

## EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MINT A LEVÉLTÁROS SZAKMA (EGYIK) NAGY KIHÍVÁSA

Az egészségügyi dokumentációról több mint tíz éve jelent meg egy alapos állapotfelvétel a *Levéltári Szemlé*ben.<sup>1</sup> Azóta többször is említésre került az egészségügyi dokumentáció tisztázatlan levéltárszakmai helyzete, legutóbb a hazai levéltárügy aktuális problémáit és tennivalóit módszeresen számba vevő *Problématérkép*ben.<sup>2</sup>

Írásom célja áttekinteni az egészségügyi dokumentáció problémakörét. A levéltárszakmai szemponttal kezdve először az egészségügyi dokumentum fogalmának megjelenését és kezelésének szabályozását mutatom be, majd az egészségügyi dokumentációt mint irattípust és annak tartalmát vizsgálom. A következő lépésben e speciális iratanyag jelenlegi helyzetét, mennyiségét és leőhelyét határolom be. Ezt követően e dokumentumtípus tartalmának hasznosítási lehetőségeit vázoló, néhány példán bemutatva eddigi felhasználási módjait az orvosi-gyógyítási szempontú elemzésektől az orvostörténeti, mentalitás- és társadalomtörténeti feldolgozásokig. Végül a levéltári mintavételnek a tárgykörben történő alkalmazására, mint e sajátos dokumentumtípus leginkább célravezető levéltári átvételi és megőrzési módjára teszek javaslatot.

### **Az egészségügyi dokumentáció fogalma és kezelésének szabályozása – történeti áttekintés**

Az egészségügyi dokumentációt, a levéltáros szakma címben szereplő nagy kihívását magában foglaló kifejezést az 1997. évi egészségügyi tárgyú törvények hívták életre. Az első, a XLVII. meghatározta, hogyan kezeljék az egészségügyi dokumentáció gyűjtőkategóriába tartozó iratok adattartalmát (a továbbiakban: Eüaktv), azok kiemelten érzékeny voltára tekintettel. Az egészségügyről szóló CLIV. törvény pedig tételesen meghatározta az egészségügyi dokumentáció fogalmát és az abba tartozó különböző irattípusokat. E két legmagasabb szintű jogszabály immár több mint két évtizede tart fenn olyan jogi szabályozási környezetet, amelyben nem biztosított egy valóban speciális információs státusú, valamint kétségtelen történeti maradandó értékű, ugyanakkor jelentős mennyiségű irattípus levéltári megőrzése.

---

<sup>1</sup> Fehér Csaba – Horváth J. András: Egy irattípus krónikus állapotban: a kórlapok. *Levéltári Szemle*, 2009. 2 sz. 33–51.

<sup>2</sup> Boross István – Gerhard Péter – Horváth J. András – Laczlavik György – Lux Zoltán – Sipos András: Iratképzők – maradandó értékű iratok – levéltárak. *Problématérkép. Levéltári Szemle*, 2019. 4. sz. 5–27., kül. 6–7.

Ezt a jelenleg fennálló helyzetet megítélésem szerint két megoldásra váró probléma jellemzi:

1) miként lehet e speciális információs státust biztosítani közlevéltári intézményi keretekben;

2) hogyan lehet a történeti maradandó értékű egészségügyi dokumentációt kiválasztani és véglegesen megőrizni az e feladatra elsődlegesen hivatott intézmény, a levéltár keretében.

Mielőtt e jelenleg is fennálló helyzet részleteit ismertetném, érdemes visszatekinteni a témakör szakmán belüli múltjának egyes részleteire. Amikor a két szakmai folyóirat, a *Levéltári Közlemények* és a *Levéltári Szemle* 1997 előtti évfolyamaiban rákerestem az egészségügyi dokumentáció kifejezésre és annak szinonimáira, azaz a betegdokumentáció, kórházi iratok, kórlap és kórtörténet szavakra, a következőket találtam. Érdemben egyetlen alkalommal került elő szűkebb szakmai vonatkozásban az irattípus, mégpedig a Művelődési Minisztérium szakigazgatási szerveként 1957-től működő Levéltári Osztály 1964–1965. évi munkatervében: „*a Selejtezési munkabizottság – egyéb feladatai mellett – a kórházi kórlapok és kórtörténetek forrásértékét megvizsgálja és a megőrzendő iratok kiválasztására és megőrzésére javaslatot dolgoz ki.*”<sup>3</sup> A két szakmai folyóiratban azonban a továbbiakban semmi nyoma annak, hogy ez a célkitűzés megvalósult volna. Mint majd látni fogjuk, erre valójában csak 2004-ben kerül sor. Az Új Magyar Központi Levéltár iratátvételi gyakorlatát tárgyaló egyik 1988-as közleményből azonban megtudjuk, hogy az egészségügyi intézményektől történő iratátvétel azért minimális, mert az általános levéltárak a szerző véleménye szerint nem rendelkeznek megfelelő kompetenciával a betegdokumentáció értékeléséhez és kezeléséhez, márpedig a gyógyító intézmények maradandó értékű iratait nagyrészt ez az irattípus képezi.<sup>4</sup>

Az 1990-es években viszont megjelenik az egészségügyi dokumentáció témája a *Levéltári Szemle* három referáló cikkében. 1990-ben Dóka Klára ismertette az *Archivmitteilungen* egyik írását, amely a Német Demokratikus Köztársaság egészségügyi dokumentációjának helyzetét tárgyalta.<sup>5</sup> 1993-ban G. Vass István hívta fel a figyelmet Gerhard Fichner *Archivar*ban megjelent alapos tanulmányára,<sup>6</sup> amely a gyógykezeléssel kapcsolatos levéltári anyagok forrásértékéről és hasznosításáról szólt, nemzetközi kitekintéssel. Végül 1996-ban Garadnai Zoltán a *La Gazette des Archives* folyóiratot szemlélve említette Valérie Poinsothe tanulmányát,<sup>7</sup> amely a francia kórházi levéltárak iratanyagát vizsgálta, és kitért ezeknek a jellegzetesen

<sup>3</sup> Balázs Péter: A Levéltári Osztály 1964–65. évi terv feladatai. *Levéltári Szemle*, 1964. 4. sz. 185–194., 192.

<sup>4</sup> G. Vass István: Az Új Magyar Központi Levéltár gyűjtőköre és iratbeszállítási politikája. *Levéltári Szemle*, 1988. 2. sz. 3–15., kül. 13.

<sup>5</sup> *Levéltári Szemle*, 1990. 2. sz. 77–78.

<sup>6</sup> *Levéltári Szemle*, 1993. 1. sz. 80.

<sup>7</sup> *Levéltári Szemle*, 1996. 1. sz. 49.

francia intézményeknek a levéltári rendszeren belüli helyzetére is. E cikkek mellett a szóban forgó iratokat (főként a kórházi számadások, illetve ápolási költségek adatait) leginkább a történetírás hasznosította.

A másik lényeges kérdés, hogy az iratok selejtezését, illetve levéltári átadását tárgyaló jogszabályoknak melyek az egészségügyi dokumentációra vonatkozó rendelkezései. Mind az 1952-es belügyminisztériumi utasítás, mind az ugyanazon évben kiadott egészségügyi minisztériumi (a továbbiakban: EÜM) utasítás a kórlapokat és a kórtörténeteket megőrzendőnek és levéltárba adandónak minősítette.<sup>8</sup> Az 1969-ben hozott levéltári törvény és a végrehajtására kiadott kormányrendelet minden állami szerv számára előírta az iratkezelési szabályzatok elkészítését és ezek kötelező mellékleteként az irattári tervek kialakítását. Ez utóbbiak tételekbe sorolták a szerv által keletkeztetett iratok fajtáit, és meghatározott idő után a selejtezésükre, vagy végleges megőrzésükre vonatkozó minősítéssel látták el ezeket az irattári tételeket. Az irattári terveket az ágazati minisztériumok által megszerkesztett minta iratkezelési szabályzatok mellékletét képező irattári tervek alapján kellett az iratképző szerveknek kialakítani.

Az egészségügy számára a 30/1971-es EÜM-utasítás határozta meg az irányadó mintaszabályzatot. Ennek mellékletét képezte az irattári terv, amely két tételcsoportba sorolta az egészségügyi dokumentációt, *fekvőbeteg*-ellátási ügyek és *járóbeteg*-ellátási ügyek megnevezéssel. A fekvőbeteg tételcsoportba szakellátási osztályonként külön-külön öt tételt határozott meg: kórtörténeti lapok, műtéti naplók (azon osztályokon, ahol végeznek műtéteket), tudományos szakdolgozatok, információs és statisztikai adatok összesítői, valamint betegfelvételi jegyzőkönyvek. Az első három tétel a „nem selejtehető, 50 év után levéltárba adandó” minősítést kapta, az információs és statisztikai adatok összesítőinek ugyancsak a nem selejtehető, azonban már 20 év után levéltárba adandó, míg a betegfelvételi jegyzőkönyveknek a „10 év irattári őrzés után selejtehető” minősítés jutott. A járóbeteg tételcsoportban csak két tételt találunk: betegnaplók-betegtörzslapok-orvosi látleletek, valamint betegforgalmi adatösszesítők, mindkettő esetében 25 év őrzés utáni selejtezés minősítéssel. Az 1997 előtti jogszabályok tehát egyértelműen rendelkeztek a fekvőbeteg-dokumentáció döntő részének levéltári megőrzéséről. Jelentékeny iratátadásra azonban nem került sor,<sup>9</sup> és nemcsak azért nem, mert az új rendszerű irattári tervek levéltári átadást meglehetősen hosszú irattári őrzés utáni írtak elő, de a korábban keletkezett iratokból is csak igen kevés került levéltárba.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Kántor Balázs: Egészségügyi dokumentáció kezelése és a levéltárak. (Szakdolgozat, Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Munkaügyi és Társadalombiztosítási Képzések Intézete.) Szeged, 2014, 15–16. Kántor Balázs disszertációja átfogóan tárgyalja az egészségügyi dokumentáció kérdéskörét, érvényre juttatva mind az adatvédelmi, mind a levéltárszakmai szempontokat és megfontolásokat.

<sup>9</sup> Uo. 18.

<sup>10</sup> Például a Szentesi Állami Levéltárba 1958 folyamán új fondként a Csongrád megyei közkórház sebészeti osztályának kórtörténetei (1933–1947). *Levéltári Híradó*, 1960. 3–4. 133.

## 1997 – az egészségügyi adatkezelés elvi rendszerének megfogalmazása

Az ebben az évben hozott három jogszabály, az egészségügyi dokumentációt a 3. és 136. paragrafusában tételesen meghatározó egészségügyi törvény, főképpen azonban az Eüaktv és ez utóbbi végrehajtására kiadott 62/1997. népegészségügyi minisztériumi rendelet egy új adatkezelési és adatvédelmi szabályrendszert alakított ki. Ez az orvosi titoktartás régi imperatívuszán alapulva a nemzetközi tendenciákkal összhangban igyekezett érvényt szerezni az információs önrendelkezés alapjogának az egészségügyi adatok vonatkozásában. Az átfogó szabályozás elsődleges szándéka kétségtelenül ez volt, noha a megvalósítás mikéntjét és részleteit számos kritika érte, elsősorban a jogvédő közéleti szereplők részéről. Szempontunkból lényeges momentum az adatvédelmi törvény felvezetésében megfogalmazott további indok, miszerint *„az egészségügyi adatokat bizalmi jellegűk, valamint a számítástechnika széles körű elterjedése miatt fokozott oltalomban kell részesíteni.”* Ez talán magyarázza azt is, miért nem illeszkedik az adatvédelmi törvény a hagyományos, papíralapú adathordozók archiválását szabályozó 1995. évi levéltári törvényhez (a továbbiakban: Ltv). Az Eüaktv 30. paragrafusa ugyanis az egészségügyi dokumentációt lényegében – de nem kimondva – kivonja a közlevéltári történeti-maradandó érték meghatározás levéltári törvényben szabályozott eljárása alól. Egyszerűbben fogalmazva: az egészségügyi dokumentáció megsemmisítéséről hozott döntésben levéltáros ezentúl nem vehet részt. A törvény szövege szerint: *„A kötelező nyilvántartási időt követően gyógykezelés vagy tudományos kutatás érdekében – amennyiben indokolt – az adatok továbbra is nyilvántarthatók. Ha a további nyilvántartás nem indokolt – a (2) bekezdés kivételével – a nyilvántartást meg kell semmisíteni.”* A hivatkozott 2-es bekezdés szerint pedig: *„Amennyiben az egészségügyi dokumentációnak tudományos jelentősége van, a kötelező nyilvántartási időt követően át kell adni a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár részére.”* Egyébként az iratképző is megőrizheti helyben a kötelező nyilvántartási időn túl is azokat a dokumentumokat, amelyek felhasználása a gyógykezelés vagy tudományos kutatás céljából indokolt (Eüaktv 30. §. 1. és 32. 2/i.). Azaz az egészségügyi dokumentációra külön eljárást rendel, figyelmen kívül hagyja a köziratok selejtezésének és levéltárba adásának eljárását, amelyet a levéltári törvény meghatároz, és amely 1971 óta az iratkezelési szabályzaton és irattári terven alapult. A külön eljárás részletesebb meghatározására a törvény a népjóléti minisztert hatalmazza fel.

A végrehajtási rendelet az adatkezelési szabályzat hatálya alá helyezi az egészségügyi dokumentáció körébe sorolható irattípusokat, azonban az iratkezelési szabályzat, illetve az Ltv. erre vonatkozó hatálytalanságát nem mondja ki. Rendelkezik viszont *„az egészségügyi dokumentáció, illetve a zárójelentés tárolásának, megsemmisítésének, archiválásának rendjé”*-ről, mint az adatkezelési szabályzat kötelező tartalmi eleméről (3. §. 1. h.). A két törvény illetékességének viszonyát tehát itt sem határozták meg, bár utóbbi kitétel sejteti egy önálló megőrzési metódus kiala-

kításának igényét. Ezt erősíti a rendelet 5. paragrafusa is, amely az Eüaktv egészségügyi dokumentációra vonatkozó *tudományos jelentőség* minősítését részletesebben határozza meg. Eszerint: „*az egészségügyi dokumentációnak az Eüaktv-ben előírt határidőt követően történő megőrzésére abban az esetben van lehetőség, ha [...] d) az érintett személy, vagy e) általános tudomány- és kultúrtörténeti okok miatt annak tudományos jelentősége van.*” (1-es bekezdés) Ezt a minősítést pedig a paragrafus 2-es bekezdése szerint a betegellátó részleg vezetőjének kezdeményezésére az intézményvezető állapítja meg. Ezek alapján az iratképző szervezeti egység és az intézmény vezetőjének megítélésén múlik, hogy a szervnél képződött egészségügyi dokumentáció közül a kötelező nyilvántartási idő leteltével mely, tudományos jelentőségűnek minősített iratokat ajánl fel átvételre az egészségügyi-orvosi szaklevéltárnak tekintett Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár (a továbbiakban: SOMKL) részére végleges megőrzésre. Azonban, mint előbb felhívtam rá a figyelmet, az iratképző szerv *indokolt* esetben maga is őrizheti tovább tudományos céllal is az általa ekként minősített egészségügyi dokumentációt. Alighanem ezt hivatott előmozdítani a rendelet „archiválási rend”-re vonatkozó fenti kitétele.

Az előbbieken alapján számomra úgy tűnik, hogy a jogalkotók a törvény és végrehajtási rendelete megfogalmazásakor elsősorban egy tervezett átfogó elektronikus egészségügyi nyilvántartási rendszer követelményeihez igazodtak, a hagyományos adathordozóknak a kérdésben vitt nem jelentéktelen szerepét lényegében nem vették figyelembe. Ez nem is maradt következmények nélkül az egészségügyi dokumentáció iratkezelése-irattározása területén. A következőkben azt tekintem át, miként alakult az egészségügyi dokumentáció kérdése levéltárszakmai területen 1998-tól, az Eüaktv és végrehajtási rendeletének hatályba lépését követően.

### **Iratkezelési helyzet az egészségügyi adatkezelési törvény után**

Mint láttuk, az Eüaktv előtti levéltári szabályozás szerint a fekvőbeteg-ellátási dokumentumokat hosszú megőrzési idő után lényegében teljes egészében levéltári megőrzésre jelölték ki az egészségügyi ágazat részére kialakított irattári tervben. Az adatvédelmi törvény ezzel szemben csak a zárójelentés számára ír elő ilyen hosszú kötelező megőrzési időt, a többi egészségügyi dokumentációt legalább 30 évig kell őrizni, ezután azonban minden ilyen adat megsemmisítendő – a fenti kivételekkel (30. §. 1. bekezdés). A 9/1999. (IV. 14.) számon, az Egészségügyi Minisztérium által az egészségügyi intézmények számára kiadott minta iratkezelési szabályzat irattári terve ugyan hivatkozik mind a levéltári törvényre, mind az Eüaktv-re, azonban alig követi ez utóbbi törvény előírásait. Ez a következőkből látszik:

- a „fekvőbeteg-ellátás ügyei” tételcsoporton belül a kórtörténeti lapok, a törzskönyvek és az anyakönyvi jelentések a „nem selejtezhető, határidő nélkül helyben őrizendő” irattári tétel besorolást kapták, a kórházi zárójelentések és

a betegfelvételi jegyzőkönyvek, elbocsátó igazolások pedig „50 év után selejtehető” minősítést,

- a „járóbeteg-ellátás iratai” közül a műtéti és ambuláns naplók „nem selejtehető 30 év őrzés után levéltárba adandó”, a betegnaplók, törzslapok, orvosi látleletek pedig „50 év őrzés után selejtehető” irattári tétel minősítést kaptak.

Eszerint mindössze a kórházi zárójelentések őrzési ideje felel meg az Eüaktv előírásainak. Másfelől az iratkezelési szabályzat azt preferálja, hogy a határidő nélkül helyben maradó tételeket őrizzék a keletkeztető szervnél, szemben az Eüaktv-nak a célhoz kötött adatkezelés szellemében megfogalmazott megsemmisítési rendelkezésével.

Az egészségügyi iratképző szervek többnyire követték a mintaszabályzat ajánlásait,<sup>11</sup> és sok vonatkozásban követik még ma is, noha a szabályzatot a 335/2005. évi kormányrendelet 2007-ben hatályon kívül helyezte, és pótlása azóta is várat magára.

Mindezzel együtt egyfajta szabályozási konfúzió alakult ki az egészségügyi dokumentáció megőrzése területén, amely két következménnyel járt: nem történt továbbra sem érdemi iratátvétel, és ezzel összefüggésben nem alakult ki iratértékelési gyakorlata az egészségügyi dokumentációnak.

Erre a helyzetre elsőként Lakos János hívta fel a szakma figyelmét a levéltári szakfelügyelet 1999. évi jelentésében. A vezető szakfelügyelő az alapvető problémát abban látta, hogy az Eüaktv által kijelölt SOMKL az adott helyzetében nem volt képes az egészségügyi dokumentáció tudományos jelentőségű maradandó értékű részének megőrzésére. Ezért „egy országos hatáskörű, az összes egészségügyi intézmény összes maradandó értékű iratát archiváló egészségügyi szaklevéltár” felállítását tartotta szükségesnek a kérdés megoldására.<sup>12</sup> Takács Edit a levéltárosok 2001. évi esztergomi vándorgyűlésén tartott előadásában sorra vette az egészségügyi dokumentáció aktuális iratkezelési problémáit.<sup>13</sup> Ő is megemlítette, hogy a SOMKL alkalmatlan az Eüaktv-ben rátestált feladat ellátására, de úgy látta, általában is hiányzik az iratértékelési, tartalomelemzési kompetencia az egészségügyi dokumentáció esetében. Ennek kialakulását hátráltatta az a korábbi szabályozás is, amely a kórlapok esetében 50 év őrzés utáni levéltári átadást szabott meg, ami ahhoz vezetett, hogy halogatták az egyébként egyre növekvő mennyiségű iratanyag

---

<sup>11</sup> Amely levéltárszakmai vélemény szerint „messze a legjobb” mintaszabályzat volt. Takács Edit: Az egészségügyi intézmények (kórházak, rendelőintézetek stb.) iratkezelésének tapasztalatai. In: *Magyar Levéltárosok Egyesülete 2001. évi vándorgyűlése. Esztergom, 2001. május 23–25.* Budapest, 2002, 9–32., kül. 44.; Fehér – Horváth: i. m. 35.

<sup>12</sup> „Nyilvánvaló, hogy lényeges fejlesztés nélkül a Semmelweis Orvostörténeti Levéltár a hivatkozott törvény konkrét rendelkezését sem tudja végrehajtani” – Lakos János: Jelentés a levéltári szakfelügyelet 1999. évi működéséről és ellenőrzési tapasztalatairól. *Levéltári Szemle*, 2000. 1. sz. 55–67., itt 58.

<sup>13</sup> Takács: i. m.

értékelését. A problémát azonban az új szabályozás nemhogy a megoldás irányába mozdította volna el, hanem a levéltárszakma ezirányú részkompetenciáját figyelmen kívül hagyta, és így az amúgy valóban nem egyszerű feladatot egyoldalú és ötletszerű eljárásá egyszerűsítette. Takács meglátása szerint azonban az egészségügyi dokumentáció tartalmi értékelését „csak valamennyi érintett (a kórházak illetékesei, orvosok, orvos-történészek és az önkormányzati levéltárak munkatársai) összefogásával lehet elvégezni”.<sup>14</sup>

A levéltári szakfelügyelet 2003. évi jelentésében ismét felmerült, hogy hiányzik egy tényleges országos egészségügyi szaklevéltár, mert a SOMKL nem tud eleget tenni az Eüaktv vonatkozó rendelkezésének.<sup>15</sup> Ekkor egyfajta áthidaló megoldásként a vezető szakfelügyelőben egy *ad hoc* vegyesbizottság szükségessége fogalmazódott meg, amelyben a levéltárosok, szakorvosok, gyógyszerészek és a szakigazgatás képviselői kapnának helyet, hogy a tudományos jelentőségű maradandó értékű egészségügyi dokumentáció helyzetét felmérjék.<sup>16</sup>

Végül 2004 szeptemberében az Önkormányzati Levéltárak Tanácsa (ÖLT) konferenciát szentelt az egészségügyi dokumentáció problémájának, ahol több előadás révén a kérdéskört átfogóan megvitatták. Némi szünet után, 2007-ben a tárgyat érintő tanácskozások ismét megindultak, majd 2008-ban széleskörű intézményközi munkacsoport jött létre, amely a korábbi alkalmak dokumentációját felhasználva három konzultációt folytatott ez ügyben.<sup>17</sup> Ezek során az egészségügyi dokumentáció megőrzésének perspektivikus kérdéseit tárgyalták meg. Szóba került az egészségügyi levéltár kialakítása, az egészségügyi dokumentáció megőrzése, a digitalizáció kérdése, az intézményi együttműködés és mindezek pénzügyi háttérének biztosítása. E megbeszélések egyik markáns intézményi szereplője az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI) volt, élén Kárpáti Zsuzsa főigazgatóval. Ez az intézmény megcélolta az országos egészségügyi levéltár feladatkörének kialakítását és ellátását. Alapja az a minisztériumi rendelkezés volt, amely az EKI-t jelölte ki a 2007-ben jogutód nélkül megszüntetett országos szakkórházak iratanyagának és adatállományainak kezelésére. Ennek az összesen több mint 23 ezer iratfolyóméternyi iratanyagnak a kezelése során szerzett szakmai rutin lett volna a teljeskörű szakterületi feladatellátás kiindulási alapja, amelynek továbbépítését a közlevéltárak szakmai támogatásával képzelték el. Azonban e tervek nem valósultak meg, az országos feladatkörű egészségügyi-orvosi szaklevéltárat mind a mai napig nem hozták létre. Pedig minden érintett szerint egy ilyen intézmény lenne a leginkább kézenfekvő és megnyugtató megoldás az egészségügyi dokumentáció archiválási problémájára.

---

<sup>14</sup> Takács: i. m. 47.

<sup>15</sup> Lakos János: Jelentés a levéltári szakfelügyelet 2003. évi működéséről és ellenőrzési tapasztalatairól. *Levéltári Szemle*, 2004. 1. sz. 68–80., itt 72–73.

<sup>16</sup> Kántor: i. m. 36.

<sup>17</sup> Fehér – Horváth: i. m. 37.

Az ÖLT égisze alatt szervezett fenti munkálkodás főbb eredményeit és következtetéseit tartalmazza Fehér Csaba és Horváth J. András fentebb már említett, *Egy irattípus krónikus állapotban: a kórlapok* című, a *Levéltári Szemlében* 2009-en megjelent helyzetlemző tanulmánya. Ez bemutatja annak a felmérésnek az eredményeit, amelyet 2008-ben végeztek a keletkeztető egészségügyi szervek irattáiraiban őrzött egészségügyi dokumentáció helyzetéről. Ismertetésére az alábbiakban, az egészségügyi dokumentáció irattípusának és iratállományának tárgyalásakor térek ki, most e szöveg gondolatmenetem szempontjából leglényegesebb, a jogszabályi feltételekre vonatkozó megállapítását emelem ki: „*A hatályos jogszabályok értelmében az 50 éven túli beteg-nyilvántartási iratoknak közlevéltárban lenne a helyük.*”<sup>18</sup> Ez felveti ugyanis azt az egész történetben fontos kérdést, hogy pontosan mire terjed ki az Eüaktv tárgyi/anyagi hatálya. Megítélésem szerint a jogalkotásról szóló 2010. CXXX. törvény alapján az Eüaktv a hatályba lépése előtt keletkezett köziratokra nem vonatozik, ezek az 1969. évi 27. törvényrendelet, annak végrehajtási rendelete (30/1969. kormányrendelet), illetve a 30/1971. EÜM-utasítás hatálya alá, tehát a közlevéltárak illetékességébe tartoznak. Ez természetesen további jogszabály-értelmezési kérdéseket vet fel elsősorban a közlevéltárba került és esetlegesen az ezt követően bekerülő egészségügyi dokumentáció kutathatóságával kapcsolatban.

### A 2010-es évek fejleményei az egészségügyi dokumentáció terén

Ennek az időszaknak a kezdetét az adatvédelmi biztos azon állásfoglalásához köthetjük, amelyet egy levéltáros tájékoztatási kérelmére adott arra vonatkozóan, hogy „*az egészségügyi szervek iratkezelésének ellenőrzése során törvénysértésnek minősül-e, ha forrásértékelési célból egészségügyi dokumentációkba tekint be – továbbá – az egészségügyi dokumentáció köziratnak vagy magániratnak minősül-e.*” A biztos így válaszolt a kérdésre: „*Tekintettel arra, hogy az egészségügyi intézményekben köziratnak csak az intézmény működésével összefüggő iratok számítanak – az egészségügyi adatok nem –, a levéltár ellenőrzési hatásköre csak az előbbiekre terjed ki. Az egészségügyi dokumentációkba – mivel azok nem minősülnek köziratnak – a levéltáros nem tekinthet be. (ABI-1985/2010/K).*”<sup>19</sup> A biztos kategorikus állásfoglalása aligha segítette a fennálló – általa nyilván nem is észlelt<sup>20</sup> – levéltárszakmai probléma megoldását. Álláspontja ahhoz a jogvédő doktrínához áll legközelebb, miszerint egészségügyi dokumentáció csak az érintett határozott rendelkezésére kerülhet levéltári megőrzésre.

<sup>18</sup> Fehér – Horváth: i. m. 44.

<sup>19</sup> Az Adatvédelmi Biztos éves beszámolója (2010), 156.

<sup>20</sup> Erre vall annak feltételezése, hogy a közlevéltári irattár(kórlaptár)-ellenőrzés reális adatvédelmi kockázatot jelentene. Mindenesetre ezen alkalmakkor az adatvédelmi megbízott jelenlétével gyakorlatilag a legkisebb kockázat is kizárható lenne.

2012-ben az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) új szereplőként lépett az egészségügyi dokumentáció történetébe. Az új intézmény a betegjogi képviselő hálózaton keresztül átfogóan felügyelte a betegjogok érvényesülését, másfelől pedig dokumentációs feladatkörében nyilvántartotta a megszűnt egészségügyi intézményeket. Ezek egészségügyi dokumentációjából adatot szolgáltatott, átvéve ezt a funkciót az ezt addig ellátó EKI-től, amely ettől kezdve csak adatfeldolgozóként működött ebben közre. Az OBDK dokumentációs feladatkörében adatkezeléssel kapcsolatos módszertani tevékenységet is kifejtett. E működés keretében két, közel azonos időpontban kiadott tájékoztatója érdekes szempontunkból. Az első a 2013. október 28-án keltezett *Módszertani útmutató az egészségügyi dokumentáció selejtezésének és megsemmisítésének ellenőrzéséről* (Útmutató), a második az ugyanazon év november 4-én kelt *Tájékoztató az egészségügyi intézmények részére a levéltárakkal kapcsolatban* (Tájékoztató). Mindkét dokumentumot dr. Novák Krisztina főigazgató jegyezte.

A „Valamennyi GYEMSZI [Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet] fenntartásában működő egészségügyi intézmény részére” megküldött Útmutató az első felében indoklás nélkül leszögezi, hogy az Ltv., valamint a 335/2005. kormányrendelet rendelkezései nem alkalmazhatók az egészségügyi szolgáltatóknál keletkezett egészségügyi adatokra. Ezek kezelésére az Eüaktv, a 60/2003. ESZCSM [Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium] és a 62/1997. NM [Népjóléti Minisztérium]-rendeletek vonatkoznak, amelyek meghatározásában az egészségügyi intézmények adatkezelését az egészségügyi adatkezelési szabályzataik alapján önálló adatkezelési rendszerként kell megszervezni, ezért e szabályzatok elkészítését írják elő kötelező jelleggel. E szabályzatok megalkotásához két vonatkozásban kívánt az Útmutató hozzájárulni: egyrészt az egészségügyi dokumentációnak az előírt határidőn túli megőrzésre érdemes része kiválasztásához, másrészt a selejtezési és megsemmisítési eljárásuk kidolgozásához. Az első vonatkozásban megemlíti azt is, hogy az Eüaktv-ben megjelölt levéltár, a SOMKL alapító okirata szerint nem illetékes ezen egészségügyi dokumentáció átvételére. A következőkben – többször is megismételve a levéltárak illetéktelenségét – az egészségügyi dokumentáció selejtezésére és megsemmisítésére fogalmaz meg igen részletes ajánlást a következő felvezetéssel: *„Bár a levéltári törvény nem vonatkozik az egészségügyi dokumentációt kezelő intézményekre, a dokumentumok selejtezésére és megsemmisítésére vonatkozó általános előírásokat célszerű figyelembe venni.”* (kiemelés – S. Cs.) A selejtezési eljárás elemei között ismét megjelenik a kötelező nyilvántartási időn túl megőrzendő dokumentáció kiválasztásának kérdése, amihez egy terjedelmesebb, ám jórészt általánosságokat tartalmazó lábjegyzet volt hivatott segítséget nyújtani. Az ajánlás végén pedig a következő zárómegjegyzés olvasható: a selejtezés alá vont *„dokumentáció előkészítésénél, értékelésénél a területileg illetékes közlevéltárat – szükség esetén – szaktanácsadásra fel lehet kérni”*. Az Útmutatót két eleme miatt mutattam be részletesebben: egyrészt azért, mert a leghatározottabban kimondja, bár nem indokolja a levéltárak illetéktelenségét az

egészségügyi dokumentáció terén, másrészt a SOMKL illetéklenné nyilvánításával azt sugallja, hogy a levéltári fogalmak szerinti maradandó értékű egészségügyi dokumentációt a keletkeztető szervnél „határidő nélkül” kellene megőrizni. Ez utóbbi lehetőség nem új gondolat, az egészségügyi dokumentáció ágazaton belül tartása már korábban megfogalmazódhatott, amire az orvosi titoktartási kötelezettség jelenthette a legfőbb érvet.<sup>21</sup> A kórházi levéltár létező és működő gyakorlat, mint fentebb láthattuk, a francia levéltári rendszerben például hosszú múltra tekint vissza. Mindenesetre nem ez az egyetlen megoldás. Az egységes adatvédelmi követelmények kialakítása és betartása jelentheti ennek a dilemmának a megoldását.<sup>22</sup>

Az alig egy héttel később szerkesztett Tájékoztató az egészségügyi intézményekben keletkező iratok két fajtáját, a működési és az egészségügyi dokumentációk különbözteti meg. A működési iratokra a *lex generalis*-nak tekintett Ltv. vonatkozik. Az egészségügyi dokumentáció – jóllehet közfeladatot ellátó szerv működése során keletkezett – mégsem tekinthető köziratnak, kezelését és védelmét *lex specialis*-ként az Eüaktv szabályozza. Minden jel szerint a Tájékoztató az Útmutató kiegészítésére szolgált, és a közlevéltárak egészségügyi dokumentáció tekintetében – és csak abban – fennálló illetéklenségének egyfajta elvi formalizmussal történő indoklását tartalmazta.<sup>23</sup> Hiszen nem indokolja meg, hogy a közlevéltári szabályozás miatt nem alkalmas az egészségügyi dokumentáció maradandó értékű részének kiválasztására az irattári terven alapuló selejtezési gyakorlat keretében.

Az OBDK színrelépése és markáns, mondhatni levéltárellenes álláspontja meg lehetőséget zavart keltett nemcsak a levéltárak, hanem a kórházak között is. Nemcsak a fenti dokumentumok nem túl koherens érvelése feltűnő, hanem az addig ki nem mondott jogszabályi tisztázatlanságok és ellentmondások meglehetősen radikális interpretációja is.<sup>24</sup>

Ennek a zavarnak a tisztázására szakmai konzultációra került sor az MNL Módszertani, Továbbképzési, Iratkezelés-felügyeleti Koordinációs Osztályának

<sup>21</sup> Kántor: i. m. 11.

<sup>22</sup> „Mint ezekből a példákából is kiderül, a nemzetközi gyakorlat azt mutatja, hogy egészségügyi ágazaton belül és azon kívül is őriznek egészségügyi dokumentációt. A megfelelő fokozott védelmi szintet mindkét esetben előírják.” Kántor: i. m. 51. A nemzetközi gyakorlat részletes elemzése jelentősen előrelendítheti az egészségügyi dokumentáció archiválási irányainak kidolgozását.

<sup>23</sup> Ennél tovább megy az indoklásban a *Jogtár* nevű elektronikus jogszabályi portálnak az Eüaktv 29. §-ához fűzött magyarázata: „Elvi éllal kell felhívni a figyelmet arra, hogy az Eüak. az Ltv.-hez képest a specialitás viszonylatában áll. Az Ltv. hatálya főszabályként csak a köziratokra terjed ki [...], a magántitok egyik fajtáját (egészségügyi adat) is magában foglaló, magániratnak is minősülő egészségügyi dokumentációra nem. Utóbbi szabályos vezetésének ellenőrzésére a közlevéltár nem jogosult hatóság; és az ennek vezetésére vonatkozó iratkezelési szabályzatot sem kell az illetékes közlevéltárral egyeztetni, és az egészségügyi dokumentációra nem terjed ki a 335/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet hatálya sem.” Kommentár, 6. Iratkezelés, 2. bekezdés.

<sup>24</sup> A levéltári szakma részéről ezt észrevételezte Haraszi Viktor: Gyűjtőterületi szubjektív – A gyűjtőterület egyes kérdései egy városi levéltár szemszögéből. *Levéltári Szemle*, 2014. 2. sz. 13–30., kül. 14–16.

közreműködésével.<sup>25</sup> A tanácskozáson két kérdést vitattak meg: 1) az egészségügyi intézmények működési iratainak közirat-minősége és közlevéltári illetékessége, 2) az egészségügyi dokumentáció selejtezésével kapcsolatos illetékesség. A megbeszélés három napirendi pontja a következő volt: a) a jogszabályi környezet alakulása; b) a levéltárárett egészségügyi dokumentációval kapcsolatos megyei levéltári tapasztalatok és vélemények; c) MNL-szintű álláspont kialakítása a kérdésben.

A jogszabályi helyzetet Kántor Balázs (Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára – MNL OL) mutatta be részletekbe menően. Előadásának a tanácskozás tárgyára vonatkozó végkövetkeztetése szerint a maradandó értékű egészségügyi dokumentáció megőrzésére két lehetőséget tud elképzelni: valóságos egészségügyi szaklevéltár létrehozása vagy „szabályozott, vagyis az érintett szereplőkkel kötött megállapodáson alapuló együttműködés keretében közlevéltári részvétel a lejárt őrzési idejű egészségügyi dokumentumok iratmentés jellegű átvételében”.<sup>26</sup>

A megyei levéltárak észrevételeikben nehezményezték, hogy az OBDK fent tárgyalt dokumentumait számos iratképző szerv félreértelmezte, és ezért a működési iratok esetében is vitatta a közlevéltár illetékességét. Ezt azonban az OBDK – mint előbb szó volt róla – egyértelműen tisztázta, sőt ezen dokumentumok megállapításai valójában minden esetben az egészségügyi dokumentációra vonatkoztak. Számos további fontos észrevétel hangzott el a megyei levéltárosok részéről, ezek közül csak a gondolatmenetem szempontjából érdemieket emelem most ki:

- egyes megyei levéltárak a fondegység elvét követve egészségügyi dokumentációt kisebb tételben átvettek, és a jövőben is vennének át iratmintaként;
- az 1950-es években kezdett erősen növekedni az egészségügyi dokumentációs iratanyag, egyben ezek a leginkább veszélyeztetett állagúak is;
- egyes megyei levéltárak folyamatosan részt vesznek az egészségügyi iratok, köztük az egészségügyi dokumentáció selejtezésének jóváhagyásában, sőt bizonyos irattípusokat át is vettek;
- felmerült a nem betegellátó-gyógyító, de közfeladat-ellátó egészségügyi intézmények, mint például a háziorvosi, betegszállítási, véradási és más szervek által keletkeztetett egészségügyi dokumentáció kezelésének és megőrzésének kérdése,
- felmerült az is, hogy 50 év őrzés után kevés orvostudományi jelentősége lehet az egészségügyi dokumentációnak, sokkal valószínűbb történeti hasznosításuk.

Innentől kezdve az események felgyorsultak: 2017. január 1-jétől az OBDK Integrált Jogvédelmi Szolgálat néven mint az EMMI önálló szervezeti egysége működik, 2017. január 31-ével pedig megszűnt a SOMKL mint önálló levéltár. Ez

---

<sup>25</sup> Kocsis Piroska: Szakmai koordinációs megbeszélések a Magyar Nemzeti Levéltárban. *Levéltári Szemle*, 2015. 3. sz. 9–32., kül. 11–16.

<sup>26</sup> Uo. 13.

utóbbi szükségszerűen vezetett az Eüaktv 30. paragrafusára vonatkozó bekezdéseinek módosításához (2017. évi CLXXX. tv. 5. §.), miszerint a SOMKL helyett az „illetékes levéltár” veszi át a tudományos jelentőséggel bíró egészségügyi dokumentációt. Ettől kezdve ismét egyértelmű közlevéltári feladat az, hogy gondoskodjanak az iratképzőknél lévő nem csekély és nem kis részben kétséges állagú egészségügyi dokumentáció sorsáról. Az eddigiekben bemutatott történet véleményem szerint számos támpontot nyújt ennek sikeres megoldásához.

## **Az egészségügyi dokumentáció mint irattípus**

Ebben a fejezetben azt veszem szemügyre, milyen iratokat foglal magába az egészségügyi dokumentációnak nevezett gyűjtőfogalom, ezek létrehozására milyen szabályok vonatkoznak és mi ennek a gyakorlata, milyen a formátumuk, milyen rendben kerülnek tárolásra, továbbá mi az adattartalmuk, és ezek a tartalmak miként kapcsolódnak egymáshoz.

Az egészségügyi dokumentáció gyűjtőfogalom, amelyet az 1997. évi CLIV., az egészségügyről szóló törvény vezetett be. Korábban betegnyilvántartás, betegdokumentáció, orvosi dokumentáció megnevezések alatt találjuk ezeket az iratokat. A hatályos egészségügyi törvény a következőképpen határozza meg ezt:

### *„Dokumentációs kötelezettség*

136. §. (1) A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

(2) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni

a) a betegnek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatait,

b) cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, valamint – ha a beteg kéri – a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogató nevét, lakcímét, elérhetőségét, továbbá kiskorú, illetve a cselekvőképességet részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,

c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,

d) az első vizsgálat eredményét,

e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,

f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,

g) egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,

h) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,

- i) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
  - j) a beteg gyógyszer-túlérzékenységére vonatkozó adatokat,
  - k) a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
  - l) a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
  - m) a beleegyezés [15. §. (3) bekezdés], illetve visszautasítás (20–23. §.) tényét, valamint ezek időpontját,
  - n) minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.
- (3) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:
- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
  - b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
  - c) az ápolási dokumentációt,
  - d) a képzőképző diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
  - e) a beteg testéből kivett szövetmintákat.

137. §. Az egészségügyi szolgáltató

- a) több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően az ellátás adatait összefoglaló zárójelentést,
- b) miniszteri rendeletben meghatározott járóbeteg-szakellátási tevékenység befejezésekor, a beteg ellátásával és gyógykezelésével kapcsolatos összefoglaló adatokat tartalmazó ambuláns ellátási lapot készít és – a 14. §. (1) bekezdésében foglalt eset kivételével – azt a betegnek átadja.”

A fentiekben meghatározott különböző dokumentumok létrehozásának követelményeit és adattartalmának kötelező elemeit a 60/2003. ESZCSM-rendelet 4. melléklete írja elő, amelyet az 1/2012. EMMI-rendelet 9. paragrafusa iktatott be.

Az 1997-es törvény előtti időszakra nézve a pontos szabályozás még feltárandó. Annyi valószínű, hogy kevésbé látszik egységesnek, alacsonyabb jogszabályok vonatkoztak a dokumentációs gyakorlatra. Az 1972-ig hatályban levő 8/1959. (XII. 31.) EÜM-rendelet 8. paragrafusa rendelkezik az orvos dokumentációs kötelezettségéről,<sup>27</sup> valamint az 1950-ben elfogadott Kórházi Működési Szabályzat intézkedik arról, hogy a kórlapot a segédorvosnak kell vezetni, az alorvos és a főorvos csak konzultációt és ellenőrzést végez e téren.

---

<sup>27</sup> „8. § (1) Az orvosnak az általa vizsgált és gyógykezelt betegekről írásbeli feljegyzést – lehetőleg kartotékot kell vezetnie. A kartotékon (feljegyzésben) a következő adatokat kell feltüntetnie: a beteg nevét, életkorát és lakáscímét, a vizsgálat, illetőleg a gyógykezelés napját, a kórelőzményt, a diagnózist és a gyógykezeléssel kapcsolatos fontosabb adatokat. (2) Annak az orvosnak, aki műtéti beavatkozásokat végez, a beavatkozásokról pontos feljegyzést (műtéti naplót) kell vezetnie. (3) A kartotékokat (feljegyzéseket), valamint a műtéti naplót az orvosnak a rendelési időn kívül elzárva kell tartania olyképpen, hogy ahhoz más személy hozzá ne férhessen, mert ezek adataira is kiterjed a titoktartás kötelezettsége.”

Az *Orvosi Hetilap* az 1960-as években több cikkében is foglalkozott az orvosi dokumentáció létrehozásával. Ezen írásokban<sup>28</sup> általános az a vélemény, hogy a dokumentáció gyenge színvonalú, amit három okra vezettek vissza: elégtelen az erre vonatkozó szabályozás, az orvosi jelenségeknek nincs egységes besorolási fogalomrendszere, valamint az orvosképzésben nem zajlik erre vonatkozó alapos felkészítés.<sup>29</sup> Ez utóbbi azáltal válik igazán problematikusá, hogy a kórlapvezetés az amúgy is túlterhelt kezdő orvos feladata. Ugyanakkor a szövegek hangsúlyozzák, hogy az orvosi dokumentációnak több funkciója van: nemcsak a gyógyítási-megelőzési és az ehhez kapcsolódó tudományos munkában hasznosulhat, hanem az igazságügyi-törvényszéki vonatkozásai (műhibaper, látlelet, gyógyulási időtartam, transzfúziós szövödmény stb.) hasonlóan fontosak lehetnek.<sup>30</sup> Lényeges megállapítása e szövegeknek, hogy „a kórtörténet tartalmi és formai szempontból szakmánként változik. Ez nyilvánvaló. Másként készíti a belgyógyász a szívbetegének és másként a sebész a sérvműtetre beutalt betegének a kórrajzát, a kórelőzmény szempontjából épp úgy, mint a jelen állapot, vagy kórlefolyás szempontjából.”<sup>31</sup> De szakágon belül szükséges lenne az egységesítés, amit a nyomtatványok és a fogalmak egysége által lehetne elérni. Szóba került a kórlapok nyilvántartásának kialakulatlansága, szabályozatlansága is.<sup>32</sup>

Az orvosi dokumentáció alaptípusainak alábbi általános értelmezése hasznos lehet az egészségügyi dokumentum alá sorolt iratok értékeléséhez:

„A kórlap Magyarországon az egy beteg egy kórházi osztályon történő ellátása során keletkező adatokat összesítő dokumentumot jelenti. A kórlap az orvosi dokumentáció eszköze.

Nálunk a járóbeteg ellátásban és az alapellátásban nem kórlapról, hanem betegkartonról szoktunk beszélni. A különbség az, hogy a betegkarton az egy beteghez tartozó összes információt idősorosan tartalmazza, nem kötődik ellátási epizódhoz.

<sup>28</sup> Hársing László – Szuchowszky Gyula: *Orvosi Hetilap*, 1963. 39. sz. 1846–1849.; Iványi János: *Orvosi Hetilap*, 1963. 39. sz. 1865.; Wirth Ferenc: *Orvosi Hetilap*, 1964. 20. sz. 950.; Veress Sándor: *Orvosi Hetilap*, 1964. 20. sz. 950.; Osváth Gábor: *Orvosi Hetilap*, 1968. 48. sz. 2711–2715. – ez utóbbi cikk szintetizálva a korábbi véleményeket és megállapításokat, szisztematikusan kifejti a kórlapvezetés – általa vélt – *legjobb gyakorlatát*.

<sup>29</sup> Érdekes történeti adalék, hogy ez utóbbi nem mindig volt így: a betegségtörténet-írást mint kötelező gyakorlatot, osztrák minta alapján 1784-ben a pesti orvoskaron is bevezették. Az orvostanhallgatóknak klinikai gyakorlatuk zárásakor két-három betegségtörténetet kellett írniuk. Krász Lilla: *Theoria medica és praxis medicae*. A tudásközvetítés változó útjai a medicinában a 18. század második felében. *Századok*, 2017. 1025–1042., kül. 1034–1035. E betegségtörténetek közül több mint ezer fenn is maradt: Rédei Ildikó: *Historiae Morborum (Kórtörténetek a 18–19. századból)*. Budapest, SOTE Levéltár, 2016.

<sup>30</sup> Iványi: i. m. 1866.

<sup>31</sup> Wirth: i. m. 51.

<sup>32</sup> Veress: i. m. 951.

A kórlap szerkezetét többnyire íratlan szakmai szabályok határozzák meg, ezek egy része általános, illetve egy-egy orvosi szakmára jellemző, más része pedig az adott kórházi osztály helyi tradícióján alapul.

Minden esetben tartalmazza a kórlap

- a beteg személyi adatait,
- az anamnézist, vagyis kórtörténetet (a jelenlegi panaszokat, a kórházba kerülés okát, korábbi betegségeket, műtéteket, illetve a beteg családjában, környezetében előforduló bizonyos betegségeket, továbbá az egészségügyi szempontból jelentős szokásokat, étkezés, alkoholfogyasztás, dohányzás stb.),
- a státust (*status praesens*) vagyis a beteg felvételi állapotát a fizikális vizsgálatnak megfelelően,
- a dekurzust, vagyis a beteg állapotváltozásának leírását idősorosan,
- az elvégzett összes vizsgálatok eredményét (pl. laboratóriumi vizsgálatok eredményét, a képpalkotó vizsgálatoknak legalább a szöveges leírását, de esetenként magát a képet is stb.),
- az epikrizist vagyis az ellátási eset összefoglaló leírását, amely a betegnek távozásakor átadandó zárójelentésbe is belekerül.

Műtétes szakmák esetében – amennyiben történt műtéti beavatkozás, akkor a műtéti leírás is része a kórlapnak.

A kórlapokat jogszabályban meghatározott ideig őrizni kell. A kórlaptárolás módját szintén szakmai szabályok szerint kell végezni, a visszakereshetőség érdekében. A tárolás általában a betegek távozási sorrendjének megfelelően, idősorosan történik, de szokás a beteg esetleges korábbi kórlapjait az utolsóhoz csatoltan tárolni, így ha a beteg visszatér ugyanarra az osztályra, könnyebb az összes korábbi adatát megtalálni.”<sup>33</sup>

„A zárójelentés az ellátási eset lezárásakor a betegnek átadandó dokumentáció, amely a kórlap kivonatának tekintendő. A klasszikus felfogás szerint a zárójelentés levél a kezelőorvos kollégának, amely összefoglalja a beteg ellátásával kapcsolatos tudnivalókat és a későbbi teendőket (javasolt gyógyszerelések folytatása, előírt kontrollok stb.). A zárójelentés ma már egyformán szolgálja a kezelőorvos és a beteg tájékoztatását.”<sup>34</sup>

Fontos kitérni arra is, hogy nemcsak a szakellátásban, hanem az alapellátásban, különösen a házi orvosi ellátásban is képződik egészségügyi dokumentáció, betegkárton,<sup>35</sup> amelyben – elvileg – jelentős és széleskörű kórtörténeti adataggregálás

<sup>33</sup> Egészségügyi Fogalomtár. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Kórlap> (Utolsó letöltés ideje: 2020. október 11.)

<sup>34</sup> <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Zárójelentés> (Utolsó letöltés ideje: 2020. október 11.)

<sup>35</sup> Eüaktv 29. §. (4). A házi orvos a hozzá bejelentkezett beteg kórtörténetében tartja nyilván annak – általa ismert – valamennyi egészségügyi adatát. Lásd továbbá: 4/2000. EÜM-rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről, 18. §. (1). Az MNL-ben az egészségügyi

valósulhat meg, ráadásul viszonylagos területi állandósággal is lehet számolni az ellátottak nagy részének esetében.

Az 1997 utáni orvosi vagy egészségügyi dokumentációs gyakorlatra nézve is található információ az *Orvosi Hetilap*-ban: például 1999-ben egy szerzői közösség a budapesti Szent István Kórház 204 betegének dokumentációját vizsgálta az egészségügyi minőségbiztosítási rendszer kiépítésének egyik első fázisaként.<sup>36</sup> Eredményeik szerint a dokumentáció színvonala általánosságban nem volt kielégítő, ezen belül jelentős különbségeket találtak például osztályonként. A kórlapok tartalmi részeit tekintve „meglepően gyakran hiányzott a családi anamnézis”, aminek okát a szerzők abban látták, hogy ennek az orvosok nem tulajdonítanak kellően nagy jelentőséget. További három, azonos tematikájú cikk is megjelent ebben a hetilapban 1999 és 2006 között, amelyek az egyik sajátos egészségügyi dokumentáció-típus, a boncolási jegyzőkönyvek és a kezelés során keletkeztetett adatok párhuzamos elemzését végezték el, a klinikai és kórbonctani diagnózisok egyezését vizsgálva.<sup>37</sup> Ezek az elemzések irányítják rá a figyelmet a boncolási jegyzőkönyvre mint irattípusra, ami az egészségügyi dokumentáció része, bár ez nincs a fenti jogszabályokban egyértelműen megnevezve. Az egészségügyi törvény 219. paragrafusának 5. bekezdése határozza meg a kórbonctani vizsgálat célját, a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. kormányrendelet 31. paragrafusának 3. bekezdése pedig meghatározza a vizsgálat során felvett jegyzőkönyv tartalmi elemeit. (Ez utóbbiakat részletesen az Egészségügyi Minisztérium *A pathológiai tevékenység minimális dokumentumai* címmel 2008-ban kiadott módszertani levele tartalmazza.)<sup>38</sup> Ezen paragrafus következő bekezdése előírja, hogy a jegyzőkönyvet epikrízissel kell lezárni, és abban meg kell határozni a) a kórlefolyás megállapítható menetét, b) a halál közvetlen okát és az arra vezető okot, c) a halál alapjául szolgáló betegséget, d) az egyéb lényeges (kísérő) betegségeket, valamint ki kell térni e) „a kezelőorvos által megjelölt és a kórbonctani vizsgálat során megállapított halálloki diagnózisok összehasonlítására, eltérés esetén azok lehetséges okaira”. Ehhez a kezelőorvos „valamennyi korábbi orvosi dokumentáció összegyűjtése és értékelése alapján összefoglalja a teljes kórtörténetet” (28. §. 3. és 5. bekezdése).

---

dokumentáció tárgyában 2014-ben tartott megbeszélésen Nagy Szabolcs (MNL Veszprém Megyei Levéltára) hívta fel ennek jelentőségére a figyelmet.

<sup>36</sup> Keller László et al: A fekvőbetegek orvosi dokumentációjának minőségellenőrző vizsgálata a Fővárosi Szent István Kórházban. *Orvosi Hetilap*, 1999. 11. sz. 593–596.

<sup>37</sup> Bassim Ali: Stroke betegek klinikai és patológiai jellemzői (felmérés 1990–1994-ből). *Orvosi Hetilap*, 1999. 2. sz. 475–481.; Simon Judit – Rudas László – Iványi Béla: A kórbonctani vizsgálat szerepe a klinikai diagnózis igazolásában intenzív osztályos beteganyagban. *Orvosi Hetilap*, 2001. 10. sz. 2373–2376.; Bély Miklós – Apáthy Ágnes: Szövődmények és társult megbetegedések reumatoid arthritisben – 234 elhunyt beteg patológiai és klinikai adatainak retrospektív elemzése. *Orvosi Hetilap*, 2006. 6. sz. 1063–1076.

<sup>38</sup> Készítette az Országos Pathológiai Intézet és a Pathologus Szakmai Kollégium.

Az e szabályozás alapján készített boncolási jegyzőkönyv elvileg tehát az egészségügyi adatok összegzését tartalmazza.

A fenti nagyszámú dokumentumtípust személyi iratgyűjtőben (betegkarton) tartja az iratképző, a *kórlap* vagy *kórtörténet* megnevezés lényegében ezt az irategyeséget jelenti a gyakorlatban. Magának az iratgyűjtőnek is tartalmi jelentősége lehet: több esetben ezen rögzítették a részletes anamnézis adatokat.<sup>39</sup> Az egyes kórlapok terjedelme érthetően eltérő lehet, függően a gyógykezelés fajtájától és hosszától. Egy beteg vagy ellátott különböző eseteinek kórlapjait egyesíthetjük is a nyilvántartásban. Az egészségügyi dokumentáció tárolása különböző rendezőelvek szerint történik: például az iratok keletkezése vagy a beteg elbocsátása, létezik azonban név vagy születési év szerinti, esetleg valamilyen azonosítószámmal (jellemzően a betegkartonéval) képzett rendszerezési mód is. A leendő iratértékelés és mintavétel vagy a digitalizálás szempontjából igen fontos lenne ezek pontos rögzítése. Meg kell említenem, hogy nemcsak személyi karton (dosszié) rendszerű kórházi dokumentáció keletkezett. A betegkartonnal párhuzamosan változatos céllal számos naplójellegű regisztrációs dokumentumfajta képződött a betegfelvételi könyvtől a betegtörzskönyvön, a műtéti naplón át a különböző szűrő- és alkalmassági vizsgálatok naplójáig. Ezek az iratfajták azonban sokkal inkább a gyógyintézmény betegellátó működését jellemzik, mint az egyes beteg kezelésének adatait összesítő kórlapok, kórtörténetek. Azaz legalább annyira tekinthetők működési iratnak, mint egészségügyi dokumentációnak.

### **Az egészségügyi dokumentáció irattári helyzete**

2008-ban az Önkormányzati Levéltárak Tanácsa kezdeményezésére átfogó országos felmérés készült az iratképzők őrizetében található egészségügyi dokumentációról.<sup>40</sup> Ennek során 13 megyéből és a fővárosból 97 értékelhető kérdőívet küldtek vissza a megkeresett egészségügyi szolgáltatók, amelyek a háziorvosi rendelő kivételével működési formájukat tekintve a legszélesebb intézményi körből kerültek ki, köztük volt 63 kórház is.<sup>41</sup> Nem érkeztek adatok a Baranya, Békés, Csongrád, Fejér, Heves és Komárom-Esztergom megyei betegellátó intézményektől, továbbá nem küldtek adatot az országos szakkórházak sem. A szerzők becslése szerint a felmérés révén a betegellátási intézményekben tárolt kórlapoknak mintegy 2/5-éről szereztek információt, ez összességében 105 iratfolyókilométernyi kórlapot jelentett akkor. Ebből 103,6 iratfolyókilométer volt kórházaké. A teljes mennyiségből 1978 utáni 71,4 kilométer, 1957 előtti 2,4 kilométer egészségügyi dokumentáció, amely között második világháború előtti, sőt 19. századi is volt. A szerzők álláspontja szerint az 50 évnél régebbi, akkor 2,5

---

<sup>39</sup> Fehér – Horváth: i. m. 36.

<sup>40</sup> Uo. 38–43., 47–51.

<sup>41</sup> Uo. 40. Részletes adataikat lásd a 47–51. oldalon lévő táblázatban.

iratkilométernyi kórtörténetet a területi levéltáraknak feltétlenül át kellene venniük. Az átvétel, illetve a nem papíralapú megőrzés (digitalizálás, adatbázis stb.) lehetőségeit is felvázolták közleményük végén, továbbá szorgalmazták, hogy hozzanak létre valamilyen dokumentációs szakintézményt (egészségügyi- orvosi levéltárat). Véleményem szerint is nagyon indokolt a régebbi egészségügyi dokumentáció átvétele, a legrégebbiek felől kezdve. Ezek esetében már semmilyen „nem tudományos”, azaz adatszolgáltatási kötelezettség nem merül fel, tehát ezt a jelenlegi jogszabályi bizonytalanság mellett is meg kellene lépniük a levéltáraknak.

Az említett országos szakkórházak közül jelenleg nyolc tartozik az MNL Iratkezelés-felügyeleti Osztály (IFO) illetékességébe. Az általuk őrzött egészségügyi dokumentáció tekintetében az IFO szervnyilvántartásának *szervlátogatási és szervellenőrzési* dokumentációját vizsgáltam át. Ennek eredményeként megállapítottam, hogy a jelenleg működő kórházak közül az alábbiak őriznek jelentős mennyiségű egészségügyi dokumentációt:

<i>intézet</i>	<i>időkor</i>	<i>ifm</i>	<i>segédlet</i>
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet	1933–	2280	n. a.
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet	1952–2004	2000	1998-tól számítógépes nyilvántartás
Országos Sportegészségügyi Intézet	1954–2017	1750	n. a.
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	1957–2002	955	van, 1991-től számítógépen

A megszűnt országos szakkórházak esetében jelentős problémát okoz annak megállapítása, hol lelhetők fel ezek egykori egészségügyi iratai. Ez alól kivételt jelentenek a 2007-ben megszüntetett országos egészségügyi intézetek iratai, mivel ezeket az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI) vette át, amely 2016 végén megszűnt, jogutódja az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Egészségügyi Készletgazdálkodási Főosztálya lett. E szervezeti egység irattárának legértékesebb anyaga az Országos Neurológiai és Pszichiátriai Intézet egészségügyi dokumentációja. Ezek az iratok 1869 és 1945 között keletkeztek. Magukba foglalják az első, valamint a második világháború éveit, mennyiségük közel 100 iratfolyóméter. Az iratok 80 százaléka kórrajz. Bizonyos kórrajzok fényképeket, német nyelvű dokumentumokat is tartalmaznak. Az iratállomány fennmaradó 20 százalékát naplók teszik ki. Ezek két típusra oszlanak: ápolási és működési naplókra. Az ápolási naplón belül az alábbi típusokat különböztethetjük meg: felvételi napló, ambuláns beteg könyv, apadási könyv, főorvosi index. A működési naplók közé ápolói törzskönyv, leltárnapló, ápolói vizsgakönyv, személyzeti törzskönyv tartozik. Az iratok digitalizálása az őrző intézmény közlése szerint folyamatban van. Ezen iratok lehe-

tőség szerinti átvételét az IFO az MNL OL 1945 előtti Kormányzervek Főosztályával együttesen tervbe vette.

A 2008-as egészségügyi dokumentáció iratfelmérési adataiból kiindulva országosan kb. 250 iratfolyókilométerre becsülhető az iratképzőknél akkor őrzött egészségügyi dokumentáció mennyisége.<sup>42</sup> Ez mára kétségkívül tovább gyarapodott, mivel az elektronikus dokumentációs gyakorlat csak lassan épül ki. E sajátos iratanyag kiemelkedő mennyisége, illetve az iratképzőknél fennálló fokozottan veszélyeztetett helyzete mindenképpen sürgős cselekvési tervet igényel.

Véleményem szerint a több mint 10 évvel korábbi felmérés megismétlésére lenne szükség, természetesen a hiányzó megyékre is kiterjesztve. Erre azért is sort kellene keríteni, mert szükséges lenne kidolgozni az iratértékelési szempontokat és a levéltári cselekvési lehetőségeket. Egy újabb, kiterjesztett felmérés ügyében az IFO már megkezdte a tájékozódást az Állami Egészségügyi Ellátó Központ illetékes osztályán, ahol kedvezően fogadták ezirányú felvetésünket. Ugyanakkor a levéltári, elsősorban a megyei iratállományban levő egészségügyi dokumentáció pontos felmérésére is szükség van, mivel a szerves irategyüttesek kialakításához tudnunk kell, hol van érdemben tovább gyarapítható értékes kórtörténeti iratanyag, és ezeknek mik a jellemzőik.

### **Az egészségügyi dokumentáció tudományos hasznosításának irányai és lehetőségei**

Az egészségügyi dokumentáció elsődleges funkciója az egészségmegőrzés és gyógykezelés elősegítése (Eüaktv 4. §. 1. bekezdés), ezen túlmenően, mintegy másodlagosan a törvény (2. bekezdés) jelenleg még 27 egyéb adatkezelési célt is megnevez. Utóbbiak közül a d) pont alatt szerepel a „hatásvizsgálati célú anonimizálás és tudományos kutatás”. Ennek részleteiről a 21. paragrafus rendelkezik, és pedig úgy, hogy az iratképző intézménynél tárolt egészségügyi dokumentációba az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős engedélyével be lehet tekinteni, azonban tudományos publikációban nem szerepelhetnek egészségügyi dokumentációs adatok olyan formában, hogy az érintett személy azonosítható legyen. Azonban a dokumentációról még e célból sem készülhet személyazonosító adatokat is tartalmazó másolat. E paragrafus szerint tehát az iratképző intézménynél a kötelező őrzési idő alatt viszonylag laza feltételek mellett történhet tudományos célú feldolgozás. A tudományos kutatás azonban lehetséges a kötelező őrzési időn túl is, ha az Eüaktv 30. paragrafusa 1) bekezdése szerint az adott egészségügyi dokumentáció továbbőrzése indokolt a keletkeztetőnél tudományos kutatás céljából. A végrehajtási rendeletet figyelembe véve valószínűsíthető, hogy az iratképző intézmény vezetője az a személy, aki dönt a fenti kérdésekben. Ezzel kapcsolatban feltehető, hogy a kötelező őrzési időn, a 30 és 50 éven belül az orvostudományi

---

<sup>42</sup> Uo. 44.

vizsgálatok legtöbbje elvégezhető, az ezen az időtávon túlterjeszkedő retrospektív vizsgálatok ritkák. De feltehetjük, hogy ilyen esetekre vonatkozna az 1) bekezdés szerinti *indokoltság*. A 3) bekezdésben szereplő *tudományos jelentőség* behatárolására pedig a végrehajtási rendelet vonatkozó pontjai szabatosan értelmezhetők, azaz „d) az érintett személy, vagy e) általános tudomány- és kultúrtörténeti okok miatt annak tudományos jelentősége van” (5. §. 1. d–e.). Értelmezésem szerint tehát a 30–50 éves időtávon túli, egyértelműen történeti relevanciájú iratok esetében van szó levéltári megőrzésről. Vagyis olyan iratok esetében, amelyek értelmezése és értékelése magas szintű történeti ismereteket is feltételez.

A fenti megkülönböztetés alátámasztására korlátozott szakirodalmi áttekintést végeztem az egészségügyi dokumentáción alapuló publikációk között.<sup>43</sup> Ennek eredményeként az alábbi markáns feldolgozási, megközelítési módokra találtam példákat.

- Az *Orvosi Hetilap*ban viszonylag nagy esetszám alapján történt orvosi-gyógyítási szempontú elemzésekre sok példa található. Ezek közül a legnagyobb esetszámot feldolgozó, alaposan megírt tanulmányt hozom példaként: a Heim Pál Gyermekkórházba az 1961 és 1970 közötti tíz évben mérgezéssel felvételre került 6004 gyerek kórlapjai kerültek számítógépes analitikus feldolgozásra.<sup>44</sup> Egy-egy konkrét betegség hasonló retrospektív vizsgálatára egy-kétszáz fő egészségügyi dokumentumát magában foglaló adatmintán számos példa található az orvosi szakma hetilapjában. Ezek lehetnek azok a tudományos feldolgozások, amelyeket az iratkeletkeztetőnél végeznek el a kötelező őrzési idő alatt.
- A leggyakoribb és a legnagyobb múltra visszatekintő műfaj az egyes kiemelkedő történeti személyiségek kórrajza. Erre legjobb példa Semmelweis Ignác betegségének és halálának historiográfiája, nemcsak azért, mert az orvostörténet kimagasló alakja, hanem azért is, mert halála körülményeinek tisztázása komoly orvostörténeti munkálkodást igényelt.<sup>45</sup>
- A legnagyobb történeti érdeklődés leginkább talán az elmebetegség iránt tapasztalható, főként az ismert történeti személyek, leginkább a művészek vonatkozásában. Egyes személyeken túlmenő, több egyénre kiterjedő nagyobb mintán előbb Frank Tibor végzett úttörő vizsgálatot az egykori

<sup>43</sup> Az Arcanum Digitális Tudománytár segítségével kerestem rá az *egészségügyi dokumentáció, orvosi dokumentáció, beteg-dokumentáció*, továbbá a *kórlap, kórtörténet és boncolási jegyzőkönyv* kifejezésekre.

<sup>44</sup> Kamarás Ilona – Timár Krisztina – Hornyák Mária: Hatezer gyermekkori mérgezésről. *Orvosi Hetilap*, 1976. 33. sz. 1996–2000.

<sup>45</sup> Antall József: Semmelweis kórtörténete nyomában. *Orvosi Hetilap*, 1977. 15. sz. 857–858.; Silló-Seidl György: Semmelweis kórtörténete az Alsó-Ausztriai Elmeegógyintézetben. *Orvosi Hetilap*, 1977. 15. sz. 859–862. Lásd továbbá az *Orvostörténeti Közlemények* 83–84. számú tematikus kötetét (1978. 1–2. sz.).

Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet régi kórlapjai alapján; az 1868 és 1918 közötti időszak mintegy félezer betegének dokumentációját dolgozta fel, célirányosan kiegészítve egy vidéki kórház néhány kiemelkedő jelentőségű kórlapjával.<sup>46</sup> Nem sokkal később Pisztor Ferenc immár egy 3194 betegre kiterjedő kórlapfeldolgozás alapján elemezte a skizofrénia és a paranoid kórformák gyógyítását ugyanazon időszakra nézve.<sup>47</sup> Utóbb ezen előzményeket is hasznosítva Kövér György írt elmeorvosintézeti kórlapok feldolgozásán alapuló pszicho-társadalomtörténeti tanulmányt.<sup>48</sup>

- Végül Csapody Tamásnak a bori zsidó munkaszolgálatosokról írt tanulmányát említem a példák között, amelyben a 7. M. kir. szombathelyi 3. honvéd helyőrségi kórház 1930 és 1945 közötti iratait is nagyban használta az egykori üldözöttek sorsának felderítéséhez.<sup>49</sup> Ez az írás egy különleges történelmi helyzet különleges szereplőiről szól, és bár szó esik benne Radnóti Miklósról is, de alapvetően egy történeti kényszerrel elkülönített embercsoport válságos életszakaszát tárja fel. A tanulmányban jellemzően nagy szerepet kapnak a kórházi iratok mint egészségügyi dokumentáció.

Az egészségügyi dokumentáció tudományos felhasználásának a fenti példákkal jellemzett ismertebb eljárásai jelenthetik a levéltári megőrzésre történő kiválasztásnak a rendelet fenti kitételével megegyező szempontjait.

### **Konklúzió: mintavétel**

A 2009-ben 250 folyókilométernyire becsült egészségügyi dokumentációs irat archiválási lehetőségeit mérlegelve a Fehér–Horváth szerzőpáros írásuk végén négy lehetőséget vázolt fel, amelyek közül meggyőződésem szerint a második, a „részleges megőrzés” a járható út, kiegészítve a negyedikként említett „képi digitalizálás, alapadatokkal” lehetőséggel. A részleges megőrzés a „maradandó értékűnek tekinthető dokumentáció válogatási, selejtezési szempontjainak meghatározását,

---

<sup>46</sup> Frank Tibor: A pszichiátriai kórrajz mint történeti forrás. *Világosság*, 1978. 4. sz. 239–247. Későbbi időszakra vonatkozó, hasonló témakörű feldolgozás Kovai Melinda 2010-ben megvédett PhD-disszertációja: *Politika, hatalom és tudás a Kádár-korszak pszichiátriai kórrajzaiban*. 2010. (Kézirat, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola).

<sup>47</sup> Pisztor Ferenc: A schizofrénia és a paranoid kórformák gyógyítási kísérletei a monarchia korabeli Magyarország különféle pszichiátriai intézményeiben. *Orvostörténeti Közlemények*, 92. évf. 1980. 53–87. Ebben a kötetben további pszichiátriai kórlapokon alapuló elemzések olvashatók az előbbi szerző és munkatársai tollából.

<sup>48</sup> Kövér György: Hysteriától a tébolyodottságig. Klára és Emma párhuzamos esettörténete. *Korall*, No. 21–22. 2005. november, 68–96.

<sup>49</sup> Csapody Tamás: A bori zsidó munkaszolgálatosok Szombathelyen és környékén. *Vasi Szemle*, 2013. 3. sz. 278–321.

valamint a leválogatás végzését” jelenti.<sup>50</sup> Ezzel egyetértek, de véleményem szerint a maradandó érték meghatározása jelenti ez esetben (is) az igazi levéltárszakmai feladatot. Az előbbi felhasználási példák nyújtanak némi információt erre nézve, de az ismert személyek és a sorsdöntő történelmi időszakok meghatározása önmagában kevésnek tűnik. Mivel adattartalmát és szerkezetét tekintve az egészségügyi dokumentáció viszonylag homogén irattípus, meggyőződésem szerint a mintavétel jelentheti a kérdés megoldását.

Felfogásom szerint ugyanis mintavételre akkor van lehetőség vagy szükség, ha az iratok információtartalma nem arányos azok mennyiségével (azaz redundáns), így az átveendő vagy tárolandó iratmennyiség csökkenthető anélkül, hogy az információtartalom érdemben csökkenne. Ehhez azonban módszeres kiválasztásra van szükség, vagyis az alapsokaságból úgy kell „elemeket kiválasztani, hogy ezeknek az elemeknek a leírásai jól jellemezzék a teljes sokaságot, amelyből az elemeket kiválasztottuk”.<sup>51</sup> Azaz törekedni kell a minta reprezentativitására: „egy minta akkor reprezentálja azt az alapsokaságot, amelyből vették, ha a minta összesített jellemzői jól közelítik a sokaság ugyanezen összesített jellemzőit.”<sup>52</sup>

Ez mint levéltári művelet lényegileg különbözik az iratválogatástól, amikor meghatározott egyedi szempontok szerint történik egyes iratok kiemelése például az ismert emberek vagy a kiemelt korszakok esetében, továbbá „iratminta”-ként az iratképző szerv működési dokumentációjának mintegy illusztrálására. Mindamellet mindkét eljárásra szükség van az egészségügyi dokumentáció archiválásának megoldásakor.<sup>53</sup>

A fenti okfejtés eredményeként az egészségügyi dokumentáció archiválásának kérdésében az alábbi lépések megfontolását javaslom az ebben érintettek számára:

1) *Az egészségügyi dokumentációs iratanyag felmérése*

- a 2008-as iratfelmérés kiterjesztett megismétlése, amelynek igénye már az MNL 2014-es szakmai koordinációs megbeszélésén is felvetődött;
- a megyei levéltári iratanyag ilyen irányú részletes feltárása és forrásértékelése.

2) *Az archiválási szempontok meghatározása*

- a legrégebbi, 1945 előtti egészségügyi dokumentációs iratanyag mielőbbi átvétele, különösen a naplójellegű iratoké;

---

<sup>50</sup> Fehér – Horváth: i. m. 45.

<sup>51</sup> Earl Babbie: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest, 2003, 213.

<sup>52</sup> Uo. 212.

<sup>53</sup> A fenti eljárások pontos megkülönböztetését lásd Terry Cook: „Many are called, but few are chosen”: Appraisal Guidelines for Sampling and Selecting Case Files. *Archivaria*, 1991, Summer, 25–50., kül. 27–28.

- az egészségügyi dokumentáció iratmintaként történő, korlátozott mennyiségű levéltári átvétele azokban a levéltárakban, ahol már őriznek korábbi működési iratokat;
- az egészségügyi dokumentáció átvétele azokban a levéltárakban, ahol korábbi időszakból már őriznek számottevő mennyiségben ilyen irattípust – ezekben az esetekben alaposan megfontolandó a mintavétel alkalmazása;
- tervezett mintavétel olyan adatkoncentráció vagy -sűrűsödés esetén, amely révén lehetőség nyílik egyéni szintű – nemcsak egészségügyi, hanem egyéb – adatok személy szerinti összekapcsolására. Itt olyan időben kiterjedt mikro-szintű (egyéni, települési, regionális, területi) nominális adatokra gondolok, amelyek alapján részletesen kialakított minták állíthatók össze adott kutatási kérdések tesztelésére, akár iratként, akár digitalizált formátumban hasznosítva adattartalmukat. Ilyen kutatások hosszútávú folyamatok vizsgálatát, időbeli trendek megállapítását tűzhetik ki célul. Ezek elsősorban a haláloki változások felderítését célozhatják területi, környezeti-lakóhelyi, demográfiai, iskolázottsági-foglalkozási, jövedelmi-vagyoni, kulturális-életmódbeli, genetikai stb. szempontok szerint. Másfelől az egészségmegőrzés, -megelőzés és a fejlődési rendellenességek kiküszöbölése területén felmerülő elemzési szempontokhoz lényegi ismeretek nyerhetők az egészségügyi dokumentáció idősoros adataiból. Általában pedig az egészségi jellemzők történeti változását területi-társadalmi csoportok szerinti vetületben lehet nyomon követni ezen adatok mind szélesebb körű feldolgozásával. Mindezt természetesen tekintettel azokra a közegészségügyi intézkedésekre, orvosszakmai fejleményekre, amelyek meghatározták az egészségügyi ellátás és hozzáférés területi-társadalmi viszonyait. Ezekről pedig az egészségügyi intézmények működési iratainak feldolgozásával szerezhetünk átfogó ismereteket.
- A fenti differenciált mintavétel megvalósításához azonban egy alapkérdés tisztázására feltétlenül szükség lesz: a különböző betegségek és az ezeket gyógyító szakágak dokumentációit tekintve felállítható-e, illetve felállítandó-e prioritási sorrend. Az e kérdésre adott válasz határozza meg azt, hogy a mintavételnél milyen arányt kell kialakítani a betegségek, a gyógyítási eljárások és a betegek reprezentációinál.

3) *Az archivált egészségügyi dokumentáció adathasznosításának jogszabályi garanciái*

- Mindehhez azonban szükséges, hogy a levéltárak garanciát tudjanak adni az egészségügyi dokumentáció fokozott adatkezelési követelményeinek biztosítására, az érintett személyek kilétének titokban tartására. Ehhez arra van szükség, hogy a levéltári őrizetben levő és feldolgozása kerülő egészségügyi dokumentáció kutatási feltételeit a nemzetközi gyakorlattal összhangba hozva speciális módon szabályozzák.

## **HEALTHCARE DOCUMENTATION AS A (ONE) MAJOR CHALLENGE IN THE ARCHIVAL PROFESSION**

The aim of the study is to review the current problem of archiving healthcare documentation (medical records, hospital records, clinical records). First, according to the archival professional point of view, I present the concept of healthcare document and the regulation of its management, and then I examine the healthcare documentation as a record type and its content. In the next step, I delineate the status, quantity, and locations of this special record. Next, I outline the possibilities of utilizing the content of this particular type of document, showing some examples of its usage, from medical-healing analyzes to medical, mental, and social history processing. Finally, I recommend the use of archival sampling in this area as an option for the most expedient preservation of this particular type of document.