

[Medycznej](#)

Repozytoria Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

Na początek przypomnienie, czym jest EDM – to każdy dokument medyczny prowadzony w formie elektronicznej, przypisany przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia do zbioru EDM. Do tej pory dwoma dokumentami, którymi posługują się powszechnie lekarze dentyści, zaliczonymi do EDM, są: e-recepty oraz e-zwolnienia. W 2021 r. do zbioru włączono kolejne dokumenty, tj. e-skierowania oraz karty wyników badań laboratoryjnych. Również w tym roku ma rozpocząć się proces wymiany dokumentów EDM między placówkami medycznymi. Na razie nie ma rozporządzenia ministra zdrowia na temat włączenia historii choroby i leczenia stomatologicznego do zakresu dokumentów EDM, niewątpliwie jednak kiedyś to nastąpi.

Na czym ma polegać wymiana informacji między placówkami? Każda poradnia, zobowiązana do prowadzenia EDM, będzie mieć również obowiązek wysyłania raportów z każdej wizyty lekarskiej (zdarzenia medycznego) do platformy gromadzenia danych o zdarzeniach medycznych P1. Dane, jakie wyśle komputer do systemu P1, określa ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia wraz z rozporządzeniami i są to: dane wykonującego i odbierającego świadczenie medyczne oraz informacja, jakie świadczenie i z jakiego powodu zostało udzielone. Dane dotyczące samej dokumentacji medycznej obejmą: identyfikator nadawany przez system usługodawcy, rodzaj zdarzenia medycznego, datę wytworzenia raportu, tryb udostępniania (online czy offline) oraz adres repozytorium, w którym będzie przechowywana historia choroby w formie elektronicznej.

Głównym celem gromadzenia takich informacji w systemie informacji medycznej jest stworzenie pacjentowi możliwości wglądu w swoją historię choroby oraz stworzenie dostępu do tych danych innym lekarzom, np. kontynuującym leczenie. Po zautoryzowaniu przez pacjenta zgody na udostępnienie historii choroby, system wyśle do lekarza ubiegającego się o dostęp do takich danych tzw. klucz dostępu. Klucz ten będzie zawierał kod dostępu do repozytorium (wirtualnego zbioru) prowadzonego w poprzedniej jednostce medycznej, w którym znajduje się wirtualna historia choroby naszego pacjenta. Dzięki temu, komputer będzie mógł pobrać elektroniczną formę historii choroby pacjenta z repozytorium należącego do poprzedniej jednostki medycznej. Oczywiście, aby móc przeprowadzić taką operację, potrzebny jest nie tylko sprzęt, czyli komputer, ale przede wszystkim odpowiednie oprogramowanie informatyczne, obsługujące nie tylko komunikację z centralnym SIM, ale również repozytorium naszego podmiotu medycznego, jak i repozytoria innych placówek.

Repozytorium jako takie może znajdować się na dysku posiadanego komputera (który musi być wtedy podłączony do sieci 24 godziny na dobę) lub na serwerze obsługującym daną jednostkę medyczną. Jednak znacznie bardziej poręczną formą jest zorganizowanie tego zbioru danych w chmurze informatycznej. Niektórzy dostawcy oprogramowania proponują właśnie takie rozwiązanie, również na rynku działają niezależne firmy specjalizujące się w tworzeniu i obsłudze takich chmur. Trzecia opcja to zorganizowanie repozytorium na bazie platform regionalnych, np. gromadzących już takie dane w obrębie jednego szpitala, do którego mogą podłączyć się gabinety ambulatoryjne. Jest to forma repozytorium opartego na bazie usług publicznych i rozwiązanie to rekomendowane jest przez Naczelną Izbę Lekarską. Komisja Stomatologiczna NIL zabiega również o to, aby każdy chętny podmiot medyczny miał taką możliwość. Należy podkreślić, że oprogramowanie repozytorium musi nie tylko precyzyjnie katalogować i udostępniać zgromadzone dane, ale również zapewnić odpowiednią ich ochronę.

Schemat wymiany EDM będzie polegał na wytworzeniu danych, zgromadzeniu ich w repozytorium, przesłaniu informacji do SIM, uzyskaniu zgody pacjenta na udostępnienie ich kolejnemu podmiotowi, pobraniu klucza dostępu z SIM, a następnie pobraniu historii choroby z repozytorium oraz zapisaniu ich w swojej bazie, przy zachowaniu najwyższych standardów ochrony danych.

Opr. Patrycja Proc

Panaceum 5/2021

Źródło: https://www.youtube.com/watch?v=nP_XgSlyxCo

1 stycznia 2021 r. – Wystawianie e-skierowań art. 24 ustawy z 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem e-zdrowia [DzU 2019.1590]

8 stycznia 2021 – Udostępnianie danych zawartych w dokumentach EDM (pkt 1, 4 i 7) art. 56 ust. 4 ustawy o systemie informacji z 25 kwietnia 2021 r.

Prowadzenie w standardzie EDM karty wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem – Rozporządzenie MZ ws. EDM z 24 października 2019 r.

Na początek przypomnienie, czym jest EDM – to każdy dokument medyczny prowadzony w formie elektronicznej, przypisany przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia do zbioru EDM. Do tej pory dwoma dokumentami, którymi posługują się powszechnie lekarze dentyści, zaliczonymi do EDM, są: e-recepty oraz e-zwolnienia. W 2021 r. do zbioru włączono kolejne dokumenty, tj. e-skierowania oraz karty wyników badań laboratoryjnych. Również w tym roku ma rozpocząć się proces wymiany dokumentów EDM między placówkami medycznymi. Na razie nie ma rozporządzenia ministra zdrowia na temat włączenia historii choroby i leczenia stomatologicznego do zakresu dokumentów EDM,

niewątpliwie jednak kiedyś to nastąpi.

Na czym ma polegać wymiana informacji między placówkami? Każda poradnia, zobowiązana do prowadzenia EDM, będzie mieć również obowiązek wysyłania raportów z każdej wizyty lekarskiej (zdarzenia medycznego) do platformy gromadzenia danych o zdarzeniach medycznych P1. Dane, jakie wyśle komputer do systemu P1, określa ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia wraz z rozporządzeniami i są to: dane wykonującego i odbierającego świadczenie medyczne oraz informacja, jakie świadczenie i z jakiego powodu zostało udzielone. Dane dotyczące samej dokumentacji medycznej obejmą: identyfikator nadawany przez system usługodawcy, rodzaj zdarzenia medycznego, datę wytworzenia raportu, tryb udostępniania (online czy offline) oraz adres repozytorium, w którym będzie przechowywana historia choroby w formie elektronicznej.

Głównym celem gromadzenia takich informacji w systemie informacji medycznej jest stworzenie pacjentowi możliwości wglądu w swoją historię choroby oraz stworzenie dostępu do tych danych innym lekarzom, np. kontynuującym leczenie. Po zautoryzowaniu przez pacjenta zgody na udostępnienie historii choroby, system wyśle do lekarza ubiegającego się o dostęp do takich danych tzw. klucz dostępu. Klucz ten będzie zawierał kod dostępu do repozytorium (wirtualnego zbioru) prowadzonego w poprzedniej jednostce medycznej, w którym znajduje się wirtualna historia choroby naszego pacjenta. Dzięki temu, komputer będzie mógł pobrać elektroniczną formę historii choroby pacjenta z repozytorium należącego do poprzedniej jednostki medycznej. Oczywiście, aby móc przeprowadzić taką operację, potrzebny jest nie tylko sprzęt, czyli komputer, ale przede wszystkim odpowiednie oprogramowanie informatyczne, obsługujące nie tylko komunikację z centralnym SIM, ale również repozytorium naszego podmiotu medycznego, jak i repozytoria innych placówek.

Repozytorium jako takie może znajdować się na dysku posiadanego komputera (który musi być wtedy podłączony do sieci 24 godziny na dobę) lub na serwerze obsługującym daną jednostkę medyczną. Jednak znacznie bardziej poręczną formą jest zorganizowanie tego zbioru danych w chmurze informatycznej. Niektórzy dostawcy oprogramowania proponują właśnie takie rozwiązanie, również na rynku działają niezależne firmy specjalizujące się w tworzeniu i obsłudze takich chmur. Trzecia opcja to zorganizowanie repozytorium na bazie platform regionalnych, np. gromadzących już takie dane w obrębie jednego szpitala, do którego mogą podłączyć się gabinety ambulatoryjne. Jest to forma repozytorium opartego na bazie usług publicznych i rozwiązanie to rekomendowane jest przez Naczelną Izbę Lekarską. Komisja Stomatologiczna NIL zabiega również o to, aby każdy chętny podmiot medyczny miał taką możliwość. Należy podkreślić, że oprogramowanie repozytorium musi nie tylko precyzyjnie katalogować i udostępniać zgromadzone dane, ale również zapewnić odpowiednią ich ochronę.

Schemat wymiany EDM będzie polegał na wytworzeniu danych, zgromadzeniu ich w repozytorium, przesłaniu informacji do SIM, uzyskaniu zgody pacjenta na udostępnienie ich kolejnemu podmiotowi, pobraniu klucza dostępu z SIM, a następnie pobraniu historii choroby z repozytorium oraz zapisaniu ich w swojej bazie, przy zachowaniu najwyższych standardów ochrony danych.

Opr. Patrycja Proc

Panaceum 5/2021

Źródło: https://www.youtube.com/watch?v=nP_XgSlyxCo

1 stycznia 2021 r. – Wystawianie e-skierowań art. 24 ustawy z 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem e-zdrowia [DzU 2019.1590]

8 stycznia 2021 – Udostępnianie danych zawartych w dokumentach EDM (pkt 1, 4 i 7) art. 56 ust. 4 ustawy o systemie informacji z 25 kwietnia 2021 r.

Prowadzenie w standardzie EDM karty wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem – Rozporządzenie MZ ws. EDM z 24 października 2019 r.