961-es Kábítószer Egyezmény a részes államokra bízta a feladat során használatos eszközöket. Bár szövegezése szerint a Kábítószer Egyezmény nem irányul explicite a kábítószer-használók ellen, illetve nem követeli meg a büntetőjogi eszközök alkalmazását, a „kábitószer elleni” és „függőség elleni”, harc-kontextusú ideológiai sugallat szinte kizárólagosan mégis a droghasználat (ember) jelentős mértékű szabadságvesztést, egyes (nem-EU) országokban pedig akár halálbüntetést is kiszabni jogosult droghasználati szabályozásokhoz vezetett. A hozzáférés korlátozását, ezáltal az expozíció csökkentését célzó prohibíció azonban elméletileg nem kellene, hogy pönalizációt vonjon maga után; a két koncepció azonban gyakorlatilag teljesen ekvivalens státuszban került értelmezésre. A kriminológia tudományága szerinti társadalmi értelmezésben a büntetőjogi eszközök használata csupán '*ultima ratio*', vagyis csakis a legvégső esetben – egyéb szankcionálási alternatívák használata után – lenne elfogadható. A súlyos büntetések alkalmazásának hatékonysága szintén kérdéses – bár ez a kérdés sem merül fel a drogokról folytatott társadalmi diskurzusokban. Vajon mekkora a súlyos büntetés visszatartó, elrettentő, bűnismétlést gátló, preventív ereje? Vajon mekkora a (személytelen) büntetőjogi fenyegetettség hatékonysága a szerhasználat csökkentésében súlyos droghasználat esetén, a (személyes) orvosi ellátásba, kezelésbe vonás hatékonyságához képest? A félelemkeltő közmédia által terjesztett laikus vélekedésekkel ellentétben a büntetőpolitikai gyakorlati tapasztalatok alátámasztják azt a kriminológiai tény, hogy **a büntetésnek nem a súlyossága, hanem az elkerülhetetlensége okán van visszatartó ereje** ([Wright, 2010](#)). A droghasználati irányvonalak analízise növekvő mennyiségű bizonyítékkal szolgál arra vonatkozóan is, hogy „a tiltáspárti háló kiterjesztése egyre több és több anyagra, ártalmas politikai és kriminológiai hatásai mellett, ismételten kudarcot vallott a droghasználat kezelésében az elmúlt évszázad során” ([Colson, 2017](#); [Global Commission on Drug Policy, 2011](#)).

9. Mik a betiltási döntés folyamatának dilemmái?

Bonyolult társadalmi kontextusát figyelembe véve leszögezhető, hogy a droghasználat-elleni rendszer a betiltás irányába részrehajló. Ennek oka vélhetőleg abban keresendő, hogy a döntési helyzetben a jogalkotó a betiltást tekinti (saját részéről proaktív) szabályozási alternatívának, míg a nem-betiltást (saját részéről

passzív) szabályozatlanul hagyásnak véli. A betiltási döntés azonban figyelmen kívül látszik hagyni azt a helyzetet, hogy az illegálisnak minősített anyagok feketepiacát kifejezetten az illegálisnak minősítésük tartja fent. A tiltás tehát csakis a vonatkozó (büntető) jogi szabályok létrehozásának értelmében tekinthető 'szabályozásnak' – ám lényegét nézve a tiltás *nem* egy szabályozási alternatíva, mivel éppen hogy a feketepiaci szabályozatlanság státuszába taszítja az adott anyagot, lemondva a büntetésen kívül minden egyéb, szükséges, átfogó intézkedésről. Felmerül a kérdés, hogy a droghasználat társadalmi jelenségének tekintetében vajon etikailag indokolható-e a döntéshozó részéről, hogy a büntetőjogi 'szőnyeg alá söprés' által lényegileg szabályozatlanul hagyja ezt a fontos témát? Melyik a jobb lehetőség: a szabályozott vagy a szabályozatlan piac? A betiltási részrehajlás mélyebb oka az esetleges (és csak utólag kiderülő) téves döntésből fakadó következmények aszimmetriájában is kereshető, melyre ráadásul jelentős kihatással van ugyanezen következmények szintén aszimmetrikus felmérhetősége, illetve felmérhetetlensége. A drogszabályozásra a tudományos fogalomrendszer szerinti példát alkalmazva 1-es típusú hiba (*Type I error*, téves pozitív) abban a helyzetben történik, amikor betiltásra kerül egy szer, melyről később kiderül, hogy mégsem volt szükséges betiltani. Ezzel szemben 2-es típusú hiba (*Type II error*, téves negatív) pedig abban a helyzetben történik, amikor egy szer nem kerül betiltásra, holott később az derül ki, hogy szükséges lett volna betiltani (Coulson & Caulkins, 2012). A döntési helyzet azért aszimmetrikus, mert a 2-es típusú hiba következményei világosabban kiderülhetnek és súlyosabbak lehetnek, mint az 1-es típusú hiba következményei (Reuter & Pardo, 2017). Például egy olyan szer szabályozatlanul hagyása, mely a korábban rendelkezésre álló információk szerint nem tűnt kockázatosnak, azonban később akár csak egyetlen, közvetett halálesethez lett köthető, óriási médiavisszhangot, morális pánikot és politikai csatározásokat lenne képes kiváltani. A rendkívül alacsony valószínűségű, de súlyos következményű alternatíva – a szabályozatlanul hagyás – tehát a politikai döntéshozók számára sokkal kockázatosabb, mint például ha egy korábban betiltott szerről új információk alapján olyan jelentős gyógyászati haszon derülne ki, ami életet és egészséget lett volna képes menteni, amennyiben felhasználását engedélyezték volna. Coulson & Caulkins (2012) szavaival: *"mivel a szabályozás lekorlátozza a gyógyászati kutatásokat, és mivel szabályozott szereknek felfedezetlen gyógyászati hasznai vannak, az 1-es típusú hibákat nem vesszük észre"*. Itt példának okáért megemlítendő a kannabisz és néhány fitokannabinoid hatóanyag orvosi felhasználásra javallása az ENSZ tudományos bizottsága által – 58 év „késéssel”, 2019-ben! – aminek okán elképzelhetetlen, hogy az egykori 1-es típusú hibás, azaz 'téves pozitív' döntés egy antiepileptikus, fájdalomcsillapító és daganatellenes hatóanyagokat tartalmazó gyógynövény globális visszatartásáról bármiféle politikai vagy netán morális felelősségre vonási következménnyel járjon az ENSZ számára.

6.2 A kockázatértékelési rendszer elméleti kritikája

Alaptermészetüknél fogva a kockázatértékelési rendszerek csupán gyakorlati problémákra válaszként adott tapasztalati megoldások, nem pedig elméleti síkon kidolgozott módszerek. A kapcsolódó nehézségeket megvizsgálva legalább hétféle konceptuális kritika merülhet fel, melyekkel a következőkben foglalkozunk részletesen:

Kockázatértékelés összehasonlítás hiányában. A kockázatértékelési folyamat alá vont anyagokról elmondható, hogy azok a pszichoaktív anyagok sokkal tágabb csoportjából önkényes beemlések és kihagyások által kerültek kiválasztásra. Ennek oka természetesen már az alapvető szerkategorizálási paradigmában rejlik: az új, egyelőre kategorizálatlan anyagok vizsgálata a „régí”, legálisnak kategorizált pszichoaktív anyagokkal (alkohol, dohány, koffein, 'gyógy'szerek stb.) való összehasonlítások szándékos mellőzésével történik. Gyakori a legális (tehát nem büntetőjog által szabályozott felhasználású) szerek kihagyása ugyanabból a kontextusból, amiben azok abszolút és/vagy relatív mércékkel is relevánsak lennének. Például a „drogokkal” kapcsolatos halálozások, hospitalizációk, mérgezések, közúti balesetek, gyilkosságok, öngyilkosságok stb. statisztikáinál nem derül fény a legális anyagokkal történt ugyanezen típusú események előfordulási gyakoriságaira (Mo.-n pl. évi 20 000 - 30 000 dohányzás okozta halálozás, vs. évi 20-30 droghalálozás). A gond itt tehát a hatás/probléma egyéb oksági összefüggéseinek figyelembevétele: mely egyéb szerek okozhatják ugyanazokat a hatásokat/problémákat, és milyen arányban? Az összehasonlítás nélküli értelmezés, a problémák nagyságrendi sorrendbeli megjelenítésének hiánya adatmanipulációt tesz lehetővé és téves benyomást ad a vizsgálandó jelenség reális, relatív és abszolút előfordulásairól. Egyes esetekben a legális és illegális szerek önkényes összesítése történik – ilyen

például az „alkohol és drogok okozta közlekedési balesetekre” hivatkozás, melyből nem derül ki előbbiektől túlnyomó aránya utóbbiakhoz képest.

Kockázatértékelés extrém fogyasztási nagyságrend alapján. Farmakológiai alapokon valószínűsíthető, hogy a kockázatértékelésbe bevont szerekkel kapcsolatos hospitalizációk és halálesetek extrém nagy adagolások és/vagy fogyasztási gyakoriságok mellett következtek be. A gyakorlati helyzet megnehezíti a „drogok” veszélyességi kategorizálását, hiszen – Paracelsus óta tudvalevően – a különbséget mérgezés és orvosság között a dózis teszi. Elmondható, hogy mind a „kábitó-”, mind a „gyógy-” szerek esetében létezik olyan adagolási mennyiség és gyakoriság, mely fenntartható, problémamentes, tolerancia-kialakulás nélküli, ezek által pedig terápiás hasznosságú. Ugyanakkor mindkét kategória vegyületeiből létezik olyan adagolási mennyiség és gyakoriság, mely fenntarthatatlan, problémás, tolerancia-kialakító, ezek által pedig terápiás célokra nem használható. A hasznosság vagy károsság tehát nem a drog (matéria) belső tulajdonsága, hanem a droghasználat (interakció) következménye, mely alapvetően az adagolási mennyiség és gyakoriság függvénye. Ám míg a legális pszichoaktív szerek extrém fogyasztásának következményei gyak. tabutémáknak számítanak (pl. a dohányzáshoz köthető napi kb. 70 halálos eset Mo.-n), a problémás kábítószer- és ÚPA-használat esetei aránytalanul kiemelkednek a nagytöbbségi nem-problémás használatéhoz képest. Ennek okai többek között a szerek illegális státuszából eredő fogyasztóvédelmi alapbiztonság (pl. anyagtisztaság, adagolási és hatásinformációk) hiányában, valamint a média általi szelektív, negatív, szenzációhajhász és problémaorientált működésben keresendőek. Utóbbi tényező lényegesen kihat az ÚPA-használatnak a kábítószer-használattal egyformán súlyosan negatív társadalmi megítélésére is, mely az új és ismeretlen anyagokat egyedi extrém esetek kiemelésével kizárólag az egészségkárosodás, baleset, halál, bűnözés stb. diskurzusaiban hajlandó tárgyalni.

Kockázatértékelés információhiány alapján. A kockázatértékelési folyamat során gyakran felmerül, hogy a vizsgálandó anyagról „nem áll rendelkezésre elegendő információ”. Mivel a KÉ-i folyamat kifejezetten „új” anyagokkal foglalkozik, a meglévő adatok hiánya nem meglepő jelenség; a legtöbb ÚPA-ról a szintézisleírásán kívül nem áll rendelkezésre korábbi tudományos szakirodalom, kísérleti kutatási eredmény stb. Emiatt a KÉ-i folyamat során figyelembe vett szinte egyetlen pozitív kritérium, a gyógyászati haszon elvárása új szerektől eleve lehetetlen – a szerek túlnyomó része pont azért „új” pszichoaktív anyag, mert nem a gyógyászati irányból kezdte „karrierjét”, még ha gyógyszeripari előkutatások eredményeképpen is jött létre (Coulson & Caulkins, 2012). Elvi szinten egy adathiánynak önmagában nem kellene kihatnia a KÉ-i folyamat eredményére, hiszen a KÉ-i folyamat kifejezetten a begyűjtött adatok meghatározott kritériumrendszer szerinti mérlegeléséről szól. Az adathiány tehát – ismét csak elvi szinten – csupán a feldolgozható adatok kisebb mennyiségét eredményezheti, de önmagában semleges tényező, tehát nem lehetne a KÉ eredményére kiható önálló kritérium. Ugyanitt felmerül az a kérdés is, hogy amennyiben az új szerek betiltása „ismeretlen hosszú távú hatásaik” miatt történik, akkor miért nem történik meg „régie” szerek betiltása azok jól ismert negatív hosszú távú hatásaik alapján (pl. a bizonyítottan rákkeltő hatású dohány és alkohol esetében)? A paradox helyzet tehát itt az, hogy az ismeretlen (tehát adatok híján csupán feltételezhetően negatív) új anyagok megítélése súlyosabb, mint az ismert (tehát adatok alapján bizonyítottan negatív) régi anyagok megítélése. Az információhiány miatti szerbetiltás pedig csakis a további információhiányt képes növelni, mivel illegálisnak nyilvánított anyagokról sem az engedélykötelességgel megnehezített hivatalos kutatások által, sem a büntetőjogi következményekkel fenyegetett szerfogyasztók irányából nem fognak beérkezni új információk.

Kockázatértékelés az elővigyázatossági elv alkalmazásával. Adathiány tekintetben az ÚPA-ok kockázatértékelési folyamata a semlegesség elvét megszegően részrehajlónak tekinthető, amennyiben az ún. elővigyázatossági elv (*precautionary principle*) alkalmazásán alapul. Itt ugyanis a különféle jogrendszerekben az „ártatlanság vétele” fogalmával lefedett jogi koncepció fordítottan kerül alkalmazásra: az adathiány, a kevés adat, és/vagy az ismeretlenség a veszélyességet alapértelmező, tehát tiltást implikáló „tényként” (sőt, mintegy „bizonyítékként”) kerül elfogadásra. Az elővigyázatossági elv alkalmazása az ÚPA-ok esetében teljes mértékben szelektív, hiszen egyéb, kockázattal járó társadalmi jelenségek szabályozásánál gyakorlatilag nincs alkalmazva. Ezek közül a vegyületeket érintő példákat a végtelenségig sorolhatnánk: az élelmiszeripar (pl. ízfokozók, színezékek, adalékok), vegyipar (pl. kozmetikai és háztartási vegyszerek), de még a gyógyszeripar anyagainál sincs alkalmazva semmiféle

várakozás olyasfajta részletes, hosszú távú vizsgálatokkal igazolt 'kockázatmentességre', amelynek hiánya az ÚPA-ok esetében a kriminalizálást elővigyázatossággal indokló tényezőként kerül használatra.

Kockázatértékelés hasonlóságok alapján. A pszichoaktív anyagok jegyzékre vételi folyamata során a hazai, külföldi és nemzetközi jogalkotók többféle, az anyagok bizonyos szempontok szerinti egymáshoz hasonlóságán alapuló szabályozási módszert is alkalmazhatnak. Ezek közül a legismertebbek az ún. analóg, és az ún. generikus szabályozás, melyekkel a [4.3 alfejezetben](#) foglalkoztunk. A szerhasonlóság jelentős kritérium az ÚPA- és kábítószer-KÉ során is, ám azt figyelmeztetve megvizsgálva mégis gyenge alapnak tűnik. A vegyület kémiai szerkezetének hasonlósága alapján történő generikus szabályozás alapvetően figyelmen kívül hagyja a farmakológiában jól ismert struktúra-aktivitás -viszony bonyolultságát, tehát azt, hogy egy vegyület szerkezete alapján nem jósolható meg egyértelműen annak biológiai aktivitása. A már jegyzékre vett kábítószerekhez hasonlóságra hivatkozás nem veszi figyelembe a pszichoaktív szerek kettős használatát: egy-egy új anyag vegyületszerkezete és/vagy hatásmechanizmusa nagy eséllyel hasonlít valamilyen jelenleg vagy korábban használatos gyógyszer vegyületszerkezetére és/vagy hatásmechanizmusára. Egy új anyag hasonlósága egy gyógyászatilag már alkalmazott szerhez tehát több mint lehetséges, hiszen az ENSZ-egyezmények is elismerik a kábítószerek és pszichotróp szerek gyógyászati fontosságát. Azonban az új anyag betiltása esetén gyógyászati potenciáljának felderítése gyakorlatilag kihasználatlan marad, lehetségesen észrevétlenül maradó 1-es típusú hibát (téves pozitív) okozva.

Kockázatértékelés potenciális/spekulatív kockázat alapján. Amennyiben utánanéznénk a jelenleg tiltott szerek betiltási folyamatainak, azt láthatnánk, hogy 1) egyáltalán nem kerültek formális kockázatértékelésre, vagy 2) rendkívül kis mennyiségű, nem-általánosítható, nem-jellemző tényadat alapján kerültek értékelésre, vagy 3) spekulatív, feltételezett, bizonyítatlan állítások alapján kerültek értékelésre. Ez utóbbi a kockázatértékelési folyamat súlyos elvi és etikai hibájaként tekinthető: szakmailag felelős kockázatértékelők nem engedhetnék meg maguknak, hogy meglévő tényalapokra hivatkozás helyett vagy amellet 'fantáziájukat eleresztve' igyekezzenek kitalálni 'lehetséges' kockázatokat (pl.: 'szer miatti fokozott émelygés utáni hányás által megrepedt nyelőcső okozta halál').

Kockázatértékelés arányítás hiányában. Egy adott szer esetében a (pozitív) hatások és (negatív) mellékhatások eleve szelektív, ezáltal aránytalan beválogatása mellett utóbbiak túltreprezentálása csakis a hospitalizációhoz, halálesethez köthető, marginális előfordulású, extrém túladagolások eseteknél lehetséges; ezek arányítása az adott szer problémamentes használóinak számához vagy nagyságrendjéhez azonban nem lehetséges. Például a drogokhoz kötött halálozások javarészt nem közvetlen, hanem közvetett okokból erednek, használati prevalenciájukhoz képest rendkívül ritkák, valamint az sem kizárható, hogy szertévesztésből vagy szennyeződésből adódnak (melyek a tiltás miatt kialakult fekete piac kísérőjelenségei), öngyilkossággal vagy balesettel kapcsolatosak, és/vagy droghoz nem kapcsolódóan eleve gyenge fizikai vagy labilis mentális egészségi állapotú személyekkel történnek meg.

6.3 Meta-kockázatértékelés: a szabályozásból eredő kockázatok figyelembe vétele

A hazai drogszabályozás megújítását sürgető további érv az is, hogy létrehozása óta nem történt meg a pszichoaktív anyagokat kockázatértékelő rendszer utólagos áttekintése és ez alapján saját kockázatértékelése. Fontos koncepcionális kérdés tisztázni, hogy pl. milyen célt is kívánt/kíván elérni vagy elősegíteni a jelenlegi KÉ-i rendszer, e tevékenységében mennyire sikeres, illetve folyamatához, eredményeihez és kimeneteleihez milyen velejáró kockázatok kapcsolódnak? Jelenlegi formájában a KÉ-i rendszernek felróható, hogy működése jellegére nézve nem több egy, a büntetőjogi lehetőségek kiszélesítéséhez asszisztáló drogpolitikai automatizmusnál – holott jellegénél fogva képes lenne sokoldalú, tényalapú, a tájékozott döntéshozatalt érdemben előkészítő és a drogpolitika mint multidiszciplináris tudományág területén magas színvonalon működő professzionális szakmai rendszerként funkcionálni. Az ENSZ drogszabályozási rendszerével kapcsolatban leírtakra visszautalva a hazai kockázatértékelési eljárással kapcsolatban szintén kritizálható az a koncepció, mely egyes-egyedül a lehetséges gyógyászati használatot állítja szembe az új anyagok minden egyéb lehetséges használatával. Ez a helyzet a kockázatértékelési folyamatot gyakorlatilag az „engedély nélkülség” kvázi-automatikus megállapításának jogtechnikai kérdésévé redukálja, melyre egyben a szintén kvázi-automatikus büntetőjogi következményű jegyzékre vétellel válaszol.

A KÉ-i folyamat során sajnos egyébként is csak ritkán és súlytalanul figyelembe vett társadalomtudományi szempontok tekintetében talán a legkritikábban véghezvitt részfolyamat a szabályozás által megvalósított drogpolitikai gyakorlatból (gyk. a szerek illegalitása miatti lehetséges büntetőjogi következményekből) eredő kockázatok mérlegelése. Mint ahogyan azt [Reuter & Pardo \(2017\)](#) észrevételezik a brit kockázatértékelési rendszerrel kapcsolatban: „*alapvető korlátozás, ha az ártalmakat a droghoz vagy annak terjesztéséhez kapcsolódó belső tulajdonságoknak tekintjük, és nem a drog és szabályozása közötti kölcsönhatásnak*”.

6.4 Szabályozás szempontjából releváns tényezők összegzése

Fentebb említett tanulmányukban [Reuter & Pardo \(2017\)](#) nyolc kategóriában összegzik az új anyagok szabályozásáról történő döntéshozatal szempontjából releváns tényezőket, melyeket az alábbi táblázat szemléltet:

1. Használatból eredő ártalmak
– egyéni
– társadalmi
2. Inherens kockázatok
3. Prevalencia
4. Addikciós potenciál
5. Szabályozás költségei
Piacból eredő ártalmak
6. Szervezett bűnözés részvétele
7. Tiltásból eredő ártalmak és költségek
Pl. fogyasztók kriminalizációja
Károsabb anyagok lehetséges lecserélésének megakadályozása
Minőségellenőrzés és tájékoztatási lehetőségek elvesztése
8. Hasznosság a fogyasztóknak
– szórakozás
– gyógyászat
– teljesítményfokozás

8. táblázat: Az új anyagok szabályozásáról történő döntéshozatal szempontjából releváns tényezők összegzése ([Reuter & Pardo, 2017](#))

A következőkben részletesen áttekintjük a fenti táblázat tényezőit.

1. A **használatból eredő egyéni ártalmak** számszerűsítése rendkívül összetett, és gyakorlatilag csakis a hospitalizációk és közvetlen halálesetek statisztikai adatai adhatnak valamiféle mennyiségi támpontot hozzá. Azonban ezek a számadatok sem tükrözik a szerhasználatra vonatkozó kizárólagos oksági viszonyokat, hiszen elválaszthatatlanok a tágabb szerhasználati környezettől, a szerhasználó életvitelétől, a szerhasználat céljától, az új szerekre jellemző szabályozás nélküli piac jellegétől stb. Szintén kiemelő, hogy az állampolgár által saját magának egyéni ártalmakat okozó cselekvésekbe a jogrendszer gyakorlatilag semmiféle más esetben nem avatkozik bele szankciókkal (pl. az egymilliós nagyságrendűre becsült magyarországi alkohol-túlhasználó önkárosító életvitelébe). Ugyanez elmondható a társadalmi kockázatok tekintetében is, hiszen a szerhasználatot mint általánosságban „egészséget veszélyeztető magatartást” szankcionálni csupán öndefiníció kérdése; a mások számára ártalmat okozó cselekményeket pedig szerhasználat hiányában is szankcionálni rendeli el a jogalkotó.

2. Az **inherens kockázatok** meghatározása általában a drog (matéria) kémiai, fizikai, farmakológiai stb. tulajdonságaira utal. A kockázatok becslése azonban problematikussá és spekulatívva válik, amennyiben gyk. jóslatokba bocsátkozik annak tekintetében, hogy „mi okozhat problémát”. Valóban kockázatos lehet például egy tömény, maró hatású vegyi anyag – de önmagában emiatt sem az almaecet, sem a Hypo nem fog büntetőjogi szabályozás alá esni, csupán a kockázatot csökkentő fogyasztóvédelmi intézkedések (pl. biztonságos csomagolás, maró hatás kötelező feltüntetése stb.) kerülnek foganatosításra. (Itt ismét kiemelő, hogy a tiltás tulajdonképpen egyfajta szabályozatlanul hagyásnak is tekinthető, mivel az állam gyakorlatilag megtagadja az állampolgár védelmét a kockázatosnak tekintett tevékenységre vonatkozó összes nem-büntetőjogi szabályozás tekintetében!)

3. Amennyiben epidemiológiai kontextusban vizsgálódunk, a **prevalencia** kockázati tényezőnek tekintése elméletileg triviálisnak, gyakorlatilag spekulatívnak mondható. A prevalencia önmagában nem elsődleges, önálló kockázati tényező; a prevalencia és a szerhasználathoz köthető problémák korrelációját egyéb kockázati tényezők jelentősen befolyásolhatják. Bár nyilvánvaló, hogy a számszerűen több droghasználat elméletileg számszerűen több nem-kívánt mellékhatással járhat — de ennek nem kell feltétlenül így lennie a gyakorlatban. Mindmáig számos ország drogpolitikai gyakorlata bizonyította, hogy a prevalencia és a drogprobléma kettéválaszthatóak: szabályozott (nemtiltó) típusú szerhasználati kontextusban kevesebb drogprobléma jelentkezik, mint ugyanakkora prevalencia- esetén egy tiltó típusú szerhasználati kontextusban. Sőt, nemzetközi tapasztalatok szerint a tiltó típusú szerhasználati kontextus mind a prevalenciát, mind az annak következményeképpen megjelenő drogproblémák számát is növelheti.

4. Az **addikciós potenciál** homályos fogalma esetében feltételezhető, hogy az addiktológiai kezelések látóterébe kerülők száma valószínűleg elenyésző a problémamentes, nem-addikt, vagy addikciójukat fenntarthatóan menedzselni képes szerhasználók összmenyiségéhez képest. Az addikció tehát nem szerspecifikus, vagyis nem a szer (matéria) belső tulajdonsága, hanem bizonyos jellegű szerhasználat (interakció) következménye, amit a szerhasználó (ember) tulajdonságai és viselkedése is lényegesen meghatároznak. A 'potenciálra' történő hivatkozás tehát túlságosan általánosító ahhoz, hogy azt a szer kriminalizálását alátámasztó érvként lehessen felhasználni. Éppen az ÚPA-éra bizonyította, hogy például amíg a már korábban injektáló drogfüggők (pl. heroinisták) gyorsan átálltak az új szerek (pl. mefedron) frekvenciált injektálására – hatástípustól is függetlenül! – de ugyanakkor a rekreációs party-közegben ugyanezen szernek csupán alkalmoszerű és orális/intranazális használata alakult ki. Tömören: a szerhasználati addikció nem (csak) a szer tulajdonságaiból ered!

5. A **szabályozás költségei** szintén ritkán kerülnek felülvizsgálatra. A folyamatosan működő állami gépezet egyes részeire az ÚPA-ok szabályozása miatt háruló többletköltségeket rendkívül nehéz kiszámolni (és közpénzek esetén erre nincs is motiváció, hiszen a költséghatékonyság, megtérülés stb. fogalmai ebben a szférában gyak. ismeretlenek). A drogszabályozási gépezet feltérképezése a gyakori átszervezések miatt mára szinte áttekinthetetlené vált, ezáltal a ráfordított költségek kalkulációja is ellehetetlenedett. A kriminalizáció költségeinek becslése talán a folyamatban részt vevő szervezeti egységekre lebontva történő áttekintéssel sikerülhet: rendőrség, Nemzeti Adó- és Vámhivatal, ügyészségek, bíróságok, Igazságügyi Minisztérium és EMMI főosztályok, osztályok és alosztályok, Nemzeti Nyomozó Iroda, büntetés-végrehajtási intézetek, Europol stb. A **piacból eredő ártalmak** tekintetében ismét kiemелendő, hogy bármiféle anyag tiltása a piac szemszögéből tk. szabályozatlanul hagyásnak minősül, mivel ilyenkor a jogalkotó nem ír elő a piaci szereplők (eladók) számára olyan részletes tevékenységi korlátokat, amelyek például előmozdíthatnák a vásárlókat egyébiránt megillető termékbiztonságot és fogyasztóvédelmet. Az illegális szerek esetében tehát az állam – etikailag és morálisan némileg megkérdőjelezhető módon, kvázi büntetésjelleggel(?) – hagyja, hogy jogszegő polgárai teljes mértékben a feketepiac prédájává váljanak.

6. A **szervezett bűnözés részvétele** azért érdekes tényező, mert alapvetően körkörös oksági viszonyban áll a szabályozással. A kábítószer-bűnözést meghatározás szerint maga a kábítószer-szabályozás 'állítja elő' azzal, hogy bizonyos anyagokat tiltani rendel. Legálisan nem forgalmazható anyagok esetén a kereslet és a kínálat nem találkoznak, így nyilvános verseny nélküli, keresleti hiánycikk-piac alakul ki, a büntetőjogi kockázatot beépítetten tartalmazó magas árakkal és ezáltal hatalmas, adózatlan profitlehetőségekkel. Az illegális drogok sokmilliárdos üzlete, melyet az államok folyamatosan táplálnak a feketepiac fenntartásával, természetesen mágnesként vonzza a nemzetközi szervezett bűnözői csoportokat erre a piaci szegmensre is.

7. A **tiltásból eredő ártalmak és költségek** becslései közül az ártalmak társadalmi vonzatai sajnos ritkán kerülnek felmérésre. A költségek pénzügyi vonzatai azonban részben relatíve egyszerűen kiszámíthatóak az állami drogügyi bűnüldöző gépezet fenntartási költségeinek összeszámolásával (lásd fentebb). A tiltásra fordított anyagi és humán erőforrások javarésze a **fogyasztók kriminalizációjával** kapcsolatos tevékenységekre megy el. Szintén ritkán kerül figyelembe vételre a **károsabb anyagok lehetséges lecserélésének megakadályozása**: a folyamatos tiltások által egyre újabbakra és erősebbre lecseréltetett szerek éppen hogy ártalomnövelő hatást fejtenek ki. A kriminalizációból eredő ártalomnak tekinthető a stigmatizált és emiatt rejtőzködésre kényszerülő droghasználó populációt fogyasztóként megillető **minőségellenőrzés és tájékoztatási lehetőségek elvesztése is**.

8. A fogyasztók szempontjából tekintett **hasznosság** vizsgálata több okból sem szokott releváns tényezőként jelentősebb súlyozást kapni, hiszen a nemzetközi egyezmények a szabályozott drogok tekintetében csakis a medikális szemléletű gyógyászati hasznosság értékét nézik. Ezáltal szelektív módon figyelmen kívül marad a droghasználat számos egyéb, jellegzetes és elterjedt biopszichoszociális funkciója, mint például a **szórakozás**, rekreáció, örömszerzés, az ön- illetve alternatív **gyógyászat**, valamint a társadalmilag elfogadott számos legális **teljesítménynyfokozás** végett fogyasztott szer illegálissá minősített változatainak használata is.

Az új anyagok szabályozásáról történő döntéshozatal szempontjából releváns tényezők összegzésének részletes áttekintésénél azt láthattuk tehát, hogy míg a konkrét szerhez (matéria) kapcsolódó tényezők a kisszámú vagy hiányos adatokat 'kiegészítő' spekulációkkal együtt is súlyozottan kerülnek figyelembe vételre, addig a szerhasználóhoz (ember) valamint a szerhasználathoz (interakció) kötődő, a társadalmi közeggel és az állami válaszlépések problémáival összefüggő tényezők áttekintése szinte elsikkad. Mind a hazai, mind a külföldi ÚPA-KÉ -re jellemző, hogy a kémiai és farmakológiai jellemzőket leszámítva az egy-egy konkrét szerhez köthető információk – leginkább információhiányok! – javarészt egymással szinte teljesen megegyezők: 'nincs adat'. Bár míg egy adott új szer esetében valóban nem is lehet információ a konkrét szerről, a szercsoportba tartozó más szerek ismerete csupán irányadó lehet.

6.5 Listás, generikus és analóg szabályozási elemek alkalmazása

A kábítószeres és pszichotróp anyagok szabályozási rendszerének hagyományos módja, hogy a szerek egyenként, általánosan használt neveikkel, valamint vegyületneveikkel szerepelnek különböző rendeltetésű jegyzékeken²⁸. A nevesítve listázott „klasszikus” szerek időszakában a jegyzékek ritkán változtak, ám a „dizájner” drogok kb. 10 évvel ezelőtt kezdődött tömeges és rohamos felbukkanása komoly lépéshátrányba hozta a szabályozási rendszerek jogalkotóit. Az új szerek elterjedési sebességéhez képest jegyzékre vételük reménytelenül lassú folyamata új megoldásokat sürgetett a jogszabály-módosítások terén is.

A nevesített listázás egyik jogi alternatívája az ún. **analóg szabályozás**, melynek alapötlete a jegyzékeken már szereplő anyagokhoz szerkezetükben és hatásukban 'lényegesen hasonló' szerek ellenőrzés alá helyezése; ez a gyakorlat relatíve kevés országban (pl. USA, Nagy-Britannia, Lettország, Bulgária, Románia, Írország) és csak korlátozott mértékben került eddig alkalmazásra. Problémát jelent ugyanis, hogy a 'hasonlóság' fogalmának jogi meghatározása nem egyértelmű. Mivel az anyagok hasonlóságáról adott szakértői vélemények is jelentősen eltérhetnek egymástól, így az analóg törvények gyakorlati használhatósága gyenge és ezáltal nem javasolt.

A vegyületek szabályozásának másik jogi alternatívája az ún. **generikus szabályozás**, melyet Magyarországon kívül többek között Ausztria, Belgium, Ciprus, Dánia, Izrael, Lengyelország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország és Svájc is alkalmaz. A generikus szabályozás a vegyületcsoportok törzsképleteit határozza meg, vagyis az alapvázra kapcsolódó szerkezeti részek alapján írja le a szabályozott vegyületeket. A leírásnak 'atomi pontossággal' megfelelő szerkezetű vegyületek tehát – bármifajta egyéb tulajdonságuktól eltekintve – szabályozás alá esnek. A generikus szabályozás tehát az egymáshoz hasonló kémiai szerkezetű anyagok alcsoportjain belül a már felbukkant vegyületek alapján igyekszik általánosítva 'előre kitalálni' a jövőben feltételezhetően felbukkanó további vegyületeket is.

A generikus szabályozással kapcsolatban felmerülő legfőbb aggály maga az alapötlet, tehát a hasonlóság elvének **pontatlansága és szelektív alkalmazása**. A kémiai struktúra és a biológiai aktivitás viszonya ugyanis korántsem egyértelmű, hanem csupán csak valószínűsíthető és általánosító feltételezéseken alapul. A szerkezeti részek elméleti kombinációi meghatározhatatlanul nagyszámú vegyületre vonatkoznak, beleértve olyan anyagokat is, amelyek soha nem léteztek, sőt olyanokat is, amelyeket technikailag lehetetlenség előállítani. További aggályokat vet fel, hogy a csupán vegyi szerkezetet alapul vevő generikus szabályozás akár olyan hatóanyagokat is magába foglalhat, melyeknek nincs biológiai hatásuk, tehát egyáltalán nem pszichoaktívak — ám ennek ellenére jogilag ÚPA-oknak minősülhetnek! Mivel a kábítószerlistára sorolt vegyületek egy része korábban engedéllyel rendelkező,

²⁸ A Kábítószer Egyezmény ez alól két kivételt tesz kvázi 'mini-generikus' szabályozásokkal: "ekgonin – észterei és derivátumai, amelyek ekgoninná és kokainná alakíthatóak", "morfin-metilbromid és egyéb öt vegyértékű nitrogént tartalmazó morfin származékok, beleértve a morfin-N-oxid származékokat, amelyek közé tartozik a kodein-N-oxid is".

gyógyászati alkalmazású anyag volt (vagy jelenleg más országokban még mindig az), ezért kérdésessé válik a hozzájuk hasonló szerkezetű és hatásmechanizmusú anyagok 'veszélyessége' is. Például:

- A katinon-alapvázú vegyületek közül a generikus képlet ugyanúgy lefedi az ÚPA-besorolású *etilketinont*, mint a kábítószer-besorolású *metilketinont*, valamint a gyógyszer-besorolású *dietilketinont*²⁹ és *bupropiont* is (utóbbit nem túl elegáns módon nevesítve szükséges kivételezni az ÚPA-jegyzék generikus részében!).
- A fenetilamin-alapvázú vegyületek közül a generikus képlet ugyanúgy lefedi az ÚPA-besorolású *3-fluoramfetamint*, mint a kábítószer-besorolású *4-fluoramfetamint*, valamint a gyógyszer-besorolású *etilamfetamint* is.
- A fenidát-alapvázú vegyületek közül a *metilfenidát* ('Ritalin') törzskönyvezett gyógyszer, az *etilfenidát* kábítószer, az *izopropilfenidát* nevesítve ÚPA-besorolású anyag, a *propilfenidát* pedig szabályozatlan vegyület.

A kémiai szerkezet hasonlósága alapján tehát ugyanúgy lehetne érvelni azzal is, hogy egy újonnan felbukkant szer nem csupán egy (vagy több) kábítószerre, hanem egy (vagy több) gyógyszerre is hasonlít – vagyis feltételezhetően szintén gyógyászati potenciállal rendelkezhet – melynek kutatását a betiltás gyakorlatilag ellehetetleníti.

A generikus szabályozással kapcsolatban felmerülő másik legfőbb aggály a **jogvilágosság hiánya**. A kémiai szerkezetek és az elnevezés pontos ismerete különösen magas fokú szakértelmet igényel, mely a vegyészszakértők kivételével gyakorlatilag lehetetlenné teszi a szabályozott anyagok ismeretét az állampolgárok számára. A generikus szabályozás tehát – rendkívüli bonyolultsága miatt – gyakorlatilag szembe megy a jogi alapkritériummal is, hogy „a bűncselekmény elkövetési tárgya a jogbiztonság követelményét kielégítő módon meghatározható” legyen (Ignácz, 2018). Itt ismét megemlítenéd, hogy a bonyolultság miatti 'joghomályosság' nem csupán a jogkövető magatartást lehetetleníti el, hanem erősen megnehezíti magát a jogszabály-módosítási folyamatot is — mint ahogyan azt az ismételt előforduló kodifikációs hibák bizonyítják.

Bár elvéből adódóan az 'előzetes hatályú' generikus szabályozás valóban képes az 'utólagos hatályú' nevesített szabályozásnál szélesebb körben lefedni a potenciálisan felbukkanó új anyagokat, a gyakorlatban ez az előnye sem az ÚPA-jelenség korai, sem későbbi szakaszában nem érvényesült hatékonyan. A korai években a szabályozatlan új anyagok kínálata többszörösen meghaladta a szabályozás alá vont anyagok számát. Mivel minden betiltott anyagra több alternatíva is jutott ugyanabból a szercsoportból, ezáltal rendkívül könnyű volt egy folyamatosan lecserélődő termékinálattal elkerülni az illegális anyagokat. Ezt a szakaszt kifejezetten a kvázi-legális terjesztők uralták „szürkezónás” tevékenységükkel (ti. legális szerekkel, de a fogyasztóvédelmi és adóügyi szabályok kijátszásával-elkerülésével). Az egyre több szerbetiltás miatt azonban az ÚPA-jelenség későbbi (jelenlegi) szakaszában a kereskedelem fokozatosan átkerült az illegalitást kockázatként felvállaló terjesztői csoportokhoz. Feltételezhetően tehát a szerbetiltások okozták az áttérést a korábbi jogkövető magatartású terjesztők piacáról a későbbi (jelenlegi) jogsértő magatartású terjesztői piac felé. A generikus szabályozás azonban az áttérési folyamat egyik szakaszára nem volt kínálatcsökkentő hatással (mivel a korábbi szakaszban a szürkepiacra mindig voltak kínálható alternatívák, a későbbi szakaszban a feketepiacra pedig nincs jelentősége az anyag jogi státuszának), legfeljebb csupán magát a folyamatot gyorsította fel a legális alternatívák kiiktatásával. A jogszabály-módosításhoz szükséges idő lerövidítésének szempontjából a generikus szabályozás nem jár sem előnnyel, sem hátránnyal, hiszen a folyamatos kínálatváltozás miatt a vegyületek törzsképleteinek időnkénti bővítése ugyanúgy szükségessé válik, mint a nevesített ÚPA-vegyületek jegyzékének időnkénti bővítése.

A generikus szabályozás szinte egyetlen relatív előnye büntetőjogi, és csakis az elővigyázatossági elven – illetve annak szelektív használatán – alapuló (túl)szabályozást alkalmazó rendszerekben valósul meg: „növeli a tiltás könnyűségét” (Reuter & Pardo, 2017). A közegészségügy védelmének indoklásával ugyanis a generikus szabályozás jogi környezete lényegesen több, a jövőben feltételezhetően felbukkanó anyaggal kapcsolatos eljárásra adhat előzetes felhatalmazást a kínálatcsökkentés kezébe. A generikus

²⁹ P4-jegyzék, 4. sor: **Amfepramone** (amfepramon) /*Diethylpropion*/ 2-(diethylamino)propiofenone

vegyület-törzsképletek által leírt anyagok felbukkanásakor tehát a fogyasztók és terjesztők azonnal büntetőjogi szankcionálásra kerülhetnek — függetlenül bármiféle, az adott új anyagra vonatkozó egyéb információtól. Ez esetben például rendkívül aggályos annak az elméleti lehetősége, miszerint egy újonnan felbukkant anyag, amely bár megfelel a generikus leírásnak, de egyáltalán nem pszichoaktív. Hasonlóan aggályos helyzet lehet az is, amikor egy, a generikus leírásnak megfelelő anyag a hozzá szerkezetileg hasonló egyéb anyagokhoz képest ellenirányú farmakológiai hatást fejt ki (pl. nem agonista, hanem antagonist). Az ilyesfajta gyakorlati helyzetek komolyan megkérdőjelezzik a generikus szabályozás alapötletét, 'rácsodálkozva' magára a koncepcióra, hogy a jogalkotó valójában mit is kívánna *közvetlenül* szabályozni vagy korlátozni a vegyületszerkezet-alapú *közvetett* meghatározás által? A még több betiltott vegyület által elért közvetlen hatások – vagyis a még nagyobb mértékű büntetőjogi fenyegetés és pönalizáció – nem járnak a gyakran feltételezett automatikus kínálatcsökkentő hatással, tehát éppen hogy azokat a társadalmi károkat nem csökkentik, melyeket elvben megelőzni kívánnak. Az elővigyázatossági elv részrehajlás nélküli használatának ugyanúgy ki kellene tehát terjednie a kriminalizáció káros hatásainak megelőzésére is; ezzel a témával a [6.3 alfejezetben](#) részletezett meta-kockázatértékelés foglalkozik.

Összefoglalásul elmondható, hogy a generikus szabályozás bevezetésének kezdeti szakaszában felvetett kritikai megállapítások továbbra is érvényesek: „[a generikus szabályozás] szándéka ellenére növeli a jogalkalmazás költségeit, a feketeipiaci praktikákat, az adminisztratív terheket, és a használók egészségügyi kockázatait”, „negatív hatással lehet az új kezelések kutatására és fejlesztésére”, valamint „bonyolultságából kifolyólag jogalkalmazási problémák várhatók a kémiai elnevezéstan kapcsolatos tudáshiány miatt” ([van Amsterdam et al., 2013](#)).

6.6 Hatásvizsgálat -vizsgálat

Bizonyos témájú jogszabály-módosítások – melyek magukban foglalják például az ÚPA-okat érintőeket is – tervezetével kapcsolatban a jogalkotó köteles hatásvizsgálatot (a továbbiakban: HV) is végezni. A 'HV-lapok' megtalálhatóak a Kormány honlapján a jogszabály-módosításoknál, az illetékes jogalkotó által közreadott dokumentumcsomagokban. Az ÚPA-jogszabály-módosítások HV-lapjait szemügyre véve sajnálatos módon az derül ki, hogy e szabályozási, társadalmi és közigazgatási szempontokból is fontos munkafázisban a szakmai szempontok szerint kidolgozott dokumentumok helyett gyakorlatilag egysoros sablonszövegek kerültek közreadásra. Az alábbi táblázatban a jelenleg legfrissebb, 2018. november 11-i ÚPA-jegyzékmódosítás HV-lapja látható:

Előterjesztés, tervezet címe: Előterjesztés az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet módosításáról
I. Költségvetési hatások: Nincsenek.
II. Adminisztratív terhek: Nem változnak.
III. Egyéb hatások: Az új pszichoaktív anyagok jelentette közegészségügyi kockázatok csökkenhetnek.

9. táblázat: 2018. november 11-i ÚPA-jegyzékmódosítás hatásvizsgálati lapja

A költségvetési hatásokról és adminisztratív terhekről látatlanban is elmondható, hogy minden ÚPA betiltása esetén csakis növekedhetnek, hiszen a kriminalizációs gépezet működtetése (nyomozás, felderítés, lefoglalt anyagok és biológiai minták bevizsgálási költségei, igazságügyi szakértők kirendelése stb.) jelentős anyagi források elvonásával és adminisztrációs munkával járnak. A HV-lapok állításai, melyek szerint „az új pszichoaktív anyagok jelentette közegészségügyi kockázatok csökkenhetnek”, „a fiatalok hozzáférése(sic!) csökken az új pszichoaktív anyagokhoz” stb. szakmailag igencsak felületesek és megalapozatlanok. Nem világos, hogy egyáltalán milyen közegészségügyi kockázatokról beszél a jogalkotó, az pedig még kevésbé világos, hogy vajon milyen hatásmechanizmus alapján csökkenhetnek azok a bizonyos kockázatok? Utóbbira a korábbi, kábítószerre átsoroló ÚPA-jogszabály-módosítások HV-lapjait is megvizsgálva derül fény: „Tekintettel arra, hogy az új pszichoaktív anyagok a Pszichotróp

anyagok 1. jegyzékére (P1) kerülnek, tovább csökken az egészségügyi kockázat, mert a szerhasználók hozzáférése a korábbiakhoz képest nehezebb lesz.” Sajnos nem lesz, nem csökken: **a betiltott szerek helyére újabb, erősebb anyagok kerülnek, melyek egészségügyi kockázata a korábbiaknál magasabb.** A letartóztatott kereskedők helyére újabb, tapasztalatlanabb kereskedők kerülnek, akik nem ismerik sem a régi, sem az új szerek hígítási arányait, adagolásait stb. Hasonlóan indokolatlan módon egy további hatástanulmány a témában érintett csoportként 3 000 000, azaz 3 millió(!) „jellemzően potenciális” fogyasztóval számol [EMMI16]. Ez a számadat is teljes mértékben légből kapott, hiszen semmiféle elvégzett epidemiológiai vagy prevalencia-felmérésen nem alapul. A hatásvizsgálatokról elmondható tehát, hogy szakmaiatlanok és komolytalanok; a jogalkotó részéről leginkább az látszik, hogy minél gyorsabban – lehetőleg egy sorba tömörítve – szeretné letudni jogszabályba foglalt köteletségét a HV becsatolásáról. Holott az alaposan átgondolt és tisztességesen elvégzett hatásvizsgálatok lényeges visszacsatoló információkat közvetíthetnének a kockázatértékelési folyamat számára is a szabályozó típusú drogpolitikai beavatkozások sokszintű hatásairól.

6.7 A kockázatértékelés következményei

Bár a KÉ 'saját' következményeit nehéz elválasztani az eredményei alapján javasolt jegyzékre vételek következményeitől, a teljes folyamatot tekintve igyekszünk összegezni az utóbbi években tapasztalt jelenségeket.

Feketepiac erősödése. Fontos lenne tisztázni tehát a KÉ-i folyamatra ráépülő drogszabályozás, különösképpen a kriminalizációs irányzat szerepét, hatásait és következményeit. A 2012 óta eltelt bő 7 év drogfoglaltásai alapján ugyanis elmondható, hogy sem az ÚPA-jegyzékre vétel, sem a kábítószerre átsorolás nem hatott ki az új anyagok piacára lényegesen kínálatcsökkentő módon. A szintetikus katinon-származék stimulánsok piacát 2012 óta a – már akkor is – kábítószerként vagy ÚPA-ként szabályozott anyagok uralták és uralják. Míg a szintetikus kannabinoidok piacának korábbi szakaszában (kb. 2015-ig) az egyes anyagok ÚPA-jegyzékre vételei után a terjesztők néhány hét vagy hónap alatt lecserélték termékeiket újabb, erősebb legális alternatívákra, az utóbbi években – legális lehetőségek hiányában – a terjesztők a magasabb büntetőjogi kockázat felvállalása mellett tovább forgalmazzák immáron illegális termékeiket. A közeg tehát pontosan a már évekkal korábban megjósolható módon változott meg: az eredetileg többségében „szürke” piac (vagyis az emberi fogyasztásra nem engedélyezett, de büntetőjogilag legális anyagok forgalmazása) az utóbbi néhány évben kb. 90-95%-ban feketepiacca vált, ahol szinte kizárólag a kriminális tevékenységet tudatosan felvállaló, büntetőjogilag illegális anyagokat forgalmazó terjesztők tevékenykednek. Érthető módon a terjesztők elleni büntetőjogi lehetőségek kibővítése erős eszközöket ad a kínálatcsökkentő oldal kezébe, ami természetesen – a konkrét részletek, mint például a beavatkozási hatékonyság ismeretének hiányában – általános elméleti szinten indokolható is, a törvénybetartatási erőegyensúlyt fenntartó beavatkozásként. Az ÚPA-ok esetében azonban a kriminalizáció, bár kétségtelenül folyamatos eredményeket produkál bírósági ítéletek formájában, mégsem látszik akkora visszatartó erővel rendelkezni, mely lényegesen kihatna az ÚPA-kínálatra. Ennek egyik oka a reális szcenárióktól felettébb távol eső elméleti logikában rejlik: a kínálatcsökkentő bűnüldözés – valamint az azt feljogosító drogszabályozás, beleértve a kockázatértékelési folyamatot is – véges számú bűnelkövetőben és véges számú szerben gondolkodik. Habár a tiltáspárti hit szerint a még több és még keményebb rendészeti fellépés sikeresen felszámolná a nemkívánatos jelenséget, a drogkeresleti feketepiacon alapvetően a Hydra-jelenség érvényesül: a 'forgalomból kivont' terjesztők és anyagok megüresedett helyeire mindig újak fognak lépni. A nemzetközi szakirodalom ismételtlen megállapítja „az ÚPA-ok esetében a kínálatcsökkentésre erősen fókuszáló beavatkozások egyértelműen gyenge pontjait” (Bujalski, Dąbrowska, & Wieczorek, 2017), valamint hogy „kevésé indokolható a csupán büntetőjogi megközelítésű beavatkozás, mely a fogyasztókat kriminalizálva komoly társadalmi következményekkel jár” (Corazza et al., 2017). A pótlási folyamatot olyan piaci mechanizmusok, mint például a kereslet és a profit hozzák létre; a pszichoaktív anyagok esetében mindkettő igencsak jelentős motivációs hatással bír. A kockázati tényezők, beleértve a büntetőjogi szankciókat, csupán a folyamatot lassító vagy megnehezítő, de nem ellehetetlenítő elemekként lépnek fel. Az ÚPA-jelenség néminemű csökkenési trendjének valós oka tehát aligha a hazai szerfogyasztók egyre fokozódó kriminalizációjának elrettentő erejében, hanem inkább a legnagyobb ÚPA-előállító és exportáló ország, Kína saját magára vonatkozó ÚPA-jogszabály-módosításaiban (pl. 2015. október: 116 ÚPA betiltása; 2018. augusztus: 32 ÚPA betiltása), valamint az

ÚPA-jelenség kipróbálási szakaszának globális lecsengésében (tehát a szerfogyasztók irányából jövő kereslet-visszaesésben, illetve a „klasszikus” kábítószerkezeléshez visszatérésben) keresendő.

Erősebb anyagok megjelenése. A kockázatértékelés utáni jegyzékre vétel fontos negatív mellékhatásaként vehető az a jelenség is, hogy a betiltásra került anyagok helyét azoknál erősebb, ideiglenesen még legális új anyagok veszik át. Ez a folyamat az immár kb. 10 éves történelemmel rendelkező „herbál” kínálat esetében a legszembetűnőbb: az eredetileg JWH-018 hatóanyagot tartalmazó „Spice”-füstölő helyét jelenleg már a 10-15-ször potensebb „4. generációs” szintetikus kannabinoidok vették át. Okkal valószínűsíthető, hogy az újabb, potensebb szerek megjelenésével kapcsolatos több hospitalizációt és halálesetet a betiltások idézték-idézik elő akaratlanul, többek között a betiltás előtt álló 'kifutó' termék tömeges 'leakciózott' kiadására ösztönzés által (Bujalski et al., 2017). Az ördögi kör, mely során a kockázatértékelés és jegyzékre vétel következményeként a régebbi, ismertebb szerek helyét újabb, ismeretlenebb és erősebb szerek veszik át, nem szakítható meg a jelenlegi paradigma keretei között. A kockázatértékelési folyamat saját kockázatértékelésének tehát erre a jelenségre is ki kell terjednie; a (technikailag) „helyesen végzett” kockázatértékelés helyteleníthető, nemkívánatos következményeit – vagyis az ajánlott jegyzékre vétel után kiszámítható módon bekövetkező piaci változásokat – is figyelembe kell venni. Szintén figyelembe veendő, hogy egy-egy új, a korábbinál erősebb szer a gyakorlatban azért válhat veszélyessé, mert a fogyasztók nem tudják azonosítani a pontos hatóanyagot, ezáltal nem szerezhetnek tudomást a vegyületváltásról, hanem a korábbi adagolásban használják az újabb-erősebb anyagokat is. Ez a jelenség például 2012 során volt észlelhető, amikor is a tizedgrammos adagolásúként ismert mefedron betiltása után megjelenő századgrammos adagolású (vagyis tízszer erősebb!) új MDPV hirtelen számottevően megnövelte az ÚPA-hospitalizációk számát. A piac és mechanizmusainak ismeretlensége és bonyolultsága, valamint a szerhasználói szintről származó adatgyűjtés hiánya sajnos lehetővé teszi a spekulatív, félrevezető következtetéseket is. Például amikor a köztereken hirtelen többfős csoportokban felbukkanó, látványosan túladagolt drogfogyasztók esetében a közmédia és a benne szinte kizárólagosan szereplő önjelölt addiktológus-'szakértők' azonnal új, „még nem betiltott” szerek megjelenését vélik felfedezni — mivel tabutémának számítana nyilvánosan kimondani azt a tényt, hogy a tiltások és büntetések ellenére a hazai ÚPA-piac gyak. állandóan és folyamatosan telítve van a már évekkal korábban illegálisnak minősített szerekkel (ld. a NSZKK remek ábráin).

Fogyasztói típusú magatartásformák kriminalizálása. A kockázatértékelési folyamat eredményeivel indokolt kábítószerjegyzékre vétel leginkább érintett célcsoportja a szerfogyasztók tábora – hiszen a büntetőeljárások kb. 78%-a ellenük irányul, szemben a terjesztők csupán kb. 22%-os részarányával. Ezáltal rendkívül szükségessé válik tehát az ÚPA-kriminalizációval kapcsolatos társadalmi kockázatok felmérése is: vajon arányos-e a bizonyos vegyi szerkezetű anyagokat fogyasztók (ön)„egészséget veszélyeztető”, de áldozat nélküli bűncselekményeinek szankcionálása sokéves börtönbüntetésekkel? Aggályos, hogy míg másutt az EU-ban a szabadságvesztést csak mint végső büntetőjogi eszközt használják, Magyarországon az ÚPA-fogyasztókat sújtó ítéletek súlyosak, sőt EU-viszonylatban is a legsúlyosabbak közé tartoznak. 0,07 gramm (70 mg) kábítószerre átsorolt szintetikus kannabinoid birtoklása 5 évtől 10 évig terjedő szabadságvesztéssel sújtható bűncselekményt valósíthat meg (amennyiben a kirendelt igazságügyi szakértő 0.5 mg hatóanyagot számol egyszeri adagnak, a „csekély mennyiség felső határa” 3.5 mg, a „jelentős mennyiség alsó határa” pedig ennek hússzorosa, vagyis 70 mg lesz). Ez a büntetés a Btk. szerint ugyanolyan súlyú, mint pl. a szexuális cselekmény 12. életévét be nem töltött személlyel, a halálos tömegszerencsétlenséget okozó járművezetés ittas állapotban, az alkotmányos rend elleni szervezkedés, a terrorizmus finanszírozása, vagy a határzár megrongálása felfegyverkezve tömegzavargás résztvevőjeként. E ponton az olvasóra bízunk a szubjektív véleményformálást a felsorolt büntetteknek a szankciók szerinti egyforma társadalmi súlyáról.

Hátrányos helyzetű fogyasztók büntetése. Habár kezdetben a 'designerek' jellegzetes használói fiatal, középosztálybeli, rekreációs, alkalmi kipróbálók voltak, egyes európai régiókban kialakultak hátrányos helyzetű ÚPA-fogyasztói csoportok is: hajléktalanok, fogvatartottak, mélyszegénységben élők, etnikai kisebbségek, városi gettók lakói, kistérségi szegregátumok lakosai stb. Ezekre a – marginalizált, stigmatizált – csoportokra jellemzőbb lett a problémás ÚPA-használat, a túladagolások és hospitalizációk, az injektáló droghasználat, valamint a probléma megjelenése a nyílt városi színtereken is. A városvezetés szempontjából kínos és nehezen felvállalható 'gettósodás' mellékjelenségeként fellépő droghasználatra

sajnos csupán a „komplex rendészeti és bűnügyi akció” válaszlehetősége merült fel, mely egyes-egyedül a büntetőjogi fellépést képes használni egyetlen eszközeként; Budapesten ennek emblematikus példája a hírhedt 'Hős utca' jelensége. Vidéken egyes hátrányos helyzetű kistérségek elszigetelt, mélyszegénységben élő lakosai között végzett kutatások szerint az ÚPA-fogyasztás kiemelkedően elterjedt lehet (Szécsi & Sik, 2016). A fővárosi hajléktalanok ellátását végzők szintén ugyanerre a riasztó droghasználati jelenségre utalnak, melyet az ÚPA-ok rendkívüli olcsósága – az alkoholénál is alacsonyabb ár! – látszik fokozni. A börtönpopulációban megjelentek a cigarettákra és a vágott dohányra mint növényi hordozóanyagra felszívatott szintetikus kannabinoidok ('varázsdohány'), de egyes esetekben a beküldött levelek papírájára, illetve itatóspapír jellegű rajzlapokra impregnált hatóanyag is detektálásra került. Az egyes etnikai kisebbségek körében különösen elterjedt ÚPA-használatra az alternatív közmédia többször felhívta a figyelmet; a jelenséget alátámasztják a térségi pedagógusok és szociális munkások egybevágó terepmunka-tapasztalatai is (Rácz, Csák, & Márványkövi, 2017). Valószínűsíthető, hogy a szerhasználati zavarokkal terhelt drogfüggő fogyasztók rejtőzködő betegpopulációja számára a kezelések igénybevételét jelentősen akadályozza az általuk használt anyagok illegális státusza miatti félelem.

Jogkövető magatartás megvalósíthatatlansága. Mivel az átlagos ÚPA-fogyasztónak fogalma sincs arról, hogy milyen hatóanyagú terméket fogyaszt, így nem ismerheti annak pontos jogi státuszát sem, vagyis nincs lehetősége tudatos választást tenni a jogkövető vagy jogsértő magatartás tekintetében. A jogvilágosság hiánya miatt a fogyasztó tehát mindig kockáztat; a pönalizációnak ezért nincsen és nem is lehet gyakorlati megelőző-távoltartó ereje, hiszen csakis utólagos szankciókkal képes sújtani a bármiféle informálódási (pl. bevizsgálási) lehetőség hiányában számukra-ismeretlen szereket fogyasztókat. Nem indokolt a kábítószerre átsorolás által fokozottan büntetni olyan ÚPA-fogyasztó betegeket sem, akiket a függőséget gyógyító kezelésbe, illetve a szerhasználatot kezelő más ellátásba bevonással potenciálisan még vissza lehetne hozni a problémás irányból. Hasonlóképpen nem indokolható a mélyszegénységük, alacsony szocioökonómiai státuszuk és hátrányos helyzetük miatt ÚPA-használatba menekülő, eleve marginalizált, kilátástalanságban élő társadalmi csoportok tagjainak fokozott büntetőjogi felelősségre vonása sem. Ismételten kiemeljük figyelembe veendő kockázati tényezőként, hogy az ÚPA-ok kábítószerre átsorolása felgyorsíthatja a trendet az újabb, erősebb anyagok megjelenésének irányába. Ez pedig – paradox módon, a kívánt hatásokkal ellentétben – egyre nagyobb mértékű élet- és egészségveszélyeztetési kockázattal jár, mivel az ismert termékek kínálatának megszüntetése helyett csupán az ismeretlen új termékekre történő lecserélést segíti elő. A szerek valószínűsíthető illegalitása jelenleg nem teszi jogilag lehetővé a fogyasztók számára elérhető anonim szerbevizsgáztatást sem, hiszen a jelenlegi jogkörnyezetben bármilyen kis mennyiségű ÚPA esetén kötelező a hatósági eljárás indítása. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy az ÚPA-piaci kínálat szinte teljes kiszámíthatatlansága miatt a fogyasztó tulajdonképpen nem is tudhatja, hogy legális vagy illegális anyagot szerzett-e. Utóbbi esetben fennállhat a Btk. szerinti *tévedés* esete, vagyis a jóhiszemű fogyasztónak a terjesztő által történt megtévesztése, amennyiben legális jogi státuszúnak hirdetett, ám mégis szabályozás alá eső, illegális anyagot szerzett meg magának.

6. fejezet-összefoglaló

- A függőség kialakulása erősen köthető pszichoszociális és életkörülménybeli tényezőkhez
- A droghasználatot mint áldozat nélküli bűncselekményt önmagában tiltani nem indokolt
- A KÉ gyakran összehasonlítás és információk hiányában, spekulációk alapján történik
- A vegyülethasonlóságon alapuló ún. *generikus* szabályozás nehezen érthető és jogilag kétes
- A szabályozásból eredő kockázatokat is figyelembe kell venni ('meta-kockázatértékelés')

7. Kockázatértékelés, jegyzékre vétel, szabályozás: gyakorlati kutatási eredmények

7.1 A kockázatértékelés értékelése Magyarországon – kutatási beszámoló

A kutatás célja feltárni, hogy vélekednek a kockázatelemzés témakörében érintett szakterületek (labor, bíróságok, ellátórendszer, kodifikáció, nyomozás, rendőrség, szakmapolitika) képviselői: hogyan értékelik a jelenlegi rendszert, milyen előnyeit és hátrányait látják, hogyan ítélik meg a saját szerepüket, milyen fejlesztési javaslataik vannak.

A kérdés megválaszolására egy szakértői interjúkból, fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekből és dokumentumelemzésből álló vizsgálati elrendezés került megtervezésre a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársaival együttműködésben (Bálint Réka, Péterfi Anna, Horváth Gergely). Az interjúk és fókuszcsoporthoz tartozó célja a személyes vagy csoportos vélemények elemzése, amely során beszámolókból, történetekből dolgoznak (Rapley, 2008). A dokumentumelemzés során olyan szürke irodalmakat (újságcikket, videókat, hanganyagokat, naplójegyzéseket vagy tudományos publikációkat) lehet felhasználni, amelyek bár nem kutatási céllal jöttek létre, mégis hasznosak a kutatási kérdés megválaszolásában (Falus, 1996). A dokumentumok alapvetően a jelenről, esetleg a közelműltről szólnak, ezeket az állapotokat igyekeznek bemutatni. A forrásokat többféle módon is elkülöníthetjük egymástól: az elsődleges források közelműltbeliek vagy első kézből származnak, a másodlagosak pedig régebbiek vagy másodkézből származnak. A vizsgálat a tartalomelemzés módszertanát (Braun & Clarke, 2006) vette alapul az elsődleges források elemzéséhez. Dokumentumelemzés során konstans összehasonlító elemzést alkalmaztunk (Onwuegbuzie, Leech, & Collins, 2012).

A szakértői interjúkat 2018. szeptember és 2019. március között összesen 10 szakértő megkérdezésével vettük fel. A fókuszcsoporthoz tartozó adatfelvétel 2018. december 5-én zajlott 22 szakértő részvételével. A szakértők az alábbi szakterületek képviselői: kockázatértékelés a laborokban, egészségügyi szakkollégium addiktológiai tagozata, kodifikáció, jogvédelem, bíróság, rendőrség, nyomozás, addiktológiai ellátórendszer, európai tudományos kockázatértékelés, adóhatóság.

Az interjúk és fókuszcsoporthoz tartozó témája a jelenlegi kockázatértékelési rendszer leírása és kritikája a szakterületek képviselőinek szemszögéből, személyes és szakmai tapasztalataik alapján. Ugyanakkor az EMCDDA kockázatértékelési útmutatója alapján további témaköröket is érintettünk az adatgyűjtés során: a kockázat definíciója; a használat elterjedtségének megállapítása és nehézségei; a kockázatértékelésbe bevont szerepek lehetséges előnyeinek szakmai dilemmája; a szerepek jogi státuszától független kockázatok értékelése; a jobban ismert szerepek tudományos bizonyítékainak, a korábbi vizsgálatok eredményeinek alkalmazása az egészségügyi és szociális kockázatok értékelésére; az adat minőségének ellenőrzése; valamint a megbízhatóság és relevancia súlyozása. Az alábbi táblázat összefoglalja a főbb témaköröket és altémákat, valamint példákat nyújt az interjúkérdésekről.

Főbb témakörök	Altémák	Lehetséges interjúkérdések
A. Jelenlegi rendszer leírása, kritikája	Kockázatértékelés inputok, folyamat, outputok Adatok, adatgyűjtés Nehézségek, pl. lefoglalás – jogi nehézség a megsemmisítésben Jövőbeni tervek	Kérjük írja le jelenlegi munkájában hogyan jelenik meg ÚPA kockázatértékelés!
1. A kockázat definíció értelmezése (EMCDDA)	- az EMCDDA kockázatértékelés általános elveinek átbeszélése - kettős: milyen ártalmak lehetségesek (rizikó) + milyen mértékű az ártalom (veszélyesség) - a kockázatértékelés fogalmi rendszere	Hogyan definiálja a kockázatot? Milyen ártalmak lehetségesek? Hogyan lehet meghatározni az ártalmakat? Milyen veszélyforrások lehetségesek? Milyen veszélyes hatások ismertek?
2. A használat elterjedtsége (EMCDDA)	- anekdotikus megjelenés ➤ lefoglalások (laborok, rendőrség) - etno-epidemiológiai módszerek, trianguláció ➤ elterjedtség bejósolása Szakértői összegzés, elemzések	Hogyan jelenik meg az ÚPA? Milyen adatforrások lehetségesek? Milyen adatok, megfigyelések alapján lehet bejósolni az elterjedtséget? Milyen szakértői vagy szürke adatokat használnak?

3. Lehetséges előnyök (EMCDDA)	- tudományos módszerekkel készített kockázatértékelés - több tagállam adatainak összevetése	<i>Vizsgálják-e a lehetséges előnyöket? Milyen előnyöket ismer? Hogyan lehet ezeket feltárni?</i>
4. A jogi státusztól független kockázatok	- klinikai/terápiás alkalmazás (7.3) - gazdasági tényezők, ipari alkalmazás	
5. A jobban ismert szerek tudományos bizonyítékainak alkalmazása (EMCDDA)	- egészségügyi - társas/társadalmi következmények	<i>Mennyire használják fel a tudást, amely a már ismert szerek egészségügyi és társadalmi következményeit összegzi?</i>
6. Az adat minősége (EMCDDA)	- módszertani hiányosságok: kevés szisztematikus gyógyszerészeti és toxikológiai vizsgálat, kevés objektív társadalomtudományi adat (nem kérdőívek, hanem kvalitatív vizsgálatok); - a lehetséges bizonyítékok forrásai: különböző stratégiák az adatgyűjtésre, szürke adatok felhasználása (pl. nem csak tudományos publikációk, hanem internetes bejegyzések)	<i>Hogyan ellenőrzik az adatok minőségét? Milyen módszereket alkalmaznak?</i>
7. Megbízhatóság és relevancia súlyozása (EMCDDA)	- az információ megbízhatósága (minőség) - speciális szempontok alkalmazása (egészségügyi és szociális kockázatok, szervezett bűnözés stb.)	

10. táblázat: Az adatgyűjtés (szakértői interjúk, fókuszcsoporthoz) során használt vezérfonal témakörének fogalmainak és a használt kérdéseknek az összefoglaló táblázata

Az interjúk és fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések tartalomelemzésének eredményei három pontban foglalhatók össze: A jelenlegi kockázatértékelési rendszer leírása, Kritikák a kockázatértékelési rendszert illetően, és Javaslatok.

7.2 A jelenlegi kockázatértékelési rendszer leírása

A jelenlegi kockázatértékelési rendszert a szakértők a folyamat leírásával, a saját feladatuk bemutatásával, a bizottságok munkájával és a részfeladatokkal (pl. szakértői kérdéssor) jellemezték. A kockázatértékelés menete Magyarországon jelenleg a rendőrség/határőrség munkájával kezdődik: amennyiben találunk kábítószerrel kapcsolatos anyagokat, azt lefoglalják, s azok eljutnak a vegyészeti laborokba, ahol nagy hatékonysággal és a nemzetközi gyakorlatban is kiemelkedő technikákkal ellenőrzik a vegyületet. A hazai laborok kapcsolatban állnak egymással és más országok (pl. Németország) laborjaival is, s a vegyületekről egymástól is tájékozódnak, annak kockázatairól, valamint a polgári felhasználás (ipar, mezőgazdaság stb.) módjairól, amely a kockázatértékelés egyik fontos eleme. Amennyiben a vegyületnek nincs ilyen felhasználási módja, akkor felkerül a 'C-listára', amelyen azok a szerek szerepelnek, amelyek kockázatot jelenthetnek. Korábban a kockázatelemzésre kiszabott idő 1 év volt, melyet később folyamatosan meghosszabbíthatóvá módosítottak. A kockázatelemzést egy szakértőkből álló bizottság végzi el a rendelkezésre álló információk alapján. A bizottság nyolc különböző terület képviselőjéből áll, négy szakmai (pszichiátria, toxikológia, igazságügy, addiktológia), valamint négy intézményi szereplő (Nemzeti Drog Fókuszpont, Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI), Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK), Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB)). A nyolc résztvevő megkapja az európai sztenderdek alapján (EMCDDA) összeállított kérdéssort, amely körülbelül 20 kérdést tartalmaz a vegyületről (hatásairól, a függőség kialakulásának esélyéről, a rendelkezésre álló tudományos eredményekről). Ezután a szakértők, felhasználva a saját adatbázisaikat, formális és informális, hazai és nemzetközi információforrásaikat (pl. használói portálok, kutatások, Wikipedia) igyekeznek a lehető legtöbb adatot összegyűjteni a vegyületről. Az összegyűjtött információk alapján szavaznak arról, hogy a vegyület az A-listára kerüljön-e vagy sem. A közigazgatáson belül az ÚPA-ok listázása az utóbbi időben felgyorsult amiatt, hogy a kormányrendeleti szintről a miniszteri rendelet szintre került.³⁰

Kockázatértékelés menete

„Ha Magyarországra bekerül egy új vegyület, amit a rendőrség lefoglal, akkor amennyiben ennek nincsen – most így fogalmazok – polgári felhasználása, tehát vegyiparban, mezőgazdaságban, élelmiszeriparban, akkor gyakorlatilag ez rákerül a C-listára, és az volt a törvény korábban, hogy a C-

³⁰ A korábbi átlagosan 5 hónapról a jelenlegi átlagosan 4 hónapra

listán 1+1 évig lehetnek a szerek. Először csak 1 év volt, aztán nyilván látták, hogy lehetetlen 1 év alatt kockázatelemezni – végül is 2 nap alatt is lehet kockázatelemezni ezen adatok alapján –, de hogy a bürokrácia ezt a lépést így nem tudta tartani, és akkor lett az 1+1 év.” (szakértői interjú)

Bizottságok

„Alapvetően úgy nézett ki, hogy 8 különböző terület, szervezet, amiben tulajdonképpen 4 szakmai... (...) Tehát tulajdonképpen 4 úgymond kormányzati szereplő volt, vagy inkább kormányzathoz közelebbi, és 4 szakmai területről. Az 4 Szakmai Kollégium volt, vagy 4 Szakmai Kollégiumnak 4 tagozata: a pszichiátria, a toxikológia, az igazságügy meg az addiktológia. Illetve a Fókuszpont, az OGYÉI, az ORFK és a KKB. Tulajdonképpen 4 kérdésre kellett válaszolni. Én a tagozatoknak a véleményét láttam minden esetben, az ORFK és a KKB soha nem indokolt, ellentétben ők mindig a betiltás mellett szavaztak, és a Fókuszpont meg az OGYÉI, ők fejtettek ki véleményt, azt időnként lehetett látni ilyen összesített táblázatokban. Tulajdonképpen 4 kérdésre kellett válaszolni, hogy ez a szer kialakít-e függőséget vagy nem, hogy vannak-e káros következményei, központi idegrendszeri, illetve az életműködéseket pszichésen és szomatikusan befolyásolja-e, hogy összevethető-e valamelyik ismert kábítószerrel, pszichoaktív szerrel a hatása, és hogy akkor tulajdonképpen ezek alapján javasoljuk-e az A-listára kerülését vagy nem. Ezek a drogok nagyrészt olyan vegyületek voltak, amikről elképesztően kevés adat állt rendelkezésre.” (szakértői interjú)

Szakértői kérdéssor

„volt egy elég hosszú kérdéssorunk, amiben egyébként volt több mint 20 kérdés, amiben például benne voltak a hosszú/rövid távú hatások, állatkísérletek, pszichés/testi következmények, és nyilván hogy én is keresgéltem az interneten. A többiek anyagát látva néha láttam azt, hogy ugyanazokat találtuk meg. És akkor ezeket egyébként akár forrásokkal el lehetett látni, úgy kellett nekünk ezt leadni, hogy akkor mi irtuk ezekre a kérdésekre a válaszokat, és akkor a végére odaírtuk a forrásokat is. Nyilván ezek különböző honlapok, használói portálok, néhány kutatás, akár Wikipedia.” (szakértői interjú)

ÚPA-ok listázása

„(...) az új pszichoaktív anyagok listázása, a listára kerülés felgyorsulása, az, hogy ez ugye egy kormányrendeleti szintről lement egy miniszteri rendeleti szintre, amit természetesen ugyanúgy meg kell hogy előzzenek egyeztetések stb., de a kihirdetése meg az elfogadtatása a közigazgatáson belül az gyorsabban tud menni. Illetve az ún. generikus képletek bevezetésével én azt gondolom, hogy a jogbiztonság, joguralom stb., tehát az Alkotmánybíróság által elvárt követelményeket figyelembe véve elmentünk a falig, és azt gondolom, hogy ennél jobb és gyorsabb megoldást nagyon nem lehet találni.” (szakértői interjú)

„a listáknál jobb megoldást, amióta a kábítószer szabályozzák, azóta nem találtak ki. Mert ha generálisan tiltunk be minden tudatmódosító szert, akkor annak azért eléggé beláthatatlan következményei lennének, mert akkor nem tudom én, lakat alatt kéne őrizni a Technokolt, és nem lehetne inni se.” (szakértői interjú)

ÚPA-szabályozás indoklása

„(az ÚPA) ...nagyon könnyen előállítható és nagyon olcsón előállítható, irgalmatlan pénzt generál az egyéb bűncselekményeket is elkövető szervezett bűnözés meg bűnözői hálózatoknak. Tehát ezek azok, amelyek indokolttá teszik azt, hogy ezt így büntetőjogilag szankcionáljuk.” (szakértői interjú)

7.3 Jelenlegi kockázatértékelési rendszer kritikája

A kockázatértékelési rendszer eredményeinek kritikája több szakterületet érint, mint a kockázatértékelés folyamata, mivel annak eredményei a bírói, nyomozati, addiktológiai gyakorlatot jelentősen befolyásolják. A jelenlegi kockázatértékelési rendszer kritikája a kockázatértékelés fogalmának zavarával kezdődik, nehézséget okoz a folyamat és a kockázatértékelés eredményeinek, valamint az eredmények következményeinek különválasztása. Nehézséget okoz az, hogy a szakértők nagy része nincs tisztában azzal, hogyan néz ki az ÚPA-ok jogi szabályozása (hogyan lehet minősíteni, mi a rendszere, milyen vonatkozó egyezmények vannak, pl. Gyógyszer törvény). A rendszer ismerete mellett a mennyiség is zavart okoz: a listákon kb. 600 szer szerepel, amelyből a legfelkészültebb szakértők sem tudnak 50-nél többet felsorolni. Az ÚPA-szabályozás a szakértők naprakész felkészültségét feltételezné, amire nincsen

kapacitás. Emellett a jogi eljárás szempontjából az is ellentmondásos helyzetet teremt, hogy a vádlottól várja el, hogy tudja, mi büntetendő, miközben szakértő szükséges az ügy minősítéséhez. A folyamatos változás nehézséget okoz, bizonytalanná teszi a munkát a bíróság és a rendőrség számára is: mely szerek, milyen besorolásban vannak, mi a teendő a lefoglalt anyagokkal, ki a kellően felkészült kolléga, aki tárgyalhatja az ügyet.

Egy másik jellemzően megfogalmazott zavar az adatszolgáltatók érdekeltségében rejlik: az ártalomcsökkentés és a büntetőjog, eljáró hatóságok igényei ütköznek. Az ellátórendszer képviselői szerint a szabályozási rendszer az ismeretlen, a sokkal kockázatosabb szerek használata, a stigmatizáció és az ellátórendszer elkerülése felé tolja a szerhasználót.

A megkérdezett szakértők szerint a kockázatértékelési rendszer összességében nem hatékony, bonyolult és bürokratikus. A példák között említik az adatgyűjtési és az (intraszektorális) kommunikációs nehézségeket, valamint az intézmények nehezen követhető változásait (pl. OAC megszűnése) és a kockázatértékelésben használt adatok, információk gazdáinak változásait és ennek következtében az utánkövethetőség valamint az átláthatóság hiányát. Több résztvevő említette azt, hogy a hazai jogi szabályozás nemzetközi összehasonlításban a legszigorúbbak közé tartozik, s gyakran a megfelelő információk hiányában is kockázatosnak ítélik meg ÚPA-okat, amik viszonylag gyorsan listára kerülnek, míg a listák felülvizsgálata nem történik meg, a fentebb említett intézményváltozások miatt sem. Az ellátórendszer megkérdezett képviselői úgy látják, az ÚPA szabályozása és követhetlensége a szerhasználók indokolatlan büntetéséhez vezet. Nehézséget látnak abban is, hogy a büntetés és a klinikum, az ellátás számára más információk fontosak, mégis egy kockázatértékelési folyamat és maga a dokumentum, mindkettőt tartalmazza. Ez is indokolja az ellátórendszer képviselőinek passzivitását: úgy látják, a kockázatértékelés nem szolgálja az ellátást, csak a büntetést, ezért nem érdekeltek az adatszolgáltatásban. A hatóságok részéről megkérdezett szakértők is elismerik a kockázatértékelés ilyen szempontú hiányosságát, mégis úgy értékelik, hogy amíg nem találnak ki jobb rendszert, addig ezzel érdemes dolgozni a legrosszabb következmények megelőzése érdekében.

1. Kockázatértékelés fogalmi zavara

A fókuszcsoporton résztvevő szakértők számára a kockázatértékelés fogalma zavaros — sokan nem tudják leválasztani a folyamatot a következményétől, vagyis a szinte biztos büntetőjogi végkimeneteltől, mert annyira összemosisodik a kettő a hazai gyakorlatban. A „nép-/közegészségügyi kockázat” mint téma marginális felmerülése arra utalt, hogy a többség nem szelektíven gondolkodik az ártalmakról, amelyet a kábítószerrel, az alkohol, a dohány, a fehér cukor, az adalékok, a vegyszerek, a légszennyeződés, a mozgáshiány, az az obezitás, a stressz stb. okoz. Azokra a koncepciókra is kiterjedt a beszélgetés, pl. a „veszélyes drog” kifejezés dekonstrukciójára (drog és droghasználat különbségére), illetve „keményvonalas” véleményekre a „legkisebb baj” elvével visszaegalizálható legrégebbi ÚPA-ok esetében (mefedron, JWH-018).

„Amikor elindult a kockázatelemzés, akkor elindult párhuzamosan egy olyasmifajta kutatás vagy felmérés, amit az akkor még a Péterfy Sándor utcai Sürgősségin a Zacher vezetésével kezdtek működtetni, és a minisztérium pénzt is adott erre, hogy ott megpróbálni a klinikai tünetek mellett a laborvizsgálat után beazonosítani, hogy bizonyos emberek milyen szerek hatása alá kerültek. Én ezt nagyon támogattam volna, hogy akkor ezek a tapasztalatok, ezeket egy az egyben kapjuk meg és legyen akkor ez a dolog összegyűjtve. De ez sajnos nem történt meg, és innentől fogva tulajdonképpen az interneten leírtak alapján próbált az ember véleményt formálni, hogy akkor egy-egy szerről így mit gondolunk, és hogy így kellően veszélyes-e a használata, vagy van-e függőséget kialakító hatása. Tehát ez egy ilyen nagyon – azt gondolom, hogy – lehetetlen munka volt.” (szakértői interjú)

„igazából ez az egész rendszer ez nem valódi kockázatelemzés. Valódi kockázatelemzés jelen esetben az lenne, hogy valóban van esélye annak, hogy az adott szer szabályozásának, tehát a tiltásnak van alternatívája. A jelenlegi rendszer egy egyirányú rendszer, beadod, és gyakorlatilag az egész kockázatértékelés csak arról szól, hogy megfelelő alátámasztottsága legyen az adott szer betiltásának, de nincs alternatívája a tiltásnak. Tehát nincs szabályozás.” (szakértői interjú)

2. A kockázatértékelés nem hatékony

„az A-listára került szereknek is egy jelentős része eltűnt, felszívódott, mert nem gyártják, és ugyanakkor meg tudunk olyan szerekről, ami, akár a mefedron, ami a legeslegeső dizájner volt, ami 2011. január 1-től A-listára került, és jelenleg is van a piacon. Tehát hogyha valaki mefedront akar venni, akkor hozzájut, látszik a rubrikán, tehát hogy néhány százalékos jelenleg az elterjedtsége, amit így a rendőrségi lefoglalások alapján látunk. De hogy van. Tehát önmagában pusztán csak a betiltás miatt... Ha egy szer, most azt mondom, hogy jó, és a használók preferálják valamilyen okból, akár a pszichés hatások miatt, akár a veszélytelenebbége miatt, akkor tulajdonképpen ezek a szerek vannak.” (szakértői interjú)

„hogy még a nagyon kiművelt szakemberek is mondjuk 50 szert ha fel tudnak sorolni, akkor azt mondom, hogy ez igen! Ehhez képest több mint 600 van listán. Tehát nyilván rengeteg olyan szer van, amit soha azóta nem láttunk. Nyilván egy eljárás során ha nem találják, hogy mi az, akkor az illetékes rendőrségi labornak mind a 600, több mint 600 szerre meg kell csinálni a próbát, úgyhogy tulajdonképpen a szakértési munkának elképesztően viszi fel az árát ez az elképesztő mennyiségű drog, aminek a nagy része nyilván fölöslegesen van a listán, gondolom én.” (szakértői interjú)

„Tehát azt kevésbé látom a használóknál, hogy a veszély az visszaveti őket. Mert mondjuk az ADB-FUBINACA, ami 2015-ben Magyarországon, júniusban több mint 10 halálesetet okozott, az 2016 szeptember-októberében – tehát a betiltás után, az A-listára kerülését követően $\frac{3}{4}$ évvel – az ország legnépszerűbb szintetikus kannabinoidja lett, tehát az egyáltalán nem hátráltatta a terjedését.” (szakértői interjú)

„Addiktológiai gyógykezelés szempontjából pedig azt gondolom, hogy ez is csak egy addikció az addikciók sorában. Tehát önmagában, ha valaki bekerül rehabra a dizájner miatt, akkor nem csinálunk külön programot, merthogy nem keveredhet az ópiátosok vagy az alkoholbetegek vagy a játékosok közé. Tehát nyilván az addikcióját fogjuk tudni kezelni.” (szakértői interjú)

„Igazából a mi véleményünk szerint a kábítószerrel kapcsolatos jogszabályoknak úgy általában a kockázat szempontjából való megalapozottsága egyáltalán nem rendszerszerű vagy logikus. Tehát igazából hogyha azt nézzük, hogy mik az egyes szereknek a tudomány által igazolt kockázatai, akkor azok nincsenek párhuzamban azzal, hogy milyen a jogi szabályozásuk. Tehát tudjuk azt, hogy legális szerek összességében nagyobb társadalmi és egészségügyi kárt okoznak, mint illegális szerek, pl. a kannabisz, illetve voltak olyan szerek, amelyek egy olyan jegyzéken szerepeltek, ahol semmilyen orvosi hatás nem volt elismerve, miközben tudjuk azt, hogy van dokumentált orvosi felhasználása az adott anyagnak.” (szakértői interjú)

„És jelenleg – én azt gondolom, hogy – a büntetőjogi szankciók Magyarországon ezen a területen nagyon aránytalanul szigorúak, szükségtelenül is szigorúak, és nincsen differenciálás a különböző szerek között. Én azt gondolom, hogy kell a differenciálás, akár úgy is egyébként, hogy a bíróságnak adunk több diszkréciót abból a szempontból, hogy milyen szankciót alkalmaz. Mert nem mindig csak a szer, a szer veszélyessége, hanem... itt ugye mindig ezzel szembesülünk és a kockázatértékelésnél is ez merült fel – ezt már többször elmondtam a meetingen is – hogy egy szernek a kockázatát nagyon nehéz megállapítani csak a molekula szerkezetéből.” (szakértői interjú)

„a kockázatértékelés nagyrészt ilyen analógiákra tud épülni, tehát hogy hasonló a mechanizmusa, hasonló lehet a hatásmechanizmusa, mint egy más típusú stimuláns-szernek, annál a stimuláns szernél tudjuk, hogy az ilyen és ilyen kockázatokkal jár, tehát alaposan következtetünk arra, hogy ez is jár hasonló kockázatokkal. És hogy alapvetően ami viszont fontos, az a dózisnak a megállapítása, ami viszont szerintem egy jelentős... Tehát ha megjelenik egy olyan szer, aminél a dózisolás tök más, akkor az egy fontos információ, hogy akkor arra oda kell figyelni jobban.” (szakértői interjú)

„azáltal gyakorlatilag azoknak a szereknek a terjesztését segítettük elő ezzel, amelyek kisebb kockázattal terjeszthetőek, mint például a szintetikus szerek. És hogy ezt is figyelembe kellene venni, hogy gyakorlatilag egy ilyen paradox hatású a jelenlegi büntetőpolitika. Tehát amiről azt remélik, hogy visszafojtja a drogpiacon meg csökkenti a kockázatokat, valójában növeli a kockázatokat, és olyan új szereknek a kifejlődéséhez vezet, amelyek veszélyesebbek, mint a korábbi szerek voltak, és a bűnözők körét... tehát olyan bünszervezeteket hoz létre, amelyek hatékonyabbak, mint az előzők.” (szakértői interjú)

3. A kockázatértékelés folyamata nem átlátható

„És hát mi mindig szerettük volna, ha lett volna egy ilyen transzparens, tehát átlátható és elszámoltatható rendszer arra, hogy milyen szerek lehetnek kábítószeresek, milyen indokokkal vehetnek fel egy szert kábítószerlistára, illetve azt is elemeznie kell a döntéshozónak, hogy esetleg azzal a döntéssel, hogy ő egy bizonyos jegyzékbe fölvesz egy anyagot, annak milyen hatásai lesznek, konkrét társadalmi hatásai. Ezek teljesen hiányoztak.” (szakértői interjú)

„merthogy igazából ezeknek a szereknek a kockázataival kapcsolatban nincsen elérhető tudományos bizonyíték. Anekdotikus bizonyítékok vannak elérhetőek. Tehát igazából ilyen hasraütésszerűen mentek ezeknek a kérdőíveknek a kitöltései a kockázatértékelés során, és a szakértő az gyakorlatilag a hallomás, meg esetleg amit ő gyanakodott, hogy milyen hatásai vannak annak a szernek, azt írta be gyakorlatilag. És hogy kutatások hiányában nem nagyon lehetett ezzel mit kezdeni”. (szakértői interjú)

4. A folyamatos jogszabályi változás nehezíti a munkát a bíróság és a rendőrség számára

„A probléma az, hogyha ezekből kábítószeresek lesznek egy idő után, és ez az, ami gyakorlatilag kezelhetetlenné teszi egy ponton az igazságszolgáltatást, vagy hát a tényállások megítélését, mert ezek az eljárások azért hosszú ideig tartanak. Tehát azért 1-2 év az a minimum az elkövetéstől a jogerőig – de amúgy ennél egy kicsit több szokott lenni –, amíg egyáltalán én találkozom az ügyel és el lehet kezdeni tárgyalni. Tehát folyamatosan kell nézni, hogy ami akkor új pszichoaktív anyag volt, az most micsoda, kábítószer vagy nem kábítószer.” (szakértői interjú)

„Ez egy nagyon képlékeny terület. Ehhez kapcsolódik az, hogy a bírának a jelentős része, aki nem tárgyal rendszeresen kábítószerrel, az nem is tudja, hogy ez egy probléma. Tehát az, hogy itt hogy néz ki az új pszichoaktív anyagnak a jogszabályozása, mi az a kockázatértékelés, milyen listák vannak, ez még most is gond, még a kábítószerrel is gond, tehát a klasszikus kábítószereseknél is lehet látni problémát, hogy hogyan kell minősíteni ezeket, meg hogy mi a rendszere az egésznek, meg hogy most mit csinálnak ezek a vonatkozó egyezmények, mondjuk a Gyógyszer törvény. Na most, az új pszichoaktív anyagnál aztán tényleg elveszíti az, aki nincsen benne napi szinten. Tehát lehet, hogy ő nem is tudja, hogy itt van probléma, amit meg kéne oldania, nyilván. Az ügyészek hasonló felkészültséggel rendelkeznek.” (szakértői interjú)

„ez egy elég nagy gond, hogyha szakértő kell egy ügy minősítéséhez, merthogy mi azt várjuk el a vádlottól, hogy ő tudja, hogy ez büntetendő. Vagy legalábbis sejtse. Ez egy kicsit olyan visszás helyzet.” (szakértői interjú)

5. Az OAC megszűnése megakasztotta a kockázatértékelés folyamatát

„Miután 2017. április 1-jével megszűnt az OAC, ahová ez tartozott, és akik végül is ezt a munkát összefogták, így gyakorlatilag 2017 óta – hát most lesz 2 éve április 1-jén, hogy – végül is nincs kockázatelemzés Magyarországon, vagy legalábbis nincs, aki ezt igazgassa. Úgyhogy a C-listán viszont tudom, hogy gyűlnek a szerek, tehát akkor egyelőre azok ott fognak ácsingózni” (szakértői interjú)

6. Adatgyűjtési nehézségek

A fókuszcsoport-résztvevők szerint az adatgyűjtés szempontjából problémát okoz, hogy a különböző rendszerek nem érnek össze (bíróság, rendőrség, NSZKK). Azonban adatvédelmi okokból ez nehezen lenne megvalósítható. Ráadásul amennyiben folyamatban lévő büntetőügyekről derülne ki információ, komoly eljárásjogi aggályok is felmerülnének. A szolgáltatói adatgyűjtésre vonatkozó felvetés szerint a bevizsgálás vizeletmintával és egy kérdőív kitöltésével megoldható lenne. Lengyelországban a pszichiátriai intézet civil szervezetekkel együttműködésben vezetett egy kutatást, aminek során postán küldhettek a fogyasztók szermintát, amit bevizsgáltak, illetve egy kérdőívet kellett kitölteniük.

„például a kábítószerlistára olyan kevés adattal, mint jelenleg, nem lehetne föltenni szereket, vagy nem szabadna föltenni szereket, mint ahogy jelenleg föltesznek. Tehát ideiglenesen oké, hogy megakadályozzuk a kereskedelmét meg a terjesztését, a forgalmazását ezeknek a szereknek.” (szakértői interjú)

„És önmagában az, hogy rendőrségi lefoglalások, meg a BSZKI-nak a bevizsgálásai, az NSZKI-nak a bevizsgálásai, az egy ilyen fél, tehát fél-információkat kapunk róla, nem tudjuk azt, hogy kik használják, milyen környezetben használják, milyen céllal, vagy milyen információt mond a diler arról a szerről. Tehát egy csomó mindent meg lehetne erről így tudni, hogy mondjuk ezt a szert hogyan és mire és milyen

funkciókkal használják stb. Úgyhogy ilyen esetben én ezt, amikor nincsenek igazából komoly tudományos vizsgálatok még az adott szerre, akkor az ilyen rapid assessment-szerű, a fogyasztók körében gyűjtünk információkat, meg a szolgáltatók körében.” (szakértői interjú)

7. Kommunikációs nehézség

A fókuszcsoport-résztvevők szerint a Korai Jelzőrendszer és a kockázatértékelés szempontjából is nehézség, hogy a fogyasztók és az őket segítő szakemberek számára érthetetlenek a vegyületek, nem jelent semmit az utcán a kémiai vegyjel. Segítség lenne, ha belekerülne a leírásokba az, hogy hogyan néz ki az adott szer, milyen az állaga, színe, formája, területileg hol figyelték meg. Ellenérvként megjegyzendő, hogy folyamatosan változik a megjelenési forma, továbbá a por alapú anyagoknál nem lehet felismerhetően utalni ezekre. A részletes leírással kapcsolatban probléma, hogy nincs rá kapacitás, továbbá nincs feladatként kiadva semelyik szervezetnek.

A fókuszcsoport-résztvevők megítélése szerint a szabályozás túl bonyolult. Az alapelv az lenne, hogy az elkövető tudja, hogy mit fogyaszt. Azonban jelenleg nem tud tájékozódni, nem korrekt a szabályozás. A bonyolult listák miatt fennáll a társadalmi veszélyességben való tévedésnek.

8. Nyomozási nehézségek

„nagyon erőforrás-igényes, úgyhogy azért kétlem, hogy efelé fognak mozdulni. Ugye annak meg vannak bizonyítási problémái, meg minősítési problémák, hiszen üres dobozt ad át, nem kábítószer, és akkor így hirtelen csak kísérlet lesz, és életfogytiglanból akár 3 év is lehet, ami nyilván nagyon nem mindegy. De nekem mindegy. Úgyhogy ez még okoz némi problémát.” (szakértői interjú)

9. Büntetőeljárási nehézségek

„Nyilván nem az az elvárás, hogy csak akkor legyen megállapítható a bűnössége, hogyha a fogyasztó pontosan meg tudja mondani, hogy milyen norma alapján minősül, tehát ez nem így van. Ami a jogi/dogmatikai probléma, az az, hogy tévedésben lehet annak kapcsán, hogy a cselekmény büntetendő vagy nem büntetendő (...) Tudni kell, hogy jogellenes. Tehát erre nyilván nem lehet hivatkozni, hogy nem tudtam, hogy a cselekmény jogellenes. És ebből következik az, hogy elvileg arra sem lehet hivatkozni, hogy nem tudtam, hogy ez a szer kábítószer vagy új pszichoaktív anyag. Kicsit bonyolítja a problémát a jog megismerhetősége, és ennek vannak az alkotmánybíróági gyakorlatban mindenféle nyomai.” (szakértői interjú)

„Van erre a Legfelsőbb Bíróági gyakorlat, ami azt mondja, hogy ha nehezen hozzáférhető, a szakemberek számára is nehezen feltárható, ha háttérnormákon alapul a büntetendőség és ezeket a háttérnormákat nem ismeri, akkor hivatkozhat társadalmi veszélyességben való tévedésre. (...) Nyilván az interneten mindent meg lehet találni, de a kérdésem, hogy mennyire várjuk el egy egyszerű átlagos embertől, hogy neki minisztériumi rendeleteket kéne kurkászni. Amikor tudom, hogy a kollégáim sem találják meg elsőre, akkor mi alapján várom el a 8 általánost végzett embertől – egy szegregátumban élőtől adott esetben –, hogy ő ezt így tudja, amikor lehet, hogy ő neki még mobiltelefonja sincs, ahol tudna keresni. Vagy van, de nem okos. Tehát ez egy kicsit problémás. De ugye mindig lehet arra hivatkozni, hogyha elmész egy sötét sikátorba és ott egy sötét alaktól veszel valami port, akkor azért sejteni kéne, hogy ez nem jogszerű. És akkor erre fogja nekem azt mondani, hogy de én interneten vettem. Ott volt a webshop, meg lehetett rendelni, megadtam a címemet, beikszeltem, hogy akkor utánvéttel, jött a Fedex-futár, hogy csomagom érkezett, adtam neki pénzt, mert ki kellett fizetni. Mi az a körülmény, amiből ő azt gondolhatná, hogy ez erkölcstelen, társadalmilag elítélendő, akármi. Semmi.” (szakértői interjú)

„Magát a listát meg nem találja meg. Vagy hogyha megtalálja a listát, lelkesen végignézi, hogy ő mit rendelt, és nem fogja megtalálni a listán. Na most azt, hogy ő a generikus részt tanulmányozza, és aztán azt mondja, hogy ja persze, igen, valóban ebbe a vegyületszempontba esik, most már emlékszem a kémiára. Ezt teljesen nonszensz elvárni bárkitől. Úgyhogy én nem tudom, mi várható el egy fogyasztótól. Az, hogy mindig mindennel tisztában legyen, az szerintem nem.” (szakértői interjú)

„Aztán bevezették a generikus listát (...) ez teljesen megsérti a normavilágosságnak a követelményét, ami a büntetőjogi szabályokkal kapcsolatban elvárható. Gyakorlatilag vegyészeti szaktudás nélkül a jelenlegi jogszabályokat senki nem tudja értelmezni, és hát ez egy büntetőjogi szabály, ez szerintünk súlyos alkotmányjogi problémákat vet föl, és ebben szerintem több jogalkalmazó is egyetért velünk.” (szakértői interjú)

10. A kockázatértékelés fenyegeti a jogbiztonságot

„A jogbiztonságot annyiban mindenféleképpen, hogy ennek az EMMI-rendeletnek nem az a célja, hogy éveken keresztül ott legyen. Ha ott van, akkor... Akkor ne legyen ott. Mert valami egyéves határidő van a kockázatértékelésre, amit meg lehet hosszabbítani. „1+1, illetve 1+2.” „Igen, de szerintem van olyan, ami már több mint 4 éve van ott. Ugye azért ott fel kell tenni a kérdéseket, hogy mit keres a listán például kockázatértékelve? Hallottam olyan választ, hogy azért, mert nincsen anyag már lefoglalva, amit tudnánk értékelni. Akkor viszont ezt az anyagot át kéne tenni a D-listára, és akkor ne legyen semmilyen forgalomban. Mert ugye ha megnézzük az új pszichoaktív anyag definícióját, akkor ugye benne van egy olyan is, hogy hasonló közegészségügyi és szociális kockázatot hordoz, mint a kábítószer. Na most, hogyha az nincs forgalomban, akkor nem hordoz semmilyen kockázatot. Közegészségügyit biztos nem. A közegészségügyi kockázat elvileg több mint az egyéni kockázat. Tehát akkor feltételezni lehet, hogy az egy elterjedt szer, aminek vannak társadalmi kihatásai. Tehát akkor ezeket nem kéne új pszichoaktív szerként sem kezelni. Úgyhogy ez egy igen komoly jogbiztonsági kérdés, merthogy nem veszi komolyan a jogalkotó a saját jogszabályát.” (szakértői interjú)

11. Érdeellentétek a kockázatértékelésben résztvevő felek között

Az ártalomcsökkentés és a büntetőjog, eljáró hatóságok igényei ütköznek. A szerek beazonosításánál felmerül az etikai probléma, miszerint a terjesztőt segítheti annak megválaszolása, hogy az általa terjesztett szer legális vagy sem. Ezért nem is ajánlja egyik jelenlévő szakember sem ezt a fajta tájékoztatást. A szabályozási rendszer az ismeretlen felé tolja a szerhasználatot.

„az egész listára vétel (...) nem alkalmas arra, hogy elfojtsa a keresletet a drogok iránt. Arra alkalmas – amit szerintem maximális szinten tudunk csinálni –, hogy irányítjuk a keresletet olyan szerek felé, amelyek kevesebb kockázattal járnak, azokról, amelyek magas kockázati szerek, vagy nem ismerjük annyira a kockázatokat. És erre lehet alkalmas a kockázatértékelés.” (szakértői interjú)

„És hogy amennyiben pszichoaktív szerként használható az, amit ő árul fürdőszóként vagy nem tudom mi, akkor a fogyasztóvédelmi hatóságnak kéne eljárnia ezzel szemben csalás, megtévesztés, nem tudom, bármilyen dologgal kapcsolatban. Tehát a fogyasztóvédelmet szerintem nem használjuk ki eléggé ebből a szempontból. Nem feltétlenül kell minden esetben a kábítószer-jogszabályt alkalmazni ezzel kapcsolatban. És ami nagyon fontos a kockázatértékeléssel, hogy legyen tényleg egy ilyen átlátható rendszer, következetes rendszer erre az egészre. És mondjuk egy független szakértőkből álló vizsgálóbizottság, mint mondjuk Angliában az ACBC vagy ACND, tehát egy olyan tudományos független vizsgálóbizottságot kellene szerintem felállítani Magyarországon is, és hogy ennek a bizottságnak kellene megvizsgálnia a rendelkezésre álló bizonyítékokat az adott szerrel kapcsolatban. És a kockázatértékelésnek szerintem nem csak és kizárólag a jogi szabályokra szabadna vagy kellene vonatkoznia, hanem arra is, hogy informálják a fogyasztókat, tehát hogy ne csak kizárólag azt szolgálja ez az egész, hogy csak az adott szernek az ellenőrzés alá vételét szolgálja, hanem azt is, hogy információk, ismeretek eljussanak arról az adott szerről a szolgáltatóknak meg a fogyasztóknak is.” (szakértői interjú)

„az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban amikor van egy kockázatértékelés, annak általában csak annyi eredménye van, hogy hogyan szabályozzuk az adott szert. De közben lehet, hogy azzal kapcsolatban is kellene, hogy legyen eredménye, hogy milyen közegészségügyi meg szociális beavatkozásokat kell azzal a szerrel kapcsolatban elvégezni. És ez jelenleg nincs. Tehát jelenleg csak arra irányul az adatgyűjtés meg a kutatás meg a kockázatértékelés, hogy a) felvegyük vagy b) ne vegyük a kábítószer listájára. Gyakorlatilag. De hogy ennek egyébként az államra milyen következményei lennének egyébként, hogy hát, akkor lehet, hogyha ez a szer most így terjed, akkor kellene több... Mondjuk, ha ez egy új stimuláns szer, akkor a stimulánssal kapcsolatos újféle programokra, beavatkozásokra lenne szükség, vagy esetleg új kutatásokra lenne szükség azon az adott területen. Ezt nem látjuk. Tehát alapvetően ez csak egy ilyen büntető – büntetésre fókuszált – rendszer jelenleg, és nálunk nincsen más kimenetele, mint ez.” (szakértői interjú)

12. A szerhasználók indokolatlan büntetése

„a C-listán lévő szereknél mondja azt a jogszabály, hogy ott 2 gramm anyag, tehát ott nem nézi a hatóanyagot, 2 gramm az a mennyiség, ami ha az illetőnél van, akkor szabálysértési eljárás keretében viszik az ügyét. Ami viszont Magyarországon hatalmas probléma is, tulajdonképpen akkor a legtöbb dizájneres

ebbe a kategóriába tud esni. Tehát nagyon sokan C-listás szert használnak, és 2 grammnál kevesebb van náluk. A probléma az, hogy a Szabálysértési Hatóságnak nincs jogosítványa elterelést adni ezért a szabálysértésért, hanem közmunkát, vagy inkább ami nagyobb probléma, hogy pénzbüntetést ad. És azt látom, hogy nagyon sok szegregátumban élő kap akár egy néhány tízezer forintos szabálysértési büntetést, amit nem tud kifizetni, és mivel nincsen semmije, ezért még csak végrehajtani sem tudják rajta. Ha van valamije, akkor azt nyilván elveszik, lefoglalják.” (szakértői interjú)

7.4 Javaslatok

A megkérdezett szakértőknek több javaslata volt a kockázatértékelés javítása érdekében. A fókuszcsoportos beszélgetésen említették, hogy segítség lenne, ha belekerülne a leírásokba az, hogy hogyan néz ki az adott szer, milyen az állaga, színe, formája, területileg hol figyelték meg. A szakértők szerint ami még ennél is fontosabb lenne az a fogyasztói bevizsgálás.

Javasolták, hogy az adatok összefésülését egy erre szakosított önálló intézmény, szervezet végezhetné. A nemzetközi tapasztalatok alapján, ha civil szervezetek csinálják, akkor hatékonyabb az ilyen típusú munka. A fogyasztói kvalitatív adatokat és a lefoglalások eredményeinek összekapcsolását érdemes lenne megpróbálni és nagy szükség lenne a toxikológiai adatok becsatornázására.

A lefoglalási adatok összekapcsolása elterelésen kitöltött fogyasztott szerre vonatkozó kérdőívek adataival vezethetne eredményre. Fejlesztendő a folyamat, a laboratóriumi adatok jelenleg csak a büntetőeljárások során keletkeznek. Az új trendekkel kapcsolatban jelenleg a Korai Jelzőrendszer (EWS) jelzést kér a tücsere-szolgáltatóktól. Érdemes lenne további alacsonyküszöbű szolgáltatókat is bevonni. A szegregátumokban lefoglalt anyagok változását fontos lenne követni a trendek felismerése, azonosítása érdekében (pl. szennyvíz alapú vizsgálat). A szakértők szerint paradigmaváltásra lenne szükség, s amennyiben a listázás megmarad, legalább a generikus lista módosítását javasolják. A toxikológiai információ-gyűjtés lehetősége fontos: anonimizáltan, a trendek felismerése érdekében tartják fontosnak a résztvevők. A közös szabályozást sürgetnék a résztvevők.

Klinikai és nemzetközi tapasztalatok

„Tehát hogy akkor azt mondom, hogy sokkal jobban raknám össze a klinikai tapasztalatokat. És ezt nyilván meg lehetne szervezni, hogy akkor ez így legyen. És azt gondolom, hogy akkor... Amúgy meg figyelném a – nyilván még olcsóbb is lenne – nézném a többi országot és azt mondanám, hogy akkor gyakorlatilag ha valahol valami nagyon elharapódzik, ha valahol nagy probléma valamilyen szer, akkor megelőző jelleggel azt mondanám, hogy akkor azt áteszem Magyarországon A-listára. Bár mondjuk nálunk még C-listán sincsen, még nem került be az országba, de holnap be fog áramlani. Tehát hogyha már valamit Németországban vagy Csehországban vagy Romániában betiltottak, akkor nem várakoznék arra, hogy bekerüljön hozzánk, lefoglalják, C-listára tegyék, 10 gyerek belehaljon és akkor majd januártól A-listára teszem. Tehát hogy ezeket viszont így egy részről ezt az európai hálózatot kellene hatékonyabban működtetni, másrésről meg a klinikumnak a tapasztalatait venném bele, és kevésbé gondolom megalapozottnak ezt az internetes adatgyűjtést.” (szakértői interjú)

Nyomozási gyakorlatok módosítása

„Hát, mondom, ez van, le kéne foglalni mindent. Tehát itt még azért van keresnivalója a gyakorlatnak. Ez szerintem a jövőben egy komoly problémává fogja kinőni magát, hogyha így erre kezdünk el menni. Az nem biztos, hogy probléma, ez ilyen felderítési gond, hogy ennek a kereskedelme hogy néz ki. Az engem nem nagyon hat meg őszintén szólva, hogy most a rendőröknek mennyire nehéz felderíteni ezeket a bűncselekményeket. Nyilván könnyebb volt akkor, amikor kimentek az utcára és így nézelődtek, és akkor látták, hogy mi történik. Most is vannak még ilyenek, tehát ezzel nincsen gond, de nyilván ez az internetes értékesítés azért elég erős gondokat tud okozni. És a rendőrök most már talán kezdik tudni, hogy mit kell csinálni.” (szakértői interjú)

Mennyiségmeghatározási javaslat – a büntetés mennyiséghez igazítása

„a mennyiségi meghatározás problémáját úgy lehetne megoldani, hogy amikor kábítószerlistára kerül a szer, akkor rögtön módosítsa a jogalkotó a Btk.-t, és tegyen mellé egy tömeget. Valóban ez a legtisztább megoldás, ezzel tök jól lehetne dolgozni. De ennek a következménye az lenne, hogy a Btk. értelmező rendelkezései azok így elkezdenének nyúlni. Jogi, kodifikáció szempontjából nem szép megoldás, viszont

hatékony, tehát ezzel semmi gond. Ehhez meg az kell, hogy amikor kockázatértékel, akinek kell kockázatértékelnie, akkor ennek a végén legyen ott egy szám, hogy legyen ez, és tegyen egy javaslatot arra, hogy mi legyen a mennyiségi határ. (...) Tehát nagyon jól lehet tudni, hogy mi mennyi fogyasztónak elég. Ha más nem, akkor átszámolja az ember fejben. Meg én is kíváncsi vagyok, hogy nagyjából hány embert tud ebből ellátni. És akkor ez befolyásolja alapvetően. Mondjuk, ezért sem árt tudni, hogy milyen szerekről van szó. Tehát nemcsak az számít, hogy most le van írva, hogy mondjuk, 12,6 gramm amfetamin a tiszta hatóanyag-tartalom. Ezt azért illik tudni – szerintem legalábbis illik is tudni –, hogy ez kb. hány adag, tipikus fogyasztói szokások mellett. És ehhez igazítani a büntetés mértékét.” (szakértői interjú)

Tapasztalati szakértők bevonása az adatgyűjtésbe

„Szerintem nagyon fontos lenne egyrészt több információt gyűjteni maguktól a fogyasztóktól, tehát igazából ebből a szempontból gyakran a fogyasztók maguk is szakértők, tapasztalati szakértők, és ideje lenne őket úgy kezelni, mint tapasztalati szakértőket. Beszéltem mondjuk egy Brit Columbia-i lánnyal, akit azért fizet a Brit Columbia-i kormány, hogy gyakorlatilag tapasztalatokat gyűjtsön a drogfogyasztók köréből Vancouverben, és ő ezért egy fizetett alkalmazottja az ottani kormánynak, és ő maga is drogfogyasztó, és gyakorlatilag a drogfogyasztói közösségből szerzi az információkat és visszatáplálja a jogalkotásba, a jogalkotási folyamatba gyakorlatilag.” (szakértői interjú)

Anonim drogbevizsgálás mint alacsonyküszöbű szolgáltatás

„Csak persze a drogbevizsgálás fontos lenne – amiről még nem beszéltünk –, hogyha lenne, nemcsak kizárólag a büntetőeljárások keretében végeznének Magyarországon drogbevizsgálást, hanem lennének anonim drogbevizsgáló központok, ami egyébként most már ugye Nyugaton nem kizárólag a szokásos ilyen parti peer-testing, hanem most már azt is jelenti, hogy utcai intravénás drogfogyasztó be tudja vizsgálni az adott szert, amit N-től kap, és hogy ez tényleg ilyen alacsonyküszöbszerű programként kellene hogy működjön. Én minden nagyvárosban csinálnék ilyet, ahová gyakorlatilag beviheti a drogfogyasztó a kis mintát, vagy akár be is küldheti, vagy legyen egy láda, ahová bedobhatja, adjon meg egy jelszót, rakja bele egy borítékba, írjon rá egy jelszót, és ennyi.” (szakértői interjú)

7.5 Dokumentumelemzés: finn, svéd és lengyel ÚPA-KÉ

Tanulmányunk részeként dokumentumelemzéssel vizsgáltuk az EU tagállamainak az ÚPA-okra kidolgozott kockázatértékelési folyamatait. A dokumentumelemzés alapján azonosítható gyakorlatok összegzését alább közöljük.

Az EMCDDA-n keresztül a Korai Jelzőrendszer tagállami tagjaitól a nemzeti kockázatértékelési módszerekre vonatkozó adatokat kértünk. A Finn Nemzeti Korai Jelzőrendszer (*Finnish National Early Warning System*) továbbította a Finn Gyógyszerügynökség (*Finnish Medicine Agency, FIMEA*) által készített kockázatértékelést. A FIMEA a felelős Finnországban az új pszichoaktív anyagok kockázatértékeléséért. Svédországból a Svéd Közegészségügyi Ügynökség (*Public Health Agency of Sweden*) megküldte az új pszichoaktív anyagok svéd szabályozási folyamatának áttekintését. A Svéd Közegészségügyi Ügynökség a nemzeti drog fókuszpont Svédországban, ez felügyeli és vizsgálja az új anyagok szabályozásának szükségességét. A lengyel kockázatértékelési rendszer leírását is továbbították részünkre. Lengyelországban az Általános Egészségügyi Felügyelet (*General Health Inspectorate*) felelős a kockázatértékelésért, amit egy multidiszciplináris, szakértőkből álló munkacsoport végez el.

A finn FIMEA négy anyag kockázatértékelési jelentését továbbította. A jelentés tartalmazza a vegyület neve mellett az egyéb neveket és az utcai elnevezéseket is. A leírás a molekuláris szerkezettel, fizikai tulajdonságokkal, hatásmechanizmussal folytatódik. Az előállítással, a hatásos és a visszaélési adaggal, a kereszthasználattal kapcsolatos információk után bemutatásra kerülnek az egészségügyi, közegészségügyi, társadalmi kockázatok is. A jelentés kitér az anyag más bűncselekményekkel való kapcsolatára, a dokumentált orvosi és ipari felhasználásra, jelentett megjelenésére Finnországban, az EU-ban és az EMCDDA Korai Jelzőrendszerében. Az elérhetőségre, a használók jellemzőire, jelenlegi státuszra és egyéb információkra vonatkozó, összegyűjtött adatok is bemutatásra kerülnek.³¹

³¹ FIMEA: Assessment form: 3-methylcrotonylfentanyl, 4-hydroxybutyrfentanyl, 4-methoxybutyrfentanyl, Thiophene fentanyl. 2018.09.06.

A svéd jogrendszer a szerek egyedi szabályozását követeli meg. A Svéd Közegészségügyi Ügynökség javaslatokat tesz a kormány számára, és a kormány dönt az 1966-os kábítószer törvény vagy az 1999. évi egészségre veszélyes anyagokról szóló törvény alkalmazásáról. Az utóbbi olyan anyagokat fed le, amelyek nem kábítószer, de veszélyesek az emberi egészségre vagy életre tulajdonságaik miatt, és intoxikáció vagy más hatás elérése érdekében használják vagy használhatják őket. A nem szabályozott szerekre vonatkozik a 2011-es törvényük. A szakértői véleményeket a Svéd Közegészségügyi Ügynökség publikálja. 2000 óta együttműködés folyik a korai jelzőrendszerben, a Jelenlegi Svéd Kábítószerhelyzet Hálózata (*Network for the Current Situation of Drugs in Sweden, NADiS*). A NADiS egy tudományos és referencia munkacsoport az ÚPA-ok területén. Zárt rendszerükben megosztanak egymással lefoglalásra és súlyos hátránnyal járó, veszélyes esetekre vonatkozó információkat. A legtöbb információt a Svéd Mérgezés Információs Központ (*Swedish Poison Information Centre*), a laboratórium, a Nemzeti Igazságügyi Orvostani Testület (*National Board of Forensic Medicine*) és a Svéd Nemzeti Igazságügyi Orvostudományi Laboratórium (*Swedish National Laboratory of Forensic Science*) szolgáltatja.³²

Lengyelországban a kockázatértékelést végző munkacsoport az egészségügyi miniszter tanácsadó testületként működik. A csoport munkájában a kémia, gyógyszerészet, toxikológia, pszichiátria, társadalomtudomány és jog területéről jelölt szakértők vesznek részt elsősorban, a különböző minisztériumok ajánlásával. A kockázatértékelést követően javaslatot tesznek az adott anyag felvételére a kábítószer, a pszichotróp anyagok vagy az új pszichoaktív anyagok listájára, erről egyszerű többséggel szavaznak. A kockázatértékelést végző munkacsoport az elérhető információkat gyűjti össze és vizsgálja kémiai felépítés és jellemzők, az anyag tényleges és lehetséges felhasználása, függőségi potenciál, ártalom és lehetséges ártalom (akut mérgezés, hosszú távú mérgezés, társadalmi kockázat), a szerhasználat prevalenciája és lehetséges növekedése, az anyag elérhetősége, az értékelés alatt álló anyag ipari és egyéb felhasználása, és a szabályozás lehetséges következményei mentén.³³

7.6 A 2010-2018 közötti EU-s kockázatértékelési tapasztalatok áttekintése

A 2010 és 2018 között lebonyolított EU-s kockázatértékelések tapasztalatainak áttekintése az EMCDDA által készített és közzétett ún. közös jelentések (*joint report*) alapján készült. Ezek a jelentések összefoglalják az ÚPA-használathoz köthető egészségügyi és társadalmi kockázatokra/problémákra utaló incidensek természetét, mennyiségét és mértékét; az ÚPA kémiai és fizikai leírását, valamint a módszereket és prekursorokat amelyeket a gyártáshoz, előállításához használnak; a farmakológiai és toxikológiai leírást; a szervezett bűnözés részvételét; az orvosi, illetve állatorvosi felhasználás lehetőségét; az ipari alkalmazást; a jogi háttérrel és minden egyéb fontos információt. 2005-2018 között 25 darab EMCDDA-Europol közös jelentés jelent meg (ld. az alábbi táblázatot). 2017-ben 9 kockázatelemzést publikáltak, többek között a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus opioidok kockázatértékelését. Ugyanebben az évben 670 ÚPA bejelentése történt a KJR-en keresztül és 51 új ÚPA-ot regisztráltak. Dokumentumelemzés során konstans összehasonlító elemzést alkalmaztunk ([Onwuegbuzie et al., 2012](#)).

Év	EMCDDA-Europol közös jelentés anyaga
2018	methoxyacetylfentanyl , cyclopropylfentanyl
2017	carfentanil , ADB-CHMINACA , THF-F , CUMYL-4CN-BINACA , AB-CHMINACA , 4F-iBF , 5F-MDMB-PINACA , furanlylfentanyl , acryloylfentanyl
2016	MDMB-CHMICA , acetylfentanyl
2015	α-PVP
2014	MT-45 , 4,4'-DMAR , 25I-NBOMe , methoxetamine , AH-7921 , MDPV
2013	5-IT
2012	4-MA
2010	mephedrone

³² Folkhälsomyndigheten – Regulation process concerning new psychoactive substances in Sweden. 2018.12.05.

³³ Lengyel Nemzeti Drog Fókuszpont által 2019.01.10-én nyújtott információk alapján.

2007	BZP
2005	mCPP

11. táblázat: A dokumentumelemzéshez használt EMCDDA-Europol közös jelentések

A kockázatértékelés tényezői az EMCDDA irányelvei alapján

1. Az ÚPA alkalmas-e hasonló visszaélésre és hasonló hatást ér-e el, mint amit a 1961-es ENSZ egyezmény megfogalmaz?
2. Az ÚPA az 1-es pont értelmezése alapján kábítószernek minősíthető-e?
3. Az ÚPA-nak van-e olyan jelentős klinikai terápiás alkalmazhatósága, amely alapján a IV. Jegyzékbe sorolható?
4. Növeli-e a függőséget, vagy létrehozza-e a központi idegrendszer olyan stimulációját vagy tompulását az ÚPA, amely hallucinációhoz vagy a motoros funkciók, a gondolkodás, a viselkedés, az észlelés és a hangulat zavarához vezet?
5. Az 1971-es ENSZ egyezmény I., II., III. vagy IV. Jegyzékében feltüntetett szerekhez hasonlóan az ÚPA alkalmas-e visszaélésre vagy betegségkeltő kiváltására?
6. Van-e elegendő bizonyíték arra, hogy a szer olyan jellegű visszaélésre alkalmas, amely fenyegeti a közegészséget vagy ártalmas lehet a társadalomra nézve?
7. Szervezett bűnözésben való részvétel?
8. Az ellenőrzési mérések lehetséges következményei?³⁴

Általános elvek a kockázatértékelésben

A. Fizikai, kémiai, gyógyszerészeti és farmakológiai információ
Alapinformációk az új pszichoaktív szerről, használatáról, más kábítószerekhez való hasonlóságáról. <i>A1. Fizikai, kémiai, gyógyszerészeti információ</i> A1.1. Fizikai és kémiai leírás (beleértve a szintézis ismert módszereit, prekursorokat, szennyezéseket – típus és szint). A1.2. Fizikai/gyógyszerészeti alak (azaz por, kapszula, tableta, folyadék, injekálhatóság, cigaretta. Bármilyen megkülönböztető jelölést, logót stb. jegyezni kell.) A1.3. Bevitel módja és adagolás (pl. szájon át, belégzés, intravénás stb.). <i>A2. Farmakológia, ideértve a farmakodinámiáját és farmakokinetikáját</i> <i>A3. Pszichológiai és viselkedésbeli hatások</i> <i>A4. Jogszerű termékfelhasználás</i>
B. Függőség és visszaélés lehetősége
<i>B1. Állati in vivo és in vitro adatok</i> <i>B2. Emberi adatok</i>
C. Prevalencia
Az új pszichoaktív szerek esetében általában hiányzik epidemiológiai prevalenciára vonatkozó adat. A jelentésbe kell foglalni bármely a használatra vonatkozó beszámolókat vagy új pszichoaktív szerek lefoglalására vonatkozó adatot, amely a használat elterjedtségét vagy az elterjedtség, gyakoriság és mintázatok tendenciáit segít megbecsülni.
D. Egészségügyi kockázatok
<i>D1. Akut egészségi hatás</i> D1.1. Állati adatok: akut mérgezési tanulmányok állatok esetében, biztonsági farmakológia, amennyiben van elérhető adat. D1.2. Emberi adatok: magában foglalhatja a releváns fizikai és pszichológiai akut káros hatásokat a használók beszámolói alapján, felvételek számát sürgősségi osztályokra, jelentéseket túladagolásokról vagy halálos mérgezésekről. Ugyanakkor, amennyiben elérhetők, a laboratóriumi tanulmányok során tapasztalt mellékhatások jelzései is beleírhatók. <i>D2. Krónikus hatások</i> D2.1. Állati adatok: Ebben a szakaszban megemlíthető, amennyiben rendelkezésre áll bármely adat az ismételt adag toxikusságáról, genotoxicitásáról, rákkeltő hatásáról, reprodukciós toxicitásáról vagy a toxicitás egyéb formáiról, ideértve a neurotoxicitást. D2.2. Emberi adatok: Korlátozott adat lesz elérhető a hosszú távú egészségügyi hatásokkal kapcsolatban, amennyiben elérhető adat. A használók leírásai a tartalomba foglalhatók, és amennyiben van epidemiológiai adat. A krónikus hatások és az új pszichoaktív szer használata között ok-okozati kapcsolatot a legtöbb esetben

³⁴ [EMCDDA \(2010\)](#)

nehéz felállítani a jelenlévő számos zavaró tényező miatt. A fizikai és pszichológiai jóllét aspektusa is figyelembeveendő.
<i>D3. A közegészségügyi kockázatokat befolyásoló tényezők</i> A társadalom szintjén a közegészségügyre hatást gyakorló legnagyobb jelentőséggel bíró tényező a használati prevalencia, amely a C. szakaszban van leírva. Az alábbiakban az egyéb közegészségügyi hatásokat befolyásoló tényezők kerülnek felsorolásra. D3.1. A piacon való elérhetőség és minőség (tisztaság, szennyezőanyagok stb.). D3.2. A pszichoaktív szerre és hatásaira vonatkozó információ elérhetősége, tudásszint és észlelés mértéke a fogyasztók körében. D3.3. A használók jellemzői és viselkedése (ideértve a kockázati tényezőket, sérülékenységet stb.). D3.4. Az egészségügyi következmények természete és mértéke (pl. akut vészhelyzetek, közúti balesetek). A D.1. pontban leírásra kerülhet más releváns információ, ugyanakkor azon tényezők, amelyek hatásai lehetséges következményekkel járnak másokra nézve, közegészségügyi problémának tekintendők (pl. a felelőtlen viselkedés valószínűsége, a végrehajtó funkciók zavarának mértéke, döntéshozatal, mozgáskoordináció képessége). D3.5. Hosszú távú használat következményei (pl. a későbbiek során egészségromláshoz vezető visszafordíthatatlan toxicitás). D3.6. Az új pszichoaktív szer megszerzésének és használatának körülményei, ideértve a kontextushoz kapcsolódó hatásokat és kockázatokat (pl. folyamatos táncolás melegben, más szerek használata).
E. Társadalmi kockázatok
<i>E1. Egyéni szociális kockázatok</i> Bármely ismert hatás, amely befolyásolja a használó egyén társadalmi működését, pl. hatás a tanulmányokra vagy karrierre, személyes kapcsolatokra. <i>E2. Lehetséges hatások a közvetlen társadalmi környezetre</i> A használó társadalmi környezetére hatással lévő következmények említendők ebben a pontban, mint például a család elhanyagolása vagy erőszakos viselkedés. <i>E3. Lehetséges hatások a teljes társadalomra</i> Hatások leírása, mint például a közrend és közbiztonság zavara, bűncselekmények. <i>E4. Gazdasági költségek</i> Az új pszichoaktív anyag használatának közgazdasági következményei, amelyek nem kapcsolódnak a szervezett bűnözés bevonódásához (F. szakasz), úgymint például az egészségüggyel szemben támasztott elvárások. <i>E5. A kulturális környezethez kapcsolódó lehetséges hatások, például marginalizáció.</i> <i>E6. Az új pszichoaktív anyag lehetséges vonzereje speciális társadalmi csoportok körében.</i>
F. Szervezett bűnözés részvétele
<i>F1. Bizonyíték bűnözői csoportok szervezett részvételére pénzügyi előnyök érdekében az előállításban, kereskedelemben és terjesztésben</i> Ide kapcsolható információ hatósági lefoglalásokról és/vagy észlelésekről, illegális laboratóriumokról vagy egyéb előállító helyszínekről, terjesztői hálózatokról. <i>F2. Egyéb kábítószeres, ideértve a már létező kábítószeres és az új pszichoaktív anyagokat is, előállítására, kereskedelmére és terjesztésére gyakorolt hatás</i> Információ arra vonatkozóan, hogy az új pszichoaktív anyagot olyan telephelyen állítják elő, ahol más kábítószeres is. Megemlítendő amennyiben egyazon termékben előfordul új pszichoaktív anyag és kábítószer, és amennyiben például ugyanazon terjesztői hálózatot használnak, amit más kábítószeres esetében is. <i>F3. Bizonyíték ugyanazon csoportok vagy emberek részvételére különböző típusú bűncselekményekben</i> A szervezett bűnözés jellemzőjének tekinthető a különböző típusú bűnözői tevékenységek keverése bűnözői csoportok által. Ezért megemlítendő az információ egyéb bűncselekmények elkövetéséről. <i>F4. A bűnözői csoportok által alkalmazott erőszak hatása a társadalom egészére, bizonyos társadalmi csoportokra vagy helyi közösségekre (közrend és közbiztonság)</i> A bizonyíték a fentiek káros következményeire megemlítendő ebben a pontban. A nem biztonságos előállítási telephelyek lehetséges következményei is ideértendők. Habár nem erőszak a szó szoros értelmében, jelezheti, hogy a bűnözői csoport figyelmen kívül hagyja a közbiztonságot. <i>F5. Bizonyíték pénzügyi gyakorlatokra, vagy a szervezett bűnözés hatására egyéb társadalmi-gazdaság tényezőkre a társadalomban</i> Bármely káros hatás a pénzügyi és egyéb piacok felépítésére és működésére, különösen a pénzügyi, említendő ebben a pontban. <i>F6. Gazdasági költségek és következmények (adócsalás, vámok kijátszása, az igazságszolgáltatási rendszer költségei)</i> <i>F7. Erőszak alkalmazása bűnözői csoportok között vagy azokon belül</i> <i>F8. Bizonyíték büntetőeljárások indításának megelőzésére szolgáló stratégiákról, például vesztegetés vagy megfélemlítés</i>

12. táblázat: A technikai jelentés tartalma ([EMCDDA, 2010](#))**EU-s ÚPA-KÉ: eredmények**

A 2010 és 2018 között megjelent ÚPA-ok Európai Unió kockázatértékelésének összehasonlító eredményeit három táblázatban foglaljuk össze: 1. Fizikai, kémiai, gyógyszerészeti és farmakológiai információ; 2. Egészséget érintő kockázatok értékelése; 3. Társadalmi/társas kockázatok értékelése.

ÚPA megnevezése	Év	Fizikai, kémiai, gyógyszerészeti és farmakológiai információ
methoxyacetyl fentanyl	2018	- szintetikus opioid, fentanyl - 2016-ban érkezett az első jelzés, 9 tagállam és Norvégia - kis mennyiségű lefoglalások – magas hatóanyag-tartalom - utcai nevek: 'MAF' (Belgium), 'methoxy' (Belgium), 'szintetikus heroin' (Belgium) - a szer feloldása vízzel; orrsprayként árulják - Kínából rendelik (Svédország) vagy online pl. e*****s.com-ról rendelve (Szlovénia) - 33 lefoglalás (ebből 20 Svédország, 1 Magyarország) - por, folyadék, tabletták
cyclopropyl fentanyl	2018	- szintetikus opioid, fentanyl - utcai nevek: 'cyclopropyl' (Belgium), 'synthetic heroin' (Belgium), '4-me-MAF' (Svédország), 'MAF' (Lengyelország) - online rendelés - por, folyadék, tabletták, - két nagyobb lefoglalás: Svédország (27), Lettország (25)
carfentanyl	2017	- szintetikus opioid, fentanyl - 2012 óta jelen van az EU-ban, 2016 óta nagyobb lefoglalások - por formájú, heroinnal és más opioidokkal keverve - 8 tagállamban jelezték - származási ország: Kína - online: nyílt év darknet
ADB-CHMINACA	2017	- szintetikus kannabinoid - 2014. augusztus óta jelen az EU-ban, 18 tagállam, Törökország és Norvégia jelezte - több mint 600 lefoglalás (7 kg por, 11 kg növényi törmelék átítatva) - a kannabisz „legális” alternatívájaként árulják → mérgezés komoly kockázata - származási ország: Kína
THF-F	2017	- szintetikus opioid, fentanyl (tetrahydrofuranylfentanyl) - 2016. szeptember óta jelen, 1 tagállam jelezte - folyadék, por - viszonylag kis mennyiség – nagy hatóanyag-tartalom - származási ország: Kína - „research chemical”
CUMYL-4CN-BINACA	2017	- szintetikus kannabinoid - 2015 óta jelen van az EU-ban (+ Törökország) - 270-nél több lefoglalás, 50 kg por, 3.6 kg átítatott növényi törmelék - használati formája: dohányzás - a kannabisz „legális” verziójaként árulva - származási ország: Kína
AB-CHMINACA	2017	- szintetikus kannabinoid - 2014. február óta jelen van az EU-ban (+ Törökország és Norvégia) - 4000-nél több lefoglalás, 43 kg por, 40 kg átítatott növényi törmelék - használati formája: dohányzás - a kannabisz „legális” verziójaként árulva - származási ország: Kína
4F-iBF	2017	- szintetikus opioid, fentanyl (4-fluoro-isobutyrfentanyl) - 2016. július óta jelen, 4 tagállam jelezte - folyadék, por - viszonylag kis mennyiség – nagy hatóanyag-tartalom - származási ország: Kína - „research chemical”
5F-MDMB-PINACA	2017	- szintetikus kannabinoid - 2014. szeptember óta jelen van 26 EU tagállamban (+ Törökország, Norvégia) - 1700-nél több lefoglalás, 13 kg por, 26 kg átítatott növényi törmelék - használati formája: dohányzás - folyadék, por, növényi törmelék - a kannabisz „legális” verziójaként árulva - származási ország: Kína
furanylfentanyl	2017	- szintetikus opioid, fentanyl - 2015-ben érkezett az első jelzés, 16 tagállam és Norvégia - por, folyadék, tabletták, növényi törmelék - magas hatóanyag-tartalom - származási ország: Kína - online rendelés - „research chemical”

		- utcai nevek: ‘talizman motocyklisty’, ‘Talizman 0,5g-Ziel’ and ‘Talizman 1,0g – Ziel’ (Lengyelország) - a szer feloldása vízzel; orrsprayként árulják - 113 lefoglalás 12 országból
acryloylfentanyl	2017	- szintetikus opioid, fentanyl - 2016. áprilisban érkezett az első jelzés, 6 tagállam részéről - por, folyadék, tabletta, kapszula - magas hatóanyag-tartalom - származási ország: Kína (Litvánián keresztül) - jellemzően: orrsprayben - „research chemical” - szervezett bűnözői csoportokhoz köthető - utcai nevek: Acr-F, ACF - 113 lefoglalás 12 országból
MDMB-CHMICA	2016	- szintetikus kannabinoid - 2014 óta, 19 tagállam (+ Törökország, Norvégia) - 3600 lefoglalás, 43 kg por, 54 kg növényi törmelék - „legal high” - a kannabisz „legális” alternatívájaként árulják - komoly mérgezési potenciál
acetylfentanyl	2016	- szintetikus opioid, fentanyl - 2013. áprilisban érkezett az első jelzés, 8 tagállam és Norvégia részéről - por, folyadék, tabletta, kapszula - magas hatóanyag-tartalom - származási ország: Kína - „research chemical”
α-PVP	2015	- szintetikus katinon (pyrovalerone, mint az MDPV) – szintetikus stimuláns - erős pszichostimuláns - 2011. február - 28 tagállam, Törökország, Norvégia - por, tabletta - Kína - 280 kg lefoglalás 2015-ben, 5200 lefoglalás - „research chemical” - online vásárlás - utcai nevek: ‘grind’ (Belgium), ‘flakka’ (Horvátország, Ciprus, Nagy-Britannia, Törökország), ‘gravel’ (Ciprus és Törökország), ‘crystal love’ (Finnország), ‘Pure NRG’ (Németország), ‘Snow Blow’ (Írország), ‘vanilla sky’ (Málta)
MT-45	2014	- szintetikus opioid - 2013 - Belgium, Németország, Svédország - kis mennyiség - por - „research chemical” - morfiomhoz hasonló toxicitás
4,4'-DMAR	2014	- szintetikus stimuláns - 2012 - por, tabletta (extasy jelekkel) - nagy mennyiségű lefoglalás (260 kg) - online oldalak
25I-NBOMe	2014	- szintetikus hallucinogén - 2012 - 23 tagállam + Norvégia - magas toxicitás - LSD „legális” verziójaként árulják
methoxetamine	2014	- ketamin - 2010 - 22 tagállam, Norvégia, Törökország - por - a ketamin legális és „húgyhólyag-barát” verziójaként árulják
AH-7921	2014	- szintetikus opioid - 2012 - 7 tagállam, Norvégia - kis mennyiség - por - morfiom – farmakológiai hasonlóság
MDPV	2014	- szintetikus katinon - 2008. november

		- a kokain „legális” verziójaként árulták - extasy-szerű tabletták + por
5-IT	2013	- Benzo Fury - 2012 - 12 tagállam
4-MA	2012	- szintetikus phenethylamin (amfetamin) - 2009 - 12 tagállam, Horvátország, Norvégia) - folyadék, tableta
mephedrone	2010	- szintetikus katinon - 2007 - 20 tagállam, Horvátország, Norvégia - por, tableta - 130 kg lefoglalás (kb. 260 ezer tableta) - „legal high” - az extasy és a kokain „legális” alternatívájaként árulták - head/smart shop-ok, online

13. táblázat: Fizikai, kémiai, gyógyszerészeti és farmakológiai információ

ÚPA megnevezése	Év	Egészségügyi kockázatok
methoxyacetylftentanyl	2018	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - mérgezés kockázata - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként árulva - akut intoxikáció: Ø - 6 haláleset: Svédország 2016. december és 2017. június között - magas kockázati csoportba tartozó droghasználók és pszichonauták
cyclopropylftentanyl	2018	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként árulva - akut intoxikáció: Ø - 60 haláleset: (Svédország 59, Norvégia 1) 2017. június és október között
carfentanyl	2017	- 48 haláleset 6 hónap alatt
ADB-CHMINACA	2017	- kannabiszhoz hasonló hatások, de intenzívebb hatás - halálos mérgezéses esetek: eszméletvesztés, kóma stb. - mérgezés oka: a változó minőség és összetétel, amely a növényi törmelékre van fűjva - dependencia kialakulása lehetséges - akut intoxikáció: Nagy-Britannia (3) - 12 haláleset (3 tagállam: Németország: 6, Magyarország: 1, Svédország: 5), 2014-16 (csak férfi)
THF-F	2017	- 14 haláleset (1 tagállam) - opioid-helyettesítőként használják
CUMYL-4CN-BINACA	2017	- kannabiszhoz hasonló hatások, de intenzívebb hatás - 11 halálos mérgezéses eset: eszméletvesztés, kóma stb. - mérgezés oka: a változó minőség és összetétel, amely a növényi törmelékre van fűjva - dependencia kialakulása lehetséges
AB-CHMINACA	2017	- kannabiszhoz hasonló hatások, de intenzívebb hatás - 31 halálos mérgezéses eset: eszméletvesztés, kóma stb. - mérgezés oka: a változó minőség és összetétel, amely a növényi törmelékre van fűjva - dependencia kialakulása lehetséges
4F-iBF	2017	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként árulva - akut intoxikáció: Ø - 16 haláleset: Svédország, 2016-2017 között
5F-MDMB-PINACA	2017	- kannabiszhoz hasonló hatások, de intenzívebb hatás - 24 halálos mérgezéses eset: eszméletvesztés, kóma stb. - mérgezés oka: a változó minőség és összetétel, amely a növényi törmelékre van fűjva

		- dependencia kialakulása lehetséges
furanylfentanyl	2017	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként áruva - akut intoxikáció: 10 eset - 19 haláleset - orális, nazális, injekciós használat
acryloylfentanyl	2017	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként áruva - akut intoxikáció: Ø - 42 haláleset - orális, nazális, injekciós használat
MDMB-CHMICA	2016	- kannabiszhoz hasonló hatások, de intenzívebb hatás - halálos mérgezéses esetek: eszméletvesztés, kóma stb. - mérgezés oka: a változó minőség és összetétel, amely a növényi törmelékre van fűjva - dependencia kialakulása lehetséges - 71 komoly egészségügyi következménnyel járó eset (8 tagállam): akut intoxikáció, kórházi kezelés - 29 haláleset (12 esetben MDMB-CHMICA okozta)
acetylftentanyl	2016	- akut hatás: opioidok - lehetséges akut veszély: légzőszervi leállás - kockázatonövelő tényezők: a) más szerekkel való együttes használat (hatásfokozás), b) magányos használat, c) megfelelő dózis ismeretének hiánya - heroin-/opioid-helyettesítő, illegális fájdalomcsillapító, kokainként áruva - 40 komoly egészségügyi következménnyel járó eset: 8 akut intoxikáció, 32 haláleset (19 közvetlen)
α-PVP	2015	- 100 haláleset (23 közvetlen) és 140 komolyabb egészségügyi következménnyel járó eset - akut intoxikáció - injekciós használók
MT-45	2014	- 21 haláleset (Svédország) és 13 nem-halálos intoxikáció
4,4'-DMAR	2014	- 27 haláleset
25I-NBOMe	2014	- 1 haláleset
methoxetamine	2014	- 20 haláleset és 110 nem-halálos intoxikáció
AH-7921	2014	- injekciós szerhasználat - 15 haláleset és 6 nem-halálos intoxikáció
MDPV	2014	- 99 haláleset (főleg Finnország és Nagy Britannia) és 107 nem-halálos intoxikáció
5-IT	2013	- 21 haláleset
4-MA	2012	- 16 haláleset és 9 nem-halálos intoxikáció
mephedrone	2010	- magas toxicitás

14. táblázat: Egészségügyi kockázatok értékelése

ÚPA megnevezése	Év	Társadalmi kockázatok
methoxyacetylftentanyl	2018	- magas kockázati csoportba tartozó droghasználók és pszichonauták - készen-használhatóság mint kockázat: orrspray vagy e-cigaretta formájában azonnal használható, társadalmilag elfogadottabb forma, mint az injektálás
cyclopropylftentanyl	2018	- magas kockázati csoportba tartozó droghasználók és pszichonauták - készen-használhatóság mint kockázat: orrspray vagy e-cigaretta formájában azonnal használható, társadalmilag elfogadottabb forma, mint az injektálás - mérgezések → családi, jogi problémák
carftentanyl	2017	- problémás ópiáthasználók (injekciós heroinhasználók) - gyógyszerhelyettesítőként is fogyasztják - ismeretek hiánya
ADB-CHMINACA	2017	- rekreációs és problémás szerhasználók, pszichonauták, - börtön és hajléktalan szcéna különösen kockázatos → megnövekedett agresszió, erőszak, bullying és adósság → komoly problémák a biztonság megtartásában
THF-F	2017	- problémás ópiáthasználók (injekciós heroinhasználók) - gyógyszerhelyettesítőként is fogyasztják - ismeretek hiánya

CUMYL-4CN-BINACA	2017	- rekreációs és problémás szerhasználók, pszichonauták, - börtön és hajléktalan szcéna különösen kockázatos → megnövekedett agresszió, erőszak, bullying és adósság → komoly problémák a biztonság megtartásában
AB-CHMINACA	2017	- rekreációs és problémás szerhasználók, pszichonauták, - börtön és hajléktalan szcéna különösen kockázatos → megnövekedett agresszió, erőszak, bullying és adósság → komoly problémák a biztonság megtartásában
4F-iBF	2017	- magas kockázati csoportba tartozó droghasználók és pszichonauták - készen-használhatóság mint kockázat: orrspray vagy e-cigaretta formájában azonnal használható, társadalmilag elfogadottabb forma, mint az injektlás - mérgezések → családi, jogi problémák
5F-MDMB-PINACA	2017	- rekreációs és problémás szerhasználók, pszichonauták, - börtön és hajléktalan szcéna különösen kockázatos → megnövekedett agresszió, erőszak, bullying és adósság → komoly problémák a biztonság megtartásában
α -PVP	2015	- Lengyelország – kérdőíves felmérés alapján a használat otthon és barátokkal történik - Franciaország: a használók megtévesztése: MDMA-ként árusítás
AH-7921	2014	- injekciós szerhasználók
mephedrone	2010	- antiszociális viselkedés - bűnesetek növekedése

15. táblázat. Társadalmi kockázatok értékelése

EU-s ÚPA-KÉ: összefoglalás

A 2010-2018 között megjelent ÚPA-ok Európai Unió kockázatértékelésének összehasonlító eredményei alapján összességében megállapítható, hogy a jelentések nem részletekbe menőek, átlagosan 15 tudományos hivatkozást tartalmaznak és az azonos szerek esetében gyakran ugyanazokat a kockázatokat tüntetik fel. A korábbi évek (2010-2015) jelentéseiben több online „szürke” irodalom (használói leírások, online kérdőívek használói portálokon) szerepel hivatkozásként. Az európai országok anekdotikus jelentései elindíthatják a kockázatértékelés folyamatát, de jelentős számú haláleset vagy több országban azonos időben felbukkanó káros következmények (számottevő egészségügyi következmény, pl. intoxikáció, eszméletvesztés, kóma) nélkül nem találtunk példát. A társadalmi/társas kockázatok értékelése legtöbb esetben hiányos.

7. fejezet-összefoglaló

- KÉ-kutatás: 10 szakértői interjú + fókuszcsoporthoz beszélgetés + dokumentumelemzés
- Javasolt új trend-információforrásként pl. anonim fogyasztói drogminta-bevizsgálás
- Nemzetközi, klinikai, és tapasztalati szakértők bevonása a KÉ-be szükségesnek tartott
- EU-s, finn, lengyel és svéd ÚPA-kockázatértékelési tapasztalatok dokumentumelemzése
- A társadalmi/társas kockázatok értékelése legtöbb esetben hiányos

8. Javaslatok az ÚPA-kockázatértékelés és szabályozás megújítására

8.1 Összefoglaló a KÉ-i folyamatot érintő javaslatokról

Jelenleg az igen felületes előzetes szakmai értékelés (ESzÉ) utáni ÚPA-jegyzékre vétel szigorú büntetőjogi szankciók kiszabását teszi lehetővé. Mivel ebben az előkészítő szakaszban tehát még semmiféle tényleges kockázatértékelés nem történt, ezért gyakorlatilag minden olyan, Magyarországon újonnan felbukkant anyag kriminalizálásra kerül, mely „új” (tehát nem a gyógyszeriparból származik) és „pszichoaktív” (tehát a központi idegrendszerre hat). Pusztán „elővigyázatosságból” – azaz a másfajta vegyi anyagokra egyáltalán nem alkalmazott ún. elővigyázatossági elv szelektív használata alapján – tehát akár 10 év szabadságvesztés is kiszabható olyan vegyületekkel kapcsolatban, melyek tekintetében semmiféle adat, információ, tény, vagy bizonyíték nem támaszt alá semmiféle „egészséget veszélyeztető” feltételezést. Egy jogi hasonlattal élve ez a helyzet olyan, mintha már egy gyanú első felmerülésekor, annak alaposságának vizsgálata nélkül, bizonyítékok hiányában, bármiféle nyomozás lefolytatása *előtt* kerülne kiszabásra egy büntetés. Ez a folyamatkonceptió teljesen eltér a kockázatértékelés eredeti ideájától és másutt használatos gyakorlatától, melynek lényege egy átfogó adatgyűjtés eredményeinek közvetítése a döntéshozó irányába, egy esetleges *utólagos* jogszabály-módosítást támogató (és egyben jegyzékre vétel általi büntetőjogi szankcionálhatóságot implikáló) javaslatként. Az ÚPA-ok szakirodalma is megállapítja, hogy azok „nem szabályozhatóak hatékonyan a 'hagyományos' represszív módszerekkel”, azaz büntetőjogi eszközökkel (Bujalski et al., 2017), valamint hogy „a prohibicionista jogi válasz inadekvát a folyamatosan változó ÚPA-használat irányítására a modern világban” (Corazza et al., 2017).

Előzetes szakmai értékelés (ESzÉ) átalakítása és kritériumainak bővítése. Az ÚPA-szabályozás kockázatértékelési szakaszának jelenleg legvitathatóbb részei a folyamatkonceptióval és annak etikájával kapcsolatosak. Az újonnan felbukkant anyagok rendkívül felületes, csupán kétkérdéses 'előzetes szakmai értékelésének' kérdésfeltevési kerete mindkét kérdésével együtt súlyosan paradoxális. Hiszen a kérdésfeltevés (ti., „a magyar hatóságok, szakértői intézmények *előtt* nem ismert-e olyan adat”) objektuma nem az adott, vizsgálandó szer, hanem csupán meg nem határozott állami szervezetek dolgozóinak kvíziójátékszerű 'tájékozottsági szintje'! Mindemellett a jelenlegi gyógyászati használatra vonatkozó a)-kérdés feltevése az ÚPA-ok esetében eleve értelmetlen, hiszen a „régí”, ismert gyógyszerhatóanyagok és az azokat utánzó „új” vegyületek egymást kizáró kategóriákat alkotnak. Az EMCDDA kockázatelemzési útmutatója például már 1999-ben felhívta a figyelmet a rendelkezésre álló adatok gyűjtésének metodológiai jellemzőivel kapcsolatban arra a kétségtelen szempontra, hogy „az új drogokkal kapcsolatosan kicsi a valószínűsége annak, hogy szisztematikus farmakológiai és toxikológiai bizonyítékok álljanak rendelkezésre a drog megjelenésének időszakában” (EMCDDA, 1999), de a szakirodalom szerint is egyértelmű, hogy „újonnan felbukkanó anyagoknak nem lehet már [korábban] elfogadott gyógyászati használata” (Coulson & Caulkins, 2012). Az 'előzetes szakmai értékelés' b)-kérdése pedig egy elméleti-gyakorlati lehetetlenséget, a potenciális kockázatok teljes kizárhatóságáról szóló bizonyíték *hiányát* veszi döntési kritériumának. A kérdés implicite azt sugallja tehát, mintha egyáltalán lehetséges lenne olyasfajta bizonyíték létezése, mely az adott anyaggal kapcsolatban gyk. 'univerzális garanciát' tudna vállalni arra vonatkozóan, hogy az adott anyag jövőbeli(!) használatának negatív következményei kizárhatóak. Mivel ilyen bizonyíték nem is létezhet, ezáltal nem is lehet ismert, vagyis az 'értékelés' mind szövegezésében, mind koncepciójában jócskán részrehajló tagadó kérdésformája („nem ismert-e”) magától felkínálja az egyetlen lehetséges és elvárható, azaz a tagadó választ. Tömören tehát: **hivatalnokok informáltságát, önkizáró meghatározást, nemlétező bizonyíték hiányát egyedüli döntéshozatali kritériumként felhasználni: szakmailag elfogadhatatlan!** Jelenleg tehát gyakorlatilag minden „megvizsgált” szer esetében az előzetes szakmai értékelés bekezdésében foglalt a)- és b)-kérdésekre adható egyetlen lehetséges válaszok (ti. „nem” és „nem”) alapján a meghatározott körülmények 'együttesen fennállnak', vagyis kezdeményezhetővé válik az ÚPA-jegyzékre történő felvétel. E problémás folyamatrészt mielőbbi részletes átalakítása, pl. kritériumainak a szabályozás alá vonás következményeit figyelembe vevő kibővítése kiemelten javasolt.

'ESzÉ-jegyzék' létrehozása. Fontosnak tartjuk kihangsúlyozni, hogy új anyagok KÉ-i folyamata *közben* (tehát annak megkezdése után, teljes elvégzése és eredményeket javasoló befejezése *előtt*) az ún.

elővigyázatossági elvet a jogrendszer szelleme szerinti csakis arányosan szabadna használni. Mint már korábban is kiemeltük: az akár 10 évig terjedő szabadságvesztés kiszabásának lehetősége etikailag nem indokolható szankció olyan anyagok esetén, melyek kockázatai – részletes értékelésük folyamatban lévősege miatt – még egyáltalán nem kerültek bizonyítékalapú felmérésre! Indokolt esetekben azonban az elővigyázatossági elv arányos használata kiterjedhet odáig, hogy az eljáró hatóságok jogi felhatalmazást kaphatnak a már megkezdett értékelési folyamatban lévő új anyag lefoglalása és beazonosítása után annak szabálysértés miatti elkobzására. Az előzetes szakmai értékelésbe vont anyagokat – vagyis az ún. „ESZÉ-jegyzéket” – javaslatunk szerint az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet új, 2. melléklete tartalmazná.

Kockázatértékelések és jegyzékre vételek új kritériumai. Az új anyagok előzetes szakmai értékelése, az ÚPA-kockázatértékelés, valamint a különféle jegyzékre vételek és átsorolások tekintetében – a hazai szakértők fókuszcsoporthoz és egyéni interjúk javaslatai szerint, az EMCDDA által kidolgozott ÚPA-KÉ-i kritériumokat figyelembe véve, valamint az általunk végzett dokumentumelemzés és három EU-tagországból történt információlekérés alapján – új kritériumokat javasolunk, melyeket a tanulmánykötet ['A' függeléké \(85. oldal\)](#) tartalmaz.

KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése. A helyzetet súlyosbítja és ezáltal a KÉ-i rendszer megújítását sürgeti az is, hogy a jelenlegi jogkörnyezet nem teszi lehetővé a KÉ eredményének kétirányúságát: egyetlen kimenetelként csakis az ÚPA-jegyzékről a Gytv. A) jegyzékére (vagyis kábítószerre) átsorolás történik meg. Bár elméletileg lehetségesnek kellene lennie az ÚPA-jegyzékről a Kábítószer Vhr. D) jegyzékére történő átsorolásnak is, a gyakorlatban ez 7 év alatt egyetlen esetben sem történt meg. Ennek oka a KÉ-i folyamat kétévente újra- és újr meghosszabbíthatóságának folyamatosan kihasznált jogi lehetőségében keresendő. Az elővigyázatossággal indokolt kriminalizáció tehát gyakorlatilag „örökre” érvényben maradhat – még akkor is, ha sok év után sem érkezik be a vegyülettel kapcsolatban semmilyen olyan új adat, információ, tény, vagy bizonyíték, mely alátámasztaná a kiindulási „egészséget veszélyeztető” feltételezést. Az ÚPA-KÉ időtartamának tehát egyszeri 1 évet javasolunk. Javasoljuk továbbá az ismételt meghosszabbíthatóság miatt az ÚPA-jegyzékre 'beragadt' 11 anyag áthelyezését a D) jegyzékre, valamint a D) jegyzéken szereplő anyagok megszerzésének és tartásának szabálysértéssé minősítését.

8.2 Inputok

A kockázatértékelést megalapozó adatforrások fejlesztésére vonatkozó konkrét javaslatok

A KÉ-i folyamat felülvizsgálatához kapcsolódó kutatás során a szakértői interjúk során is felmerült, hogy a külföldi KÉ-i dokumentumok felhasználhatóak lehetnek a hazai KÉ-i folyamat adatforrásaiként. Tudomásunk szerint jelenleg nincs ilyen jellegű adatcsere az EMCDDA-nak jelentő REITOX nemzeti fókuszpontok között, holott egy bizonyos anyag már elvégzett KÉ-részleteinek közreadása az egyik ország által jelentős segítséget nyújthatna az összes többi olyan országnak, ahol még nem került elvégzésre ugyanazon anyag KÉ-e. Szintén az interjúk során merült fel a tapasztalati szakértők bevonásának ötlete, vagyis az ÚPA-szcéna térbeli és/vagy online színtereinek ismerőitől szerzett, akár anekdotikus jellegű információk felhasználása az új trendek és jelenségek korai azonosítására.

A jogszabályok előkészítésében való szakmai és társadalmi részvétel

A korábban felsoroltak alapján nyilvánvaló, hogy a kockázatértékelési és az ahhoz kapcsolódó jogszabály-módosítást előkészítő folyamat nagyobb nyilvánossága és széleskörűsége egyértelműen javíthatná azok minőségét. Nyilvános szakirodalmi és összesített, statisztikai jellegű adatok lévén a nagyobb nyilvánosság nem vet fel adatvédelmi aggályokat sem az előkészítési munkában részt vevő szakértők kilétének tekintetében sem. Az ÚPA-KÉ folyamata, valamint a jogszabály-módosítások előkészítése során erősen javasolt a civil drogügyi szektorban tevékenykedő külső szakértők bevonása a Kábítószerügyi Koordinációs Tárcaközi Bizottság (KKB) ÚPA-okkal foglalkozó szaktanácsadói bizottságaiba, például a Kábítószer Listák Szaktanácsadói bizottságába, valamint a Jogi Szaktanácsadói bizottságba.

8.3 Folyamat

Jelenlegi részfolyamatok és jegyzékek

A KÉ jelenlegi részfolyamatai a szabályozatlan anyagok (felületes) előzetes szakmai értékelése utáni ÚPA-jegyzékre vétel, valamint az ezt követő (részletes) kockázatértékelés utáni kábítószerjegyzékre átsorolás:

szabályozatlan anyag → **előzetes szakmai értékelés** → *ÚPA-jegyzék* → **KÉ** → *kábítószerjegyzék*

szabályozatlan anyag	belföldi vagy külföldi forgalomban megjelent feltételezett új pszichoaktív anyag
előzetes szakmai értékelés	Gytv. 15/B. § (3) bekezdése szerinti, ÚPA-jegyzékre vételt előkészítő folyamat
<i>ÚPA-jegyzék</i>	55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. melléklete (ÚPA-ok és vegyületszámok)
KÉ	Kábítószer Vhr. 27. § (6)-(10) pontjai szerinti, kábítószerjegyzékre vételt előkészítő folyamat
<i>kábítószerjegyzék</i>	Kábítószer Vhr. 1. mellékletének K1, K2, P1, P2 + Gytv. 2. számú mellékletének A és B jegyzékei

A KÉ folyamatának leglényegesebb megváltoztatási javaslata a részletes értékelés *előtti* ÚPA-jegyzékre vételről a részletes értékelés *utáni* ÚPA-jegyzékre vételre történő átállásra vonatkozik. A jelenlegi kétkérdéses előzetes szakmai értékelés (ESzÉ) – mely rendkívül gyenge alapokon implicál súlyos büntetőjogi következményeket – teljes egészében átalakítandó egy önmagában is alapos kockázatértékeléssé (a részletes indoklást lásd fentebb a [8.1 alfejezetben](#)).

Javasolt új részfolyamatok és jegyzékek

A KÉ javasolt új részfolyamatai egyrészt a (részletes) ESzÉ elvégzése utáni ÚPA-jegyzékre vétel, másrészt az ettől részben független (szintén részletes) ÚPA-KÉ elvégzése utáni kábítószerjegyzékre vétel:

szabályozatlan anyag (*adatbázis*) → **ESzÉ-be vonás** → *ESzÉ-jegyzék* → **ESzÉ** → *ÚPA-jegyzék*
ÚPA-jegyzék → **ÚPA-KÉ** → *kábítószerjegyzék*

<i>adatbázis</i>	Nemzeti Drog Fókuszpont adatbázisa a Mo.-n újonnan megjelent, szabályozatlan anyagokról
ESzÉ-be vonás	a szabályozatlan anyagok áttekintése 3-havonta, az ESzÉ folyamatába vonás új kritériumaival
<i>ESzÉ-jegyzék</i>	55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet új, 2. melléklete (ESzÉ-be vont új anyagok)
ESzÉ	Gytv. 15/B. § (3) bekezdése szerinti, ÚPA-jegyzékre vételt eredményező szakmai értékelés
<i>ÚPA-jegyzék</i>	55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 1. melléklete (ÚPA-ok és vegyületszámok)
ÚPA-KÉ	Kábítószer Vhr. 27. § szerinti, kábítószerjegyzékre vételt eredményező folyamat
<i>kábítószerjegyzék</i>	Kábítószer Vhr. 1. mellékletének K1, K2, P1, P2 + Gytv. 2. számú mellékletének A és B jegyzékei

adatbázis: A folyamat kiindulópontjaként az előzetes szakmai értékelés elvégzésére kijelölt szervezeti egység – jelenleg a Nemzeti Drog Fókuszpont – egy belső használatú adatbázist vezet a Mo.-n újonnan felbukkant, lefoglalt és beazonosított anyagokról, valamint a Korai Jelzőrendszer riasztásaiban szereplő, lehetségesen veszélyes anyagokról. A Nemzeti Drog Fókuszpont negyedévente bővíti az adatbázist az irányába időközben bejelentett olyan új anyagok felvételével, amelyek esetében bebizonyosodott azok emberi fogyasztása vagy e célból történt terjesztése.

ESzÉ-be vonás: A Nemzeti Drog Fókuszpont negyedévente egyenként áttekinti, hogy az adatbázisban szereplő egyes anyagokkal vagy anyagcsoportokkal kapcsolatban beérkezett információk alapján fennállnak-e az előzetes szakmai értékelésbe vonás új kritériumai. A kritériumok figyelembe veszik többek között az adott szerrel kapcsolatos korábbi KJR-riasztásokat, külföldi és hazai haláleseteket vagy tömeges hospitalizációkat, a hazai lefoglalásokban az adott szer részarányát és kiszerelését (pl. szintetikus

kannabinoidok porállagú tiszta hatóanyagként forgalomba kerülése fokozott mérgezésveszéllyel járhat!) stb.; a részletes kritériumokat lásd az '[A' függelékben a 85. oldalon](#)'. A fenti kritériumoknak megfelelés esetében megkezdődhet tehát az anyagra vonatkozó előzetes szakmai értékelés, annak hiányában pedig az anyag az adatbázisban várja a következő negyedéves áttekintést.

ESzÉ-jegyzék: Az ESzÉ folyamatába vont, szabálysértést megvalósítható és ezáltal elkobozható anyagok listája, mely az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet új, 2. mellékletének jegyzékén található. A kapcsolódó jogszabályok módosításával lehetőség nyílik a folyamatba vont új anyagok elkobzására indokolt esetekben (pl. velük kapcsolatban felmerült haláleset, hospitalizáció, KJR-riasztás, vagy egyéb, különös veszélyességre utaló tényező esetén). Ezek hiányában az ESzÉ folyamatába bevont új anyagot nem szükséges a rendelet új jegyzékén kihirdetni.

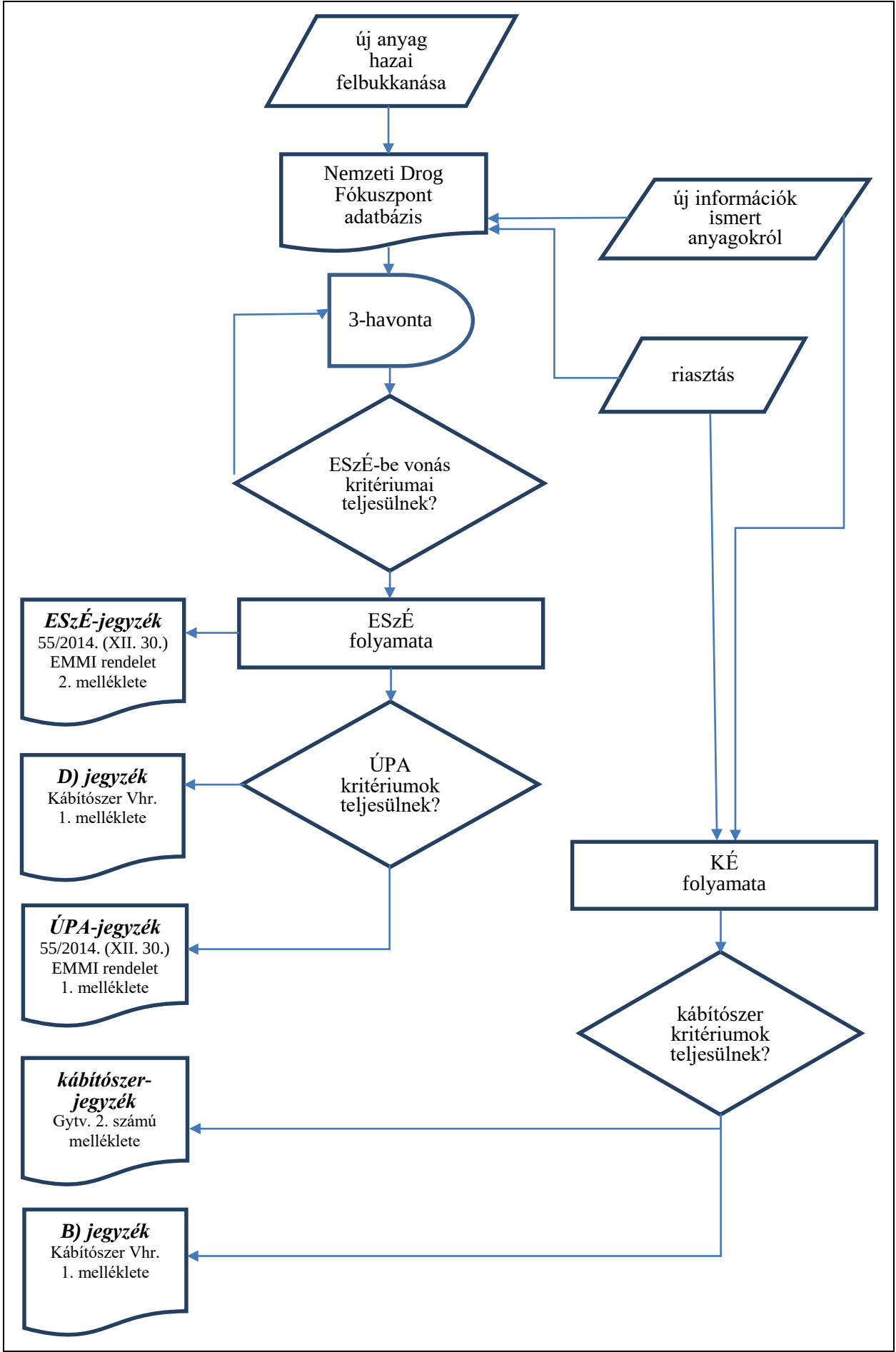
ESzÉ: Az előzetes szakmai értékelésbe vont új anyagoknál a Fókuszpont megvizsgálja, hogy indokolt-e a kérdéses anyag felvétele az ÚPA-jegyzékre. E folyamat során kerül tehát elvégzésre a részletes kockázatértékelés, melynek jelenlegi kritériumait jelenleg a Gytv. 15/B. § (3) bekezdése határozza meg (e kritériumok általunk javasolt bővítését lásd a '[B' függelékben a 95. oldalon](#)'). Kockázatértékelésként az ESzÉ itt tehát egy új anyagnak az ÚPA-jegyzékre történő *felvételéről* szól (nem pedig az ÚPA-jegyzékről a kábítószerjegyzékre történő *átsorolásáról*).

ÚPA-jegyzék: Az ESzÉ eredményeképpen tehát az értékelési kritériumoknak megfelelő szerek átkerülnek az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet 2. mellékletének ESzÉ-jegyzékéről az 1. melléklet ÚPA-jegyzékére. A kritériumoknak nem megfelelő vizsgált szerek pedig lekerülnek az ESzÉ-jegyzékről (amennyiben fenn voltak), de a Fókuszpont adatbázisában maradnak. Amennyiben később rájuk vonatkozó új adat bukkanna fel, az anyagok ESzÉ-be vonását egy következő negyedéves áttekintés újra megfontolhatja. Az ESzÉ időtartamának korlátozása nem feltétlenül szükséges, amennyiben jogi szempontból nincs különbség az ESzÉ-be vont, illetve nem-vont szabályozatlan szerek között. Kivételt képez ez alól az előző bekezdésben említett szabálysértési-elkobozhatósági lehetőség esetleges alkalmazása, mivel ott az ESzÉ eredménye dönti el az elővigyázatossági szankció feloldását. Ez esetben a maximális ESzÉ-időtartamként egyszeri 1 évet javasolunk, melynek lejártával a vizsgált anyag értékelési folyamata megszűnik.

kábítószer-KÉ: Az előbbieken ismertetett ÚPA-KÉ-től különálló kábítószer-KÉ folyamata az ÚPA-jegyzéken szereplő anyagok kábítószerre átsorolásának lehetőségét vizsgálja. A kábítószer-KÉ és az azt követő kábítószerjegyzékre sorolás csakis sürgős, kiemelt, indokolt esetekben, saját kritériumrendszere alapján történhet, pl. hazai halálozások és/vagy tömeges hospitalizációk (toxikológia, addiktológia, pszichiátria) eseteiben.

8.4 Outputok

A kockázatértékelési folyamat kimeneteli nyitottságát illetően több észrevétel és fejlesztési javaslat merül fel. Új anyagok magyarországi felbukkanása, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos halálesetek vagy tömeges hospitalizációk, a külföldi és hazai KJR-riasztások, a nemzetközi drogbevizsgáló laborok közleményei veszélyes anyagokról és szennyeződésekről mind-mind közérdekű információk, melyeket a megfelelő médiacsatornákon keresztül, természetesen bármiféle pánikkeltés nélkül, de mihamarabb szükséges eljuttatni mind a szakmai, mind a laikus közönségnek (különösképpen pedig a lehetségesen érintett szerfogyasztóknak!). Jelenleg azonban nem érhetőek el nyilvánosan és aktuálisan sem a Magyarországon újonnan felbukkant szerek vegyületnevei, sem azoknak a szereknek a vegyületnevei, melyekkel elkezdődött már az előzetes szakmai értékelési folyamat. A KJR szerepe valamelyest bizonytalannak tűnik a riasztások nyilvánosságát illetően; jelenlegi formájában a KJR egy szelektált szakmai közönség számára szóló, alkalmi, csoportos címzésű emaillezés formájában működik.



3. ábra: Folyamatábra a kockázatértékelés javasolt új részfolyamatairól és jegyzékeiről

A rendszeres és színvonalas drogszakmai tájékoztatásban közel egy évtizeden át kiemelkedő szerepet játszott a Nemzeti Drog Fókuszpont havi hírlevele. Az újonnan felbukkant anyagok és riasztások mellett tömör cikkek számoltak be az EMCDDA által koordinált adatgyűjtési projektekről, szakmai találkozókról, új kiadványokról. Sajnos a 2017. márciusában leállt tájékoztatási csatorna további sorsa azóta is bizonytalan; újraindításának hiánypótló szerepe lenne a hazai drogszakma berkein belül. A Fókuszpont ugyanekkor, 2017. márciusában indította el az Új Pszichoaktív Szerek Portálját (ÚPSZ-portál)³⁵, ahol „magyar nyelven, rendszerezett formában érhetőek el az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos legfrissebb információk, publikációk, jogszabályok. A portál kommunikációs felületet biztosít az egyes szakmai csoportok számára az általuk fontosnak tartott információk megosztására és megvitatására”. Az ÚPSZ-portál jól hasznosítható lehet az új anyagok kockázatértékelésével kapcsolatos szakmai információcseré és közönségtájékoztatás szempontjából is, további fejlesztése és fokozott használata mindenképpen javallt.

A pontos tájékoztatás és jogvilágosság növelése tekintetében szintén kiemelendő a NSZKK dicséretes munkája, beleértve a negyedévente megjelenő Monitoring-hírlevelet³⁶, az eseti riasztásokat³⁷, valamint az időszakosan frissített jogi segédleteket³⁸, melyek többek között a Magyarországon felbukkant designer drogok jogi besorolásait tartalmazzák. Ezt a jogi segédletet egészíti ki a civil oldalról a Daath (Magyar Pszichedelikus Közösség) további, Magyarországon fel nem bukkant, de a generikus szabályozás alá eső anyagok hozzáadásával, melyet honlapjukon adnak közre³⁹. A jogi segédlet egyik alapelve mind a NSZKK, mind a Daath részéről az, hogy csakis a szabályozott vegyületek kerülnek közreadásra, de soha nem kerülnek 'reklámozásra' a kábítószernek vagy új pszichoaktív anyagnak *nem* minősülő, Magyarországon szabályozás alá nem eső, 'legális' vegyületek. 2012 óta a Daath weboldalának Fórumán a „C-lista (új pszichoaktív anyagok jegyzéke)” című témakörben⁴⁰ található a hazai ÚPA-jogszabály-változásokkal kapcsolatos friss információk, például a KÉ-i folyamat eredményeképpen hamarosan szabályozás alá kerülő anyagok listái, amennyiben azok az EMMI jogszabálytervezetei⁴¹ közé már felkerültek.

8.5 Monitoring és hatásvizsgálat

A kockázatértékelési folyamat monitorozásához tartozhat például a szerek ESZÉ-be vonásától az ÚPA-jogszabálmódosítás hatálybalépéséig eltelt időtartam, a szerekről adott szakvélemények bekérési és beérkezési időpontjainak, illetve azok tartalmának folyamatos nyomon követése. Okkal feltételezhető, hogy a szakvélemény adására felkért vagy kijelölt szervezetek egy része – feltételezhetően adathiány miatt – a gyakorlatban nem kontribuál érdemben az ÚPA-KÉ folyamatához. Az ilyen szervezetek további megkeresése, a megkeresésükre fordított, illetve a válaszadásukra várakozási időt figyelembe véve, esélyesen felesleges a jövőben. Szintén hasznos lenne a KÉ-i folyamaton áthaladt szerek 'utóéletének' vizsgálata, vagyis a kábítószer- és ÚPA-listákra sorolt anyagok tekintetében a lefoglalások, hospitalizációk, kezelések stb. számainak alakulása 1-éves időközökben. Az adatokból kitűnhetne, hogy vajon alá- vagy túlbecsült volt-e egy-egy szer szabályozás alá vétele vagy szabályozatlanul hagyása. Arra vonatkozó utólagos következtetésekre is lehetne jutni, hogy vajon milyen trendek és/vagy makroszintű jelenségek alapján lehetett volna pontosabban megbecsülni a szabályozás szükségességét vagy sürgősségét az adott szer esetében? A kockázatértékelés hatásvizsgálatánál mennyiségileg lemérhető paraméter lehet pl. a korábban büntetlen előéletű, nem-drogfüggő ÚPA-fogyasztók részaránya és visszaesési rátája, tehát az egyébiránt áldozat nélküli bűncselekményt elkövetők 'börtönkarrierjének' inicializálása a KÉ utáni kriminalizáló szabályozás által. A HV céljából tehát kvalitatív vagy vegyes módszertanú (*mixed-methods*) kutatások is szükségesek a mélyebb összefüggések felderítése végett.

³⁵ Új Pszichoaktív Szerek Portálja: <http://upsz.drogfokuszpont.hu/>

³⁶ NSZKK / Hírlevelek: <http://nszkk.gov.hu/droghelyzet/hirlevelek>

³⁷ NSZKK / Riasztások: <http://nszkk.gov.hu/droghelyzet/riasztasok>

³⁸ NSZKK / Jogi segédletek: <http://nszkk.gov.hu/droghelyzet/jogi-segedletek>

³⁹ Daath.hu: A designer drogok jogi besorolásának kiegészítése.

<https://www.daath.hu/showText.php?id=218>

⁴⁰ Daath.hu: "C-lista (új pszichoaktív anyagok jegyzéke)" -témakör.

<https://www.daath.hu/showTopic.php?id=522>

⁴¹ EMMI jogszabálytervezetek: <https://www.kormany.hu/hu/dok?source=2&type=302#!DocumentBrowse>

8.6 A Korai Jelzőrendszerre gyakorolt hatás

A KJR és a KÉ-i folyamat összekapcsolódása sokszintűen, egymást erősítő módokon történik és történhet. A nemzetközi EWS-rendszerből beérkező riasztások mindenképpen hasznos információkkal szolgálhatnak egy-egy új anyaggal kapcsolatban, de akár el is indíthatják az adott anyag hazai KÉ-be vonási folyamatát. Mivel az ÚPA-információk lényeges mértékben a Nemzeti Drog Fókuszpontba futnak be, e szervezeti egység fontos közvetítői szerepet vállalhat a széles értelemben vett hazai drogszakma különféle területein dolgozók kurrens tájékoztatásában. ÚPA-okhoz kapcsolódó színterek lehetnek például az éjszakai rekreációs szcénák, a kórházak sürgősségi osztályai, alacsony küszöbű szolgáltatások (szenvedélybeteg-ellátók, hajléktalanszállók és melegek), a szexuális kisebbségek szubkulturális terei, különféle szexmunka-helyszínek, börtönök, városi gettók, vidéki hátrányos helyzetű szegregátumok stb. (ld. pl. [Piróna et al., 2017](#)). Hasznos lenne tehát az ilyen szakterületekkel foglalkozók és a Nemzeti Drog Fókuszpont közötti fokozott és hatékony ÚPA-információcsere, melynek gyakorlati központjában a KJR állna. A koordináció biztosítása a magas szakmai és módszertani színvonalat, ügyelve a magas kockázatú ÚPA-használói csoportok, valamint a szakemberek tájékoztatására és témabeli továbbképzésére is.

8.7 A jogkörnyezet szükséges módosításai

Az 'A' függelékben adjuk közre az [ESzÉ-be vonás és ESzÉ-jegyzékre vétel \(85. oldal\)](#), az [ESzÉ és ÚPA-jegyzékre vétel \(86. oldal\)](#), az [ÚPA-KÉ és kábítószerjegyzekekre vétel \(87. oldal\)](#), a [korábban kábítószerre átsorolt ÚPA visszatorolása az ÚPA-jegyzékre \(88. oldal\)](#), valamint a [szabálysértéssé minősítő D\) jegyzékre sorolás \(89. oldal\)](#) javasolt kritériumait. A kockázatértékelések és jegyzékre vételek ezen új, a Nemzeti Drog Fókuszpont általi belső használatú kritériumainak meghatározásához nem szükséges jogszabályok módosítása.

A 'B' függelékben adjuk közre a hazai ÚPA-szabályozási és kockázatértékelési folyamat megújítása végett fentebb felsorolt javaslatok megvalósításához szükséges jogi környezet négy külön jogszabályban történő módosításainak pontos szövegeit:

- A [Kábítószer Vhr. \(92. oldal\)](#) hivatott rendelkezni az ÚPA-KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetéséről, a kábítószer- és ÚPA-jegyzékek anyagainak felülvizsgálati és újrasorolási lehetőségéről, az ÚPA-KÉ kritériumainak bővítéséről, valamint a lezártan kockázatértékelésű 11 anyag D) jegyzékre felvételéről.
- Az [EMMI ÚPA-rendelet \(94. oldal\)](#) új, 2. mellékletén létrehozandó 'ESzÉ-jegyzék' hirdeti ki az előzetes szakmai értékelésbe vont anyagokat, és e rendelet módosításával kell törölni az ÚPA-jegyzékről a lezártan kockázatértékelésű 11 anyagot (a Kábítószer Vhr. D) jegyzékére történő felvételükkel egyidőben).
- A [Gyógyszertv. \(95. oldal\)](#) szövegéből szintén törölni kell a KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának lehetőségét, az ESzÉ elvégzésének időtartamát egyszeri 1 évben kell meghatározni, valamint itt szükséges rendelkezni az ESzÉ-be vont új anyagok jegyzékre vételéről és az ESzÉ kritériumainak bővítéséről is.
- A [Szabálysértési tv. \(96. oldal\)](#) kibővítendő az ÚPA-elterelés lehetőségével, valamint a D) és ESzÉ - jegyzékek anyagaival kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítésével.

8. fejezet-összefoglaló

- Új anyagokat csakis alapos szakmai értékelés *után* szabad felvenni az ÚPA-jegyzékre
- A jelenlegi 2-kérdéses 'előzetes szakmai értékelés' (ESzÉ) részletesebbé teendő
- Az ESzÉ-be vont anyagok felkerülnek az ÚPA-rendelet új, 2. mellékletére ('ESzÉ-jegyzék')
- A kockázatértékelések és jegyzékre vételek folyamataihoz új kritériumokra van szükség
- Megszüntetendő a KÉ ismételt meghosszabbíthatósága; elvégzésének időtartama 1 év

9. A jogkörnyezetre vonatkozó kiegészítő javaslatok

9.1 'Elterelés' lehetősége csekély mennyiségű ÚPA megszerzése vagy tartása esetén

Egy további, a kockázatértékelési mechanizmus következményei kapcsán felmerülő jogi aggály az ún. elterelhetőség hiánya az ÚPA-ok esetében. Ez a büntetés-elkerülési alternatíva jelenleg csakis a kábítószerre sorolt anyagok esetében vehető igénybe, az ÚPA-ok esetében nem. A különbség gyakorlati vetülete például az, hogy míg a csekély mennyiségű kábítószer használata vagy birtoklása miatt elterelt személynek a törvény lehetőséget ad – cselekménye kis súlya miatt – a bűnügyi költségek kifizetésének az államra történő áthárulására, a csekély mennyiségű ÚPA használóját vagy birtoklóját az államra semmilyen esetben át nem háruló, akár 150 000 Ft összegig terjedő szabálysértési pénzbírság sújthatja. Jogegyenlőségi szempontból aggályos, hogy az ÚPA-jegyzékről kábítószerjegyzékre átsorolási rendszer miatt ugyanazon jogsértő cselekmény (tehát ugyanannyi és ugyanolyan anyag) esetében csakis az átsorolás időpontja szerint van vagy nincs lehetőség az elterelés igénybe vételére. A helyzetet különösen súlyosbítja az, hogy ÚPA-elterelhetőség hiányában nincsen jogi lehetőség a függőséget gyógyító kezelésbe, illetve a szerhasználatot kezelő más ellátásba vonásra sem, holott ezek esetében a minél korábban elvégzett állapotfelmérés közegészségügyi hasznossága kiemelten fontos lehetne! Az AB egy korábbi határozatából idézve: „*Nem lehet lemondani azokról a – többnyire fiatal – elkövetőkről, akik még viszonylag könnyen, hatásosan, véglegesen eltéríthetők a káros szokásoktól, és akiknek társadalmi marginalizálódása ezen [az elterelésen] keresztül megakadályozható.*” [AB04]. *A Szabálysértési Törvény általunk javasolt módosítását e tanulmánykötet 'B' függelékében (96. oldal) adjuk közre.*

9.2 Hospitalizált páciensektől szerzett anyagminták bevizsgálása

Az ÚPA-k használatából eredő gyakorlati (tehát nem csupán spekulatív) kockázatok egzakt felméréséhez elengedhetetlenül szükséges lenne beazonosítani a problémával kapcsolatba hozható hatóanyagot. Ezt a lehetőséget jelenleg a halálesetek utáni boncolások során végzett, valamint a bódult állapotban történt járművezetéshez kapcsolódó biológiai mintavételezések biztosítják. Nagy szükség lenne azonban egy olyan jogi és finanszírozási keretrendszer felállítására is, mely lehetőséget adna a különféle hospitalizált páciensek (toxikológia, addiktológia, pszichiátria) esetén egyrészt a tőlük levett biológiai minták, másrészt a birtokukban (pl. ruházatukban) található anyagminták analitikus beazonosítására. Bár epidemiológiai szempontból is hasznos adatgyűjtésnek számítana, de a vizelet- vagy vérminták drogtesztelése jelenleg nem része a páciensellátási folyamatoknak. Ennek okai többfélék, beleértve a különböző jogi, finanszírozási, valamint adatvédelmi aspektusokat is. Jogi szempontból vitatható a mintaadásra kötelezhetőség (vagy automatikus mintavételezés) kérdése, mivel erre rendőrségi eljárás során is csakis gyanúsítottak esetében kerülhet sor, tanúk esetében nem. A mintavételezés szükségessége a pontos hatóanyag kiderítéséhez csakis az oxiológiai, sürgősségi esetekben történő hatékony orvosi beavatkozáshoz lehet indokolt, ám az esetek túlnyomó részében a pontos hatóanyag gyors ismerete egyáltalán nem szükséges a sikeres tünetalapú kezelések alkalmazásához. Az egészségügyi ellátó személyzetnek – az orvosi titoktartás és a páciens adatvédelme okán – nincs hatósági bejelentési kötelezettsége sem ÚPA-, sem kábítószer-használat felmerült gyanúja miatt. Továbbá az egészségügyi ellátó személyzetnek nincs jogosultsága a páciens birtokában lévő droggyanús anyagok önkényes lefoglalására és bevizsgálására (vagy továbbítására) sem, hiszen a kábítószerekkel és ÚPA-okkal végzett tevékenységek csakis pontos jogi szabályozás alapján, engedély birtokában végezhetőek. Lefoglalt, nem-biológiai drogminták bevizsgálására Mo.-n csakis a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (NSZKK) és, kivételes esetekben, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) laboratóriumai jogosultak — de már a kábítószer- és ÚPA-minták átszállítása a kórházakból is engedélyköteles tevékenység lenne. A NSZKK kirendelésre, azaz gyanúsított ellen indított eljárás során vizsgál be droggyanús mintákat, az ismeretlen anyagokkal kapcsolatba hozható kórházi rosszulletek azonban nem valósítanak meg ilyesfajta tényállást. A helyzetre megoldás lehetne a hospitalizált páciens birtokában lévő drogoknak az ellátó személyzet biztonsága érdekében, „veszélyes hulladékként” történő begyűjtése, majd e minták engedéllyel megvalósított elszállítása megsemmisítésre — melyet bevizsgálás előzne meg. E modell jogi részleteinek kidolgozása mellett is nyitva marad a kérdés, hogy az effajta, bűnügyekhez nem kapcsolódó, pusztán adatgyűjtés és helyzetfelmérés szempontjából

hasznos vizsgálatok költségeit vajon melyik intézmény lenne hajlandó finanszírozni? **A feladathoz a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői munkacsoport összeállítását javasoljuk.**

9.3 Anonim fogyasztói drogminta-bevizsgálás

ÚPA-adatgyűjtési és helyzetfelmérési szempontokból is rendkívül hasznosnak tartjuk a fentebb említett, hospitalizációkkal kapcsolatos szerbevizsgálás kiterjesztését a szerhasználók számára is elérhető, anonim drogminta-bevizsgálattal. Az európai országok többségében már 10-20 éve hivatalos keretek között működnek olyan állami vagy városi intézmények, illetve civil szervezetek, melyek anonim 'drug checking' szolgáltatásokat nyújtanak a fogyasztók számára. Ilyenek projektek például az osztrák CheckIt!, a svájci SaferParty, a spanyol Energy Control, az angol The Loop, a portugál Check'n, a walesi WEDINOS, a holland DIMS, a szlovén DrugArt stb. ([Ventura et al., 2018](#)). A személyesen leadott, postán beküldött vagy kihelyezett dobozban hagyott anyagminták laboratóriumi bevizsgálási eredményei képezik az ÚPA-piaci helyzetről szerezhető legfrissebb szerinformációkat. A fent említett szervezetek által végzett drogminta-bevizsgálások eredményei már jelenleg is az európai Korai Jelzőrendszer szerves részét képezik, az EMCDDA jóváhagyásával és támogatásával. Egy hazai viszonylatban működő hasonló drogbevizsgálattal szolgáltatás tehát – például új, különösen veszélyes hatású anyagok magyarországi felbukkanásának gyors detektálásával – kiemelten fontos lenne a Nemzeti Drog Fókuszpont által működtetett hazai Korai Jelzőrendszer számára is, mely ilyen esetekben azonnali nyilvános riasztással figyelmeztethetné a médián keresztül a szerhasználókat a kockázatokra, ezáltal életet és egészséget mentve. Az anonim bevizsgálattal szolgáltatás megvalósítása Magyarországon csupán engedélyeztetés kérdése, jogszabály-módosítás nem szükséges hozzá. A javasolt folyamatmodell – vagyis a droghasználókkal kapcsolatban lévő kezelő-ellátó szervezetekhez eljuttatott drogminták „veszélyes hulladékként” történő begyűjtése, majd engedéllyel megvalósított elszállítása, bevizsgálása és utólagos megsemmisítése – Magyarországon már sikeres megvalósításra került 2015-16-ban az EU által finanszírozott JUST/2013/ISEC/DRUGS/AG pályázati „Tisztább kép - Breaking the drug cycle” projekt során ([Péterfi, 2016](#)). A szakértői interjúk javaslatai, valamint a nemzetközi tapasztalatok alapján a drogbevizsgálattal szolgáltatásoknál hatékony lehet az állami intézmények és a civil szervezetek együttműködése. **A feladathoz a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői munkacsoport összeállítását javasoljuk.**

9.4 Kábítószer- és ÚPA-ok: csekély mennyiség felső határának egyedi megállapítása

A kockázatelemzési folyamat során egy-egy szer tulajdonságainak és használatának vizsgálata kiterjed a szer erősségéről, vagyis az esetleg ismert emberi adagolásról rendelkezésre álló információk begyűjtésére is. A fogyasztói egyszeri adag mennyiségének megbecsülését tehát különösen fontos lenne elvégezni a kábítószer-KÉ részeként, vagyis az esetleges kábítószerre átsorolás folyamatához kapcsolódóan. A jogvilágosság szempontjából lényeges lenne, hogy minden új, a kábítószerjegyzékre felkerülő anyag esetében a csekély mennyiség felső határa már pontos tömegadatként kerüljön be a Btk. 461. § (1) bekezdésébe, beleértve az EU és az ENSZ által közvetlenül jegyzékre vételre javasolt, ezáltal a hazai kockázatértékelési folyamatot esetleg kikerülő új anyagokat is. A mennyiségi határok egyedi megállapításai során hasznosíthatóak lehetnek más országok saját, korábbi kockázatértékelési folyamatai által az adott szerről már összegyűjtött információk is. Ajánlott tehát a KÉ-i feladat elvégzésével megbízott Nemzeti Drog Fókuszpont részéről e specifikus célú adatcsere-folyamat kialakítása mind a REITOX fókuszpontokkal, mind az azokat koordináló EMCDDA-vel. A mennyiség-megállapítási munka redundanciája sajnos nem kerülhető el, mivel az OAC által végzett korábbi hazai kockázatértékelések során keletkeztetett szakértői adatok – melyek vélhetőleg magukba foglalták az egyes anyagok adagolásáról az akkori szakirodalomban rendelkezésre álló adagolási információkat is – sajnálatos módon 'elvesztek' e szervezeti egység 2017. évi közigazgatási jellegű megszűnése során. **A feladathoz a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői munkacsoport összeállítását javasoljuk.**

9.5 A kábítószer- és ÚPA-jegyzékek felülvizsgálati és újrásorolási lehetősége

A hazai kábítószer- és ÚPA-szabályozás jogi keretrendszere jelenleg csupán az új anyagok egyirányú 'mozgását' teszi lehetővé: közvetlen felkerülésüket az ÚPA- vagy kábítószerjegyzékre, illetve a már ÚPA-jegyzékre vett anyagok átsorolását a szigorúbb jogkövetkezményű kábítószerjegyzékre. Az elméletileg lehetséges D) jegyzékre vétel egyetlen esetben sem történt még meg 2012 óta. A már jegyzéken szereplő anyagok megismételt kockázatértékelése és esetleges visszasorolása kevésbé kockázatos státuszú, ezáltal

büntetőjogilag alacsonyabb megítélésű kategóriába – pl. kábítószer -> ÚPA; vagy ÚPA -> D) jegyzék – jelenleg nem lehetséges. Az ÚPA-ok gyorsan változó közegében azonban szükséges lehet a korábbi besorolások felülvizsgálata, hiszen a korábbi kockázatértékelésük óta eltelt időben lényeges mennyiségű új adat keletkezhetett reális(abb) kockázataik tekintetében. Ilyen adatok lehetnek pl. az egyes anyagokkal kapcsolatos, feltételezett lehetséges haláleseteknek és hospitalizációknak a korábbi becsléseknél lényegesen alacsonyabb száma (vagy hiánya), korábban feltételezett elterjedésüknek a vártnál jóval alacsonyabb mértéke stb. Mivel az új szerek gyors betiltása és kriminalizációja nagyrészt adathiányon és 'elővigyázatossági' spekulációkon, esetenként pedig a közmédia által keltett alaptalan morális pánikon alapult, a jegyzékekre sorolt anyagok felülvizsgálata erősen indokolt. Javasoljuk tehát az egyirányú, 'racsní'-mechanizmusú⁴² (Stevens & Measham, 2014) szabályozási rendszer korrekcióját a több éves időtávon valószínűen keletkezett, az anyagok besorolását lényegesen megváltoztatható újabb információk figyelembe vételével. *A feladathoz a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői munkacsoport összeállítását javasoljuk.*

9.6 ÚPA büntetési tételek csökkentése

A tanulmánykötet korábbi fejezeteiben részletezett okok miatt kiemelten javasoljuk az ÚPA-okkal kapcsolatos cselekmények, de legfőképpen a fogyasztói típusú magatartásformák miatt kiszabható büntetések jelentős csökkentését. A jelenlegi ÚPA-büntetési tételek aránytalanul súlyosak mind a többi EU-tagország jogalkalmazási gyakorlataihoz, mind az elkövetett cselekmények típusához képest (pl. a hasonló nagyságrendű büntetési tételű, súlyosan erőszakos egyéb bűncselekmények jellegéhez viszonyítva). Az ÚPA-ok 'egészséget veszélyeztető' kockázatai a pönalizáció hatályba lépésekor szakmailag még megvizsgálhatatlanok, vagyis a sokéves szabadságvesztéssel járó büntetési tételek alapvetően teljes mértékben indokolatlan és általánosító előfeltételezéseken, valamint az 'elővigyázatossági elv' automatikus és visszafordíthatatlan túlhasználatán alapulnak. Az ÚPA-kriminalizáció hosszabb távú következményeként a hátrányos helyzetű rétegek (drogfüggők, hajléktalanok, mélyszegények, etnikumok, fiatal munkanélküliek stb.) tömeges bebörtönzése súlyosabb társadalmi problémákat okozhat, mint amilyen társadalmi problémákat a „drogmentes Magyarország” abszurd célkitűzése rácsok mögé rejteni igyekezne — látszatomegoldásként. *A feladathoz a Nemzeti Drog Fókuszpont által koordinált szakértői munkacsoport összeállítását javasoljuk.*

9.7 ÚPA fogalma a Btk. értelmező rendelkezéseihez, Gytv. helyett EMMI utalással

A jogkörnyezetre vonatkozó kiegészítő javaslatok közé – kvázi 'technikai-kozmetikai' változtatásként – érdemesnek tartjuk beemlíteni dr. Ignác György 2018-as, az ÚPA-ok szabályozásával foglalkozó jogtudományi írásának két elemét. Ezek közül az első szerint:

„Nincs elfogadható magyarázat arra, hogy a Btk. miért a Gytv.-re utal, miért nem közvetlenül az EMMI rendeletre [...]”;

„a[z ÚPA-] listát az annak végrehajtására kiadott, a Btk.-ban nem nevesített jogszabály tartalmazza”;

„Mivel a Btk. [184/D. § (1) bekezdése] nem a listát tartalmazó EMMI rendeletre utal, hanem csupán a Gytv. általános definíciójára, azt kell megállapítani, hogy a jogalkotó nem illesztette közvetlenül a Btk. rendszerébe az elkövetési tárggyal kapcsolatos keretkitöltő rendelkezéseket [...]”. (Ignác, 2018).

A szükséges Btk.-módosítás jogszabálysövegét e tanulmánykötet 'B' függeléke (91. oldal) tartalmazza.

⁴² magyar nevein: kerep, kilincskerék, akasztókerék - olyan mechanikus szerkezet, mely csak egyirányú (forgó-)mozgást enged, visszirányba nem mozog, ezáltal pl. fokozatosan erősödő szorítás kifejtésére alkalmas (visszaengedés nélkül)

9.8 ÚPA mennyiségi meghatározása a Btk. értelmező rendelkezéseihez

Ignác más Btk.-módosítási javaslata az ÚPA-ok fogalmának értelmezését és a csekély mennyiség meghatározását áthelyezné a kábítószer fogalmára és mennyiségére vonatkozó hasonló értelmezések mellé:

„[nincs elfogadható magyarázat] arra sem, hogy az új pszichoaktív anyag fogalmát és mennyiségét értelmező rendelkezések miért a tényálláshoz kapcsolóan, miért nem a Btk. 459. §-ába foglalt egyéb értelmező rendelkezések között kerültek elhelyezésre.” (Ignác, 2018).

A szükséges Btk.-módosítás jogszabálysövegét e tanulmánykötet 'B' függeléké (91. oldal) tartalmazza.

9.9 OAC helyett Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont az ESzÉ-t és KÉ-t végző szerv

Az emberi erőforrások minisztere 4/2019. (III. 1.) EMMI utasítása az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 16/2018. (VII. 26.) EMMI utasítás módosításáról a Népegészségügyi Főosztály koordinációs feladatai körébe rendeli a Nemzeti Addiktológiai Fókuszponttal kapcsolatos feladatokat, többek között a feltételezett új pszichoaktív anyagok szakmai értékelését, és az új pszichoaktív anyagok kockázatértékelését. A Kábítószer Vhr.-ben tehát a már megszűnt OAC szervezeti egységére történő utalások helyett az ESzÉ és KÉ feladatainak elvégzésével jelenleg megbízott Nemzeti Addiktológiai Fókuszpontra (NAF) kell utalni.

A szükséges Kábítószer Vhr. -módosítás jogszabálysövegét e tanulmánykötet 'B' függeléké (92. oldal) tartalmazza.

9. fejezet-összefoglaló

- Szakmai szempontból javasoljuk az elterelés lehetőségének kiterjesztését az ÚPA-okra is
- Az adatgyűjtéshez fontos lenne a hospitalizált páciensek ÚPA-mintáinak bevizsgálása
- Kidolgozandó a fogyasztók által anonim leadott drogminták bevizsgálási lehetősége
- Meghatározandó minden kábítószer és ÚPA csekély mennyiségének egyedi felső határa
- Szükséges lehet a kábítószer- és ÚPA-jegyzék anyagainak felülvizsgálata és újrasorolása

Móro Levente:

'A' függelék: Kockázatértékelések és jegyzékre vételek új kritériumai

ESzÉ-be vonás és ESzÉ-jegyzékre vétel

A ESzÉ-be vonás során az esetleges ESzÉ-jegyzékre vétel figyelembe veendő új kritériumai a KJR, az egészségügy (toxikológia, addiktológia, pszichiátria, sürgősségi) és igazságügyi orvostan, a társadalomtudományok (jogtudományok, pedagógia, pszichológia, szociológia), valamint a NSZKK által megismert adatok⁴³ alapján:

KJR (EWS-riasztás)

- a. legalább 1 külföldi közvetlen haláleset, vagy
- b. legalább 2 külföldi közvetett haláleset, vagy
- c. legalább 5, a szerhez köthető külföldi hospitalizáció

Egészségügy és igazságügyi orvostan

- d. legalább 1 hazai közvetlen haláleset, vagy
- e. legalább 2 hazai közvetett haláleset, vagy
- f. legalább 5, a szerhez köthető hospitalizáció

Társadalomtudományok

- g. a jegyzékre vétel jogszerű és szakmailag megalapozott
- h. a jegyzékre vétel nem okoz szükségtelen és aránytalan társas/társadalmi károkat

NSZKK

- i. hazai legnagyobb lefoglalt összmenyiségű új hatóanyag, vagy
- j. egy tételben legalább 100 gramm tiszta hatóanyagot, vagy vegyülettípus alapján becsült 1 000 adagot meghaladó mennyiség lefoglalása, vagy
- k. hazai lefoglalásokban legalább 33%-os részarány (*katinon-származékok és szintetikus kannabinoidok esetén*), vagy
- l. tiszta hatóanyagként (por) lefoglalt legnagyobb mennyiség (*szintetikus kannabinoidok esetén*)⁴⁴

⁴³ biológiai, post-mortem, illetve szerminta-bevizsgálási eredményeken alapuló

⁴⁴ fokozott mérgezésveszély miatt

ESzÉ és ÚPA-jegyzékre vétel

Az ESzÉ során az esetleges ÚPA-jegyzékre vétel figyelembe veendő új kritériumai a KJR, az egészségügy (toxikológia, addiktológia, pszichiátria, sürgősségi) és igazságügyi orvostan, a társadalomtudományok (jogtudományok, pedagógia, pszichológia, szociológia), a NSZKK, a nyomozóhatóságok, valamint a szociális szakterületű szolgáltatók (tűcsere, alacsony küszöbű és megkereső szolgáltatások, drogrevenációs programok, terepmunkások stb.) által megismert adatok⁴⁵ alapján:

KJR (EWS-riasztás)

- a. legalább 2 külföldi közvetlen haláleset, vagy
- b. legalább 5 külföldi közvetett haláleset, vagy
- c. legalább 10, a szerhez köthető külföldi hospitalizáció

Egészségügy és igazságügyi orvostan

- d. legalább 2 hazai közvetlen haláleset, vagy
- e. legalább 5 hazai közvetett haláleset, vagy
- f. legalább 10, a szerhez köthető hospitalizáció

Társadalomtudományok

- g. a jegyzékre vétel jogszerű és szakmailag megalapozott
- h. a jegyzékre vétel nem okoz szükségtelen és aránytalan társas/társadalmi károkat

NSZKK

- i. hazai legnagyobb lefoglalt összmennyiségű új hatóanyag, vagy
- j. egy tételben legalább 500 gramm tiszta hatóanyagot, vagy vegyülettípus alapján becsült 5 000 adagot meghaladó mennyiség lefoglalása, vagy
- k. hazai lefoglalásokban legalább 50%-os részarány (*katinon-származékok és szintetikus kannabinoidok esetén*), vagy
- l. tiszta hatóanyagként (por) lefoglalt legnagyobb mennyiség (*szintetikus kannabinoidok esetén*)⁴⁶

Nyomozóhatóságok

- m. ismert bűnszervezet általi terjesztés alapos gyanúja

Szociális szakterületű szolgáltatók

- n. különös veszélyességre utaló anekdotikus bizonyítékok (pl. injektált használat elterjedtsége)

⁴⁵ biológiai, post-mortem, illetve szerminta-bevizsgálási eredményeken alapuló

⁴⁶ fokozott mérgezésveszély miatt

ÚPA-KÉ és kábítószerjegyzékre vétel

Az ÚPA-KÉ során az esetleges kábítószerjegyzékre vétel figyelembe veendő új kritériumai a KJR, az egészségügy (toxikológia, addiktológia, pszichiátria, sürgősségi) és igazságügyi orvostan, a társadalomtudományok (jogtudományok, pedagógia, pszichológia, szociológia), a NSZKK, a nyomozóhatóságok, a szociális szakterületű szolgáltatók (tűcsere, alacsony küszöbű és megkereső szolgáltatások, drogprevenciós programok, terepmunkások stb.), az EU / EMCDDA, valamint az ENSZ / UNODC által megismert adatok⁴⁷ alapján:

KJR (EWS-riasztás)

- a. legalább 5 külföldi közvetlen haláleset, vagy
- b. legalább 10 külföldi közvetett haláleset, vagy
- c. legalább 20, a szerhez köthető külföldi hospitalizáció

Egészségügy és igazságügyi orvostan

- d. legalább 5 hazai közvetlen haláleset, vagy
- e. legalább 10 hazai közvetett haláleset, vagy
- f. legalább 20, a szerhez köthető hospitalizáció

Társadalomtudományok

- g. a jegyzékre vétel jogszerű és szakmailag megalapozott
- h. a jegyzékre vétel nem okoz szükségtelen és aránytalan társas/társadalmi károkat

NSZKK

- i. hazai legnagyobb lefoglalt összmenyiségű új hatóanyag, vagy
- j. egy tételben legalább 1 000 gramm tiszta hatóanyagot, vagy vegyülettípus alapján becsült 10 000 adagot meghaladó mennyiség lefoglalása, vagy
- k. hazai lefoglalásokban legalább 66%-os részarány (*katinon-származékok és szintetikus kannabinoidok esetén*), vagy
- l. tiszta hatóanyagként (por) lefoglalt legnagyobb mennyiség (*szintetikus kannabinoidok esetén*)⁴⁸

Nyomozóhatóságok

- m. ismert bűnszervezet általi terjesztés alapos gyanúja

Szociális szakterületű szolgáltatók

- n. különös veszélyességre utaló anekdotikus bizonyítékok (pl. injekált használat elterjedtsége)

EU / EMCDDA

- o. a szervezet által végzett kockázatértékelés utáni döntés/határozat alapján

ENSZ / UNODC

- p. a szervezet által végzett kockázatértékelés utáni döntés/határozat alapján

⁴⁷ biológiai, post-mortem, illetve szerminta-bevizsgálási eredményeken alapuló

⁴⁸ fokozott mérgezésveszély miatt

Korábban kábítószerre átsorolt ÚPA visszasorolása az ÚPA-jegyzékre

- az átsorolás óta az anyag lehetséges gyógyászati hasznosságát alátámasztó adat jelent meg
- 3 éve nem jelent meg a veszélyességet alátámasztó új hazai vagy külföldi adat
- 3 éve nem történt csekélyt meghaladó mennyiségű tétel lefoglalása Mo.-on
- 5 éve nem történt lefoglalás Mo.-on

Szabálysértéssé minősítő D) jegyzékre sorolás

- ÚPA-KÉ során az anyag lehetséges gyógyászati hasznosságát alátámasztó adat jelent meg
- ÚPA-KÉ során, vagy legalább 1 éve nem jelent meg a veszélyességre vonatkozó új adat
- ÚPA: a besorolás óta az anyag lehetséges gyógyászati hasznosságát alátámasztó adat jelent meg
- ÚPA: legalább 3 éve nem történt csekélyt meghaladó mennyiségű tétel lefoglalása
- ÚPA: legalább 5 éve nem történt lefoglalás

Mórá Levente:

'B' függelék: Jogszabály-módosítási javaslatok

Btk.	
1.	ÚPA fogalma a Btk. értelmező rendelkezéseihez, Gytv. helyett EMMI utalással
2.	ÚPA mennyiségi meghatározása a Btk. értelmező rendelkezéseihez
Kábítószer Vhr.	
3.	OAC helyett Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont az ESzÉ-t és KÉ-t végző szakértői szerv
4.	KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése
5.	Lezáratlan KÉ-ű 11 anyag felvétele a D) jegyzékre
6.	ÚPA-KÉ kritériumainak bővítése
7.	A kábítószer- és ÚPA-jegyzékek anyagainak felülvizsgálati és újrasorolási lehetősége
EMMI ÚPA-rendelet	
8.	Lezáratlan KÉ-ű 11 anyag törlése az ÚPA-jegyzékről
9.	'ESzÉ-jegyzék' létrehozása az ÚPA-rendelet 2. mellékleteként
Gyógyszertv.	
10.	ESzÉ-be vont új anyagok jegyzékre vétele és az ESzÉ kritériumainak bővítése
11.	ESzÉ elvégzési időtartama 1 év
12.	KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése
Szabálysért. tv.	
13.	'Elterelés' lehetősége csekély mennyiségű ÚPA megszerzése vagy tartása esetén
14.	D) jegyzék anyagaival kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítése
15.	ESzÉ-jegyzék anyagaival kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítése
Munkacsoportok	
16.	Hospitalizált páciensektől szerzett anyagminták bevizsgálata
17.	Anonim fogyasztói drogminta-bevizsgálás
18.	A kábítószer- és ÚPA-jegyzékek anyagainak felülvizsgálata és újrasorolása
19.	ÚPA büntetési tételek csökkentése
20.	Kábítószer- és ÚPA-ok: csekély mennyiség felső határának egyedi megállapítása

Büntető Törvénykönyv

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény módosítása

[ÚPA fogalma a Btk. értelmező rendelkezéseihez, Gytv. helyett EMMI utalással]

(1) Hatályát veszti a a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) 184/D. § (1) bekezdése.

(2) A Btk. 459. § (1) bekezdése a következő 33. ponttal egészül ki:

„33. új pszichoaktív anyag: az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendeletben szereplő anyag vagy vegyületcsoport;”

[ÚPA mennyiségi meghatározása a Btk. értelmező rendelkezéseihez]

(3) Hatályát veszti a Btk. 184/D. § (2) bekezdése.

(4) A Btk. a következő 461/B. §-sal egészül ki:

„461/B. § (1) A 184-184/C. § alkalmazásában a az új pszichoaktív anyag csekély mennyiségű, ha annak tiszta hatóanyag-tartalma a 2 gramm mennyiséget nem haladja meg. A só formában előforduló vegyületek esetén tiszta hatóanyag-tartalom alatt a bázis formában megadott hatóanyag-tartalmat kell érteni.”

Kábítószer Vhr.

A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet módosítása

[OAC helyett Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont az ESzÉ-t és KÉ-t végző szakértői szerv]

(1) A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kábítószer Vhr.)

a) 27. § (4) bekezdésében az „az Országos Addiktológiai Centrum (a továbbiakban: OAC)” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Addiktológiai Fókuszpont (a továbbiakban: NAF)” szöveg,

b) 27. § (5)-(9) bekezdésében az „az OAC” szövegrész helyébe az „a NAF” szöveg,

c) 28. § (1) bekezdésében az „az OAC-ot” szövegrész helyébe az „a NAF-ot” szöveg,

d) 10. mellékletének „Kitöltési útmutató” részében az „az Országos Addiktológiai Centrumnak” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Addiktológiai Fókuszpontnak” szöveg

lép.

[KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése]

(2) Hatályát veszti a Kábítószer Vhr. 27. § (7) bekezdés a) pontja.

[Lezáratlan KÉ-ű 11 anyag felvétele a D) jegyzékre]

(3) A Kábítószer Vhr. 1. melléklet „D) AZ ÚJ PSZICHOAKTÍV ANYAGGÁ MINŐSÍTETT ANYAGOKRÓL VAGY VEGYÜLETCSOPORTOKRÓL SZÓLÓ MINISZTERI RENDELETBŐL ÁTHELYEZETT ANYAGOK JEGYZÉKE” címe a következő táblázattal egészül ki:

„

	A	B
1.	Hivatalos elnevezés (illetve más név vagy rövidítés, illetve külföldön gyakran használt más írásmód)	Kémiai név
2.	2C-B-BZP	1-(4-bromo-2,5-dimethoxybenzyl)-4-methylpiperazine
3.	CPCPP, Gelbes	1-(3-chlorophenyl)-4-(3-chloropropyl)piperazine
4.	Dichlorophenyl-piperazine (diklórfenil-piperazin)	1-(2,3-dichlorophenyl)piperazine
5.	Harmin	7-methoxy-1-methyl-9H-β-carboline
6.	5-MeO-triptamin	2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethanamine
7.	N-benzyl-1-PEA (N-benzil-1-PEA)	N-benzyl-1-phenylethanamine
8.	pCPP	1-(4-chlorophenyl)piperazine
9.	1-phenyl-propyl-amine (fenilpropilamin)	1-phenylpropan-1-amine
10.	pMeOPP	1-(4-methoxyphenyl)piperazine
11.	URB-754	6-methyl-2-[(4-methylphenyl)amino]-1-benzoxazin-4-one
12.	RH-34	3-[2-(2-methoxybenzylamino)ethyl]-1H-quinazoline-2,4-dione

„

[A kábítószer- és ÚPA-jegyzékek anyagainak felülvizsgálati és újrásorolási lehetősége]

(4) A Kábítószer Vhr. 27. § () bekezdés) pontjában a „követő” szövegrész helyébe a „követő, illetve felmerült új adatra tekintettel szükségessé vált átsorolását megelőző” szöveg lép.

[Az ÚPA-KÉ kritériumainak bővítése]

(5) A Kábítószer Vhr. 27. § (6) bekezdés b) pontjában a „felvételt.” szövegrész helyébe a „felvételt, és” szöveg lép.

(6) A Kábítószer Vhr. 27. § (6) bekezdése a következő c) ponttal egészül ki:

„c) okkal feltételezhető-e, hogy az anyagnak a Gytv. 2. számú mellékletére történő felvétele olyan közegészségügyi és szociális problémát jelentő jogkövetkezményekhez vezethet, melyek nem arányosak az anyag visszaélési lehetőségeinek közegészségügyi és szociális problémát jelentő következményeivel.”

EMMI ÚPA-rendelet

Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet módosítása

[Lezáratlan KÉ-ű 11 anyag törlése az ÚPA-jegyzékről]

(1) Hatályát veszti az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet (a továbbiakban: R.) 1. melléklet 5. pont 5.1. alpontjában foglalt táblázat 2-12. sora.

[‘ESzÉ-jegyzék’ létrehozása az ÚPA-rendelet 2. mellékleteként]

(2) Az R. a következő 2. számú melléklettel egészül ki:

„2. melléklet az 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelethez

ELŐZETES SZAKMAI ÉRTÉKELÉSBE VONT ÚJ ANYAGOK JEGYZÉKE

A következő vegyületek, ha azok az 1. melléklet alapján új pszichoaktív anyagnak nem minősülnek, illetve ha azok a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet 1. melléklet A), B) és D) jegyzékén nem szerepelnek:

	A	B
1.	Hivatalos elnevezés (illetve más név vagy rövidítés, illetve külföldön gyakran használt más írásmód)	Kémiai név

„

Gyógyszertv.

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény módosítása

[ESzÉ-be vont új anyagok jegyzékre vétele és az ESzÉ kritériumainak bővítése]

(1) Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.)

a) 15/B. § (2) bekezdésében az „Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokat vagy vegyületcsoportokat” szövegrész helyébe az „Az előzetes szakmai értékelésbe vont új anyagokat, valamint az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokat vagy vegyületcsoportokat” szöveg,

b) 15/B. § (3) bekezdés b) pontjában az „anyagok.” szövegrész helyébe az „anyagok, és” szöveg lép.

(2) A Gytv. 15/B. § (3) bekezdése a következő c) ponttal egészül ki:

„c) amely alapján okkal feltételezhető, hogy az anyag vagy vegyületcsoport új pszichoaktív anyaggá minősítése olyan közegészségügyi és szociális problémát jelentő jogkövetkezményekhez vezethet, melyek nem arányosak az anyag vagy vegyületcsoport visszaélési lehetőségének közegészségügyi és szociális problémát jelentő következményeivel.”

[ESzÉ elvégzési időtartama 1 év]

(3) A Gytv. 15/B. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:

„(5) Az (1) bekezdés szerinti előzetes szakmai értékelést egy éven belül kell elvégezni.”

[KÉ ismételt meghosszabbíthatóságának megszüntetése]

(4) Hatályát veszti a Gytv. 15/C. § (4) bekezdése.

Szabálysértési tv.

A szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény módosítása

[‘Elterelés’ lehetősége csekély mennyiségű ÚPA megszerzése vagy tartása esetén]

(1) A szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény (a továbbiakban: Szabs. tv.) 199/B. §-a a következő (4) és (5) bekezdéssel egészül ki:

„(4) Nem büntethető, aki csekély mennyiségű új pszichoaktív anyagot saját használatra megszerez vagy tart, ha a szabálysértés elkövetését beismeri, és az elsőfokú ügydöntő határozat meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, szerfüggőséget gyógyító kezelésben, szerhasználatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt.

(5) A (4) bekezdés nem alkalmazható, ha a szabálysértés elkövetését megelőző két éven belül

a) az elkövetővel szemben az eljárást a (4) bekezdésben meghatározott büntethetőséget megszüntető okra figyelemmel függesztették fel, vagy

b) az elkövető büntetőjogi felelősségét kábítószer-kereskedelem, kábítószer birtoklása, vagy új pszichoaktív anyaggal visszaélés miatt megállapították.”

[D) jegyzék anyagaival kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítése]

(2) A Szabs. tv. a következő alcímmel és 199/D. §-sal egészül ki:

„153/D. Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendeletről áthelyezett anyaggal kapcsolatos szabálysértés

199/D. § (1) Aki az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendeletről áthelyezett anyagot kínál, átad, forgalomba hoz, azzal kereskedik, termeszt, előállít, megszerez, tart, az ország területére behoz, onnan kivisz, vagy azon átszállít, szabálysértést követ el.

(2) E § alkalmazásában az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendeletről áthelyezett anyagon a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló kormányrendelet 1. mellékletének D) jegyzékén szereplő anyagot kell érteni.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott szabálysértés miatt az eljárás a rendőrség hatáskörébe tartozik.”

[ESzÉ-jegyzék anyagaival kapcsolatos tevékenységek szabálysértéssé minősítése]

(3) A Szabs. tv. a következő alcímmel és 199/E. §-sal egészül ki:

„153/E. Előzetes szakmai értékelésbe vont új anyaggal kapcsolatos szabálysértés

199/E. § (1) Aki előzetes szakmai értékelésbe vont új anyagot kínál, átad, forgalomba hoz, azzal kereskedik, termeszt, előállít, megszerez, tart, az ország területére behoz, onnan kivisz, vagy azon átszállít, szabálysértést követ el.

(2) E § alkalmazásában előzetes szakmai értékelésbe vont új anyagon az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendelet 2. mellékletének jegyzékén szereplő anyagot kell érteni.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott szabálysértés miatt az eljárás a rendőrség hatáskörébe tartozik.”

Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1999), *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41. doi: [10.1111/1467-839X.00024](https://doi.org/10.1111/1467-839X.00024)
- Barratt, Monica J. (2011). *Beyond internet as tool: A mixed-methods study of online drug discussion*. Doctoral thesis, National Drug Research Institute, Faculty of Health Sciences, Curtin University, Melbourne, Australia. <https://monicabarratt.net/thesis/>
- Bright, Stephen J., Ali Marsh, Leigh M. Smith, & Brian Bishop. (2008). What can we say about substance use? Dominant discourses and narratives emergent from Australian media. *Addiction Research and Theory*, 16, 135-148. doi: [10.1080/16066350701794972](https://doi.org/10.1080/16066350701794972)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Brook, Heather. (2010). Choosing using. Drug policy, consumer culture and 'junkie' manquéés. *Cultural Studies*, 24, 95-109. doi: [10.1080/09502380903024123](https://doi.org/10.1080/09502380903024123)
- Bujalski, M., Dąbrowska, K., & Wieczorek, Ł. (2017). New psychoactive substances in Poland. The analysis of policy responses and its effects. *Alcoholism and Drug Addiction*, 30(3), 171-184. doi: [10.5114/ain.2017.72311](https://doi.org/10.5114/ain.2017.72311)
- Caulkins, J. P., & Reuter, P. (1997). Setting goals for drug policy: Harm reduction or use reduction? *Addiction*, 92, 1143-1150. doi: [10.1111/j.1360-0443.1997.tb03673.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03673.x)
- Colson, R.N. (2017). Harmonizing NPS Legislation Across the European Union: An Utopia. In Corazza, O. & Roman-Urrestarazu, A. (Eds.), *Novel Psychoactive Substances: Policy, Economics and Drug Regulation* (pp. 143-153). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Corazza, O., Chan, H.Y., & Roman-Urrestarazu, A. (2017). NPS: Moving from Blanket Prohibition to a Functionalist Approach. In Corazza, O. & Roman-Urrestarazu, A. (Eds.), *Novel Psychoactive Substances: Policy, Economics and Drug Regulation* (pp. 125-137). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Coulson, C., & Caulkins, J. P. (2012). Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years. *Addiction*, 107(4), 766-773. doi: [10.1111/j.1360-0443.2011.03697.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03697.x)
- Cox, W. (1985) Personality correlates of substance abuse. In M. Galizio, & S. A. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*. NY: Plenum Press.
- Crossley, Michele L. (2002). Introduction to the Symposium 'Health Resistance': The limits of contemporary health promotion. *Health Education Journal*, 61, 101-112. doi: [10.1177/001789690206100202](https://doi.org/10.1177/001789690206100202)
- Decorte, Tom. (2001). Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy*, 12, 297-320. doi: [10.1016/S0955-3959\(01\)00095-0](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00095-0)
- Duff, Cameron. (2003). Drugs and youth cultures: Is Australia experiencing the 'normalization' of adolescent drug use? *Journal of Youth Studies*, 6, 433-446. doi: [10.1080/1367626032000162131](https://doi.org/10.1080/1367626032000162131)

- Duff, Cameron. (2004). Drug use as a 'practice of the self': Is there any place for an 'ethics of moderation' in contemporary drug policy? *International Journal of Drug Policy*, 15, 385-393. doi: [10.1016/j.drugpo.2004.06.010](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.06.010)
- EMCDDA. (1999). *Guidelines for the risk assessment of new synthetic drugs*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA. (2010). *Risk assessment of new psychoactive substances – operating guidelines*. Lisbon: EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/guidelines/2010-risk-assessments-nps_en
- EMCDDA. (2016). *Legal approaches to controlling new psychoactive substances*. 'Perspectives on drugs' series. <https://emcdda.europa.eu/topics/pods/controlling-new-psychoactive-substances>
- EMCDDA. (2018a). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018_en
- EMCDDA. (2018b). *New legislation, bringing faster response to new drugs, applies from today*. EMCDDA, Lisbon, News release No 8/2018, 23.11.2018. http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/8/new-legislation-brings-faster-response-to-new-psychoactive-substances_en
- EMCDDA & Eurojust. (2016). *New psychoactive substances in Europe: Legislation and prosecution - current challenges and solutions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eurojust/nps-legislation-and-prosecution_en
- Falus, I. (1996). *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. 3. fejezet - A pedagógiai kutatás fajtái - „Történeti kutatás, dokumentumelemzés”. Keraban Könyvkiadó. http://janus.ttk.pte.hu/tamop/kaposvari_anyag/kontra_jozsef/ch03s02.html
- Fraser, Suzanne. (2004). 'It's your life!': Injecting drug users, individual responsibility and hepatitis C prevention. *Health*, 8, 199-221. doi: [10.1177/1363459304041070](https://doi.org/10.1177/1363459304041070)
- Gaines, L., & Connors, G. (1982). Drinking and personality: Present knowledge and future trends. In: *Alcohol Concepts and Related Problems* (pp. 331-346). Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
- Gifford, Elizabeth, & Humphreys, Keith. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102(3), 352-361. doi: [10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x)
- Global Commission on Drug Policy. (2011). *War on drugs*. <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- Gossop, Michael. (2000). *Living with drugs* (5th ed.). Sydney, Australia: Ashgate Publishing.
- Griffiths, P. E. (1997). *What Emotions Really Are: The Problem of Psychological Categories*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hall, W. (2018). The future of the international drug control system and national drug prohibitions. *Addiction*, 113(7), 1210-1223. doi: [10.1111/add.13941](https://doi.org/10.1111/add.13941)
- Hathaway, Andrew D. (2001). Shortcomings of harm reduction: Toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal of Drug Policy*, 12, 125- 137. doi: [10.1016/s0955-3959\(01\)00085-8](https://doi.org/10.1016/s0955-3959(01)00085-8)

- Hawkins, J. David, Richard F. Catalano, & Janet Y. Miller. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hayward, Keith. (2002). The vilification and pleasures of youthful transgression. In J. Muncie, G. Hughes & E. McLaughlin (Eds.), *Youth justice: Critical readings* (pp. 80-93). London, England: Sage.
- Hughes, B., Evans-Brown, M., & Sedefov, R. (2016). Legal Controls of Psychoactive Substances in Europe. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Eds.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (pp. 1-15). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hughes, B., & Winstock, A. R. (2012). Controlling new drugs under marketing regulations. *Addiction*, 107(11), 1894-1899. doi: [10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x)
- Hunt, Geoffrey P., & Judith C. Barker. (2001). Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: Towards a unified theory. *Social Science and Medicine*, 53, 165-188. doi: [10.1016/s0277-9536\(00\)00329-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00329-4)
- Hunt, Geoffrey P., Kristin Evans, & Faith Kares. (2007). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies*, 10, 73-96. doi: [10.1080/13676260600983668](https://doi.org/10.1080/13676260600983668)
- Hunt, Geoffrey P., Molly Moloney, & Kristin Evans. (2009). Epidemiology meets cultural studies: Studying and understanding youth cultures, clubs and drugs. *Addiction Research and Theory*, 17, 601-621. doi: [10.3109/16066350802245643](https://doi.org/10.3109/16066350802245643)
- Ignácz, Gy. (2018). A kábítószer és az új pszichoaktív anyag fogalmának aktuális jogértelmezési problémái. *Jogelméleti Szemle*, 19 (2), 84-97. http://jesz.ajk.elte.hu/2018_2.pdf
- Jay, Mike. (1999). Why do people take drugs? *International Journal of Drug Policy*, 10, 5-7. doi: [10.1016/s0955-3959\(98\)00068-1](https://doi.org/10.1016/s0955-3959(98)00068-1)
- Jourdan, Michael. (2009). Casting light on harm reduction: Introducing two instruments for analysing contradictions between harm reduction and 'nonharm reduction'. *International Journal of Drug Policy*, 20, 514-520. doi: [10.1016/j.drugpo.2009.02.011](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.011)
- Karlsson, Patrik. (2010). Alternatives to the deficit model of adolescent drug use. In T. Decorte & J. Fountain (Eds.), *Pleasure, pain and profit. European perspectives on drugs* (pp. 21-34). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Keane, Helen. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14, 227-232. doi: [10.1016/S0955-3959\(02\)00151-2](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00151-2)
- Khantzian, E. J. (1997): The Self-Medication Hypothesis of substance use disorders: A Reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kleiman, M. A. R. (2012). Commentary on Coulson & Caulkins (2012): Optimizing drug scheduling. *Addiction*, 107(4), 774-775. doi: [10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x)
- Kraus, L., Augustin, R., Frischer, M., Kümmler, P., Uhl, A., & Wiessing, L. (2002). Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction*, 98, 471-485. doi: [10.1046/j.1360-0443.2003.00326.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00326.x)
- Lenton, Simon, & Eric Single. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17, 213-219.
- Lupton, Deborah. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London, England: Sage.

- Measham, F. (2004). The decline of ecstasy, the rise of 'binge' drinking and the persistence of pleasure. *Probation Journal*, 51(4), 309-326. doi: [10.1177/0264550504048220](https://doi.org/10.1177/0264550504048220)
- Measham, Fiona, & Kevin Brain. (2005). 'Binge' drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication. *Crime, Media, Culture*, 1, 262-283. doi: [10.1177/1741659005057641](https://doi.org/10.1177/1741659005057641)
- Measham, Fiona. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy*, 17, 258-268. doi: [10.1016/j.drugpo.2006.02.013](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.02.013)
- Miles, Steven. (1998). *Consumerism: As a way of life*. London, England: Sage.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press. (2nd revised edition, 2002).
- Miller, Peter G. (2001). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. *Critical Public Health*, 11, 167-178. doi: [10.1080/09581590110039865](https://doi.org/10.1080/09581590110039865)
- Moore, David. (2002). Opening up the cul-de-sac of youth drug studies: A contribution to the establishment of some alternative truths. *Contemporary Drug Problems*, 29, 13-63.
- Moore, David, & Suzanne Fraser. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science and Medicine*, 62, 3035-3047. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.11.067](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.067)
- Moore, David. (2008). Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: On the creation and reproduction of an absence. *International Journal of Drug Policy*, 19, 353-358. doi: [10.1016/j.drugpo.2007.07.004](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.07.004)
- Mugford, Stephen K. (1991). Controlled drug use among recreational users: Sociological perspectives. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 243-261). Sydney, Australia: Maxwell MacMillan Publishing.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. doi: [10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Olsen, Anna. (2009). Consuming e: Ecstasy use and contemporary social life. *Contemporary Drug Problems*, 36, 175-191.
- Onwuegbuzie, A. J., Leech, N. L., & Collins, K. M. (2012). Qualitative analysis techniques for the review of the literature. *The qualitative report*, 17(28), 1-28. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss28/2>
- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96 (suppl. I), 15-31.
- O'Malley, Pat, & Mariana Valverde. (2004). Pleasure, freedom and drugs: The uses of 'pleasure' in liberal governance of drug and alcohol consumption. *Sociology*, 38, 25-42. doi: [10.1177/0038038504039359](https://doi.org/10.1177/0038038504039359)
- O'Malley, Pat, & Stephen Mugford. (1991). The demand for intoxicating commodities: Implications for the War on Drugs. *Social Justice*, 18, 49-75.
- Parker, Howard. (1999). Drugwise youth? Researching young people's drug use. *Sociology Review*, 9(2), 17-21.
- Parker, Howard. (2003). Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research and Theory*, 11, 141-145. doi: [10.1080/1606635021000021692](https://doi.org/10.1080/1606635021000021692)

- Péterfi, A. (2016). *Breaking the Drug Cycle - Analysis of residues from used injecting drug paraphernalia*. Project Closing Study. Budapest: Magyar Ökumenikus Segélyszervezet. https://www.segelyszervezet.hu/sites/default/files/documents/tisztabb_kep_egyben_27.pdf
- Petersen, Alan, & Deborah Lupton. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. St Leonards, Australia: Allen and Unwin.
- Pirone, A., Bo, A., Hedrich, D., Ferri, M., van Gelder, N., Giraudon, I., . . . Mounteney, J. (2017). New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 40, 84-92. doi: [10.1016/j.drugpo.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.004)
- Race, Kane. (2005). Recreational states: Drugs and the sovereignty of consumption. *Culture Machine*, 7. <http://www.culturemachine.net/index.php/cm/article/viewArticle/28/35>
- Rác, J., Csák, R., & Márványkövi, F. (2017). *Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban*. Budapest: Magyar Addiktológiai Társaság. <https://academia.edu/36419983>
- Rapley, T. (2008). *Doing conversation, discourse and document analysis*. London: Sage
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13, 307-320.
- Reuter, P. & Pardo, B. (2017). NPS: The Regulatory Experience and Assessment of Options. In Corazza, O. & Roman-Urrestarazu, A. (Eds.), *Novel Psychoactive Substances: Policy, Economics and Drug Regulation* (pp. 155-177). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Rhodes, Tim. (1997). Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of 'risk behaviour'. *Sociology of Health & Illness*, 19(2), 208-227.
- Riley, Diane, Ed Sawka, Peter Conley, David Hewitt, Wayne Mitic, Christiane Poulin, . . . John Topp. (1999). Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use and Misuse*, 34, 9-24.
- Ritter, Alison, & Jacqui Cameron. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624. doi: [10.1080/09595230600944529](https://doi.org/10.1080/09595230600944529)
- Room, Robin, Benedikt Fischer, Wayne Hall, Simon Lenton, & Peter Reuter. (2010). *Cannabis policy. Moving beyond stalemate*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Rowe, James. (2005). From deviant to disenfranchised: The evolution of drug users in AJSI. *Australian Journal of Social Issues*, 40, 107-123.
- Saunders, William, & Ali Marsh. (1999). Harm reduction and the use of current illegal drugs: Some assumptions and dilemmas. *Journal of Substance Use*, 4, 3-9.
- Seddon, Toby. (2007). Drugs and freedom. *Addiction Research and Theory*, 15, 333- 342. doi: [10.1080/16066350701350262](https://doi.org/10.1080/16066350701350262)
- Seddon, T. (2016). Inventing Drugs: A Genealogy of a Regulatory Concept. *Journal of Law and Society*, 43(3), 393-415. doi: [10.1111/j.1467-6478.2016.00760.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6478.2016.00760.x)
- Siegel, R. K. (1989). *Intoxication: Life in pursuit of artificial paradise*. New York: EP Dutton.

- Stevens, A., & Measham, F. (2014). The 'drug policy ratchet': why do sanctions for new psychoactive drugs typically only go up? *Addiction*, 109(8), 1226-1232. doi: [10.1111/add.12406](https://doi.org/10.1111/add.12406)
- Southgate, Erica, & Max Hopwood. (1999). Mardi Gras says 'be drug free': Accounting for resistance, pleasure and the demand for illicit drugs. *Health*, 3, 303-316. doi: [10.1177/136345939900300304](https://doi.org/10.1177/136345939900300304)
- Stimson, Gerry V., & Pat O'Hare. (2010). Harm reduction: Moving through the third decade. *International Journal of Drug Policy*, 21, 91-93. doi: [10.1016/j.drugpo.2010.02.002](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.02.002)
- Swadi, Harith. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224. doi: [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00017-4](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00017-4)
- Szécsi, J., & Sik, D. (2016). Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély*, 29(2), 115-131. http://www.esely.org/kiadvanyok/2016_2/2016-2_4-1_Szecsi-Sik_Szezasznalat.pdf
- Szmigin, Isabelle, Christine Griffin, Willm Mistral, Andrew Bengry-Howell, Louise Weale, & Chris Hackley. (2008). Re-framing 'binge drinking' as calculated hedonism: Empirical evidence from the UK. *International Journal of Drug Policy*, 19, 359-366. doi: [10.1016/j.drugpo.2007.08.009](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.08.009)
- United Nations Office for Drug Control (UNODC). (2000). *Demand Reduction – A Glossary of Terms*. UNODC Sales No. E.00.XI.9, ISBN: 92-1-148129-5. New York, NJ: United Nations Publication. https://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). *World Drug Report 2018*. Vienna: UNODC. <https://www.unodc.org/wdr2018/en/booklets.html>
- van Amsterdam, J., Nutt, D., & van den Brink, W. (2013). Generic legislation of new psychoactive drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 27(3), 317-324. doi: [10.1177/0269881112474525](https://doi.org/10.1177/0269881112474525)
- van Ree, Erik. (2002). Drugs, the democratic civilising process and the consumer society. *International Journal of Drug Policy*, 13, 349-353. doi: [10.1016/S0955-3959\(02\)00112-3](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00112-3)
- Ventura, M., Noijen, J., Bücheli, A., Isvy, A., van Huyck, C., Martins, D., Nagy, C., Schipper, V., Ugarte, M., Valente, H. (2018). *Good Practice Standards for Drug Checking Services*. NEWIP Standards series.
- Vrecko, S. (2010). Birth of a brain disease: science, the state and addiction neuropolitics. *History of the Human Sciences*, 23, 52-67.
- Walters, G. (1999). *The Addiction Concept: Working hypothesis or self-fulfilling prophecy?* Boston, MA: Allyn & Bacon.
- West, Robert (2013). *Models of addiction*, EMCDDA INSIGHTS, 14. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction_en
- Wright, V. (2010). *Deterrence in Criminal Justice: Evaluating Certainty vs. Severity of Punishment*. Washington, DC: The Sentencing Project.
- Zinberg, Norman E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kapcsolódó jogszabályok és jogi szövegek

- [AB04] Alkotmánybíróság 54/2004. (XII.13.) határozat
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A04H0054.AB&mahu=1>
- [AB17] Alkotmánybíróság – csekély mennyiségű kábítószer meghatározatlanságának alaptörvény-ellenességének megállapítására irányuló bírói kezdeményezések elutasítása
http://alkotmanybirosag.hu/uploads/2017/11/sz_iii_668_2017.pdf
- [ALAPTV11] Magyarország Alaptörvénye. (2011. április 25.)
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV>
- [BTK12] A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200100.TV>
- [EMMI14] Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet (ÚPA-jegyzék)
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1400055.EMM
- [EMMI16] Az EMMI 24360/2016/JOGIEŰ iktatószámú hatásvizsgálati lapja az 172/2016. (VII. 1.) Korm. rendelet („Egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról”) 55. § jogszabálytervezetéhez. 2016. április 6. Fájlnév: 'hv lap 4 új pszichoaktív anyag felvétele.pdf'
<http://www.kormany.hu/download/b/bd/b0000/Desktop.zip>
- [ENSZ61] A Genfben, 1972. március 25-én kelt jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, a New Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény. Eredeti szövege és magyar fordítása a 2005. évi XXX. törvényben.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0500030.TV>
- [ENSZ71] A Bécsben, 1971. február 21-én aláírt, a pszichotróp anyagokról szóló egyezmény. Eredeti szövege és magyar fordítása a 2005. évi XXX. törvényben.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=97900025.TVR>
- [ENSZ88] A Bécsben, 1988. december 20-án, kelt, a kábítószeres és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni Egyezmény. Magyar fordítása a 1998. évi L. törvényben.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800050.TV>
- [EU04_273] Az Európai Parlament és Tanács 273/2004/EK rendelete (2004. február 11.) a kábítószer-prekurzorokról.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?qid=1555585371034&uri=CELEX:32004R0273>
- [EU05_387] A Tanács 2005/387/IB határozata (2005. május 10.) az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32005D0387>
- [EU06_1920] Az Európai Parlament és a Tanács 1920/2006/EK rendelete (2006. december 12.) a Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjáról.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?qid=1555584382776&uri=CELEX:32006R1920>
- [EU17_2101] Az Európai Parlament és Tanács 2017/2101 rendelete (2017. november 15.) az 1920/2006/EK rendeletnek az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó információcsere, riasztási rendszer és kockázatértékelési eljárás tekintetében történő módosításáról.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?qid=1555584034718&uri=CELEX:32017R2101>

- [EU17_2103] Az Európai Parlament és Tanács 2017/2103 irányelve (2017. november 15.) a 2004/757/IB tanácsi kerethatározatnak a kábítószer fogalommeghatározása új pszichoaktív anyagokkal való kiegészítése céljából történő módosításáról és a 2005/387/IB tanácsi határozat hatályon kívül helyezéséről.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?qid=1555585166977&uri=CELEX:32017L2103>
- [INCB18a] International Narcotics Control Board (2018) "Sárga lista". 57. kiadás.
https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist_Forms/yellow-list.html
- [INCB18b] International Narcotics Control Board (2018) "Zöld lista". 28. kiadás.
<https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html>
- [INCB18c] International Narcotics Control Board (2018) "Piros lista". 16. kiadás.
https://www.incb.org/incb/en/precursors/Red_Forms/red-list.html
- [INFOTV11] Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100112.TV
- [KÁBVHR12] A kábítószerrel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet (Kábítószer Vhr.)
<https://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc.cgi?docid=A1200066.KOR>
- [GYTV05] Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 2005. évi XCV. törvény (Gytv.)
<https://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc.cgi?docid=A0500095.TV>
- [PÉCS16] A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 461. § (4) bekezdése elleni alkotmányjogi panasz (kábitószer mennyiség meghatározása)
<http://public.mkab.hu/dev/dontesek.nsf/0/C9FAE8FC3FBA188FC12580F20058DBB1?OpenDocument>
- [SZABS12] A szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200002.TV
- [TÁRS10] A jogszabályok előkészítésében való társadalmi részvételtől szóló 2010. évi CXXXI. törvény
<https://mkogy.jogtar.hu/?page=show&docid=a1000131.TV>