



# CSORNAI MARGIT KÓRHÁZ

  

## ADATVÉDELMI SZABÁLYZATA

Érvényes: 2016. november 01.-től visszavonásig

  


Dr. Winiczai Zoltán  
igazgató főorvos



# ADATVÉDELMI SZABÁLYZAT

Csornai Margit Kórház

Oldalszám:  
2/37

## Tartalomjegyzék

1	A SZABÁLYZAT CÉLJA.....	4
2	ÉRVÉNYESSÉGI TARTOMÁNY.....	5
3	MEGHATÁROZÁSOK.....	6
4	A SZABÁLYZATBAN HASZNÁLT FONTOSABB RÖVIDÍTÉSEK.....	8
5	FELELŐSSÉGI KÖRÖK .....	9
5.1	AZ INTÉZMÉNYI ADATVÉDELMI FELELŐS (IAVF) FELELŐSSÉGI- ÉS HATÁSKÖRE .....	9
5.2	AZ INTÉZETI EGYSÉG ADATVÉDELMI FELELŐS (IEAF) FELELŐSSÉGI- ÉS HATÁSKÖRE .....	10
6	A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA .....	10
6.1	AZ ADATKEZELÉSI RENDSZER ÁLTALÁNOS BIZTONSÁGI ELŐÍRÁSAI .....	10
6.2	AZ ADATKEZELÉSI RENDSZER KÖRNYEZETÉNEK VÉDELME .....	11
6.3	AZ ADATOK SÉRÜLÉSÉNEK, ILLETVE ELVESZTÉSÉNEK MEGELŐZÉSÉRE, A KÖVETKEZMÉNYEK FELSZÁMOLÁSÁRA TERVEZETT INTÉZKEDÉSEK .....	12
6.4	AZ ADATOK ELTULAJDONÍTÁSA ELLENI VÉDEKEZÉS SZABÁLYAI.....	12
6.5	HOZZÁFÉRÉS A BETEG SZEMÉLYI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ADATAIHOZ, DOKUMENTÁCIÓJÁHOZ (A HOZZÁFÉRÉSI JOGOSULTSÁGI KÖRÖK MEGHATÁROZÁSA) .....	13
6.5.1	<i>Teljes hozzáférési jogosultsággal rendelkezők:</i> .....	13
6.5.2	<i>Egyéb hozzáférési jogosultságok:</i> .....	13
6.5.3	<i>Az adatkezelő azonosítása, az adatkezelési rendszerbe történő belépés, illetve kilépés esetén</i> .....	14
6.5.4	<i>Az adatkörök csoportosítása adatkezelők szerint</i> .....	14
6.5.5	<i>Az adatkezelők jogosultságának nyilvántartása</i> .....	14
6.5.6	<i>Az adatokat kezelő és az adatkezelési rendszert fenntartó, illetve fejlesztő feladatkörök elválasztása</i> .....	14
6.6	AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ ELLENŐRIZHETŐSÉGE (TÉNYSZERŰSÉGE) AZ ADATKEZELÉSI RENDSZERBEN .....	15
6.6.1	<i>Az adatok eredetének azonosíthatósága és hitelessége</i> .....	15
6.6.2	<i>Az adatok pontosságának, valóságának mérése</i> .....	15
6.6.3	<i>Az adatkezelési rendszer működési megbízhatósága</i> .....	15
6.7	AZ ADATKEZELÉSI RENDSZERBŐL, ILLETVE AZ ADATKEZELÉSI RENDSZERBE IRÁNYULÓ ADATFORGALOM SZABÁLYOZÁSA .....	16
6.8	AZ ADATVÉDELMI TÖRVÉNNYEL KAPCSOLATOS BETEGTÁJÉKOZTATÁS ÜGYVITELI RENDJE .....	16
6.8.1	<i>Fekvőbeteg-ellátás</i> .....	17
6.8.2	<i>Járóbeteg szakellátás</i> .....	20
6.9	A BETEG, VAGY HOZZÁTARTOZÓJA, ILLETVE TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE KÉRÉSÉRE KÉSZÍTETT MÁSOLAT A BETEGDOKUMENTÁCIÓRÓL .....	20
6.9.1	<i>A dokumentum-másolat kérés kezelésének ügymenete az igazgatóságra benyújtott (a beteg, a beteg közvetlen hozzátartozója, vagy törvényes képviselője) írásos kérelem esetében</i> .....	20
6.9.2	<i>Ha a dokumentum másolat igényét a beteget ellátó egységnél jelenti be</i> .....	21
6.9.3	<i>Hatósági, vagy egyéb hivatalos szerv írásban keresi meg az Igazgatást dokumentum másolat kiadásával kapcsolatos igényével</i> .....	22
6.9.4	<i>Egyéb megkeresések (pl. Jogi képviselő, Biztosító)</i> .....	22
6.9.5	<i>A dokumentum másolat készítésének és kiadásának menete</i> .....	23
6.9.6	<i>A másolat készítésének helye, az elkészítés határideje és költsége</i> .....	24
6.10	AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ ARCHIVÁLÁSÁNAK, ÉS A DOKUMENTUMOK ARCHIVÁLÁSI SZINTEK KÖZTI ÁTADÁSÁNAK, MEGSEMISÍTÉSÉNEK RENDJE.....	25
6.10.1	<i>Irányelvek és tevékenységek a dokumentum-archiválás megvalósításához</i> .....	25
6.10.2	<i>A „C” szintű archiválás rendszerének működése és feltételrendszere</i> .....	28
6.10.3	<i>Az archiválással kapcsolatban elvégzendő előírt fő tevékenységek:</i> .....	28
6.11	AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTUMOK SELEJTEZÉSE ÉS MEGSEMISÍTÉSE .....	28
6.12	ADATVÉDELMI OKTATÁS .....	30



# ADATVÉDELMI SZABÁLYZAT

Csornai Margit Kórház

**Oldalszám:**  
**3/37**

<b>7 ELLENŐRZÉS, ÉRTÉKELÉS, VISSZAJELZÉS .....</b>	<b>31</b>
7.1 ALKALMAZOTT STATISZTIKAI MÓDSZEREK .....	31
<b>8 A SZABÁLYZAT MÓDOSÍTÁSA ÉS KARBANTARTÁSA .....</b>	<b>32</b>
8.1 A SZABÁLYZAT MÓDOSÍTÁSA .....	32
8.2 AZ ADATKEZELÉSI RENDSZER KARBANTARTÁSÁNAK SZABÁLYOZÁSA .....	33
8.2.1 A szabályzat karbantartása: .....	33
8.2.2 Az Adatvédelmi Felelősi Rendszer karbantartása: .....	34
8.2.3 A Intézmény struktúráváltozása által szükségessé vált karbantartás: .....	34
<b>9 DOKUMENTÁCIÓ .....</b>	<b>34</b>
9.1 IEAF-EK NYILVÁNTARTÁSI LISTÁJA .....	34
9.2 BETEGDOKUMENTÁCIÓRÓL KÉRT MÁSOLATOK NYILVÁNTARTÁSA .....	34
9.3 AZ ELUTASÍTOTT ADATKÉRÉSEK NYILVÁNTARTÁSA (ÉS JELENTÉSE) .....	35
9.4 ÚJ MUNKATÁRS ADATKEZELÉSI, ADATVÉDELMI OKTATÁSÁNAK NYILVÁNTARTÁSA .....	35
9.5 ELVESZETT, ELTULAJDONÍTOTT, MEGSEMISÜLT DOKUMENTUMOKRA VONATKOZÓ FELJEGYZÉS .....	35
9.6 AZ ARCHIVÁLÁSSAL KAPCSOLATOS ADMINISZTRÁCIÓ .....	36
9.7 AZ ELLENŐRZÉSEK ÜTEMEZÉSE .....	36
9.8 TUDOMÁNYOS KUTATÁSI TEVÉKENYSÉG CÉLJÁBÓL TÖRTÉNŐ ADATBETEKINTÉSRE VONATKOZÓ NYILVÁNTARTÁS .....	36
9.9 A CSORNAI MARGIT KÓRHÁZBAN A JELENTÉSI RENDSZER KÖTELEZŐ ELEMEI AZ ALÁBBIAK: .....	36
<b>10 A SZABÁLYZAT ISMERTTÉ TÉTELE ÉS HASZNÁLATA .....</b>	<b>37</b>
<b>11 HIVATKOZÁSOK .....</b>	<b>37</b>
<b>12 ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK .....</b>	<b>37</b>



A 62/1997. (XII.21.) NM rendelete az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről elrendelte, hogy az egészségügy adatkezelési törvény (továbbiakban: Eüak) az 1997. évi XLVII tv. 32. §-ának (2) bek.h. pontja szerint gondoskodni kell az intézmény belső adatvédelmi szabályzatának (a továbbiakban Asz) elkészítéséről.

Az intézmény alapvető feladata:

Az ÁNTSZ által engedélyezett területen a lakosság kórházi fekvőbeteg és járóbeteg szakellátása az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP) kötött szerződés alapján.

Alapfeladatát a fekvőbeteg osztályok, gondozók, szakrendelések, a diagnosztikai osztályok, és a gazdasági-műszaki ellátó szolgálatok tevékenységén keresztül látja el.

## 1 A SZABÁLYZAT CÉLJA

Az adatvédelmi és adatkezelési szabályzat célja, hogy az egészségügyi és a személyazonosító adatok kezelése során a kórház ellátottaival kapcsolatos adatok és információk kezelési feltételeit és rendjét a vonatkozó jogszabályokkal összhangban meghatározza és ennek alapján olyan intézményi rendszert működtessen, amely a társadalom és a betegek érdekeinek megfelelően biztosítja az ellátás során keletkezett adatok védelmét, segítséget nyújtva ezzel az orvosi titoktartás és az adatvédelmi előírások megsértésének megelőzéséhez.

### A csornai Margit Kórház adatkezelési filozófiája

Az intézmény fontosnak tartja, hogy személyes adatokat csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben, az AV<sup>1</sup> Törvény előírásait figyelembe véve kezeljenek. Az Intézmény vezetése tudatában van annak, hogy tökéletes adatvédelmet egyetlen szervezet sem képes a gyakorlatban megvalósítani, ezért az Intézmény adatvédelmi helyzetének időszakonkénti felmérésére és kiértékelésére alapozva mindent elkövet annak érdekében, hogy a törvénybe foglaltak érvényesítését - lehetőségeinek határain belül - célirányosan valósítsa meg.

A vezetés, ismerve munkatársainak magas adminisztratív leterheltségét, a szabályozásban olyan megoldásokra és ügyrendi folyamatokra törekszik, melyek előzetes helyzetfelmérésre, elemzésre, az érintettekkel való megelőző konzultációra, valamint a korlátos források figyelembe vételére alapozottak. Nem tehetők azonban engedmények a Törvény által meghatározott követelmények megvalósításában.

Kimondja, hogy a beteg-dokumentáció az intézmény tulajdona és azt a beteg javára és érdekében kell felelősséggel karbantartani és megőrizni.

Az Intézmény vezetése és minden munkatársa vallja azt az elvet, hogy a betegellátás magas színvonala csak a dokumentáció jó minőségével együtt érhető el, ezért minőségjavítási törekvéseiben is kifejezésre juttatja a dokumentáció és adatkezelés korrektségét és fontosságát.

<sup>1</sup> Az alkalmazott rövidítések leírása a 4. pontnál található

## 2 ÉRVÉNYESSEGI TARTOMÁNY

### A szabályzat hatálya kiterjed:

- az intézmény egészségügyi ellátást nyújtó valamennyi szervezeti egységére, ahol egészségügyi és személyazonosító adatot kezelnek,
- minden, az egészségügyi ellátással kapcsolatba került, vagy kerülő külső szolgáltatóra, amelyek egészségügyi és személyazonosító adatot kezelnek, vagy azzal kapcsolatba kerülnek, valamint
- az intézmény minden dolgozójára (foglalkoztatási jogviszonyától függetlenül), aki személyes adatot és egészségügyi adatot kezel;
- minden az egészségügyi ellátással kapcsolatba került vagy kerülő, illetve annak szolgáltatásait igénybe vevő természetes személyre, függetlenül attól, hogy beteg-e vagy egészséges (továbbiakban érintett);
- Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLII. törvény előírásai szerint kezelt, az érintettre vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adataira.

### a szabályzat megismerése és használata

A szabályzat a kórház minden dolgozója előtt nyitott.

Egy példány az intézet igazgatóságán, és minden osztályon papír alapon, illetve a kórház honlapján és a belső informatikai rendszerben is elérhető.

A szabályzat ismerete a munkába lépés feltétele, valamennyi dolgozónak a munkaköréhez szükséges mértékben meg kell ismernie és annak előírásait mindenki köteles betartani.

### Jogszabályi környezet

- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (továbbiakban Adatvédelmi törvény)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1996. évi XX. törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosítók kódok használatáról
- 1993. évi XLVI. törvény a statisztikáról (OSAP-végrehajtás évente)
- A szakmai jogszabályokban elrendelt kötelező egészségügyi adatszolgáltatások (OSAP részeként)
- OEP szerződésben meghatározott adatközlések
- Informatikai tárcaközi Bizottság 8.sz. és 12. sz. ajánlása
- Az EU praestandard (CEN TC 251)

### 3 MEGHATÁROZÁSOK

- **Adatvédelem:** személyhez kötődő bizalmas jellegű adatok illetéktelen használatának megakadályozása a személyes jogok védelme
- **Adatbiztonság:** bármilyen tárgyú, bármilyen formában tárolt adatok fizikai védelme megsemmisülés, illetéktelen hozzáférés, adathiba, vagy jogosulatlan megváltoztatás ellen.
- **Adatkezelő:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely az adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja, vagy az általa megbízott adatfeldolgozóval végrehajtatja;
- **Adatkezelő az egészségügyi adatok kezelése szempontjából továbbá:** a betegellátó; az intézményvezető; az adatvédelmi felelős; a betegjogi képviselőket foglalkoztató szerv; az egészségügyi dokumentációt kezelő szerv; továbbá közegészségügyi-járványügyi közérdekből az 5. § (3) bekezdésében meghatározott szervek és személyek; továbbá a 22. § szerinti esetekben az ott meghatározottak szerint az egészségbiztosítási szerv; a 22/E. §-ban meghatározottak szerint az orvosszakértői, rehabilitációs, illetve szociális szakértői szerv, rehabilitációs hatóság; a Nyugdíj-biztosítási Alap kezeléséért felelős nyugdíj-biztosítási szerv és a nyugdíj-biztosítási igazgatási szerv; továbbá a 16/A. §-ban meghatározottak szerint, valamint a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezése érdekében a 3. § b) pont szerinti személyazonosító adat tekintetében az egészségügyi államigazgatási szerv; a 14/A. §-ban meghatározott adatok tekintetében a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás kiszolgáltatója, illetve nyújtója; a 15/A. §-ban meghatározottak szerint a munkavédelmi hatóság és a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi szerv; továbbá a 23. § (1) bekezdés f) pontjában meghatározott esetben az első- és másodfokú etikai eljárást lefolytató kamarai szerv;
- **Adatfeldolgozás:** az adatkezelési műveletekhez kapcsolódó technikai feladatok elvégzése, függetlenül a műveletek végrehajtásához alkalmazott módszertől és eszköztől, valamint az alkalmazás helyétől, feltéve hogy a technikai feladatot az adatokon végzik;
- **Adatfeldolgozó:** az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely az adatkezelővel kötött szerződése alapján - beleértve a jogszabály rendelkezése alapján történő szerződéskötést is - adatok feldolgozását végzi;
- **beteg:** a fekvő-, illetve járóbeteg ellátás bármely szolgáltatását igénybe vevő személy, függetlenül attól, hogy orvos-szakmai szempontból a személy-egészségügyi ellátó közti kapcsolat betegség miatt jött létre, vagy sem (fiziológiás terhesség, alkalmassági vizsgálatra jelentkezés),
- **betegellátó:** a kezelést végző orvos, az egészségügyi szakdolgozó, az érintett gyógykezelésével kapcsolatos tevékenységet végző egyéb személy, a gyógyszerész,
- **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 ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat, továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat ( pl.: magatartás, környezet, foglalkozás ).

Amennyiben az 1997. évi XLVII. Törvény (az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyi adatok kezeléséről és védelméről) 4. § ( 1 ) bekezdése szerinti célból indokolt, a szexuális szokásokra vonatkozó adat is egészségügyi adatnak minősül.,

- **egészségügyi dokumentáció:** 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,
- **az egészségügyi ellátó hálózaton belül intézményvezető:** az egészségügyi intézmény szakmai vezetője, a személyi jog jogosultja, vagy a gyógyszerár vezetésével megbízott gyógyszerész, magánygyakorlat esetén a magánorvos, magán-tevékenység esetén a magán-tevékenységet végző személy, egészségügyi vállalkozás esetén a vállalkozás szakmai vezetésével megbízott személy,
- **gyógykezelés:** minden olyan tevékenység, amely az egészség megőrzésére, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szintentartása vagy javítása céljából az érintett közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára, illetve mindezek érdekében az érintett vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyfürdőellátások kiszolgáltatását, a mentést és betegszállítást, valamint a szülészeti ellátást is.
- **kezelést végző orvos (kezelőorvos):** az érintett gyógykezelését végző vagy abban közreműködő orvos,
- **Különleges adat:** a.) a faji eredetre, a nemzetiséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviselői szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat, b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat;
- **Közérdekű adat:** az állami vagy helyi önkormányzati feladatot, valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy kezelésében lévő és tevékenységére vonatkozó vagy közfeladatának ellátásával összefüggésben keletkezett, a személyes adat fogalma alá nem eső, bármilyen módon vagy formában rögzített információ vagy ismeret, függetlenül kezelésének módjától, önálló vagy gyűjteményes jellegétől, így különösen a hatáskörre, illetékességre, szervezeti felépítésre, szakmai tevékenységre, annak eredményességére is kiterjedő értékelésére, a birtokolt adatfajtákra és a működést szabályozó jogszabályokra, valamint a gazdálkodásra, a megkötött szerződésekre vonatkozó adat;
- **Közérdekből nyilvános adat:** a közérdekű adat fogalma alá nem tartozó minden olyan adat, amelynek nyilvánosságra hozatalát, megismerhetőségét vagy hozzáférhetővé tételét törvény közérdekből elrendeli;
- **közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbe fogadó, a mostoha- és nevelőszülő, valamint a testvér és az élettárs,
- **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
- **sürgős szükség:** az egészségi állapotában hirtelen bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában az érintett közvetlen életveszélybe

kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

- **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,
- ,
- **A-szintű adattárolás:** Dokumentum tárolás az osztályirodán, nővérállomáson vagy kezelőben a beteg bentfekvése alatt, illetve az emissziót közvetlen követő kórlaplezárási időszakban.
- **B-szintű adattárolás:** Dokumentum tárolás az osztályon, a kórlaplezárást követően 48-60 hónapig.
- **C-szintű adattárolás:** központi archiv dokumentum tárolás és kezelés az utolsó emissziót követő 30 évig kórlapok esetében és további 20 évig a kórlapokból kivett zárójelentések esetében.
- **A-B szintű adattárolás:** A járóbeteg szakellátási és a diagnosztikai egységekre jellemző hagyományos dokumentum tárolási forma.

#### 4 A SZABÁLYZATBAN HASZNÁLT FONTOSABB RÖVIDÍTÉSEK

<b>AF</b>	Adatvédelmi Felelős
<b>AVSZ</b>	Adatvédelmi Szabályzat
<b>AV Törvény</b>	Adatvédelmi Törvény
<b>Egység</b>	Az SzMSz-ben meghatározott szervezeti egység (fekvőbeteg osztály, részleg, járóbeteg szakellátást végző rendelés, igazgatási-, gazdasági-műszaki feladatot ellátó osztály, részleg.
<b>IAVF</b>	Intézményi Adatvédelmi Felelős
<b>IEAF</b>	Intézeti Egység Adatvédelmi Felelős
<b>IT</b>	Információ Technológia
<b>Margit Kórház Csorna</b>	<b>Intézmény,</b> a gyógyító-megelőző funkciót és kórházüzemi tevékenységet megvalósító szervezet
<b>OEP</b>	Országos Egészségbiztosítási Pénztár



## 5 Az intézményi adatvédelmi szervezet felépítése

### FELELŐSSÉGI KÖRÖK

Az Intézmény adatvédelmi felelősi rendszerének szervezeti felépítését az 1.sz mellékletben lévő organogram ábrázolja. Az organogramban megjelölt funkciókhoz tartozó feladatok, felelősségek és hatáskör részletezése:

**Az intézményi Adatvédelmi Felelős: (IAVF) az adatvédelmi szervezet vezetője.**

**Személye:** Az egészségügyi intézményen belül az egészségügyi és személyazonosító adtok védelméért, a nyilvántartás megőrzéséért az adatot kezelő intézmény vezetője a felelős. Ezen tevékenységének ellátásában az intézmény és az egységek AF-inek támogatására építve, rajtuk keresztül érvényesíti rendelkezéseit

**Adatvédelmi felelős:** Szakorvos, vagy 2 éves joggyakorlattal rendelkező jogi egyetemi végzettségű személy, vagy felsőfokú végzettségű, az egészségügyi adatkezelésben legalább 2 év gyakorlatot szerzett személy lehet.

### 5.1 Az Intézményi Adatvédelmi Felelős (IAVF) felelősségi- és hatásköre

#### Felelős:

- A Csornai Margit Kórház adatbiztonsági, adatvédelmi szempontokat kielégítő működésének irányításáért és ellenőrzéséért.
- Az intézmény adatvédelmi feltételeinek biztosítása érdekében hozott főigazgatói utasítások bevezetésének ellenőrzéséért, azok érvényesítéséért.
- Az Intézmény adatbiztonsági, adatvédelmi szempontokat kielégítő működésének megfelelő tevékenységek elvégzéséért, illetve konkrét operatív feladatok írásban történő átadásáért a feladat elvégzésére alkalmas munkatárs részére.
- Az egység adatvédelmi felelősök időszakos ismeret frissítő és „ad hoc” oktatásáért, adatbiztonsági és adatvédelmi feladataikról.
- Az intézeti Adatvédelmi Szabályzatban meghatározott és az adatvédelemmel kapcsolatos dokumentumok kezeléséért, naprakészen tartásáért (Írásbeli kijelöléssel átadható feladat).
- Az egység adatvédelmi felelősök munkájának irányításáért és támogatásáért, valamint operatív ellenőrzéséért.
- Az intézet főigazgatójának tájékoztatásáért az adatbiztonsági, adatvédelmi feladatokról és adatvédelemmel kapcsolatos problémákról.
- Különleges, az Adatvédelmi Szabályzatban nem meghatározott adatkezeléssel kapcsolatos igények engedélyezéséért.
- Az adatvédelem és adatbiztonság területén kifejlesztett új technológiák és eszközök ismertetéséért és alkalmazásának támogatásáért.
- Az Adatvédelmi Szabályzat elkészítéséért és jogszabályi követelményeknek megfelelő folyamatos aktualizálásáért.

Az egyes területek vezetőinek és munkatársainak az adatvédelmi feladatok megvalósításából



adódó kötelezettségeit, a biztonság megtartásához fűződő személyi felelősségét az IAVF nem helyettesíti, hanem azt az egységek adatvédelmi feladatokkal megbízott felelőseinek tevékenysége által támogatja, koordinálja.

**Megbízója:** a mindenkori igazgató főorvos.

Az IAVF feladatait rögzítő megbízólevél mintát a 3. sz. melléklet mutatja be.

## **5.2 Az Intézeti Egység Adatvédelmi Felelős (IEAF) felelősségi- és hatásköre**

### **Felelős:**

A felügyelete alá tartozó osztályon és járóbeteg egységen(eken)

- A Csornai Margit Kórház Adatvédelmi Szabályzatában foglaltak betartásáért.
- Az adatvédelmi rendszerrel kapcsolatos nyilvántartások elkészítéséért, az adatvédelmi rendszer működésével kapcsolatos adatszolgáltatásért.
- Az adatvédelmi rendszer megbízható működésének a felügyelt szervezeti egységen belüli ellenőrzéséért.
- Az adatvédelmi követelmények, Adatvédelmi Szabályzat dolgozókkal való megismertetéséért.
- Az esetleges helyi szabályozás elkészítéséért és karbantartásáért.

Az IEAF tevékenységét az intézeti Adatvédelmi Szabályzat alapján, az intézeti adatvédelmi felelős irányításával végzi.

**Megbízója:** a mindenkori igazgató főorvos

Az IEAF megbízólevelének mintáját a 3. sz. melléklet mutatja be.

## **6 A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA**

### **6.1 Az adatkezelési rendszer általános biztonsági előírásai**

Az adatkezelési rendszer biztonságát a *személyi feltételek* oldaláról az intézményi adatvédelmi felelősi rendszer, *eszköz oldalról* az adatkezelés és adatvédelem tárgyi feltételei, *szervezési oldalról* pedig az adatkezelés és adatvédelem intézményi szintű szabályozása hivatott biztosítani.



Az adatokat keletkezésükkor, megfelelő minőségű adathordozóra kell rögzíteni.  
Az adatok olvashatóságáért az azokat felvevő, illetve leíró, (rögzítő) személy felel.

**A betegdokumentációval kapcsolatos adatokat az ellátás időtartama alatt, az ellátást követő 30 illetve 50 évig, a Törvény által előírt módon, rendezett, visszakereshető formában, zárható és biztonságos körülmények között, illetve megfelelő felügyelet mellett kell tárolni.**

Az adatok visszakereshetőségét olyan megoldással kell biztosítani, hogy az, az ellátáshoz szükséges optimális időn belül, illetve egyéni igény esetén az igénylő szempontjából méltányos határidővel megvalósítható legyen.

A dokumentumokat a véletlen megsemmisüléstől, illetve szándékos károkozástól, eltulajdonítástól óvni kell, illetve ezen események megelőzésére mindent el kell követni.  
A megsemmisült, eltulajdonított, vagy eltűnt dokumentumok reprodukálhatóságát – a lehetőségek figyelembe vételével - biztosítani kell.

**Az adatok, dokumentumok elrendelt megőrzési idején túli megsemmisítését az Intézménynek a Megyei Levéltárral egyeztetett és általa engedélyezett módon, biztonságos megoldással kell megvalósítania.**

Az adatok kezelésének és védelmének a Törvény- és jelen Szabályzatban meghatározottak szerinti érvényesülését megfelelő ellenőrzési rendszerrel kell támogatni.

## **6.2 Az adatkezelési rendszer környezetének védelme**

A manuálisan kezelt betegdokumentációt<sup>2</sup> (kórlap, lázlap, leletek, ambuláns- és járóbeteg ellátási dokumentációs formák, ápolási dokumentációk, a beteg speciális gyógyszerelésével és gyógyszerrendeléssel kapcsolatos dokumentumok) előfordulási helyeiken el kell zárni, vagy folyamatos, (24-órás) személyzeti jelenlétet kell biztosítani a dokumentumok illetéktelen hozzáférés elleni védelme érdekében.

A dokumentumok állandó, vagy ideiglenes tárolási helyein a helyiségeknek lehetőség szerint biztonsági zárral kell rendelkezniük. Törekedni kell arra, hogy nem zárható, vagy nem felügyelt helyiségekben betegdokumentáció ne kerüljön tárolásra.

Nagyobb mennyiségű dokumentációs anyag tárolási helyein a tűzvédelmi előírások betartása, esetleges vízkár (pl. csőtörés) miatti dokumentum megsemmisülés megelőzése és óvó rendszabályok foganatosítása kötelező (pl. padlósínt feletti, magasított tárolás).

A betörés megelőzésére a becsült veszélyeztetettséget és az esetleges kár kritikusságának fokát figyelembe vevő (ld.erre vonatkozó előzetes felmérés) védelmi, illetve riasztási beruházást kell megvalósítani.

<sup>2</sup> manuálisan kezelt betegdokumentációnak tekintendő a kórházi integrált információs rendszerből kinyomtatott, a betegellátási rutin tevékenységet támogató („hard copy”) szakmai anyag is, pl. kórlap, dekurus lap, műtéti leírás, stb.

### 6.3 Az adatok sérülésének, illetve elvesztésének megelőzésére, a következmények felszámolására tervezett intézkedések

Alapelv: az adatok, dokumentumok sérülésével, elvesztésével kapcsolatban a hangsúly a megelőzésen van. Ennek biztosítására a Szabályzatban foglaltak betartása, betartatása, ellenőrzése egyaránt fontos.

A károsodott dokumentumok teljes, vagy részleges pótlása érdekében az intézménynek mindent el kell követnie, felhasználva az intézmény bármely egységében, vagy a betegnél fennmaradt hiteles dokumentumot(kat).

A visszaállításra és annak mértékére vonatkozó javaslatot –a lehetőségek felméréseivel, indoklásával és mérlegelésével- az IAVF írásban az intézmény igazgató főorvosának előterjeszti. Az előterjesztés alapján az igazgató főorvos dönt a dokumentumok helyreállításáról és ezt írásban elrendeli, illetve rögzíti.

A visszaállított dokumentumot(kat) feltűnő **„PÓTOLT, HELYREÁLLITOTT DOKUMENTUM”** jelöléssel kell ellátni - és darabszámtól függően - ezekről az IAVF-nek feljegyzés-listát kell készíteni. Amennyiben a helyreállított dokumentumok zárt sorozatot képeznek, a feljegyzésben elegendő a sorozat első és utolsó dokumentumának azonosító adatait feltüntetni. A helyreállított dokumentumok listáját kórházi irattárban kell megőrizni „ADATVÉDELEM” jelzéssel a feljegyzési lista legkésőbbi dokumentumának kibocsájtási dátumától számított 30 évig.

Amennyiben a visszaállítás nem valósítható meg, az igazgató főorvos erre vonatkozó írásos döntéséhez csatolni kell az IAVF által készített, a megsemmisült dokumentumokat feltüntető listát.

A listátára tartalmára és archiválására vonatkozó követelmények az előző bekezdésben leírtakkal megegyezik.

### 6.4 Az adatok eltulajdonítása elleni védekezés szabályai

Eltulajdonítás ellen az alábbi alapelvek betartása, illetve ezek elősegítése az Intézmény minden munkatársának, és az Intézménnyel szerződéses kapcsolatban álló érdekelt feleknek kötelessége.

- A biztonságos dokumentáció tárolás és az archiválás tárgyi feltételeit az Intézmény vezetésének az információvesztés becsült valószínűségét, az információ értékét és az információ védelmére fordítható forrásokat mérlegelve biztosítani kell.
- Az ellátással kapcsolatos dokumentációt zárható, vagy az egészségügyi személyzet által folyamatosan felügyelt helyen kell tartani.
- Az adatkezelés befejezését követően, vagy ideiglenes megszakítás miatti eltávozáskor a kényes adatokat biztonságos helyre téve kell óvni az illetéktelen eltulajdonítástól („Tiszta íróasztal elve”).
- A beteg szállítása, más intézményben, vagy egységben történő vizsgálata, ellátása, illetve

konzílium során a dokumentumot személyesen a szállításért, majd a vizsgálatért, vagy beavatkozásért felelős, vagy az átvételt intéző egészségügyi személyzetnek kell átadni.

- A beteg, illetve az általa megjelölt személyek (hozzátartozó, törvényes képviselő, hivatalos személy) a dokumentumba csak a kezelőorvos, vagy az egység vezetője, illetve az IAVF jelenlétében tekinthetnek be.
- A beteggel kapcsolatos dokumentációk, adatok eltulajdonításának gyanúja esetén az IEAF-t, távollétében az IAVF-t szóban kell értesíteni. Tényleges adat-eltulajdonításakor jegyzőkönyvet kell felvenni és az IAVF-t tájékoztatni kell az eseményről, a jegyzőkönyv egy példányának eljuttatása mellett.
- Amennyiben adateltulajdonítás esetén bűncselekmény gyanúja merül fel, az IAVF intézkedik a nyomok sértetlenségéről és a megfelelő rendőrségi eljárás biztosításáról.

### **6.5 Hozzáférés a beteg személyi és egészségügyi adataihoz, dokumentációjához (a hozzáférési jogosultsági körök meghatározása)**

#### **6.5.1 Teljes hozzáférési jogosultsággal rendelkezők:**

- Az ellátásért felelős, abban résztvevő szervezeti egység egészségügyi szakszemélyzete teljes hozzáférési jogosultsággal rendelkezik.
- Az intézmény adatvédelmi felelőse teljes hozzáférési jogosultsággal rendelkezik.

#### **6.5.2 Egyéb hozzáférési jogosultságok:**

- Az intézmény igazgató főorvosa az ellátást végző egység vezetőjének jelenlétében.
- Az ellátáshoz közvetlenül kapcsolódó Intézményen kívüli egészségügyi szakszemélyzet (pl. háziorvos, konzultációt végző orvos, gondozó egység orvosa, diagnosztikát és terápiát végző orvos, házi ápolás) az ellátásért felelős klinikai egység kezelőorvosának jelenlétében és az AV Törvény figyelembevételével a helyszínen tekinthet be a betegdokumentációba. Kivételt jelentenek az ellátó egységen kívüli konzultációk, gondozási és kezelési, vagy diagnosztikai tevékenységek, amelyekhez a beteg dokumentációja nélkülözhetetlen. Ilyen esetben az igényelt eljárás írásbeli kérelme (konzílium kérés, beutalás, vizsgálatkérés) egyben az egységen kívüli betekintés engedélyezése is. (A Kórház és a háziorvosok közti számítógépes on-line adathozzáférés követelményeit jelen Szabályzatnak az elektronikus adatkezelésre vonatkozó melléklete határozza meg.)
- Az intézményi minőség menedzsment erre kijelölt, vagy a jövőben kijelölésre kerülő és írásban felhatalmazott munkatársa (munkatársai), az intézmény telephelyén belül.
- Az intézmény jogásza az érintett egység vezetőjének, és/vagy az IAVF jelenlétében.
- Az adatfeldolgozást végző informatikus az AV Törvény figyelembevételével,
- Az AV Törvényben meghatározott szervezetek, személyek az IAVF-től kapott, és a helyi szabályozásra vonatkozó tájékoztatás alapján férhetnek hozzá a beteg dokumentációjához.



Telefonon történő érdeklődés esetén ellátás alatt álló, vagy ellátott személyre vonatkozó, ellátási eseménnyel kapcsolatos **információ nem adható**, kivétel azonban olyan akut és a beteg ellátásával kapcsolatos szituáció, amely az információt kiadó kezelő orvos megítélése szerint indokolt, a beteg, illetve az ellátás érdekét szolgálja és nem ellenkezik a Törvénnyel.

A Csornai Margit Kórház a Törvény előírásait és a kiemelt érdekelt felek (betegek és hozzátartozók) igényeit a vidéki betegek viszonylatában az alábbiak szerint elégíti ki:

Ha a beteg, vagy hozzátartozója jelzi, hogy a felvett beteg látogatása, illetve a személyes érdeklődés részükről akadályozott és az érdeklődést telefonon kívánják megoldani, közösen megállapított **kódszó** rögzítésére kerül sor. A megadott kódszavat a NYILATKOZAT „Megjegyzés” adatmezéjébe kell nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan és feltűnően beírni. Ugyanitt kell jelezni, hogy a kódszavat bemondó személy részére telefon információ adható. A kódszavat a hozzátartozó köteles megjegyezni, annak nem megfelelő kezeléséből, elfelejtéséből származó minden következmény a hozzátartozót terhel. A betegellátó személyzet az engedélyezett, különleges telefonos tájékoztatási módról a NYILATKOZAT kötelező megismerésével értesül.

#### 6.5.3 Az adatkezelő azonosítása, az adatkezelési rendszerbe történő belépés, illetve kilépés esetén

A hagyományos, papíralapú beteg-dokumentációs rendszerben az adatkezelő azonosítását nem értelmezzük. A napi feladatvégzéssel kapcsolatban az intézmény működése során kialakult gyakorlat az irányadó.

Az elektronikus adatkezelésben az adatkezelő azonosítását a B Függelék ismerteti.

#### 6.5.4 Az adatkörök csoportosítása adatkezelők szerint

A hagyományos, papíralapú beteg-dokumentációs rendszerben az adatkörök csoportosítása adatkezelők szerint nem értelmezhető.

Az elektronikus adatkezelésben az adatkörök csoportosítására vonatkozó leírás a B Függelék alatt kerül leírásra.

#### 6.5.5 Az adatkezelők jogosultságának nyilvántartása

Adatkezelők jogosultságának nyilvántartását az Intézmény az elektronikus adatkezeléssel kapcsolatban értelmezi. A hagyományos beteg-dokumentációs rendszerben külön nyilvántartást az Intézmény nem vezet be. A dokumentumok kezelésére vonatkozó speciális feladatok és elvárások az érintett munkatársak munkaköri leírásában kerülnek meghatározásra.

#### 6.5.6 Az adatokat kezelő és az adatkezelési rendszert fenntartó, illetve fejlesztő feladatkörök elválasztása

A manuális dokumentációs rendszerben ez a követelmény nem értelmezhető, ezért szabályozást nem igényel.

A kórlapok kódolását, az adatfeldolgozást, valamint a dokumentumok korszerű archív tárolását megvalósító funkciókban a feldolgozást és fejlesztést végző feladatkörök határozott

elválasztását garantálni és dokumentálni kell. Amennyiben az említett funkciók bármelyikét harmadik fél végzi, a szerződésben ezt a követelményt rögzíteni kell.

## **6.6 Az egészségügyi dokumentáció ellenőrizhetősége (tényszerűsége) az adatkezelési rendszerben**

### **6.6.1 Az adatok eredetének azonosíthatósága és hitelessége.**

A beteg intézményen belüli dokumentációjának azonosíthatóságát az intézmény jelenlegi gyakorlata biztosítja (beteg neve, születési dátum, a felvétel dátuma, TAJ szám - korábban törzsszám, vagy egyedileg alkalmazott azonosító - ambuláns napló sorszáma).

**A hitelesség garantálására a kórlapot lezáró orvos és a kórlapot ellenőrző orvos vezető a betegdokumentumot aláírással látja el. A kórlapon, járóbeteg dokumentumon az ellátó egység bélyegzője is szerepel.**

A manuális dokumentáció szakmai tényszerűségét és formai helyességét az egység vezetője a beteg ellátás folyamata során - a napi szokásos vezetési feladatokba integráltan - rendszeresen ellenőrzi, felelős annak hitelességéért.

Hasonló elvek érvényesülnek a diagnosztikus vizsgálatoknál és a konzíliumoknál.

A kórházból kikerülő dokumentumok, azaz a zárójelentések, orvosi igazolások, egyéb ellátással kapcsolatos egészségügyi dokumentumok esetében a beteg azonosító adatai (név, születési dátum, lakcím, TAJ-szám) és fent említett orvosi aláírásokon kívül (kórházi logo, fejléc) bélyegzővel is megerősített az azonosíthatóság és hitelesség.

### **6.6.2 Az adatok pontosságának, valódiságának mérése**

**Az adatok pontosságáért az adatokat rögzítő és származtató munkatárs a felelős.** Ezek pontosságát, valódiságát csak korlátozott mértékben fedheti le a klinikai egység vezetőjének a beteg ellátás folyamata során végzett ellenőrzése. A pontosság és valódiság biztosítása folytonos és fokozatos fejlesztést vár el az intézménytől.

### **6.6.3 Az adatkezelési rendszer működési megbízhatósága**

Az adatkezelési rendszer működési megbízhatóságának alapjai:

- Az aktuális helyzet és feltételrendszer időnkénti felmérése (a felmérés és értékelés az 5. sz. mellékletben bemutatott Adatlap alapján történik).
- A dokumentációt végző munkatársak munkafegyelme (felelős: közvetlen munkahelyi felettes).
- A szabályozás megfelelősége és széleskörű oktatása (felelős: IAVF).
- A nélkülözhetetlen feltételek biztosítása (felelős: az Intézmény igazgató főorvosa).
- A rendszeres, tervezett és hatékony ellenőrzés (felelős: egység szinten IEAF, intézményszinten IAVF).
- A működéssel kapcsolatos visszajelzések, problémák hatékony kezelése (felelős: az Intézmény igazgató főorvosa).



A működési megbízhatóság éves értékelését az IAVF végzi. Az értékeléshez szükséges illetve azzal kapcsolatos adatfeldolgozással -az igazgató főorvos beleegyezésével- az informatika vezetője írásban megbízható. Az értékelő jelentés elkészítése azonban az IAVF feladata.

Szempontok:

- Változások a Törvényben, vagy/és a intézmény szabályzatában.
- Változások az intézmény adatkezelési rendszerében (személyi, tárgyi, szervezési).
- Ellenőrzések: nem-megfelelőségek rangsorolt listája, összegző tapasztalat, várható következmények, intézkedések, további javaslatok.
- Panaszok, bejelentések (száma, probléma lista, összegző tapasztalat, intézkedések, javaslatok).
- Javasolt változtatások.

Az értékelő jelentés szöveges ismertetése és megbeszélése a minőségirányítási rendszeren belüli vezetőségi átvizsgálás részét képezi. Az átvizsgálással kapcsolatban feljegyzés készül.

#### **6.7 Az adatkezelési rendszerből, illetve az adatkezelési rendszerbe irányuló adatforgalom szabályozása**

Az adatkezelési rendszerből kikerülő dokumentumok, pl. zárójelentések, igazolások, konzíliumkérelmek olvashatóságát, azonosíthatóságát, hitelességét biztosítani kell (ld. 6.6.1 pont). A kimenő adatok esetében intézmény fejléc, vagy megnevezés, dátum, orvosi aláírás és bélyegző igazolja a dokumentum származását és hivatalosságát. **Az országos intézetek részére történő adattovábbítás esetében a Törvény előírja, hogy a továbbításról feljegyzést kell készíteni.** Ezt az intézmény a kísérőlevél és az ajánlott postai feladás űrlap-másolatának lefűzésével valósítja meg. E-mailen történő adattovábbításnál az e-mail elküldését igazoló kinyomtatott „hardcopy”-igazolja. Az elküldést igazoló dokumentum irattározásra kerül. **Az adatkezelési rendszerbe kerülő külső dokumentumok** - pl. a beteg személyes dokumentumai, korábbi leletei, az Intézmény által végzett konzíliumok alatti külső kórrajzok, leletek - **esetére a minőségirányítási rendszer „A beteg által behozott dokumentáció kezelése” c. eljárásleírása határozza meg a teendőket.**

Az elektronikus adatfeldolgozást érintő kérdéseket a B Függelék megfelelő fejezete részletezi.

#### **6.8 Az Adatvédelmi Törvénnyel kapcsolatos betegtájékoztatás ügyviteli rendje**

Az ügyviteli rendszer létrehozásának és működtetésének célja olyan tájékoztatási rendszer bevezetése és folyamatos fenntartása, amely a törvényben előírt feltételek teljesítését hatékonyan valósítja meg.

Az ügyviteli rendszer kiemelten és részletesen foglalkozik az alábbi tevékenységi területekkel:

- **Betegtájékoztatás a Törvénnyel és betegjogokkal kapcsolatban.**





- A beteg saját adatainak közlését korlátozó rendelkezésének dokumentálása.
- A beteg saját adatainak közlését korlátozó rendelkezésének érvényesítése.

Fenti pontok a fekvő- és a járóbeteg-ellátás viszonylatában eltérő eljárásrend szerint valósulnak meg.

#### 6.8.1 Fekvőbeteg-ellátás

- Betegtájékoztatás a Törvénnyel és betegjogokkal kapcsolatban.

**A tájékoztatás módja:** A beteg intézeti felvételekor - a felvételi dokumentációs tevékenység részeként - **tájékoztató anyagot kap, mely kiegészül, a beteg által kitöltendő NYILATKOZATTAL.** A kitöltéssel kapcsolatos fontosabb tudnivalókat a jelenlévő szakszemélyzet szóban ismerteti. Ítéletképtelen, eszméletlen beteg, vagy kiskorú esetében a beteg hozzátartozója, vagy törvényes képviselője nyilatkozik. A beteg - a felvételkor megkapott szöveges tájékoztató alapján - kórházi tartózkodása során a tárggyal kapcsolatos további kérdéseket tehet fel kezelőorvosának, illetve adatainak kezelésére vonatkozó igényét módosíthatja, vagy kiegészítheti.

A tájékoztatás anyaga: ld. 12. sz. melléklet.

- A beteg saját adatainak közlését korlátozó rendelkezésének dokumentálása.

#### A NYILATKOZAT kitöltésére és kezelésére vonatkozó utasítás

##### **Dokumentum azonosító: AVSZ-FA.M1.**

A NYILATKOZAT négy adatblokkot és szöveges magyarázatot tartalmaz (**Személyi adatok, Hozzájárulás/tiltás, Értesítés/tájékoztatás, Megjegyzés**).

A NYILATKOZAT kitöltése minden felvett beteg esetében kötelező. A kitöltött, és a beteg által aláírt NYILATKOZAT-ot a kórlapban, azzal együtt és az arra előírt megőrzési időtartamig kell archiválni.

A **Személyi adatok adatblokk** a beteg kiemelt azonosító adatait tartalmazza.

A **Hozzájárulás/tiltás adatblokk** a beteg intézeti jelenlétére, illetve adatainak közlésére



vonatkozó hozzájárulását, esetleges tiltását, korlátozását rögzíti.

A **Értesítés/tájékoztatás adatblokk** az értesítendő hozzátartozó adatait, valamint a beteg saját tájékoztatásáról történő lemondása esetén a tájékoztatandó személy adatait tartalmazza.

A **Megjegyzés**-ben további információk, utólagos kiegészítés, vagy módosítás dokumentálható.

A **NYILATKOZAT Személyi adatok és Hozzájárulás/tiltás** adatblokkjának, valamint a **Értesítés/tájékoztatás** adatblokk első sorának kitöltése kötelező.

A NYILATKOZAT-ot a beteg írja alá. Ha a beteg cselekvő-, vagy ítélőképtelen, eszméletlen, vagy kiskorú a beteg helyett hozzátartozójának, vagy törvényes képviselőjének kell a NYILATKOZAT-ot aláírni. Utóbbi esetben, ha a beteggel nincs kísérő, a betegfelvételt végző személyzet írja alá a NYILATKOZAT-ot, megjelölve az okot.

A NYILATKOZAT kitöltéséért a betegfelvételt végző orvos a felelős. A kitöltés biztosításával kapcsolatos feladat és felelősség leadható gyakorlatias szempontok figyelembe vételével más munkakörre is. A feladat és felelősség delegálását írásban kell rögzíteni (egység helyi szabályzata, munkaköri leírás).

- A beteg saját adatainak közlését korlátozó rendelkezésének érvényesítése.

Az adatközlést korlátozó rendelkezés érvényesítéséért operatív módon felelős egységek, funkciók:

- Fekvőbeteg osztályok
- Konzíliumot adó ellátók
- Kórboncolás
- A betegek adatainak feldolgozását végző szervezeti egység/ek (Informatika, Minőségbiztosítás, Controlling)

### **A korlátozások érvényesítésének módja**

#### Fekvőbeteg osztályok:

**A beteg felvételekor kitöltött és a beteg által aláírt NYILATKOZAT átvizsgálása a felvételt végző orvos részéről kötelező.** Meg kell győződni a kitöltés tartalmi helyességéről és hiánytalanságáról. Sürgős, akut ellátás esetében a fenti adminisztratív feladat az osztályos személyzetre hárul az akut ellátást követően. (A sürgősség utólagos és vitatott megítélésében a kórlapban rögzített orvosi dokumentáció az irányadó.)

**A fekvőbeteg osztályok orvosai és ellátó személyzete minden beteg esetében kötelesek az osztályra helyezéskor a NYILATKOZAT tartalmát megismerni.** Bármilyen tájékoztatási kérés,

vagy korlátozás alkalmával a kórlapban elhelyezett NYILATKOZAT tartalmának megfelelően kell eljárni.

Amennyiben a **Hozzájárulás/tiltás** adatblokkban „nem” bejegyzés található, a kórlap **előlapjának** felső szegélyén, és a **lázlap felső szegélyén** az „ADATKÖZLÉS MEGTILTVA” **bélyegzővel a betegellátó személyzet minden tagjának** figyelmét a tiltás tényére fel kell hívni. A bélyegzést piros festékkel és figyelemfelkeltő módon kell kivitelezni.

#### Konzíliumot adó ellátók

A konzíliumok adásába rendszeresen bevont külső szakorvosokat tájékoztatni kell arról, hogy a kórház Adatvédelmi Szabályzatot és ügyviteli rendet léptetett életbe. Ezzel kapcsolatban a beteg Nyilatkozatában rögzített rendelkezését nekik is be kell tartaniuk. A beteg korlátozó, vagy tiltó rendelkezésének jelölését a konzíliumot adó kollegákkal ismertetni kell (IAVF). Nem rendszeres konziliárus esetében a konzílium kérésével együtt kell jelezni a konziliárusra vonatkozó adatvédelmi kívánalmakat.

Amennyiben a szokásrend konzíliumok esetében a beteg kórlapjának ottlétét is megkívánja, az esetleges tiltás ténye a kórlapon, lázlapon lévő „ATAKÖZLÉS MEGTILTVA” piros bélyegzésből, vagy a járóbeteg kártonon feltüntetett tiltás jelöléséből derül ki.

Ha a konziliárushoz nem kerül el a beteg kórlapja, vagy járóbeteg dokumentuma, a konzílium kérő lapra is rá kell ütni az „ATAKÖZLÉS MEGTILTVA” piros bélyegzést.

#### Kórboncolás (illetve a boncolás mellőzésének engedélyezése)

A beteg halálával a személyiségi jogok megszűnnek. Az elhunyt közvetlen hozzátartozója, törvényes képviselője jogosult a Zárójelentés egy példányának átvételére. Ezt külön kérés nélkül is át kell adni nevezett érintetteknek, mivel törvényi előírás, hogy minden ellátási eseményről az ellátás lefolyását, a kezelést és beavatkozásokat feltüntető dokumentumot kell az ellátónak kiadnia. Az elhunyt hozzátartozóit, illetve törvényes képviselőjét fel kell világosítani arról, hogy amennyiben Boncjegyzőkönyv másolatot kér, azt közvetlenül a boncolást végző Hiszto-Diagnosztikai Kft-től kell kérnie.

#### A betegek adatainak feldolgozását végző szervezeti egység/ek (Informatika, Minőségbiztosítás, Controlling)

Általános alapelv, hogy ezek a szervezeti egységek a betegekkel kapcsolatos személyi és betegségükre vonatkozó adatot (törvényes, vagy engedélyezett kötelezettségeiken kívül) nem közölhetnek, hanem az érdeklődőket az ellátó egységhez kell irányítani.

A betegekkel kapcsolatos adatok elektronikus feldolgozásában érintett egységek számára az intézmény által megfogalmazott információvédelmi elveket, követelményeket és eljárást az elektronikus adatkezelésre vonatkozó „B” Függelék ismerteti. Esetleges külső, azaz harmadik fél közreműködése esetén az elvárt követelményeket a szervezettel kötött szerződésnek kell rögzítenie.

### 6.8.2 Járóbeteg szakellátás

Az információkezelés a járóbetegellátás során gyakorlatilag az ellátó egységre korlátozódik. A beteg számára szükséges tájékoztató információt a **rendelők előterében kihelyezett tájékoztató táblák** szolgáltatják.

A kihelyezendő tájékoztató táblák számának és helyének meghatározása az adott egység IEF-jének feladata.

(A tájékoztató anyagát: ld. 13.sz melléklet)

Amennyiben a beteg korlátozó, vagy tiltó igénnyel áll elő, azt a szakrendelés dokumentációjában feltűnő és a személyzet számára jól látható, egyértelmű módon jelölni kell (pl. járóbeteg karton, vagy tasak elején nagy piros „T” betűvel). A jelölés jelentőségét, módját és értelmezését az ellátó személyzet minden tagjának ismernie kell (ez vonatkozik esetleges külső munkatársakra is).

### 6.9 A beteg, vagy hozzátartozója, illetve törvényes képviselője kérésére készített másolat a betegdokumentációról

*A beteg, vagy hozzátartozója, illetve a beteg törvényes képviselője a Törvényben meghatározott feltételek mellett a beteg dokumentációjába betekintést nyerhet, igény esetén arról saját költségén másolatot kérhet. A másolat kérésével kapcsolatos tevékenység a térítésköteles egészségügyi szolgáltatások körébe tartozik.*

#### A dokumentum másolat kérésének formái

- a beteg, a beteg közvetlen hozzátartozója, vagy törvényes képviselője az Igazgatást keresi fel szóban, vagy írásban közölt igényével;
- a beteg, a beteg közvetlen hozzátartozója, vagy törvényes képviselője az ellátást nyújtó egységet keresi fel (kezelő orvosát, vagy az ott dolgozó valamelyik orvost) és szóban jelzi igényét;
- hivatalos szerv írásban keresi meg az Igazgatást dokumentum másolat kiadásával kapcsolatos igényével;
- egyéb megkeresések (pl. Jogi képviselő, Biztosító).

A másolat készítésének és kiadásának folyamata az eltérő igénylési módoktól függetlenül, azonos.

#### 6.9.1 A dokumentum-másolat kérés kezelésének ügymenete az igazgatóságra benyújtott (a beteg, a beteg közvetlen hozzátartozója, vagy törvényes képviselője) írásos kérelem esetében.

**Az Igazgatóságra beérkező írásos kérelmeket az igazgató főorvos további ügyintézésre az**

iratkezelési csoportvezetőre szignálja. Az iratkezelési csoportvezető a kérelmeket törvényességi szempontból megvizsgálja (a kérelmező hiteles azonosíthatósága, esetleges tilto, vagy korlátozó nyilatkozat) és kérelmező szerint (hatósági kérelem, magán személy, vagy annak törvényes képviselője által benyújtott kérelem) osztályozza. A másolat kiadásának törvényes akadálya esetén, a kérelmező részére válaszlevelet küld, amelyben közli a nem-teljesíthetőség indokát. A válaszlevél ügyintézési ideje nem haladhatja meg a 30 napot. A levélben történő kiértékelés mellett az iratkezelési csoportvezető kitölti (a kérelmek dokumentálása és archiválása céljából) az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapot. A rögzítendő adatcsoportok: a beteget azonosító adatok, a kért dokumentum-másolat fajtájának megnevezése (pl. kórlap, zárójelentés, ambuláns karton másolat, ellátás során készített video másolat, diagnosztikai vizsgálat lelete,...stb.), a kérelem indoka. Az űrlapon feltünteteti továbbá a kérelem megtagadásának tényét. A kitöltött űrlapot az értesítő levél egy csatolt másolati példányával együtt éves gyűjtőben tárolja.

A kérelem teljesíthetősége esetén az iratkezelési csoportvezető intézkedik az A, illetve B tárolási szinten lévő dokumentum bekéréséről, illetve saját hatáskörben intézkedik a C archiválási szinten lévő dokumentum kikereséséről. A dokumentum kézhezvétele után kitölti (a kérelmek dokumentálása és archiválása céljából) az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapot. A rögzítendő adatcsoportok a beteget és az ellátó egységet azonosító adatok, a kért dokumentum-másolat fajtájának megnevezése (pl. kórlap, zárójelentés, ambuláns karton másolat, ellátás során készített video másolat, diagnosztikai vizsgálat lelete,...stb.), a kérelem indoka, a másolandó lapok száma, határidők, a térítés kalkulált összege. Az iratkezelési csoportvezető értesíti a kérelmezőt a térítés összegéről, a térítési díj befizetésének módjáról, a kért dokumentum másolat átvételének helyéről (Igazgatósági Titkárság) és határidejéről.

**Az Igazgatósági Titkárságon megjelent kérelmező** esetében a kérelmet az iratkezelési csoportvezető törvényességi szempontból megvizsgálja. A másolat kiadásának törvényes akadálya esetén az indokot közli a megjelent kérelmezővel és azt írásban is rögzíti az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon. A szóban bejelentett kérelmet elutasítás esetén is az űrlapon a kérelmezővel alá kell íratni. A kitöltött űrlapról a kérelmezőnek másolatot kell adni, az eredeti példányt az az iratkezelési csoportvezető gyűjti a kérelmek dokumentálása és archiválása céljából. Amennyiben a másolat kiadásának nincs törvényes akadálya, az iratkezelési csoportvezető ismerteti a másolatok térítési díjára vonatkozó díjszabást. Közli az igénylővel a másolat átadásának legkorábbi dátumát és helyét (Igazgatósági Titkárság) és azt az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon is rögzíti. Az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapot a folyamat befejezéséig egy, a „Kért betegdokumentum másolatok” feliratú irattartóban tárolja.

#### 6.9.2 Ha a dokumentum másolat igényét a beteget ellátó egységnél jelentik be.

Az igénybejelentőt kérésével az Igazgatósági Titkárságra kell irányítani. Az egységnél tájékoztatni kell a kérelmezőt arról, hogy a dokumentum másolat kiadása térítésköteles szolgáltatás. A másolat kiadásának ügymenetét az iratkezelési csoportvezető intézi, illetve koordinálja. Közölni kell, hogy a másolat elkészítésének méltányos határideje van. Tájékoztatni



kell továbbá a kérelmezőt arról, hogy hol találja meg az Igazgatósági Titkárságot.

6.9.3 Hatósági, vagy egyéb hivatalos szerv írásban keresi meg az Igazgatást dokumentum másolat kiadásával kapcsolatos igényével

A Törvényben meghatározott hivatalos, illetve hatósági másolat kérések teljesítését az intézmény térítésmentesen biztosítja. A kérés teljesítésénél a 6.8.5 pontban meghatározott ügymenet, kérés-dokumentálás és archiválás valósítandó meg.

6.9.4 Egyéb megkeresések (pl. Jogi képviselő, Biztosító).

Jogi képviselet hivatalos levelére (ügyvédi iroda, ügyvéd) a másolat térítvevényes ajánlott küldeményként postázható. Ebben az esetben a térítés díját a kérelmező a dokumentum másolathoz mellékelte csekken fizeti be a Csornai Margit Kórház számlájára. A csekken a kalkulált térítendő összeget fel kell tüntetni. Az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlaphoz a postázást igazoló dokumentumot (postai űrlap, űrlap másolat, postakönyv lapjának másolata,...stb) csatolni kell. Ezt követően az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlap éves gyűjtőbe helyezésével zárul le a dokumentum-másolat kérésének és kiadásának ügymenete.

Betegdokumentum alapján nyújtott adatszolgáltatás a biztosítási eseményekkel kapcsolatos ügyintézéshez:

A biztosító társaságok rendszerint saját adatlapjaikon igénylik a biztosítási eseménnyel összefüggő személyes és betegséggel kapcsolatos adatszolgáltatást. Az adatlapot csak akkor töltik ki a kórházban, ha:

a./ a biztosító társaság írásban benyújtott kérelméhez (adatlap csatolva) mellékeli a kedvezményezett megbízásának, illetve felhatalmazásának egyértelmű bizonyítékait másolat formájában, vagy ha;

b./ a kedvezményezett maga jelentkezik az igénnyel (személyesen, vagy írásbeli kérelemmel) és személyazonosságát igazolja.

Az adatszolgáltatási igény teljesíthetőségére, bonyolítására, dokumentálására (AVSZ-M-04. azonosítójú űrlap) és térítésére vonatkozó eljárás a 6.9.5 pontban leírtakkal megegyezik. A szolgáltatás térítési díját a táblázat ismerteti. Az űrlap kitöltéséért az ellátást biztosító egység adatvédelmi felelőse (EAVF), azaz az egység vezetője a felelős, de a kitöltés operatív feladatával az egység vezetője beosztott szakorvos kollegáját megbízhatja. A térítési díjnak ez a formája a belső ösztönzési rendszer keretein belül az adatszolgáltató egységnek továbbítható igazgatói főorvosi utasítás alapján.

(Alternatív lehetőség arra az esetre, ha a kórház nem tölti ki a biztosító adatlapját: fent leírt dokumentum másolat kérési eljárás.)

Kórházi munkatárs és egyenes ági hozzátartozója külön kérelmére az igazgató főorvos döntése alapján a térítési díj összege mérsékelhető, vagy elengedhető. A kérés teljesítésénél a 6.9.5 pontban meghatározott ügymenet, kérés-dokumentálás és archiválás valósítandó meg. A díj mérséklésének, illetve elengedésének kérelmét, továbbá az azt minősítő igazgató főorvosi



döntést is a kitöltött AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon kell rögzíteni.

#### 6.9.5 A dokumentum másolat készítésének és kiadásának menete

A kérelem teljesíthetősége esetén az iratkezelési csoportvezető az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon rögzített adatok alapján bekéri a dokumentumot az adott dokumentumtárolási szintről (A, B), illetve intézkedik, vagy saját maga jár el a C szinten tárolt dokumentumok esetében. Lemásolja a dokumentumot és az eredetit visszajuttatja a megfelelő tárolási helyre. Elvégzi az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon a pontos díjkalkulációt, majd a kérelmező jelentkezéséig a másolatot az űrlappal együtt a „**Kért betegdokumentum másolatok**” irattartóban tárolja.

A dokumentum másolat átvétele és a térítési díj rendezése a beteg, illetve annak közvetlen hozzátartozója, illetve törvényes képviselője esetében **csak személyesen történhet a személyazonosság igazolásával**. A megadott határidőre, vagy azt követően megjelent kérelmező az Igazgatósági Titkárságon átveszi a térítési díj kalkulációját tartalmazó AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapot. A befizetés a Pénztárban ennek alapján történik. A Pénztár a befizetés előtt ellenőrzi az előzetes díjkalkulációt, szükség esetén korrigálja az összeget. A befizetett összegről a kérelmező befizetési bizonylatot kap. A Pénztár a befizetést AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon a befizetés kelte rovatban a dátum kitöltésével és aláírással igazolja. **Az Igazgatósági Titkárságon a kért másolatot az igazolt befizetést követően átadják**, a dokumentum másolat kiadásának keltét az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlapon bejegyzik. **A kérelmező az átvételt aláírásával igazolja**. Az iratkezelési csoportvezető a kitöltött az AVSZ-M-04. azonosítójú űrlap éves gyűjtőbe helyezésével zárja le a dokumentum-másolat kérésének és kiadásának ügymenetét.

#### 6.9.6 A másolat készítésének helye, az elkészítés határideje és költsége

Az 1997. évi CLIV. törvény 24. §. (3) bekezdés c) pontja alapján a beteg jogosult „az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni”. Más személy részére a betekintés, másolat kiadás a törvény 24. §. (6),(7),(8) bekezdésében foglaltak szigorú betartása mellett történhet.

A betegdokumentáció másolat kiadás eljárási rendjét a Csornai Margit Kórház Adatvédelmi Szabályzata tartalmazza, mely minden szervezeti egység adatvédelmi felelősénél rendelkezésre áll.

A törvény értelmében tehát a betegdokumentációba történő betekintés térítésmentes, a másolatok kiadása térítésköteles.

A közérdekű adat iránti igény teljesítéséért megállapítható költségtérítés mértékéről szóló 301/2016. (IX.30.) Korm.rendelet alapján:

#### Betegdokumentáció másolat kiadási díjai

##### 1. Papíralapú dokumentáció Másolási költségek:

**„A” szint = osztály iroda/friss dokumentáció kiadásakor plusz pld./**

**„A” szint A/4** fekete-fehér lap: 12.-Ft+ÁFA/lap      színes: 130.- Ft+ÁFA/lap

**„A” szint A/3** fekete-fehér lap. 24.-Ft+ÁFA/lap      színes: 260.- Ft+ÁFA/lap

**„A” szint dokumentáció keresés: 1.500.-Ft+ÁFA**

**„B” szint = osztály/Az osztályon 5 évig kell megőrizni az iratokat, annak díja/**

**„B” szint A/4** fekete-fehér lap: 12.-Ft+ÁFA/lap      színes: 130.- Ft+ÁFA/lap

**„B” szint A/3** fekete-fehér lap. 24.-Ft+ÁFA/lap      színes: 260.- Ft+ÁFA/lap

**„B” szint dokumentáció keresés 2.500.-Ft+ÁFA**

**„C” szint = központi irattár/az osztályról lekerült dokumentáció keresés díjai/**

**„C” szint A/4** fekete-fehér lap: 12.-Ft+ÁFA/lap      színes: 130.- Ft+ÁFA/lap

**„C” szint A/3** fekete-fehér lap. 24.-Ft+ÁFA/lap      színes: 260.- Ft+ÁFA/lap

**„C” szint dokumentáció keresés bruttó: 4.400.-Ft /óra**

A „C” szint esetében a munkaerő ráfordítás meghaladhatja a 4 órát.

**Munkaidő ráfordításként** az igényelt adat felkutatásához, összesítéséhez és rendszerezéséhez, az igényelt adat adathordozójáról másolat készítéséhez és a másolaton a meg nem ismerhető adatok felismerhetetlenné tételéhez szükséges időtartam vehető figyelembe. A munkaerő ráfordítás összes költségét a munkaerő-ráfordítás személyenkénti költségeinek összegeként kell megállapítani. A munkaerő ráfordítás időtartamát személyenként



a kerekítés szabályainak megfelelően egész órára kell kerekíteni.

A papír alapon nyújtott másolat költsége csak az adatigénylés teljesítéséhez szükséges másolt oldalak azon része tekintetében vehető igénybe, *amelyes a másolt oldalak száma a tizet meghaladja.*

Az igényelt adatokat tartalmazó adathordozó kézbesítési költségeként legfeljebb az alábbi mértékek vehetők figyelembe:

- az adatigénylő részére postai úton, Magyarország területén belül való kézbesítés esetében a hivatalos iratokra vonatkozó belföldi postai szolgáltatás díja,
- az adatigénylő részére postai úton, külföldre történő kézbesítés esetén az egyetemes postai szolgáltatás keretében térítvény többlétszolgáltatással feladott, könyvelt küldeményre vonatkozó postai szolgáltatás díja.

#### **Biztosítási adatlap 2500.- Ft+ÁFA/Biztosító által kért dokumentáció keresése/**

#### **2. Optikai adathordozó: Képkötő diagnosztikai lelet**

A beteg röntgen, mammográfiai felvételeinek elektronikus adathordozóra, CD/DVD-re írási és kiadási díja **bruttó:580 Ft.**

A felvételek kizárólag a Kórház által biztosított adathordozón adhatók ki!

Másolatok kiadására csak az Intézeti Adatvédelmi Felelős (IAVF - orvos-igazgató) engedélyezése és a térítési díj befizetését követően kerülhet sor.

A kiadott dokumentum másolatokról vezetett űrlapok megőrzési ideje 5 év.

### **6.10 Az egészségügyi dokumentáció archiválásának, és a dokumentumok archiválási szintek közti átadásának, megsemmisítésének rendje**

#### **6.10.1 Irányelvek és tevékenységek a dokumentum-archiválás megvalósításához**

- Az egészségügyi dokumentáció tárolási rendszerét a törvény előírásainak és az intézmény lehetőségeinek figyelembe vételével, a gyógyító megelőző munkához, az osztályon kialakult munkarendhez, az intézmény működésének általános rendjéhez és a minőségirányítási rendszerhez integrált módon kell illeszteni.
- A dokumentáció tárolása jelenleg is 3 szinten valósul meg és ezt a strukturát célszerű az új szabályzási rendszerben is megtartani, illetve kialakítani (Központi Archiv Dokumentumtár):  
**“A” szint. Napi tevékenységgel kapcsolatos dokumentum tárolás (bentfekvő, vagy tárgyhónapban elbocsátott betegek dokumentumainak tárolása).**  
Javasolt helye az osztályiroda.

Cél: a napi betegellátással és kapcsolódó tevékenységekkel összefüggő dokumentumok biztonságos és könnyen kezelhető tárolásának és hozzáféréseinek a biztosítása.

Fő funkciók: dokumentumok rendszerezett elhelyezése, egyedi dokumentumok nyilvántartása (**Regiszter**), a havonta elbocsátott betegek dokumentumainak kötegelése, és címkézése, lezárt havi dokumentum kötegek áthelyezése **“B” szint-re**, egyéb adminisztratív műveletek.

**„B” szint. Közepes időtartamú archív tárolás (2-től 48-60 hónapos időszak dokumentumai).**

Javasolt helye az osztályon kialakított közepes időtartamú archív tároló lehetőség (osztályiroda, egyéb helyen elhelyezett zárt szekrény, vagy beépített szekrény).

Cél: az archivált dokumentumok visszakereséséhez megbízható és könnyen kezelhető tárolás és gyors hozzáférés biztosítása, a kiadott dokumentumok követhetőségének megvalósítása,

Másképpen fogalmazva a fenti időszakon belül távozott összes beteg dokumentumainak biztonságos és könnyen kezelhető közepes időtartamú archiválása.

Fő funkciók: dokumentumok rendszerezett elhelyezése, dokumentumok kivételének nyilvántartása, a havonta elbocsátott betegek dokumentumainak kötegelt átvétele és a közepes időtartamú tárolási rendszerbe történő elhelyezése. Évente egy alkalommal - előre egyeztetett időpontban, vagy meghatározott ütemterv szerint - a tárolt 4-5 éves anyag első 12 hónapos részének áthelyezése **“C” szint-re** dokumentált átadás-átvételi bizonylatolással (AVSZ-M19). Egyéb adminisztratív műveletek.

**“C” szint. Hosszú időtartamú archív tárolás (az emissziót követő 48-60 hónap utáni ellátási események dokumentumai).**

Javasolt helye centralizáltan, az erre a célra kijelölt alagsori helyiségekben kialakított archív dokumentum tárban.

Cél: a 48-60 hónapnál régebben távozott és a Törvény által meghatározott 30 (Zárójelentések esetében + 20 évig) megőrzendő beteg-dokumentáció rendezett, biztonságos raktározása. Könnyen kezelhető hozzáférés biztosítása az esetenkénti osztályos-, egyéni-, hivatalos, vagy kutatási igény szerinti visszakeresésekhez és a kivételek követhetőségének regisztrálása..

Fő funkciók: már meglévő régi dokumentumok rendszerezett elhelyezése, dokumentumok kivételének nyilvántartása.

Évente a **“B” szint-ről** áthelyezett dokumentumok kötegelt átvétele és a tárolási rendszerbe történő rendezett lerakása. A 30 évnél régebbi kórlapokból kivett zárójelentések rendszerezett tárolása további 20 évig (folyamatos tevékenység). Évente egy alkalommal a tárolt anyagból a 30 évnél idősebb kórlapok és az 50 évnél idősebb zárójelentések bizottság általi selejtezése. A kiselejtezett dokumentumok levéltári engedélyezésének kezdeményezése az IAVF- felé. Meghatározott időszakonként a bizottság által kiselejtezett és a Megyei Levéltár által megsemmisítésre engedélyezett dokumentumok megsemmisítésre való előkészítése, elszállításának megszervezése. Egyéb adminisztratív műveletek.

Az archivált dokumentumok fajtái: kórlapok hagyományos dokumentációval, az integrált

számítógépes információs rendszerrel előállított kórlapok, járóbeteg (ambuláns) kartonok.

**Bizonyos egységek jelentősen eltérő, vagy speciális adottságai és működési rendje indokolhat (pl. Röntgen, Tüdőgondozó, Informatika, stb.) egy, az egységre értelmezett, és meghatározott funkciókat érintő helyi szabályozás, vagy módosítás kidolgozását és annak írásos rögzítését (ilyen indok lehet például a képalkotó diagnosztikát, vagy egyéb regisztrátumokat alkalmazó funkcionális egységek speciális archiválási problémája). Az egység helyi Szabályzatát az IFAF-nek kell felügyeleti körén belül elkészítenie és megvalósítania, figyelembe véve az intézmény Szabályzatában megadott irányelveket. A helyi szabályozás dokumentumát az egység vezetője hagyja jóvá és lépteti életbe. A dokumentumok tárolására és kezelésére vonatkozó helyi szabályozás minden érintettel való megismertetéséről az IFAF gondoskodik. A helyi szabályozást az osztályon minden dolgozó által hozzáférhető helyen kell elhelyezni.**

**A helyi szabályozás egy példányát az IFAF őrzi meg. Egy másolati példányt az IAVF-höz kell eljuttatni, aki azt az intézményi Szabályzat kiegészítéseként rakja le. A helyi szabályozások leírását az IAVF a Szabályzat A függelékébe szerkeszti (ez a feladat az IAVF-részéről más, erre alkalmas munkatársra delegálható).**

- Valamennyi tárolási szinten biztosítani kell a dokumentumok védelmét az illetéktelen hozzáférés-, eltulajdonítás-, meghamisítás-, valamint fizikai megsemmisülés ellen.
- A tárolási rendszer „C” szintjén a dokumentum(ok) kivételekor egyszerű, de a követést biztosító nyilvántartó és jelző (kivételekor megadott visszaviteli határidők követése, jelzés a kikérő egységnek) rendszert kell alkalmazni.

Ennek javasolt adatai:

- Dokumentumazonosító (pl. kórlap esetében TAJ szám, (régebbi kórlapokon törzsszám, kimenőszám, stb.)
- Beteg neve
- Melyik egységre kérték a kiadást
- Visszavétel határideje (amennyiben a dokumentum nem az ismételt felvett beteg dokumentumába kerül)
- Kiadás kelte
- Kiadó aláírása (dokumentum tár munkatársa)
- Átvevő aláírása
- Visszavétel dátuma
- Átvevő aláírása (dokumentum tár munkatársa)
- Átadó aláírása
- Kivétel célja
- Kikérő személye

A lejárt határidők követése az eltérések jelzése, a dokumentum mozgás áttekinthetősége ezekkel az adatokkal biztosítható.

### 6.10.2 A „C” szintű archiválás rendszerének működése és feltételrendszere

#### Biztonsági rendszer:

Tekintettel arra, hogy a **dokumentáció megsemmisülése esetében kis esély van a helyreállításra, vagy pótlásra**, az alábbi biztonsági feltételek biztosítása szükséges.

- biztonsági zárok a Központi Archiv Dokumentumtár valamennyi helyiségén (minimális követelmény a hengerzár),
- ablakok berácsozása,
- helyiségenként előírt számú nagyteljesítményű kézi tűzoltó készülék (tűzvédelmi felelős határozza meg),
- (ajánlott 1 db. a helység minden pontját elérő vizes locsoló tömlő felszerelése),
- ajánlott a füstérzékelő és riasztó rendszer működtetése.

### 6.10.3 Az archiválással kapcsolatban elvégzendő előírt fő tevékenységek:

- a jelenlegi és a „B” szintről átvett dokumentumok folyamatos rendezése,
- dokumentum másolási igényekhez a dokumentum kikeresése, másolása és az előírt nyilvántartás elvégzése,
- tervszerű dokumentum selejtezés,
- 30-évnél régebbi „nem megőrzendő” kórlapokból Zárójelentések kivétele, külön rendszerben történő tárolása, nyilvántartása, az „anya kórlap” selejtezésre történő elkülönítése (kritérium, hogy a dokumentumon nincs a lesejtezés tiltását elrendelő jelölés, bélyegzés, orvos aláírás),
- selejtezés és iratmegsemmisítés előírt folyamatának kezdeményezése az IAVF-nél,
- irat megsemmisítésre szállításhoz a megsemmisítendő dokumentumok előkészítése,
- tudományos kutatásokhoz, egyéb feldolgozásokhoz a keresési igények kielégítése és a kiadások nyilvántartása. A nyilvántartásból ki kell derülnie, mi volt a tudományos kutatás célja, milyen időpontban történt, ki kapott engedélyt az adatokba történő betekintésre. A nyilvántartást 10 évig meg kell őrizni.
- az archiv tároló leltárának átvétele, kezelése.

## 6.11 Az egészségügyi dokumentumok selejtezése és megsemmisítése

Az iratok selejtezését folyamatosan kell végezni, és legalább évenként a megsemmisítendő dokumentumokat biztonságos megsemmisítésre el kell szállítani.

A selejtezésnél figyelembe kell venni a **megőrzési időt**, mely kórlapok esetén **30 év**, a kórlapokból kivett zárójelentések esetén további 20 év, azaz **50 év**. A **járóbeteg dokumentumok megőrzési ideje 30 év**.

**A Törvény előírja a szakma-történeti, illetve oktatási, kutatási szempontból értékes anyag átadását a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Könyvtárának. Hogy a kórház ennek a**

követelménynek megfelelően, az IEAF-ek - a Szabályzat életbeléptetése után - „NEM SELEJTEZHETŐ”, jól látható jelzéssel (esetleg erre a célra készített bélyegzővel) látják el az általuk fenti szempontoknak megfelelő dokumentumokat. A Központi Dokumentumtár - a folyamatos selejtezési tevékenység során – az ilyen jelölt dokumentumokat elkülöníti, majd a Selejtezési Bizottság dönt azok továbbküldéséről vagy megsemmisítéséről.

A helyi selejtezési eljárás tervezett időpontját és helyét az illetékes megyei Levéltár részére, a tervezett selejtezési időpont előtt legalább 30 nappal, írásban jelezni kell. Azt is jelezni kell a Levéltárnak, hogy a kórházi selejtezést követően, a szűkös tárolási kapacitást figyelembe véve, a selejtezhető dokumentumok biztonságos megsemmisítéséről a kórház intézkedik. Amennyiben a levéltár igényt tart a selejtezés ellenőrzésére, a helyszínen ellenőrzi a házi selejtezést.

Ha a Levéltár nem kívánja a helyszínen ellenőrizni a selejtezést, a kórházi a selejtezési eljárást elrendeli (IAVF). A selejtezést követően a megsemmisítés engedélyezését is a Levéltártól kell írásban kérni. A megsemmisítési kérelemnek tartalmaznia kell a selejtezendő dokumentumok megjelölését (pl. kórlap, zárójelentés, ambuláns karton), évkörét, a dokumentumot előállító egység megjelölését és a dokumentumok hozzávetőleges mennyiségét (iratfolyóméter, vagy zsákok száma). A bejelentéshez csatolni kell a helyi selejtezési bizottsági jegyzőkönyvet két példányban.

A képalkotó diagnosztika rögzített képanyagára (pl. röntgen film, EKG szalag) nem ír elő archiválási időt a Törvény. A **leletek** megőrzését viszont legalább 30 évben határozza meg.

Röntgen filmek selejtezésére az alábbi általános irányelv vonatkozik (kivételt képez a Tüdőgondozó filmanyaga):

Ha öt évnél régebbi a felvétel, **VAGY** későbbi diagnosztikai „hozzáadott értéke” a lelethez képest nincs **ÉS** a felvétel tudományos, vagy oktatási szempontból jelentéktelen, ez esetben a selejtezés kezdeményezhető. A selejtezés, ha a film a beteg személyi adatait azonosíthatóan rögzíti, megsemmisítéssel történik (ez lehet ezüstvísszanyerési eljárás is).

A Röntgen egység archiválási (és selejtezési) tevékenységének helyi speciális szabályozása az „A” Függelékben részletes meghatározásra került.

**A selejtezés általános kórházi folyamatának fő lépései a következők:**

- Az IEAF-ek a „NEM SELEJTEZHETŐ DOKUMENTUM”-okat, ha van ilyen, folyamatosan megjelölik a beteg kórházi ellátását követően.
- Az archiválás egyéb tevékenységei mellett „folyamatosan” végzett dokumentum kiválasztás.
- A dokumentumok kijelölése selejtezésre, illetve megsemmisítésre (Központi Archiv Dokumentumtár).
- A kiválasztott dokumentumok rendezett elkülönítése és jelölése. Rendezési kritériumok: dokumentumfajta (pl. kórlap, járóbeteg karton), ezen belül egység, ezen belül időrendi sorrend.
- Az elkülönített és rendezett dokumentumok jelölése: dokumentumfajta, egység, referencia

időszak(ok).

- Szállításra megfelelő mennyiség esetén a Levéltár értesítése, amennyiben nem kíván a Levéltár a selejtezésnél jelen lenni, a Selejtezési Bizottság összehívása, a
- selejtezés lefolytatása és jegyzőkönyvezése.
- A jegyzőkönyv két példányának eljuttatása a Levéltárhoz a megsemmisítésre történő selejtezés engedélyezésének kéreleméhez csatolva.
- A levéltár jóváhagyó határozatát követően a dokumentumok szállításának megszervezése a megsemmisítésre.

Az iratok házi selejtezése csak az azok tartalmi jelentőségével tisztában lévő felelős személy irányítása mellett végezhető. A szakmai értéket jelentő dokumentumok jelölése „NEM SELEJTEZHETŐ” jellel már az osztályról történő leadáskor megtörténik (IEAF) a Szabályzat életbeléptetését követően.

**A Központi Archív Dokumentumtár munkatársai által selejtezésre előzetesen összeállított anyagot Selejtezési Bizottság hagyja jóvá.** A bizottság tagjai: az igazgató főorvos által kijelölt orvos (a Bizottság elnöke), az iratkezelési csoportvezető és az informatika kijelölt munkatársa.

A selejtezésre vonatkozó irányelveket, kritériumokat az IAVF határozza meg a Selejtezési Bizottság számára.

A házi selejtezésről három példányos selejtezési jegyzőkönyv készül. A jegyzőkönyv két példányát csatolni kell a selejtezési szándékot a levéltárhoz bejelentő jóváhagyási kérelemhez. A levéltári jóváhagyást a házi selejtezési jegyzőkönyv harmadik példányával az IAVF archiválja. A selejtezési jegyzőkönyv formanyomtatványát a 10. sz. melléklet tartalmazza.

Amennyiben a levéltár a selejtezésre szánt dokumentumok közül egyes dokumentumokra igényt tart, az átadás-átvétel feltételeit a két intézmény vezetője írásban rögzíti.

A selejtezések, levéltári átadások és az iratmegsemmisítés ütemezésére éves selejtezési tervet kell készíteni. A terv elkészítéséért és végrehajtásáért az iratkezelési csoportvezető a felelős. A terv végrehajtásának ellenőrzését az IAVF végzi és a selejtezés megtörténtét az adatvédelemmel kapcsolatos éves jelentésben az IAVF rögzíti.

A leselejtezett dokumentumok megsemmisítésére papírgyári zúzdás irat-megsemmisítés javasolt *(jelenlegi kapcsoltfelvételi lehetőség: Kovács Erzsébet CSOMAGOLO PAPIRGYAR, Dunaújváros Papírgyári út / anyagátvétel /, Tel.: 25-284 000)*

A megsemmisítendő anyag átvételéről készülő átvételi nyugta az IAVF dokumentációjában kerül archiválásra.

## 6.12 Adatvédelmi oktatás

Az adatvédelemmel kapcsolatos alaptájékoztató (a Törvény ismertetése, az adatvédelem

szervezett megvalósításának fő szempontjai, a szabályozás fő funkcionális területei) az intézmény felső- és középvezetése, valamint az IEAF-ek részére központilag és szervezeten rendszerfejlesztés időszakában megtörtént.

Az egységek munkatársainak adatvédelmi tájékoztatását - az alapismeretekre vonatkozóan - 20 fő felett az IEAF (20 fő alatt az egység vezetője) végzi.

**A Szabályzatot minden egység megkapja, annak helyi ismertté tételéről, hozzáférhetőségéről az IEAF-ek gondoskodnak.**

**Az új munkatársak adatvédelemmel kapcsolatos tájékoztatását az IAVF, vagy az általa kijelölt és írásban megbízott személy végzi.** A tájékoztatásnak a belépést követő tíz munkanapon belül meg kell történnie. Az alapismeretek képzését, azaz az **oktatás anyagának tudomásul vételét írásban rögzíteni kell.**

A szabályzatban, illetve a rendszer egyéb dokumentációjában végrehajtott változásokról az érintetteket a változás jellegétől, terjedelmétől függően körlevél, vagy szóbeli oktatás formájában tájékoztatni kell. A tájékoztatás koordinálása, szervezése az IAVF feladata. A jelentősebb jogi kérdésekkel kapcsolatos ismertetőt jogász szakembernek kell megtartani. A tájékoztató körlevél másolatát, elosztási listáját, illetve az oktatás témáját és a jelenléti ívet - az IAVF archiválja. A feljegyzések megőrzési ideje 5 év.

## **7 ELLENŐRZÉS, ÉRTÉKELÉS, VISSZAJELZÉS**

- **IAVF által végzett Beteg-Nyilatkozat-ellenőrzések és kiértékelés**

A betegek tájékoztatásának megtörténtét, a tájékoztatásra alapozott **NYILATKOZATOK** kezelését és a nyilatkozatban rögzített esetleges **adatközlési tiltások, korlátozások dokumentálását, érvényesítését az IAVF évente egyszer minden egységnél ellenőrzi.** A tapasztaltakat statisztikai módszerrel értékeli. A tapasztalatokat az IEAF-el megbeszélik, a szükséges helyesbítéseket egyeztetik.

Amennyiben ismétlődő ellenőrzésre van szükség, az adatlapon rögzítik: (tapasztalt eltérések, szükséges korrekciók, felelős és az ismételt ellenőrzés időpontja). Az ismételt ellenőrzést 30 naptári napon belül el kell végezni és dokumentálni kell..

Az összesített, intézményszintű eredményekről a Intézmény vezetésének - az adatvédelmi tevékenység éves értékelésének keretében – az IAVF évente egy alkalommal felsővezetői értekezleten beszámol.

Az ellenőrzés statisztikai értékelése az informatikai vezetőre delegálható.

Az ellenőrzés eredményét regisztráló adatlapot a 14.sz. melléklet tartalmazza.

Az első példányt az ellenőrzött egység IEAF-e, a másodpéldányt az IAVF őrzi meg.

### **7.1 Alkalmazott statisztikai módszerek**

A NYILATKOZAT meglétének, a kitöltésre vonatkozó követelmények teljesülésének értékelését

az egységek és az előforduló eltérések vonatkozásában statisztikai módszerek felhasználásával értékeli az IAVF (pl. Pareto diagram). A módszer alkalmazásának célja, hogy a lényeges problémákra (egység, kitöltési probléma) koncentráljon a korrekciós intézkedések hatékony megtétele érdekében.

## 8 A SZABÁLYZAT MÓDOSÍTÁSA ÉS KARBANTARTÁSA

Az eredeti (etalon) szabályzat az Intézeti Adatvédelmi Felelős (IAVF) a kezelésében áll. Aktualizálásának és karbantartásának operatív megvalósítását az informatikai vezető segítségével végzi.

A szabályzatot az IAVF folyamatosan egyezteti a megjelenő új jogszabályokkal, és értékeli a változó helyi körülmények folytán felmerült új szempontokat. Ütközés vagy hiányosság esetén kezdeményezi a módosítást és az igazgató főorvos jóváhagyása után kidolgozza azt.

### 8.1 A Szabályzat módosítása

A változtatás, módosítás kezdeményezésének fő okai:

- Törvény-, rendelkezések- illetve külső feltételrendszer változása.
- Belső működési, vagy feltétel-rendszerbeli probléma, hiányosság.
- A jelenleginél hatékonyabb működtetésre vonatkozó javaslat.

**A változtatást bárki kezdeményezheti. A változtatási javaslatot első szinten az IAVF bírálja el.** Amennyiben a változtatási javaslatot sürgősnek, vagy nem megvalósíthatónak ítéli, indoklását a javaslattevőnek írásban visszajelzi. A javaslattevőnek az IAVF döntése ellen 15 napon belül fellebbezési lehetősége van, melyet a Intézmény igazgató főorvosának kell benyújtania. Az igazgató főorvos a megfellebbezett javaslatot vitára az erre meghatározott vezetői fórumra utalja. Ha a vezetői fórum a változtatási javaslat mellett szavaz, a javaslatot végleges kidolgozásra az IAVF-hez továbbítja. A javaslat elvetésekor az IAVF a kezdeményezőt írásban tájékoztatja a vezetői fórum döntéséről és az indoklásról.

Ha az IAVF a hozzá benyújtott változtatási javaslatot hasznosnak és megvalósíthatónak tartja, a javaslatot kidolgozott formában vitára a vezetői fórumhoz továbbítja. A vezetői fórum a javaslatot megvitatja, szükség szerint véleményezi, kiegészíti, illetve egyetértését írásban rögzíti. Ezt figyelembe véve, az igazgató főorvos döntése alapján, az IAVF elkészíti a szükséges szabályzatmódosítást, megjelöli a módosításról értesítendő körét.

**A kidolgozott változtatást a kórház igazgató főorvosa hagyja jóvá, illetve lépteti életbe.**

A változtatással kapcsolatos folyamatot a 7. sz. melléklet tartalmazza.

**Változtatási igények hiányában háromévente szükséges a szabályzat felülvizsgálata** abból a szempontból, hogy a jogszabályi környezet, illetve egyéb tényezők változása nem indokolja-e módosítását. Az értékelést az IAVF előterjesztése alapján a vezetői fórum végzi el.

**Átmeneti műszaki problémák (helyiség, tároló rendszer, berendezés, zárhatóság) esetén az**



időszakos intézkedésekre az IAVF tesz javaslatot az Intézmény igazgató főorvosának, aki dönt a teendőkről és a szükséges feltételek biztosítása mellett elrendeli a teendők végrehajtását, illetve az átmeneti szabályozás érvényesítését. Az időszakos változásokra vonatkozó dokumentációt az IAVF irattározza.

Jóváhagyás után a módosítást a kiosztási jegyzéknek megfelelően (16.sz. melléklet) az IEAF-ek részére kiadja. Egyúttal az etalon szabályzatot is karban kell tartani úgy, hogy a módosítások egyértelműen követhetőek és dokumentáltak legyenek.

## 8.2 Az adatkezelési rendszer karbantartásának szabályozása

*A Szabályzat szövegének minden egyes oldalán a láblécben szerepel a Verziószám egy egész és egy tizedes szám megjelölésével, (pl. Verzió 1.0, 1.1, stb.). **Az először kiadott Szabályzat az 1.0 verziószámú szabályzat.** Kisebbségi módosítások a tizedesszám esetenkénti előre léptetésével történnek. A 9-es érték elérésekor, vagy alacsonyabb értéknél, de jelentős szövegváltoztatásnál dönteni kell (IAVF javaslata alapján az igazgató főorvos) a következő verzió elkészítéséről és kiadásáról.*

A rendszer karbantartása három szinten történik:

### 8.2.1 A szabályzat karbantartása:

Mint azt az előző pont leírja, a rendszer illetve a szabályzat módosítását, korszerűsítését az időszakos rendszerellenőrzések megállapításai, észrevételek és problémák, panaszok, illetve a jogszabályok változásai, intézményen belüli adatvédelmet, illetve adatkezelést érintő szervezeti, vagy működési változások tehetik szükségessé.

A Szabályzatot a nyomtatott formán (hard copy) kívül mágneses lemezen is biztonságosan tárolni kell. Az informatikai vezető két nyomtatott példányt készít ETALON (jelölése: ETALON#1 000 és ETALON#2 000) a Szabályzat teljes szövegéről, beleértve a mellékleteket is. Az egyik példányt az IAVF-nél, a másik példányt az Igazgatósági Titkárságon kell megőrizni. Az Igazgatósági Titkárságon lévő etalon példányt zárt, lepecsételt borítékban, biztonságos és a felbontásra jogosultak által ismert helyen kell tartani. A borítékot csak a Intézmény igazgató főorvosa, illetve az IAVF bonthatja fel. **A szabályzatok szétszétválasztásához szükséges sokszorosítás csakis és kizárólagosan az IAVF etalon példányáról történhet (ETALON#1 000).**

A karbantartást az IAVF utasításai és megbízása alapján az informatikai vezető végzi. A karbantartás során végrehajtott változásokkal módosult verziók nyilvántartását és a változásokat az informatikai vezető manuálisan, vagy szoftvertámogatással nyilvántartja a követhetőség és esetleges visszaállíthatóság biztosítása érdekében. A változásokról az érintetteket tájékoztatják a 10. pontban meghatározottak szerint (felelős IAVF). Az etalon szöveghez viszonyított 30%-os változás esetén az IAVF az igazgató főorvosnak javaslatot tesz a Szabályzat következő verziójának kiadására. Egyetértés esetén az igazgató főorvos elrendeli a korábbi változat példányainak maradéktalan begyűjtését és megsemmisítését, valamint az új változat kiadását, melynek átvételét kiadási jegyzéken regisztrálnak (16.sz melléklet) . A



Szabályzat újabb verziójának kiadása előtt az IAVF elkészíteti az új etalon lemezt a korábban leírtak szerint. A sokszorosítás a fent leírt módon az új etalon lemezről történik.

### 8.2.2 Az Adatvédelmi Felelősi Rendszer karbantartása:

A személyi változások követése az IEAF bejelentése alapján valósul meg. Egyrészt írásban nekik kell jelezniük az IAVF felé a változást, másrészt az IAVF éves rendszerességgel a 6. sz. mellékletében bemutatott nyomtatvány felhasználásával biztonsági ellenőrzést végez, és ha kell aktualizálja az IEAF-ökről vezetett nyilvántartást. Új IEAF kijelölése esetén az IAVF előkészíti az írásos megbízást, amit a Intézmény igazgató főorvosa ír alá.

### 8.2.3 A Intézmény struktúraváltozása által szükségessé vált karbantartás:

Amennyiben a struktúraváltoztatás szükségessé teszi, hogy a Szabályzatot és a rendszert módosítani kell, a struktúra módosulással kapcsolatos változtatási igényről az IAVF tájékoztatja az igazgató főorvost. Az igazgató főorvos értékeli a javaslatot és dönt a módosításról, egyben a módosítással megbízza az IAVF-t.

## 9 DOKUMENTÁCIÓ

Az adatvédelmi rendszer adminisztrációját a kizárólagos célszerűsége kell minimalizálni! Ennek értelmében az ezzel kapcsolatos adminisztráció elemei az alábbiak:

### 9.1 IEAF-ek nyilvántartási listája.

A listát a 2. sz mellékleten bemutatott dokumentum segítségével kerül nyilvántartásra. Adatai: név, osztály, kapcsolódó egység/ek).

A lista naprakészségéről az IAVF gondoskodik. A változás bejelentése az egység vezetőjének a kötelessége. Az aktualitást az IAVF évente felülvizsgálja.

### 9.2 Betegdokumentációról kért másolatok nyilvántartása.

A dokumentum másolat kérésének regisztrálására szolgáló űrlap (ld. 4.sz. melléklet) célját és használatát részletesen leírja a 6.9 pont.

*(A rögzítendő adatok: osztály/egység neve, kérelmet kezelő ügyintéző neve, a beteg neve, ellátási eset-azonosító pl. TAJ, vagy törzsszám. milyen dokumentációról kér másolatot, keresést segítő információk (pl. születési év, hónap, nap, kórházi kezelés időpontja, vagy távozás ideje), másolatkérés indoka., kérelmező aláírása, illetve írásos kérelem esetében kinek történt az adat továbbítás, adat továbbítás időpontja, módja, adat továbbítás köre.)*

A Törvény figyelembe vételével írásbeli megkeresés alapján (pl. országos intézetek) sor kerülhet adat továbbításra. Ebben az esetben az írásbeli megkeresést és a kiadott dokumentáció megjelölését is nyilván kell tartani.

A dokumentum másolat kérésének regisztrálására szolgáló űrlap (ld. 4.sz. melléklet) megőrzése az iratkezelési csoportvezető kezelésében történik, aki évenkénti kiértékelést végez és ennek információja az IAVF éves jelentésében felhasználható (kért másolatok száma, befizetett összeg, problémák, javaslatok, stb.). A kalkulált és kitöltött űrlapokat az iratkezelési csoportvezető az éves jelentés elkészítéséig tárolja, utána az űrlapokat a Központi Dokumentumtárnak további megőrzés céljából átadja. Az űrlapok megőrzési ideje 5 év.

### 9.3 Az elutasított adatkérések nyilvántartása (és jelentése).

Olyan adatkéréseket, amelyeknél törvényes akadály merül fel a kiadással kapcsolatban, az iratkezelési csoportvezető az elutasítás eldöntése céljából az IAVF elé terjeszti be. Az elutasítási döntést és indoklást az intézmény jogtanácsosa is aláírja. A dokumentálás módja:

- írásban benyújtott kérelem esetén a kérelemhez csatolt elutasítási indoklás másolata (eredeti példányt a kérelmező kapja),
- szóbeli kérelem esetén a kérelmet regisztráló dokumentum másolatot igénylő űrlap –mely rögzíti az elutasítás indoklását- (ld. 4. sz. melléklet) .

Részletesebb indoklás esetén az indoklást csatolni lehet az űrlaphoz.

Az elutasított dokumentum másolat kérésekről célszerű egy külön egyszerű nyilvántartást vezetni, mert amennyiben a Miniszterelnöki Hivatal Adatvédelmi Biztosi Irodájától az elutasításokra vonatkozó jelentési felszólítás érkezik, a jelentést az archivált anyagból történő kikereséssel kell elkészíteni.

Ezeknek az adatoknak a megőrzési ideje 5 év.

### 9.4 Új munkatárs adatkezelési, adatvédelmi oktatásának nyilvántartása

A nyilvántartást az oktatás megtörténtét igazoló adatlapon kell rögzíteni (ld. 17. sz. melléklet).

Az űrlapon rögzített adatok: az oktatás tárgya, kelte, oktatott munkatárs neve, szervezeti egység, oktatást tartó neve, aláírása, tudomásul vétel aláírása, mellékelt segédanyag(ok) felsorolása). Az oktatást és nyilvántartást az IAVF által kijelölt és megbízott munkatárs végzi.

Az oktatás megtörténtét igazoló dokumentáció megőrzési ideje 5 év.

### 9.5 Elveszett, eltulajdonított, megsemmisült dokumentumokra vonatkozó feljegyzés

Dokumentum(ok) elvesztését, eltulajdonítását, egyéb úton történt megsemmisülését rendkívüli eseményként kezeljük és arról feljegyzést a 9. sz. melléklet dokumentumának segítségével készítünk.



## 9.6 Az archiválással kapcsolatos adminisztráció

Célja a dokumentumok egyszerű követhetősége. A teendők leírását a 6.10 pont részletezi.

## 9.7 Az ellenőrzések ütemezése

Az ellenőrzések tervszerűségét és megtörténtét, valamint az eltéréseket és szükséges intézkedéseket feljegyzésben kell rögzíteni (a Nyilatkozatokra vonatkozó ellenőrzés részletes leírását a 7. pont fogalmazza meg). Ellenőrzés tárgyát képezheti még a Szabályzat megfelelő érvényesítésének vizsgálata, a feltételrendszer ellenőrzése. Az eltérések visszaellenőrzési eredményének rögzítése intézményi szinten az IAVF feladata, ez a dokumentáció az intézményi éves adatvédelmi jelentés (beszámoló) mellékleteként kerül irattározásra. Az egységek szintjén az IEAF-ek kötelesek a garantált működtetés érdekében rendszeresen ellenőrizni. **Írásos feljegyzést az IEAF csak jelentős eltérés észlelése esetén készít.** A feljegyzés egy példányát az IAVF-hez juttatja el, másik példányát az osztályon/egységnél őrizik meg.

*Feljegyzendő eltérés az, ami jelzés ellenére is ismétlődik, hatása negatívan befolyásolhatja az egység, vagy az intézmény működését, megítélését, vagy az egységen belül nem helyesbíthető.*

## 9.8 Tudományos kutatási tevékenység céljából történő adatbetekintésre vonatkozó nyilvántartás.

Az adatkérések és a hozzájárulás, valamint a megfelelő adatkezelés kötelezettségének nyilvántartását a 18. sz. melléklet (AVSZ-M-18 dokumentum azonosító) dokumentumának felhasználásával végezzük.

## 9.9 A csornai Margit Kórházban a jelentési rendszer kötelező elemei az alábbiak:

### • IEAF-ek éves beszámolója

Előírt formájának betartása az egységesítés és összesíthetőség miatt kötelező. Az előírt formát a 8. sz. melléklet tartalmazza (Dok. azon.: AVSZ-M-08.)

Leadásának határideje: tárgyévet követő január 15.

Az éves beszámoló két példányban készül, melyből 1 példányt az IAVF-nek kell elküldeni.

### • IAVF éves beszámolója

Készíti: az IAVF. Leadásának határideje: tárgyévet követő január 31.

Egy példányát az Intézmény igazgató főorvosa kapja, a másodpéldányt az IAVF saját dokumentációjában őrzi meg.

### • Különleges eseményekről szóló jegyzőkönyv, feljegyzés, bejelentés.

Az IEAF által elkészített jelentés leadásának határideje az eseményt követő 72 órán belül,

amennyiben a sürgősség és az esemény jelentősége mást nem indokol.

Egy példányt az IAVF-hez kell eljuttatni, második. példányt az IEAF saját dokumentációs anyagában gyűjti. A jelentésről készült másolatot mellékletként az IEAF éves jelentéséhez csatolja, mint rendkívüli, jelentendő eseményt.

A feljegyzést a 9. sz. melléklet (Dok. azon.: AVSZ-M-09.) űrlapon és az ott megadott szerkezetben kell elkészíteni).

## 10 A SZABÁLYZAT ISMERTTÉ TÉTELE ÉS HASZNÁLATA

A Szabályzat az Intézmény minden munkatársa előtt nyitott. Az eredeti szabályzatról készült másolat valamennyi gyógyító-megelőző és azzal adatkezelési kapcsolatban lévő egységen kiadásra kerül és azt minden érintett munkatárs számára hozzáférhetővé kell tenni. A Szabályzatok kiadását és átvételét kiadási jegyzéken vezetik (16.sz. Melléklet). A módosítások kiadását és az érvénytelen szövegek visszavonását is ugyanennek a dokumentumnak a segítségével tartják nyilván. Egy másolati példánnyal a Központi Archiv Dokumentumtárat is el kell látni. A szabályzat tartalmát minden munkatársnak a munkaköréhez szükséges mértékben ismernie kell és annak előírásait köteles betartani.

## 11 HIVATKOZÁSOK

### Az egészségügyi adatkezelést meghatározó jogszabályi környezet

- 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról;
- 1996. évi XX. Törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról;
- 1997. évi XLVII. törvény (továbbiakban **AV Törvény**) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről;
- az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről;
- szakmai jogszabályokban elrendelt kötelező egészségügyi adatszolgáltatások (OSAP részeként);
- OEP szerződésben meghatározott adatközlések;
- Informatikai Tárcaközi Bizottság 8. sz. ajánlása;
- Az informatikai biztonságról (módszertani kézikönyv);
- Az új EU pre standard (CEN TC 251).

## 12 ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

Jelen szabályzat az intézmény igazgató főorvosának aláírása keltétől visszavonásig érvényes. A szabályzat ETALON példányainak (2 db.) nyomtatását, a szükséges másolatszám felmérését, valamint a sokszorosított szabályzatok szétoztását, és a szétoztás nyilvántartását, az érvénytelen szabályzatok bevonását az informatikai vezető végzi.

