



NEMZETI  
KÖZSZOLGÁLATI  
EGYETEM  
LUDOVIKA

ÁLLAMTUDOMÁNYI ÉS NEMZETKÖZI  
TANULMÁNYOK KAR  
CIVILISZTIKAI TANSZÉK

# OPUSCULA IUVENUM EXCELLENTISSIMA

Jinda Adrienn

*Az Elektronikus Egészségügyi  
Szolgáltatási Térrel (EESZT) kapcsolatos  
elméleti és gyakorlati kérdések*

**2022/3.**

**Jinda Adrienn<sup>1</sup>**

## **Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel (EESZT) kapcsolatos elméleti és gyakorlati kérdések**

### **Bevezetés**

Szakedolgozatom témáját az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT, eTér) használata kapcsán felmerült elméleti és gyakorlati problémák, kérdéskörök megvitatása képezi.

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér egy olyan adatbázis, informatikai rendszer, amely a Magyarországon társadalombiztosítási jogviszonnal rendelkező állampolgárok ellátásaira vonatkozó adatok gyűjtőhelye. A magyar egészségügynek, csakúgy, mint számos gazdasági szektornak, a digitális forradalom, az információ birtoklásának és elérhetőségének felértékelődésekor szüksége volt pontos, gyorsan áramló információs rendszerre. Az EESZT egy egységes informatikai környezet, amely hazai és európai uniós forrásból került létrehozásra ilyen formában a világon elsőként Magyarországon. Célja a hatékony kommunikáció biztosítása az egészségügyi ágazaton belül, a legmagasabb fokú adat- és kibervédelemmel. A kommunikáció két portálfelületen zajlik: az egyik az egészségügyi szférához, a másik a teljes lakossághoz tartozva működik.

Az EESZT tehát tulajdonképpen „egy összekötő kapocs, amely az internet segítségével teszi elérhetővé az egészségügyi szolgáltatók, házi orvosok, patikák, kórházak, klinikák adatbázisait.”<sup>2</sup> Nemcsak egyszerű adatbázisként működik, de összeköti a kórházak jelenleg is használt HIS rendszereit,<sup>3</sup> a gyógyszertárak, továbbá a házi orvosok által használt rendszereket így biztosítva a betegadatok folyamatos áramlását és elérhetőségét. Az eTér nem módosította a bevett gyakorlatokat és folyamatokat, hanem azokra épül, és azokat figyelembe véve képes adaptálódni, és teszi ezáltal lehetővé az újabb szükségszerű fejlesztéseket.

Az EESZT a tértől és időtől független szolgáltatás lehetőségét nyújtja, így elősegítve a betegellátás minőségének javítását, biztonságát, az ellátórendszer hatékonyságát, a párhuzamos ellátások kiküszöbölésének lehetőségével. Országsszerte történő bevezetésével a Kormány lefektette a digitális egészségügy alapjait.

### **1. Az egészségügyi ellátás változásának fontosabb mérföldkövei**

Magyarországon az egészségügyi ellátásra vonatkozó első jogi szabályozó a Mária Terézia által 1770-ben kiadott rendelet, a „*Generale Normativum in Re Sanitatis*”, azaz az „*Egészségügyi Főszabályzat*” amely két fő területtel, a járványüggyel és a közegészségüggyel foglalkozott.<sup>4</sup>

Az első törvényi szintű szabályzást az 1876. évi XIV. törvénycikkben<sup>5</sup> találjuk, amelynek első része az egészségügyi intézkedésekre (például orvosi és szülésznői gyakorlatra,

---

<sup>1</sup> III. évfolyamos közigazgatás-szervező BA szakos hallgató, konzulens: Prof. Dr. Barzó Tímea.

<sup>2</sup> Németh László: Újabb dimenziók az EESZT használatával. *Orvosi Hetilap*, 160. (2019), 4. 160.

<sup>3</sup> HIS = Hospital Information System, azaz a Kórházi információs rendszer.

<sup>4</sup> Balázs Péter: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete 1-2. köt. Magyar Tudománytörténeti Szemle könyvtára*, 57. Budapest - Piliszsaba, Magyar Tudománytörténeti Intézet - Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2007. 13.

<sup>5</sup> 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről.

gyógyszereszekre, járványokra, gyógyfürdőkre stb.), második része a közegészségügyi szolgálatra vonatkozóan tartalmaz rendelkezéseket. A törvénycikk IX. fejezete szól a kórházokról, amely már alapvetően két csoportban említi az intézményeket: köz- és magánkórházokról beszél, bár erre a differenciálásra már az 1855/6382 császári és királyi rendeletben<sup>6</sup> is találunk utalást.

A polgári kori Magyarországon az egészségügyi ellátás alapvetően szolgáltatástípusú volt, az állam csak a bizonyíthatóan szegények esetében vállalta át a finanszírozást. Jelentős változást 1891-ben látunk, ekkor került bevezetésre a kötelező betegbiztosítás,<sup>7</sup> ekkor még csak meghatározott csoportokra (gyári és ipari munkások) vonatkozóan. Az 1898. évi XXI. törvénycikk<sup>8</sup> létrehozta az országos betegápolási alapot, és az országos betegápolási pótadó bevezetésével megteremtette a kórházaknak a finanszírozáshoz történő hozzájárulást.

A világháborúk közötti időszakban a magyar egészségügy területén nem igazán tapasztalhatók változások, de mégis ki kell emelnünk két jelentős dolgot. Az egyik az orvosi rendtartásról szóló törvénycikk,<sup>9</sup> amely az orvosok érdekképviseleti szerveként létrehozta az orvosi kamarát, kötelező jelleggel előírta a tagságot, és meghatározta az orvosi gyakorlat fogalmát. A másik az 1927-ben létrehozott Országos Munkásbiztosító Intézet,<sup>10</sup> amely a következő évtől Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) néven látta el a biztosításokkal kapcsolatos feladatokat egészen 1950-ig.

A szocializmus korszaka bő 50 évet ölel fel Magyarország történelmében. Simonovits István megfogalmazása szerint „a szocialista egészségügy alapelve a mindenki számára hozzáférhető, díjtalan és magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítása.”<sup>11</sup> Ehhez a gondolathoz kötődve elmondhatjuk, hogy a háború után valóban megkezdődött az államosítás: a szakrendelők, a kórházak, a gyógyszertárak mind állami fenntartásúvá váltak, továbbá ekkor született meg a társadalombiztosítás egységes rendszere is. Az orvosok 1945 előtt jelentős részben a magánpraxisaikból éltek, amikhez továbbra is ragaszkodtak, de az állam 1952-től ezt ahhoz a feltételhez kötötte, hogy részt kellett venniük az állami feladatok ellátásában is.<sup>12</sup> Ebben az időszakban került országos szinten megszervezésre a vérellátás<sup>13</sup> és a mentés,<sup>14</sup> továbbá 1956-ban létrejött a Közegészségügyi és Járványügyi Főfelügyelőség (KÖJÁL).<sup>15</sup> A teljes szektor irányítása az Egészségügyi Minisztérium feladatkörébe tartozott.<sup>16</sup> Az 1972. évi II. törvény már kimondta, hogy „A Magyar Népköztársaságban az egészségügy állami feladat.”<sup>17</sup> Létrejött a ma is ismert rangsor: a fokozatosság elvét követve a beteg útjának első állomása a körzeti orvos, aztán a szakrendelő és így tovább.

Az egészségügyi ellátórendszer működésében a privatizáció hozott igen jól érzékelhető változást. Amikor az egészségügy privatizálásáról beszélünk, az állam nem a konkrét

<sup>6</sup> 1855/6382 (márc. 6.) cs. kir. BM, ismerteti Grósz Lipót, 1869, 16. Pálvölgyi Balázs: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867-1914*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 106.

<sup>7</sup> 1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről.

<sup>8</sup> 1898. évi XXI. törvénycikk a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről.

<sup>9</sup> 1936. évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról.

<sup>10</sup> 1927. évi XXI. törvénycikk a betegségi és baleseti kötelező biztosításról.

<sup>11</sup> Simonovits István: *Társadalomegészségtan és egészségügyi szervezéstudomány*. Budapest, Orvostudományi Egyetem, 1969. 123.

<sup>12</sup> A Magyar Népköztársaság minisztertanácsának 25/1952. (III. 30.) M. T. számú rendelete.

<sup>13</sup> Az Országos Vérellátó Szolgálat felállításáról szóló 11.230/1948. Korm. számú rendelet.

<sup>14</sup> Az Országos Mentőszolgálat szervezéséről szóló 4.980/1948. Korm. számú rendelet.

<sup>15</sup> Az Állami Közegészségügyi-Járványügyi Felügyeletről szóló 13/1972. (IV.12.) Korm. számú rendelet.

<sup>16</sup> Fazekas Marianna: *Egészségügy-politika*. Budapest, NKE, 2018. 5.

<sup>17</sup> 1972. évi II. törvény az egészségügyről.

szolgáltatást és az annak nyújtásához szükséges eszközöket adja át, hanem magának a működtetésnek a jogát. Az egészségügyben ez a folyamat gyakorlatilag már 1990 előtt megkezdődött, hiszen fentebb láttuk, hogy az orvosok már jóval ez előtt is fenntarhattak magánpraxisokat, 1988-ban pedig kiterjesztésre került a társadalombiztosítási támogatás a magánorvosok által felírt gyógyszerekre,<sup>18</sup> az 1989-es kormányrendelet<sup>19</sup> pedig lehetővé tette a magánvállalkozások működését az egészségügyi és a szociális szektorban.

Az átalakítás egyik mérföldköve lett az 1989-ben létrehozott Társadalombiztosítási Alap,<sup>20</sup> amely a központi költségvetéstől elkülönített büdzsével gazdálkodott, majd következő évben az Alaphoz került az egészségügyi intézmények működési kiadásainak finanszírozása is.<sup>21</sup> 1990-ben visszaállításra kerültek a helyi önkormányzatok, és átvették a korábban a tanácsok által működtetett egészségügyi intézmények működtetését. 1992-ben bevezetésre került a háziorvosi rendszer, és megszűnt az állampolgárság alapján járó egészségügyi ellátásra való jogosultság.<sup>22</sup>

1992-93-tól megkezdődött a finanszírozási rendszer átalakítása. Mivel az Alkotmány deklarálta, hogy az állam feladata az egészségügyi ellátások megszervezése,<sup>23</sup> és mivel a népegészségügy, a közegészségügy, a járványügy államigazgatási feladatnak minősült, 1991-ben létrejött az Állami Népegészségügyi Szolgálat,<sup>24</sup> a gyógyellátás megszervezésének feladata pedig a helyi önkormányzatokra hárult. A feladatok ilyen felosztása 2011-ig maradt fent, amikor a kórházak állami fenntartásba kerültek (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet; 2015. március 1-től Állami Egészségügyi Ellátó Központ, 2020. november 18-tól Országos Kórházi Főigazgatóság).

Végül pedig ejtsünk néhány szót az egészségügyben kialakult fogyasztói szemléletről, amely már több évtizede érzékelhető mind világ-, mind hazai szinten. A „tudatos beteg” immáron ugyanúgy létező fogalom, mint a tudatos vásárló. A társadalombiztosítással rendelkező magyar állampolgárok igénybe vehetik a közfinanszírozott egészségügyi ellátást, az Alaptörvény rendelkezik is arról, hogy „mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”,<sup>25</sup> az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) pedig konkrétan felsorolja a betegjogokat.

Az egészségügy mint közszolgáltatás kormányzati szintről történő átalakítása szintén a beteg fogyasztóként való viselkedését erősíti. Az egészségügyi szolgáltatások terén egyre jellemzőbbek a piaci szemléletek, megoldások, hangsúlyossá válik a minőség, a szabad választás lehetősége. Ezek a gondolatok pedig egyértelműen hatnak a társadalomra, még inkább erősítve a beteg mint fogyasztó megjelenését a szektorban.

Végül érdemes megemlíteni, hogy míg sokáig az egészség csak sereghajtó volt az emberek által elgondolt fontossági listán, addig nagyjából a 2000-es évek óta fokozatosan felértékelődött. Az egészség gyakorlatilag hívószóként funkcionál: manapság szinte bármit el lehet adni az

---

<sup>18</sup> 7/1988. (III. 25.) PM rendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök után igénybe vehető támogatásokról.

<sup>19</sup> 30/1989. (XI. 15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról.

<sup>20</sup> 1988. évi XXI. törvény a Társadalombiztosítási Alapról.

<sup>21</sup> Orosz Éva: Merre tart az egészségügy reformja? *Magyar Tudomány*, XLI. (1996), 4. 458-462.

<sup>22</sup> 1992. évi IX. törvény a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény módosításáról és kiegészítéséről.

<sup>23</sup> 1972. évi I. törvény az 1949. évi XX. törvény módosításáról és a Magyar Népköztársaság Alkotmányának egységes szövegezéséről 35. § (1) bekezdés g) pontja.

<sup>24</sup> 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről.

<sup>25</sup> Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) XX. cikk (1) bek.

egészségre, az egészséges életmódra való hivatkozással, és erre számos piac látványosan reagált is. Ott van az élelmiszeripar, amely rengeteg étrendkiegészítővel és superfood-dal áll rendelkezésre, a különféle kozmetikai cikkek, a bio- és organikus összetevőkkel, a ruházati termékek a lélegző és biopamut anyagokkal, és természetesen a turizmus, a maga wellness szolgáltatásaival. Egészségesnek lenni manapság trend.

Az egészség már nem csak a betegség meggyógyítását, hanem egyre többször annak megtartását jelenti. A beteg mint fogyasztó megjelenése elkerülhetetlen változás volt, amelyre a piaci magatartások és maguk a páciensek is ráerősítenek tudatos viselkedésükkel. A fogyasztó egyre többet vár el, a szolgáltató pedig erre reagálva egyre többet kínál, kialakítva így egy számos választási lehetőséget nyújtó kínálatot.

## **2. A digitalizáció az egészségügyi rendszerben: a papír alapú adatok kezelésétől a digitális önrendelkezésig**

### **2.1 Az egészségügyi adat és dokumentáció fogalma**

Az adat nem más, mint valamilyen elemi ismeret. A tényeknek egy olyan formája, amely alkalmas arra, hogy az ember által alkotott eszközök értelmezzék, feldolgozzák és továbbítsák azokat. Az adat megfelelő értelmezése információt tartalmaz, tehát annak birtokába kerülésével új ismereteket kapunk. Az adatok rögzítése, feldolgozása és továbbítása az egészségügyben is kulcsfontosságú.

Az általános adatvédelmi rendelet megfogalmazása szerint egészségügyi adat „egy természetes személy testi vagy pszichikai egészségi állapotára vonatkozó személyes adat, ideértve a természetes személy számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó olyan adatot is, amely információt hordoz a természetes személy egészségi állapotáról”,<sup>26</sup> tehát az egészségi állapottal kapcsolatos minden információ: betegségek, kezelések, gyógyszerezés. Az ezen adatok személyes azonosító adatokkal történő kiegészítése és azok összességének valamilyen nyilvántartásban vagy bármilyen más módon történő rögzítése az úgynevezett egészségügyi dokumentáció.

Fentiekből jól látható, milyen hatalmas mennyiségű adat keletkezik a szektorban, amelyet aztán természetesen tárolni is kell. Ha a papírokra gondolunk, folyómétereket látunk magunk előtt, ha a digitális adatokra, byte-okat. Mind a kettő tartogat kihívásokat: a papíralapú betegdokumentáció tárolásához először is hely kell. Mégpedig nem kevés. Optimális esetben ezeket az iratokat, leleteket stb. fénytől, párától védett, megfelelő hőmérsékletű helyiségben kell(ene) tárolni. Az adott helyet a szenzitív adattartalom miatt védeni kell, azaz minimum valamilyen azonosítással szükséges korlátozni a hozzáférők számát – ez leggyakrabban a (szak)dolgozók belépőkártyáihoz rendelt jogosultságokat jelenti. Az újonnan keletkező dokumentumokat fizikálisan is az erre kijelölt helyiségbe kell juttatni és valamilyen rendező elv szerint a megfelelő helyre beilleszteni. A kartonokat tehát mozgatni és rendezni kell, ami pedig idő- és erőforrásigényes.

Az egészségügyi szektorban ráadásul hatalmas adatbőségről beszélünk: 2018-ban világszerte 1.218 exabyte-nyi (1 exabyte = 1 milliárd gigabyte) adat keletkezett az egészségügyben.<sup>27</sup> Ilyen mennyiségű adat digitalizációja egyértelműen költséghatékonyságot, átláthatóbb tárolást és kereshetőséget, összességében pedig pontosabb és gyorsabb munkavégzést eredményez. Az

<sup>26</sup> Röviden GDPR, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete, 4. cikk 15. pontja.

<sup>27</sup> IT FEST Konferencia 2021. „Hogyan alakulnak át az egészségügyi szolgáltatók a technológiai fejlődés, és a digitalizáció hatására?” című kerekasztal beszélgetésből készült cikk alapján.

orvosok, szakdolgozók adminisztratív terhei csökkennek, a betegellátás jobban a fókuszba kerül, a páciens hatékonyabb és személyre szabottabb gyógyellátásban részesülhet.

## 2.2 Az önrendelkezés mint betegjog

Az orvos és a beteg kapcsolata kezdetben nem volt egyenrangú, annak létrejöttkor az orvosnak nem állt érdekében, hogy páciensével megossza azon információkat, amelyek birtokában meghozta a döntést a kezelésével kapcsolatban. Ez az információból eredő egyenlőtlenség aztán az 1900-as évek második felében kezdett lassan feloldódni, aminek a műhiba perek sokasodó száma adott táptalajt. Ismert ügy az Egyesült Államokbeli 1957-es úgynevezett Salgo-per,<sup>28</sup> amelyben egy járási problémákkal küzdő beteg a rajta elvégzett vizsgálat után mindkét lábára lebénult. A páciens arra hivatkozva, hogy nem volt tisztában a beavatkozás lehetséges következményeivel, beperelte az orvosát. Az eljárás során bebizonyosodott, hogy ugyan a szakma szabályai betartásra kerültek, ellenben a betegen elvégzett beavatkozásnak van egy igen ritka szövődménye, és ez okozta a bénulást. A bíróság elmarasztalta az orvost, de nem műhiba, hanem a kockázatokról történő tájékoztatás elmaradása miatt. Ezek után született meg az úgynevezett „tájékozott bejegyzés” elve, majd 1973-ban az Amerikai Kórházzövetség kiadta a Betegjogok jegyzékét, amely megfogalmazta, hogy a pácienseknek joguk van – számukra érthető nyelven – a betegségükkel kapcsolatos teljes körű tájékoztatásra.

A betegeknek fokozatosan egyre több joguk lett, amely tudatosodott is bennük, az orvost egyenrangú félnek kezdték tekinteni, aki szakmai értelemben felettük áll, de másban nem. A páciensek számára az orvosuk által adott információk adják meg a döntési szabadságot, és biztosítják az önrendelkezés jogának gyakorlását.

Nézzük meg, hogy milyen szabályzókon nyugszik a betegek önrendelkezési joga itthon. Első forrásként Magyarország Alaptörvényét érdemes vizsgálni, amelynek II. cikke kimondja, hogy „minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz”.<sup>29</sup> Az Alkotmánybíróság 8/1990. (IV. 23.) számú határozatában megállapította, hogy „az emberi méltósághoz való jogot az ún. »általános személyiségi jog« egyik megfogalmazásának tekinti. A modern alkotmányok, illetve alkotmánybírósági gyakorlat az általános személyiségi jogot különféle aspektusaival nevezik meg: pl. a személyiség szabad kibontakoztatásához való jogként, az önrendelkezés szabadságához való jogként, általános cselekvési szabadságként, avagy a magánszférához való jogként.”<sup>30</sup>

A következő fontos jogszabály az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.), amelynek 15. §-a tartalmazza az önrendelkezéshez való jog szabályait. Kiemelném a (2) bekezdést, amely kimondja, hogy „az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza”. Az Alkotmánybíróság azonban ennél bővebb fogalomkört határozott meg a 36/2000. (X. 27.) AB határozatával, mivel kimondta, hogy „[a]z Eütv. – az Alkotmány 54. § (1) bekezdésébe foglalt emberi méltósághoz való jogot érvényre juttató – garanciális rendelkezéseket tartalmaz a betegek önrendelkezési joga tekintetében.” Megjegyzendő, hogy az Alkotmánybíróság az egészségügyi önrendelkezési

<sup>28</sup> Lawrence D. Lurvey et al.: Informed consent: A review. *Primary Care*, 3. (1996), 6. 192-196.

<sup>29</sup> Alaptörvény II. cikk.

<sup>30</sup> 8/1990. (IV. 23.) AB határozat a Munka Törvénykönyvéről szóló 1967. évi II. törvény 15. § (2) bekezdése második mondatának megsemmisítéséről.

jogot nem csak általánosságban, de az abortuszra vonatkozóan is elismerte,<sup>31</sup> ellenben az eutanázia esetében nem.<sup>32</sup>

A páciensek önrendelkezési gyakorlata hazánkban megfelel a vonatkozó előírásoknak: a legtöbb esetben szóban és írásban történő tájékoztatást, valamint írásos beleegyezést jelent, például műtéti beleegyező nyilatkozat.

### 2.3 A betegdokumentációk kezelésének gyakorlata Magyarországon

A tapasztalat azt mutatja, hogy itthon az egészségügyi adatok tárolása és megosztása továbbra is két véglet között mozog: egyszerre papír alapú (például a szakrendelésre kiadott beutalók és az ambuláns lapok többségében még most is papíron készülnek el), illetve az EESZT lehetőségeit kihasználva digitális (ez főleg a vényekre jellemző).

Ennél a gondolatnál érdemes feltenni a kérdést, hogy ha van egy jól működő rendszer, telis-tele az egészségügyi adatainkkal, miért maradt – úgymond – elvárás, hogy ha beteg első alkalommal megjelenik egy szakrendelésen, magával vigye a kórelőzményeit kinyomtatva és összegyűjtve? Egyértelmű, hogy az orvosnak a gyors tájékozódás megkönnyíti a dolgát, számára nem lehetne kétséges, hogy a megfelelő ellátásban jelentős szerephez jut a betegadatok elérése. Mennyivel egyszerűbb lenne, ha a páciensnek nem kellene vastag paksamétákkal a hóna alatt felkeresnie a szakellátót, ha nem kellene attól tartania, hogy pont valami olyan dokumentum maradt otthon, amire az adott helyen éppen szükség lenne.

A beteg egészségügyi dokumentációját (akár papír, akár digitális alapú) az adott egészségügyi szolgáltató köteles és jogosult tárolni, annak adataival viszont a páciens rendelkezik. Az eTér lehetőséget biztosít, hogy az erre vonatkozó rendelkezéseket megtegye a beteg, azaz tömören fogalmazva, ki és milyen egészségügyi adataihoz férhessen hozzá.

Az EESZT esetében annak létrehozásakor a feltételezett beleegyezés elve került érvényesítésre. Azaz például a szervátültetés esetében is alkalmazott elgondolás került átültetésre a jogi gyakorlatba: ahogy a szerv életet menthet, úgy az egészségügyi adat is képessé válhat erre. Így tehát a rendszer alapbeállítása az, hogy a digitális platformon mindenkinek minden adata elérhető, kivéve azok esetében, akik ezt konkrét rendelkezéseikkel letiltják.<sup>33</sup>

### 2.4 Kitekintés a nemzetközi egészségügyi rendszerekre és a betegek önrendelkezési lehetőségeire

2013-ban átfogó felmérés készült az uniós államok és Norvégia egészségügyi rendszereiről, amely az adatok digitális kezelését állította fókuszba.<sup>34</sup> A résztvevő országokról részletes jelentések készültek, amelyekben ismertetésre kerültek az általuk használt rendszerek, illetve megoldások, ezekből fogok néhányat bemutatni.

Ausztriában a páciens eleve maga dönti el, mi kerülhessen egyáltalán a rendszerbe (opt-in), és azt is, ki férjen hozzá azokhoz. A későbbiekben pedig megvan rá a lehetősége, hogy amennyiben úgy dönt, visszavonja ezeket a rendelkezéseket (opt-out). Franciaországban a

---

<sup>31</sup> 64/1991. (XII. 17.) és 48/1998. (XI. 23.) AB határozatok.

<sup>32</sup> 22/2003. (IV. 28.) AB határozat.

<sup>33</sup> Szócska Miklós: *Adatvezérelt egészség és mesterséges intelligencia az egészségügyben* c. előadás a Semmelweis Egyetem Szenior Akadémia 2021. őszi szemeszterében: <https://www.youtube.com/watch?v=Ew140HS6ipQ>

<sup>34</sup> Milieu Ltd. – Time.lex BV/SRL: *Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States and their interaction with the provision of cross-border eHealth services* Contract no. 2013 63 02, 2014.

döntés szintén a betegé: a csatlakozásról, a központilag történő adatgyűjtésről, sőt az adatok törléséről, végleges törléséről, zároltatásáról is.

A felmérés idején még EU tagállam Egyesült Királyság esetén is egy opt-in/opt-out rendszer működik, a beteg eldöntheti, egyáltalán bekerüljön-e adata a központi rendszerbe, és ha igen, melyek legyenek azok. Luxemburgban az adatok automatikusan rögzítésre kerülnek, de a páciensnek egy hálózati jelszót kell megadnia, amivel elérhetővé teszi az orvos számára az adatokat.

Németországban egy fizikális kártyával rendelkeznek a betegek (*Elektronische Gesundheitskarte, eGK*),<sup>35</sup> amely egyfajta tokenként funkcionál. A kártya nélkül el sem érhetők az adatok, és az elektronikus vények sem válthatók ki. A rögzítésre került adatok minden vonatkozásában a döntési jogkör a betegé.

### **3. Az EESZT hazai bevezetésének jogszabályi háttere**

Az EESZT jogi szabályozóinak jelentős részét elsősorban az adatkezeléssel kapcsolatos jogszabályok adják. A szabályozások három szinten jelennek meg: törvények (működéssel kapcsolatos adatkezelés, szolgáltatások szabályozása), kormányrendeletek (működtető, önrendelkezést nyilvántartó és keresztreferenciátarat üzemeltető szerv kijelölése) és miniszteri rendeletek (csatlakozás feltételei, rendje, ütemezése, műszaki követelmények, informatikai rendszerek követelményei, szolgáltatások működése, csatlakozásra kötelezett szervek).

Az adatkezelés- és védelem jogi alapját a GDPR adja, amellyel összhangban működik a hazai szabályozás, az Eüak. Az Eüak. 38. § (3) bekezdés c) pontjában kapott felhatalmazás alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet jelöli ki Országos Kórházi Főigazgatóságot (OKFŐ) az EESZT adatkezelőjének, működtetőjének, az önrendelkezési nyilvántartás vezetőjének, továbbá az eTérben használt kapcsolati kódot kezelő szervnek. Az adatkezelő a feladatellátás során adatkezelőket vesz igénybe.

A központosított informatikai és elektronikus hírközlési szolgáltatásokat egyedi szolgáltatási megállapodás útján igénybe vevő szervezetekről, valamint a központi szolgáltató által üzemeltetett vagy fejlesztett informatikai rendszerekről szóló 7/2013. (II. 26.) NFM rendelet alapján és az OKFŐ-vel kötött szerződés szerint végzi az adatfeldolgozással kapcsolatos feladatokat a Nemzeti Infokommunikációs Szolgáltató Zrt. (NISZ Zrt.), amelynek elsődleges feladata az információtechnológiai infrastruktúra biztosítása. A NISZ Zrt. a hivatkozott NFM rendelet alapján az EESZT üzemeltetésére kizárólagos joggal rendelkezik.<sup>36</sup> A rendszerfejlesztési illetve -támogatási feladatokat a T-Systems Magyarország Zrt. látja el. Az adatkezelés- és feldolgozás helye Magyarország.

#### **3.1. Az adatkezelések jogszabályi környezete**

Az EESZT-ben több önálló adatkezelés történik, amelyek az Eüak. által létrehozott nyilvántartásokban valósulnak meg. Ezen nyilvántartások célja, hogy az egy konkrét személyre vonatkozó adatokat összegyűjtsék, majd ezen adatokat az azok megismerésére jogosult felhasználó részére hozzáférhetővé tegyék egy biztonságos elektronikus csatornán keresztül.

Az adatok kezeléséhez kapcsolódóan két területet különböztethetünk meg, amelyek jogi alapját a már említett adatvédelmi rendelet határozza meg: a közérdekű feladat végrehajtásához

---

<sup>35</sup> Szó szerint „elektronikus egészségügyi kártya”, bővebben lásd a német Egészségügyi Minisztérium honlapján: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/egk.html> (2022. 06. 20.)

<sup>36</sup> 7/2013. (II. 26.) NFM rendelet 1. számú melléklet, 1.23 pont.



szükséges<sup>37</sup> és a hozzájáruláson alapuló adatkezelést.<sup>38</sup> Előbbi esetben az adatok kezelése a GDPR 9. cikk (2) bekezdésének g) pontjának rendelkezése alapján valósul meg. A hozzájáruláson alapuló adatkezelések a GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pontja alapján valósulnak meg. A hozzájárulás azt jelenti, hogy az adatkezeléssel érintett a szükséges tájékoztatás megléte esetén, önkéntesen járul hozzá az adatkezeléshez, ez a hozzájárulás bármikor visszavonható. Az adatkezeléssel érintett személyes adatok az OKFŐ mint adatkezelő birtokába két módon kerülhetnek: vagy közvetlenül, vagy közvetett módon kapja meg azokat az érintett személytől.

Az egészségügyi adatok kezelésével kapcsolatosan továbbá mindenképpen említést érdemelnek a Covid-19 járvány által hozott változások, hiszen a munkáltatók pandémia megfékezése érdekében tett intézkedései sok esetben igényelték a személyes adatok kezelését, ami viszont óhatatlanul felvetett több adatvédelemmel kapcsolatos kérdést.

Először is, „a munkáltató felelős az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés követelményeinek megvalósításáért”.<sup>39</sup> Mindemelllett a járvány terjedésének megakadályozása érdekében személyes adatokkal történő adatkezelést kellett folytatnia, amely szigorú szabályokhoz kötött. Nyilván nem kérdés, hogy egy ilyen kritikus helyzetben szükséges az adatkezelés, de szem előtt kell tartani, hogy az csak a szükséges mértékben [lásd a korábban említett GDPR 5. cikk (1) bekezdése] és a vonatkozó jogszabályok betartásával történhet. Megemlíteném továbbá azt is, hogy ebben a helyzetben nagyon gyorsan kerülhet fókuszba az egészségügyi adatok kezelése, amelyre azok szenzitivitása miatt még szigorúbb szabályok vonatkoznak.

Mindezek okán számos országban született az adatkezelésre vonatkozó iránymutatás, Magyarországon ezt a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (NAIH) adta ki 2020. március 10-én.<sup>40</sup> Az iránymutatás kiemeli, hogy első lépésként végig kell gondolni, valóban szükséges-e az adatkezelés, és ha lehet, a munkáltató inkább kerülje el egyéb intézkedések (például munkavállalók teljes körű tájékoztatása, szolgálati utak, egyéb rendezvények elhalasztása, illetve átütemezése) meghozatalával. Amennyiben az adatkezelés nem elkerülhető, úgy fontos, hogy megfelelő jogalapja legyen. Ez lehet létfontosságú érdek, viszont a GDPR (46) preambulumbekzdése szerint „[m]ás természetes személy létfontosságú érdekeire hivatkozással személyes adatkezelésre elvben csak akkor kerülhet sor, ha a szóban forgó adatkezelés egyéb jogalapon nem végezhető”, azaz ebben az esetben nem feltétlenül indokolt az erre történő hivatkozás, hiszen bár a járvány súlyos, de nem közvetlenül életet és testi épséget veszélyeztető helyzet.

Az adatkezelés alapulhat jogos érdeken is, ehhez viszont a munkáltatónak mérlegelnie kell, hogy az elvégzendő adatkezelés érdeke előbbre való-e a munkavállalóénál, ami viszont egy ilyen helyzetben nem eshet egyedi mérlegelés alá, ráadásul megkérdőjelezhető, hogy az adatkezelés egyáltalán a munkáltató feladata-e, tekintettel arra, hogy a járványüggyel kapcsolatos feladatellátás alapvetően a kijelölt hatóságok feladata, amelyeket a jogszabályok telepítik rájuk. Megjegyzendő még, hogy a munkavállaló adatkezeléshez való hozzájárulása is adhat jogalapot, de ez a munkáltatóval való függelmi viszony megkérdőjelezhetővé teszi.

Többször említésre került, hogy az egészségügyi adatok különleges adatoknak minősülnek, és szigorú szabályok vonatkoznak a kezelésükre. A GDPR szerint alapvetően nem megengedett

---

<sup>37</sup> GDPR 6. cikk (1) bekezdés e) pontja.

<sup>38</sup> GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pontja.

<sup>39</sup> 1993. évi XVIII. törvény a munkavédelemről 2. § (2) bek.

<sup>40</sup> NAIH: Tájékoztató a koronavírus járvánnyal kapcsolatos adatkezelésről, Budapest, 2020. március 10. 1-5.

az ilyen adatok kezelése, kivételt a 6. cikkben megfogalmazottak alapján lehet tenni úgy, hogy az ebben szereplő jogalap *mellett* a 9. cikk (2) bekezdésben foglaltak rendelkezések valamelyike is megvalósul. Ezt az esetet példázza a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság NAIH/2019/1074 ügyszámú állásfoglalása<sup>41</sup> is, amelynek fókuszába a biometrikus adatok vizsgálata került.

A Covid-19 járvánnyal kapcsolatban meg kell még említenünk azt is, miszerint tekintettel arra, hogy egy eddig ismeretlen vírus okozta azt, nem lehet kikerülni az orvosi kutatás témakörét. Az egészségügyi adatok kutatási célból történő kezelésére vonatkozóan az Európai Adatvédelmi Testület adott ki iránymutatást.<sup>42</sup> Az iránymutatás rögzíti, hogy a járvány elleni küzdelmet az adatvédelmi szabályok nem akadályozzák, egészségügyi adatként kezelendők azok az adatok is, amelyek egy adott kontextusban történő értelmezés tesz azzá (például az utazásokkal kapcsolatos információk), továbbá különbséget szükséges tenni aközött, hogy már meglévő adatokat használnak kutatási célra, vagy konkrétan kutatási célból történik adatgyűjtés. Az adatkezelés jogalapját a GDPR 6. és 9. cikke adja, a már fentebb említett összefüggésben. A hozzájárulás nem történhet az érintett fél presszionálásával, hanem önkéntesen, konkrétan és egyértelműen kell megtenni, továbbá biztosítani kell annak visszavonhatóságát is. Az adatkezelés során érvényesülnie kell az adatkezelésre vonatkozó alapelveknek, különösen a transzparenciának és a tájékoztatásnak. Kiemelten fontos a célhoz kötöttség és az összeegyeztethetőség vélelme<sup>43</sup> és az ehhez kapcsolódó garanciák, különösképpen az adatbiztonsági követelmények, valamint az adatvédelmi és adattakarékossági elvek érvényesülése.<sup>44</sup> Az adatbiztonság kérdésében konkrétumokat – amelyek minimumfeltételek – is felsorol az iránymutatás: „álnevesítés, titkosítás, titoktartási megállapodások és a hozzáférési szerepek szigorú kiosztása, korlátozása és a hozzáférések naplózása”.<sup>45</sup> Az iránymutatás továbbá felhívja a figyelmet a nemzetközi együttműködés kapcsán az EGT-n kívüli adattovábbításra vonatkozó feltételekre.

### **3.2. Az adatvédelem biztosítására vonatkozó előírások**

Az EESZT-ben megtalálható adatokhoz való hozzáférést az adatkezelő határozza meg az erre vonatkozó jogszabályok, az érintettek önrendelkezésében tett nyilatkozatok, továbbá az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás alapján. A Térben kezelt egészségügyi dokumentáció adattartalmát, tehát mind az egészségügyi, mind a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok megismerésére kizárólagosan a kezelőorvos jogosult. Az EESZT ügyfélszolgálati és üzemeltetési feladatait ellátó személyek a vonatkozó adatokhoz csak a feladatellátásuk okán és a szükséges mértékben férhetnek hozzá, de ekkor sem férhetnek hozzá az egészségügyi adatokhoz. Az eTér bármely nyilvántartásából csak a megfelelő jogalap megléte esetén, egyedi elbírálással történhet adattovábbítás.

Az adatkezelő feladata az adatok megóvása, kiemelten a jogosulatlan hozzáférés, a hozzáférhetetlenség, a nyilvánosságra hozatal, az adatok megváltoztatása, illetve továbbítása, valamint a törlés, a megsemmisítés, a megsemmisülés és a sérülés tekintetében. Ezek megakadályozásra fizikai, logikai és adminisztratív intézkedéseket vesz igénybe. A jogosulatlan hozzáférés elkerülése érdekében az adatok titkosítva kerülnek tárolásra, illetve az

<sup>41</sup> NAIH állásfoglalás a biometrikus azonosítási munkahelyi beléptetéssel kapcsolatban, Budapest, 2019. január, 1-3.

<sup>42</sup> Európai Adatvédelmi Testület: 03/2020. iránymutatások az egészségügyi adatoknak a Covid19-járvánnyal összefüggésben végzett tudományos kutatás céljából történő kezeléséről, 2020. április 21. 4-12.

<sup>43</sup> GDPR 5. cikk (1) bekezdés b) pontja.

<sup>44</sup> GDPR 89. cikk (1) bek.

<sup>45</sup> Európai Adatvédelmi Testület: 03/2020. iránymutatások az egészségügyi adatoknak a Covid19-járvánnyal összefüggésben végzett tudományos kutatás céljából történő kezeléséről, 2020. április 21. 12.

arra jogosultak csak kétlépcsős azonosítással férnek hozzájuk. Az EESZT rendszere tűzfalak védelme alatt áll, illetve bizonyos felületeit csak VPN-en (belső hálózaton) keresztül lehet elérni. Az adatok sérülésének, illetve megsemmisülésének elkerülése érdekében az adatok folyamatosan mentésre kerülnek, amely mentések eltérő földrajzi helyeken kerülnek tárolásra.

Az adatvédelemre vonatkozó szabályokat a már említett Eüak., valamint az úgynevezett EESZT rendelet<sup>46</sup> vonatkozó részein túlmenően az állami és önkormányzati szervek elektronikus információbiztonságáról szóló 2013. évi L. törvény (Ibtv.), valamint az állami és önkormányzati szervek elektronikus információbiztonságáról szóló 2013. évi L. törvényben meghatározott technológiai biztonsági, valamint a biztonságos információs eszközökre, termékekre, továbbá a biztonsági osztályba és biztonsági szintbe sorolásra vonatkozó követelményekről szóló 41/2015. (VII. 15.) BM rendelet rögzíti.

#### **4. Az EESZT létrehozása és működése**

Jelen fejezet tartalma a vonatkozó jogszabályokon, továbbá az EESZT-ben végzett munkám tapasztalatain nyugszik.

Az eTér létrehozása és működése alapvetően két fő jogi szabályzón nyugszik. Az egyik a korábban már említett Eüak., amelynek III/A. Fejezete definiálja az EESZT fogalmát: „A Kormány által rendeletben kijelölt szerv működtetőként ellátja az EESZT, mint az egészségügyi ellátóhálózat informatikai rendszereinek együttműködését biztosító, az e törvényben vagy e törvény felhatalmazása alapján kiadott miniszteri rendeletben meghatározott központi elektronikus szolgáltatásokat megvalósító egészségügyi ágazati informatikai rendszer működtetésével kapcsolatos feladatokat.”<sup>47</sup> A törvény meghatározza az eTér moduljaira csatlakozásra kötelezettek körét (például eRecept, eBeutaló) vonatkozó szabályzókat, továbbá az adatfeldolgozásra és -kezelésre is tartalmaz rendelkezéseket.

A másik a részletszabályokat tartalmazó 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet. A rendelet szintén szól a csatlakozásról, az informatikai rendszerekről, a bevezetésről, az adatszolgáltatásról, a hozzáférésekről, az azonosítás követelményeiről és a jogosultságok kezeléséről, valamint az üzemszüntről és az üzemszünetről is. A II. Fejezet tételesen felsorolja az EESZT útján igénybe vehető szolgáltatásokat. A III. Fejezet tartalmazza a Záró rendelkezéseket, amelyből kiemelném a 15/A. §-t, amely egy „friss” módosítás, 2022. február 16. óta hatályos: „Ez a rendelet a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló, 2011. március 9-i 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv 6. cikkének való megfelelést szolgálja.”<sup>48</sup>

Az EESZT biztosítja tehát az adatok uniós tagállamok közötti cseréjét is, lehetővé téve ezáltal, hogy a páciensek élhessenek az egészségügyi ellátást biztosító jogaikkal. Az EMMI rendelet 1. számú melléklete tartalmazza a központi eseménykatalógus számára szolgáltatandó adatok részletes meghatározását, tehát például a járó- vagy fekvőbeteg szakellátást, a háziorvosi ellátást, MR-vizsgálatot, sőt idekerülnek a mentéshez kapcsolódó adatok is. A táblázatban részletesen megtalálható, mely esetben milyen adatokat és mennyi időn belül kell rögzíteni. Kiemelem még a 3. számú mellékletet, mert ez határozza meg az Egészségügyi profil (eProfil) számára kötelezően szolgáltatandó adatokat, és ezek azok az adatok, amelyek a beteget közvetlenül érintik, hiszen mint lakossági felhasználó, látnia kell azokat az EESZT megfelelő felületére belépve.

---

<sup>46</sup> 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról

<sup>47</sup> Eüak. 35/A. § (1) bek.

<sup>48</sup> EESZT rendelet 22/A. §.

Természetesen az EESZT működését belső szabályzók is szabályozzák, mint például az OKFŐ Szervezeti és Működési Szabályzata vagy a 32/2021. számú Főigazgatói utasítás.<sup>49</sup>

#### **4.1. A bevezetés lépései**

Az egészségügy digitalizálása, az intézmények közötti biztonságos adattovábbítás és az ezeket megvalósító informatikai rendszer bevezetése egy régóta kívánt lépés volt Magyarországon, ezt példázza a 2003-as Magyar Információs Társadalom Stratégia is: „Az egészségügyi ágazat informatizálásának ütemét fel kell gyorsítani, az ezt szolgáló főiránynak le kell fednie az egészségüggyel kapcsolatos kommunikációs és informatikai fejlesztési feladatok minden területét”.<sup>50</sup>

A rendszer alapját az ESKI<sup>51</sup> dolgozta ki, a ma ismert EESZT pedig hazai forrásból és az Európai Unió TIOP pályázataiból került finanszírozásra. Az eTér különböző moduljait kidolgozó munkatervek 2015 őszén zárultak le, majd a következő év elején elindult a pilotüzem. Ebben az időszakban a jövőbeni csatlakozásra kötelezettek közül többen (kórházak, házi orvosok, patikák) tesztjelleggel bekapcsolódtak, így biztosítva az általuk használt informatikai rendszerek megismerését és segítve azok EESZT-be történő integrálását.

A következő, immáron minden felhasználó számára érzékelhető mérföldkő 2017. november 1-je volt, ez az EESZT éles indulásának dátuma. Ettől a naptól használják a házi orvosi szolgáltatók és a járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények (azaz a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók), valamint minden gyógyszerár. A csatlakozásra kötelezettek második csoportját az Országos Mentőszolgálat, valamint a magánegészségügyi (nem közfinanszírozott) egészségügyi szolgáltatók egy speciális csoportja<sup>52</sup> jelentette 2018. november 1-jén. A következő lépés a teljes magánegészségügyi szektor bevonását jelentette, ők 2020. június 1-jén léptek be a rendszerbe. A legfrissebb mérföldkő 2021. szeptember 1-je, ettől a naptól csatlakoztak a gyógyászati segédeszközök forgalmazók.

#### **4.2. Az EESZT szolgáltatásai**

##### **4.2.1. A portálok**

###### Az ágazati portál

Az ágazati portál használóinak két csoportját jelentik a „felhasználók” és az „intézmények”. Előbbi esetében a hozzáférők a végzettségüknek és az intézményi szerepkörükhöz rendelt kapnak jogosultságot. Ezt a felhasználói kört is két további csoportra oszthatjuk: vannak a rendszerben természetes személyek (orvosok, egészségügyi szakdolgozók, gyógyszerészek stb.), és vannak az úgynevezett intézményi, technikai felhasználók. Az előbbieket lesznek azok, akik a tulajdonképpeni ellátást végzik, az utóbbiak pedig, akik a háttérben történő adminisztrációs feladatokat végzik. A két csoport tehát eltérő adatokhoz fér hozzá, és eltérő műveleteket végezhet a rendszerben. A második nagy felhasználói kör az „intézmények”: idetartoznak az egészségügyi szolgáltatók, a gyógyszertárak, egyes egészségügyi munkahelyek (például szakrendelők), illetve egyéb, az EESZT-hez csatlakozott szervezetek (például NEAK,

---

<sup>49</sup> EESZT adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzat.

<sup>50</sup> Informatikai és Hírközlési Minisztérium: Magyar Információs Társadalom Stratégia I.6.1. Fejezet, 2003. 40.

<sup>51</sup> Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, az Állami Egészségügyi Központ (ÁEEK) jogelődje.

<sup>52</sup> Azon nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók, akik kötelesek jelenteni a Központi Implantátumregiszterbe illetve a Nemzeti Csípő- és Térdízületi Endoprotézis Beültetés Regiszterbe.

OKFŐ, OTH). Az ágazati felhasználók a portálra mobilTokennel, eSzemélyivel vagy tokennel léphetnek be.

#### A lakossági portál

A lakossági portál felhasználói Magyarország társadalombiztosítási jogviszonnnyal rendelkező állampolgárai. Az oldal használatához KAÜ azonosításra és érvényes TAJ-számra van szükség.

#### 4.2.2. Főbb funkciók és fogalmak

##### Digitális önrendelkezés (DÖR)

A digitális önrendelkezés meghatározott keretek között lehetőséget ad arra a felhasználónak, hogy perszonalizálja a saját profilját. Meghatározhatja, kik és milyen mértékben férhetnek hozzá az adataihoz, értesítéseket állíthat be, meghatalmazást adhat. „Az egészségügyi adatokra vonatkozó önrendelkezés állampolgári jog és felelősség. A személyes adatok védelme érdekében a rendszer lehetőséget biztosít minden állampolgárnak, hogy az EESZT-be bekerülő adatainak hozzáférést szabályozza.”<sup>53</sup>

A rendszer alapbeállítása az úgynevezett „alapállapot”, ami azt jelenti, hogy a páciens nem tett sem korlátozó, sem tiltó rendelkezést az adataira vonatkozóan, tehát azokat bármely megfelelő jogosultsággal rendelkező ágazati felhasználó megtekintheti. Fontos megjegyezni, hogy a legszenzitívebb adatokhoz, tehát a pszichiátriai, addiktológiai, szexuális úton terjedő, HIV/AIDS betegségekhez kapcsolható dokumentumok tartalmához eleve korlátozott a hozzáférés, ezeket csak az adott szakterület orvosai láthatják. Megjegyzendő, hogy sürgősségi ellátás esetén a kezelőorvos a rendelkezések ellenére is hozzáférhet az adatokhoz, amennyiben ez indokolt.

##### Ellátások

Az „Ellátások” fül tartalmazza az „Eseménykatalógus”, az „Egészségügyi és betegdokumentumok”, valamint az „Egyéb dokumentumok” menüpontokat. A betegdokumentumok az ellátás során keletkezett dokumentumokat jelentik, amelyek az utólagos adatfeltöltés miatt 2012. november 1-jéig kérhetők le. Az egyéb dokumentumok közé azok a dokumentumok tartoznak, amelyek nem szorosan kötődnek az egészségügyi ellátáshoz, például az alkalmassági vizsgálatok, foglalkozásegészségügyi dokumentumok stb. 2020. október 1-jétől a tartósan beteg igazolás (TBI) és 2021. február 1-jétől a gépjármű vezetői engedélyhez szükséges alkalmassági igazolás kiadása és benyújtása is az EESZT-n keresztül történik.

##### eBeutalók

Ez a menüpont tartalmazza a páciens részére felírt beutalókat.

##### eProfil

Az eProfil tartalmazza a felhasználó azon adatait, amelyek nem vagy ritkán változnak. Itt kerülnek feltüntetésre az allergiára, gyógyszerérzékenységre, implantátumokra stb. vonatkozó adatok, illetve most már itt jelennek meg a SARSCoV-2 védőoltások is.

##### eReceptek

---

<sup>53</sup> <https://www.eeszt.gov.hu/hu/help/onrendelkezes> (2022. 06. 20.)

Ez a menüpont tartalmazza a felírt vényeket. A rendszer mind a már kiváltott, mind a várakozó vények esetében az aktuális dátumtól 1 hónapra visszamenőlegesen szűr (aktív vény a felírástól számított 90 napon belül váltható ki).

### **4.3. Az informatikai rendszer előnyei**

Az elmúlt évek sok változást hoztak az életünkbe a technológia területén. Megváltoztak a szokásaink: máshogy jutunk információhoz, másképpen beszélgetünk, sőt még filmet is máshogyan nézünk, zenét is másképpen hallgatunk. Az átlagos felhasználó számára főképpen ezekben a dolgokban nyilvánul meg az a fejlődés, amit az IoT (*Internet of Things* = „a dolgok internete”), azaz a hálózatba kapcsolt eszközök rendszerének változása, valamint az IoS (*Internet of Services* = „a szolgáltatások internete”), azaz az eszközökbe integrált fejleszthető szolgáltatások megjelenése okozott. Az IoT és az IoS folyamatos fejlődése azonban jóval túllép ezen: egy technológiai lépcsőfok, ami a felhasználó napi szintű szokásainak megváltozásán túlmutatóan a különböző ágazatokban eddig jellemző rendszereket, eljárásmodokat helyezi új alapokra. Az egymással kommunikációra képes eszközök terén bekövetkezett technológiai fejlődés és változás jelenti napjainkban az ipari forradalom negyedik lépcsőjét, amit a köznyelv „Ipar 4.0”-nak nevez. A digitalizáció által nyújtott lehetőségek tárháza szinte végtelen. Gondoljunk bele, számos, eddig csak a fizikális térben elérhető szolgáltatás kibertérben megjelenő verziója szélesre tárja az ajtót, így az adott szolgáltatás újragondolható, -tervezhető és kiterjeszhető. Ahogy a folyamatok digitalizálódnak, könnyebb lesz azokat tökéletesíteni, a kívánt célhoz igazítva testre szabni, és egyre több és több felhasználóhoz eljuttatni.

Most pedig itt vagyunk a negyedik ipari forradalom idején, ami a kiberfizikai rendszerek elterjedését hozta magával: a kézzel fogható gépek és tárgyak immáron egy információs rendszerbe illeszkednek, az egész gazdaság és annak minden folyamata komplexen, egyetlen hálózatban összefonódva létezik. A munkát az okoseszközök és applikációk veszik át, aminek alapját a modern technológia adja, azaz a kiber- és fizikai térben létező rendszerek, valamint a digitalizáció. Új termékek és szolgáltatások jönnek létre, a gyártási és előállítási folyamatok megváltoznak, az informatika és az ahhoz való hozzáértés felértékelődik.

Az Ipar 4.0 számos új kifejezéssel ismerttet(ett) meg minket, amelyek tulajdonképpen jól körül is írják azokat az alapokat, amikre épül. Az IoT-n és az IoS-en túl meg kell még említenünk az M2M-et, ami a „*Machine to Machine*” rövidítése, és a gépek közötti kommunikációt értjük alatta. A sikeres információ- és adatcsere alapvető eleme, hogy a folyamatban résztvevő eszközök összeköttetésben legyenek egymással, közös nyelvet „beszéljenek”, és emberi közreműködés nélkül tudják elvégezni a feladataikat. Az AI, azaz az „*Artificial Intelligence*” tulajdonképpen a mesterséges intelligencia, ami alatt azt kell értenünk, hogy a folyamatos használat során, az eszközök képesek tanulni, és az így szerzett plusz tudást a hatékonyabb munkavégzés céljából hasznosítani.

Meg kell még említenünk a ma már a mindennapokban használt felhőalapú szolgáltatásokat. Ez szintén igen elterjedt módszer manapság, gondoljunk csak a Google Drive-ra, vagy a Dropboxra. Az adatok ebben az esetben nem valamilyen lokális hordozón, hanem a szolgáltatást biztosító eszközein kerülnek tárolásra. Ez a megoldás nemcsak elősegíti az információk összegyűjtését, de egy jó alapot nyújt az együttműködésre is. Nem utolsósorban pedig egy, már régebbi technológia is fontos kulcs: a *Big Data*. Ez alatt a hatalmas, folyamatosan érkező adattömeg feldolgozását és az abból történő információkinyerést kell értenünk.

És hogy mit tud nyújtani egy informatikai rendszer? Képes arra, hogy a bevitt adatokat elektronikusan kezelje, feldolgozza és tárolja. Minden bevitt adat valamilyen folyamat része, aminek sikeres végeredményeként újabb ismeret, valamilyen többlettudás nyerhető ki. A rendszer tehát nemcsak megőrizni, hanem gyarapítani is képes az emberi tudást. A rendszer összetevőit két csoportba oszthatjuk. Az egyikbe a műszaki eszközök (kommunikációs eszközök, hálózati elemek, számítógépek stb.) tartoznak, a másikba pedig maga az a tudás, tudásbázis, amit a programokon túlmenően a használt adatok, a folyamatok, és természetesen a használatból megszerzett tapasztalatok együttese jelent.

És hogy mitől lesz fejlett és modern egy rendszer? Az egyik legfontosabb jellemzője az, hogy képes a más rendszerekkel való adatkapcsolatra. Tértől és időtől függetlenül képes az adatszerésre, tehát az akár folyamatos kommunikációra is. Egy korszerű rendszer funkcionális, a használt programok szolgáltatásai a lehető legjobban támogatják a kívánt végeredmény elérését úgy, hogy a háttérben akár párhuzamosan futhatnak más folyamatok és tevékenységek is. Szintén lényeges, hogy a rendszer felügyelt legyen, mind technikai, mind felhasználói oldalról (*HelpDesk*). Nem utolsósorban pedig egy modern informatikai rendszer alapkövetelménye a magas szintű adatvédelem- és biztonság, továbbá a jogosultsági szintek megfelelő kezelése. Egy fejlett informatikai rendszer tovább fejleszhető, szabványokat használ és természetesen joggal bír.

#### **4.4. E-health, azaz az e-egészségügy fogalma**

Az informatikai rendszerek és az infokommunikáció fejlődése természetesen az egészségügyi szektort is nagyban érintette, a technológia előretörése már az 1990-es években megindult, a 2000-es évektől szükségszerűvé vált, a pandémia pedig robbanásszerűen felerősítette azt.

Az e-health – az e-governance, az e-learning és az e-commerce mellett – az Európai Tanács által készített „eEurope 2005”<sup>54</sup> cselekvési tervben került erőteljesen fókuszba. Ebben az akciótervben a cél már nem az volt, hogy mindenki bekapcsolódjon az információs társadalomba, hanem hogy a szélessávú internetet mindenhol elérhetővé téve új szolgáltatások és tartalmak létrehozására, valamint azok igénybevételére ösztönözzék az államokat és a társadalmakat. A terv támogatta az elektronikus egészségügy területén a közös szabványok kialakítását, a betegellátáshoz szükséges technológiák és eszközök fejlesztését. Célként jelölte meg a szolgáltatások online módon történő nyújtását, az egészségügyi információs rendszerek kialakítását, hálózatba kapcsolását, valamint az elektronikus betegbiztosítási kártyák bevezetését.

Az Európai Unió 2002 óta négy egészségügyi cselekvési programot<sup>55</sup> hirdetett, amelyből a 2014–2020 közötti időszakra vonatkozó többek között célként fogalmazta meg az egészségügy területén történő innovációt, valamint a hatékony rendszerek létrehozását és működtetését, a magasabb színvonalú betegellátást. Magyarország ehhez a programhoz igazodva alkotta meg az „Egészséges Magyarország 2014–2020” című stratégiát, amelynek egyértelmű célja volt az egészségügyi szektor teljes megújítása a hatékonyság növelésével, az e-egészségügy fejlesztésével, a finanszírozás átalakításával. Az elektronikus egészségügy megújításával az

---

<sup>54</sup> A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Az eEurope 2005 cselekvési terv, valamint az eEurope 2005 cselekvési terv figyelemmel kísérésére, a helyes gyakorlatok terjesztésére, valamint a hálózati és informatikai biztonság javítására vonatkozó többéves (2003–2006) (MODINIS) program záró értékelése. Brüsszel, 21.8.2009, COM(2009) 432 végleges.

<sup>55</sup> Szitainé Kazai Ágnes: EU az egészségügyért: az Európai Unió 4. Egészségügyi Cselekvési Programja. *Kaleidoscope*, 11. (2021), 22. 325.

internet már nemcsak tájékozódásra, hanem (ahogy a közigazgatás számos területén is) ügyintézésre és konkrét szolgáltatások igénybevételére is lehetőséget biztosított és biztosít.

Természetesen az eTér 2017. évi megjelenése előtt is léteztek már elektronikus rendszerek az egészségügyben, ezek közül az egyik a fentebb említett kormányzati stratégiához kapcsolódik. Ez az úgynevezett Kooperatív Tér, amely a NISZ Zrt. 2013-as projektje.<sup>56</sup> Ennek egyik célkitűzése volt az egészségügyi szektor információtechnológiai szolgáltatásnak biztosítása, kiemelten pedig a szereplők közötti biztonságos adatsere megteremtése.<sup>57</sup> Természetesen a Kooperatív Tér mellett egyéb elektronikus rendszerek is megjelentek az egészségügyben, amelyek közül kiemelem a GYEMSZI (korábban ÁEEK, jelenleg OKFÓ) „Ügykörök” rendszerét. Az elnevezés tükrözi a rendszer struktúráját: több mint 20 külön témakör volt megtalálható, amelyeken keresztül a kórházak elindíthatták a kérelmeiket (például alapító okirat módosítása), és teljesíthették a rájuk vonatkozó kötelező adatszolgáltatásokat. Ez a rendszer is tartalmazott ellátáshoz kapcsolódó adatokat, de nem konkrét személyre vonatkozóan (tehát beazonosításra alkalmatlan módon) és nem is ilyen részletesen.

Látható tehát, hogy míg az e-egészségügyi rendszerek kezdetben csak a szakmai oldal (ellátó, finanszírozó, irányító, ellenőrző szervek) képviselői közötti adatáramlást voltak hivatottak biztosítani, addig az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér egy ennél jóval komplexebb rendszer, mivel új szereplőként belépett a beteg, amivel megoldandó feladattá vált mind a megnövekedett tárolandó és feldolgozandó adatok mennyisége, mind pedig a jogszabályi környezet aktualizálása.

#### **4.5. Az EESZT-vel kapcsolatos észrevételek**

##### **4.5.1. Adatvédelmi problémák**

Az adatok kezelése bármilyen esetben két módon történhet: vagy kötelező, vagy a törvény ad rá felhatalmazást. Tekintettel arra, hogy Magyarország az Európai Unió tagja, a vonatkozó uniós jogi szabályzókat és irányelveket kellett átültetnie és alkalmaznia a hazai szabályzásban.

Az uniós adatvédelmi jog alapja a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog, amelybe a „hatóság csak a törvényben meghatározott olyan esetekben avatkozhat be, amikor [...] a közegészség [...] védelme érdekében szükséges.”<sup>58</sup> Ez a gondolat az Alaptörvényben gyakorlatilag egy az egyben megjelenik a VI. cikkben. A személyes adatok védelméről konkrét rendelkezéseket az Európai Parlament és a Tanács 95/46/EK irányelve<sup>59</sup> tartalmazott, amelynek 8. cikke foglalkozott konkrétan az adatfeldolgozással, azon belül is az egészségügyi adatokkal, amelyekről kimondta, hogy megtiltható a feldolgozásuk, kivéve, ha az megengedett indokkal (például orvosdiagnosztika) és titoktartás mellett történik. Az irányelvet a GDPR, az általános adatvédelmi rendelet helyezte hatályon kívül. A GDPR már konkrétan megfogalmazza, mi minősül egészségügyi adatnak (például a biológiai minták is), hogy ezek az adatok különleges adatnak minősülnek és magas fokú védelem alá tartoznak, továbbá, hogy ezen okoknál fogva csak kivételes esetben lehet kötelező módon kezelni őket.<sup>60</sup> A rendelet továbbá tartalmazza a személyes adatok kezelésére vonatkozó elveket is, amelyek között a jogszerűség és az

---

<sup>56</sup> „Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Health) Rendszer - Elektronikus közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztése”.

<sup>57</sup> Szathmáry Balázs: A kórházak szerepe a Kooperatív Térben. *IME*, XII. (2013), 1. 56.

<sup>58</sup> Emberi Jogok Európai Egyezménye 8. cikk (2) bek.

<sup>59</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 95/46/EK irányelve a személyes adatok feldolgozása vonatkozásában az egyének védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról.

<sup>60</sup> GDPR (35), (45), (52) és (53) preambulumbekendések.



átláthatóság mellett szerepel az is, hogy csak a célnak megfelelő adat gyűjtése megengedett, csak a minimálisan szükséges mértékben, a lehető legrövidebb ideig történő tárolással.<sup>61</sup>

Az EESZT bevezetését megelőzően, illetve az azt követő időszakban is számos parázs vita lángolt fel szinte minden létező platformon azzal kapcsolatban, milyen adatvédelmi és személyiségi jogi problémákat keletkeztetnek az informatikai rendszert szabályzó jogi környezet hiányosságai. Mint az korábban említésre került, az EESZT működésének jogszabályi alapját az Eüak. adja, amely az adatvédelmi rendelet 2018-ban történt hatályba lépésével több ponton módosításra szorult. Ezeket a szükségszerű változásokat léptette életbe (az Eüak.-n kívül további 85 törvény esetében) az Európai Unió adatvédelmi reformjának végrehajtása érdekében szükséges törvénymódosításokról szóló 2019. évi XXXIV. törvény. Először is az egészségügyi adatra vonatkozó definíció módosult, egy az egyben a GDPR szerinti megfogalmazást emelte be. Másrészt változtak az elhunytakra vonatkozó adatkezelés szabályai is: az elhunyt egészségügyi dokumentációjának adatai is egészségügyi adatnak számítanak, tehát ugyanazon szabályozás alá tartoznak, mint az élő személyek esetében. Harmadszor kikerült az a szabályzó, hogy a betegnek írásos formában kell hozzájárulnia az adatkezeléshez, immáron elég, ha a hozzájárulással kapcsolatban önkéntesen és egyértelműen kifejezi az akaratát. Látható tehát, hogy bár megtörtént a hazai szabályzás uniós előírásokkal való összehangolása, azért ez némi késedelemmel történt.

A jogszabályok folyamatos finomhangolása mellett, számomra továbbra is maradt néhány nyitott kérdés. Először is felmerül, hogy az adatok ilyen szintű nyitottá válása hogyan tud összhangban lenni az orvosi titoktartás elvével? A hippokratészi eskü eredeti szövege szerint az orvos a foglalkozása gyakorlása közben vagy azon kívül bármi olyat lát vagy hall az emberekkel való érintkezés során, aminek nem szabad nyilvánosságra kerülnie, arról hallgat, és titokként őrzi. Az Eüak. így fogalmaz: „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”.<sup>62</sup> Tehát az orvosi titok őrzője már nem az orvos, hanem az adatkezelő, azaz ebben az esetben az Országos Kórházi Főigazgatóság? Hozzáátéve azt is, hogy az eTér a beteg adatlapjára belépő orvost automatikusan kezelőorvosként azonosítja, tehát akár olyan szakemberek is láthatják az adatokat és a kórtörténetet, akivel a páciens még életében nem találkozott.

A következő, ami feltűnő, hogy az Eüak. az adatok megőrzésére igen hosszú időt rendel el, a beteg halálát követő öt évet. Mint azt korábban láttuk, a GDPR megfogalmazza, hogy az adatokat a lehető legrövidebb ideig kell tárolni. Kötelező adatkezelés esetében miért van szükség ilyen hosszú időre? Ki, kik és mire használják a beteg halála után az adatokat?

És itt van az önrendelkezés. A rendszerben ugyebár a betegnek lehetősége van letiltani az a további adatok feltöltését. Mit jelent a gyakorlatban a páciens ezen rendelkezése, ha mindeközben a csatlakozott intézmények kötelezve vannak az adatfeltöltésre?

A jelenlegi magyarországi szabályzás szerint már a csecsemőnek is van TAJ száma, lakcímkártyája, és 2019-től személyi azonosításra alkalmas okmánya, ami a legtöbb esetben személyi igazolvány. Ügyfélkapu hozzáférést (ami az EESZT-be történő belépéshez leggyakrabban használt KAÜ azonosítás) 14 év alatt a törvényes képviselő hozzájárulásával, afölött önállóan lehet igényelni. Alapvetően a 14 év alatti és a 14-18 éves korú gyermekek

---

<sup>61</sup> GDPR 5. cikk (1) bek.

<sup>62</sup> Eüak. 2. § d) pontja.

esetében rögzíteni szükséges a képviseleti jogosultságot az eTér-ben. Ugyanez igaz a gondnokolt cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes betegek esetében is. Felvetődik a kérdés, amennyiben ezek a rendelkezések elmaradnak, a kiskorú vagy a gondnokolt tehet önrendelkezési nyilatkozatot? Ha van érvényes TAJ száma, Ügyfélkapuja, minden további nélkül be tud lépni a portálra a saját nevében. Figyeli a rendszer az életkorát? Vagy azt, hogy ő gondnokolt?

További érdekes kérdés még az úgynevezett „*breakglass*” funkció, ami lehetőséget ad a kezelőorvosnak, hogy kiemelten indokolt esetben (ez alatt gyakorlatilag a beteg halálát megakadályozó beavatkozásokat kell értenünk) feloldja a páciens bármilyen korlátozásra vonatkozó rendelkezését a segítségnyújtás érdekében. Ezzel azonban a teljes profilhoz hozzáfér, azaz azokhoz az adatokhoz is, amelyek nem feltétlenül szükségesek az életmentéshez. Szüksége van egy traumatológus orvosnak az adott helyzetben arra, hogy tudomása legyen mondjuk egy abortuszról?

Végül pedig tegyünk említést a pandémia által okozott veszélyhelyzetben hozott intézkedésekről is, amelyek közül hármat szeretnék kiemelni. Az első a 46/2020. (III. 16.) Korm. rendelet, amelynek 10. § (1) bekezdése szerint „az innovációs és technológiáért felelős miniszter [...] jogosult *bármely* rendelkezésre álló *adat* megismerésére, kezelésére” (kiemelés a szerzőtől). A második a 83/2020. (IV. 3.) Korm. rendelet, amelynek 2. §-a kimondja, hogy a „belügyminiszter és az emberi erőforrások minisztere [...] a humánjárvány következményeinek elhárítása és ehhez kapcsolódóan a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása céljából *megismerheti és kezelheti* a betegellátó és az egészségügyi államigazgatási szerv kezelésében álló, valamint – az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) működtetője útján – az EESZT-ben kezelt *személyes adatot*” (kiemelés a szerzőtől). Harmadszorra pedig nézzük a 93/2020. (IV. 6.) Korm. rendeletet, annak is a 3. §-át, amely az Operatív Törzs számára ad jogosultságot, hogy a betegek *személyes és egészségügyi* adatait megkaphassa az eTéren keresztül.<sup>63</sup>

#### **4.5.2. A betegek körében felmerülő nehézségek**

Digitalizáció ide, robbanásszerű technológiai fejlődés oda, számításba kell vennünk, hogy még mindig vannak olyan háztartások, ahol nem biztosított az internet-hozzáférés, ami értelemszerűen már eleve csökkenti az EESZT felhasználóinak számát. Gondolnunk kell továbbá az idősebb korosztály képviselőire. Az ő esetükben, ha van is lehetőségük internetcsatlakozásra, nem vagy minimálisan használják a világhálót. Nyilván közöttük is vannak kivételek, de ha csak a saját családjukra gondolunk, szinte biztosan találunk legalább egy nagyszülőt, dédsülőt, aki nem a neten és közösségi médiában éli a napjait. Ez a korosztály tehát egyértelműen hátrányból indul, számunkra nehezen tanulható a digitalizáció által hozott új platformok működése.

A technikai tudás szükségessége mellett meg kell említenünk azt is, hogy az EESZT sem a bevezetését megelőző időben, sem azóta nem kapott igazán aktív médiamegjelenést. Az indulást megelőzően főleg a csatlakozásra kötelezettek körében került ismertetésre az eTér, főként workshopok keretében és digitális ismertető anyagok terjesztésével. A lakosság számára mindösszesen néhány reklámspot, illetve szórólap készült. Azt gondolom, tényként kezelhetjük, hogy bár a pandémiának számos rossz, sok esetben sajnos a legrosszabb oldalát ismerhettük meg, de mégis, ennél nagyobb hírverést nem is kaphatott volna az eTér.

---

<sup>63</sup> A veszélyhelyzet során alkalmazandó egyes adatkezelési és közlekedési tárgyú szabályokról szóló 93/2020. (IV. 6.) Korm. rendelet 3. § (1) és (2) bek.

Ha már az eTér mindenkihez „megérkezett”, akkor megjön előbb-utóbb a kíváncsiság is, mire lehet még jó ez a rendszer. Tapasztalataim szerint azon felhasználók esetében, akik meg szeretnék ismerkedni a rendszerrel, egyikük esetében sem volt probléma a KAÜ-s azonosítás, mindegyikük rendelkezik Ügyfélkapuval. Bár szembesültek apróbb technikai nehézségekkel, ezeket leküzdve gyorsan megtalálták a rendszerben, amit kerestek.

Ezen technikai paramétereknél azonban lényegesebbek azok az értelmezési nehézségek, amik az önrendelkezés kapcsán merülnek fel. Mint az korábban említésre került, az eTér önrendelkezési felületén négy állapotot lehet beállítani. Az „alapbeállítás” és az „egyszerűsített rendelkezéssel szabályozott állapot” gyorsan áttekinthető, az első esetben a felhasználónak tulajdonképpen nincsen tennivalója, a másodiknál pedig legördülő menüből választhat a beállítás során. Az „összetett rendelkezéssel szabályozott állapot” valójában lefedi a másik három lehetőséget, tehát gyakorlatilag előállítható az „alapállapot”, az „egyszerűsített rendelkezéssel szabályozott állapot” és a „hozzáférést teljesen tiltó állapot” is. Fontos, hogy minden hozzáférési szabály az „alapállapot”-hoz képest értendő, az az etalon. A szabályokat egyesével lehet módosítani, listázás után mindegyik változtatható vagy akár törölhető. Ami már bonyolultabbnak tűnhet, az az, hogy új szabályt is fel lehet venni, amely vagy engedélyező, vagy tiltó/korlátozó szabály lehet. Ha olyan korlátozó rendelkezést hoz a beteg, ami egy adott orvosra vagy intézményre vonatkozik, akkor az ezen korlátozás által érintetten kívül mindenki más hozzáfér az adatokhoz. Amennyiben a cél az, hogy a páciens azok körét határozza meg, akik hozzáférhetnek az adataihoz, akkor – úgymond – fordítva kell gondolkodnia: előbb le kell tiltania mindent, majd engedélyező szabályokkal biztosítania azoknak a hozzáférést, akiknek engedélyezni szeretné.

Engedélyezés esetén a páciens nem adhat meg külön rendelkezést sem időbeni, sem dokumentumtípus szerinti szűrésre, tehát, ha engedélyező szabályt hoz (akár csak 24 órára is), akkor a megfelelő jogosultsággal rendelkező minden dokumentumához hozzáfér, annak keletkezési idejétől és típusától függetlenül (azaz nem rendelkezhet úgy a beteg, hogy például csak a 2018-ban készült zárójelentéseket lássa a lekérdező). Megjegyzendő, hogy ha a beteg véletlenül egyszerre rendelkezik ugyanarról engedélyező, illetve korlátozó szabállyal, akkor az EESZT automatikusan az engedélyező rendelkezést fogja elmenteni. Fontos továbbá megjegyezni, hogy a rendelkezések csak arra a 13 csoportra (addiktológia, fogyatékoságok, implantátum, nemibetegségek, onkológia, TBC, urológia, fejlődési rendellenességek, HIV/AIDS, nemi identitással kapcsolatos eltérések, nőgyógyászat, pszichiátria, transzplantáció) vonatkozóan tehetők meg, amelyek az oldalon megjelennek. Tehát hiába szeretné valaki például a bőrgyógyászati, kardiológiai, reumatológiai stb. ellátás során keletkező adatokról rendelkezni, hiába keresi, mert erre nincsen lehetősége.

Az eTér legfontosabb és a páciensek számára vélhetően legbonyolultabb pontja az önrendelkezés, mivel ennek végiggondolása, rendszer szerinti beállítása, úgy, hogy az valóban a beteg kívánalmi szerint történjen, a logikai összefüggések pontos értelmezését és annak a rendszerben történő megfelelő leképezését igényli.

#### **4.5.3. Az orvosok, szakdolgozók, ellátók tapasztalatai**

Jelen fejezetben csak és kizárólag az általam ismert ágazati portál felhasználói (orvosok, szakorvosok, asszisztensek, szakasszisztensek) által megosztott beszámolókra támaszkodom. Értelemszerűen sem egyikük személyazonosságára vonatkozó információkat, sem a beazonosításukat lehetővé tévő egyéb adatokat nem osztok meg. A tapasztalataik hitelességének ellenőrzésére nem volt lehetőségem, de tekintettel arra, hogy aktív, napi szintű felhasználói az EESZT rendszerének, mindenképpen szerettem volna megosztani a

benyomásaikat, továbbá azokat a felvetéseket, amik a napi munkavégzésüket befolyásolják és meghatározzák.

Az első és viszonylag elenyészőnek tekinthető probléma, hogy az ellátásokra vonatkozó adatok tulajdonképpen a papír alapú dokumentumok digitalizált formájában kerülnek tárolásra, pdf fájlként. Azaz, ha az orvos meg szeretné tekinteni a kórelőzményt vagy a kapcsolódó vizsgálati eredményeket, az azokat tartalmazó fájlokat le kell töltenie és egyesével megnyitnia. Ez időigényes folyamat.

A következő, ennél jóval komolyabb probléma a párhuzamos vizsgálatok esete. A tapasztalat azt mutatja, hogy sok esetben az egészségügyi intézmény a saját informatikai rendszerében is végez adatrögzítést. Ez időigényes és semmiképpen nem költséghatékony megoldás, ráadásul párhuzamos adatbázisok kialakulását hozza magával, és az EESZT komplex rendszerének kialakításánál pont ennek elkerülése volt az egyik cél. Az intézmény jobb esetben legalább a saját rendszerében ellenőrzi a páciens kórelőzményeit, sokszor azonban ott sem. Ez pedig paralel vizsgálatok kiírását hozza magával, sokszor előfordul, hogy akár ugyanazon intézményben a különböző szakellátás keretében ugyanarra a vizsgálatra küldik ismételtén a beteget. Erre egyébként egy megoldást jelenthetne, ha a beavatkozás kódokat (OENO kód, vagy gyakorlatban elterjedtebb rövidítés a WHO kód<sup>64</sup>) a rendszer (ez esetben akár a saját intézményi rendszer, akár az EESZT) ellenőrizné, és jelezné az adott orvosnak, hogy például egy másik járóbeteg szakrendelésen rövid időn belül már megtörtént ugyanaz a vizsgálat (gyakori eset például a laborvizsgálat).

A párhuzamos vizsgálatok kiírásával kapcsolatosan meg kell említenünk sajnos azt is, hogy jellemzően az egyik egészségügyi ellátó intézmény nem fogadja el a másikban készült, ugyanazon WHO kódon rögzített beavatkozásokat. Ennek általában két oka van. Az egyik, hogy egyszerűen az adott egészségügyi ellátást végző intézmény nem bízik meg a már korábban vizsgálatot végző szerv diagnózisában (ez akár presztízskérdés is lehet), a másik, hogy egyszerűen pénzügyi okokból rá van kényszerítve ugyanezen vizsgálat elvégzésére, hiszen a NEAK felé lejelentett beavatkozások után kapja a finanszírozást. Esetenként mindkettő igaz lehet, bár nyilván a beteg szempontjából ez mindegy is, ha egyszerűen az eredménye az, hogy ezen okoknál fogva többszörösen ki van téve a vizsgálatokkal járó kockázatoknak és kellemetlenségeknek (például egy RTG esetében feleslegesen egy nagyobb dózisu sugárterhelésnek).

A következő probléma a magánszolgáltatásban végzett ellátást érinti. Saját tapasztalat is, hogy bár a magánszolgáltatók is régóta kötelezően csatlakoztak a rendszerhez, még sem található meg minden elvégzett beavatkozás dokumentációja az eTérben. Ennek sajnálatos módon az egyik oka még mindig a nem jogtiszta munkavégzés, azaz hogy adózatlan bevételre tehet szert az ellátást végző. Ebben az esetben semmilyen, az ellátást megtörténtét igazoló dokumentum nem kerül kiállításra. Ennél jellemzőbb, hogy amennyiben nincsen vénykiírás (amihez ugyebár kötelező az ambuláns lap készítése), nem rögzítik az ellátást, ami még akkor sem okoz problémát, ha a vizsgálatról számla készül, hiszen jelenleg az EESZT rendszere nincsen összekötve a NAV adatbázisával.

A leggyakoribb eset azonban nem ide, hanem a kötelezően végzendő közfinanszírozott ellátásra vezethető vissza. Ebben az esetben a fő mozgatórugó az, hogy az orvos olyankor végez

---

<sup>64</sup> A járóbeteg-szakellátásban elszámolható vizsgálati és beavatkozási tevékenységek listájának kódrendszere, a gyakorlatban WHO kód, mivel az OENO az Egészségügyi Világszervezet által használt kódrendszerből lett kifejlesztve.

magánellátást, amikor neki államilag finanszírozott ellátást kellett volna végeznie. Sajnos ez minden további nélkül kivitelezhető, hiszen miközben ő magánrendelésen van, az asszisztense beléphet a rendszerbe a kódjával. És hogy ez miként lehetséges? Korábban említésre került, hogy az ágazati felhasználók (tehát az orvosok is) háromféle módon léphetnek be az eTérbe. Az egyik lehetőség az eSzemélyi, a másik a mobilToken, a harmadik a token.

A token egy apró fizikai eszköz („*hard token*”-nek is nevezik) egy kis digitális kijelzővel, amelyet külön igénylőlapra kell megkérni az OKFŐ-től. A tokent az egészségügyi intézmény kapja, egyszeri aktiválást igényel, amelynek során saját felhasználónevet és jelszót kell megadni. A továbbiakban az eszköz az adott felhasználó belépésekor véletlenszerűen generál egy kódot, ami a jelszó megadása mellett kötelezően be kell írni a megfelelő felületen a sikeres belépéshez.

A mobilToken ezzel ellenben egy, az orvos saját mobilkészletére telepített applikáció. Ebben az esetben is szükség van az aktiválásra, a felhasználónév és jelszó mellett egy QR kód leolvasásra is. Innentől minden belépéskor a szintén véletlenszerűen generált kódra lesz szükség amit a rendszer a regisztrált mobilkészletre küld, és 1 percre érvényes.

A harmadik belépési eszköz az eSzemélyi. Ehhez külön kártyaolvasóra van szükség, amely semmiben nem különbözik azoktól az olvasóktól, amik lakossági használatban vannak. Az olvasó mellé csak az eSzemélyi Klienst kell telepíteni, és máris lehet aktiválni az okmányt a rajta található PIN kód (az aktiválás során ezt módosítani kell) segítségével.

A három opció közül a mobilToken a leginkább elterjedt változat, nézzük miért. Token igénylése csak meghatározott esetekben lehetséges: olyan természetes személy kérheti, aki jogszabály alapján<sup>65</sup> nem rendelkezhet a magyar hatóság által kiállított tároló elemmel rendelkező állandó személyazonosító igazolvánnyal, vagy valamilyen technikai ok miatt nem tud eSzemélyit használni. Így tehát marad a mobilToken, illetve az eSzemélyi, amelyek közül az előbbi esetén a belépési kódot minden további nélkül be lehet diktálni annak, aki a belépést végzi, akár sok kilométerrel odébb, második esetében pedig a kártyaolvasóban csak a belépés idején kell bent lennie az igazolványnak, sikeres beléptetés után az eSzemélyit eltávolítva ugyanis további 8 órán keresztül nem léptet ki automatikusan a rendszer.

Szeretném kiemelni, hogy fentebb részletezett tapasztalatok mindamelllett, hogy nem azt támasztják alá, hogy az EESZT összetett rendszere mennyire jól kihasználható lenne az ellátás során, de sajnos komoly adatvédelmi aggályokra is okot adnak.

## **5. AZ EESZT JÖVŐJE**

EESZT. Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér. Négy szó, amely mindegyikének értelmezése segít körül írni, mi ez a rendszer, és egyben sugallja, hogy hova is tart(hat).

*Elektronikus.* Mi jut eszünkbe? Valami, ami nem papír alapú, valami, ami digitális, valami, ami az online térhez köthető. Mint az korábban említésre került, a világban éppen a negyedik ipari forradalom zajlik. Hosszú évek óta erőteljesen fejlődik az IKT, és a világjárvány csak látványosabbá és érzékelhetőbbé tette mindenki számára.

---

<sup>65</sup> A polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény.

*Egészségügy.* Az egyik, ha nem a legfontosabb szektor, minden állam kiemelten kezeli, milliónak ad munkahelyet, minden ember számára fontos, az általa nyújtott szolgáltatásokat mindenki igénybe veszi élete folyamán.

*Szolgáltatás.* Szintén a mindennapjaink része, a fodrászszalonoktól kezdve a szemétszállításig rengeteg dolgot sorolhatnánk fel itt, és – mint arról korábban szó esett – az egészségügy is ide tartozik. Az egészség szükséglet és kíváncsi, ki ne szeretné az ehhez kapcsolódó szolgáltatásokat magas színvonalon igénybe venni? A szolgáltatás azonban nem csak a páciensek, hanem a szakmai oldal képviselőinek is szól: a rendszer célja, hogy őket is kiszolgálja, gyorsabb, pontosabb, időtakarékosabb ellátást biztosíthassanak.

*Tér.* Mire gondolunk? Egy mezőre? Egy csarnokra? Egy aulára? Mindegy is, hiszen valami tágas dologra asszociálunk, valamire ahol rengeteg a hely, ahol sok minden és mindenki elfér. Az EESZT-ben ez a tér a hatalmas mennyiségű adatok helye.

Azt gondolom még ennyiből is vázlatosan összerakhatjuk, amiről már számos alkalommal szó esett: az eTér egy hatalmas digitális platform, amely az egészségügyben folyamatosan keletkező óriási adatmennyiség gyűjtőhelye, és amely ezen adatok információként történő felhasználásával egy magas színvonalú szolgáltatást képes eredményezni.

Emlékszem, volt néhány hét a Főosztályon, amikor előkerült a gondolat, hogy talán nem megfelelő elnevezés az EESZT, mivel nehéz a két „e” betűt megjeleníteni a logóban, és egyébként kimondani is. A végeredmény az lett, hogy marad minden így, hiszen pont az a dupla „e” mutatja a lényegét: *elektronikus egészségügy – e-egészségügy – e-Health*. És ha most újból a digitális egészségügyről beszélünk: képzeljük el, hogy még több adatot, még fejlettebb technika kezel. Csatlakozhat a teljes egészségügyi szektor. Megszűnhetnek a párhuzamos nyilvántartások, rendszerek. Egy fejlett mobilapplikációval még gyorsabb az elérhetőség.

És hogy egy kicsit még messzebbre rugaszkodjunk: mi lenne, ha beépülne a mesterséges intelligencia? Betegellátás során már nem kellene gépelni az ambuláns lapot, csak diktálni, akárcsak a vényfelírást. Elég lenne egy WHO vagy BNO kód. Rögzítés esetén a háttérben futó alrendszerek elküldenék a kötelező adatszolgáltatást a megfelelő regiszterekbe. A beteg által otthon is használt eszközök folyamatosan rögzítenék és küldenék az adatokat, ami nemcsak az orvos számára adna egy nagyon pontos adatsort, de eközben a mesterséges intelligencia is feldolgozná az adatokat, és közben más, ugyanolyan betegséggel rendelkező páciensek adatait összeveti egymással, hogy ezáltal újabb információval szolgáljon.

Azt gondolom, az eTér egy olyan, igazán 21. századi rendszer, amely nagy lehetőségeket tartogat magában. Nem gondolom, hogy egyszer csak vége lesz, sőt újabb és újabb fejlesztések fognak következni. A nagy kihívás azonban nem az új modulok, alrendszerek kifejlesztésében rejlik, hanem abban, hogy a működés jogilag leképezhető legyen, és hogy a felhasználók is aktívak legyenek. A biztonságos és stabil működést az IKT, a jogrendszer és a humánforrás együttműködése biztosítja. A siker kulcsa ennek a három pillérnek az összehangolása.

## **ÖSSZEGZÉS**

A dolgozatomban szerettem volna egy átfogó képet alkotni arról, milyen utat járt be az egészségügy fejlődése és az ehhez kapcsolódó adatkezelés az elmúlt évszázadokban, hogyan jutottunk el a szolgáltató egészségügyig, a papíron készült és tárolt betegdokumentumok online térbe emeléséig. A fókuszba természetesen az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér

került, amely hazánkban jelenleg az elektronikus egészségügyi rendszerek zászlóshajója, és mint ilyen, a legátfogóbb, legtöbb adatot tartalmazó, és legismertebb informatikai rendszer.

Bemutatásra került az eTér felépítése és főbb funkciói, valamint vizsgálatra kerültek az ezekhez kapcsolódó felhasználói tapasztalatok, továbbá a fejlesztési, módosítási ötletek. A hatalmas mennyiségű szenzitív adatrögzítés- és tárolás miatt kiemelt figyelmet kapott a vonatkozó jogi szabályzók vizsgálata, különös tekintettel az adatvédelemre.

Az EESZT indulásakor több ponton jelentkeztek jogszabályi összeférhetlenségek, különösen a GDPR hatálybalépésekor. Ezeknek a magyar jogrendszerrel történő összehangolása megtörtént, de láthattuk, hogy a betegek önrendelkezéshez kapcsolódó jogai még mindig nem érvényesülnek száz százalékban. Jelen helyzetben ezt érzem kritikus pontnak, és véleményem szerint – mivel, mint azt láttuk –, egy összetett önrendelkezés megtétele nem egy pár kattintásból álló feladat, feltételezhető, hogy minél több tudatos felhasználó mélyed el ebben a pontban, annál többen élnek majd esetlegesen panasszal.

További fontos feladat a szakmai felhasználók rendszerszintű belépésnek kérdése, amely mindenképpen olyan megoldást igényel, amely kizárja az esetleges visszaélésre való lehetőségeket.

Összességében azonban a fennálló hiányosságokon, esetleges összeférhetlenségeken túlmenően látható, hogy az EESZT egy olyan komplex digitális rendszer, amely egyrészt képes volt már az indulásakor arra, hogy kisebb-nagyobb zökkenőkkel ugyan, de megfelelően működjön és kiszolgálja a felhasználókat, másrészt olyan fejlesztési lehetőségeket hordoz magában, amely a legújabb technikai vívmányokat magába integrálva Magyarország teljes egészségügyi szektorát képes támogatni és kiszolgálni, mindezt úgy, hogy az orvosi ellátást végzők munkáját több szempontból megkönnyítse, a beteg számára pedig minőségi gyógyellátást biztosítson.

## **Felhasznált irodalom**

Balázs Péter: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete 1-2. köt. Magyar Tudománytörténeti Szemle könyvtára, 57.* Budapest - Piliscsaba, Magyar Tudománytörténeti Intézet - Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2007.

Fazekas Marianna: *Egészségügy-politika.* Budapest, NKE, 2018.

Lawrence D. Lurvey et al.: Informed consent: A review. *Primary Care*, 3. (1996), 6. 192-196.

Németh László: Újabb dimenziók az EESZT használatával. *Orvosi Hetilap*, 160. (2019), 4.

Pálvölgyi Balázs: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867-1914.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012.

Simonovits István: *Társadalomegészségtan és egészségügyi szervezéstudomány.* Budapest, Orvostudományi Egyetem, 1969.

Szathmáry Balázs: A kórházak szerepe a Kooperatív Térben. *IME*, XII. (2013), 1.

Szitainé Kazai Ágnes: EU az egészségügyért: az Európai Unió 4. Egészségügyi Cselekvési Programja. *Kaleidoscope*, 11. (2021), 22.