

KOVÁCS ZSUZSA GYÖNGYVÉR

A kényszergyógykezelés végrehajtása

A beszámíthatatlan elkövetők jogi, különösen büntetőjogi helyzete erősen vitatott. A jogintézmény alapvető problematikája, hogyan kerül egy nem büntethető személy a büntetés-végrehajtás szervezetébe. Felvetődik, elérhető-e így az elkövető kezelése, hiszen más a börtön és más a kórház funkciója.

A kényszergyógykezelés végrehajtási helyétül a Btk. az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet (IMEI) jelölte ki. A végrehajtás részletes szabályait a 36/2003. IM rendelet tartalmazza.

A végrehajtás jellegzetességei

Az IMEI igazgatója az intézet igazgató főorvosa, egyben a parancsnoka is. Utóbbi kifejezés is jelzi, hogy az intézmény a büntetés-végrehajtás része. Az igazságügyért felelős minisztérium irányítja és finanszírozza, ellentétben a többi kórházzal, amelyben az egészségügyért felelős minisztérium látja el ezeket a hatásköröket¹.

A kényszergyógykezelés kezdete az IMEI-be befogadás napja. Ha a betegnek az ügyei vitéléhez szükséges belátási képessége teljes mértékben állandó jelleggel hiányzik, és nem áll gondnokság alatt, a főigazgató főorvos a gyámhatóságnál ideiglenes gondnok kirendelését, illetve gondnokság alá helyezési per megindítását kezdeményezi². A betegek nagyjából nyolcvan százaléka áll cselekvőképességet kizáró vagy korlátozó gondnokság alatt, ami tükrözi, hogy a cselekvőképtelenség és a beszámíthatatlanság kategóriái nem feltétlenül esnek egybe.

A felvételi eljárás idején kétséget kizáróan meg kell állapítani a beutalt személyazonosságát. Ha korábban a beteg szabadlábon volt, az intézetbe szállításról a bíróság az Országos Mentőszolgálat – szükség esetén a rendőrség közreműködésével – gondoskodik. Abban az esetben, ha az elkövetőt a

¹ Megvont szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon. Mental Disability Advocacy Center (Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány), 2004, 11. o. http://mdac.info/sites/mdac.info/files/Hungarian_Liberty%20Denied.pdf
² 36/2003. IM rendelet 4. §

bíróság határozata jogerőre emelkedésének idején más gyógyintézetben kezelik, és az átszállítása az egészségét vagy a gyógyulását súlyosan veszélyeztetné, a bíróság elhalasztja a kényszergyógykezelés végrehajtásának megkezdését.

Az intézetben nem keverednek a büntetés-végrehajtási és az egészségügyi funkciók. Ennek megfelelően a fogvatartottakat és a kényszergyógykezelteket el kell egymástól különíteni, hiszen az IMEI elsősorban börtönkórházi, másodsorban pedig kórházi feladatokat lát el³.

A jogintézmény céljának megfelelően a kényszergyógykezelés végrehajtásának elsődleges eleme a gyógyítás, a beteg szakszerű és az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő kezelése, állapotromlásának megakadályozása, és ha lehetséges, egészségének helyreállítása⁴.

Ennek fontos része a munkaterápiás foglalkoztatás. Ennek pontos módját, időtartamát és helyét a főigazgató főorvos állapítja meg. Abban az esetben alkalmazható, ha ez a módszer várhatóan előmozdítja a beteg gyógyulását, munkaképességének megtartását, fejlesztését, vagy szakmai átképzését. A foglalkoztatás fő formája az intézet-fenntartási munka, de lehet bevételt hozó tevékenység is⁵. A munkaterápiás foglalkoztatásról a munkajogi előírások szerint gondoskodik az IMEI, ennek megfelelően az nem ütközhet a túlmunka és az éjszakai munka tilalmába, valamint érvényesülnek a biztonságos munkavégzés és az egészségvédelem feltételei. Az intézet biztosítja különböző tanfolyamok elvégzését, így a virágkötő- vagy bórdíszműves-tanfolyamon történő részvétel lehetőségét, a képzés teljesítése után a kezelték szakmunkás-bizonyítványt kapnak⁶. Ha a kényszergyógykezelteket munkaterápiás foglalkoztatáson vagy tanfolyamon vesz részt, őt munkakészségéhez és munkájához mérten havonta, és esetenként soron kívül is jutalomban kell részesíteni, ennek terápiás célja van.

Szintén terápiás céllal, indokolt esetben, biztonsági felügyelet mellett a betegek elhagyhatják az intézetet, például külső munkáltatás vagy kirándulás okán⁷.

Ha az IMEI-ben nincsenek meg a beteg gyógykezeléséhez szükséges feltételek, a szükséges szakellátást nyújtó intézményt kell igénybe venni. A

³ Kovatsits Gábor: Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól. *Ügyészek Lapja*, 2001/3., 64. o.

⁴ Vókó György – Lajtár István: A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei. *Belügyi Szemle*, 1997/12., 12. o.

⁵ 36/2003. IM rendelet 12. § (1)–(2) bek.

⁶ Lajtár István: Gyógymód. *Ügyészi vizsgálat az IMEI-ben. Börtönügyi Szemle*, 1997/4., 76. o.

⁷ 36/2003. IM rendelet 12. § (3)–(5) bek.

gyógykezelés elsődleges helye ebben az esetben a Büntetés-végrehajtás Központi Kórháza. Amikor azt az elítélt állapota megkívánja, más egészségügyi intézménybe kell helyezni. Hogyha a gyógykezelés indoka megszűnt, és az egészsége lehetővé teszi, vissza kell szállítani az IMEI-be, de ezt az időt be kell számítani a kényszergyógykezelés időtartamába⁸.

A kényszergyógykezelteket az I., a II. vagy a III. számú férfirehabilitációs osztályon, a nőket pedig a női neuropszichiátriai és rehabilitációs osztályon kell elhelyezni. Az egyes osztályok jól elkülöníthetők, ráadásul – mivel az egészségügyi és büntetés-végrehajtási célok nem keveredhetnek – külön épületben helyezik el a kényszergyógykezelteket és az elítélteket⁹. Ennek megfelelően valósíthatók meg az őrzés és a felügyelet csoportonként eltérő feltételei is. Az intézkedés végrehajtásakor gondoskodni kell a beteg felügyeletéről, szakszerű elhelyezéséről, anyagi ellátásáról, egyéb egészségügyi kezeléséről, szociális és jogi érdekeinek védelméről, valamint az intézet rendjének fenntartásához szükséges feltételekről¹⁰.

A kényszergyógykezelteket elhelyezése kórházi jellegű nyitott ajtós körtermekben történik. A betegek ételmezése kórházi normák szerinti, kapnak ruhát, ágyneműt és hálóruhát, és az IMEI gondoskodik a tisztasági szerekéről is. A kényszergyógykezeltek helyzetére néhány eltéréssel az egészségügyi törvény rendelkezései irányadók. A beteg személyes szabadságában korlátozott, ennek megfelelően az intézetet csak orvosilag indokolt esetben hagyhatja el. A hozzátartozóival és más személyekkel történő kapcsolattartás területén a beteg egészségi állapotát és az intézet rendjének megtartását kell szem előtt tartani, de a kényszergyógykezelteket korlátlanul levelezhet, hetente fogadhat látogatót, ugyanilyen gyakorisággal telefonálhat és kaphat csomagot¹¹.

A beteggel szemben korlátozott mértékben alkalmazható testi kényszer, megfogás, illetve lefogás, ha

- saját vagy mások életét, testi épségét sérti vagy veszélyezteti;
- az intézet rendjét, biztonságát, anyagi javait sérti vagy veszélyezteti;
- engedély nélküli távozását másképp nem lehet megakadályozni;
- vizsgálattal vagy gyógykezeléssel szemben aktív ellenállást tanúsít.

⁸ 36/2003. IM rendelet 8. §

⁹ Hasonlóképpen az ideiglenesen kényszergyógykezelteket és az előzetesen letartóztatottak is külön épületben helyezendők el. Ebből következik, hogy az elmeállapot megfigyelése esetén a beutaltat külön kell elhelyezni a kényszergyógykezeltektől, mivel ebben az esetben csak az előzetes letartóztatás végrehajtásának helye speciális.

¹⁰ Vókó György – Lajtár István: i. m. 14. o.

¹¹ Vókó György: Büntetés-végrehajtási jog. Dialóg-Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 2005, 335–337. o.

A korlátozó módszerek vagy ellátások alkalmazását a kezelőorvos rendelheti el. Erről a tényről informálni kell a beteg törvényes, vagy meghatalmazott képviselőjét és a betegjogi képviselőt¹² is¹³.

A személyi korlátozás tekintetében az intézmény gyakorlata többletgaranciákat jelent a polgári intézményekhez képest. A korlátozásra csak saját vagy mások testi épségének védelme érdekében kerülhet sor, megelőző intézkedésként. A beutalt lefogását, vagy ágyhoz rögzítését csak orvosi utasításra és orvos jelenlétében lehet elvégezni, és a korlátozás az orvos által meghatározott ideig tarthat. Ezt az intézkedést rögzítik a beteg kórlapján, és egy speciális adatlapot is kitöltenek, amely tartalmazza az alkalmazás jog- és szakszerűségét. Ezt az adatlapot a főigazgató főorvos elküldi a törvényességi felügyeletet ellátó Legfőbb Ügyészségnek¹⁴.

A szociális és jogi érdekvédelem körében meg kell említeni, hogy ha a kényszergyógykezelt részére megállapítani nem lehet nyugellátást, munkajövedelme nincs, és őt anyagilag rendszeresen támogató hozzátartozója sincs, részére szociális segély megállapítására kerülhet sor. Ennek ellenére előfordulhat, hogy a támogatás megítélésére azért nem kerül sor, mert az igénylő intézetben van¹⁵.

A fiatalkorú kényszergyógykezelt elhelyezése is ebben az intézményben történik, a vonatkozó IM-rendelet nem tartalmaz semmilyen speciális szabályt, az elkülönítés csak az eltérő célok (egészségügyi, illetve büntetés-végrehajtási) tekintetében kap szerepet. Felvetődik a kérdés, helyes-e a fiatalkorúak felnőttekkel azonos intézményben történő elhelyezése. Véleményem szerint ez helytelen, és visszaélésekhez vezethet. Ráadásul mind a büntetés-végrehajtási intézetekben, mind az egészségügyi intézetekben megtörténik a két csoport szétválasztása.

Az intézkedés végrehajtásakor az elmeorvosi rehabilitáció eszközei megegyeznek a pszichiátriai betegek gyógyításakor alkalmazott eszközökkel, és az eszközök alkalmazásának elméletben csak szűk körben szab határt az a tény, hogy IMEI zárt intézet. Az adaptációs szabadság elvileg hatékonyan szolgálná a beteg gyógyulását, alkalmazására mégis nagyon ritkán kerül sor.

12 Ha az IMEI-ben elhelyezett betegnek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége állandó jelleggel hiányzik, és nem áll gondnokság alatt, érdekképviselőt a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány munkatársa mint betegjogi képviselő látja el.

13 Hevér Tibor: Gyanús vagy kóros? Reztímé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól. Magyar Jog, 2007/6., 344. o.

14 Vókó György: i. m. 335. o.

15 Vókó György – Lajtár István: i. m. 16. o.

Ennek oka, hogy nem elegendő a beteg mentális állapotának javulása és tünetmentessége, azt is fel kell mérni, hogy ez mennyiben tulajdonítható a rendszeres gyógyszeres kezelésnek, és mennyiben lehet a beteg valódi állapotának javulásáról beszélni.

Gyógyszeres kezelés esetén nem feltétlenül lehet valódi javulásról beszélni, mert a betegek hiába részesülnek gyógyszeres kezelésben, nagy részük nem tudja, pontosan milyen gyógyszert kap, ebből következik, hogy saját maga gyógyszeres kezelését sem tudja megoldani¹⁶.

Adaptációs szabadság

Ha a kényszergyógykezelés megkezdésétől számítva egy év eltelt, az igazgató főorvos az adaptációs bizottság véleményét figyelembe véve adaptációs szabadságra bocsáthatja a beteget. Célja nemcsak az, hogy próbára tegyék az intézeti gyógykezelés eredményét, hanem hogy elősegítsék a beteg beilleszkedését a társadalomba¹⁷. Másrészt, a mesterséges környezet miatt gyakori, hogy a gyógykezelés hatása, tartóssága csak a közösségbe visszakerülés után mérhető le.

Ennek tartama legfeljebb harminc nap, de további harminc nappal meghosszabbítható, sőt ismételten is engedélyezhető. Meghosszabbított adaptációs szabadság esetén a betegnek a szabadság letelte után legalább egy hétig az intézetben kell tartózkodnia, mielőtt újra engedélyeznék számára az adaptációs szabadságot¹⁸.

Az IMEI-ben adaptációs bizottság működik, amelynek elnöke az igazgató főorvos, tagjai pedig az orvos igazgató, az osztályvezető főorvosok, a jogi, társadalombiztosítási, nyilvántartási osztály képviselője, a klinikai-pszichológiai osztály vezetője, az adaptációs szabadságot kezdeményező orvos, valamint az intézmény betegjogi képviselője¹⁹. Garanciális okokból indokolt lenne azonban egy független külső szakértő bevonása is²⁰. Az engedély megadásánál figyelembe kell venni a beteg állapotát, az elkövetett cselekményt és az illető szociális körülményeit is²¹.

¹⁶ Bényei Andrásné – Kövér Ágnes (szerk.): Watch dog 4. füzet. Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest, 2005, 23–24. o.

¹⁷ Vókó György: i. m. 335. o.

¹⁸ Lajtár István: i. m. 77. o.

¹⁹ 36/2003. IM rendelet 9. § (1) bek.

²⁰ Lajtár István: i. m. 77. o.

²¹ 36/2003. IM rendelet 9. § (3) bek.

A gyakorlatban problémát okoz, hogy a kényszergyógyeztetet azért nem lehet adaptációs szabadságra bocsátani, mert nincs olyan hozzátartozója, aki tudna és akarna számára megfelelő elhelyezésről gondoskodni, vagy a kényszergyógyeztetnek nincs lakása²². A gyógykezelték közül sokan közvetlenül a családtagjuk ellen követték el a büntetendő erőszakos cselekményt, így a család nem pusztán elzárkózik a kényszergyógyeztet fogadásától, de nem is tart kapcsolatot vele. Nem ritka eset, hogy azok a családtagok, akik mégis tartják a kapcsolatot a kényszergyógyeztettel, idősek és betegek, ezért nem tudják adaptációs szabadságuk idején fogadni és a gondozásukat vállalni.

Ha mégis sor kerül az adaptációs szabadság engedélyezésére, az IMEI a szabadság eltöltéséhez gondoskodni köteles bizonyos feltételekről. Ennek megfelelően a gyógykezeltet igazolással, ha szükséges, ruhával és pénzzel látja el az eltávozás idejére.

A jogintézmény fontosságát jelzi, hogy a felülvizsgálati eljárás során a bíró rendszerint megkérdezi, volt-e már adaptációs szabadságon²³.

Az elmúlt években folyamatosan csökkent az adaptációs szabadságra bocsátottak száma, ennek az az oka, hogy a családi vagy gazdasági körülmények nem megfelelőek a kibocsátáshoz²⁴.

Az adaptációs szabadságon lévő betegnek a szabadság megkezdésétől számított 48 órán belül, majd ezt követően az orvos előírása szerint, de legalább kéthetente orvosi ellenőrzésen kell megjelennie. Ennek helye Budapesten az IMEI, a fővároson kívül pedig a beteg tartózkodási helye szerint illetékes pszichiátriai gondozó intézet. Az intézet az ellenőrzésen észleltekről tájékoztatja az IMEI-t, és a beteg állapotának romlása esetén gondoskodik a visszaszállításáról²⁵.

A kényszergyógyeztet nem követheti el a fogolyszökés bűncselekményét (ez a beszámítási képességet kizáró kóros elmeállapot miatt fogalmilag kizárt), legfeljebb engedély nélküli eltávozásról lehet beszélni. Ha ez bekövetkezik, az IMEI értesíti az illetékes rendőri szervet²⁶.

A kényszergyógyeztetés *megszüntetésének* kezdeményezésekor az IMEI indokolt esetben értesíti a beteg hozzátartozóját, gondnokát, és – ha a beteg pártfogó felügyelet alatt áll – pártfogó felügyelőjét. Ha a bíróság megszünte-

22 Vókó György: i. m. 335. o.

23 Bényei Andrásné – Kövér Ágnes (szerk.): i. m. 29–31. o.

24 Lajtár István: i. m. 78. o.

25 36/2003. IM rendelet 10. §

26 Pallo József: A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei. Börtönügyi Szemle, 2006/3., 31. o.

ti a kényszergyógykezelést, a beteget azon a napon kell elbocsátani, amikor a bíróság értesítése az IMEI-be megérkezik. Ha a betegség súlyos, vagy a személy nem alkalmas az önálló életvitelre, gondoskodni kell a hazaszállításáról, vagy megfelelő fekvőbeteg-intézetben, illetve pszichiátriai betegek otthonában történő elhelyezéséről²⁷.

A kényszergyógykezelt későbbi visszailleszkedését a társadalomba segítené a fokozatosság alkalmazása. Erre jelenleg az egyetlen mód az adaptációs szabadságra bocsátás lehetősége. Egyes országokban azonban lehetőség van szigorú őrizetű kórházból közepesen szigorú őrizetű intézetbe történő áthelyezésre. A Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (*Mental Disability Advocacy Center*; MDAC) szerint hasonlóképpen hasznos lehet a kezelés közösségben történő végrehajtása²⁸. A társadalomba való visszavezetést szolgálná a feltételes szabadságra bocsátás intézménye is, például azzal a feltétellel, hogy a kényszergyógykezelt meghatározott időközönként jelentkezik pszichiátriai intézetben, vagy szedi a gyógyszereit. Felvetődik azonban a kérdés, megoldott lenne-e a társadalom védelme eme alternatíva megvalósulása esetén. A szervezet által javasolt megoldások ugyanis azokban az országokban népszerűek, ahol a beszámíthatatlan vagy korlátozott beszámítási képességű elkövetők esetén alkalmazható jogkövetkezmények kevés szűkítést tartalmaznak, ebből következik, hogy a kevésbé veszélyes, illetve kisebb súlyú cselekményeket elkövetők vonatkozásában reális lehetőség a közösségi gyógykezelés, vagy egyebek között a kényszergyógykezelés felfüggesztése. Hazánkban azonban nem ez a helyzet, hiszen a kényszergyógykezelés csak szűk elkövetői réteg esetén alkalmazható, a társadalom védelme pedig nem megoldott eme alternatíva alkalmazásával. Az esetleges feltételes szabadságra bocsátást azonban széles körű szakmai mérlegelés után alkalmazhatónak látom.

Kérdések a felülvizsgálat kapcsán

Mivel az intézkedés alkalmazását a terhelt kóros és a jövőre nézve is veszélyeztető elmeállapota indokolja, garanciális követelmény az állapot rendszeres felülvizsgálata. Ha az intézkedés szükségessége már nem áll fenn, azt a

²⁷ 36/2003. IM rendelet 14. §

²⁸ Nagy-Britanniában ez több évtizedes múlttra tekint vissza, és a jogintézményt csak erősítette a 2007-ben elfogadott új egészségügyi törvény.

bíróság megszünteti. Ebben a vonatkozásban nevezzük a felülvizsgálati eljárást „szükségképpen utólagos eljárásnak”²⁹. Az eljárásban azt kell vizsgálni, hogy a kényszergyógykezelés alkalmazásának alanyi feltételei továbbra is fennállnak-e, a tárgyi követelmények azonban nem elemezhetők. Ennek megfelelően a bűnisméltés veszélyére, a társadalom védelmének követelményére figyelemmel kell lenni, nem lehet viszont értékelni, vajon a büntethetőségi akadály hiányában bűncselekmény valósult volna meg, nem vizsgálható a cselekmény jellege, súlya sem³⁰.

A bíróság tárgyalást tart, meghallgatja az ügyészt, a védőt, és – ha az állapota lehetővé teszi – a kényszergyógykezelés alatt állót is³¹. A tárgyalás megtartásának csak akkor van helye a kényszergyógykezelt távollétében, ha az állapota miatt képtelen részt venni a tárgyaláson vagy közreműködni az eljárási cselekményekben. Az előállítás mellőzése azonban pusztán célszerűségi szempontokra hivatkozással nem megengedhető³².

Ha a tárgyalást a felsorolt személyek valamelyike nélkül tartják meg, az eljárási szabályt sért, a Be. szerint ugyanis a különleges eljárások során a bíróság szükség esetén meghallgatja az ügyészt, a terheltet és a védőt³³. A tárgyalás általános szabályai annyiban módosulnak, hogy ismertetni kell az intézkedést elrendelő határozatot és az IMEI véleményét. Ha a határozat alapjául szolgáló és az újabb vélemény között ellentmondás van, annak okát tisztázni kell. Nem tekinthető azonban ellentmondásnak, ha a gyógykezelt állapotában beálló változást az újabb szakvélemény az alkalmazott kezelésnek tulajdonítja. A bíróság a szakvélemény ismertetése, illetve tisztázása után hallgatja meg az ügyészt, a kényszergyógykezeltet és a védőt. A bizonyítás sorrendjének alakulása arra mutat rá, hogy az eljárás jellegéből adódóan a szakvélemény súlya kiemelkedő jelentőségű. Ezért helyénvaló, ha a jogosultak a szakvélemény ismeretében fejtik ki a véleményüket³⁴.

A felülvizsgálat tárgyában lefolytatott eljárás a különleges eljárások között foglal helyet, amelyek feladata az esetek többségében az eljárás befejezése után a büntetőjogi felelősséget nem vagy csak másodsorban érintő kérdésekről való döntés. Ebből következik, hogy az eljárási szereplők meghallgatására gyakran nincs szükség, érdekeik érvényesítését a törvény

²⁹ Feleky István – Holé Katalin (szerk.): A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet. Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest, 2009, 60. o.

³⁰ BKv. 30.

³¹ Varga Zoltán (szerk.): A büntetőjog nagy kézikönyve. Complex Kiadó, Budapest, 2007, 1544. o.

³² BH, 1997/537.

³³ 1998. évi XIX. tv. 356. § (2) bek. e) pont.

³⁴ Feleky István – Holé Katalin (szerk.): i. m. 66. o.

egyéb módon³⁵ segíti elő. A kényszergyógykezelés felülvizsgálata azonban ettől eltérő megítélést igényel. Az eltérő értékelés indoka, hogy a döntés érinti a terhelt személyi szabadsághoz fűződő jogát, valamint személyiségi jogait. Az eljárás csak akkor felel meg a törvényesség követelményének, ha érvényesül az eljárási feladatok megosztásának elve. Fontos, hogy az eljárási szereplők lehetőséget kapjanak véleményük szóbeli kifejtésére és az álláspontjuk megvédésére. Csak akkor van helye a tárgyalás megtartásának a kényszergyógykezelt távollétében, ha az egészségi állapota ténylegesen gátolja a megjelenését a tárgyaláson. Ebből következik, hogy előállításának mellőzése pusztán célszerűségi okokra hivatkozva törvénytört³⁶.

Kiemelendő a tárgyalás, a tanácsban való döntéshozatal, valamint a döntés alakszerű határozatba történő foglalásának fontossága is, hiszen alapvető jogtól történő megfosztásról van szó, ellentétes bizonyítékok merülhetnek fel, ráadásul több eljárási szereplőt kötelező meghallgatni. Még akkor is ez a követelmény, ha az elrendelés előtt egyértelmű bizonyítékok álltak a bíróság rendelkezésére. Helytelen az az álláspont, amely szerint ebben az esetben határozathozatalra sincs szükség.³⁷ A felülvizsgálatot a kényszergyógykezelés megkezdése után hat hónap elteltével kell elvégezni, ha az intézkedés megszüntetésére nem kerül sor, azt hathavonta meg kell ismételni. Mivel a hat hónapos határidő kezdete az előző felülvizsgálat befejezésének időpontja, a gyakorlatban az eljárás előkészítése jóval korábban megkezdődik³⁸.

Ideiglenes kényszergyógykezelés esetén a hat hónapos időtartam az intézetbe való befogadás, a gyógykezelés tényleges megkezdésének időpontjától számít, mivel az onnantól eltelt idő nyújt lehetőséget a beteg állapotában bekövetkező változás értékelésére³⁹. Ez a felfogás felel meg az intézkedés sajátos célkitűzéseinek és az előzetes fogva tartás beszámítására vonatkozó elveknek.

Indítványra a határidő letelte előtt is sor kerülhet a felülvizsgálatra, a kérelem érdemi vizsgálat nélküli elutasítása csak akkor lehetséges, ha az előterjesztés három hónapon belül történt. A felülvizsgálatot a kényszergyógykezelés alatt álló, annak házastársa, élettársa, törvényes képviselője, védője, valamint az intézkedést végrehajtó intézet vezetője kezdeményezheti⁴⁰. A felsoroltak az intézet vezetője – aki előterjesztéssel élhet – kivételével indítványozhatják az eljárást.

³⁵ Egyebek között a fellebbezési lehetőség megadásával.

³⁶ BH, 1977/537.

³⁷ BKv. 30.

³⁸ Feleky István – Holé Katalin (szerk.): i. m. 61. o.

³⁹ 1/2011. BJE

⁴⁰ Varga Zoltán (szerk.): i. m. 1544. o.

Az indítványokról a bíróság határozattal dönt, míg az előterjesztésről nem kell formális határozatot hoznia, elég egy táviratban tájékoztatnia az előterjesztőt, ha annak tartalmával nem ért egyet. A vezető önálló kezdeményezési joga abból adódik, hogy a kényszergyógykezelt állapotának olyan változásáról szerezhet tudomást, amely indokolja a határidő előtti felülvizsgálatot. Mivel a szakértői vélemény elkészítésében is közreműködhet, szakértői szerepet lát el, ebből adódik, hogy nem illetheti meg olyan indítványozási jog. Itt figyelembe kell venni azt is, hogy a szakértői vélemény csak egy a bizonyítékok közül, annak tartalmát a bíróság elfogadhatja, de figyelmen kívül is hagyhatja. Tulajdonképpen a szakmai szempontokon alapuló előterjesztés is egyfajta szakértői vélemény, így bizonyítási eszköz⁴¹.

A Be. nem tartalmaz erre a különleges eljárásra vonatkozó speciális szabályt az elmeorvos szakértők száma kapcsán, viszont kötelezően előírja az orvos szakértői vélemény beszerzését. Lehetőség van arra, hogy az IMEI orvos⁴² közreműködjön a szakvélemény elkészítésében egyik szakértőként⁴³. Ha figyelembe vesszük a bizonyítékok szabad értékelésének elvét, ez a rendelkezés utal a felülvizsgálati eljárás kiemelt jelentőségére. Irányadónak lehet tekinteni azt a rendelkezést, amely szerint két szakértő közreműködése szükséges⁴⁴. Ez az előírás megfelelő, hiszen célszerű a kezelést végző szakorvost meghallgatni, egyzersmind indokolt lehet külső szakember bevonása az eljárásba⁴⁵.

A felülvizsgálat kapcsán azonban több kérdés is felmerül. Az MDAC egyik kutatásában⁴⁶ tanulmányozta a kényszergyógykezelés felülvizsgálatának anomáliáit, egyebek között a tárgyalások időtartamát is. A megfigyelt tárgyalások időtartama a tárgyalás megnyitásától az ítélet felolvasásának befejezéséig átlagosan hét perc volt, néhány tárgyalás még három percnél is rövidebb. Ez idő alatt kerül sorra az ügyész előadása, a védő, a kényszergyógykezelt, valamint a szakvélemény ismertetése. Ezek fényében egyetértetek a kutatást végző szervezettel, a felülvizsgálat valóban rendkívül felületes.

Hazánkban a beteg szociális körülményeiről csak akkor készül jelentés, ha a szakértői vélemények egyetértenek abban, hogy az intézkedés további fenntartására nincs szükség. A bíró tehát nem értesül a beteg körülményeiről, így az információk hiányában nem is tud a kényszergyógykezelés esetleges

41 Feleky István – Holé Katalin (szerk.): i. m. 65–66. o.

42 Ideértve az intézet igazgatóját is.

43 1998. évi XIX. törvény 566. § (4) bek.

44 Be. 101. § (2) bek.

45 Varga Zoltán (szerk.): i. m. 1544. o.

46 Megvont Szabadság... i. m.

alternatívájáról dönteni. A szervezet megfigyelte továbbá, hogy a vizsgált esetek egyikében sem tett fel a bíró kérdést a szakvéleménnyel kapcsolatban. Ennek egyik oka, hogy az orvos szakértő és a kezelőorvos nincs jelen a tárgyaláson⁴⁷. Ha a bíró mégis többet szeretne megtudni az ügyről, el kellene naplóját a tárgyalást, erre azonban a kutatásban nem volt példa (tegyük hozzá, a védő sem érezte ennek szükségességét egy esetben sem). Néhány kivételtől eltekintve a bírák tesznek fel kérdéseket a kényszergyógykezelteknek, egyebek között arról, mivel töltik napjaikat az intézetben vagy látogatja-e őket valaki. Ezek a kérdések azonban meglehetősen felületesek, nem segítik a beteg állapotának megismerését⁴⁸. Álláspontom szerint ennek oka a bírák szakirányú ismereteinek hiánya, ezen továbbképzéssel lehet segíteni.

A kényszergyógykezelés felülvizsgálatáról hozott végzés ellen a kényszergyógykezelés alatt álló házastársa és törvényes képviselője is fellebbezhet⁴⁹. Felvetődik azonban a kérdés, hogy milyen formában tud élni a kényszergyógykezelés fellebbezési jogával, éppen az állapota miatt. Ezért garanciális fontosságú, hogy a gyógykezelt bármilyen formában megnyilvánuló egyet nem értését a fellebbezési joggal élésnek kell venni⁵⁰.

Ha a bíróság a felülvizsgálati eljárás során a kényszergyógykezelést nem szünteti meg, határozatának jogerős kiadmányát és az újabb orvos szakértői véleményt másolatát az IMEI-nek küldi meg.

Ha azonban úgy dönt, hogy az intézkedés fenntartására nincs szükség, a kényszergyógykezelés megszüntetéséről szóló határozata meghozatalával egyidejűleg értesítőlapot állít ki, tekintet nélkül arra, hogy a határozat jogerőre emelkedett-e.

Ha a bíróság a határozatának végrehajtását felfüggesztette, nem kell értesítőlapot kiállítani. Ebben az esetben az értesítőlapot a kényszergyógykezelés megszüntetéséről jogerős határozatot hozó bíróság állítja ki.

Az értesítőlapot a beteget előállító személynek kell átadni, csatolva az újólag beszerzett orvos szakértői vélemény másolatát is.

Ha a másod- vagy a harmadfokú bíróság a kényszergyógykezelést nem szünteti meg, de időközben a beteget az intézetből elbocsátották, a beteg IMEI-be történő beszállítása érdekében az Országos Mentőszolgálatot keresi meg⁵¹.

47 A kutatás hatvan esetet vizsgált, egy alkalommal sem volt jelen az igazságügyi orvos szakértő vagy a kezelőorvos.

48 Megvont szabadság... i. m. 28. o.

49 1998. évi XIX. törvény 566. § (5) bek.

50 Feleky István – Holé Katalin (szerk.): i. m. 68. o.

51 9/2002. IM rendelet 113. §

A szankció dilemmája

A kényszergyógykezeléssel foglalkozók között kisebb számban található jogászokat, inkább orvosok és büntetés-végrehajtási szakemberek vannak többségben. Utóbbi körülmény az oka annak, hogy a kényszergyógykezelés végrehajtására kijelölt IMEI a büntetés-végrehajtás szervezetrendszerében működik⁵².

E szankció alapvető dilemmája, hogy miként kerül egy elmebeteg börtönbe, pontosabban a büntetés-végrehajtás szervezetébe. Annak ellenére, hogy ez talán a leglényegesebb probléma, és figyelembevételét évtizedek óta sürgetik, a legtöbb államban létezik ez az intézkedés⁵³.

Nehézség, hogy más a kórház és más a börtön funkciója. Míg az előbbi nem egyetemes intézmény, általában önkéntes alapon kerülnek be az egyének, és „szándékában jóindulatú intézmény”, az utóbbi egyetemes intézmény, megköveteli, hogy az élet összes aspektusa egy helyen, meghatározott módon történjen. Itt fenyítőintézetéről van szó, nem gyógyításról. Ebből levonható az a következtetés, hogy kevésbé alkalmas a gyógyításra⁵⁴.

A tapasztalatok azt támasztják alá, hogy a zárt intézeti jelleg nem kedvez a terápiás céloknak, egy „nyitott” intézményben az IMEI-ben általánosnak mondható öt-hat év helyett két-három év alatt bekövetkezik a gyógyulás⁵⁵.

A jogtudományban még kevésbé ismert, de a pszichiátriában általános törvényszerűségeként ismerik el a Penrose-törvényt, amely szerint a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció között inverz összefüggés van.⁵⁶

Hazánkban csak az ezredforduló éveiben találhatunk adatokat erre vonatkozóan, annak ellenére, hogy *Lionel S. Penrose* brit pszichiáter már az 1930-as években felállította az elméletét. Megfigyelte, hogy a börtönpopulációban magasabb a pszichiátriai betegségek aránya, mint a civil társadalomban⁵⁷. Hazánkban egyedül *Vigh József* foglalkozott egy 1997-es kutatásában ezzel a kérdéssel, de csupán a visszaeső elkövetőkre vonatkozóan. Arra a megállapí-

52 36/2003. (X. 3.) IM rendelet a kényszergyógykezelés végrehajtásáról.

53 Nagy Ferenc: Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében. KJK, Budapest, 1986, 186. o.

54 Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemma: Elmebeteg a börtönben? A jelen helyzete és a jövő kihívásai. Börtönügyi Szemle, 2008/2., 80. o.

55 Nagy Ferenc: Szankciók. Gondolatok és reflexiók az új Btk. Általános részi tervezetéhez. In: Holé Katalin – Kabódi Csaba – Mohácsi Barbara (szerk.): Dolgozatok Erdei Tanár Úrnak. ELTE ÁJK, Budapest, 2009, 339. o.

56 Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemmák: börtön vagy elmekórház? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon? Orvosi Hetilap, 2007/2., 333. o.

57 Kalapos Miklós Péter: Uo. 335–339. o.

tásra jutott, hogy a visszaeső elítéltek ötvennégy százaléka részesült kórházi kezelésben, az idegbetegség tizennégy, az alkoholelvonás pedig tizenhárom százalékkra jellemző. A gyakran idegrendszeri torzulást is tükröző öngyilkossági kísérletek az elítéltek negyvenhárom százaléka voltak jellemzők, ezek tizennégy százalékát a börtönben követték el⁵⁸. Vigh eredményei tehát igazolták Penrose állításait. Hiányosságként értékelhető, hogy Magyarországon még nem készült önálló kutatás ezen a téren, és az említett adatok sem tartalmaznak frissnek mondható adatokat.

A magyar szabályozás és a büntetés-végrehajtás ellentmondását tükrözi, hogy míg a 36/2003. IM rendelet előírja, hogy a kóros elmeállapotúvá váló elítélt gyógykezelését az IMEI végzi⁵⁹, a gyakorlatban előfordul, hogy csupán a bv. intézetek gyógyító-nevelő csoportjaiban helyezik el őket.

E csoportokat azonban a személyiségzavaros és enyhén értelmi fogyatékos elítélteknek állították fel⁶⁰, nem a fogvatartottakra és a személyi állományra veszélyes elmebetegeknek. Ebben az esetben intézeti pszichológus vagy bejáró terapeuta működése nem elegendő.

Hiányosságként értékelhető, hogy a börtönbe vonuláskor nem történik szűrés a mentális betegségekre⁶¹, pedig így az előzőekben bemutatott nehézségeknek legalább egy része elkerülhető lenne.

Alapvető gond, hogy az IMEI büntetés-végrehajtási keretek között elhelyezett egészségügyi intézet, ez magával hozza a „börtönhelyettesítő szerepet”⁶², elsődleges funkciója mégis a gyógyítás. Nincs is jelentősége, hogy az ápolat, beutalt elkövetett-e valamilyen büntetendő cselekményt, vagy sem. Meglehetősen nehéz egy a végrehajtástól ennyire idegen feladatot ellátni, mintegy mellékágként.

1999-ben, majd 2012-ben az állampolgári jogok országgyűlési biztosa vizsgálta az IMEI körülményeit, és az elkészült jelentésben a körülményeket „börtönszerűnek” írta le. Hozzátette, hogy az intézet állapota nehezíti a szakmai munkát⁶³.

De vajon milyen érv szólhat a kényszergyógykezelés büntetés végrehajtási rendszerben tartása mellett? Véleményem szerint egyetlen érvet lehet megemlíteni. Büntetendő cselekményről van szó ugyanis, erre, valamint az elkö-

58 Vigh József: A visszaeső bűnelkövetők főbb adatai. Börtönügyi Szemle, 1997/2., 11. o.

59 36/2003. IM rendelet 23. §

60 Bereczki Zsolt: Marginalizálódott csoportok kezelésének lehetőségei a büntetés-végrehajtásban. Börtönügyi Szemle, 2007/1., 32–33. o.

61 Kalapos Miklós Péter (2008): i. m. 84. o.

62 Pallo József: i. m. 34. o.

63 Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa Hivatalának 3041/1998. és 1042/1999. jelentései.

vető veszélyességére tekintettel indokolt a büntetőjogi szankció alkalmazása. Mégis találhatunk ellenérvet, hiszen ha nem áll fenn a kényszergyógykezelés összes feltétele, kötelező intézeti gyógykezelést kell alkalmazni. Tehát előfordulhat, hogy a tettes elkövetett egy büntetendő cselekményt, mégsem kerül sor az intézkedés elrendelésére a bűnismétlés veszélyének hiánya miatt.

Több országban megvalósult már önálló költségvetésű, törvényszéki (forenzikus) klinika, ráadásul ezen intézmények többsége egyetemi kórházakhoz tartozik, így a tudományos, valamint a szervezeti és személyi kapacitással nincs gond. Magyarországon a helyzet e tekintetben is elkeserítő, hiszen egy egészségügyi dolgozóra 201 elítélt jut, ami a legrosszabb európai arányszámok közé tartozik⁶⁴.

A 36/2003. IM rendelet szerint az IMEI felügyeletét az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium⁶⁵ látja el⁶⁶. Helyes-e ez a megoldás? Egyes vélemények szerint – mivel e szankció feladata a gyógyítás – ezt a feladatot inkább az Egészségügyi Minisztériumnak kellene ellátnia. Véleményem szerint ameddig az intézet a büntetés-végrehajtás része, megfelelő a jelenlegi szabályozás; hiszen az intézkedés végrehajtása fölött az egészségügyi miniszter gyakorol szakfelügyeletet⁶⁷ – ez megvalósítja a „szakmai részvételt”.

Álláspontom szerint adódik még egy probléma a kényszergyógykezelés elrendelésének körében, mégpedig a jogalkalmazók szakirányú ismereteinek teljes hiánya.

Természetesen nincs arról szó, hogy az igazságügyi szakértők helyét kellene átvenniük. De úgy vélem, pusztán ahhoz, hogy a szakértőnek kérdést tudjanak feltenni, és a válaszát megfelelően felhasználni, szükség lenne bizonyos pszichiátriai ismeretre.

E kérdés tárgyalásánál meg kell említeni, hogy több államban – például az Egyesült Királyságban vagy az Egyesült Államokban – speciális bíróságok foglalkoznak az elmebeteg vagy a drogfüggő elkövetőkkel⁶⁸. Ez természetesen nagyon hasznos, de a hazai bevezetésére kevés az esély.

64 Kalapos Miklós Péter (2008): i. m. 84. o.

65 A 2010. évi XLII. tv. szerint Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium helyett Belügyminisztérium, valamint Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium működik, de ezek a változtatások a vonatkozó rendeletbe még nem kerültek be, ezért továbbra is a rendelet szövegét tartom szem előtt.

66 36/2003. IM rendelet 2. § (1) bek.

67 36/2003. IM rendelet 2. § (2) bek.

68 Kalapos Miklós Péter (2008): i. m. 83. o.

Zárszó

A legsúlyosabb gond az, hogy a büntetés végrehajtási rendszeren belül az egészségügyi tevékenység üzemeltetése tulajdonképpen egyfajta „mellékágként” működik, ez megkérdőjelezi annak szakmai hatékonyságát és fontosságát. Kérdéses, hogy biztosítató-e a gyógyító tevékenység eredményessége, ha a börtön és a kórház alapvető funkciói különböznek. Míg a kórház nem egyetemes intézmény, általában önkéntes alapon kerülnek be az egyének, és „szándékában jóindulatú intézmény”, a büntetés végrehajtási intézet egyetemes intézmény, amely megköveteli, hogy az élet összes aspektusa egy helyen, meghatározott módon történjen. Itt fenyítőintézetről van szó, nem gyógyításról. Ebből levonható az a következtetés, hogy kevésbé alkalmas a gyógyításra⁶⁹.

A külföldi példák azt sugallják, hogy a megfelelő megoldást törvényszéki (forenzikus) klinikák, illetve klinikai egységek létrehozatala jelentené. Mind ez azt a következményt vonná maga után, hogy a kényszergyógykezelés végrehajtása elszakadna a büntetés-végrehajtás rendszerétől.

A kormány szándékai között időről időre megjelenik a kérdés rendezésének igénye, legutóbb épp 2012-ben, amikor vizsgálatot folytattak az IMEI, a Bv. Központi Kórház és a nagyfai krónikus utókezelő részleg közös telephelyre integrálásáról. További előrelépés azonban nem történt az ügyben.

IRODALOM

Bényei Andrásné – Kövér Ágnes (szerk.): Watch dog 4. füzet. Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest, 2005

Bereczki Zsolt: Marginalizálódott csoportok kezelésének lehetőségei a büntetés-végrehajtásban. *Börtönügyi Szemle*, 2007/1.

Felek István – Holé Katalin (szerk.): A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény magyarázata, VII. kötet. Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest, 2009

Hevér Tibor: Gyanús vagy kóros? Rezümé egy intézkedés régi-új végrehajtási szabályairól. *Magyar Jog*, 2007/6.

Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemmák: börtön vagy elmekórház? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 2007/2.

Kalapos Miklós Péter: Társadalmi dilemma: Elmebeteg a börtönben? A jelen helyzet és a jövő kihívásai. *Börtönügyi Szemle*, 2008/2.

Kovatsits Gábor: Néhány gondolat az IMEI büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatairól. *Ügyészek Lapja*, 2001/3.

Lajtár István: Gyógymód. Ügyészi vizsgálat az IMEI-ben. *Börtönügyi Szemle*, 1997/4.

69 Uo. 80. o.

Megvont szabadság. Emberi jogi jogsértések a kényszergyógykezelés felülvizsgálata során Magyarországon. Mental Disability Advocacy Center (Központ a Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány), 2004

Nagy Ferenc: Intézkedések a büntetőjog szankciórendszerében. KJK, Budapest, 1986

Nagy Ferenc: Szankciók. Gondolatok és reflexiók az új Btk. Általános részi tervezetéhez. In: **Holé Katalin – Kabódi Csaba – Mohácsi Barbara (szerk.):** Dolgozatok Erdei Tanár Úrnak. ELTE ÁJK, Budapest, 2009, 339. o.

Pallo József: A gyógyító jellegű büntetőjogi kényszerintézkedések végrehajtásának jellegzetességei. *Börtönügyi Szemle*, 2006/3.

Varga Zoltán (szerk.): A büntetőjog nagy kézikönyve. Complex Kiadó, Budapest, 2007

Vigh József: A visszaeső bűnelkövetők főbb adatai. *Börtönügyi Szemle*, 1997/2.

Vókó György – Lajtár István: A kényszergyógykezelés személyi és intézményi feltételei. *Belügyi Szemle*, 1997/12.

Vókó György: Büntetés-végrehajtási jog. Dialóg-Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 2005