

ЭЛЕКТРОННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ — ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

УДК 616—07:681.8

Поступила 14.04.2010 г.



В.А. Монич, д.б.н., профессор, зав. кафедрой медицинской физики и информатики¹;
О.И. Кушников, к.т.н., ст. преподаватель кафедры медицинской физики и информатики¹;
Р.Р. Алакаев, к.м.н., ст. преподаватель кафедры медицинской физики и информатики¹;
А.Я. Косоногов, к.м.н., зав. кардиохирургическим отделением²;
Д.П. Коротин, аспирант кафедры госпитальной хирургии¹;
Е.В. Медоваров, ассистент кафедры госпитальной хирургии¹

¹Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород;

²Городская клиническая больница №5, Н. Новгород

Внедрение в клиническую практику электронной истории болезни позволяет устранить многие недостатки бумажного медицинского документооборота, связанные с трудоемкостью заполнения, архивации, поиска документации, создать удобную навигацию по истории болезни, объединить в едином информационном пространстве все службы современного медицинского учреждения с выходом на внешние информационные системы.

Ключевые слова: электронная история болезни, медицинский документооборот, медицинские информационные системы.

English

Electronic case history is a most important link of the medical information systems

V.A. Monich, B.D., professor, head of a medical physics and informatics chair¹;
O.I. Kushnikov, c.t.s., senior teacher of a medical physics and informatics chair¹;
R.R. Alakaev, c.m.s., senior teacher of a medical physics and informatics chair¹;
A.Ya. Kosonogov, c.m.s., head of a cardiosurgical department²;
D.P. Korotin, post-graduate of a hospital surgery chair¹;
E.V. Medovarov, assistant of a hospital surgery chair¹

¹Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod;

²City clinical hospital №5, N. Novgorod

An introduction of the electronic case history into clinical practice permits to remove many deficiencies of the paper medical document turnover, connected with the difficulties of filling, making archives, search of documentation, create a convenient navigation according to a case history, unite in a single information area all the services of a modern medical institution with a going out to external information systems.

Key words: electronic case history, medical document turnover, medical information systems.

В 2008 г. вступил в силу национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» (ГОСТ 52636—2006) — первый документ в области медицинской информатики. Стандарт формирует идеологию создания, хранения персональной медицинской информации, пользования ею, закладывает основы электронного медицинского документооборота и ос-

новных требований к нему. В стандарте определены понятия:

электронной истории болезни (ЭИБ);
электронной персональной медицинской записи (ЭПМЗ);

электронного медицинского архива.

В настоящее время в подавляющем большинстве

Для контактов: Кушников Олег Иванович, тел. моб. +7 910-799-62-47; e-mail: kschk@gma.nnov.ru.



Структура информационного пространства медицинского учреждения

медицинских учреждений документация на пациента выполняется на бумажных носителях и отражает определенные медицинские стереотипы, которые складывались в течение многих лет. Основными недостатками такой технологии являются:

- трудоемкость заполнения бумажных форм медицинской документации (составляет 10—12% времени приема каждого пациента);

- трудность чтения записей вследствие неразборчивого почерка медицинских специалистов;

- сложность передачи бумажной документации по медицинским технологическим маршрутам;

- трудности архивации, защиты и поиска медицинской документации.

Особенно отчетливо эти недостатки проявляются на современном этапе развития отечественного здравоохранения в связи с появлением новых медицинских документов, связанных с диспансеризацией населения, с оформлением рецептов, услуг по страховой медицине, статистической отчетности.

Электронная история болезни устраняет многие недостатки бумажного документооборота и обладает рядом существенных преимуществ:

- четкой формализацией записей;

- сокращением времени оформления медицинских документов в 2,5—10 раз;

- сокращением рукописной работы, что снимает все вопросы, связанные с неразборчивым почерком медицинского персонала;

- персонификацией записи медицинских специалистов;

- мгновенной доступностью медицинских данных для персонала;

- новыми способами защиты от подделок и подмены данных в истории болезни.

Идеология стандарта ЭИБ позволяет создать «Единое хранилище персональных записей о здоровье» (электронный архив) — пожизненный электронный банк, в котором содержится личная медицинская информация пациента. Электронный архив значительно

уменьшает время поиска персональных медицинских данных, сокращает часть медицинского персонала, занятого архивированием бумажных носителей, и освобождает площади, занятые бумажными картотеками. Персональные медицинские данные электронного архива могут лечь в основу создания персональных медицинских электронных паспортов, которые необходимы для оперативного доступа к медицинским данным пациента при экстренной медицинской помощи, например при дорожно-транспортных происшествиях.

Одной из главных задач стандарта ЭИБ является создание основ для формирования единого информационного пространства медицинского учреждения (см. рисунок).

Анализ информационной структуры медицинского учреждения показывает, что электронная история болезни является главным информационным объектом, который циркулирует и объединяет в едином информационном пространстве все основные процессы медицинских технологий:

- лечебно-диагностические;

- административно-хозяйственные;

- финансово-экономические.

Исходя из изложенного, считаем, что внедрение электронной медицинской документации может устранить многие недостатки бумажного документооборота и повысить качество медицинских услуг. Использование ЭИБ в медицинской практике позволит решить следующие задачи:

- объединить в единое информационное пространство все отделения и службы медицинского учреждения;

- эффективно управлять потоком пациентов;

- сократить время оформления медицинской документации;

- обеспечивать оперативный доступ сотрудников к медицинской информации;

- проводить анализ состояния здоровья населения по программе диспансеризации;

- разработать персональный электронный медицинский паспорт пациента.