

## GYETVAI BÉLA

### A magyar rendőrorvoslás I.\*

Hazánk átfogó – gazdasági, társadalmi, politikai, közigazgatási, rendészeti, honvédelmi, nemzetbiztonsági, oktatási és minden más tekintetben vett – modernizációjának, értsd: gyökeres megújulásának szerves és nélkülözhetetlen összetevője az egészségügyi ellátórendszer haladéktalan korszerűsítése is. A totális modernizáció egészségügyi vetülete azt célozza, hogy Magyarország egészségügye – a társadalmi és gazdasági feltételek által megszabott keretek között – minél inkább közelítsen az európai normákhoz és gyakorlatokhoz.

#### A hazai egészségügy korszerűsítésének indokai

A magyar lakosság egészségi állapota évtizedek óta fokozatosan romlik. Elsősorban az aktív korosztályok halálózása nő tragikus mértékben, a születéskor várható átlagos élettartam csökken. A lakosság különböző, szociálisan meghatározott csoportjainak, rétegeinek egészségi állapota, halálózási viszonyai egyre inkább eltérnek egymástól. A magas halálózás következményei, hogy az alacsony születésszám mellett a népességszám tartósan és egyre nagyobb mértékben csökken. A lakosság korösszetétele kedvezőtlen, egyre növekszik az ugyancsak eltartásra szoruló rokkantak száma is.

E veszélyes és figyelmeztető társadalmi jelenség mellett a legújabb kori magyar egészségügy az eddigi történetének legsúlyosabb, legpusztítóbb válságát éli, amely nem ma és nem is a két évtizeddel ezelőtti rendszerváltozással kezdődött.

A magyar egészségügy válsága – a társadalmi lét szinte minden más szegmenséhez hasonlóan – elsősorban strukturális jellegű, amit a végletekig kiéleznek a romló gazdasági feltételek. A válság megoldása azonban – javuló gazdasági helyzetben is – kilátástalan az ellátórendszer, az intézményrendszer alapvető átstrukturálása nélkül. A szerkezeti átalakítás nagyon bonyolult és nehéz feladat, mert amellet hogy a lakosság jelentős részét érinti, egzisztenciális változtatásra kényszeríti az ellátókat, szinte a teljes egészségügyi

---

\* A cikk második része a Belügyi Szemle következő számában jelenik meg.

társadalmat. Az ellátórendszer, az intézményrendszer gyökeres átalakítása és a valódi szükségletekhez történő igazítása napjaink kiemelt céljává, illetve tovább nem odázható, sürgősen megvalósítandó feladatává vált.

Stratégiai célként és a modernizációval szemben támasztott követelményként kell kezelnünk, hogy az objektív gazdasági kényszer a valós és égető szakmai problémák megoldását segítse elő. Ha képesek lennénk (leszünk) erre, akkor – általános regresszió helyett – ténylegesen teljesíthetjük, megvalósíthatjuk az egészségügyi ellátórendszer, intézményrendszer valódi modernizációját.

## **A hazai egészségügy jövőképe**

Az egészségügyi rendszer megújulásához meghatározó körülmény, hogy a gazdaság teljesítőképessége és az egészségügyre vonatkozó elvárások között – prognosztizálhatóan – középtávon is jelentős eltérés lesz, a kedvezőtlen népegészségügyi tendenciákat fenntartó társadalmi-gazdasági hatások jelentősen kedvezőbb és rövid időn belüli megváltozásával ugyanis nem számolhatunk. A jelenlegi helyzet minőségi megváltoztatása érdekében a népegészségügyi szemléletnek, az egészségmegőrzésnek – a gazdasági szempontokkal egyenrangú – determináns elemmé kell válnia a társadalmi tudatban.

Az egészségügyi rendszer működését akkor tekinthetjük megfelelőnek, ha:

- a kötelező, szolidaritási elven működő biztosítás keretében mindenki hozzájut az alapvető és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatásokhoz;
- a szolgáltatási struktúra megfelel a valós egészségügyi szükségleteknek és a „fogyasztói” igényeknek, és rugalmasan követi a morbiditási, a demográfiai változásokat;
- az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő;
- a szolgáltatások rendszere, igénybevételük lehetősége és az egészségügyben elköltött közpénzek sorsa átlátható;
- az egészségügy finanszírozható rendszerben működik;
- az egészségügyre fordított források felhasználásának hatékonysága javul.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnak (ÁNTSZ) minden eddiginél kitüntetettebb – valójában privilegizált – szerepe kell hogy legyen egyrészt az egészségügyön belüli és az azon kívüli prevenció szervezésében, másrészt a klasszikus népegészségügyi szervezőmunkában, harmadrészt a különböző ellátási formák, betegellátó intézmények, intézményrendszerek

működésének racionalizálásában, szükség szerinti integrációjuk lebonyolításában.

Az ÁNTSZ-nek mint az állami egészségpolitika megvalósulását elsődlegesen elősegítő operatív szervnek a teljes magyar egészségügyet érintően és az egészségügyi feladatokat ellátó valamennyi szerv, szervezet, intézmény, intézményrendszer vonatkozásában egységes szervezési, irányítási, koordinálási, felügyeleti, ellenőrzési, szankcionálási stb. funkciókat kell ellátnia, és azokat indokolt esetben eljuttatnia az állami centralizáció, racionalizáció, integráció grádusaihoz.

Mára ugyanis teljesen nyilvánvalóvá vált – bár a lakossággal továbbra is rendkívül nehezen elfogadtatható – az a tény, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a világszerte magasnak számító társadalombiztosítási járulékbefizetések ellenére sem képes korlátlanul szolgáltatást vásárolni. Az egészségügynek jutó támogatás csökkenése miatt egyre többet kell fizetni a gyógyszerekért, ma már nem ingyenesek a fogorvosi ellátások, fizetni kell a szanatóriumi kezeléseikért, a sport- és a foglalkozás-egészségügyi ellátásokért és így tovább.

Ezeket a gyökeres változásokat a korábbi rendszerben felnőtt generációk nehezen fogadták/fogadják el. Az utánuk következő fiatalabb generációkkal remélhetőleg az oktatási rendszer lesz hivatott elfogadtatni – immár életstratégiai elemként – ezen egészségpolitikai és szakmai intézkedések bevezetésének a szükségességét, a változtatások elkerülhetetlenségét, éppen a paradigmaváltás érdekében.

## **A hazai egészségügy korszerűsítésének módszerei, eszközei**

A korszerűsítési, megújulási program eredményes megvalósításának több feltétele van. Alapvető, hogy a célok legyenek megalapozottak, kapcsolódjanak a nemzetközileg elfogadott elvekhez, azonban vegyék figyelembe a magyar egészségügy értékeit, sajátosságait, specifikumait is. Nagy jelentőségű az országban jelenleg tapasztalható nagymértékű különbségek reális számbavétele, az egyenlőtlenségek korrekciós lehetőségeinek feltárása. Rendkívül fontos megteremteni a korszerűsítés végrehajtásának anyagi feltételeit!

## A korszerűsítést indokoló körülmények

A fejlett országokban a gazdaság teljesítőképessége általában növekedett, így többnyire nőtt/nőhetett az egészségügyre fordítható források mennyisége is. A ráfordítások azonban csaknem minden országban elégtelennek bizonyulnak az egészségügy finanszírozására, a fejlődési ütem megtartására.

Szakmai körökben ma már evidenciaként kezelik, hogy szakadék tátong a technikailag elérhető, az orvosilag indokolt és a gazdaságilag megengedhető ellátás szintjei között.

A reformlépéseket szükségessé tevő gazdasági kényszer egyik fő oka a rohamos (orvos)technikai-technológiai fejlődés. Ennek alkalmazása világszerte egészségügyiköltség-robbanáshoz vezetett.

A gyökeres változtatás egyik szakmai indoka az orvostudomány, orvos-technika valóban forradalmi fejlődésében keresendő. E változások következtében az orvoslás feltételrendszere, lehetőségei, korlátai nagymértékben módosultak és folyamatosan módosulnak.

Az orvoslás korábbi, személyes kapcsolatokon nyugvó és számos intuitív elemet tartalmazó jellege átalakulóban van. Bár a személyes (orvos-beteg és nővér-beteg) kapcsolat és annak bizalmi jellege napjainkban is meghatározó, a gyógyítás egyre inkább teammunkává válik.

A diagnosztikában a műszeres vizsgálatok sokasága, a terápiában pedig a rohamosan szélesedő hatástani skálát jelentő gyógyszerek és eszközök, eljárások állnak rendelkezésre, alig átlátható választékot nyújtva orvosnak, betegnek egyaránt. Kevésbé nyilvánvaló, de az ellátást csaknem ugyanennyire megváltoztatja az a gyakorlat, amely az eszköztárat – protokollok, eljárási leírások, ajánlások útján – mintegy technológiai sorban rendezi. Ez a szemléletváltás mind a beteg, mind az orvos számára biztonságot és átláthatóságot jelent, és annak esélyét nyújtja, hogy a ráfordított pénz ellenőrizhetően és jobb hatásfokkal hasznosuljon. A gyógyító technika és technológia fejlődése az ellátórendszer különböző szintjeinek lehetőségeit, kompetenciáját alapvetően megváltoztatta, és újfajta kapcsolatot (megújulást) tett szükségessé az ellátóegységek között.

A népegészségügyi, szakmai és gazdasági mozgatóerők persze nálunk is hatnak. Lehetőségeink ugyanakkor belátható időn belül – és ez biztos állítható – továbbra sem teszik lehetővé, hogy a legfejlettebb országok mintáit kövessük. A nemzetközi tendenciák tudatos figyelemmel kísérése, azok eredményeinek kritikus alkalmazása, vagyis az ellátórendszer alapvető megújítása azonban nálunk is elkerülhetetlen és halaszthatatlan. Mindeközben persze

nem tévesztendő szem elől, hogy a korszerűsítés menetében a teendőket és lehetőségeket elsősorban és döntően a lakosság egészségi állapotának és az ellátórendszernek a mutatói, illetve mindezek kontrájaként a gazdasági feltételrendszer szerkezete és színvonala határozza meg.

## **A gazdasági, jogi, politikai környezet**

A gazdaság jövedelemteremtő képességében olyan helyzetben alakult ki jelentős, markáns forrásszűkülés, amikor az egészségügyi ráfordítások egyébként reálértékben is folyamatosan csökkentek. Rövid és középtávon nem várható érdemi növekedés a gazdaság jövedelemtermelő képességében, miközben az ország külső és belső adósságállománya a kezelhetőség határáig nőtt. Ez minden más cél elé helyezte a kiadások, azokon belül a közkiadások korlátozásának szükségességét, csökkentve az egészségügy forrásait is. Az említett gazdasági tényezők önmagukban is sürgetővé tették/teszik az egészségügyi struktúra megújítását, reformját. Az intézményrendszer gyors és hatékony megváltoztatásának még ma is döntő akadálya azonban az, hogy magához az átalakításhoz sincsenek meg a megfelelő források.

A gazdaság változásainak jelentős szociális körülményei és következményei is vannak. A jövedelmi különbségek növekedtek, a társadalom polarizálódott, ez az egészségügyi ellátások iránti igényeket és valós szükségleteket (fizetőképes kereslet) is differenciáltabbá tette.

Már évekkel ezelőtt látható volt, hogy a gazdaság jövedelemtermelő képességének korlátai, a növekvő külső adósságállomány és belső adósság, a közkiadások aránya és szerkezete szükségessé teszi majd az államháztartás átfogó reformját is.

A jóléti rendszerek sem kerülhették el a gazdasági válsághelyzet kedvezőtlen hatásait, tudatos és szisztematikus megváltoztatásuk törvényszerűen következett be. A változtatásokat, korlátozásokat, szűkítéseket azonban úgy kellett végrehajtani, hogy azok a lehető legkevesebb zavart okozzák az ellátásban.

A gazdasági folyamatok átalakulásával párhuzamosan megváltozott az egészségügyi forrásképzés, forráselosztás rendszere is. A járulékfizetésre kötelezettek köre csökkent, a járulék- és adófizetési morál romlott. A finanszírozási gyakorlat bizonytalanná, nehezen kiszámíthatóvá és rosszul átláthatóvá tette a rendszert.

Az egészségügyi jogi környezete több vonatkozásban inkonzisztens, ami számos funkciózavar forrása. Az inkonzisztencia egyik oka, hogy a szinte

permanens dereguláció ellenére még mindig nagy tömegben maradtak hatályban elavult, illetve helyenként alig értelmezhető jogszabályok is.

Az előttünk álló időszak nagy kérdése azonban ismételten mégiscsak az, hogy az egészségügyi korszerűsítés kitűzött és megindokolt céljai mennyire lesznek tarthatók, azaz a politika mit ad fel a hosszú távú egyensúlyt megcélzó programból egy rövid távú politikai egyensúly megteremtése érdekében. Márpedig ha ilyen helyzet alakul(na) ki, az hosszú időre megakadályozhatja egy szervezetileg, szakmailag és gazdaságilag is racionálisabb alapokon nyugvó, új egészségügyi struktúra létrejöttét és hatékony működését.

## **A szociális helyzet**

A gazdasági élet, a gazdasági helyzet változásai determinálják a lakosság életfeltételeit. Magyarországon a már korábban elkezdődött jövedelem és vagyon szerinti differenciálódás felgyorsult, az egyenlőtlenségek tekintetében országunk az „élvonalba” került. A kereseti és a jövedelmi viszonyok egyszerre kirívóan differenciáltak és túlzottan „összenyomottak”. A kereseti viszonyok területenként, ágazatonként, szakmánként is nagy eltéréseket mutatnak. Az elmúlt évtizedben a középrétegek anyagi helyzetének fokozatos romlása erősen polarizált társadalomszerkezetet alakított ki.

A jövedelem csökkenésével együtt járt az életformaváltás is. A családok egyre nagyobb hányada kényszerült arra, hogy lemondjon a modern szolgáltatások megvásárlásáról. Ezeknek a háztartásoknak ma már nincs elegendő tartalékuk ahhoz, hogy az egészségügy bővülő térítésköteles szolgáltatásait megengedhessék maguknak, vagy hogy kiegészítő biztosítást köthessenek.

A társadalom jelentős részének magatartásmintái is módosultak. A társadalmi felemelkedés stratégiáját egyre inkább a mindennapi túlélés kényszere váltotta fel. A leszakadók körében a perspektívák hiánya, a tartós munkanélküliség a munkakultúra romlásához, a lumpen életforma széles körű elterjedéséhez, az egészségtelen életmódhoz, a higiénia romlásához, végső soron – egyebek mellett – az egészségi állapot veszélyeztettségéhez, az egészségügyi szolgáltatások gyakoribb igénybevételéhez (is) vezetett.

A megnövekedett terheket egyre fáradó, létszámában csökkenő, egészségében károsodott, tovább már alig terhelhető aktív kereső réteg viseli.

Az előbbi jelenségekre és folyamatokra figyelemmel, az egészségügyi és a szociálpolitikanak a lakosságot terhelő intézkedések bevezetésekor a legnehezebb helyzetben lévő, a létminimum alatt vagy a körül élő több mint két-

három millió emberre – vagyis a lakosság csaknem egyharmadára – különös tekintettel kell lennie.

## **A lakosság egészségi állapota**

Az egészségügy teendőit, az átalakítás fő irányait közvetlenül a lakosság egészségi állapota határozza meg, amely azonban társadalmi, gazdasági és szociális tényezők eredőjeként jön létre és módosul. Az ország lakosságának egészségi állapota évtizedek óta nagyon rossz, és továbbra is negatív tendenciát mutat. Különösen súlyosnak tekinthető ez a helyzet, ha az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározását vesszük figyelembe, amely az egészség fogalmába a testi egészség mellett a szellemi és a szociális jólétet is beleérti.

Hazánkban a népesség száma folyamatosan csökken, mélypontot értünk el az elveszületések, a halálozások száma és ennek következtében a természetes fogyás tekintetében. Az előregezés mellett a legfontosabb probléma az aktív életkorú népesség kiugróan magas korszpecifikus halálozási aránya. A születéskor várható élettartam a férfiak esetében csökkenő tendenciát mutat, nőknél gyakorlatilag stagnál. (E fontos mutatók vonatkozásában Magyarország még a volt szocialista országok között is a sereghajtók közé került.) Különösen aggasztó jellemzője a magyar demográfiai helyzetnek, hogy a reprodukció életkorban lévő nők halálozási arányai is lassú növekedést mutatnak. A férfiak több mint egyharmada meghal a nyugdíjkorhatár – jelenleg a 62 éves kor – elérése előtt. A társadalombiztosítás jelenleg mintegy huszonöt százalékkal több embernek fizet nyugdíjszerű járadékot, mint a tényleges nyugdíjkorúak száma. A saját jogú nyugdíjasok között magas a rokkantsági alapon nyugdíjazottak aránya is. Egész Európában mindkét nemre vonatkozóan – Bulgária mellett – Magyarországon a legmagasabb az elkerülhető halálozások arányszáma.

Ez is azt bizonyítja, hogy a megelőző és a gyógyító ellátás hatékonysága alacsony, a lakosság egészségi állapotának javításához azonnal és feltétlenül szükség van az ellátás biztonságának és színvonalának jelentős emelésére, a gazdasági erőforrások nagyfokú koncentrálására és a lehető leghatékonyabb felhasználására.

Az egészségügyi ellátórendszer feladatait és működésének feltételeit az említett gazdasági, jogi, szociális és egészségi tényezők együttesen határozzák meg.

Tehát ebben a feltételrendszerben kell olyan alapvető változásokat elérni az egészségügy szerkezetében, ami jobban illeszkedik a lakosság valós szükségleteihez, jobban szolgálja az egészség megőrzését és a megbetegedettek számára a gyógyulás lehetőségét, s jobban hasznosítja a rendelkezésre álló szűkös forrásokat.

## **Az állam szerepe, felelőssége, lehetőségei**

A magyar egészségügyi rendszer alapvető ellentmondása, hogy amíg a gyógyítás mennyiségi és minőségi feltételei az utóbbi évtizedekben folyamatosan javultak, valamint mindenki számára elérhetővé vált az egészségügyi ellátás, továbbá jelentős eredmények születtek a közegészségügy és a járványügy területén, addig a lakosság egészségi állapota, illetve a megbetegedési és halálozási mutatók fokozatosan romlottak.

Az egészségügyi ellátás korszerűsítése során figyelemmel kell lennünk arra, hogy – amint azt a WHO is megállapította – az egészségi állapot meghatározó módon nem az egészségügyi ellátás, hanem az életmód és a környezeti hatások befolyásolják, azaz az egészség alapvetően nem a gyógyításban keletkezik és nem is ott vész el. Paradigmaként kell(ene) kezelnünk e megállapítást – valamennyiünknek... Az egészség tágabb értelmezése mellett szemléletváltásra van szükség magában az egészségügyben is.

Az elmúlt évtizedekben az egészségügy a gyógyítást tekintette elsődleges feladatának, a megelőzés nem kapott kellő hangsúlyt, illetve a megelőzés a gyakorlatban a fertőző megbetegedések elleni védekezésre és egyes betegségek korai felismerésére korlátozódott. Az egészségügyi rendszer megújulása csak akkor lehet eredményes, ha a megelőzést helyezi tevékenysége középpontjába. A megelőzés fontosságának felismerése azonban önmagában nem elegendő a szemléletváltáshoz. Államilag egységesen koordinált, a kormányhivatalok szervezetén belül az ÁNTSZ mint a „legfőbb” állami egészségügyi szakigazgatási szerv által irányított, a teljes egészségügyi ellátórendszer vertikumát és teljes tevékenységi körének a szervezését, irányítását, koordinálását, felügyeletét, ellenőrzését, szankcionálását magába foglaló (centrális, racionális és integrált) munkának kell kezdetét vennie, hogy a célul kitűzött megújulás sikeresen megvalósuljon. Ennek megfelelően a megelőzésen belül a hangsúlyt az elsődleges megelőzésre, a betegségek keletkezésének a megakadályozására kell helyezni.



Mindez azonban tisztán a hagyományos orvosi eszközökkel nem lehetséges. Az egészségi állapot befolyásolásában csak a következő három tényező együttes javításával lehet eredményt elérni:

- az egészség feltételeinek társadalmi szintű megteremtése;
- a káros környezeti hatások csökkentése;
- a személyes egészségkultúra javítása, szemlélet- és életmódváltás.

Az állam felelőssége az előbbieken foglaltak szerint alapvetően és döntően a működéshez szükséges személyi, dologi, tárgyi feltételek, valamint a gazdasági, jogi környezet megteremtésében és – lehetőség szerint – különböző civil kezdeményezések segítségével nyilvánulhat meg. Közvetlen végrehajtói felelősségét és ellenőrzési kötelezettségét a kormány – egy minden eddiginél szélesebb feladat- és hatáskör megadásával – az ÁNTSZ-en keresztül kell hogy érvényesítse (állami centralizáció, racionalizáció és integráció).

Meg kell indulnia és egyre nagyobb szerepet kell kapnia az egészségtan, az egészséges életmód propagálásának az iskolai oktatásban, ennek természetesen el kell jutnia a társadalom valamennyi „iskolán kívüli” rétegéhez is.

Az életmód kedvező irányú befolyásolásában nagyobb feladatot kell hogy vállaljon az írott és az elektronikus média, a tömegkommunikáció valamennyi szereplője. Az egészségnevelés hatékonysága érdekében szükséges a reklámtévékenységek újrászabályozása.

A jövőben még jobban ki kell használni a reklámokban rejlő egészségnevelési lehetőségeket, illetve az egészségkárosító szokások terjedése, a rizikófaktorok halmozódása miatt ki kell zárni vagy igen erősen szűkíteni kell az egészségkárosító termékek reklámozását.

„Büntetőadók” bevezetésének a lehetőségét is meg lehet/kell fontolni, sőt bevezetésükre sort kell keríteni, ha a társadalom egészségének a védelme ezt feltétlenül indokoltá, szükségessé teszi.

## **A változó feladatok és kapcsolatok az egészségügyben**

Az egészségügy korszerűsítésének meghatározott célja kell hogy legyen az is, hogy a szükségletekhez jobban igazodó és hatékonyabban működő egészségügyi rendszer jöjjön létre. A lakosság egészségi állapotából következő szükségletek kielégítésére olyan rendszer a legalkalmasabb, amelyben – a jelenlegivel ellentétben – a járóbeteg-ellátás és ezen belül is az egységes háziorvosi ellátás lesz a legmeghatározóbb. Ennek a célnak az eléréséhez jelen-

tős változásokat kell elérni nemcsak az ellátórendszer szerkezetében, de a szakmai kapcsolatok rendszerében, a feladatok megosztásában is.

## **A járóbeteg-ellátás fejlesztése, átalakítása**

Egy valóban korszerű egészségpolitika alapelvei, szándékai között alapvető kell hogy legyen a járóbeteg-ellátás súlyának és szerepének növelése. A fő cél, hogy járó betegként kapjanak definitív ellátást mindazok, akiknek az állapota nem feltétlenül teszi szükségessé a kórházi felvételt. Ez a célkitűzés azonban csak akkor valósítható meg, ha a háziorvosok képzettségének és szakmai kompetenciájának növelésén túl rendelkezésre áll a megfelelő szakmai összetételű és felszereltségű járóbeteg-szakellátási szint is, amely szervezett formában és a kölcsönös érdekeltég alapján működik együtt mind a háziorvosi hálózattal, mind a fekvőbeteg-intézményekkel.

## **A foglalkozás-egészségügy**

1995-re Magyarországon a foglalkozás-egészségügyben alapvetően új helyzet alakult ki. Ennek oka egyrészt a gazdasági szerkezetváltásban keresendő, hiszen a közép- és nagyüzemek jó része megszűnt, vagy kis létszámú gazdasági szervezetekké alakult át, másrészt az 1993. évi munkavédelmi törvény előírta, hogy a munkáltató köteles minden munkavállalója számára foglalkozás-egészségügyi ellátást nyújtani. A változás harmadik eleme, hogy elkezdődött a korszerű, nemzetközi elvárásoknak eleget tevő foglalkozás-egészségügyi tevékenység szakmai feltételrendszerének kialakítása, napjainkra pedig lényegében befejeződött. A foglalkozás-egészségügyi tevékenység részben a vállalatokhoz telepített orvosi rendelőkben, részben pedig egészségügyi intézményekben a foglalkozás-egészségügyi szakrendeléseken folyik.

Jelenleg a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok alapellátási feladatként végzik az ellátási körükbe tartozó munkavállalók munkaalkalmassági vizsgálatát, a munkavégzéssel összefüggő megelőző orvosi vizsgálatokat, illetve a hozzájuk forduló dolgozók gyógykezelését, gondozását.

A foglalkozás-egészségügyi szakellátás feladata speciális munkaalkalmassági vizsgálatok végzése, a munkaköri (szakmai) alkalmasság másodfokú elbírálása és konzultációs lehetőség elsősorban a foglalkozás-egészségügyi alapellátás, valamint bármely más szakterület számára.

Az alapellátást foglalkozás-egészségügyi praxisokban lehet/kell végezni. E praxisokat – meghatározott foglalkoztatási létszámot és munkavégzési kategóriákat figyelembe véve – a munkahelyek közelében, illetve a munkavállalók által könnyen elérhető helyen lehet/kell működtetni. A speciális foglalkozás-egészségügyi szakorvosi konzíliumot és ellátást foglalkozás-egészségügyi szakellátás keretében kell végezni.

A foglalkozás-egészségügyi ellátás egyik lehetősége, hogy az ellátást a munkáltatók által fenntartott és működtetett szolgálatokkal oldják meg. Ez esetben a teljes működési költséget a munkáltató fedezi.

A másik megoldás, hogy a kórház-rendelőintézetből, vagy vállalkozó foglalkozás-egészségügyi orvostól vásárolt szolgáltatással oldják meg a feladatot. A foglalkozás-egészségügyi ellátás ajánlott díjtételeit rendelet írja elő.

## **Az ország adósságállománya**

Napjainkra az ország hatalmas adósságának minél gyorsabb és minél nagyobb mértékű leszorítása érdekében számos központi intézkedés példája vált ismertté a széles társadalmi közvélemény előtt.

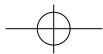
Idetartozik egyebek között az úgynevezett „három P” projekt (Public Private Partnership; PPP), amelyet nemzetgazdasági érdekből felfüggesztettek, vagy például azok a „két P” (párhuzamos és pazarló) formában működő rendszerek is, amelyeknek a megszüntetésére folyamatosan és kérelmelhetetlenül következetes magatartással törekszik az állam.

A közelmúltban – legszorosabb összefüggésben az ország gazdasági helyzetével és az adósságállomány csökkentésének minden egyebet megelőző érdekével – bemutatott Széll Kálmán gazdasági terv, amely a társadalmi megújulást tűzte ki legfőbb céljául, egyebek között az egészségügyi ágazatot is érintően a következő gondolatokat tartalmazza.

*„A magyar ember természetéhez tartozik, hogy a maga lábán akar állni, és a maga ura akar lenni. Mindenki azért hajta magát, azért dolgozik, hogy munkájával saját maga és családja jólétét, gyarapodását, boldogulását megteremtse és biztosítsa.*

*Az utóbbi években azonban oda jutottunk, hogy a mi munkánkból mások gazdagodnak.*

*Akiknek van munkájuk ma Magyarországon, bár egyre többet dolgoznak, mégsem látják ennek hasznát, mert annak java részét elviszik az adósságok.*



*Magyarország számára most jött el a pillanat, hogy hadat üzenjen az adósságnak, amely polipként ráfonódott az életünkre.*

*Ha nem fejtjük le magunkról, végképp lehúz a mélybe, és nem lesz esély munkából megélni Magyarországon. Életünk minden területén – az egészségügytől az oktatáson át a közlekedésig – le kell győzni az adósságot. Ha ezt sikeresen véghezvisszük, akkor végre mi, magyarok fogunk gazdagodni a saját munkánkból. Akkor mindenkinek könnyebb lesz az élete, és jobbak lesznek a személyes kilátásai.*

*Így tudunk változtatni az életünkön.*

*Ma Magyarországon az egészségügy a betegségből indul ki ahelyett, hogy az egészségre koncentrálna.*

*Az egészségügy rendszerét is át kell alakítani, mert miközben pénziánytól szenvednek a rendelőintézetek, a kórházak, az egészségügyben dolgozók elfogadhatatlanul alacsony bérért dolgoznak, aközben az indokolatlan kiadások, rossz szervezés és feleslegesen elköltött milliárdok is részei az egészségügy mindennapjainak.*

*Az átszervezéssel megtakarított forrásokat az egészségügyben kell elkölteni, kórházak fejlesztésére, vagy akár az egészségmegőrzést nagyban szolgáló tömegsport programokra. Fontos, hogy az egészségügy finanszírozása a jelenleginél egyszerűbb, kiszámíthatóbb, évekre előre tervezhetőbb legyen.*

*Meg kell teremteni, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat értékükön, eredmény-orientáltan finanszírozzuk.”*

## **Az ORFK Egészségügyi és Pszichológiai Osztály szervezeti egységének feladatai**

1. Szakirányítja és szakfelügyeli a hivatásos, köztisztviselői és közalkalmazotti állományba jelentkezők egészségi alkalmassági vizsgálatát, valamint végzi a rendészeti szakközépiskolába pályázóknál a területi rendőri szerveknél végzett előzetes alkalmassági ellenőrzés során hozott alkalmatlan minősítések felülbírálatát.
2. Szakirányítja és szakfelügyeli a hivatásos, köztisztviselői és közalkalmazotti állományba jelentkezők pszichológiai alkalmassági vizsgálatát, végzi a rendészeti szakközépiskolába pályázóknál a területi rendőri szerveknél végzett előzetes alkalmassági ellenőrzés során hozott alkalmatlan minősítések felülbírálatát, valamint a vezetőkiválasztás alkalmasságvizsgálatait.

3. Szakirányítja, szakfelügyeli és működteti a rendőrség közegészségügyi, járványügyi és munkabiztonsági felügyeleti rendszerét.
4. Ellátja a személyi állomány megváltozott egészségi állapotú, illetve munkaképességű tagjai rehabilitációjának és a hivatásos állomány rekreációjának szervezésével, felügyeletével kapcsolatos feladatokat. Kapcsolatot tart fenn a beutalási férőhelyeket elosztó szervezettel, és javaslatot tesz – az állomány szűrővizsgálaton alapuló gondozási statisztikájának figyelembevételével – az elosztásra.
5. Részt vesz, illetve közreműködik a szakterületét érintő jogszabályok és az állami irányítás egyéb jogi eszközei tervezeteinek véleményezésében, koordinálásában, a tevékenységére vonatkozó jogszabályok jogalkalmazói értelmezésében és ennek a rendőrség egészségügyi alapellátásra való adaptálásában. Részt vesz a rendőrség egészségügyi szakszolgálatának működését szabályozó belső normák kidolgozásában.
6. Részt vesz az egészségmegőrzési és egészségfejlesztési programok irányításában, szervezésében és lebonyolításában. Segíti a személyi állomány egészséges életmódra nevelésével, valamint az egészségügyi ismeretterjesztéssel és elsősegélynyújtás-oktatással kapcsolatos feladatok végrehajtását.
7. Folyamatosan elemzi a személyi állomány egészségi állapotára vonatkozó statisztikai adatokat, az értékelés alapján kidolgozza a szükséges intézkedésre vonatkozó javaslatokat.

## Az eddigiek összefoglalása

Nos, mindezen gondolatok alapján talán nekünk is érdemes lenne végiggondolnunk annak a lehetőségét, hogy hazánk jelenlegi általános társadalmi és gazdasági helyzetében szükség van-e arra, hogy a magyar rendőrség keretében, speciális egészségügyi szempontokkal alig indokolhatóan, inkább csak régi kiváltsággént, „mint állam az államban”, önállóan működő megelőző, gyógyító, rehabilitációs, rekreációs, foglalkozás- stb. egészségügyi ellátási formákat tartsunk fenn.

Nem lenne-e célszerűbb és hasznosabb – hasonlóan a korábban „kiteljesedett formában létező” bányász, vasúti stb. egészségügyi szolgáltatásokhoz – egy tervszerűen, szakmailag átgondoltan és kellő fokozatossággal végrehajtott eljárásban (ésszerű centralizáció, racionalizáció és integráció zsinórmértéke mellett) ezeket az egységes állami egészségügyi ellátórendszerbe „visszavezetni”?

Az előbbiek szerint a rendőrségi egészségügy preventív, kuratív, rehabilitációs, rekreációs, egészségügyi tevékenységének az állami (civil) egészségügyi szervek által ellátott (ellátható) tevékenységi köreivel való egybevetése elvezethetne oda – újjászervezés –, hogy az indokolatlanul, párhuzamosan működő ellátások megszűnnének és a jövőben, ha van ilyen, csak a rendőrség-specifikus egészségügyi és pszichológiai feladatok ellátására koncentráldhatnának a humán-, valamint a szűkös dologi, pénzügyi erőforrások.

Ezzel a szervezeti változtatással – amelynek a végrehajtása a közeli és a távoli múltban kialakult érdekek sérelme miatt minden bizonnyal nagy erőfeszítéseket követel – évtizedek egy helyben járása után talán változtatni lehetne a teljes magyar egészségügy szerkezetén is annak érdekében, hogy az olyan működési formák, amelyek éppen párhuzamosságuk miatt pazarlóan működnek, a minél közelebbi jövőben megszűnjenek.

Sok szakember véleménye szerint ugyanis ennek a megújulásnak az eredményeként megindulhatna egy olyan gyarapodás, amely pozitív hatásaiban a magyar egészségügyi ágazat „szűkebb” érdekein messze túlmutatva, az egész országra kiterjedve, követendő mintaként szolgálhatna arra, hogy a jövőben ugyanazokat a bajokat (például a finanszírozási problémákat), illetve a hasonló veszélyeket (például a folyamatosan ismétlődő eladósodásokat, gazdasági csődhelyzeteket) idejében kivédhessük.

Az előbbi gondolatok alapján válik/válhat igazán fontossá, hogy a tisztelt olvasó összevesse az ORFK Egészségügyi és Pszichológiai Osztály által jelenleg ellátott feladatok körét az anyagban leírt általános magyar egészségügyi helyzetképpel és szakmai megállapításokkal annak érdekében, hogy értéktétele kialakításakor, és a megújulás szükségességének elismerésével, döntéséhez a jelenlegi rendszer fenntartásának vagy átalakításának vonatkozásában minél objektívabban foglalhasson állást.

Megjegyzendő az is, hogy bármilyen elemzés készül egy stratégia kialakítása céljából, a hangsúlynak akkor sem azon kell(ene) lennie, hogy abban felsoroljanak minden tényezőt, az összes erősséget, gyengeséget, lehetőséget és veszélyt, hanem inkább azon, hogy felismerjék azokat is, amelyek kapcsolatban állnak vagy állhatnak a kialakítandó új stratégiával.

Legtöbbször persze az új elképzelések sikeréhez ez sem elég, mert néhány erősség vagy gyengeség az adott témától függően továbbra is fontosabb lehet, maradhat az új tervek felépítéséhez, mint a többi, és ez természetesen vonatkozik a lehetőségek és veszélyek körére is.

Fontos tehát, hogy a döntéshozók a megállapításokat értékeljék abból a szempontból is, hogy azoknak milyen következményei lehetnek az új rend-

szere, és az új koncepció megalkotásánál esetleg milyen, addig fel nem tárt területeket kell még tovább vizsgálni ahhoz, hogy a korábban még kellő figyelemmel nem vizsgált összefüggések is pontosan felismerhetők, feltárhatók legyenek.

A dolgozat első részének befejezéseként – és bármilyen döntés meghozatala előtt – talán érdemes rögzíteni még valamit: soha nem tudhatjuk biztosan, hogy a király új ruhája valóban olyan-e, amilyennek mi látjuk, mi gondoljuk, vagy csak addig olyan, ameddig mások „nézőpontja” nem mutatja meg számunkra is, hogy az valójában milyen, illetve hogy az a ruha nem is létezik és hogy a király valójában meztelen!

## **Múlt, jelen, jövő**

A közösségben élő ember számára sohasem volt közömbös embertársai halála, és az adott korok szakemberei a lehetőségeik szerint mindig is vizsgálták, kutatták a halál okát és annak lehetséges körülményeit. A modern társadalmak kialakulásával és fejlődésével egyre erősebb állami érdek fűződött a halálesetek magas szakmai színvonalú kivizsgálásához, így egyebek között az egészségügyi, járványügyi, bűnügyi és egyéb vonatkozásokban is egyre fontosabbá vált az emberhalál okának pontos meghatározása. A halálesetekkel kapcsolatos eljárásokhoz fűződő egyéni és államhatalmi érdek többnyire egymást erősítette, a fejlődés iránya pedig egyértelműen az volt, hogy a közhatalom egyre nagyobb terjedelemben vonta saját tevékenységi körébe a különböző típusú halálesetek kivizsgálását, és egyre részletesebben szabályozta a szükséges eljárásokat, lehetőség szerint igyekezett is megeremteni annak szervezeti kereteit, személyi és technikai feltételeit.

A szervezeti megoldások persze országonként változó módon alakultak. Hazánkban a rendőrség megalakulásával az ügynevezett halottkémi teendők és még egy sor más közegészségügyi feladat e szervezet hatáskörébe került. Már a tizenkilencedik században kiadott jogszabályok rögzítették a rendkívüli halálesetekkel és a rendőri boncolásokkal kapcsolatos tennivalók részleteit. Ezek szerint az illetékes rendőrhatalóság felszólítására a rendőrorvos és az intézkedésre köteles tisztviselő kiment a haláleset helyszínére a halál beálltának, a halál okának és az elhalálozás körülményeinek minél pontosabb megállapítása érdekében. Meghatározott esetekben rendőrségi elrendelésre a boncolás is megtörtént. Ezek a korabeli rendeletek adták a rendkívüli halálesetekkel kapcsolatos, a napjainkban is elvégzett különböző típusú eljárások alapját. Mind-

ezekből egyértelműen kitűnik, hogy a rendőrségnek széles körű, mondhatni, teljes hatósági jogköre volt a halálesetek vizsgálata, kivizsgálása terén. A további fejlődés azonban már a differenciálódás irányába haladt, és több vonatkozásban módosította ezt a kezdetben kialakított jogkört.

A téma fontossága mindenképpen megkívánja a részletesebb történeti visszatekintést a Belügyminisztérium rendőrorvosi szolgálatának kialakulására, fejlődésére.

A tizenkilencedik században a rendőrorvosoknak rendkívül kiterjedt feladatkörük volt. A legfontosabb a közegészségügyi, a gyógyító-, a gyógyszerügyi, a hatósági orvosi, a tudományos és gyakorlati orvosképzési munka, az elsősegélynyújtás, a halottkémlés, a prostitúció ellenőrzése, a gépjárművezetők orvosi alkalmasságának vizsgálata stb. Csak a huszadik század közepétől kezdett különválni a gyógyító orvosi vonal és a büntügyi orvosi terület, és kezdődött el a rendőrorvosi tevékenységen belüli specializálódás. Ez a szakosodás a fejlődés irányába mutatott, hiszen kisebb szakterületet nagyobb mélységben lehetett elsajátítani (bár e „specializálódás” egyúttal a rendőrorvos tevékenységi körének beszűkülésével is járt).

A bűnmegelőző, bűnüldöző munkában mindig kiemelkedő jelentőségű szerepet kaptak a bűnüldöző és igazságszolgáltató szervek tevékenységét segítő, különleges szakértelemmel felvértezett igazságügyi szakértők, közöttük is – elsősorban igénybevételek gyakorisága miatt – az orvos szakértők és a büntügyi orvosok. Rendőrségi szerveink e tekintetben előnyös helyzetben voltak, hiszen hazánkban a szakma kialakulásának kezdetétől működött hivatásos állományú rendőrorvosi szolgálat.

A rendőrorvosi szolgálat tevékenységét 1945 után, a rendőrség újjászervezésével párhuzamosan, szintén újra kellett szervezni. Ez nem volt egyszerű feladat, nem ment könnyen és gyorsan, de a BM egészségügyi szolgálata sikeresen megoldotta e feladatot.

A BM a megelőző és bűnüldöző munka sikere érdekében már akkor is nagy jelentőséget tulajdonított a különleges szakképzettségű szakértők, így a rendőrorvosok, orvos szakértők munkájának. Az 1949–1950-es évekre befejeződött az állomány feltöltése, és a körülményekhez képest nagyjából stabilizálódott is (bár a büntügyi orvosok között fluktuáció volt tapasztalható).

A megalakulás időszakának legfőbb problémája a jelentkezők alapképzésének megszervezése volt. A fejlődés ellenére a kialakult hálózat ekkor még nem volt képes a bűnüldöző és igazságügyi szervek egyre fokozódó igényeit teljes egészében kielégíteni, ezért azt folyamatosan és terszerűen fejlesztették. E fejlesztés nyomán 1950-re kialakultak a büntügyi orvosi szolgálat elkü-



lönülésének feltételei. Ennek első lépéseként a Budapesti Rendőr-főkapitányság Egészségügyi Osztályán belül bűnügyi rendőrorvosi csoport jött létre a speciális rendőrorvosi feladatok ellátására. A vidéki hálózat ezzel párhuzamos fejlesztése pedig ahhoz vezetett, hogy 1960-ra a rendőrorvos szakértők egyre jelentősebb részt vállaltak az igazságszolgáltató szervek orvos szakértői igényeinek a kielégítésében. A személyi állomány markáns stabilizálódása ekkorra tette lehetővé, hogy a továbbiakban távlati feladatként fogalmazódjon meg a bűnügyi orvosi munka színvonalának emelése, teljesítőképességének növelése, a bűnügyi rendőrorvosok szakképzettségének javítása érdekében a szakértői munka központi irányításának megszervezése és a területi szervekkel való célszerű, folyamatos együttműködés kialakítása.

A rendszeres továbbképzések feltételeinek megteremtésével lehetővé vált a szakmai mérce egyre magasabb szintre állítása is. Először lehetőség, később kiváncsolom, végül elvárás lett a tudományos munkába való aktív bekapcsolódás.

Azáltal, hogy a rendőrorvosokat az 1960-as évek elejétől rendszeresen igénybe vették szakértőként is, és amellet sokan kiemelkedő színvonalú tudományos munkát is végeztek, elfogadható szintre sikerült visszaemlíni a bűnügyi orvosok szakmai presztízsét. A bűnügyi orvosi szolgálat mind az idegőrlő, nagyon erős fizikai igénybevételt jelentő napi rutinmunkában, mind a tudomány területén kiválóan megállta a helyét. 1964-ben önálló rendezvényként elkezdődött a rendőrorvosi tudományos ülések sorozata. A kezdetben esetismertetésekre szorítókozó ülések a későbbiekben a magyar igazságügyi orvostan elismert szakmai fórumaivá váltak. A fórumok iránt megnyilvánuló nagyfokú érdeklődést jól mutatta, hogy az üléseket gyakran – az előadók nagy száma miatt – két szekcióban rendezték meg. Az ülések kiváló szakmai színvonalának elismerésére utalt az is, hogy egyre több külföldi résztvevő regisztráltatta magát. A BM számára a tudományos üléseken megjelenők száma és az igazságügyi orvostan vezető egyéniségeinek elismerő véleménye egyértelműen bizonyította a minisztérium bűnügyi rendőrorvosi szolgálatának megbecsülését, működésének szükségességét.

Szakmai munkájuk mellett tehát a rendőrorvosok aktívan részt vettek a szakma irányító szerveinek – így különösen az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága, az Országos Igazságügyi Szakértői Tanács, a Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága, az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet Szakmai Kollégiuma – munkájában, sőt az orvostudományi egyetemeken az orvostanhallgatók oktatásában is.

Az állami, társadalmi és gazdasági rendszerben a kilencvenes évektől lezajló nagy átalakulások azonban természetszerűen jogrendszerünk változását

is magukkal hozták, ami – közvetve és közvetlenül – visszahatott a rendőrorvosi és az orvos szakértői tevékenységre.

A BM azonban továbbra is – a bünygyi orvosi hálózat fennállásáig – folyamatosan és kiemelt figyelemmel kísérte munkájukat. A minisztérium a belügyi alaptevékenységek még eredményesebb ellátása érdekében a bünygyi orvosok munkájának további minőségi fejlesztését irányozta elő, kiemelten az irányítás és a vezetés, valamint a végrehajtás eszközeinek és módszereinek tökéletesítésével, továbbá a belső tartalékok feltárásával.

A célok sorában elsőséget kapott az elvégzendő feladatoknak a tényleges, reális szükségletekhez igazítása, a működés egyszerűsítése, a személyi feltételek javítása, a lehető legköltséghatékonyabb működés megvalósítása.

A technika és tudomány fejlődése napjainkra azonban maga után vonta az egyre kifinomultabb bünelkövetési módszerek alkalmazását, ami – valamint a bünyözési statisztikánkban mutatkozó kedvezőtlen jelenségek – kiemelten hangsúlyossá tette a szakértői tevékenység fontosságát (azon belül az orvos szakértőket, a rendőrorvosokét). A BM mindezek miatt tartotta továbbra is fontosnak a rendőrorvosi–orvos szakértői hálózatának a fenntartását, lehetőség szerinti fejlesztését.

## **A jogi szabályozás és következményei**

A szakértői törvény – főként a 35. § (3) bekezdés – hatálybalépése után a rendőrorvosok egy része kivált a rendőrség állományából, és a nagyobb szakmai feladatot jelentő szakértői tevékenységet választotta.

Sajnálatos módon azonban – mértékadó vélemények szerint indokolatlanul eltúlzott és érthetetlen módon – már a régi Be. 71. § (1) bekezdés b) pontja is tartalmazott „egyfajta” aggályt a hatóság tagjaként eljáró szakértők (ide kell érteni a rendőrorvost is) vonatkozásában. Akkor ezt az aggályt, az elfogultsági kifogást azzal hidalták át, hogy a helyszíni halottszemlék jegyzőkönyvében a rendőrorvos nevét nem a jelenlévő hatósági tagok nevei között, hanem szakértőként, külön tüntették fel.

Az új Be. 103. § (1) bekezdés b) pontja azonban egyértelműbben fogalmazott, azzal a további kiegészítéssel és korlátozással, hogy szakértőként nemcsak az a személy nem járhat el, aki az ügyben a nyomozó hatóság tagjaként vett részt, hanem az a szakértő sem, akinek hozzátartozója szerepelt az adott ügyben a nyomozó hatóság tagjaként.

E rendelkezéshez indokolt lehet a következő észrevétel. Sok jogász, kriminológus, bűnügyi szakember állítása szerint, amikor az igazságszolgáltatás különböző szakaszaiban – nyomozás, vádemelés, ítélkezés – az eljárási cselekmények törvényességét vizsgálják, nem lehet(ne) elvonatkoztatni attól a szankciórendszertől, amely a hatóság tagját ezekkel kapcsolatban különböző típusú – így büntető, polgári, fegyelmi, munkajogi, etikai – felelősségi formákkal fenyegeti.

Nem bizonyított kellően megalapozott tényként tehát azt állítani, hogy e felelősségi kategóriák általi fenyegetettségnek – az esetek döntő többségében – ne lenne nagyon komoly visszatartó ereje a szakvéleményt készítő személyre. Valójában évtizedeken át semmilyen tény nem támasztotta alá, hogy pártatlan, befolyástól mentes, világos, koherens, igaz, a tudomány mindenkorai állásának megfelelő független szakvélemény elkészítését csak az összeférhetetlenség jogintézményének mai – a 2005 után hatályba lépő – szabályozása tudja a szükséges garanciával szavatolni. Az igazságügyi szakértők megfelelő függetlenségét ugyanis az eljárásjogi törvények kizárási okokról szóló szabályozása korábban is garantálta. A szakértői törvény által bevezetett Be.-módosítás a hagyományos kizárási okok közé illesztette a büntetőeljárást folytató bírósággal, ügyészséggel, nyomozó hatósággal fennálló alkalmazotti, szolgálati jogviszonyt is. A jogalkotó ezt abból a célból tette, hogy vesztse el érvényességét az a helyzet, amely szerint a kötött hierarchiájú ügyészség, nyomozó hatóság keretein belül készült szakértői vélemények függetlensége ne lehetne megkérdőjelezhető. Másképpen fogalmazva, e jogalkotói döntés következtében „a hatóságnál készült” szakvélemények megdönthetetlen törvényi vélelemként a korábban elismert pártatlanságukat elveszítve „pártossá”, függetlenségüket tekintve pedig megkérdőjelezhetővé, sőt megkérdőjelezetté váltak.

Az összeférhetlenség jogintézményére vonatkozó új rendelkezés azonban annak ellenére, hogy az orvos szakértők körébe véleményadásra jogosultként csak hatósággal szolgálati jogviszonyban nem állókat enged be, semmilyen választ nem adott arra, hogy alkalmazási jogviszonytípustól függetlenül a szakértők működésére – például a Btk.-ban – előírt magatartási szabályokat be nem tartókat fenyegető szankciók alkalmazásának lehetősége a korábbiakhoz hasonlóan a jövőben miért nem szolgáltat(hat) megfelelő garanciát a pártatlanságukra.

Az orvos szakértőkre, szakértőkre vonatkozó új összeférhetlenségi szabályozás logikája szerint pedig bárki „gondolatkísérlettel” könnyen eljuthat akár addig a „képtelenségig” is, hogy az ítélkezésében független bíró a felet-

te csak igazgatási felügyeletet gyakorló bírósági vezető „kérésére” konkrét ügyben „a kérésnek megfelelő véleményt alakít ki”, amit „természetesen” a Magyar Köztársaság nevében „ítéletként” ki is hirdet.

Az előbbieket miatt talán érdemes lenne újra végiggondolni, átgondolni az összeférhetetlenség, függetlenség, pártatlanság jogintézményének jelenleg hatályos szabályozását, és a gyakorlati tapasztalatok alapján a rendelkezést hatályon kívül helyezni és a helyébe újat alkotni.

Ma ugyanis számos komoly reputációjú szakember állítja, hogy az összeférhetetlenség jogintézménye hatályos formájában inkább csak „virtuálisan”, a gyakorlatban lényegében kiüresedett formában „nyújt segítséget” a jogalkotó által elérni kívánt célhoz, nevezetesen ahhoz, hogy a szakvélemények függetlenségéhez, pártatlanságához semmilyen kétség ne férhessen, ne férjen. A jogi norma mint szabályozási eszköz létrejöttének legfontosabb célja ugyanis nem más, mint valós társadalmi igények és elvárások kielégítése.

A közelmúlt nagy társadalmi visszhanggal járó ügyeiből levonható tapasztalatok szerint azonban e pillanatban korántsem biztos, hogy az összeférhetetlenség jogintézményének jelenleg hatályos szabályozása a jogalkotó által elérni kívánt társadalmi követelményeknek és szakmai céloknak mindenben megfelel, funkcióját rendeltetésszerűen tölti be.

A hatályos jogi szabályozás egyébként félreérthetetlenül és egyértelműen fogalmaz, amikor a nyomozó hatósággal alkalmazotti vagy szolgálati viszonyban lévő személy szakértőként történő alkalmazását nem engedi meg. A törvénynek e szakasza 2007. január 1-jén lépett hatályba. A rendőrorvosok eddig az időpontig döntötték el, kilépnek-e a rendőrség állományából és szakértőként tevékenykednek tovább, vagy továbbra is állományban maradva rendőrorvosként, bűnügyi orvosként folytatják munkájukat addig, ameddig tehetik. A kodifikátorok elképzelése és szakmai indoklása szerint ugyanis éppen azért volt szükség a rendőrorvoslás felszámolására, hogy egy egységes, áttekinthető, a minőségi igazságszolgáltatásnak mindenben megfelelő szakértői szervezetrendszer alakulhasson ki. A jogalkotó ebben az általa egységesnek, áttekinthetőnek, „megálmodott” szakértői szervezetrendszerben a volt bűnügyi orvosok önálló szakértővé válásával kívánt szerepet adni a korábban rendőrorvosként dolgozó szakértőknek (is).

Az igazsághoz hozzátartozik az is, hogy a kilencvenes évek végétől – még azokban a megyékben is, amelyekben nem működtek igazságügyi szakértői irodák, intézetek – csökkent a rendőrorvosok szakértőként történő kirendelése annak ellenére, hogy azt szakmai okok alig, pénzügyi/gazdasági okok ellenben annál inkább indokollhatták.

Azok a rendőrorvosok, akik 2007. január 1. után továbbra is szakértőként akartak tevékenykedni, a szakértői piacon eleve jelentős hátránnyal indultak az állami szakértői intézetekkel szemben. Akár egyéni szakértőként, akár gazdasági társaságként működve 2007. január 1. és 2008. január 1. között, azaz a szakértői intézetek tervezett (fél)privatizációjának időpontjáig igénybevételeket tekintve háttérben maradtak, hiszen ez alatt az egy év alatt a szakértői intézetek még állami költségvetéssel működtek, tényleges kifizetési kötelezettség nélkül, viszont a szakértőként kikerülő rendőrorvosoknak szakértői díjat kellett volna fizetni. Ez viszont – a jelenlegi gazdasági helyzetet alapul véve – meghatározó tényezője lett a szakértő kirendelésének.

Az új szabályok tehát egyenlőtlenséget teremtettek az intézeti (állami) és a magán- vagy éppen gazdasági társaságokban dolgozó szakértők között.

Ma a rendőrorvosi szolgálat kritikus időket él át, ezen a szakértői törvény megalkotása sem segített, sőt... A jelenlegi helyzetben – orvosszakmai, de főként gazdasági szempontok miatt – konstruktív elképzelések megfogalmazására van szükség ahhoz, hogy a jövőben a rendőrorvos a rendőrség tagjaként – és egyben a szakértői rendszer tagjaként is – újra megtalálhassa a helyét azért, hogy a korábbi bűnügyi orvos-generációk évtizedes és szisztematikus munkájának eredményeit, tapasztalatait újra hasznosíthassa és társadalmi, orvosszakmai megbecsülését, tekintélyét ismét felépíthesse.

Ezt leginkább akkor szolgálhatná a szakértői törvény, ha az eddig szakértőként is tevékenykedő és/vagy a későbbiekben már „csak” szakértőként dolgozó volt, illetve leendő rendőrorvosok szakmai érdekeinek együttes megvalósulásával megteremtené azt, amire a leginkább hivatott lenne, nevezetesen, hogy a szakértői rendszer a modern igazságszolgáltatás szakmai igényeit kiváló színvonalú munkával elégítse ki.

Jelenleg alig néhány rendőrorvos tevékenykedik; az állandó szakértők számának a nyugdíjba vonuló rendőrorvosokkal történő növekedése ellenére a megmaradt feladatkör ellátásához orvosszakmai, még inkább gazdasági szempontok miatt minden megyében továbbra is feltétlenül szükség lenne rendőrorvosra (bűnügyi orvosra).

A szakértőknek és a társadalom többi tagjának a szakértői törvénnyel szemben támasztott jogos igénye elsősorban az, hogy a szakértői szervezetben és működésében az eddig felmerülő hiányosságokat, hibákat küszöbölje ki. A törvény bizonyos hatásai pedig sok vonatkozásban előre kiszámíthatók voltak. Ezekre érdemes lett volna odafigyelni, mert a bekerült hibák kijavítására lehet, hogy ismét éveket, esetleg évtizedeket kell várni. Eseti, alkalmoszerű tör-

vénymódosítással pedig csak olyan tűzoltómunka folyhat, amely a múlttra vonatkozóan elkészett, a jövőt illetően pedig felesleges, kétséges kimenetelű.

## IRODALOM

- Az igazságügyi orvosi szervezet fejlődése. Kivonatos közlés az 1970/10. számból. *Belügyi Szemle*, 1971/6.
- Angyal Miklós: Az igazságügyi szakértői rendszerek fejlesztéséről. *Belügyi Szemle*, 2006/9.
- Angyal Miklós: Rendkívüli halál – orvos a halottszemlén. *Rendészeti Szemle*, 2010/9.
- Csatai Tamás – Kárpáti Csaba – Orosz Gyula: A halálesetekről. *Belügyi Szemle*, 1988/8.
- Csatai Tamás: Egészségmegőrzés Heves megyében. *Belügyi Szemle*, 1989/11.
- Dezső László: A kriminalisztika és az igazságügyi orvostan kapcsolata. Rendőrorvosi tudományos ülések. BM Könyvkiadó, Budapest, 1985
- Diczig István: A X. Rendőrorvosi tudományos ülésről. *Belügyi Szemle*, 1988/7.
- Félegyházi Csaba – Vörös István: A BM egészségügyi alkalmasságot vizsgáló osztályának tevékenységéről. *Belügyi Szemle*, 1985/2.
- Harsányi László: Időserű orvosszakértői tevékenység a rendőrorvosi gyakorlatban. Rendőrorvosi tudományos ülések. BM Könyvkiadó, Budapest, 1985
- Krajcsovics Pál: Tájékoztató a VIII. Rendőr orvosi tudományos ülésről. *Belügyi Szemle*, 1981/9.
- Krajcsovics Pál: Tájékoztató a IX. Rendőr orvosi tudományos ülésről. *Belügyi Szemle*, 1984/8.
- Lontainé dr. Santora Zsófia: A Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet tevékenységéről. *Rendészeti Szemle*, 2007/12.
- Melegh Gábor: Az igazságügyi szakértői tevékenység helyzete, alakulása a hatályos szabályozás tükrében. *Rendészeti Szemle*, 2007/12.
- Sárközi Gábor – Hamar Sándor: Egyén, egészség, környezet, munkateljesítés. *Belügyi Szemle*, 1989/11.
- Susa Éva: Az igazságügyi szakértői szervekről a 2005-ben hatályba lépő igazságügyi szakértőkre vonatkozó törvény kapcsán. *Rendészeti Szemle*, 2008/2.
- Teleky Noémi: A rendőrorvos és a szakértői törvény. *Belügyi Szemle*, 2006/5.