



eGOV Consulting Kft.

**A HEFOP 4.4 intézkedés intézményközi
információrendszerének
adatvédelmi jogi követelményei**



2005.

Dokumentum jellemzők

Cím:	<i>A HEFOP 4.4 intézkedés intézményközi információrendszerének adatvédelmi jogi követelményei</i>
Verzió:	1.02
Dátum:	2005. május 9.
Készítette:	<i>Dr. Kovács Tamás Kleinheincz Gábor Dr. Stipta Viktor Dr. Szakolyi András</i>
Elérhetőség:	Tamas.Kovacs@egc.hu Gabor.Kleinheincz@egc.hu

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Bevezető	4
2.	Adatvédelmi jog és ekormányzati megoldások.....	6
3.	A jelenlegi jogi helyzet.....	8
3.1.	Adatvédelmi jogi áttekintés: alapelvek, jogforrások	8
3.1.1.	Az adatvédelmi szabályozás természete	8
3.1.2.	Nemzetközi kitekintés	10
3.1.3.	Alkotmányos alapok.....	10
3.1.4.	Adatvédelmi jogi alapfogalmak	11
3.1.5.	Alapelvek	14
3.1.6.	Jogforrások	16
3.1.7.	Törvényi felhatalmazás és hozzájárulás	17
3.2.	Egészségügyi adatok védelme	19
3.2.1.	A külön szabályozás indoka, az egészségügyi adatok sajátosságai.....	19
3.2.2.	Nemzetközi kitekintés, környezet.....	19
3.2.3.	Törvényi felhatalmazás és hozzájárulás	23
3.2.4.	Az egészségügyi adatok kezelésének jogszerű céljai.....	23
3.2.5.	Orvosi és egyéb titoktartás.....	24
3.2.6.	Egészségügyi adatok és egészségügyi dokumentáció	25
3.2.7.	Az érvényesülés kontrolljai.....	28
3.3.	Adatbiztonsági követelmények	29
4.	A HEFOP 4.4 által felvetett kérdések.....	31
4.1.	A törvényi felhatalmazás kérdései	31
4.2.	Hozzájáruláson alapuló adatkezelés	33
4.2.1.	A hozzájáruláson alapuló adatkezelés alkalmazási köre	33
4.2.2.	A hozzájáruláson alapuló adatkezelés korlátai	33
4.2.3.	A hozzájárulás megadásának módja	35
4.3.	Adatkezelések összekapcsolhatósága	37
4.3.1.	A továbbított, összekapcsolt adatok tárolhatósága	37
4.3.2.	Az adattovábbítás technológiai támogatása: index-adatbázis.....	38
4.3.3.	Az adattovábbítás módja, az adattovábbításra jogosultak	39
4.4.	Betegjogok érvényesülése az intézményközi rendszerben	40
4.4.1.	Tájékoztatáshoz való jog.....	40
4.4.2.	Kijavítás, törlés.....	41
4.5.	Garanciák, ellenőrzések	42
4.6.	Adatbiztonsági követelmények	43
4.7.	Egyéb konkrét kérdések	45
4.7.1.	Korábbi adatok migrációja.....	45
4.7.2.	Az adatvagyon hasznosítása	46
4.7.3.	Adattovábbítás régiók között és külföldre.....	46
4.7.4.	A beteg jogainak távlati érvényesülése	48
4.8.	Átfogó értékelés.....	48
5.	Egy esetleges törvénymódosítás tárgykörei és realitása.....	51
5.1.	A törvénymódosítás tartalmi korlátai.....	51
5.2.	Miben lenne indokolt a törvénymódosítás.....	51
5.3.	Egy törvénymódosítás gyakorlati kivitelezhetősége.....	54

1. Bevezető

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) preambuluma is elismeri: **az egészségügyi adatok kezelése „az egészségügyi ellátás során elengedhetetlenül szükséges”**. A törvény egyúttal felhatalmazást és részletes szabályozást is tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a kezelőorvos és más személyek milyen célból, milyen esetkörben milyen terjedelemben vehetnek fel egészségügyi adatot és férhetnek hozzá a korábbi kezelések adataihoz, dokumentációjához.

A jelenlegi gyakorlatban azonban a betegek korábbi kezelésének adatai igen ritkán kerülnek továbbításra, az szinte kizárólag egyes dokumentumok beteg általi, „kézben” való elvitelét jelentik. **A gyakorlati megvalósulás hiányának oka a megfelelő eszközrendszer rendelkezésre nem állása**. Az ellátók között hiányzik a – megfelelő biztonságot is nyújtó – internetes adatkapcsolat, valamint az infrastruktúra általánosságban sem teszi lehetővé a modern alkalmazások felhasználását.

Erre tekintettel jelenleg a telefonos felvilágosítás és az írásos kommunikáció (fax, posta, zárt borítékban a beteg révén való eljuttatás) megoldásai jöhetnek szóba. E megoldások azonban nem feltétlenül nyújtják a megfelelő adatvédelmi, adatbiztonsági garanciákat, valamint pl. postai út esetén a többnapos átfutási idő a megoldás gyakorlati hasznát jelentősen szűkíti. Erre tekintettel a belső szabályzatok gyakran alkalmaznak korlátozásokat. Gyakori például, hogy a szabályzat másik orvos részére telefonos felvilágosítást akkor enged adni, ha a két orvos személyesen ismeri egymást és így az azonosítás megfelelőképpen elvégezhető.

A kommunikáció hiányának oka tehát alapvetően az, hogy a jelenlegi továbbítási lehetőségek főszabályként nem alkalmasak a célra: a telefonos tájékoztatás nem jelent megfelelő biztonságot, az írásbeli (postai úton való) továbbítás pedig lassú, nehézkes és költséges. Így nem csoda, hogy az orvosok igen ritkán élnek a törvényi lehetőségükkel – tipikus esetben egyszerűen nincs idő megvárni egy esetleges postai adattovábbítást.

Kritikus problémát jelent ez a helyzet azonban például a házi orvosok szerepe tekintetében. Az Eüak. 11. § (1) bekezdése ugyanis kifejezett kötelezettséget állapít meg valamennyi kezelőorvos számára: az általa megállapított, az érintettre vonatkozó egészségügyi adatokat az érintett kifejezett tiltakozása hiányában kötelessége továbbítani az érintett házi orvosának. Ennek – jelenleg tipikus – elmulasztása **nemcsak sui generis törvénysértést jelent, de a beteg információhoz való jogát is sérti** tekintettel például az Eüak. 11. § (2) bekezdésére, mely alapján a beteg a házi orvostól kaphat(na) tájékoztatást általános egészségi állapotáról.

Az akkori Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztériumban a MITS előkészítése és a **Nemzeti Fejlesztési Terv** végrehajtása kapcsán 2003-ban kezdeményezés indult, amelynek célja az infokommunikációs technológia vívmányainak hasznosítása az egészségügyi szektorban. Az NFT vonatkozó **Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) 4.4-es intézkedése** is megállapítja:

„Az egészségügyi intézmények közötti elektronikus kommunikáció, a betegekre vonatkozó adatokhoz való hozzáférés nehézkes, ami szükségtelenül ismételt vizsgálatokhoz és kezelésekhöz vezet, a betegek pedig felesleges utazásokat és várakozásokat jelent.”

Az információtechnológiai eszközök jelenlegi alkalmazásával kapcsolatban kiemeli: azok „sem az adatfeldolgozás, sem a kommunikáció megfelelő minőségét, biztonságát és sebességét nem biztosítják”.

Az intézkedés keretében komplex fejlesztés eredményeként kialakuló **intézményközi információs rendszer kiépítése a cél**, amely megfelelő biztonsággal körülövezve – az orvosszakmai, adatvédelmi és adatbiztonsági követelményeket megfelelően érvényesítve –**lehetővé teszi az adatok áramlását a gyógyítás hatékonyságának növelése érdekében.**

Az adatvédelmi szempontok érvényesítése már az előkészítő projektek korai fázisában alapvető szemponttá vált; ennek eredményeként az intézményközi rendszer koncepciója jelentős változásokon ment keresztül, hogy a három elsődleges követelmény együttesen érvényesülhessen:

- a gyógyítás hatékonyságának lehető legnagyobb növelése
- a betegjogok érvényesülése, ennek megfelelő garanciákkal körülbástyázása,
- a kezelőorvos bizalmának megteremtése.

Jelen tanulmány célja a kialakulóban lévő rendszer adatvédelmi vizsgálata és értékelése. Ennek érdekében szükséges az általános adatvédelmi szabályozási környezet rövid vázlata, majd az egészségügyi adatvédelem szektorális, intézményközi információrendszerre vonatkozó szabályainak ismertetése. Ezt követően lehetséges az intézményközi információrendszer és a szabályozás összevetése, azon fontosabb kérdéskörök (törvényi felhatalmazás és hozzájárulás; adatbiztonság) és más gócpontok (azonosítás, orvoskártya stb.) feltérképezése, a projekt során felmerült kérdések tisztázása.

Elmondható, hogy már a regionális intézményi konzorciumok által beadott pályázatokra is az „**adatvédelmi tudatosság**” volt jellemző; így egyik konzorcium sem tervezett regionális adatközpontot létrehozni, ahol a beteg valamennyi adata összesíthetővé és hozzáférhetővé válna; a tervek készítői is érzékelték ennek társadalmi és jogi veszélyeit. Az adatvédelmi szempontból kockázatot jelentő kérdések nagyrésze az előkészítés során tisztázásra került, a **rendszerszintű tervezés során az adatvédelmi szempont megfelelően érvényesülni tudott. Ennek fényében a tanulmány már nem annyira „akciótervként” a rendszer javítására, hanem annak megalapozására, erősítésére hivatott.**

2. Adatvédelmi jog és ekormányzati megoldások

Az adatvédelmi szabályok áttekintését megelőzően fel kell villantanunk azokat az alapul fekvő gondolatokat, amelyek az adatvédelem társadalmi szükségességét adják, amelyek mentén mind az alapelvek, mind a konkrét jogi rendelkezések értelmezésekor el kell járnunk.

Első lépésként fel kell ismernünk azt, hogy az adatvédelmi szabályozás bizonyos értelemben szembeállítható a hatékonysággal, mint rendszerszervezési követelménnyel. Az állam szemszögéből az adatvédelmi szempont figyelembe vétele a legtöbb esetben kompromisszumot jelent: számos probléma kezelhetőbbé válna, ha az adatok könnyebben hozzáférhetőek lennének a problémát „megoldani hivatott” szervek számára.

Egyszerűen belátható példa a köztartozások behajtásának kérdésköre: nyilvánvalóan hatékonyabban működne e körben az állam, ha közvetlen hozzáférése lenne a szükséges állami és nem állami adatbázisokhoz, ha a köztartozásokra vonatkozó adatbázisok összekapcsolhatók lennének. Az elmúlt évtizedben több olyan próbálkozás volt tapasztalható, amely ezt szolgálta. Az ombudsman szinte minden évben foglalkozott olyan kezdeményezéssel, melynek tárgya valamely ilyen célú rendszer, konklúziója az ilyen összekapcsolt rendszerek adatvédelmi törvénybe ütközése.

Ezek azok az esetek, amikor tipikusan negatív felhanggal kritika hangzik el, hogy az adatvédelem a jogsértőket védi, hogy az ilyen adatbázis kizárólag a mulasztók, a jogsértők felelősségre vonását, az államot jog szerint megillető bevételek behajtását szolgálja. Az adatvédelem ugyanakkor természetesen nem erről szól, hanem a demokratikus társadalmi berendezkedésről, amelyben az állam nem lehet omnipotens.

Valójában természetesen nincs szó szembeállításról: az adatvédelmi szabályozás és annak tényleges érvényesülése a társadalom kormányzatba vetett bizalmát erősíti, így növeli a kormányzati rendszer hatékonyságát. Ezzel szemben nem lehet hatékony az a rendszerszintű megoldás, amelyet az állampolgár „veszélyesnek” érez magára nézve, ha a szemében a technológiai fejlődés kiszolgáltatottságát növeli az állammal szemben.

Az adatvédelmi szabályozás továbbá nem egy elkülönülő „sziget” a tengerben, hanem egy olyan követelményrendszer, amely leginkább adott társadalmi rendre, társadalmi állapotra vetíthető. Az adatvédelmi szabályok lényege, „magja” természetesen mindenkor betartandó (pontosabban csak más alapjog szolgálhat a korlátozás alapjául); a szabályok egy része azonban inkább olyan törekvésként érvényesül, amelynek megvalósulása az adott technológiai lehetőségektől és a társadalmi fejlettségtől függ.

Azonos következtetésre jut e megfontolások alapján az Informatikai és Hírközlési Minisztérium „Az elektronikus közigazgatási szolgáltatások adatvédelmi auditja” című dokumentum 2004. októberi tervezete is. A tervezet e projektre is irányadó megállapítása szerint az elektronikus közigazgatás két követelmény összhangjának megteremtésén alapul:

- az érintett az elektronikus ügyintézés során adatvédelmi szempontból nem kerülhet hátrányosabb helyzetbe, mint a hagyományos ügyintézési formák esetében; azonban
- az adatvédelmi feltételrendszer nem akadályozhatja meg az elektronikus kormányzat kiépítését és hatékony működését.

E gondolatokat a HEFOP 4.4 kérdéseire „lefordítva” elmondható: a rendszerbe vetett bizalomnak, az állampolgártól a rendszer működéséhez szükséges hozzájárulás megadásának az lehet a kulcsa, ha a rendszer ténylegesen az állampolgár érdekeit szolgálja, ugyanakkor a magánautonómia minél kisebb sérelmével jár. Az állampolgár a rendszer megvalósításának eredményeként nem kerülhet hátrányosabb helyzetbe, mint a mostani – adatvédelmi szempontból egyébként igen alacsony határfokkal működő – rendszerben; a rendszer működőképessége érdekében azonban igenis felvethető egyes alapvető szabályok érvényesülésének korlátozása. Az ilyen elektronikus szolgáltatások megvalósítását nem akadályozhatja meg kizárólag valamely szabály merev érvényesítése, a bürokratizmus.

Ha azonban a magánautonómia korlátozása szükségesnek bizonyul a rendszer alapvető működőképességéhez, akkor többféle út képzelhető el:

- ha a felmerülő akadály az adatvédelmi szabályozás enyhébb, nem lényegi szabályához kapcsolódik, akkor felmerülhet e hátrány más előnyökkel való „kiegyenlítése” az érintett számára, a hatékony gyógyítás iránti igen erős társadalmi szükségletre tekintettel – ez az eset azonban csak igen szűk körben képzelhető el;
- lényegesebb jogi akadályok felmerülése esetén a vonatkozó adatvédelmi szabályok módosítása indokolt – a lentebb kifejtettek szerint azonban még törvénymódosítással sem adható bármilyen felhatalmazás a rendszer számára, az ún. „alapjogi teszt” alapján;
- a törvénymódosítás megtörténteig átmenetileg, esetleg a nem rendszeres jellegű adatkezelések esetén az érintett hozzájárulásának kérése; nem támogatandó azonban olyan megoldás, amely a rendszer alapvető működését a hozzájárulás (utóbb visszavonható) megadásától teszi függővé, ha egyebekben a rendszer ténylegesen a beteg gyógyulását, a betegellátás hatékonyságának növelését szolgálja.

Sokszor felvetett kérdés, hogy vajon a rendszerváltást követően a jogalkotó (és a magyar társadalom) nem esett-e a ló túloldalára, hogy vajon nem túlzás-e az a kiterjedt védelem, amivel a polgárok adatait védjük. **Az állampolgár valószínűleg hajlandó feláldozni autonómiájának egy részét, amennyiben ez a számára nyújtott szolgáltatások jelentős javulását hozza, és ha a kormányzatba vetett bizalom olyan szinten van, hogy az állampolgár nem sejtene valamilyen visszaélési szándékot egy-egy ilyen kezdeményezés mögött. Jelenleg e bizalom megléte kérdéses.**

3. A jelenlegi jogi helyzet

E fejezet áttekintést ad a jelenlegi jogszabályi helyzetről, az alkotmányos alapoktól az egészségügyi adatokra vonatkozó konkrét szabályozás tartalmáig.

3.1. Adatvédelmi jogi áttekintés: alapelvek, jogforrások

Bizonyos szempontból ez a fejezet bevezető jellegű, mivel nem szűk értelemben az egészségügyi adatok védelmével foglalkozik. Ugyanakkor az egészségügyi adatok védelmével kapcsolatos szabályokat elemezve egyértelművé válik: az adatvédelmi jog általános elvei a gyakorlatban is nagyban meghatározzák az egészségügyi adatok kezelésének feltételrendszerét. E fejezetben mindazonáltal az alapvető követelményrendszer, az adatvédelmi szabályozás alaplogikája bemutatására korlátozódik, a konkrét szabályok gyakorlati következtetéseit lehetőség szerint az egészségügyi adatok kezelése, konkrétan az intézményközi információrendszer elemzése kapcsán fejtjük ki.

3.1.1. Az adatvédelmi szabályozás természete

Az adatvédelmi szabályozás egyik alapvető sajátossága, hogy nem precíz, kauzális szabályozást jelent. A normák legnagyobb része inkább alapelvi jellegű: olyan generális követelményeket fogalmaznak meg, amelyek csak a konkrét esetek során töltődtek meg tartalommal; ma azonban már ezen elvek nagyrésze egyértelmű tartalmat, értelmet nyert.

Különösen igaz ez a kijelentés az olyan alapvető fogalmakra, mint a „személyes adat” vagy a „célhoz kötöttség”. A személyes adat „természetes személlyel kapcsolatba hozható adat” formulája egyszerűnek tűnhet, de pl. vajon milyen szorosnak kell lennie a kapcsolatnak a személy és az adat között? Személyes adat-e az is, ha az adat tárolója (kezelője) valójában nem képes a konkrét személyhez kapcsolásra (a személy és az adat közötti kapcsolat helyreállítására) valamely információ hiányában, vagy ekkor már anonim adatról beszélünk? Vagy a „célhoz kötöttség” elve milyen gyakorlati következményekkel jár az egyes adatkezelési típusok kapcsán?

Az adatvédelmi törvény kialakításánál meghatározó szerepet töltött be az Alkotmánybíróság 15/1991. (IV. 13.) AB határozata: az itt lefektetett elvek szolgáltak akkor alapul a jogalkotó számára, így az ott kimondottak értelmezésénél is irányadó lehet az AB határozat tartalma. Szintén elsősorban a jogalkotó számára jelentett iránymutatást, azonban az újszerű kérdések eldöntésénél, az elvek újraértelmezésénél még ma is szerepet játszhatnak a nemzetközi dokumentumok, főként az EU vonatkozó irányelvei, vagy az Európa Tanács adatvédelmi egyezménye és az ahhoz kapcsolódó – részben egészségügyi tárgyú – ajánlások.

Az adatvédelmi törvény általános keretrendszerét több szektorális törvény tölti meg egyes ágazatokra vonatkozó konkrét normákkal. Az egészségügyi ellátás tekintetében is ilyen ágazati törvény érvényesül. E törvény tekintetében is elmondható azonban, hogy a szabályok alapvetően általános kereteket jelentenek, amelyek szintén a jogalkalmazás során töltődnek meg tartalommal.

A konkrét szabályok – melyek tehát az intézményközi rendszer tekintetében is elsődlegesek – kapcsán kiemelkedő jelentőséggel a bíróságok és az adatvédelmi biztos bír. A szabályok ugyanis sokkal inkább a gyakorlati jogalkalmazás eredményeként töltődtek meg tartalommal. A továbbiakban ennek megfelelően a szabályok bemutatásánál mindig szerepet kapnak majd a vonatkozó döntések is.

A két intézmény jogalkalmazó tevékenysége kapcsán azonban fel kell hívni a figyelmet egy igen fontos különbségre. Az adatvédelmi biztos ugyanis alapvetően jogvédő intézmény, az ő feladata elsősorban az adatvédelmi törvényben lefektetett elvek és követelmények gyakorlati érvényesítése. Szerepének megfelelően így a biztos gyakorlatában ritkán jelenik meg adatvédelmen kívüli szempont – például a megvalósíthatóság, a gyakorlati érvényesülés. Ehhez képest a bíróság ilyen értelemben is „független” fórum, ahol az adatvédelmen kívüli szempontok jobban érvényesülhetnek.

Jó példa a kétféle jogalkalmazó eltérő jogértelmezésére a telefonos híváslisták esete. Az adatvédelmi biztos állásfoglalásai szerint a telefonhívások adatai nemcsak hogy az előfizető személyes adatainak minősülnek, hanem a hívott felek személyes adatának is. A Legfelsőbb Bíróság viszont egy 2001-es ítéletében kimondta, hogy a híváslistán szereplő adatok (hívó és hívott telefonszám stb.) nem személyes adat, még a hívó fél részéről sem, így az adatkezelő nem köteles arról ingyenes tájékoztatást adni (ingyenes hívásrészletezés formájában).

A biztos jogértelmezését tehát megfelelő fenntartásokkal kell kezelnünk: míg a biztos nem feltétlenül fogadná el a fenti elvet, mely szerint „az adatvédelmi feltételrendszer nem akadályozhatja meg az elektronikus kormányzat kiépítését és hatékony működését”, addig a bíróság nagyobb valószínűséggel helyezkedne erre az álláspontra.

Mindazonáltal a biztos társadalmi presztízse, az általa kritikusnak vélt ügyekben indított erős sajtókampánya jelentős szereplővé teszi, a biztos előkészítésbe való bevonása így fontos taktikai lépés. Ha ugyanis a biztos adatvédelmi jogi szempontból elfogadhatónak minősíti az intézményközi információrendszer tervét, akkor várhatóan más jogi fórumok sem ítélik meg szigorúbban a kidolgozott megoldásokat.

Fentieknek megfelelően mindaddig, amíg gyakorlati szempontok lehetővé teszik az adatvédelmi biztos gyakorlatában foglaltak teljesítését, a tervezet kialakítása során ezekhez az adatvédelmi biztos által állított szigorú szabályokhoz kívántunk igazodni. 2004. január elseje óta az, aki az adatvédelmi biztos intézkedésében megjelenő álláspontjával nem ért egyet, bírósághoz fordulhat, az adatvédelmi biztos jogi véleménye egyfajta külső, bírósági kontroll alá került. Ennek a jelentősége azért kiemelkedő, mert bizonyos esetekben gyakorlatilag nem lehet az adatvédelmi biztos jogértelmezését betartani, ahogy egyes esetekben a törvény specifikusabb szabályainak betartása is lehetetlenné tenné a jogszerű adatkezelést.

3.1.2. Nemzetközi kitekintés

Egy olyan kaliberű projekt kivitelezése során, mint az intézményközi információrendszer, a hazai jogszabályok mellett szerepet kaphatnak azok a nemzetközi dokumentumok is, amelyek elsősorban a személyes és konkrétan az egészségügyi adatok áramlására vonatkozó szabályok egységesítésére és továbbfejlesztésére hivatottak.

Az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó hazai törvény ugyanis annak ellenére rendezi számos szabállyal az egészségügyi adatok intézmények közötti áramlását, hogy megalkotásakor még nem léteztek az intézményközi információrendszer tényleges megvalósítására vonatkozó elképzelések; ennek következtében **a most felmerülő konkrét kérdések közül nem mindegyikre találunk választ a jogszabályban. Vannak azonban olyan kérdések – ezekre lentebb találunk majd példákat – amikor a vonatkozó nemzetközi szabályok egyértelműbb útbaigazítást adnak.**

A nemzetközi dokumentumok között legnagyobb jelentőséggel az EU adatvédelmi irányelve¹, valamint az ET adatvédelmi egyezménye² bír. Az ET keretein belül elfogadott egyezményhez több olyan ajánlás is kapcsolódik, amelyek egészségügyi vonatkozású kérdéseket is rendeznek. Ezek közül a legjelentősebb témánk szempontjából a (97)5. számú, az egészségügyi adatok védelméről szóló ajánlás, melyet a 3.2.2 pontban mutatunk be.

3.1.3. Alkotmányos alapok

A hatályos hazai szabályozás kiindulópontját az Alkotmány adja; ennek vonatkozó rendelkezéseit a „rendszerváltó alkotmánymódosítás”, az 1989. évi XXXI. tv. iktatta be, jelezve ezáltal is a szóban forgó változások rendszerváltó jelentőségét:

„59. § (1) A Magyar Köztársaságban mindenkit megillet a jóhírnévhez, a magánlakás sérthetlenségéhez, valamint a magántitok és a személyes adatok védelméhez való jog.”

Az Alkotmány másik idevonatkozó rendelkezése kimondja, hogy a személyes adatok védelméről szóló törvény elfogadása minősített többséget, a jelenlévő országgyűlési képviselők kétharmadának szavazatát igényli.

Ez volt az az alkotmánymódosítás, amely utóbb a fentebb már hivatkozott, 15/1991. (IV. 13.) számú AB határozathoz vezetett. Mint arra fentebb már utaltunk, e döntésben az **Alkotmánybíróság** – a személyi szám és állami népeesség-nyilvántartást szabályozó MT rendelet alkotmányellenességének kimondása kapcsán – lényegében **kidolgozta azokat az alapelveket, amelyek meghatározták az 1992-ben elfogadásra kerülő adatvédelmi törvényt is.** Az adatvédelmi törvény indokolása utal is erre a

¹ az Európai Parlament és a Tanács által kibocsátott, az egyének a személyes adatok feldolgozásával kapcsolatos védelméről és ezeknek az adatoknak a szabad áramlásáról szóló 95/46/EC sz. irányelv, mely Brüsszelben 1995. október 24-én került elfogadásra

² az Európa Tanács (ET) 1981-ben született, 108/1981-es számú egyezménye az egyének védelméről a személyes adatok gépi feldolgozása során, amelyet a Magyar Köztársaság kormánya 1993-ban írt alá, mely hazánkban a 1998. évi VI. törvénnyel került kihirdetésre

döntésre; természetesen az AB döntésénél pedig a vonatkozó nemzetközi dokumentumok szolgálták kiindulópontul.

Az AB határozat kapcsán az „információs önrendelkezési jog” doktrínáját kell kiemelnünk, melyet az AB határozat igen kiterjedten elemzett. Eszerint a személyes adatok védelméhez való jognak az a tartalma, hogy mindenki maga rendelkezik személyes adatainak feltárásáról és felhasználásáról. Személyes adatot felvenni és felhasználni tehát általában csakis az érintett beleegyezésével szabad; mindenki számára követhetővé és ellenőrizhetővé kell tenni az adatfeldolgozás egész útját, vagyis mindenkinek joga van tudni, ki, hol, mikor, milyen célra használja fel az ő személyes adatát. Ezen elvből vezethetők le az adatvédelem alapvető elvei és főbb szabályai: a célhoz kötöttség elve, az érintett rendelkezési joga, tájékoztatáshoz való joga stb.

3.1.4. Adatvédelmi jogi alapfogalmak

a) Személyes adat

Természetesen a „személyes adat” fogalma jelenti az adatvédelmi szabályozás kiindulópontját, hiszen a törvény mechanizmusai (ideértve az egészségügyi adatokra vonatkozó szabályokat) akkor „aktivizálódnak”, ha személyes (vagy különleges) adatokról beszélünk.

Az adatvédelmi törvény szerint személyes adat:

„bármely meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható adat, az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A személyes adat az adatkezelés során mindaddig megőrzi e minőségét, amíg kapcsolata az érintettel helyreállítható. A személy különösen akkor tekinthető azonosíthatónak, ha őt - közvetlenül vagy közvetve - név, azonosító jel, illetőleg egy vagy több, fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző tényező alapján azonosítani lehet”

E fenti definícióból következően az érintetteknek nemcsak az úgynevezett természetes személyazonosító adatai – mint például a név, a leánykori név, a lakcím, a születési adatok, az édesanya neve stb. – minősülhetnek személyes adatnak, hanem minden olyan adat (vagy következtetés), amely az érintett személyhez kapcsolható.

Ennek megfelelően amennyiben a kezelt adatok alapján az adatkezelőnek lehetősége van arra, hogy az adatból egy meghatározott természetes személyt beazonosíthasson, az adat személyes adatnak minősül. (606/K/2000)

A kérdés az lehet, hogy milyen szorosnak kell lennie a kapcsolatnak a személy és az adat között. Az adatvédelmi biztos gyakorlata során többször (pl. 606/K/2000) személyes adatnak tekintett egyes adatokat akkor is, ha az adatkezelő által tárolt adatok közvetlenül nem voltak konkrét természetes személyhez kapcsolhatók, de máshonnan (bizonyos esetekben) beszerezhető adatok segítségével már helyreállítható volt a kapcsolat. Egy konkrét ügyben a benzinkutaktól fizetés nélkül elhajtó autók típusát, színét, valamint rendszámát tartalmazó nyilvántartás kapcsán a biztos megállapította: ezek az adatok ebben a formában nem kapcsolhatók konkrét személyekhez. Mivel azonban ezek az „elhajtások”

értékhatártól függően szabálysértésnek vagy bűncselekménynek minősülnek, így *ha* a sértett cég feljelentést tesz, akkor a meginduló ügyben eljáró hatóság megkeresheti járműnyilvántartást kezelő szervet, az azokból megkapott adatok alapján pedig helyreállítható lesz ez a kapcsolat a felek között.

E konkrét ügy kapcsán mondta ki az ombudsman: az adatok személyes adat minőségének megállapításához nem szükséges, hogy az adatkezelő az érintett személyt ténylegesen beazonosítsa, az Avtv.-ben meghatározott törvényi védelem érvényesüléséhez elegendő a beazonosíthatóság lehetőségének fennállása is. Kiemelhetjük: az ügyben ráadásul az adatkezelőnek (a benzinkút üzemeltetőjének) egyáltalán nem volt lehetősége a kapcsolat helyreállítására, az ehhez szükséges megkeresésre csak a rendőrség volt jogosult. A biztos e döntése már a vitatható kategóriába tartozik; mindenesetre jelzi, hogy az adatok személyes adatnak minősülhetnek már relatíve „laza” kapcsolat esetén is.

b) Különleges adat

Különleges (érzékeny, szenzitív) adatokként a törvény alapvetően egyes olyan személyes adatokat rendel kezelni, amelyek az ember személyiségét „mélyebben érintik”. Sérélmüket nehezebben viseljük, ezért ezek az adatok fokozott védelmet igényelnek. Hogy mely adatok tekintendők ilyenek, az nagymértékben függ az adott társadalom állapotától, hagyományaitól.³ A magyar jog szerint különleges adat a faji eredetre, a nemzeti, nemzetiségi és etnikai hovatartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos, illetve lelkiismereti meggyőződésre vonatkozó adat. A szenzitív adatok egy másik csoportját az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre, a szexuális életre, valamint a büntetett előéletre vonatkozó adatok alkotják; az intézményközi információrendszerben továbbított adatok nagyrésze tehát különleges adatnak minősül.

Megemlíthető, hogy bizonyos esetekben olyan adatok, melyek általában „egyszerű” személyes adatok (akár a név vagy lakcím) különleges adatokká válhatnak. Ennek tipikus esete, ha a lakcím valamely büntetés-végrehajtási intézet, vagy ha a név egyben valamely nemzetiséghez tartozásra utal. Ilyen esetek felmerülhetnek az egészségügyi intézmények gyakorlatában is: így valamely drogambulancia betegeinek listája fokozott védelmet igényel; mivel azonban ezek általában atipikus és egyben kikerülhetetlen helyzetek, ezért ezeket nem lehetséges külön kezelni; az egészségügyben azonban gyakoribb esetet jelent ez, így bizonyos esetekben a különleges adatokat megillető, fokozott körültekintéssel kell eljárni.

c) Adatkezelés

Adatkezelésnek minősül a személyes adatok rögzítése, tárolása, feldolgozása, bármilyen hasznosítása, értékesítése, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, függetlenül attól, hogy az adatrögzítés milyen anyagon, adathordozón, mely technikával történik. Adatkezelés az adatok megváltoztatása, meghamisítása, de a törlése is.

Álláspontunk szerint általában a személyes adat megismerése önmagában nem minősül adatkezelésnek (ez a jogirodalomban egyébként vitatott és az adatvédelmi biztos sem következetes

³ Az adatvédelmi biztos 1995-1996-os időszakra vonatkozó jelentése

ebben a kérdésben); a véletlenül elhangzó adatok megismerése így természetesen nem minősülhet jogellenes adatkezelésnek. Ezen túlmenően azonban a fentiek szerint az adatokkal végzett szinte bármilyen művelet adatkezelésnek minősül (kivétel például a lentebb bemutatandó adatfeldolgozás).

Az adatkezelés csak kifejezett és határozott törvényes célra irányulhat. A törvény generálisan tiltja a felvett adatoknak az eredetitől eltérő célra való felhasználását, s megköveteli a törvényes adatminőség változatlan fennállását az adatkezelés során. A célhoz kötöttség egyik legfontosabb technikai garanciáját jelenti az Avtv. azon rendelkezése, mely szerint az adatokat olyan módon kell tárolni, hogy az érintettet csak az adatkezelés céljához szükséges ideig lehessen azonosítani.⁴

d) Adattovábbítás és nyilvánosságra hozatal

Az adattovábbítás tulajdonképpen az adatkezelés egy formája, így az adatkezelésre vonatkozó, lentebb ismertetendő szabályok természetesen vonatkoznak az adatok továbbítására is. A továbbítást két okból kell külön bemutatnunk és értelmeznünk.

Egyrészt azért, mert a kialakítandó intézményközi információrendszerben küldött adatok (pl. eKórlap, eLelet) esetében alapvetően adattovábbítás történik, így a vonatkozó szabályok kiemelt figyelmet igényelnek.

Másrészt az adattovábbítás esetén olyan személy(ek) számára válik hozzáférhetővé az adat, akik korábban nem fértek hozzá ahhoz (a törvény szerint: ha az adatot meghatározott harmadik személy részére hozzáférhetővé teszik), így fokozott veszélyt jelenthet az érintett jogaira, az adatvédelmi elvek érvényesülésére.

A szigorú szabályozás igényét tükrözi az Avtv. általános adattovábbítási szabálya: az adatok akkor továbbíthatók, valamint a különböző adatkezelések akkor kapcsolhatók össze, ha az érintett ahhoz hozzájárult, vagy törvény azt megengedi, és ha az adatkezelés feltételei minden egyes személyes adatra nézve teljesülnek.

A továbbítás tekintetében fontos különbséget kell tennünk aszerint, hogy ki számára kerül továbbításra az adat: nyilvánvalóan más a megítélése annak, hogy valamely egészségügyi, gyógykezelés céljára felvett adatokat a rendőrség igényli bűnüldözési célból, vagy a további kezeléseket végző egészségügyi intézmény.

A nyilvánosságra hozatal tulajdonképpen az adattovábbításhoz képest a következő „fokozat”: itt ugyanis még szélesebb kör – bárki – számára válik hozzáférhetővé a kérdéses adat.

A nyilvánosságra hozatal az adatvédelmi szóhasználatban nem kizárólag kinyomtatást, rádiós, tévés híradást jelent, hanem azt, hogy minden érdeklődő számára elérhetővé teszi az adatkezelő az adatot.⁵ Az Avtv. szerint a személyes adatok csak az érintett hozzájárulásával vagy törvény előírása alapján hozhatók nyilvánosságra.

⁴ 420/K/1999

⁵ Az adatvédelmi biztos 1995-1996-os időszakra vonatkozó jelentése

e) Adatfeldolgozás

Az 1991-ben hozott AB határozat szerint adatfeldolgozó az, aki az adatkezelő számára annak megbízásából végzi az adatkezelés „szorosan vett fizikai vagy számítástechnikai teendőit”⁶. Az AB megállapította: az ilyen adatfeldolgozó felé való adattovábbítás nem számít a fenti értelemben vett „adattovábbítás”-nak, valamint az adatfeldolgozó felelőssége külön szabályozandó, érintetlenül hagyva az adatkezelő teljes felelősségét mind a saját maga által végzett, mind a mással elvégeztetett adatfeldolgozásért.

Az AB határozat ilyen tartalma ellenére az adatvédelmi törvény 1992-ben még nem tartalmazta az „adatfeldolgozó” fogalmát. A szabályozási hiány sok gyakorlati problémát okozott; a jogalkotó végül 1999-ben pótolta e hiányt, lényegében az AB határozat fenti elveinek megfelelő tartalommal.

A gyakorlatban ma már széles körben kerül alkalmazásra az adatfeldolgozás, mint jogi kategória: az informatika területéről ide tartozhat az outsourcing, az ASP szolgáltatás is. Ennek megfelelően az adatfeldolgozás szabályai jelen projekt kapcsán is széles teret nyerne.

f) Személyi azonosító

A személyi azonosítók elkülönülő szabályozásának alapjául szintén a fent hivatkozott AB határozat szolgált. Ez a határozat mondta ki: „a korlátozás nélkül használható, általános és egységes személyazonosító kód (azaz a minden állampolgárnak és országlakosnak ugyanazon elv szerint kiosztott személyi szám) alkotmányellenes.”

Az AB határozatnak így csak olyan szabályozás felelt meg, amely több, „alegységenként” elkülönülő személyi azonosítókat hoz létre. Ezeket az azonosítókat a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény hozta létre; ezek az ún. „azonosító kódok” az adóazonosító jel, a TAJ szám és a személyi azonosító. A törvény szigorú szabályokat tartalmaz az egyes azonosítók mentén kialakított adatbázisok elkülönülésére, a kódok összekapcsolásának megakadályozására.

3.1.5. Alapelvek

a) Az érintett rendelkezési joga

Amint az elnevezés is jelzi, az információs önrendelkezési jog alapeleme az érintett rendelkezési joga. Ennek tartalmát kiválóan illusztrálja az Eütv. szabálya: az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik (24. § (2) bek.).

Az adat tehát mindenkoron az érintettet illeti, azzal mindenkoron az érintett rendelkezik. Ebből levezethető az érintett tájékoztatáshoz való joga, a törléshez való jog, a hozzájárulás visszavonásának lehetősége stb. Az érintett rendelkezési jogával kapcsolatosan így elmondható: az alapelvek közül ezzel

⁶ Az AB határozatban még eltérő terminológiát használtak: az „adatfeldolgozó” jelentette a mai adatkezelőt, a mai adatfeldolgozót pedig az „adatfeldolgozó” speciális eseteként kezelték.

kapcsolatban érvényes leginkább, hogy elsősorban konkrét szabályokon keresztül érvényesül. E szabályok alább kerülnek kifejtésre.

b) Célhoz kötöttség

A többször hivatkozott AB határozat egyik központi elemét jelentette a célhoz kötöttség elvének meghatározása. Eszerint:

„Az információs önrendelkezési jog gyakorlásának feltétele és egyben legfontosabb garanciája a *célhoz kötöttség*. Ez azt jelenti, hogy személyes adatot feldolgozni csak pontosan meghatározott és jogszerű célra szabad. Az adatfeldolgozásnak minden szakaszában meg kell felelnie a bejelentett és közhitelűen rögzített célnak. Az adatfeldolgozás célját úgy kell az érintettel közölni, hogy az megítélhesse az adatfeldolgozás hatását jogaira, és megalapozottan dönthessen az adat kiadásáról; továbbá, hogy a céltól eltérő felhasználás esetén élhessen jogaival. Ugyanezért az adatfeldolgozás céljának megváltozásáról is értesíteni kell az érintettet. Az érintett beleegyezése nélkül az új célú feldolgozás csak akkor jogszerű, ha azt meghatározott adatra és feldolgozóra nézve törvény kifejezetten megengedi. A célhoz kötöttségből következik, hogy a *meghatározott cél nélküli*, „készletre”, előre nem meghatározott jövőbeni felhasználásra való adatgyűjtés és -tárolás alkotmányellenes.”

Látható, hogy a célhoz kötöttség alapelve meghatározó a részletes szabályozás tekintetében is, abból számos konkrét rendelkezés vezethető le. Az Avtv. is ennek megfelelően tartalmazza a követelményeket.

A célhoz kötöttségből fakadó követelmények vonatkoznak:

- a törvényi felhatalmazás célhoz kötöttségére: törvényi felhatalmazás csak megfelelő nyomós célból (másik alkotmányos alapjog érvényesülése érdekében) adható, ha e cél érvényesülése érdekében szükséges az adatkezelés megengedésére (a személyes adatok védelméhez való jog korlátozására), az adott célra elengedhetetlen mértékben;
- az ilyen törvényi felhatalmazáson alapuló adatkezelésre: a törvényi felhatalmazás alapján csak a felhatalmazó rendelkezés által meghatározott (időbeli és adatkörre vonatkozó) terjedelemben jogszerű az adatkezelés, az ezen túlmenő adatkezelésre csak hozzájárulás alapján van lehetőség;
- a hozzájáruláson alapuló adatkezelésre: a hozzájárulás konkrét adatkezelési célra és adatkörre vonatkozik, a hozzájárulás alapján rögzített adat csak erre a célra használható fel.

Az egészségügyben tapasztalt visszásságok közül ezeket a követelményeket sértette az a gyakorlat, hogy a TÁKISZ a terhességi-gyermekágyi segély folyósításához igazolásképpen bekérte a „terhes kiskönyvet”. Az ombudsman szerint ez azért volt törvényellenes, mivel a kiskönyv a jogosultság megállapításához szükséges adatokon túl más (különleges) adatokat is tartalmaz, amelyek kezeléséhez a kifizetőnek nem volt törvényi felhatalmazása (325/A/1999).

Szintén a célhoz kötöttség elve sérül akkor, ha a háziorvos az általa kezelt betegek adatait gyógyszergyárak felé továbbítja a beteg erre vonatkozó hozzájárulása nélkül. A háziorvos ugyanis

ezeket az adatokat jogosult kezelni a vonatkozó, alább kifejtendő törvényi felhatalmazás alapján, de csak a felhatalmazás szerinti célra (637/A/1997).

c) Adatkezelés tisztességessége

A célhoz kötöttség mellett az adatkezelés tisztességessége emelhető még ki, mint alapvető követelmény. Elmondható azonban: az adatvédelmi biztos megállapítása szerint is a tisztesség fogalma „a magyar jogban kevésbé meghonosodott, szubjektív jellegű, meglehetősen képlékeny, számos értékelemet hordozó kifejezés”. Emiatt a biztos gyakorlatában a tisztességesség, mint követelmény ritkán jelenik meg önállóan, inkább a célhoz kötöttséggel együtt jelentkezik.

Az adatkezelés tisztességességének követelménye sérült abban az esetben, amelyben az életbiztosítási szerződést kötni szándékozóknak a szerződés megkötésével egyidejűleg alá kellett írnia egy nyilatkozatot, mely szerint minden volt és leendő kezelőorvosát előre és utólag felmenti az orvosi titoktartási kötelezettség alól. Az életbiztosítás általános szerződési feltételei között való szerepeltetés azt jelenti, hogy az érintett nem vesz részt a feltétel kialakításában, így megkérdőjelezhető a hozzájárulás megadásának önkéntessége, ami viszont a tisztességtelen adatgyűjtésre utal (242/A/1998).

3.1.6. Jogforrások

A szabályozás kiindulópontját ma is Alkotmány vonatkozó az 1989. évi XXXI. tv-nyel megállapított szövege jelenti, mely az adatvédelmet alkotmányos alapjoggá emeli.

Az Alkotmányban foglalt védelem kialakítása a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvénnyel (Avtv.) történt meg. Az Avtv. mellett azonban számos jogszabály rendez adatvédelmi kérdéseket.

El kell ugyanis különíteni az Avtv.-t, mint az adatvédelem alapvető (alkotmányos jelentőségű) normáit tartalmazó törvényt azoktól a törvényektől, amelyek az Avtv. keretszabályai alapján egyes konkrét adatkezeléseket intézményesít a saját szabályozási területén. Így az OEP-re vonatkozó törvények az egészségbiztosítási szervek adatkezelését, a rendőrségi törvény a rendőrség adatkezelését, a nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló törvény a nemzetbiztonsági szervek adatkezelését, vagy az elektronikus aláírási törvény a hitelesítés-szolgáltatók adatkezelését rendezi. Az egészségügyi ágazat adatkezelésére vonatkozóan önálló törvény került megalkotásra; ennek részletes, elsősorban az intézményközi információrendszer szempontjából való elemzése teszi ki jelen tanulmány jelentős részét. Alapvető jelentősége miatt továbbá meg kell említenünk a személyi azonosítókra vonatkozó, fentebb már hivatkozott 1996. évi XX. törvényt.

Az adatkezeléseket intézményesítő szabályok tekintetében azonban alapvető követelmény, hogy az alapvető adatkezelési kérdéseket törvényi szinten kell szabályozni, azok nem rendezhetők rendeletben. Ez következik a jogalkotási törvényből (mivel alkotmányos alapjog korlátozása csak törvénnyel

lehetséges), de az Avtv. továbbá kifejezetten így is rendelkezik. Bizonyos körben – különleges adatnak nem minősülő adatok esetén – törvényi felhatalmazás alapján önkormányzati rendelet is intézményesíthet adatkezelést.

A törvényi szint követelménye azt jelenti, hogy nem lehet a kezelt adatok körét, a megőrzés célját és időtartamát belső iratkezelési vagy adatkezelési szabályzatban rendezni. Még a törvények (törvény felhatalmazása alapján önkormányzati rendeletek) tekintetében is olyan korlátozás érvényesül, hogy a kezelt adatok pontos körét, a tárolás időtartamát stb. meg kell határozni az adatkezelést intézményesítő jogszabályban. A gyakorlatban ehhez képest több esetben a vonatkozó rendelkezések valójában nem határozzák meg, rendezik precízen e kérdésköröket, csak kimondják, hogy valamely szerv meghatározott célból személyes adatokat kezelhet. Valójában ezt tekinthetjük a gyakorlati alkalmazhatóság érdekében megfelelőnek: egy ilyen meghatalmazásból az következik, hogy a szerv bármilyen adatot kezelhet, ami a meghatározott cél elérésére, az egyéb követelményekre (pl. célhoz kötöttség) is tekintettel szükséges. Az egészségügyi adatok esetében így a kezelő orvos megismerhet bármilyen egészségügyi adatot, ami a kezeléshez szükséges. A pontos szabályok ismertetésére lentebb kerül sor.

Törvéynél alacsonyabb jogforrási szinten (az önkormányzati rendeletekre vonatkozó fenti szabály kivételével) csak technikai szabályok vagy más, alapjogokat közvetlenül nem érintő kérdések rendezhetők.

3.1.7. Törvényi felhatalmazás és hozzájárulás

Az információs önrendelkezési jog szerint személyes adatok kezelésére főszabályként az érintett hozzájárulása alapján van lehetőség. Ehhez képest „kivételes” intézményt jelent, hogy valamely más alapvető jog (pl. egészséghez való jog) érvényesülése érdekében törvény lehetőséget adhat adatkezelésre ilyen hozzájárulás hiányában is.

Törvényi felhatalmazás esetén a felhatalmazó jogszabálynak kell tartalmaznia az adatkezelés célját és feltételeit, a kezelendő adatok körét és megismerhetőségét, az adatkezelés időtartamát, valamint az adatkezelő személyét. Az ilyen felhatalmazó törvény ráadásul alkotmányossági kontroll alá kerülhet; vizsgálандó ugyanis, hogy az információs önrendelkezési jog, mint alapjog korlátozása csak az elengedhetetlenül szükséges mértékre korlátozódik-e. Az ilyen szűken meghatározott jogalkotási lehetőség indoka az, hogy csak ez képes megakadályozni az adatkezelési rendszerek kiterjeszkedését, ezek a garanciák fakadnak a személyes adatok védelmének alapjogi jellegéből. E kérdések elemzése lentebb, az esetlegesen szükségessé váló törvénymódosításra tekintettel részletesebben kifejtésre kerül (l. **5.1** pont)

Az adatkezelések másik köre a hozzájáruláson alapuló adatkezelés. Az Avtv. hasonlóan szigorú szabályokat szab a hozzájárulás esetére, mint a felhatalmazó jogszabályokra nézve. Hozzájáruláson alapuló adatkezelésnél is ugyanúgy érvényesülnie kell a célhoz kötöttség elvének (bár némiképp eltérő tartalommal), a tisztesség követelményének stb.

A hozzájárulás megadásának módja elsősorban az adatok jellegétől függ. Főszabályként a hozzájárulás megadható írásban, szóban vagy ráutaló magatartással; különleges (pl. egészségügyi) adatok kezeléséhez adott hozzájárulás esetében viszont írásbeliség a követelmény. A gyakorlatban egyébként akkor is gyakran írásban kérik a hozzájárulást, ha a jog azt nem követeli meg: az utólagos igazolás lehetősége általában így biztosított.

Az információs önrendelkezési jogból fakadó fontos követelmény, hogy a hozzájárulásnak önkéntesnek kell lennie: így annak megtagadása esetére nem köthető ki indokolatlan joghátrány. 2004. novemberének botrányai (BKV adatkezelése) kapcsán is felmerült: vajon ha a munkáltató az alkalmazottak email- és internet-forgalmának megfigyelésére hozzájárulást követel meg az alkalmazottaktól, akkor beszélhetünk-e önkéntességről?

Ugyanakkor sokszor könnyítik a gyakorlati munkát a törvényes vélelmek, valamint a ráutaló magatartással megadott hozzájárulások. Az Eüak. szerint sürgős szükség, valamint az érintett belátási képességének hiánya esetén az önkéntességet vélelmezni kell; szintén megadottnak kell tekinteni a hozzájárulást a gyógykezeléssel összefüggő adatkezeléshez, ha az érintett önként fordul az egészségügyi ellátóhálózathoz (12.§ (2) bek.). A törvényi vélelmeken túlmenően az adatkezelési gyakorlat is alakított ki ilyen vélelmeket: így ha a vásárló betér abba a boltba, amelynek az ajtaján tábla figyelmeztet a kamerás megfigyelés tényére, akkor a joggyakorlat ezt ráutaló magatartással kinyilvánított hozzájárulásnak tekinti. Egészségügyi adatok esetében – a hozzájárulás írásbeliségének követelményére tekintettel – azonban csak törvény írhat elő ilyen vélelmet.

Végül megemlítendő a kétféle jogalap (hozzájárulás és törvényi felhatalmazás) viszonyára vonatkozóan, hogy habár a törvényi felhatalmazás szükségtelenné teszi az érintett hozzájárulásának a beszerzését, az érintettnek általában ilyenkor tiltakozási jogot biztosít; ettől csak igen szűk körben lehet eltérni, valamely igen nyomós ellenérdekre tekintettel. Így például:

- nem szükséges a beteg hozzájárulását kérni, de a beteg tiltakozhat:

A 4. § (1) bekezdése szerinti adatkezelés és adatfeldolgozás esetén az érintett betegségével kapcsolatba hozható minden olyan egészségügyi adat továbbítható, amely a gyógykezelés érdekében fontos, kivéve, ha ezt az érintett írásban kifejezetten megtiltja (Eüak. 10. § (2) bek.)

- a beteg hozzájárulása szükséges:

A (2) bekezdés szerinti adattovábbítás esetén sem lehet - a 13. §-ban foglaltak kivételével - az érintett hozzájárulása nélkül továbbítani a továbbítás idején fennálló betegséggel össze nem függő, korábbi betegségére vonatkozó egészségügyi adatokat. (Eüak. 10. § (3) bek.)

- nem szükséges a beteg hozzájárulását kérni és a beteg nem is tiltakozhat:

Az érintett (törvényes képviselője) köteles a betegellátó felhívására egészségügyi és személyazonosító adatait átadni, a) ha valószínűsíthető vagy beigazolódott, hogy az *1. számú mellékletben* felsorolt valamely betegség kórokozója által fertőződött, vagy fertőzéses eredetű mérgezésben, illetve fertőző betegségben szenved... (Eüak. 13. §)

3.2. Egészségügyi adatok védelme

3.2.1. A külön szabályozás indoka, az egészségügyi adatok sajátosságai

Az egészségügyi adatok a fentiek szerint különleges adatoknak minősülnek. Az ágazat specialitását és a kérdés jelentőségét azonban érzékelteti, hogy ez az egyetlen ágazat, amelynek adatvédelmi szabályozása - kizárólag az adatvédelemmel foglalkozó - külön törvény (ez az Eüak.) megalkotását tette szükségessé az Avtv. általános szabályai mellett.

A kezelt adatok érzékenysége tekintettel fokozatos körültekintést igényel; ráadásul a vonatkozó szabályozás olyankor került megalkotásra, amikor még nem létezett jelen intézményközi információrendszer koncepciója. Utóbbi körülmény ellenére a hálózati adattovábbításokra is tekintettel került megalkotásra a törvény; ez bizonyos körben az átláthatóság és a rendszerszintű megérthetőség rovására is megy.

A jogalkotó a törvény indokolásában kimondja: az önálló szabályozás alapvetően két esetben „avatkozik be” az általános adatvédelmi szabályozásba. Az egyik az, hogy – tekintettel arra, hogy az egészségügyben kirívóan nagy mennyiségben és gyakorisággal kerül sor különleges adatok kezelésére – törvényi felhatalmazással könnyíti meg a munkát az egészségügyben dolgozók számára. Hasonló célból került egyébként beépítésre az Avtv.-be is az a szabály, mely szerint az egészségügyi adatkezeléseket nem kell önállóan bejelenteni az adatkezelési nyilvántartásba.

Az Eüak. rendelkezéseinek elemzése, abból konkrét következtetések levonása teszi ki jelen elemzés jelentős részét. E rendelkezések természetesen együtt értelmezendők az Eütv., az Avtv., valamint a vonatkozó egyéb jogszabályok (legfőképpen rendeletek) tartalmával, valamint a következő pontban bemutatandó nemzetközi normákkal.

3.2.2. Nemzetközi kitekintés, környezet

Mint fentebb bemutatottuk, a hazai szabályozás alapvetően a nemzetközi dokumentumok mentén alakult ki. Mivel a projekt igen újszerű, hazai jog által nem vagy nem egyértelműen rendezett kérdéseket is felvet; erre tekintettel alább is felhasználásra került az ET vonatkozó ajánlása, mely a következőkben kerül bemutatásra.

Az Európa Tanács (97)5. számú, az egészségügyi adatok védelméről szóló ajánlása (a továbbiakban: Ajánlás) az ET Egyezményhez kapcsolódik, célja részben a jogértelmezés elősegítése. Az Ajánlás – mint a hazai szabályozás értelmezésekor alkalmazandó háttéranyag – az alábbiakban bemutatott okokból erősen érinti a projektet, a jogi elemzés igen hasznos forrása.

Az Ajánlás nem része az Egyezménynek, nem tekinthető kötelező erejű jogforrásnak, csupán követendő mintaként szolgál az egyes országok szabályozása számára, illetve értelmezési segítséget nyújt az Egyezmény alapján megalkotott helyi jogszabályokkal kapcsolatban. Valójában azonban az ajánlások szinte kötelező erővel bírnak az országok joggyakorlatában. Az pedig mindenképpen

kiemelendő, hogy az Ajánlás bizonyos tekintetben „fejlődési irány”-ként is hivatkozható. Az Ajánlás ugyanis annak az 1981-ből származó korábbi ajánlásnak a felváltását jelenti, amely az Eüak. megalkotásakor beépítésre került. Az új Ajánlás egyes pontjai ugyan időközben átvezetésre kerültek az Eüak.-on is, mint azonban lentebb látni fogjuk, egyes szabályok sokkal egyértelműbbek az ET szövegezésében.

Mivel a hazai szabályozás korántsem egyértelmű, így az Ajánlás hatékonyan alkalmazható a vitatható rendelkezések értelmezésére, az újszerű, Eüak. által még nem rendezett kérdések megválaszolására.

Szintén az Ajánlás jelentőségét növeli, hogy az ombudsman a múltban gyakran hivatkozott az Egyezményre és az ahhoz kapcsolódó ajánlásokra, állásfoglalásának kialakításakor így várhatóan nagymértékben fog jelen ajánlásra hivatkozni, valamint nézeteltérés esetén annak tartalma az ombudsman esetlegesen eltérő álláspontjával szemben is hatékonyan hivatkozható.

Az Ajánlás körültekintően szabályozza az egészségügyi adatok védelmének kérdését. A szabályozás nagymértékben hasonlít a hazaihoz, néhány területen azonban részletesebb és következetesebb. A projekt szempontjából releváns részeket röviden összefoglaljuk az alábbiakban.

1. Az egészségügyi adatok csak egészségügyi intézmények által, vagy az ő felhatalmazásuk alapján kezelhetők. Az adatkezelést végző személyekre azonos biztonsági szabályok kell, hogy vonatkozzanak.

Egészségügyi adatok feldolgozása és gyűjtése csak a törvényben meghatározott esetekben jogszerű:

- közegészségügyi célokból vagy bűncselekmény megelőzése érdekében, egyéb fontos közérdekű okból;
- megelőzési célú orvosi kezelés, diagnosztikai vizsgálatok, vagy gyógykezelés során, az adatalany vagy harmadik személy életbe vágó fontosságú érdekében, meghatározott szerződéses kötelezettség teljesítésére, vagy valamely jogos igény megalapozása, kielégítése, vagy gyakorlása céljára;

Ezen túlmenően az adatkezelés csak az adatalany, jogi képviselője, vagy más törvényben feljogosított személye hozzájárulásával lehet jogszerű.

2. Az ajánlás egyértelműen állást foglal az egészségügyi adatok továbbításának kérdésében. Az ajánlás kimondja: az egészségügyi adatokat főszabályként az érintettől kell beszerezni, az adatok főszabályként nem továbbíthatók. Az Ajánlás emellett meghatározza az egészségügyi adatok továbbításának tilalma alóli kivételek eseteit. Ezek közül az intézményközi információrendszer tekintetében alapvető jelentőségű a következő kitétel:

Egészségügyi adat abban az esetben továbbítható, ha

„az adatalany vagy jogi képviselője, vagy valamely hatóság vagy más törvényben meghatározott személy nem tiltakozott kifejezetten a nem-kötelező továbbítással szemben, és ha az adat felvétele önként igénybe vett preventív, diagnosztikai, vagy gyógykezelési összefüggésben történt és az

adattovábbítás célja nem összeegyeztethetetlen az eredeti adatfelvételhez kapcsolódó művelet céljával, így különösen ha az a beteg kezelése, vagy a beteg érdekében működő egészségügyi szolgáltatás irányítása.”⁷

Ez a dokumentum tehát egyértelműen lehetővé teszi az intézményközi adattovábbítást, konkrétan meghatározott feltételek teljesülése esetén. E rendelkezésen túlmenően az Ajánlás a jogalkotás számára lehetővé teszi adatkezelés intézményesítését bizonyos indokolt esetkörökben (pl. egyes közegészségügyi, bűnüldözési célokból). Az Ajánlásban (és ez alapján törvényben) meghatározott esetkörökön túl

3. Az érintett állampolgárt az adatkezelőnek tájékoztatnia kell:

- a rá vonatkozó adatokat tartalmazó akta létezésének tényéről és a gyűjtött vagy gyűjtendő adatok típusáról,
- az adatkezelés céljáról vagy céljairól;
- szükség szerint azon személyekről vagy szervezetekről, akiktől az adatok gyűjtésére sor kerül vagy került;
- a személyekről vagy szervezetekről, akik számára az adatok továbbíthatók;
- szükség szerint a beleegyezése megtagadásának, a hozzájárulás visszavonásának lehetőségéről ennek a következményeiről,
- az adatkezelő és szükség esetén annak képviselője kilétéről, és a hozzáférési jogosultság és a kijavítás joga gyakorlásának esetleges feltételeiről.

Az adatgyűjtés tényéről legkésőbb az adatgyűjtés időpontjában kell az érintetteket tájékoztatni.

4. Az érintettek bizonyos, az Ajánlásban meghatározott kivételekkel hozzáférhetnek egészségügyi adataikhoz, közérthető formában. A hozzáférés lehetséges egészségügyi személyzet vagy – ha a nemzeti jog erre lehetőséget nyújt – az általa meghatározott más személy útján. Az érintett rá vonatkozó adataihoz való hozzáférése csak igen szűk esetkörben korlátozható, késleltethető vagy tagadható meg (pl. ha a tájékoztatás nagy valószínűséggel káros lenne az érintett egészségügyi állapotára).

Az adatalany kérheti hibás adatai kiigazítását, visszautasítás esetén joga van a fellebbezéshez.

5. Az Ajánlás foglalkozik az adatbiztonság alapvető követelményeivel is az egészségügyi adatok védelme érdekében. Az Ajánlás szerint megfelelő technikai és szervezési intézkedéseket kell tenni a

⁷ „provided that the data subject or his/her legal representative, or an authority, or any person or body provided for by law has not explicitly objected to any non-mandatory communication, if the data have been collected in a freely chosen preventive, diagnostic or therapeutic context, and if the purpose of the communication, in particular the provision of care to the patient or the management of a medical service operating in the interest of the patient, is not incompatible with the purpose of the processing for which they were collected.”

személyes adatok véletlen vagy szándékos megsemmisítésének, megsemmisülésének, jogosulatlan hozzáférésének, megváltoztatásának, továbbításának, vagy más kezelésének megakadályozására. Az Ajánlás konkrét követelményeket fogalmaz meg e körben. Így az adatok bizalmas kezelésének bizonyossága érdekében szükséges például:

- megakadályozni illetéktelen személyek adatkezelésre használt berendezésekhez való hozzáférését,
- megelőzni az adathordozók illetéktelen személyek általi olvasását, másolását, megváltoztatását vagy törlését,
- megelőzni az adatkezelést végző berendezésekbe való illetéktelen adatbevitelt, adatmódosítást, adatátvitelt,
- az adatkezelés során a megfelelő adatbiztonság mellett biztosítani kell az alábbi adatok szelektív kezelését, és a szelektív hozzáférés lehetőségét:
 - *személyi azonosító adatok,*
 - *adminisztratív adatok,*
 - *gyógyászati adatok,*
 - *szociális adatok,*
 - *genetikai adatok.*
- garantálni kell az ellenőrzés lehetőségét, hogy mely személyeknek vagy szervezeteknek továbbíthatóak a személyes adatok,
- garantálni kell az információs rendszerhez való hozzáférések utólagos megállapítási lehetőségét, annak a megállapíthatóságát, hogy ki és milyen adatokat ismert meg a rendszerből,
- meg kell előzni az adatoknak az adattovábbítás közben történő megismerését, másolását, módosítását vagy törlését,
- garantálni kell a biztonsági másolatok meglétét.

6. Egészségügyi adat a törvényes korlátnál tovább nem tárolható, kivéve tudományos, közegészségügyi és statisztikai célból. Az érintett kérdésére az ilyen adatok törlendőek, kivéve ha anonimizáltak.

Az alábbiakban látni fogjuk, hogy a hazai szabályozás az Ajánlás több szabályát érvényesíti; ugyanakkor a fenti szabályok több helyen részletesebbek, konkrétabbak vagy egyértelműbbek a hazai rendelkezéseknél. **A konkrét kérdésekre adott válaszoknál így bizonyos esetben hivatkozhatunk – és a következőkben hivatkozunk is – az Ajánlásra, mint irányadó dokumentumra.**

3.2.3. Törvényi felhatalmazás és hozzájárulás

A törvényi felhatalmazás és a hozzájárulás fent bemutatott kettőssége egészségügyi viszonylatban is vizsgálendő. Az ágazat sajátosságát részben egyébként az adja, hogy e körben önálló törvény tartalmazza a speciális szabályokat.

Fentebb (l. 3.2.1) utaltunk arra, hogy az Eüak. megalkotásának egyik alapvető célja az volt, hogy az egészségügyi adat kezelésének gyakorisága, szükségessége miatt jogalkotó törvényi felhatalmazásban rögzítette, hogy mely esetekben nincs szükség a beteg önálló hozzájárulására. Természetesen a beteg – mivel egyúttal az érintett gyógyításáról van szó – a legtöbb esetben hozzájárulna ehhez az adatkezeléshez: erre utal az a vélelem is, mely szerint az ellátóhoz való fordulás bizonyos körben hozzájárulásnak minősül. Az ezzel járó adminisztráció (hiszen írásbeli hozzájárulásra lenne szükség), valamint az, hogy az adatkezelés az egészséghez való jog (mint alapjog) érvényesüléséhez valójában elengedhetetlen (sürgősségi ellátás esetén pedig ez igen komoly komplikációkhoz vezetne), elegendő alapot jelentett a jogalkotó számára, hogy e kérdéseket megfelelően, törvényben rendezze.

Az Eüak. tehát arra hivatott, hogy amikor ténylegesen indokolt és szükségszerű az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelése, akkor ennek ne legyen akadálya, a felhatalmazás törvényileg biztosított legyen. Ebből azonban nem vonható le az a következtetés, hogy a hozzájáruláson alapuló adatkezelésnek nincs is tere – hiszen valamennyi ténylegesen indokolt esetkör jogilag rendezésre került. Az érintett információs önrendelkezési jogából ugyanis az következik, hogy az olyan adatkezelésekhez is hozzájárulását adhatja, amelyek nem tartoznak e körbe.

A fenti gondolatmenetnek is megfelelően az Eüak. rögzíti: a fentebb meghatározott céloktól eltérő célra is lehet az érintett, illetve törvényes vagy meghatalmazott képviselője - megfelelő tájékoztatáson alapuló - **írásbeli hozzájárulásával** egészségügyi és személyazonosító adatot kezelni.

Fontos hangsúlyozni: az adatkezeléshez való hozzájárulás és az egyes egészségügyi ellátásokhoz való hozzájárulás lényegesen különböző intézmény! Nem szabad tehát összekeverni a kettő feltételrendszerét és jogkövetkezményeit. A különbséget illusztrálhatjuk azzal a példával, hogy invazív beavatkozások esetében a beteg írásbeli hozzájárulása szükséges; az ellátás érdekében szükséges adatkezeléshez viszont ekkor sincs szükség külön hozzájárulásra. Ezzel szemben az egyes adatok nem gyógykezelési céllal való hasznosítása (adatkezelés) esetén is írásbeli hozzájárulás kell a betegtől akkor is, ha magához az ellátáshoz nem kellett hozzájárulás.

3.2.4. Az egészségügyi adatok kezelésének jogszerű céljai

Az adatvédelem általános szabálya alapján az egészségügyi adatok kezelését elrendelő törvénynek meg kellett határoznia az adatkezelés célját és feltételeit, a kezelendő adatok körét és megismerhetőségét, az adatkezelés időtartamát, valamint az adatkezelő személyét.

Az Eüak. meghatározza azt a négy célt, amelynek érdekében a törvény alapján sor kerülhet egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésére. Ezek:

- az egészség megőrzésének, fenntartásának előmozdítása,
- a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése,
- az érintett egészségi állapotának nyomon követése,
- a közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele.

A törvény ezen túlmenően rögzít bizonyos egyéb célokat is, amelyek érdekében – a vonatkozó egyéb törvények szerint – sor kerülhet adatkezelésre. Ezek az adatkezelési célok (amelyek részletes tartalmát, pontos terjedelmét a vonatkozó törvények szabják meg, jelen tanulmányban terjedelmi okokból eltekintünk részletes ismertetésüktől):

- a) egészségügyi szakember-képzés,
- b) orvos-szakmai és epidemiológiai vizsgálat, elemzés, az egészségügyi ellátás tervezése, szervezése, költségek tervezése,
- c) statisztikai vizsgálat,
- d) tudományos kutatás,
- e) az egészségügyi adatot kezelő szerv vagy személy hatósági vagy törvényességi ellenőrzését, szakmai vagy törvényességi felügyeletét végző szervezetek munkájának elősegítése, ha az ellenőrzés célja más módon nem érhető el, valamint az egészségügyi ellátásokat finanszírozó szervezetek feladatainak ellátása,
- f) a társadalombiztosítási, illetve szociális ellátások megállapítása, amennyiben az az egészségi állapot alapján történik,
- g) bűnüldözés, továbbá a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvényben meghatározott feladatok ellátására kapott felhatalmazás körében bűnmegelőzés,
- h) a nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló 1995. évi CXXV. törvényben meghatározott feladatok ellátása, az abban kapott felhatalmazás körében,
- i) közigazgatási eljárás,
- j) szabálysértési eljárás,
- k) ügyészségi eljárás,
- l) bírósági eljárás,
- m) az érintettnek nem egészségügyi intézményben történő elhelyezése, gondozása,
- n) a munkavégzésre való alkalmasság megállapítása függetlenül attól, hogy ezen tevékenység munkaviszony, közalkalmazotti és közszolgálati jogviszony, hivatásos szolgálati viszony vagy egyéb jogviszony keretében történik,
- o) közoktatás, felsőoktatás és szakképzés céljából az oktatásra, illetve képzésre való alkalmasság megállapítása,
- p) a katonai szolgálatra, illetve a személyes honvédelmi kötelezettség teljesítésére való alkalmasság megállapítása,
- q) munkanélküli ellátás, foglalkoztatás elősegítése, valamint az ezzel összefüggő ellenőrzés.

A célhoz kötöttség elvénél kifejtettekre visszautalva e helyen kell emlitenünk, hogy a fenti célokra is csak annyi és olyan egészségügyi, illetve személyazonosító adat kezelhető, amely az adatkezelési cél megvalósításához elengedhetetlenül szükséges. Az alapelvi szintű jelentés felfogható a célhoz kötöttség elvének szektorspecifikus változatának; ennek konkretizálását jelenti például az a szabály, mely szerint a különböző forrásból származó egészségügyi és személyazonosító adatokat csak addig az időpontig és olyan mértékig lehet összekapcsolni, ameddig az az adott cél érdekében feltétlenül szükséges (l. később).

3.2.5. Orvosi és egyéb titoktartás

Az orvosi titoktartás az egészségügyi adatok védelmének alapvető intézménye. Az Eüak. szerint orvosi titok a gyógykezelés során az adatkezelő tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adat,

továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adat – ez igen széles kört fed le a személyes és egészségügyi adatok köréből. Hasonlóan tág definíciót alkalmaz az Eütv.: eszerint orvosi titok az érintett ellátása során az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek tudomására jutott valamennyi egészségügyi és személyes adata.

Az Eütv. az orvosi titoktartáshoz való jogot alapvető betegjogként határozza meg. Az Eüak. szerint az orvosi titok alól csak az érintett (vagy törvényes képviselője) hozzájárulása, vagy törvény ilyen tartalmú rendelkezése adhat felmentést. Ilyen törvényi rendelkezést tartalmaz az Eüak., amikor általános jelleggel mentesíti e személyeket az érintett választott háziorvosa, valamint az igazságügyi orvosszakértő felé való adatközlés tekintetében.

Mentesítést tartalmaz az Eütv. is, mely szerint a beteg hozzájárulása nélkül is közölni kell egészségügyi adatait, amennyiben azt mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi.

A gyógykezelés érdekében további kivételt határoz meg az Eüak. Eszerint a titoktartási kötelezettség a betegellátót csak olyan személyekkel szemben köti, aki az orvosi vizsgálatban, a kórisme megállapításában, illetve a gyógykezelésben vagy műtéténél nem működött közre, kivéve, ha az adatok közlése a kórisme megállapítása vagy az érintett további gyógykezelése érdekében szükséges. **A korábbi kezelőorvos jogosult tehát megismerni a jelenlegi kezelések adatait, a jelenlegi kezelőorvos pedig jogosult megismerni a korábbi kezelési adatokat.** E rendelkezés tehát lehetővé teszi az intézményközi kommunikációt.

Fontos hangsúlyozni azonban, hogy a titoktartás és az adatkezelési felhatalmazás legfeljebb közvetve függ össze. Önmagában a titoktartás fennállása nem jelenti azt, hogy a kezelőorvos jogosult kezelni a kérdéses adatot (ezzel a félreértéssel gyakran lehet találkozni), de a titoktartás alóli mentesülés sem jelenti önmagában azt, hogy az adat átadható lenne, erre csak külön törvényi vagy beteg általi felhatalmazás teremtheti meg a jogalapot.

3.2.6. Egészségügyi adatok és egészségügyi dokumentáció

Az intézményközi információrendszer tekintetében elemezni kell az adatok, valamint a dokumentáció jogi megítélését.

Az Eüak. alkalmazásában a két fő adatkör a személyazonosító adat és az egészségügyi adat kategóriája. Az Eüak. definíciója szerint személyazonosító adat

a családi és utónév, leánykori név, a nem, a születési hely és idő, az anya leánykori családi és utóneve, a lakóhely, a tartózkodási hely, a társadalombiztosítási azonosító jel (a továbbiakban: TAJ szám) együttesen vagy ezek közül bármelyik, amennyiben alkalmas vagy alkalmas lehet az érintett azonosítására;

Egészségügyi adat:

az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás);

A törvény értelmében az egészségügyi adatok felvétele a gyógykezelés része.

Egészségügyi dokumentáció az Eüak. szerint

„a gyógykezelés során a betegellátó tudomására jutott egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától”

A dokumentáció tehát leegyszerűsítve az adatok (személyes, egészségügyi vagy egyéb adatok) rögzített formája – a gyakorlatban általában összegyűjtött formában.

Az Eütv. szerint „az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik”. A beteg tehát az adatok felett való rendelkezés kapcsán széles körben képes befolyásolni a dokumentáció tartalmát, kiterjedt jogai vannak arra nézve. A beteg adatok feletti rendelkezési joga továbbá szorosan kapcsolódik a beteg tájékoztatáshoz való jogához, pl. a zárójelentés iránti igény vagy a betegdokumentációba való betekintés esetén.

A beteg dokumentációval kapcsolatos legfontosabb jogait az Eüak. és az Eütv. határozza meg; eszerint **a beteg jogosult:**

- a gyógykezeléssel összefüggő **adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,**
- a rá vonatkozó egészségügyi **adatokat megismerni,**
- az egészségügyi dokumentációba **betekinteni,** valamint azokról saját költségére **másolatot kapni,**
- a fekvőbeteg-gyógyintézetből történő elbocsátásakor **zárójelentést kapni,**
- **egészségügyi adatairól** indokolt célra - saját költségére - összefoglaló vagy kivonatos **írásos véleményt kapni.**
- az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt - rá vonatkozó - egészségügyi **dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni**
- arról nyilatkozni, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből
- a korábban adott **hozzájárulását visszavonni,** ezáltal főszabályként az adat törlését előírni.

A dokumentáció vezetése azonban az intézmény alapvető jelentőségű kötelezettsége. A betegdokumentációnak **lényegében a kezelés és az adatkezelés valamennyi tényét tartalmaznia kell,** így az érintettől a kezelőorvos vagy az egyéb betegellátó által felvett, a gyógykezelés vagy a közegészségügy-járványügy szempontjából jelentős adatokat. **Tartalmaznia kell továbbá az**

adattovábbítások alapvető adatait: az adattovábbítás címzettjét, módját, időpontját, valamint a továbbított adatok körét.

A törvény nem határoz meg papíralapú dokumentálási módot az ellátók számára; sőt, kifejezetten kimondja a tárolási forma szabadságát, így egyértelműen lehetővé teszi a betegdokumentáció elektronikus formában való vezetését. Ennek részleteiről az adatbiztonsági követelmények kapcsán ejtünk részletesebben szót (l. 3.3, 4.6).

Az Eüak., valamint a levéltári törvény azt is pontosan meghatározza, hogy mely dokumentumot **mennyi ideig kötelező tárolni**, a kötelező időn túlmenően pedig milyen eljárás alapján kerülhet sor további megőrzésre vagy a dokumentáció megsemmisítésére. E szabályok természetesen elektronikusan vezetett betegdokumentáció esetén is irányadók.

Jelen projekt szempontjából alapvető jelentőségű szabály, hogy mind az Eütv., mind az Eüak. kifejezetten kimondja:

„Az egészségügyi dokumentációban szereplő hibás egészségügyi adatot - az adatfelvételt követően - úgy kell kijavítani vagy törölni, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.”

E szabály kapcsán érdemes felhívni a figyelmet arra a tényre, hogy e szabályt a jelenleg intézményi szinten alkalmazott szoftverek nem biztosítják, vagyis gyakran az adatok kijavítása egyszerűen felülírással történik. Ebből többféle – több ponton jogsértést is jelentő – veszélyes következmény származik, így például:

- nem adható a betegek pontos tájékoztatás arról, hogy milyen tartalommal kerültek továbbításra az adatai;
- orvosi felelősséget érintő jogvita esetén nem – vagy csak igen nehezen – rekonstruálható, hogy ki vitte be a rendszerbe a hibás adatot, amely végül esetlegesen hibás kezeléshez vezetett, így az orvosi felelősség nem feltétlenül lesz érvényesíthető.

E lehetőségeket az intézményközi információrendszerben is minimálisan biztosítani kell a beteg számára. Az intézményközi rendszer kialakítását követően sokkal nagyobb jelentőséget nyernek az adattovábbítás technikai és jogi feltételei. Igen komoly kockázatot jelent ugyanis az orvos számára, ha nem egyértelműen bízhat az adatok pontosságában, valamint a beteg számára is, ha nem bízhat alappal az esetleges igénye érvényesíthetőségében. Ezért a fenti szabályt úgy kell értelmeznünk, hogy megköveteli a javítás időpontjának, okának, a javító személyének megjelölését is a dokumentációban ugyanúgy, ahogyan az eredetileg felvett adat „származása”, vagyis felvevője is megállapítható kell, hogy legyen.

Végül megemlíthető, hogy az Eüak. kifejezetten lehetőséget ad az adatokról biztonsági másolat készítésére. A másolatnak hiteles formában, az adatokkal szemben támasztott adatbiztonsági követelményekkel megegyező biztonsággal kell készülnie; a másolatkészítés célja a tárolt adatok fizikai védelme vagy a törvényes adattovábbítás lehet. Fontos azonban, hogy a törvény szóhasználatában a hiteles másolatot az adatkezelő készíti; ez a szabály szűkítő értelmezését teszi lehetővé.

3.2.7. Az érvényesülés kontrolljai

Az adatvédelmi szabályok betartásának felelőssége elsősorban az intézmény vezetőjére hárul. Mindez természetesen nem érinti a szabályt sértő személy (tipikusan orvos) etikai és jogi felelősségét, ugyanakkor a megfelelő akadályok, a megfelelő ellenőrzőrendszer kialakításáért az intézményvezető is felelősségre vonható. Az intézményvezető konkrét kötelezettségei között így kiemelendő a szabályok betartásának ellenőrzése, az oktatás, az új technológiák bevezetése stb. Külön kifejtendő az intézményvezető által elkészítendő adatvédelmi szabályzat – erről lentebb lesz szó.

Az intézményvezető e konkrét feladatainak ellátása érdekében adatvédelmi felelőst jelölhet ki; a nagyobb intézmények esetén ez szervezeti egységként kötelező. Az adatvédelmi felelős jelen projekt szempontjából is fontos szereplő lehet, hiszen az intézmény felhasználható az intézményközi információrendszer adatkezeléseinek egyes ellenőrzéseinél.

Az intézményvezető kötelező feladatai között szerepel az Eüak. alapján az intézményi adatvédelmi szabályzat elkészítése. Megemlítenéd: a konkrét szabály ellenére az intézmények jelentős részében ma sincs ilyen adatvédelmi szabályzat. Az adatvédelmi szabályzat egyes tárgyköreit pontosan meghatározza az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről szóló 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet, így ennek áttekintésétől eltekintünk.

Az intézményen kívüli kontrollt az adatvédelmi biztos és a bíróság jelent; e szereplők viszonyáról fentebb már szó esett. A konkrét szabályok betartásának ellenőrzése kapcsán azonban az adatvédelmi biztos a „fontosabb” intézmény: kiterjedt ellenőrzési jogkörei, valamint specializált működése, valamint a megfelelő kapacitás rendelkezésre állása rugalmassá és alapvetően hatékony ellenőrző intézménnyé teszi e területen. Így olyan kiterjedt és nagykaliberű, ráadásul különleges adatok továbbítására irányuló fejlesztés esetén biztosan kalkulálható az ombudsman ellenőrzési szándéka; ehhez képest az esetleges sajtóvisszhang és az esetleges félreértések-félremagyarázások elkerülhetők és lehetőség szerint elkerülendők azáltal, hogy az adatvédelmi biztos megfelelő időben megkeresésre kerül. A biztos továbbá többször jelezte, hogy ő is megfelelőbbnek tartja és készségesen rendelkezésre áll, ha még az előkészítés fázisában véleményezésre bevonásra kerül.

Az ilyen informális részvételhez képest formálisabb ellenőrzést jelent a 2004. január 1-je óta létező „előzetes ellenőrzés” intézménye. Az új rendelkezések az adatkezelési nyilvántartásba való bejegyzést megelőzően, valamint egyes konkrét (különös kockázatot jelentő) esetkörökben új technológia bevezetése esetén teszik lehetővé az ellenőrzést. Az egészségügyi ellátás esetkora azonban nem esik ezen körbe, mivel a hatályos szabályok szerint nem kötelező az ilyen adatkezelések adatkezelési nyilvántartásba való bejelentése, valamint az egészségügyi adatkezelés nem szerepel a konkrét esetek között; a lehetőség azonban kérelemre adott akkor is, ha egyébként a törvény nem tartalmaz erre vonatkozó felhatalmazást. Ez tehát lehetőséget jelent a projekt számára is, esetlegesen a tervek lezárását követően általános ellenőrzés gyanánt megkeresni az ombudsmant e tárgykörben; a másik oldalról elképzelhető, hogy az ombudsman előkészítésben való megfelelő, informális részvétele esetén e formális ellenőrzésre már nincs szükség.

Az ombudsman úgy él a köztudatban, mint alapvetően ellenőrző szerv, eljárásindítási jogokkal, lényegében hatósági jogkör nélkül. Az ombudsman tehát tipikusan közleményekkel, valamint a parlament felé leadott beszámolókkal harcol, fő fegyvere a nyilvánosság és a közvélemény alakítása. Ehhez képest némi változást jelent, hogy 2004. január 1-je óta a biztos bizonyos hatósági jellegű lépésekre is jogosult. Így ha az adatkezelő a jogellenes adatkezelést a biztos felhívása ellenére nem szünteti meg, az ombudsman elrendelheti az adatok zárolását, törlését vagy megsemmisítését, illetve megtilthatja a jogosulatlan adatkezelést vagy adatfeldolgozást, továbbá felfüggesztheti az adatok külföldre továbbítását. Az ombudsman e döntése azonban a bíróság előtt megtámadható; az ilyen felülvizsgálatnak továbbá lényegében halasztó hatálya van.

A bíróság hatásköre tekintetében érdemes visszautalnunk a fentebb (l. 3.1.1 pontnál) az ombudsman és a bíróság viszonyára vonatkozóan elmondottakra. Az ombudsman jogvédő természetére tekintettel megkockáztathatjuk azt az állítást, hogy azon rendszerek, amelyek az ombudsman „hálóján nem akadtak fenn”, azok a bíróság jogértelmezése szerint is megfelelőek lesznek. Bírósági jogvitákra tehát elsősorban akkor kell számítani, ha az ombudsman esetleges felvetései nem kerülnek megfelelően becsatornázásra, és a beindult rendszer kapcsán valamely érintett bíróságon kívánja jogait érvényesíteni. A megfelelő körültekintés azonban megelőzheti az ilyen jogvitákat.

3.3. Adatbiztonsági követelmények

Az infokommunikációs technológia terjedése és mind szélesebb alkalmazási köre az adatvédelmi aggályokat lényegesen erősítette. Az ombudsman megfogalmazásában: „Az Internet-használat elterjedése az adatvédelmi problémák új generációját hozza felszínre, melynek a felhasználók többsége – és részben a szolgáltatók – nincs tudatában.” Erre tekintettel számos szabály, valamint intézkedés bizonyult szükségesnek e tárgykörben is.

Az Avtv. általános szabálya szerint az adatkezelő (illetve adatfeldolgozó) köteles

- Gondoskodni az adatok biztonságáról, valamint
- Megtenni azokat a technikai és szervezési intézkedéseket és kialakítani azokat az eljárási szabályokat, amelyek az adat- és titokvédelmi szabályok érvényre juttatásához szükségesek. (Avtv. 10. § (1) bek.)

E szabályok természetesen nem kizárólag az elektronikus adattároláshoz kapcsolódnak. Az orvosi gyakorlat körében például konkrét kérdéskör a telefonon való információszolgáltatás: mivel az adatkezelési szabályok érvényesülésének a felelőse az intézményvezető, így az ő kötelezettsége a más orvosok telefonon való felvilágosításának szabályrendszerét, amely – többek között – az orvosi titkok és az egészségügyi adatok védelmének követelményeit is érvényesíti.

Az Avtv. szerint az adatokat különösen a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés

ellen kell védeni. Hagyományos tárolás esetén ez alapvetően fizikai biztonsági intézkedéseket (akár a tűzvédelmi követelmények is ide sorolhatók, vagy a tárolóhelyiségbe való belépés rendje stb.) jelent.

A fentiekből kitűnik, hogy a jogalkotó – és az ombudsman is – kiemelt veszélyforrásnak tekinti a hálózati kommunikációt. Az óvatosságot tükrözik az ombudsman jelentései is: „Az Internet minden használata nyomot hagy, s e nyomok összegyűjtésének és felhasználásának voltaképpen csak a költségek szabnak határt. Az elektronikus posta (e-mail) nyílt levelezőlapon folytatott levelezéshez hasonlítható...”.

Az Avtv. ezért külön védelmi intézkedéseket követel meg az adatkezelőtől, az adatfeldolgozótól, illetve a távközlési vagy informatikai eszköz üzemeltetőjétől akkor, ha a személyes adatok továbbítása hálózaton vagy egyéb informatikai eszköz útján történik.

Fontos felhatalmazást ad jelen projekt számára is az Eüak. azzal, hogy nem határoz meg papíralapú dokumentálási módot az ellátók számára; sőt, kifejezetten kimondja a tárolási forma szabadságát. Az alapvető garanciát az Eüak. 6. §-a jelenti, mely bármely (hagyományos, elektronikus) adattárolási formára alkalmazható. E szabály alapján **a rendszernek az adatok biztonságát kell biztosítania véletlen vagy szándékos megsemmisítéssel, megsemmisüléssel, megváltoztatással, károsodással, nyilvánosságra kerüléssel szemben, továbbá ki kell zárnia illetéktelen személyek hozzáférését.** Ez a követelmény a meghatározó, ugyanis az Eüak. 28. § (2) bekezdése szerint a nyilvántartás eszköze lehet bármely olyan adattároló eszköz vagy módszer lehet, amely biztosítja az adatok 6. § szerinti védelmét.

Elektronikus dokumentáció esetén ebből konkrét technológiai következtetések vonhatók le. Így megkövetelhető:

1. az intézményi rendszerhez való hozzáférés korlátozása,
2. felhasználói szintű beállítása,
3. hálózatba kötött gépek esetén a titkosítás stb.

Ezek tehát azok a többletkövetelmények, amelyek kifejezetten az elektronikus formából fakadóan merülnek fel. Emellett természetesen itt is érvényesülnek az általános jogi követelmények, mint a személyazonosító vagy egészségügyi adatok kijavításának vagy törlésének módjára vonatkozó, lentebb (l. 4.4.2) ismertetett szabály, vagy az, hogy az orvos csak az ő kezelése alatt álló beteg adatait jogosult megismerni, nem pedig valamennyi orvos valamennyi betegének adatait. Ezek ugyanis tárolási formától független követelmények; e szabályok azonban jelenleg gyakran nem érvényesülnek.

4. A HEFOP 4.4 által felvetett kérdések

4.1. A törvényi felhatalmazás kérdései

Hatályos jogunk értelmében a kezelést végző orvos főszabályként jogosult megismerni a korábbi kezelés adatait. **A közhiedelemmel szemben e célból továbbítható a beteg jelenlegi kezelésével összefüggő valamennyi adat az érintett külön hozzájárulása nélkül is.**

Ez ET egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó ajánlása egyértelműbb e tekintetben, mint a hazai szabályok. Az ET ajánlása ugyanis a fentiekben ismertetett feltételekkel kifejezetten rendelkezik az egészségügyi adatok hozzájárulás nélküli továbbításából az ellátás érdekében. Eszerint lehetőség van ilyen továbbításra, ha:

- az adatalany vagy jogi képviselője, vagy valamely hatóság vagy más törvényben meghatározott személy nem tiltakozott kifejezetten
- az adat felvétele önként igénybe vett preventív, diagnosztikai, vagy gyógykezelési összefüggésben történt és
- az adattovábbítás célja nem összeegyeztethetetlen az eredeti adatfelvételhez kapcsolódó művelet céljával.

Az Eüak. szerint az egészségügyi adatok felvétele a gyógykezelés része. Az ET Ajánlás szerint főszabályként a betegől kell beszerezni az adatokat, de lehetőség van a korábbi adatok korábbi kezelőorvostól való megismerésére is.

Az Eüak. szintén lehetőséget teremt a korábbi adatok továbbítására. A 10. § (2) bek. szerint

„A 4. § (1) bekezdése szerinti adatkezelés és adatfeldolgozás esetén **az érintett betegségével kapcsolatba hozható minden olyan egészségügyi adat továbbítható, amely a gyógykezelés érdekében fontos,** kivéve, ha ezt az érintett írásban kifejezetten megtiltja.”

Sürgős szükség⁸ esetén a (4) bek. alapján továbbá „a kezelést végző orvos által ismert, a gyógykezeléssel összefüggésbe hozható minden egészségügyi és személyazonosító adat továbbítható”. A sürgős szükség esetén kívül viszont csak az érintett hozzájárulásával továbbítható „a továbbítás idején fennálló betegséggel össze nem függő, korábbi betegségére vonatkozó” egészségügyi adat.

Nem hozható létre ugyanakkor egyértelmű „táblázat” arra vonatkozóan, hogy egyes tünetek vagy egyes betegségek kapcsán pontosan milyen körben indokolt és jogszerű az adatokhoz hozzájutni. Az Eüak. 9. § (1) bekezdése szerint ugyanis:

„A kezelést végző orvos, illetve a tisztiorvos dönti el, hogy a szakmai szabályoknak megfelelően - a kötelezően felveendő adatokon kívül - mely egészségügyi adat felvétele szükséges a 4. § (1) bekezdése szerinti célból”.

⁸sürgős szükség: az egészségi állapotban hirtelen bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában az érintett közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne (Eüak. 3. § k) pont)

Sem az adatokat továbbító orvos, sem valamely országos intézet nem készíthet tehát taxatív listát e témakörben, de nem is bírálhatja felül az aktuális kezelőorvos döntését. Az esetleges visszaélésekkel kapcsolatosan legfeljebb utólag, az adatkezelésre vonatkozó ellenőrzések kapcsán lehet az érintett orvost (vagy más ellátó személyt) felelősségre vonni e döntéséért.

Az intézményközi információrendszer kapcsán fentiekből az alábbi következtetések vonhatók le:

- ***A hazai jog – a vonatkozó ET ajánláshoz hasonlóan – lehetővé teszi az ellátási adatok továbbítását a kezelés érdekében. A hazai jog által biztosított adattovábbítási lehetőségek lényegében minden szakmailag indokolt adattovábbításra lehetőséget biztosítanak.***
- ***Erre tekintettel az intézményközi rendszer céljaként (adatvédelmi jogi szempontból) főszabályként a törvényi felhatalmazás megvalósítását kell kitűzni, az ugyanis hozzájárulás nélkül is lehetőséget biztosít az ellátás érdekében szükséges adatok megismerésére.***
- ***A beteg hozzájárulása erre tekintettel akkor kérhető, ha az ténylegesen szükséges, vagyis ha a továbbítandó adatok eltérő célt szolgálnak, vagy a továbbított adatok meghaladják a törvényi felhatalmazás által megszabott kereteket.***

Az Avtv. szerint az adatfelvételt megelőzően meg kell jelölni, hogy az adatfelvétel önkéntes vagy kötelező, kötelező adatszolgáltatás esetén továbbá meg kell jelölni az elrendelő jogszabályt.

Fontos, hogy a **gyógykezelés érdekében felvett egészségügyi adatok esetében tulajdonképpen önkéntes adatfelvételtől beszélünk** (Eüak. 12. § (1) bek.); **a beteg hozzájárulását azonban – kifejezett tiltó nyilatkozat hiányában – vélelmezni kell** (Eüak. 12. § (2) bek.). Kötelező adatfelvételtől beszélünk viszont pl. a 13. §-ban meghatározott esetekben (pl. bizonyos fertőző betegségek esetén); ilyenkor az Avtv. szerint meg kellene jelölni az adatkezelést elrendelő törvényt, a gyakorlatban valójában erre nemigen kerül sor és felvethető, hogy ez bizonyos szempontból túlzott elvárást jelent.

Konkrét kérdés fakad azonban abból, hogy az adatkezelési szabályok végrehajtása során mind az adatot megküldő, mind az adatot lekérő (fogadó) orvos (vagy más személy) adatkezelőnek minősül, vagyis felelős az adattovábbítás jogszerűségéért. Joggal merül fel így a kérdés, hogy hogyan lehet biztos abban a korábbi kezelést végző orvos, hogy az adatok továbbítása jogszerű.

Álláspontunk szerint a probléma egyrészt az intézményközi rendszer megfelelő (minél differenciáltabb) jogosultság-kezelésével, valamint a hangsúly adatot lekérő orvosra való helyezésével oldható fel.

A HEFOP 4.4 intézményközi információrendszere ugyanis a fentiek szerint alapvetően a törvényi felhatalmazás megvalósítására hivatott. A rendszer ezért technológiailag úgy alakítandó ki, hogy

- *Differenciált jogosultságkezelés folytán a rendszerhez, valamint az abban tárolt betegadatokhoz csak az arra törvény (vagy a beteg hozzájárulása) alapján ténylegesen jogosult személyes férhessenek hozzá;*
- *Az adattovábbítások az adatokat kérő intézmény vezetőjének felelőssége alapján működjenek elsősorban: az intézményi felülhitelesítéssel a kérő intézmény vállaljon felelősséget azért, hogy az adatkérő orvos jogosult volt a kérdéses adatkérést kiállítani, vagyis lényegében az adattovábbítás jogszerűségéért (természetesen ezt a megfelelő jogosultsági belső kontroll az alapja).*

Ennyiben technológiai kérdés tehát, hogy a törvényi felhatalmazáson alapulva az intézményközi rendszer megvalósítható-e.

4.2. Hozzájáruláson alapuló adatkezelés

4.2.1. A hozzájáruláson alapuló adatkezelés alkalmazási köre

A beteg hozzájárulására a fenti megállapítások szerint akkor van szükség, ha a továbbítandó adatok eltérő célt szolgálnak, vagy a továbbított adatok meghaladják a törvényi felhatalmazás által megszabott kereteket.

4.2.2. A hozzájáruláson alapuló adatkezelés korlátai

A beteg adatkezeléshez való hozzájárulása úgy él a köztudatban, mint egy „adu”, ami bármilyen adatkezeléshez felhasználható, ami bármilyen adatok kezelését jogszerűvé teszi. Ez az értelmezés lényegében nem hibás, azonban e kör nem alkalmazható korlátlanul. Az adatvédelmi biztos megfogalmazásában:

„Az Avtv. 3. § (1) bekezdése nem értelmezhető úgy, hogy az ügyfél beleegyezése bármely személyes adatának kezelésére jogalapot ad, függetlenül az adatkezelés céljától, a szóban forgó ügylet jellegétől.”⁹

Az alábbiakban e korlátok főbb pontjaira hívjuk fel a figyelmet.

Az Avtv. értelmező rendelkezései közül a hozzájárulás meghatározása konkrét követelményeket fogalmaz meg:

Hozzájárulás: az érintett kívánságának önkéntes és határozott kinyilvánítása, amely megfelelő tájékoztatáson alapul, és amellyel félreérthetetlen beleegyezését adja a rá vonatkozó személyes adatok - teljes körű vagy egyes műveletekre kiterjedő - kezeléséhez;

A definícióból több korlát vezethető le az adatvédelmi biztos gyakorlata szerint is:

⁹ 303/A/1998 sz. ajánlás

- A legfontosabb talán az *önkéntesség* elvének tiszteletben tartása, ez a tisztességesség általános elvéből is lényegében levezethető.¹⁰ Az érintett szorult helyzete, tájékoztatlansága nem használható ki a hozzájárulás megszerzése érdekében. A gyakorlatban ezen az alapon a legtöbb adatkezelés jogszerűtlen lenne (pl. a bankok adatkezelése a hitelfelvételnél általában nem felelne meg az önkéntesség elvének, hiszen a kérelmező aligha „önként”, inkább kényszerből adja át az adatokat); erre tekintettel e szabályt a gyakorlatban rugalmasan értelmezhetjük. Így akkor sérül az önkéntesség elve (megint a tisztességesség elvével összhangban), ha olyan adat megadását követelik meg, az olyan adatkezeléshez való hozzájárulást teszik valamely szerződés megkötésének, szolgáltatás nyújtásának feltételévé, amely valójában nem elengedhetetlenül szükséges adott célra.

1. Természetesen tehát a HEFOP 4.4 működtetésénél, pl. az index-adatbázis létrehozásához való hozzájárulás megadása nem tehető az orvosi ellátás, vagy valamely kiegészítő szolgáltatás feltételévé. Az viszont természetesen elfogadható, ha az intézményközi információrendszer többlétszolgáltatásait (pl. az átfogó egészségügyi állapotra vonatkozó tájékoztatáshoz való jog, esetlegesen a beteg iratbetekintési joga) e betegek számára nem, vagy csak a szükséges mértékben korlátozott módon elérhető.

2. Ha ez lehetséges, az intézményközi információrendszerhez beszerzendő hozzájárulások több szintjét kell kialakítani, az egyes funkciókhoz esetlegesen szükséges adatkezelések tekintetében célszerű pl. külön biztosítani a hozzájárulás megadását vagy megtagadását. Ennek gyakorlatias módja, ha az egyes funkciók és az ahhoz szükséges adatkezelések elkülönítve szerepelnek, a beteg pedig kijelölhet vagy kizárhat egyes adatkezeléseket (és funkciókat).

Határozottság: a félreérthető, nem tudatos magatartás vagy nyilatkozat nem megfelelő (pl. ha nem tekinthető ráutalással való hozzájárulásnak a kamerával megfigyelt helyiségbe való belépés, ha a kamerák létezése nem egyértelmű). A határozottság tehát főként a ráutalással való hozzájárulás esetén fontos szabály, de levezethető belőle a hozzájáruló nyilatkozat kiterjesztő értelmezésének kizártsága is. Megemlíthető továbbá, hogy a hallgatás főszabályként nem értelmezhető beleegyezésként; ehhez képest ha a betegnek nem szükséges a külön hozzájárulása, hanem csak tiltakozási joga van (l. 3.1.7), akkor a hallgatás (nem-tiltakozás) értelemszerűen adatkezelésre jogosít.

Az intézményközi információrendszer esetében tehát nem lehet abból kiindulni, hogy mivel az adatkezelés a beteg érdekében történik, így a hozzájárulás vélelmezhető. A szükséges hozzájárulásokat egyértelműen, a fentieknek megfelelően írásban, precízen meghatározott tartalommal kell megadni.

A hozzájárulás megadásának módjáról a következő pontban esik majd szó.

¹⁰ Az értelmező rendelkezés egyébként csak 2004. január 1-jével került be a törvénybe; ezt megelőzően azonban a joggyakorlat az EU irányelv és az ET egyezmény vonatkozó definíciója alapján ezzel azonos követelményeket támasztott.

Megfelelő tájékoztatás: a hozzájárulást tehát pontos tájékoztatás kell, hogy megelőzze („informált beleegyezés”). Az informáltság az önkéntesség megvalósulásának előfeltétele is: A szükséges tájékoztatás elmulasztásával az érintett a hozzájárulását nem tudja megfelelően kinyilvánítani, hiszen bizonyos információknak nincsen birtokában¹¹. Így a tájékoztatás során pontosan meg kell határozni az adatkezelés célját, és a szolgáltatandó adatok körét, az adatkezelőket és adatfeldolgozókat, hogy az érintett szabadon és megalapozottan dönthessen.

Az intézményközi információrendszer alapvető működtetéséhez szükséges hozzájárulások beszerzése esetében javasunk egy olyan írásbeli tájékoztatót, amely tartalmazza a fenti adatokat. Amennyiben egyes további, konkrét adatkezelésekhez (pl. az adatvagyon valamilyen hasznosításához) hozzájárulásra van szükség, úgy általában az orvos feladata a tájékoztatás megadása; gyakrabban előforduló esetkörökre vonatkozóan (pl. ha sok beteg esetében kérnek hozzájárulást adott adatkezeléshez, nem pedig egyedi esetről van szó) azonban szintén célszerű lehet nyomtatványt rendszeresíteni. Ez két előnnyel jár: egyben ezen adhatja meg a beteg a hozzájárulását, másrészt utólag nem merülhet fel jogvita a tájékoztatás megfelelőségére vonatkozóan.

E kérdésről a hozzájárulás megadásának módja kapcsán a következő pontban ejtünk szót.

A fenti konkrét követelmények nagyrészt felfoghatók a *célhoz kötöttség* következményeiként is.

- Az adatkezelésnek mindig **konkrétan meghatározható célja** van, amelyet **egyértelműen meg kell jelölni**.
- **A cél érdekében csak olyan adatok kezelhetők főszabályként, amelynek kezelése az adatkezelési cél megvalósításához elengedhetetlenül szükséges és csak annyi ideig, amíg az adatra ténylegesen szükség van.** Elhibázottnak tekinthető az Eüak. azon szabálya, amely csak a törvényi felhatalmazáson alapuló adatkezelésekre vonatkozóan követeli meg ezt; a tisztességes adatkezelés, mint alapelv azonban hozzájáruláson alapuló adatkezelés esetében is megköveteli ezt. Az Avtv. általános szabálya szintén ezt mondja ki, méghozzá nem kizárólag a törvényi felhatalmazáson alapuló adatkezelésekre kiterjedően.

4.2.3. A hozzájárulás megadásának módja

Az általános szabályok szerint a beteg írásbeli hozzájárulására van szükség, ha a törvényi felhatalmazás nem érvényesül. Ez tehát azt jelenti, hogy a megfelelő tájékoztatást követően a betegnek önkéntesen és határozottan hozzájárulását kell kinyilvánítania az adatkezelésre vonatkozóan.

Az elektronikus aláírásról szóló 2001. évi XXXV. tv. (a továbbiakban: Eat.) megteremtette az írásbeliség elektronikus környezetben megvalósítható formáját. Az Eat. 3. § (5) bekezdése, valamint a 4. § (1) bekezdése alapján így ha valamely (anyagi jogi vagy eljárásjogi) jogviszonyban jogszabály írásbeliséget

¹¹ 270/A/2002

követel meg, akkor e követelménynek a legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentum is megfelel.

A fentiekben a beteg hozzájárulását megelőző tájékoztatására nyomtatvány rendszeresítését javasoltuk. Ebben közérthető módon be kell mutatni

- az adatkezelés jellegét és célját,
- a kezelt (továbbított) adatok körét,
- az adatkezelő kilétét,
- az adatfeldolgozó kilétét (ha van),
- az adatkezelés időtartamát,
- hogy ki és milyen esetben férhet hozzá az adatokhoz,
- a megtett adatbiztonsági intézkedéseket, az egyes adatvédelmi garanciákat (ha van ilyen konkrét intézkedés),
- az esetleges egyéb fontos körülményeket, adatokat.

Az index-adatbázis felállításához, az intézményközi rendszer egészének működéséhez szükséges hozzájárulás esetében tehát közérthető formában le kell írni az adatkezelés célját, valamint a rendszer működésének főbb elveit, működési jellemzőit. Ha az adatvagyon valamilyen hasznosítására kerül sor, e tájékoztatás várhatóan kisebb terjedelmű lehet.

A nyomtatvány bevezetése azért is célszerű, mert ilyenkor a nyomtatvány végén kialakítható a beteg hozzájárulásának megadására szolgáló hely. A beteg számára előnyomatott felvezető szöveg adható meg, melyben kifejezi, hogy a tájékoztatást megértette, az adatkezeléshez a megadott terjedelemben önkéntes hozzájárulását adja. A tájékoztatót lehetőség szerint a beteg számára is át kell adni (de nem feltétlenül az által aláírt példány másolatát).

Ha azonos alkalommal különböző célokra, vagy pl. a rendszer különböző, elkülöníthetően is működtethető funkcióihoz kell hozzájárulást kérni, ezek elkülönített szerepeltetése indokolt, valamint célszerű lehetőséget adni a betegnek, hogy „válogasson” az egyes pontok között. A kivitelezésre javaslatuk az, hogy az érintett főszabályként valamennyi adatkezelési körhöz hozzájárulást adja, de egyes pontokat (funkciókat vagy célokat) kihúzhat.

A fenti funkciók természetesen elektronikusan is megvalósíthatók, a tájékoztatás viszont akkor is papíron adható át célszerűen, ha a hozzájárulás elektronikusan kerül megadásra.

A hozzájáruló nyilatkozatot megfelelő módon tárolni kell, célszerűen a betegdokumentációban. Ha a nyilatkozat elektronikus formában létezik, akkor elegendő elektronikus formában tárolni azt. Ha viszont a beteg papíron adja meg hozzájárulását, akkor – a nyilatkozat eredeti példányának

papír alapú megőrzése mellett – a hozzájárulás megadásának tényét szükséges lehet a rendszerben rögzíteni. Nincs erre feltétlenül szükség akkor, ha az adatkezelésben nincs harmadik személy közreműködő (pl. mint az adat jelenlegi kezelője); ha azonban van ilyen harmadik személy (pl. átjelentkezésnél a korábbi háziorvostól kéri át az összes ott tárolt betegadatot az új háziorvos), akkor az adatkezelés jogszerűségének intézményközi információrendszerben való igazolására is szükség van.

A hozzájárulás megtörténtének igazolására megfelelő kompromisszumot jelenhet, ha az orvos „nyilatkozik” e tényről. Kompromisszum ez abban az értelemben, hogy önmagában így nem zárható ki a jogosulatlan adatkezelés. Kontrasztként: az Eütv. 20. § (2) bekezdése olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, írásképtelensége esetén két tanú jelenlétében utasíthatja vissza; ebben az esetben a visszautasítás ténye kerül rögzítésre az egészségügyi dokumentációban, a tanúk ezt aláírásukkal hitelesítik. Ezt a biztonsági garanciát azonban nem tartjuk feltétlenül szükségesnek adatkezeléshez való hozzájárulás esetében, ezt a jogszabályok sem írják elő kifejezetten. Ráadásul míg jogvita esetén utóbb az előző esetben csak a két tanú révén igazolhatja magát az orvos (tehát a tanúk bevonására nemcsak a beteg, hanem az orvos védelme érdekében is szükség van), míg ebben az esetben **papíralapon rendelkezésre áll a jogilag megkövetelt dokumentum, az orvos kizárólag ennek létezését igazolja.** Ez tűnik tehát a gyakorlatban is kivitelezhető, de mégis biztonságot adó, működőképest modellnek.

4.3. Adatkezelések összekapcsolhatósága

4.3.1. A továbbított, összekapcsolt adatok tárolhatósága

Az Eüak. 10. § (1) bekezdése szerint "... A különböző forrásból származó egészségügyi és személyazonosító adatokat csak addig az időpontig és olyan mértékig lehet összekapcsolni, ameddig az a megelőzés, a gyógykezelés, a közegészségügyi-járványügyi intézkedések megtétele érdekében feltétlenül szükséges".

Az egészségügyről szóló törvény 3. §-ának vonatkozó definíciója szerint azonban „egészségügyi dokumentáció”: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A dokumentációban a törvény szerint továbbá szerepelnie kell valamennyi "tudomására jutó" adatnak, a dokumentációt a törvény szerint is úgy kell vezetni, hogy az "a valóságnak megfelelően tükrözze az eljárás folyamatát".

Feltétlenül szükséges tehát orvosilag (elsősorban az adatok felhasználásához kapcsolódó orvosi felelősségre tekintettel) és jogilag is a korábbi kezelést végző orvostól kapott dokumentáció rögzítése.

A két szempont összeegyeztetésére nem megfelelő megoldás a kapott adatok kinyomtatása és azok elkülönített tárolása. Az elektronikus aláírásról szóló 2001. évi XXXV. tv. (a továbbiakban: Eat.) 4. § (3)

bekezdése szerint ugyanis a „fokozott biztonságú, illetve minősített elektronikus aláírással ellátott elektronikus aláírt elektronikus dokumentum kinyomtatott változatához nem fűződnek az ugyanezen dokumentum elektronikus változatának bizonyító ereje tekintetében előírt szabályok”, tehát nem rendelkezik annak bizonyító erejével.

Álláspontunk szerint az lehet megfelelő megoldás, ha a kérdéses kapott adatok a felhasználás (a kezelés) során megtekinthetők és tárolásra is kerülnek az egészségügyi dokumentációban, ugyanakkor az azokban szereplő betegadatok a kezelés után nem elérhetők (akár elkülönített tárolás, akár a megfelelő jogosultság-kiosztások révén). Így mindkét rendelkezés egyidejűleg érvényesülhet, ugyanakkor a felelősségi és a dokumentumokkal kapcsolatos követelmények is megvalósulnak.

A kérdésben mindazonáltal az adatvédelmi biztos állásfoglalását kértük.

4.3.2. Az adattovábbítás technológiai támogatása: index-adatbázis

Nyilvánvalóan megvalósíthatatlan jogilag egy olyan központi adatbázis, amelyben valamennyi betegadat központilag tárolásra (az intézményi rendszerekből feltöltésre) kerül. A másik véglet – az intézményi rendszerek központi modul nélküli hálózata, valamennyi lekérés esetén valamennyi intézmény megkeresése – pedig a hálózat jelentős részének felesleges terhelésével járna. A konzorciumi pályázatokban ezekhez képest egy köztes – adatvédelmi szempontból is elfogadható – megoldás került felvázolásra.

Annak érdekében tehát, hogy a korábbi kezelések adatai megismerhetővé váljanak, szükség van olyan **technikai központra, amely segíti** (pontosabban az adatbázisok nagy számára tekintettel: **lehetővé teszi**) a keresést, az adatlekérést. A cél természetesen a központban tárolt adatok **minimalizálása**, az adatkoncentráció lehetőségének mind teljesebb kizárása.

Ez a központi adattárolás egyfajta „**index adatbázis**”-ként került meghatározásra; ez tehát azt képes megmondani, hogy a keresett adat hol található meg. A tervek szerint e központban az egyes (rendszerhez alább ismertetendő módon előzetesen hozzájáruló) betegek TAJ-száma, valamint a korábbi kezeléseket végző intézmények intézményi kódja kerülne tárolásra.

Mivel már az adatbázis létrehozása, az abból való lekérdezés is személyes és egészségügyi adatok kezelését jelenti, így már ezen információkhoz való hozzáférés is feltételes, bizonyos körülményeknek való megfeleléstől függ. Ugyanakkor ez az adatlekérés nem biztosít tényleges betegellátási adatokhoz való hozzáférést; ehhez további követelményeknek kell teljesülniük.

A központ egyben bizonyos szinten szűrőként is szolgálhat az orvosszakmai és jogi követelmények betartatása érdekében, technológiai segítséget nyújthat az egyes adatvédelmi ellenőrzésekhez.

Az index-adatbázis létrehozása a beteg hozzájárulásával történik; ezen túlmenően azonban a rendszer alapfunkciói főszabályként nem igényli a beteg hozzájárulását az egyes tranzakcióknál,

mivel az alapvetően a törvényi adatkezelési felhatalmazás megvalósítására hivatott. A beteg hozzájárulására kizárólag akkor van szükség, ha az adatkezelés az Eüak.-ban meghatározottól eltérő célra irányul vagy attól eltérő terjedelmű.

Az index-adatbázis más hasonló adatbázisoktól elkülönítve kell azonban, hogy megjelenjen, az nem valósítható meg egy már létező – pl. az OEP által működtetett – adatbázis felhasználásával. Ennek kizárásához elegendő a célhoz kötöttség alapvető garanciális elvére hivatkoznunk: a finanszírozási céllal felvett adatok nem hasznosíthatók attól eltérő célra, a kétféle adatbázis nem „csúsztatható össze”. Az ilyen megoldást az Avtv. is kizárja: „a különböző adatkezelések akkor kapcsolhatók össze, ha az érintett ahhoz hozzájárult, vagy törvény azt megengedi, és ha az adatkezelés feltételei minden egyes személyes adatra nézve teljesülnek”.

Az érintett hozzájárulása tehát ebben az esetben sem lenne mellőzhető; az OEP általi adattárolás továbbá azért sem tanácsos, mivel az OEP kiterjedt adatkezelési gyakorlata már többször az adatvédelmi biztos „támadására”, vizsgálatára adott okot és végződött az OEP számára hátrányos döntéssel.

4.3.3. Az adattovábbítás módja, az adattovábbításra jogosultak

Az Eüak. 5. § (2) bekezdése szerint:

- Az egészségügyi és személyazonosító adatot - az e törvényben előírt feltételek fennállása esetén -
- a) az intézmény vezetője,
 - b) a kezelést végző orvos,
 - c) a keresőképeség elbírálása során az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ellenőrző főorvosa,
 - d) a 22. § (2) bekezdése esetén, illetve a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyfürdőellátások felhasználásának a társadalombiztosítás szervei által történő ellenőrzése során a gyógyszerész, valamint az ellenőrzéssel megbízott orvos,
 - e) a tisztiorvos, valamint
 - f) a 15. § (1) bekezdése esetén a betegellátó továbbíthat.

E rendelkezéseket szorosan értelmezve az intézményközi információrendszerben csak személyes – a fent felsorolt személyek általi – adattovábbítás engedhető meg.

Tekintettel azonban a fenti megfontolásokra (főként a hatékonysági szempontra és a kezelést végző orvos 4.1. pont szerinti mérlegelési jogára) megkíséreltük felvázolni a rendelkezések gyakorlati megvalósításának lehető leghatékonyabb módját. Tekintettel arra, hogy ez a gyakorlati megvalósítás e szűk jogértelmezéssel ellentétes, ezért az adatvédelmi biztos informális „jóváhagyását” kértük az alábbi koncepcióra nézve:

A tervek szerint így az ellátást végző valamennyi intézet vezetője (mint az adatvédelmi szabályok követéséért az Eüak. 32. § (1) bekezdése szerint felelős személy) utasításban határozná meg a továbbítások objektív feltételrendszerét. Ezt követően a helyi rendszer az utasításnak megfelelően, az intézményvezető és a kezelőorvos manuális beavatkozásának folyamatos lehetősége mellett automatikusan érvényesíti e szabályokat, vagyis megküldi a jogszerűen kért

adatokat az adatkérő kezelőorvos számára. A visszaélések kizártságát a jelen dokumentumban és annak mellékletében vázolt garanciák biztosítják, mindazonáltal a hatékonyság így valósul meg az adatkezelési követelmények érvényesülése mellett.

Külön kiemelendő, hogy az intézményközi információrendszer biztosíthatja a megvalósulását annak a fentebb említett törvényi követelménynek, mely szerint az érintett háziorvosa – az érintett kifejezett tiltakozása hiányában – valamennyi kezelés adatait megkapja. E szabály teszi alapvetően lehetővé, hogy az érintett a háziorvostól átfogó képet kapjon egészségi állapotáról. Az intézményközi információrendszerben ez a szabály érvényesíthető, megvalósítható.

4.4. Betegjogok érvényesülése az intézményközi rendszerben

4.4.1. Tájékoztatáshoz való jog

A múltban sok problémát okozott az ombudsman gyakorlata szerint is a beteg tájékoztatáshoz való jogának érvényesülése. A biztos még 2000. évre vonatkozó jelentésében is arról kellett, hogy beszámoljon, hogy „sokszor meglepődve tapasztaljuk, hogy a betegeket megillető alapvető jogok azért sérülnek, mert az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.) előírásait egyes egészségügyi intézmények még mindig nem, vagy nem pontosan ismerik”.

Míg a gyakorlatban sokszor volt arra is példa, hogy az intézmény portáján készséggel felvilágosítást adtak telefonon lényegében bárki számára, hogy adott személy mely osztályon fekszik (ezáltal nem kevés kellemetlenséget okozva a betegnek), talán mégis az volt gyakoribb, hogy a beteg vagy az arra jogosult hozzátartozó sem kapott törvényes joga ellenére tájékoztatást adatainak kezeléséről vagy egészségügyi állapotáról (41/K/2000, 78/A/2000).

Az Eütv., valamint az Eüak. szerint a beteg

- jogosult tájékoztatást kapni a gyógykezeléssel összefüggésben történő adatkezelésről;
- a rá vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerheti;
- az orvosi dokumentációba betekinhet, valamint azokról - saját költségére - másolatot kaphat;
- a fekvőbeteg-gyógyintézetből történő elbocsátásakor jogosult zárójelentést kapni;
- egészségügyi adatairól indokolt célra - saját költségére - összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt jogosult kapni.

A beteg tehát

- a) egyrészt az őt érintő adatkezelésről: a szolgáltató által tárolt adatok köréről, az egyes adattovábbítások köréről és a címzettekről stb.;

- b) másrészt a kezelt adatok tartalmáról (magukról az egészségügyi adatról) jogosult tájékoztatást kapni, utóbbit többféle formában is, kérésének megfelelően (összefoglaló formájában való tájékoztatás, teljeskörű vagy részleges másolat, zárójelentés stb.).

Mindkét tájékoztatásra irányadónak tekinthetjük a közérthetőség követelményét (Avtv. 12. § (2) bek.).

A törvényből nem következik azonban az, hogy elektronikus adattárolás esetén e jogokat az egészségügyi szolgáltató köteles lenne elektronikus formában (is) nyújtani e tájékoztató szolgáltatását. Az sem követelhető meg a szolgáltatótól, hogy e tájékoztatást azonnal megadja. Az ilyen formájú tájékoztatási szolgáltatás kialakítása így a szolgáltató állam profiljába illő többlétszolgáltatás lehet; ha azonban ez más jelentős szempontokkal – műszaki, biztonsági, anyagi – szemponttal ellentétes, akkor e szolgáltatás nyújtása elhagyható.

Megemlíthető, hogy a beteg adatmegismerési joga sem korlátlan, azt több szabály korlátozza; ugyanakkor bizonyos esetekben (meghatalmazás, a beteg halála) a betegen kívüli személyek is megismerhetik az adatok bizonyos körét. Ennek megvalósítása azonban nem az intézményközi információrendszer feladata.

4.4.2. Kijavítás, törlés

Az Eütv. szerint a beteg jogosult az általa pontatlannak vagy hiányosnak vélt – rá vonatkozó – egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, amelyet a kezelőorvos, illetve más adatkezelő a dokumentációra saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez rá.

Az Avtv. szerint továbbá az érintett kérheti személyes adatainak törlését. Ilyenkor a törlés az Avtv. szerint kötelező lenne; méghozzá olyan módon, hogy a helyreállításuk többé nem lehetséges.

Az Eüak. azonban ezzel ellentétes rendelkezést tartalmaz:

A hibás egészségügyi adatot az adatfelvételt követően törölni nem lehet, azt úgy kell kijavítani, hogy az eredetileg felvett adat megállapítható legyen.

A megismerési joghoz hasonlóan e funkciók is elláthatók manuális (kvázi hagyományos) úton, tehát az orvos végzi el az adat kijavítását vagy Eüak. szerinti törlését, a beteg az adatokba közvetlenül nem „nyúlhat bele”. A betegnek adott ilyen közvetlen hozzáférés viszont természetesen nem kizárt, ennek eldöntése szabad mérlegelés tárgya lehet.

Az eredeti, valamint a javított adatokon túlmenően emellett a javítás időpontját, okát, a javító személyét is szükséges nyilvántartani.

4.5. Garanciák, ellenőrzések

Az adatvédelmi szabályok betartatása elvárható és nemcsak törvényi, de etikai kötelezettsége is valamennyi ellátó személynek; természetesen **szükség van azonban a szabályok tényleges érvényesülésének ellenőrzésére is**. Az intézményközi információrendszer esetében ez az ellenőrzés többféle intézmény útján biztosítandó.

Az adattovábbításoknak pontosan és folyamatosan naplózásra kell kerülniük mind a küldő, mind a fogadó oldalon. A naplózásnak mind a kiállító, mind a címzett részéről úgy kell megtörténnie, hogy legalább a továbbított adatok köre, küldője, fogadója és a továbbítás célja és időpontja megállapítható legyen. A naplózásnak természetesen ki kell terjednie az egyéb adatkezelési szempontból jelentős rendszereseményekre is (jogosulatlan adathozzáférési kísérletek stb.). Az így rögzített adatok az egészségügyi dokumentáció részét képezik.

A naplózás többféle funkciót képes betölteni:

- Az adattovábbítás alapvető adatainak rögzítése az Eüak. 28. § (1) bekezdése szerint kötelező:
 - Az érintettől felvett, a gyógykezelés érdekében szükséges egészségügyi és személyazonosító adatot, valamint azok továbbítását nyilván kell tartani. Az adattovábbításról szóló feljegyzésnek tartalmaznia kell az adattovábbítás címzettjét, módját, időpontját, valamint a továbbított adatok körét.
- A naplózás előfeltétele az adatkezelés jogszerűségére vonatkozó ellenőrzések technológiai támogatásának.

Az adatkezelési ellenőrzések betartásának ellenőrzése a fentiek szerint az adatkezelési szabályok betartásáért egyébként is felelős intézményvezető kötelezettsége. Az intézményvezető azonban adatvédelmi felelős kijelölésére is jogosult; a szervezeti egységenként 20 főnél több adatkezelőt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató esetén ez szervezeti egységenként kötelező. Adatvédelmi felelős intézményesítése esetén a szabályok betartásának ellenőrzése e személy feladata.

Az intézményvezető, valamint az adatvédelmi felelős intézménye alkalmas az esetleges jogsértések vizsgálatára, kiszűrésére. Az Eüak. szerint az adatvédelmi felelős jogosult egészségügyi és személyazonosító adat kezelésére (5. § (1) bek.).

Az intézményközi információrendszerben a rendszert úgy kell kialakítani, hogy a lehető legteljesebben segítse technológiailag ezt az ellenőrző munkát.

A naplózott adatok alapján lekérdezések végezhetők a rendszerben, amelyeknél kiemelhetők azok az események, amelyek kiemelt kockázatot jelentenek, vagyis amelyekkel „az átlagosan nagyobb arányban jár együtt jogsértés”:

- ***a hozzájáruláson alapuló (tehát a törvényi felhatalmazást meghaladó) adatkezelések,***
- ***egyres különösen szenzitív egészségügyi adatokra vonatkozó továbbítások,***

- ***a visszautasított (törvény alapján nem jogosult, így a rendszer által visszadobott) lekérdezések stb.***

Így az adatvédelmi felelős vagy az intézményvezető rendszeres és szűrőpróbaszerű ellenőrzése hatékonyan, komplex módon végezhető lesz. A szűrőpróbaszerű ellenőrzések mellett a fenti kiemelt körökben rendszeres ellenőrzések végezhetőek.

Amennyiben műszakilag megoldható, akkor felmerül továbbá egy további lehetőség is. Az intézményközi rendszer alapján statisztikai kimutatás készíthető az egyes konkrét betegségek kapcsán lekért adatok köréről. Amennyiben ez kivitelezhető, a továbbiakban kiemelhetők az e tipikus körtől lényegesen eltérő lekérések; az adatvédelmi ellenőrzések így hatékonyabbá tehetőek.

4.6. Adatbiztonsági követelmények

Fontos felismerni:

„Mivel a papír alapú dokumentációk biztonsága, hitelessége sem biztosítható abszolút mértékben, ezért nem indokolt az elektronikus adatkezelést korlátozni olyan érvekkel, amelyeknek a hagyományos, papír alapú dokumentumok sem felelnek meg”.¹²

A papíralapú tárolási és továbbítási mód igen komoly problémákat szül az adatbiztonság tekintetében (igen kétséges például, hogy a beteg kezébe adott, lezárt boríték mennyiben hatékony intézkedés a jogosulatlan megismerés megakadályozására, vagy hogy a jelenlegi telefonos orvosi konzultációk mennyiben alkalmasak a visszaélések megakadályozására).

Az ellátórendszer működőképessége bizonyos esetekben tehát kompromisszumokat követel, tehát az elektronikus formával szemben sem lehet indokolatlan és a hagyományoshoz képest aránytalan követelményeket előírni. Kétségtelen azonban, hogy a hálózati működés fokozott óvatosságot, szigorú intézkedéseket igényel.

A fentiekben (l. 3.2.6) szó esett az intézményi szinten elektronikus formában vezetett betegdokumentációk lehetőségéről, az ebből fakadó konkrét adatbiztonsági követelményekről. Tekintettel arra, hogy az intézményen belüli adatkezelések az intézményvezető felelősségi körébe tartoznak, így az intézményközi információrendszer kapcsán nincs szükség e követelmények részletes ismertetésére. Az intézményközi információrendszer működőképességéhez azonban fontos a felismerés:

Az intézményközi információrendszerbe csak olyan intézményi rendszerek kapcsolhatók be, amelyek alkalmasak az intézményre vonatkozó adatkezelési szabályok megvalósítására. Ezek között a megfelelő biztonságú, felhasználói szintű hozzáférési rendszert (l. 3.3, 3.2.6), a javítások és törlések tényének és adatainak utólagos megállapíthatóságát (l. 4.4.2), valamint a rendszer

¹² Egészségügyi informatikai kollégium állásfoglalása (2004. december, ESKI)

megfelelő, illetéktelen hozzáféréseket kizáró fizikai védelmét emelhetjük ki, mint a rendszerrel szemben támasztható minimális követelményeket.

A továbbiakban így nem az intézményi, hanem az intézményközi rendszerrel szemben támasztható elvárásokat vizsgáljuk.

2002-ben az ombudsman úgy foglalt állást (32/A/2002): postán nem szerencsés az egészségügyi adatok továbbítása, mert „nem nyújt megfelelő garanciát a visszaélések elkerülésére”. Azokban az esetekben, amikor elkerülhetetlen a postai út igénybevétele, a tértivevényes kézbesítés a javasolt mód, hiszen „könyvelt küldemény esetében az átvevőnek igazolnia kell személyazonosságát és ezáltal az átvételre jogosultságát”. Az adatvédelmi biztos álláspontja azonban az volt, hogy az egészségügyi dokumentációt személyesen, a szükséges igazolások megtörténte után lehet az adatbiztonság követelményének leginkább megfelelő módon a kérelmező rendelkezésére átadni.

A postai út „biztonságosságát” (ha lehet ilyenről beszélni egyáltalán) a következőkben foglalhatjuk össze: az adatok megérkezése nincs erősen biztosítva, a továbbítás során az adatok meglehetősen könnyen megismerhetők (bár ez utóbb kiderül, de a jogsértés megakadályozására nem alkalmas), annak biztosítása, hogy az adatok ténylegesen a címzethez kerüljenek, az csak könyvelt küldemény esetén biztosítható megfelelően. Azt mondhatjuk tehát, hogy a postai úthoz képest nem nehéz nagyobb biztonságosságot nyújtani elektronikus adattovábbítás tekintetében.

Az elektronikus útnak azonban az intézményközi rendszerben nemcsak a postai utat, de a személyes (telefonos, személyes) adatátadást is fel kell azonban váltania. Tekintettel kell emellett lenni a hálózatos adattovábbításból fakadó többletkövetelményekre is. Ezekre tekintettel az alábbi követelmények indokoltak:

- ***Az adatokat megfelelően titkosítva kell továbbítani.***
- ***A továbbított elektronikus dokumentum sértetlenségét az Eat. szerinti elektronikus aláírással kell ellátni. Erre a minősített elektronikus aláírás alkalmazása javasolt, mivel az Eat. szerint csak minősített elektronikus aláírással ellátott dokumentum esetén kell azt feltételezni (vélelmezni), hogy a dokumentum tartalma az aláírás óta nem változott. Ez a rendszerbe vetett bizalom alapvető jelentősége miatt indokolja a minősített tanúsítvány felhasználását.***
- ***Az egyéb visszaélések (nem a valódi intézmény nevében kerül kiállításra a dokumentum stb.) kizárására fokozott biztonságú, automatikusan az intézményi szerver által elhelyezett elektronikus aláírással való felülhitelesítés indokolt.***
- ***A továbbításokat, valamint a rendszerben tapasztalt egyéb jelentős eseményeket (pl. jogosulatlanként visszaszolgált adatkérések) mind a címzett, mind a feladó oldalán megfelelő részletességgel naplózni kell.***

- *Az intézményközi kommunikáció eszközei és protokolljai egyébként is jelentős biztonságot kell, hogy nyújtsanak (ennek részletes követelményeinek meghatározása már műszaki kérdés).*

4.7. Egyéb konkrét kérdések

4.7.1. Korábbi adatok migrációja

A jelenlegi betegdokumentációk jelentős mennyiségű, az intézményközi információrendszerben is hasznosítható betegadat létezik. Logikus lépés ezért ezek digitalizálása, majd az elektronikus intézményi rendszerben és az intézményközi információrendszerben való megjelenítése. Ezzel kapcsolatban azonban a következő körülményekre tekintettel kell lenni és a következő követelményeknek teljesülniük kell.

Az egészségügyi szolgáltató az Eüak. szerint szabadon választhatja meg a betegdokumentáció vezetésének módját (l. 3.2.6); így a szolgáltató választhatja azt is, hogy az egyik dokumentációs megoldás (papír alapú tárolás) helyett elektronikus formában vezeti azt. Így ***az ehhez szükséges digitalizálás is e hatáskörében – az érintett hozzájárulása nélkül – elvégezhető, hiszen az adatok nem kerülnek ki az intézmény falai közül, ez a cselekmény nem minősül önálló adatkezelésnek.***

A korábbi kezelési adatok azonban nem „tölthetők fel” automatikusan az index-adatbázisba, vagyis az adatok nem tehetők elérhetővé az intézményközi információrendszerben addig, amíg a beteg a fentebb (4.3.2 pont alatt meghatározott) egyszeri hozzájárulását nem adta meg ennek az index-adatbázisnak rá való kiterjesztéséhez. A korábbi adatok index-adatbázisba való „feltöltésével” járó adatkezelés is – az index-adatbázisba való feltöltés általános jogi minősítése szerint – a beteg hozzájárulásán kell, hogy alapuljon.

Felmerülhet továbbá, hogy a korábbi betegdokumentáció adatai – az esetleges téves dokumentáció vagy egyéb szabálytalanságok miatt – nem pontosak. Erre tekintettel ***a digitalizálást követően indokolt ezen adatok beteggel való egyszeri szóbeli áttekintése, ellenőrzése (véltetően csak a lényegesebb adatok, kezelések tényének kontrollja várható el az orvostól vagy az ellenőrzést végző más személytől és a betegtől is), az intézményközi információrendszerben való megjelenítést megelőzően.***

Mindkét fenti szempontra tekintettel ***külön hozzájárulást kell kérni e korábbi adatok intézményközi információrendszerben való megjelenítéséhez, az adatok migrálásához. A hozzájárulás megadható egyidejűleg, azonos íven is; ilyenkor is biztosítani kell azonban annak a lehetőségét, hogy a beteg külön megadhassa az intézményközi rendszerbe való felviteléhez való hozzájárulását akkor is, ha korábbi kezelési adatai migrálását nem kívánja.***

4.7.2. Az adatvagyon hasznosítása

Az intézményközi információrendszerben tárolt adatok nyilvánvalóan jelentős értéket képviselnek mind orvosi, mind anyagi szempontból. Az így létrejövő adatállomány minőségileg pontosabb és átfogóbb, mint bármely jelenlegi adatvagyon (ideértve az OEP által gyűjtött adatállományokat).

Pontosabban fogalmazva: az adatok alapján ilyen átfogó személyiségprofil nem áll rendelkezésre, hiszen az adatok „szigetszerű” adatbázisokban tárolódnak, ugyanakkor azonban „egy gombnyomásra” összeállítható egy ilyen profil. Ennek lehetséges hasznossága azonban vetekszik ennek veszélyességével.

Ez azzal is jár, hogy egyes állami funkciók (pl. statisztikák, tudományos kutatások, költségvetési tervezés), a vonatkozó törvényi felhatalmazások alapján hatékonyabban valósulhatnak meg. Az intézményközi információrendszer tervezése során azonban fel kell készülni arra is, hogy az így keletkező adatok jelentős „csábítást” jelentenek majd a jogellenes adatszerzésre is.

A személyes adatok halmaza törvényi felhatalmazáson túlmenő hasznosítása ugyanis természetesen az érintett beleegyezése alapján lehet jogszerű.

A jogsértésre „csábulás” konkrétan azt hozza magával, hogy a megvalósuló intézményközi rendszerben ***technológiailag is a lehető legnagyobb mértékben korlátozni kell az összesített lekérdezéseket***, amelyeknél kiterjedt információk lesznek kinyerhetők törvényi felhatalmazás és beteg-hozzájárulás nélkül. Lényegében ennek kizárására irányulnak a fent bemutatott intézkedések (differenciált jogosultság-kezelés, titkosítás, intézményi felülhitelesítés stb.). ***Ez azonban természetesen nem akadályozza meg az adatok anonimizált formában való hasznosítását (tehát hogy az intézmény által anonimizált adatok kerüljenek küldésre kutatási stb. célokra).***

További konkrét garanciát jelent az, ha az adatvédelmi ellenőrzések technológiai támogatása körében kiemelt figyelem alá esnek az ilyen, hozzájáruláson alapuló adatkezelések. Minthogy a rendszer alapvetően a törvényi felhatalmazás megvalósítását célozza, így elméletileg relatíve kevés ilyen hozzájáruláson alapuló adattovábbításról beszélhetünk majd; az ellenőrzések így relatíve nagy kockázatot hordoznak magukban egy jogsértés esetén.

4.7.3. Adattovábbítás régiók között és külföldre

A HEFOP 4.4 keretében a jelenlegi cél egy régióon belüli intézményközi információrendszer fejlesztése. A távlati célnak azonban természetesen mindenképpen a szolgáltatás országos méretűvé növelése. Felvethető továbbá, hogy (részben EU-tagságunk kapcsán) milyen feltételek mellett lesz lehetőség adattovábbításra akkor, ha a konkrét kezelés külföldön zajlik, vagy ha az érintett új háziorvosa külföldön van. E témakör annyiban vélhetően nem reális lehetőség, hogy mivel a dokumentáció magyarul lesz, így igen kevés külföldi orvos számára jelentkezik majd ez konkrét igényként. Az azonban igen könnyen felmerülhet, hogy az egyes leletek, esetleg röntgenfelvételek nemzetközileg is „megoszthatók” legyenek.

Az magától értetődő, hogy jogilag nem jelent különbséget, ha az intézmények közötti kommunikáció egyben régiók közötti kommunikáció is. A beteg háziórvosa természetesen ugyanúgy jogosult megismerni egy salgótarjáni kezelés adatait, ha ez a háziórvos történetesen bicskei.

Gondot legfeljebb az okozhat, hogy ilyenkor a kérdéses beteg adatai több régióban merülnek fel. Az index-adatbázisokra nézve két lehetőség merül fel:

- a regionális adatbázisok szinkronizálják tartalmukat, vagyis rendszeresen egyesülnek és valamennyi régióban valamennyi beteg-előfordulás fellelhető;
- ***a regionális adatbázisok elosztott rendszerként működnek, minden adatlekérésnél valamennyi (egyébként relatíve kevés) adatbázis megkeresésre kerül.***

Adatvédelmi szempontból e második lehetőséget tartjuk elfogadhatónak. Ebben az esetben ugyanis az adatok nem sokszorozódnak (bár hozzájárulás alapján erre is mód lehetne), de ez a tükrözés indokolatlannak mondható.

A külföldi adattovábbításra vonatkozó szabályok EU-csatlakozásunk kapcsán módosultak. Így az EU országai az adatvédelmi szabályok alkalmazása szempontjából nem minősülnek „harmadik ország”-nak (Avtv. 2. § 10. pont) és az EU-n belüli célországba történő adattovábbításokra azonos feltételekkel kerülhet sor, mint egyébként az országon belül:

Az Európai Unió tagállamaiba irányuló adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra kerülne sor. (Avtv. 9. § (2) bek.)

Az EU-n belüli adattovábbításra vonatkozóan tehát a jelen tanulmányban elmondottak megfelelően irányadók. Nem értelmezhető e rendelkezés olyan szempontból kiterjesztően, hogy a tagállamok rendőrségi szervei, nemzetbiztonsági hivatalai, egészségbiztosítói számára törvényi felhatalmazás lehetne megállapítható. Ugyanakkor a betegellátás céljából történő adatközlésre vonatkozóan elvileg elfogadható a törvényi felhatalmazás érvényesítése, hiszen az adattovábbítás a törvénnyel összhangban, az Eüak. 4. § (1) bekezdésében meghatározott célból történhet. Nincs tehát akadálya az egyes leletek, röntgenképek nemzetközi továbbításának – természetesen akkor, ha az egyéb törvényes feltételek fennállnak.

Az EU-n kívüli harmadik országban lévő adatkezelő vagy adatfeldolgozó részére csak akkor továbbítható:

- ha ahhoz az érintett hozzájárul,
- ha azt törvény lehetővé teszi, vagy
- ha arról nemzetközi szerződés rendelkezik,

Ezekben az esetekben is további feltétel azonban, hogy e harmadik ország joga – az Európai Unió által meghatározott – megfelelő adatvédelmi garanciákat biztosítson. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az ország jogának a vonatkozó EU-s normákkal egyenértékű védelmet kell biztosítania; ennek hiányában

akkor tekinthető jogszerűnek az adattovábbítás, ha ezek a garanciák az adattovábbításra vonatkozó szerződésben az ombudsman ajánlásainak megfelelően körülbástyázásra kerül. E kérdéskör részletes feldolgozás azonban – tekintettel arra, hogy ez az esetkör legfeljebb távlati vízió lehet – jelen elemzésben nem indokolt.

4.7.4. A beteg jogainak távlati érvényesülése

Fentiekben (a 4.4.1 pont alatt) a beteg jogainak bizonyos értelemben korlátozott szintű érvényesülését határoztuk meg. Elméletileg ugyanis nincs sem jogi, sem technikai akadálya, hogy a beteg tájékoztatáshoz való joga jóval kiterjedtebben érvényesüljön, a beteg sokkal részletesebben tájékozódhasson az őt érintő adatokról, valamint adatkezelésekről:

Így a beteg elektronikus formában is megismerhetné a rá vonatkozó egészségügyi adatokat, így

- egyrészt az intézményi rendszerben rögzített és továbbított adatokat,
- másrészt így elektronikus formában kézbesíthetők lennének egyes, jelenleg postán vagy személyesen átadott dokumentumok.
- A beteg továbbá akár tállózhatna is az őt érintő adatkezelések naplófájljaiban, hogy ellenőrizze, nem történt-e visszaélés. Természetes, hogy fokozott kontrollt jelent, ha az adatvédelmi felelős ellenőrzéseit az érintett saját ellenőrzése egészíti ki (például az adatvédelmi felelősnél vizsgálat-kezdeményszerzési joggal).

Vélhetően azonban ezen intézmények bevezetése korai lenne, és így meglehetősen kockázatos. Felvethetők adatbiztonsági veszélyek (a naplófájlokhoz, valamint a konkrét betegadatokhoz való hozzáférés egyrészt informatikai aggályokat vet fel; másrészt kérdéses, hogy az így generált, betegek által kezdeményezett eljárások valójában milyen arányban lennének megalapozottak.

A másik oldalról azonban felvethető, hogy az adatkezelőnek a technológiai szint által lehetővé tett intézkedéseket minél teljesebben meg kell valósítania; ennyiben tehát az adatvédelmi követelmények a technológia fejlődésével együtt nőnek.

A két oldal közötti mérlegelés alapvetően a projekt előkészítőinek feladata. Azt mondhatjuk azonban, hogy nincs konkrét jogi követelmény, amely megkívánná a Minisztériumtól vagy konkrétan az intézményközi információrendszertől e funkciók megvalósítását.

4.8. Átfogó értékelés

A rendszer lényegében a törvényi felhatalmazás gyakorlati megvalósítására tesz kísérletet. Hatályos jogunk értelmében a kezelést végző orvos főszabályként jogosult megismerni a korábbi kezelés adatait;

ennek érdekében továbbíthatók a beteg jelenlegi kezelésével összefüggő valamennyi adat az érintett külön hozzájárulása nélkül is.

A HEFOP 4.4 keretén belül tervezett intézményközi információs rendszer alkalmas lehet arra, hogy megfelelő – a jelenleginél lényegesen nagyobb – biztonságot nyújtó intézkedések mellett a továbbítás ténylegesen kivitelezhető legyen.

A fentiekre tekintettel a fenti intézményközi információrendszer tervezése során már a kezdeti fázisban lényegi szempont volt az adatvédelmi követelményrendszer érvényesülése. A fontosabb garanciák a rendszerben:

- **a rendszerhez kizárólag megfelelően azonosított orvosok és más személyek férhetnek hozzá**, az erre szolgáló intelligens kártya (orvoskártya) segítségével;
- az intézményközi rendszerben **a betegadatok magas hatékonyságú titkosítást követően utazhatnak**, így azokhoz illetéktelenek nem férhetnek hozzá;
- **a továbbított adatok két elektronikus aláírással ellátva kerülnek továbbításra: az orvos személyesen helyezi el minősített elektronikus aláírását, majd a kiállító intézmény fokozott aláírással „felülhitelesíti azt”**. A küldemény (legyen az adatkérés vagy adattovábbítás) csak mindkét aláírás megléte esetén tekinthető a rendszerben hitelesnek. E kettős aláírás révén biztosítható, hogy e dokumentumokat kizárólag az intézmény arra feljogosított orvosai állíthassák ki, ez az intézmény helytállási felelősségét is egyértelművé teszi és megalapozza, valamint lehetővé teszi esetleges visszaélések kiszűrését olyan módon is, amelyet a papíralapú rendszer nem tud biztosítani;
- a megfelelő **infrastrukturális fejlesztés és a központi támogatással továbbfejlesztett szoftverek** (pl. patikai szoftverek) nagyobb biztonságot nyújtanak adatvesztés stb. ellen
- **követhetővé és ellenőrizhetővé válik az érintettre vonatkozó adatok útja** a folyamatos (feladói és címzetti oldalon egyaránt megkövetelt) naplózás révén;
- hosszútávon kiterjeszhetővé és a beteg számára könnyebben igénybe vehetővé válhat a **tájékoztatási jog érvényesülése**: távlati tervként felvethető, hogy a rendszer alkalmassá tehető arra is, hogy a beteg tájékozódjon a rá vonatkozó adatkezelésről, betekintszen és (elektronikus) másolatot kapjon a rá vonatkozó dokumentációról (Eüak 5. § (3) bek.: „Az érintett (törvényes képviselője) jogosult tájékoztatást kapni a gyógykezeléssel összefüggésben történő adatkezelésről, a rá vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerheti, az orvosi dokumentációba betekinthez, valamint azokról - saját költségére - másolatot kaphat.”)
- **az adatvédelmi felelős intézménye** alkalmas arra, hogy a visszaéléseket (egyéni panaszok alapján, valamint saját vizsgálatai nyomán) visszاسzorítsa, munka az intézményközi rendszer révén technológiailag is támogatható (pl. atipikus adatlekvások kimutatása);

- A technológiailag is támogatott és egyébként folytatott ellenőrzések nyomán érvényesített, a **jogsértésekhez kapcsolódó jelenlegi (fegyelmi és jogi) szankciórendszer.**

A beteg hozzájárulása így csak a rendszerhez való csatlakozáshoz (a központi listára való felkerüléshez) szükséges. A rendszer célja egyértelműen a betegellátás minőségének javítása, így a betegek várakozásaink szerint a szükséges tájékoztatás alapján meg fogják adni e hozzájárulásukat a rendszer rájuk való kiterjesztésére. Az egyszeri hozzájárulást követően a továbbiakban a rendszer rá vonatkozóan a törvényi felhatalmazás alapján működhet, az egyes továbbításokhoz már nincs szükség külön hozzájárulásra.

5. Egy esetleges törvénymódosítás tárgykörei és realitása

5.1. A törvénymódosítás lehetséges tárgykörei

A fentiekben számos esetben érvényesült az adatvédelemnek és a hatékonyságnak a tanulmány első részében felvázolt viszonya: ezek a HEFOP 4.4 intézkedés megvalósítása során is részben ellen ható erőkként jelennek meg. Ezek sok esetben lényegesen költségesebb rendszer kiépítését követelik meg, egyes konkrét funkciókat pedig ki is zárnak.

A hatékonyság érdekében azonban csak igen korlátozott terjedelemben van lehetőség a vonatkozó törvényi rendelkezések átalakítására, a jogalkotás természetesen – bizonyos mértékű szabad mozgástér mellett – nem esetlegesen alakuló folyamat, azt magasszintű normák, alkotmányossági követelmények tartják keretek között.

Sokféle elképzelés merülhet fel arra vonatkozóan, hogy mely rendelkezések módosítása vagy akár kiiktatása lenne célszerű. Az alábbiak példák, az eddigi tapasztalatok és jelen tanulmány alapján.

- Alapvető „segítség” jelentene, ha lehetséges lenne a betegkórlap központi adatbázisban való tárolása, az egyes intézményi adatbázisokból való „feltöltés” útján (az eredeti HEFOP 4.4 leírásban valami hasonló vízió jelent meg).
- Fentebb szó volt arról, hogy az adatok továbbítására csak konkrétan meghatározott személyi kör jogosult. Habár értelmezésünk szerint ebbe beleérthető a tervezett repository megoldása, valójában ez már a jogértelmezés „határterülete”, ahol nem zárható ki az ombudsman eltérő jogértelmezése. Ebben az esetben felmerül egy ilyen irányú módosítás iránti igény.
- Szintén konfliktust tapasztalhattunk a vonatkozó törvényi szabályok között a lekért adatok tárolása kapcsán: az orvosnak (és az intézménynek) jogosultnak kell lennie szakmailag megindokolni az ellátás során hozott döntését (pl. műhibaperben), így szükséges lenne az így megismert adatok tárolása, későbbi rekonstruálhatósága. Az Eüak. szerint viszont a különböző forrásból származó adatok csak korlátozott időtartamban kapcsolhatók össze (4.3.1). A szabályok összeegyeztetésére fentebb tettünk javaslatot; a valódi megoldás azonban a konfliktus feloldása lenne.
- Konkrét esetkörök kapcsán továbbá felmerülhet a vonatkozó törvényi felhatalmazások (tárolásra, továbbításra felhatalmazás stb.) bővítése. Ez részben a fentebb adatvagyonhasznosítás körébe tartozó kérdések tekintetében merülhet fel.

A következő két pontban azokat a szempontokat és háttér-információkat gyűjtjük össze, amelyek mentén eldönthető: a) sor kerülhet-e egy ilyen módosításra (vagyis hogy számíthatunk-e a tervezés során ezek megvalósulására), valamint b) mely konkrét pontokban kerülhet erre a vonatkozó követelmények alapján sor.

5.2. A törvénymódosítás tartalmi korlátai

E pontban egy ilyen módosítás „elméletibb” jellegű akadályait vizsgáljuk, vagyis azt, hogy a jogalkotás, az alkotmányosság követelményei milyen kereteket szabnak.

Az első ilyen szempont a **nemzetközi szabályozással való összhang**, vagyis hogy hazánknak meg kell felelnie a vonatkozó nemzetközi jogi normáknak (egyezményeknek, joggyakorlatnak stb.). E körben a fentebb ismertetett ET Ajánlás merülhet fel elsősorban. Az Ajánlás azonban konkrétan kimondja a továbbítások ellátás érdekében való lehetőségét (egyes alapvető feltételek rögzítését leszámítva konkrét normákat nem tartalmaz). Elméletileg felvethető az is, hogy az Ajánlás nem bír kötelező erővel, így a jogalkotó eltérhet annak tartalmától; fentebb azonban utaltunk arra, hogy az Ajánlás lényegileg kötelezőként érvényesül a nemzetközi gyakorlatban. Az Ajánlás vélhetően akkor merülne fel, mint konkrét akadály, ha olyan ambiciózus tervek kerülnek az asztalra, mint a központi betegadatbázis, vagy a felhatalmazások lényeges bővítése.

Sokkal konkrétabb korlátot jelent viszont **az alapjogi, alkotmányossági vetület, amelyet az ún. alapjogi (szükségességi-arányossági) teszt** mentén modellezhetünk. Arról van szó, hogy az adatkezelésre adott felhatalmazás valójában egy alkotmányos alapjog (a személyes adatok védelméhez való jog) korlátozását jelenti. Az Alkotmánybíróság gyakorlata (pl. 20/1990. (X. 4.) AB határozat, amelyre számos későbbi határozat hivatkozik) szerint alapjogok érintettsége esetén a jogalkotó igen szűk mozgásteret kap: egy ilyen, alapjogot korlátozó norma akkor alkotmányos, ha megfelel az alábbi feltételeknek:

- **más alapjog** védelme vagy **alkotmányos érték, alkotmányos cél** indokolja (a hatékonyság tehát pl. önmagában nem elég, csak akkor merülhet fel, ha valamely alapjog érvényesítésének hatékonysága kapcsán merül fel);
- ez az alapjog vagy érték **másként nem valósítható meg**, csak az kérdéses, alapjogot korlátozó szabállyal (vagyis nincs olyan megfelelő megoldás, ami nem jár az alapjog korlátozásával);
- az ilyen ismérveknek megfelelő, s emiatt szükséges korlátozásnak **meg kell felelnie az arányosság követelményének is**: a törvényhozó a cél eléréséhez a legenyhébb eszközt köteles kiválasztani úgy, hogy **az elérni kívánt cél és az okozott alapjogsérelem arányban álló legyen**. Nem lehet tehát valamely alapjog megvalósulásának kismértékű javulása érdekében valamely másik alapjogot lényegesen csorbítani.

Az így összefoglalható (talán első hallásra bonyolultnak látszó, valójában inkább a gyakorlatban, konkrét esetben nehezen megvalósítható) teszt az Alkotmánybíróság eljárásában kerülhet alkalmazásra, ilyen irányú beadvány esetén: az AB az e követelményeknek meg nem felelő rendelkezéseket megsemmisíti. A jogalkotónak így „óvatosságnak kell lennie”: egy alkotmánybírósági megsemmisítés komoly PR-veszteséget jelent, valamint gyakran a szabályozás újrafelépítését teszi szükségessé.

A HEFOP 4.4 kapcsán felvethető: a jogalkotó az alapjogok (elsősorban a személyes adatok védelme és egészséghez való jog stb.) konfliktusát már az Eüak. kapcsán mérlegelte annak ellenére, hogy akkor még nem voltak tervek egy ilyen intézményközi rendszer gyakorlati megvalósítására. Az alapjogi teszt azonban nem jelenti azt, hogy a jogalkotónak nem marad mozgástere a jogrendszer kialakítása során, az inkább csupán korlátozza azt. A fentebb is bemutatott koherencia-problémák továbbá önálló alapot adnak a felülvizsgálatra (a szükséges mértékben természetesen).

E jogalkotói mozgástér így az alapjogi teszt konkrét témakörre vetítésével vizsgálható. Így megállapítható, hogy nagy valószínűséggel elbukna olyan szabály, amely egy központi betegadatbázis megalkotását tenné lehetővé. Megvalósítható ugyanis az osztott rendszerként való működtetés (amire a jelenlegi előkészítő projekt hivatott rendszert építeni), ami a személyes adatok védelméhez való jog enyhébb sérelmét jelenti.

Bizonytalanabb válasz adható azonban például arra a kérdésre, hogy ki lehet-e iktatni a különböző forrásokból származó adatok összekapcsolásának időtartamára vonatkozó korlátot.

- E szabály ugyanis nem szerepel a fenti ET Ajánlásban – sőt, a szabály által állított akadályok miatt akár amellet is megpróbálhatunk érvelni, hogy ez az Ajánlásban biztosított lehetőséget akadályozza meg. Ha viszont az intézményközi rendszer megfelelően működtethető úgy, hogy a kérdéses szabály érvényesül, akkor ez az érv erejét veszti.
- Felvethető továbbá az, hogy ez már a jogalkotó szabad mozgásterébe tartozó kérdés, vagyis hogy mindkét rendelkezés alkotmányosan elfogadható. Ennek megítélése az AB hatáskörébe tartozna.
- Hivatkozhatunk továbbá esetleges külföldi mintákra, ahol elfogadottan és működőképesen tárolásra kerülnek az ilyen továbbított adatok.
- Szempont lehet azonban az is, hogy egy már beépült (bár a gyakorlatban a ritka adattovábbításokra tekintettel nem igazán érvényesülő) korlát nehezebben távolítható el, vehető ki a szabályok közül.

E két minta illusztrációként is szolgálhat a felmerülő kérdések kezelésének módjára. A konkrét döntés természetesen az Alkotmánybíróság feladata, ennyiben azonban kiszámíthatók e döntések, tervezhetőbb a jogalkotás.

5.3. Egy törvénymódosítás gyakorlati kivitelezhetősége

Az Alkotmány vonatkozó szövege az 1989. évi XXXI. tv-nyel került megállapításra, mely szerint a Magyar Köztársaságban mindenkit megillet a magántitok és a személyes adatok védelméhez való jog, és a személyes adatok védeleméről szóló törvény elfogadásához 2/3-os többség szükséges. Ez azonban valójában nem jelenti azt, hogy valamennyi, adatkezelést intézményesítő törvény elfogadása 2/3-os többséget kíván meg. Jelenleg ugyanis csak a szabályozás alapvető (alkotmányos jelentőségű) szabályait tartalmazó Avtv. került 2/3-os többséggel elfogadásra. Számos olyan törvény létezik azonban (pl. rendőrségi törvény, nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló törvény, hitelintézeti törvény, elektronikus aláírási törvény), amely konkrét adatkezeléseket intézményesít a saját szabályozási területén. Ezek természetesen nem igényeltek 2/3-os többséget.

A jogalkotási gyakorlatban ahhoz, hogy egy törvényjavaslat előkészítése elindulhasson a Kormány rendkívüli döntése vagy a féléves jogalkotási tervbe való bekerülése szükséges. E döntéstől számítva az előkészítés (hatástanulmány, koncepcióalkotás és szövegezés) átlagosan 8-12 hetet vesz igénybe.

A következő fázis a közigazgatási egyeztetés, ami átlagosan 1 hónap, de vitás kérdések esetén sokkal tovább is tarthat. A közigazgatási egyeztetés lezárásaként kerül a közigazgatási államtitkári értekezlet elé, majd elfogadás után a kormány elé. A törvénytervezeteket a kormány döntését követő héten terjeszti a kormányiroda az Országgyűlés elé. Ezek átfutási ideje jól előkészített előterjesztések esetén 3-4 hét.

Az Országgyűlés a kormány előterjesztéseit általában egyből tárgysorozatba is veszi, és a normál ügymenethez (szakbizottságok, általános vita, módosítók, részletes vita, zárószavazás, kihirdetés) 4-6 hét szükséges.

Az itt említett határidők egyfajta átlagot jelentenek, akkor igazak, ha:

- A kérdéskör nem annyira komplex, hogy a hatástanulmány elkészítése lényegesen több időt igényelne.
- Nincs túl sok, vagy nehezen kezelhető kifogás a közigazgatási egyeztetés során.
- A kormány politikai egyetértése, támogatása egyértelmű a kérdésben. (Ezt kifejezi a kormány döntése is, amennyiben nem került bele a jogalkotási programba.)
- Figyelembe kell venni az Országgyűlés ülésrendjét is (nyári és téli szünetek)

Összefoglalva tehát: egy törvényjavaslat előkészítésére vonatkozó döntéstől annak kihirdetéséig átlagosan 15-22 hét szükséges.