

PARECER N.º 54 /2011

I) Introdução

O Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros pede o parecer da CNPD acerca dum projecto de proposta de lei relativo ao tratamento de informações de saúde.

Afirma-se, na exposição de motivos do diploma, que através dele se pretende estabelecer um justo equilíbrio entre a protecção da privacidade e as finalidades a prosseguir mediante aquele tratamento, nomeadamente no tocante às prestações de cuidados de saúde, investigação científica, protecção de saúde pública ou avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde.

Todavia, decorre do texto do diploma que o objecto é a criação de bases de dados de saúde na ACSS, a interconexão da informação de saúde com a informação fiscal e com a informação contributiva, o que deverá, naturalmente, constar da exposição de motivos, sob pena de a mesma não reflectir o articulado.

Acresce que, não obstante constarem em exposição de motivos as finalidades de investigação científica e protecção de saúde pública, nada no articulado regula esta matéria, nem sequer qualquer referência lhes é feita.

II) Síntese do Projecto

a) Objecto (artigo 1.º)

O diploma afirma ter em vista regular o tratamento de dados em bases de informação de saúde com fins administrativos, e ocupa-se, ainda, de regular a interconexão de dados entre o SNS, a administração fiscal e a segurança social, com vista a assegurar a rigorosa atribuição de benefícios de saúde.

Acrescenta-se, a propósito (n.º 3), que para além das situações previstas no diploma pode ainda haver interconexão de dados, nos termos da lei, mediante autorização da CNPD.

b) Âmbito de aplicação (artigo 2.º)

O diploma tem em mira aplicar-se a todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, e ainda às entidades que, em razão das atribuições que prosseguem, do seu objecto social ou das actividades que exercem, recolham informação de saúde ou tenham registos da mesma relevantes no âmbito do SNS.

**c) Definição de informação de saúde e informação pessoal
(artigo 3.º)**

A proposta de lei em preparação distingue entre “informação de saúde”, relativa à saúde, presente ou futura, de pessoa viva ou morta, e “informação pessoal”, respeitante à identidade da pessoa, como nome, sexo, estado civil e morada.

d) Bases de dados administrativos de saúde (artigo 4.º)

Prevê-se que podem ser criadas bases de dados administrativas de saúde de âmbito nacional, designadamente para avaliação dos estabelecimentos, atribuição de benefícios ou controlo dos pagamentos.

Essas bases podem conter informação relevante sobre actividades relativas à saúde, nomeadamente:

- Prestações de saúde realizadas;
- Prescrições médicas;
- Dispensa de produtos farmacêuticos;
- Realização de meios de diagnóstico e terapêutica e outras prestações complementares;
- Transporte de doentes;

- Identificação de médicos e outros profissionais de saúde;
- Identificação de estabelecimentos de saúde;
- Identificação de utentes.

Podem ainda constar destas bases informações sobre a condição dos utentes para acesso às prestações de saúde.

Especifica-se que a conexão entre os vários níveis de acesso nestas bases só pode ocorrer para consecução de certa finalidade devidamente justificada pelo órgão máximo do serviço.

Declara-se que a criação destas bases e a eventual interconexão com outras bases de dados está sujeita à autorização da CNPD, de acordo com a Lei n.º 67/98, a qual, nos termos do número seguinte, deve ser dada no prazo 30 dias sob pena de deferimento tácito.

e) Requisitos das bases de dados administrativas de saúde

(artigo 5.º)

Prescreve-se que deve ser garantida a separação entre a informação de saúde e a restante informação pessoal, através da definição de diferentes níveis de acesso e salvaguarda de confidencialidade da informação delas constante.

Para este efeito devem ser assegurados os requisitos de confidencialidade e inviolabilidade estipulados na legislação de protecção de dados.

O tratamento de dados de saúde, no termos do n.º 3, apenas pode ser realizado por médicos ou outros profissionais de saúde sujeitos a sigilo profissional.

f) Interconexão de dados com a Administração Fiscal

(artigos 6.º e 7.º)

1. Caracterização desta interconexão

Prevê-se a interconexão de dados entre a ACSS e a DGCI para:

- a) Atribuição de benefícios em matéria de prestações de saúde, nomeadamente isenção e redução de taxas moderadoras ou regime geral de comparticipação.
- b) Acções de fiscalização.

Podem ser objecto de interconexão os seguintes dados:

- Cadastro e identificação;
- Rendimentos e despesas.

Admite-se que outras categorias de dados possam ser objecto de interconexão, mediante autorização da CNPD

2. Regime da interconexão entre ACSS e DGCI (artigo 7.º)

É criada junto da DGCI uma base de dados interconectados com o SNS, e junto da ACSS uma base de dados interconectados com a administração fiscal para a saúde.

A transmissão de dados é efectuada mediante controlo de acesso entre os sistemas informáticos e com prévia autenticação das entidades responsáveis pelo tratamento das bases de dados criadas por este diploma (BSNS e BDIAFS).

O acesso ocorre “*on line*” em tempo real, sendo apenas permitido a pessoas credenciadas pela DGCI e ACSS – os responsáveis pelo tratamento – mediante código de utilizador e palavra - passe.

O projecto prevê que a DGCI e a ACSS registem, em média, pelo menos uma em cada dez consultas, para efeitos de controlo da sua legitimidade.

A concretização da cooperação, coordenação e procedimentos entre a DGCI e a ACSS será objecto de protocolo.

g) Direitos de acesso e rectificação (artigo 8.º)

São garantidos os direitos de acesso e rectificação às bases de dados criadas por aplicação deste diploma – o qual pode implicar o exercício dos direitos de acesso e rectificação às bases de dados originários destes organismos.

III) Apreciação

A) Considerações prévias sobre tratamento de dados de saúde

1. Natureza da Informação

O direito à reserva da intimidade da vida privada, entre outros direitos pessoais, está previsto no artigo 26.º da Constituição.

A caracterização deste direito, à falta de uma definição legal do conceito de "vida privada", foi, entre outros, feita no Acórdão n.º 355/97 (Acórdãos do Tribunal Constitucional, 37.º vol., págs. 7 e segs.), seguindo os Acórdãos n.ºs 128/92 e 319/95, publicados nos Diários da República, II Série, de 24 de Junho de 1992 e de 2 de Novembro de 1995, respectivamente, nos seguintes termos: "*o direito a uma esfera própria inviolável, onde ninguém deve poder penetrar sem autorização do respectivo titular*".

Nesse Acórdão n.º 355/97, afirma-se expressamente que "*os dados de saúde integram a categoria de dados relativos à vida privada*".

O direito à intimidade tem sido igualmente entendido, na doutrina, como "*o direito que toda a pessoa tem a que permaneçam desconhecidos determinados aspectos da sua vida, assim com a controlar o conhecimento que terceiros tenham dela*" (Lucrecio Rebollo Delgado, "El derecho fundamental a la intimidad", Dykinson, 2000, pag. 94).

Segundo Gomes Canotilho e Vital Moreira ("Constituição da República Portuguesa Anotada", 4.^a ed. revista, Coimbra, 2007, Vol.1, pág.467, nota X ao artigo 26.^o), este direito " analisa-se principalmente em dois direitos menores: (a) o direito a impedir o acesso de estranhos a informações sobre a vida privada e familiar e (b) o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a vida privada e familiar de outrem".

Com efeito, " em princípio, o direito à reserva da intimidade da vida privada incluirá (...) também um dever de respeitar o segredo, isto é, a proibição de acções com o objectivo de tomar conhecimento ou de obter informações sobre a vida privada de outrem, que devem ser consideradas intrusivas ", incluindo obviamente os " elementos respeitantes à saúde" (Paulo Mota Pinto, "A Protecção da Vida Privada e a Constituição", in Boletim da Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, vol. LXXVI, págs. 153 e segs.)

No mesmo sentido vai a jurisprudência do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (cfr. Hanspeter Mock , "Le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance (art 8.^o CEDH) à l'aube du XXIe siècle" in Revue des droits de l'Homme , vol. 10, n° 7-10, 15/12/98, pág. 240).

Também o direito convencional se pronuncia sobre o direito ao respeito pela vida privada e familiar.

A *ratio* do artigo 8.^o da CEDH é a da protecção das pessoas designadamente face a interferências das autoridades públicas, cuja intromissão se deve nortear pelo Princípio da Intervenção Mínima, na área dos direitos protegidos.

Sem que esteja garantida esta protecção as pessoas que carecem de assistência médica poderão sentir-se dissuadidas de revelar informações relevantes de carácter íntimo, ou mesmo dissuadidas de procurar assistência médica, prejudicando, por esta via, a sua própria saúde e, em última análise, a saúde da comunidade, pondo em causa a saúde pública.

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina – Convenção de Oviedo ratificada em Portugal pelo Decreto 1/2001, de 3 de Janeiro, como fonte ético-jurídica de natureza convencional, veio estabelecer no seu artigo 2.º o primado do ser humano, ou seja, a prevalência dos interesses e do bem-estar do ser humano quando conflitue com os interesses da sociedade e da ciência.

Na mesma Convenção também se encontra consagrado o direito ao respeito pela vida privada, relativamente a informações sobre a saúde (artigo 10.º, n.º 1).

Ademais, tratando a presente proposta de matéria relativa a direitos, liberdades e garantias, sempre se aplicará o regime previsto no artigo 18.º, n.ºs 2 e 3 da CRP, que impõe que a sua restrição só pode ser efectuada por lei, limitada ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos (n.º2) e não pode diminuir a extensão e alcance do conteúdo essencial desses direitos fundamentais.

É, assim, claro que o direito à intimidade da vida privada pode ser limitado em resultado da sua harmonização com outros direitos fundamentais ou com outros interesses constitucionalmente protegidos, no respeito pelo princípio da proporcionalidade, em termos de se considerarem admissíveis, em certas circunstâncias e para finalidades determinadas.

2. Princípio da Proporcionalidade

O princípio da proporcionalidade impõe à Administração a prossecução do fim legal em termos adequados e proporcionais aos objectivos a realizar, devendo adoptar-se a justa medida, dentre as medidas necessárias e adequadas para atingir esses fins e prosseguir esses interesses, que implique menos sacrifícios ou perturbações à posição jurídica dos administrados.

A ponderação dos interesses em causa impõe que a opção legislativa se revele como o meio adequado para o fim visado, salvaguardando, por um lado, o direito à protecção dos dados pessoais e de outros direitos fundamentais dos titulares e, por outro, os

interesses visados, devendo ser atingido um justo equilíbrio que não afecte o conteúdo essencial dos direitos em presença.

Esta ponderação exige, em primeiro lugar, colocar em presença o direito à dignidade, à privacidade e à protecção dos dados pessoais de todas as pessoas, enquanto direito fundamental inscrito expressamente no catálogo dos direitos, liberdades e garantias individuais, face ao interesse público subjacente ao projecto.

A generalização da utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), o crescente potencial de recolha, conservação e manuseamento da informação através destas tecnologias são, sumariamente, factores que trazem alguma instabilidade ao consenso alcançado no “contrato social” no que respeita aos direitos fundamentais e ao papel do Estado e dos poderes públicos na protecção e promoção dos direitos, liberdade e garantias dos cidadãos.

Neste domínio, os princípios da precaução, prevenção e da proporcionalidade estão interligados. A ponderação à luz do princípio da proporcionalidade – ponderação da adequação, necessidade (indispensabilidade) e proibição do excesso - requer a prévia consideração dos princípios da prevenção e da precaução e o levantamento das questões que estes dois princípios suscitam, nomeadamente através de estudos de risco e de impacto relativos à possibilidade do conhecimento pela administração do estado de saúde dos seus cidadãos e a introdução de interconexões de informação de saúde com outra informação sujeita a sigilo, como é a informação tributária e contributiva.

3. Princípio da Finalidade

Intimamente relacionado com a aferição da proporcionalidade e adequação de qualquer tratamento de dados pessoais está a concreta finalidade que subjaz ao tratamento em causa, sem a qual tal juízo carece de suporte.

A finalidade é um elemento determinante para aferição da admissibilidade e condicionantes dos tratamentos de dados pessoais.

Como dispõe a alínea b) do artigo 5.º da Lei n.º 67/98, os dados pessoais objecto de tratamento devem ser recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas, não podendo ser posteriormente tratados de forma incompatível com essa finalidade.

4. Especiais garantias

i. Sigilo médico

O artigo 68.º do Código Deontológico dos Médicos prescreve que:

“1. O segredo profissional abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do Médico no exercício do seu mister ou por causa dele, e compreende especialmente:

- a) Os factos revelados directamente pelo doente, por outrem a seu pedido ou terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;*
- b) Os factos apercebidos pelo médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;*
- c) Os factos comunicados por outro médico obrigado, quanto aos mesmos, a segredo profissional.*

2. A obrigação de segredo existe quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado.”

“Quando as normas jurídicas estabelecem o dever de sigilo e garantem a confidencialidade das informações médicas, não o fazem apenas para proteger a intimidade ou privacidade dos pacientes. Visam também proteger a própria dignidade da profissão médica e a confiança da sociedade e dos pacientes na medicina e nos profissionais de saúde. Donde, a extrema importância desta matéria para manter um bom sistema de saúde e para garantir a qualidade da assistência médica.

O segredo médico também visa promover interesses colectivos de saúde pública e de prestígio da medicina. Se houvesse falta de confiança na descrição dos médicos ou se não houvesse garantias de confidencialidade, muitos doentes, nomeadamente os portadores de doenças transmissíveis, poderiam abster-se de procurar cuidados de saúde, assim causando, consciente ou inconscientemente, o contágio de familiares e outros cidadãos.” (André Gonçalo Dias Pereira, “O Sigilo Médico: análise do direito português”)¹.

O ordenamento jurídico português prevê expressamente a obrigação de sigilo dos profissionais de saúde em vários diplomas.

Note-se que, até no contexto do regime processual penal, por força dos bens jurídicos em causa, objecto do maior desvalor das condutas sociais, o regime de quebra do sigilo, previsto no artigo 135.º do CPP, encontra-se revestido de especial protecção, estabelecendo-se ali o princípio da prevalência do interesse preponderante, reconhecendo o legislador que os valores da administração da justiça e os valores protegidos pelo processo penal não justificam, por si só, a quebra do sigilo médico.

O artigo 177.º do CPP vem reforçar a particular protecção do sigilo, prevendo a exigência da presença de um juiz e aviso prévio da Ordem dos Médicos para a realização de busca a consultório médico.

Ora, na presente proposta, por força das comunicações e interconexões previstas, compromete-se um princípio basilar e enformador da prestação de cuidados de saúde, com finalidades que não se encontram suficientemente claras e determinadas e que só por esforço interpretativo se alcançam. A centralização e o cruzamento da informação de saúde de todos os cidadãos, com fins administrativos, para assegurar a atribuição de benefícios em matéria de prestações de saúde, designadamente isenção e redução de taxas moderadoras, bem como regime especial de comparticipação de medicamentos são claramente desproporcionais, não respeitando o Princípio de Intervenção Mínima,

1. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/.../O%20Sigilo%20Médico.pdf>, acesso em 10/8/2011

vislumbrando-se a possibilidade de alcançar o mesmo resultado de uma forma que não restringisse o núcleo essencial do direito à privacidade dos doentes.

Por maioria de razão, não se poderia aceitar que tivesse protecção inferior a regra do sigilo sobre a informação de saúde, na área administrativa, como é o caso do presente projecto.

B) Informação de Saúde

A proposta de lei em preparação distingue entre “informação de saúde”, relativa à saúde, e “informação pessoal”, respeitante à identidade da pessoa, como nome, sexo, estado civil e morada.

Em rigor, as informações de saúde são informações pessoais – ou, se se quiser, os dados de saúde relativos a pessoas identificadas ou identificáveis integram-se na categoria de dados pessoais.

A Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro define o conceito de informação de saúde, o qual abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

Razões de coerência normativa desaconselham a existência de várias definições para uma mesma realidade.

C) Conteúdo das bases de dados administrativos de saúde

As informações de saúde relativas a pessoas singulares identificadas ou identificáveis são, face à Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, tratamentos de dados pessoais, aliás sensíveis (artigos 3.º, alínea a) e 7.º^{nos} 1 e 2).

Enquanto informações de saúde o seu tratamento apenas pode ser efectuado por médicos ou outros profissionais de saúde obrigados a sigilo profissional (cf artigo 7.º n.º 4 da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro).

Prevê-se que podem ser criadas bases de dados administrativas de saúde de âmbito nacional, designadamente para avaliação dos estabelecimentos, atribuição de benefícios ou controlo dos pagamentos (artigo 4º).

No projecto não resulta claro quem é o responsável pelo tratamento, na acepção da alínea d) do artigo 3º da Lei Lei nº 67/98, de 26 de Outubro. Só por esforço interpretativo se vislumbra tal responsabilidade por força do disposto no n.º 1 do artigo 6º do referido projecto.

Assim, admitindo que se pretenda que a ACSS seja responsável pelas “bases de dados administrativas da saúde”, diversas questões se suscitam.

Legitimidade de um instituto público, que prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministro, para tratar dados relativos a informação de saúde. As atribuições e competências daquele instituto não contemplam a possibilidade de o mesmo ter esta informação, que deve ser exclusiva das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Quanto à finalidade dessas bases de dados, tendo em conta tudo quanto foi dito sobre a essencialidade da sua caracterização, para que seja considerada explícita, determinada e legítima, tem de ser expressamente consagrada, não se compadecendo com a previsão de um elenco aberto, como o que decorre do n.º 1 do artigo 4 do projecto, por força da utilização do advérbio nomeadamente.

Especificamente quanto à finalidade expressa de avaliação de desempenho de estabelecimentos de saúde, claramente contida nas atribuições da ACSS, não se alcança a necessidade de aceder à identificação de utentes, prevista na alínea *h*) do n.º 2 do artigo 4º. Tal finalidade é atingida com dados agregados.

No que respeita à finalidade de atribuição de benefícios, quando esses decorrem do estado de saúde, bastará que a ACSS tenha declaração comprovativa dessa mesma circunstância. Já em relação aos benefícios resultantes da condição económica, seja para isenção de taxas moderadoras, seja para o seu escalonamento, bastará que a DGCI ou a Segurança Social comuniquem, relativamente a cada utente, qual o escalão em que o

mesmo se insere, o que, confrontado com o Registo Nacional de Utente, permitirá alcançar a finalidade.

Finalmente, apenas quanto à finalidade de conferência de facturas do Serviço Nacional de Saúde se admite a pertinência de dados identificados.

Sendo assim, não se afigura admissível que dados pessoais de saúde possam ser tratados sob a responsabilidade de uma entidade administrativa como a ACSS.

Acresce que o tratamento em conjunto de todos esses dados, tais como indicados no artigo 4.º do projecto, em relação a cada utente, até proporciona a realização do respectivo perfil de saúde – o que se revela incompatível com as garantias de não discriminação previstas constitucionalmente.

Ademais, o tratamento sistemático e conjunto de todas estas informações de saúde, em relação a todos os utentes, apresentar-se-ia claramente excessivo – não consentâneo, pois, com o princípio da proporcionalidade, um dos princípios básicos em matéria de protecção de dados e potenciador de discriminação.

É certo que no diploma em projecto se declara que nas bases de dados em questão se operará separação entre dados administrativos e dados de saúde, e que estes últimos só poderão ser tratados por médicos ou outros profissionais sujeitos a sigilo profissional.

Mas não se apreende bem como tal possa suceder – sempre e em todas as circunstâncias – em relação a dados cujo responsável é a ACSS.

Designadamente, não parece excluído em absoluto o acesso – ainda que para finalidades determinadas – entre dados situados a diversos níveis, no âmbito das bases de dados em causa.

De qualquer modo, os princípios acima sintetizados sempre deverão, na regulação dos tratamentos (ou bases) de dados directamente abrangidos pelo projecto, ser respeitados, tendo em consideração que quaisquer finalidades administrativas sempre merecerão menos respeito que a protecção de dados relativos à vida privada, cuja protecção constitui direito fundamental no âmbito da Constituição (artigos 26.º e 35.º, n.º 3).

D) Interconexão com dados fiscais

A interconexão, que se pretende, entre dados de saúde e dados fiscais apresenta-se excessiva.

E isto nos dois sentidos: quer no tocante ao acesso a dados fiscais individualizados dos utentes por parte da ACSS; que no que respeita ao acesso a dados de saúde de pessoas identificadas por parte da DGCI.

A finalidade de controlo que se tem em mira prosseguir pode ser alcançada por meios menos intrusivos e respeitadores das facetas fiscal e de saúde da vida privada do que o procedimento de interconexão.

Um desses métodos poderia ser o do recurso a uma pesquisa em linha do tipo “hit/no hit”, em que, uma vez introduzida a referência ao registo do utente da saúde, o tratamento de dados da DGCI se limitaria a responder em que escalão fiscal ele se enquadra (ou não).

Outro procedimento – porventura preferível – seria o de, através do NIF (conhecido pela DGCI e pela ACSS), o Fisco comunicar à ACSS qual o nível de participação em que esse utente se insere.

Caberia depois à ACSS incorporar essas informações no Registo Nacional de Utente, e actualizar periodicamente o regime em que o utente em causa se integra.

De todo o modo, o que releva é evitar um sistema como o da interconexão, em que se realiza uma comunicação recíproca e automática da generalidade dos dados de saúde e fiscais da globalidade dos utentes do SNS.

O n.º 4 do artigo 6.º da proposta refere que a DGCI e a ACSS transmitem entre si os dados integrados nas categorias referidas no n.º 1. Uma vez que o n.º 1 se reporta às finalidades, afigura-se que a remissão se pretendia para o n.º 2 do mesmo artigo.

O argumento suscitado para questionar a legitimidade da ACSS para aceder a informação de saúde valerá, também e por maioria de razão, para objectar ao acesso do Fisco a informação de natureza altamente sensível e de forma generalizada.

Não se vislumbra, ao nível da missão e atribuições da DGCI, tal como plasmado no Decreto-Lei n.º 81/2007, de 29 de Março, onde se possa inserir a legitimidade para tratar estes dados.

Apesar de o projecto expressamente referir a interconexão, também, com os dados da Segurança Social, tal interconexão não se encontra regulada no projecto.

E) Regime dos tratamentos de dados em causa

1. Qualificações

O projecto utiliza, para estabelecer o regime dos tratamentos de dados em questão, dois tipos de qualificações que se manifestam desajustados às designações consagradas pela legislação nacional e pelos instrumentos internacionais e comunitários respeitantes à protecção de dados pessoais.

Uma delas é a de “base de dados”, expressão que deixou de ser utilizada nos diplomas daquela índole, onde foi substituída, conforme os casos, por “tratamento de dados” ou “ficheiros de dados” (Lei n.º 67/98, art 3.º, Directiva 95/46/CE, art 3.º; Convenção 108 do Conselho da Europa, art 2.º).

Outra é a da distinção, logo com base no artigo 3.º, entre “informação de saúde” e “informação pessoal”.

É que, em rigor, como já foi afirmado, as informações de saúde são informações pessoais – ou, se se quiser, os dados de saúde relativos a pessoas identificadas ou identificáveis integram-se na categoria de dados pessoais.

2. Enquadramento e legalização

- a) Não é facilmente apreensível qual a natureza das bases de dados administrativas da saúde de âmbito nacional previstas no artigo 4.º

Com efeito, não é evidente a razão por que elas são designadas por “administrativas” – se, como parece (v. n.º 2 desse artigo), conterão também dados ou informações de saúde.

- b) Sendo exacta a necessidade de autorização da CNPD, não se considera admissível que esta possa assumir a forma de deferimento tácito, como se prevê no n.º 7 do artigo 4.º do projecto.

Estando em causa dados sensíveis relativos à vida privada, a legalização do respectivo tratamento não pode decorrer do silêncio da entidade administrativa competente para a proferir.

Os interesses em causa não devem poder sobrepor-se (estando em vista a realização de objectivos de natureza administrativo – financeira) à defesa de um direito fundamental como o da vida privada.

3. Controlo e registo de consultas (artigo 7.º n.º 6)

O registo, em média, de pelo menos uma em cada dez consultas no âmbito da interconexão – e isto, claro, na hipótese de esta solução acabar por vingar – não tem hoje justificação.

Os meios tecnológicos presentemente disponíveis permitem, sem custos nem dificuldades de maior, o registo de todas as consultas a certo tratamento de dados pessoais.

Por outro lado, afigura-se insuficiente a mera previsão da obrigatoriedade de registo de *logs*: é necessário ainda que tal sistema contemple mecanismos de alarme e resposta, em tempo real, a desvios padrão.

F) Direito de Rectificação

O projecto não assegura o direito de rectificação convenientemente, uma vez que o disposto no artigo 8.º não assegura que, automaticamente, a informação seja actualizada

não só na base de dados que resulta da interconexão, mas também na base de dados originária, potenciando a repetição do erro.

Estas bases de dados criadas e actualizadas a partir da base de dados originária deverão ser o espelho dos dados originários das mesmas.

G) Disposição Transitória

Não se compreende o alcance da exigência de declaração da CNPD a confirmar os requisitos previstos no projecto. Os tratamentos de dados pessoais estão sujeitos a autorização da CNPD.

IV) Conclusões

Na presente proposta, por força da criação de tratamentos de dados pessoais, comunicações e interconexões previstas, compromete-se o sigilo médico, princípio basilar e enformador da prestação de cuidados de saúde, com finalidades que não se encontram suficientemente claras e determinadas e que só por esforço interpretativo se alcançam.

A centralização e o cruzamento da informação de saúde de todos os cidadãos, com fins administrativos, para assegurar a atribuição de benefícios em matéria de prestações de saúde, designadamente isenção e redução de taxas moderadoras, bem como o regime especial de comparticipação de medicamentos são claramente desproporcionados, não respeitando o Princípio de Intervenção Mínima, vislumbrando-se a possibilidade de alcançar o mesmo resultado de uma forma que não restringisse o núcleo essencial do direito à privacidade dos doentes.



COMISSÃO NACIONAL
DE PROTECÇÃO DE DADOS

Assim:

- 1) Considera-se excessivo o tratamento de dados previsto no artigo 4º do projecto – e que constitui a base deste - por permitir a configuração de perfis de saúde de utentes por parte de entidade(s) administrativa(s);
- 2) Também se apresenta desproporcionada, por demasiado intrusiva, a interconexão entre dados de saúde e da administração fiscal – justificando-se, antes, para as finalidades de controlo pretendidas, adoptar algum dos procedimentos indicados em III);
- 3) Se, de todo o modo, se instituir o sistema de interconexão previsto, caberá:
 - a) Não utilizar o procedimento de deferimento tácito nas autorizações da CNPD, por incompatível com a aplicação a dados sensíveis, ademais objecto de direitos fundamentais;
 - b) Instituir um regime de registo generalizado de acessos.

Lisboa, 12 de Agosto de 2011

Luís Lingau da Silveira (Presidente), que relatou