DOI: 10.17117/na.2015.07.886

Поступило в редакцию: 22.07.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.07.886.pdf>

Ненашева Т.М. Электронная история болезни

Nenasheva T.M.
Electronic Case History

В статье рассмотрены общие положения электронной истории болезни, понятие "электронная персональная медицинская запись" и ее подписание, права доступа и преимущества электронной истории болезни

Ключевые слова: история болезни, электронная история болезни, электронная персональная медицинская запись

The article describes General provisions of the electronic health record, the concept of "personal electronic medical record" and its signature, access rights, and benefits of electronic medical records

Key words: medical history, electronic records, electronic personal health record

Ненашева Т.М.

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой
Тамбовский Государственный университет им. Г.Р. Державина
г. Тамбов, ул. Советская, 93

Nenasheva T.M.

Doctor of medical Sciences, Professor, Head of Department
Tambov State University named G.R. Derzhavin
Tambov, Sovetskaya st., 93

Актуальность История болезни – основной медицинский документ врача. Исторические этапы ее формирования – эпоха Петра 1 цедули, «лазаретные книги», до настоящих дней – «электронная история болезни».

Цель исследования. Изучить идею возникновения электронной истории болезни

Материалы и методы. Проведена работа с монографическими литературными источниками и периодическими медицинскими изданиями, использованы сведения интернет-ресурсов по данной проблеме. Изучен национальный стандарт Российской Федерации «Электронная история болезни», общие положения ГОСТ Р 52636-2006.

Результаты. С 1 января 2008 г. В России апробируется «Электронная история болезни», которая соответствуют рекомендациям национального стандарта "Электронная история болезни. Общие положения" (ГОСТ Р 52636-2006): в настоящее время это единственный отраслевой стандарт, применяемый в области медицинской информатики.

Электронная история болезни: информационная система, предназначенная для ведения, хранения на электронных носителях, поиска и выдачи по информационным запросам (в том числе и по электронным каналам связи) персональных медицинских записей. При этом понятие "электронная персональ-

ная медицинская запись" (ЭПМЗ) соответствует международному термину EHR – Electronic Health Record. Система ведения ЭПМЗ охватывает и отдельные категории медицинских записей (лабораторных, рентгеновских, записей лечащего врача и др.).

Для использования ЭПМЗ необходимо обеспечить выполнение следующих условий:

- неизменности и достоверности на протяжении всего периода хранения;
- регламентации прав доступа и конфиденциальность;
- персонифицируемости (возможности определить автора и происхождение записи в любой момент времени – аналог подписи на традиционном документе).

Подписание электронной персональной медицинской записи, автором медицинского документа превращает запись в официальный медицинский документ и может быть использована для просмотра и распечатки всеми лицами, имеющими на это право и может служить основанием для принятия важных медицинских решений. Запись уже не может быть исправлена, изменена или удалена.

В процессе подписания сотрудник информируется о том, что сейчас будет выполнена процедура подписания, чтобы иметь возможность согласиться на ее выполнение или отказаться от нее. Согласие на процедуру подписания сопровождается активным действием, а также действиями, позволяющими провести персонификацию и аутентификацию медицинского сотрудника:

- ввод пароля;
- подключение электронного идентифицирующего устройства (SMART-карты или ключа);
- считывание кода с индивидуальной карты (магнитной или штрих-кодовой или оснащенной чипом);
- ввод PIN-кода для SMART-карты или ключа, постоянно подключенного к компьютеру.

В процессе подписания заполняют следующие структурные элементы ЭПМЗ:

- идентификатор автора ЭПМЗ;
- дата и время фиксируются независимо от желания автора по системным часам компьютерной системы и объективно отражают момент подписания ЭПМЗ.

Предпочтительным является также выполнение после этого процедуры электронной цифровой подписи с использованием цифрового сертификата, выданного данному медицинскому работнику. В этом случае также формируется и сохраняется дайджест ЭПМЗ. Процедура корректировки или удаления должна быть оформлена протоколом в соответствующем рукописном или электронном журнале с приложением распечатки или электронной копии ЭПМЗ до и после корректировки.

В основу распределения прав доступа положены требования к ведению бумажных медицинских документов, определенные существующими норма-

тивными документами, и принятая технология лечебно-диагностического процесса медицинского учреждения.

Предоставление доступа к собственным медицинским данным осуществляется только после прохождения процедуры аутентификации пациента. При этом с него должна быть взята подписка, что он обязуется держать эти средства в секрете, и он проинформирован о возможности нарушения конфиденциальности его медицинских данных при утрате или передаче средства аутентификации посторонним лицам.

Внедрение Медицинской информационной системы помогает избавиться от повторного ввода данных, ускорить доступ к необходимой информации, повысить качество медицинской документации и обеспечивает прозрачность деятельности медицинских учреждений и эффективность принимаемых управленческих решений.

Выводы: «Электронная история болезни» – единственный отраслевой стандарт на современном этапе.