

Отсутствие нормативных документов - главный тормоз информатизации здравоохранения.

**Гематологический научный центр РАМН
(ГНЦ РАМН)**

Зингерман Борис Валентинович

(495) 612-44-92,

Шкловский-Корди Никита Ефимович

(495) 613-84-23



В выступлении 12 февраля 2009 года на открытии первого заседания Совета по развитию информационного общества в России Президент РФ Д.А.Медведев отметил:

*«В здравоохранении – мы тоже говорили уже неоднократно, и определённые попытки были сделаны – надо перейти к **ведению истории болезни в электронном виде**».*

«Что касается внутренних документов, у нас оборот как велся, так и ведется на бумаге.»



А компьютеры в основном используют сами знаете для чего. По сути, это пишущие машинки, просто более удобные, потому что не нужно каждый раз одно и то же перепечатывать»

К сожалению, это особенно актуально для медицины. И тому есть объективные причины - полное отсутствие нормативной базы, регламентирующей электронный документооборот в медицине

Неразрешимое противоречие

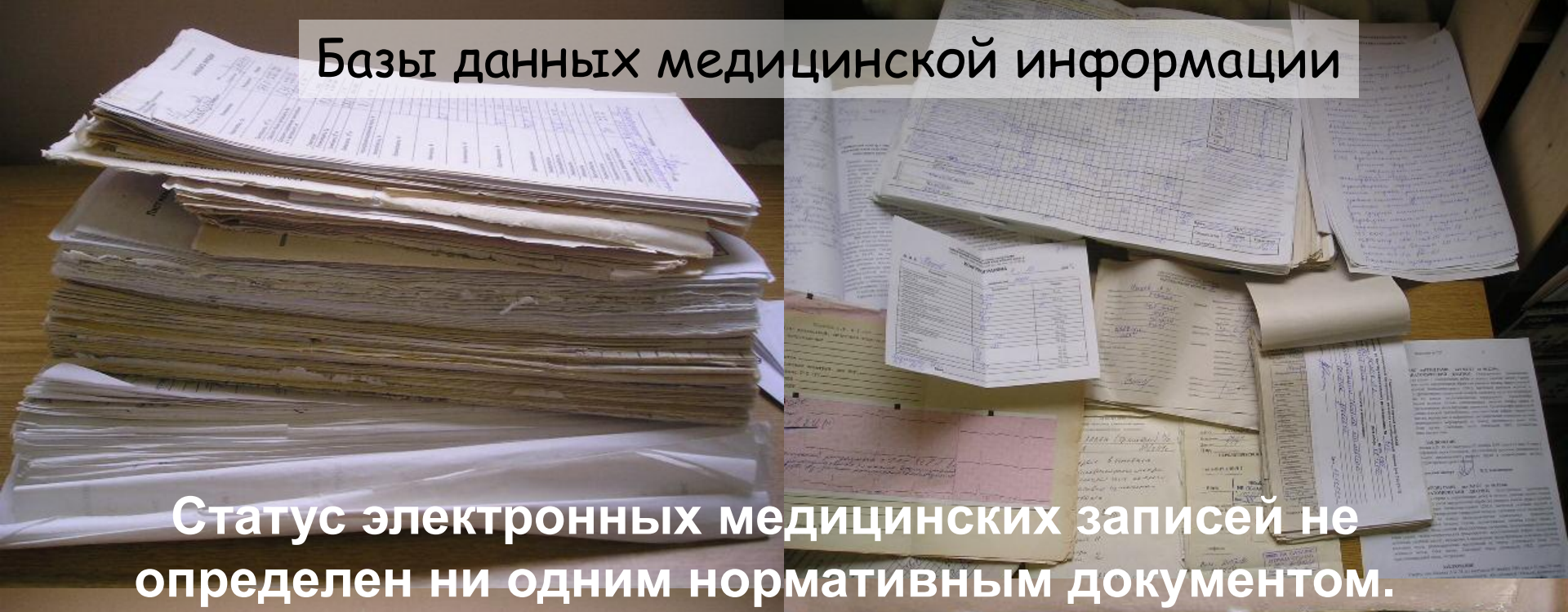
- На всех уровнях широко декларируется важность внедрения информационных технологий в медицине

- Создание единого информационного пространства является важнейшим элементом повышения качества здравоохранения

- Ни один нормативный документ не содержит положений о возможности использования электронных медицинских записей (документов)

- Невозможно внедрить полезную компьютерную медицинскую систему не нарушив положений действующих инструкций

Базы данных медицинской информации

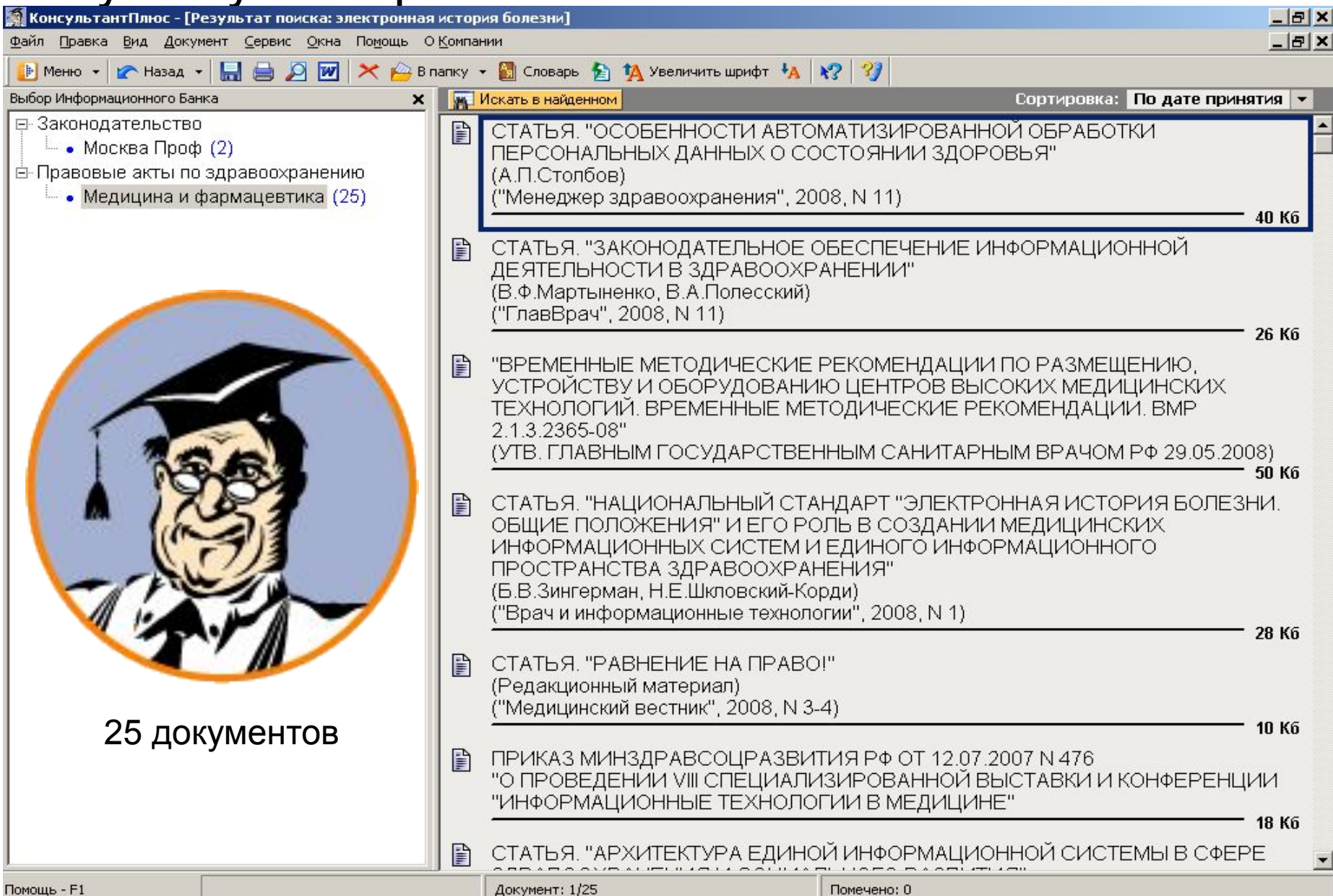


Статус электронных медицинских записей не определен ни одним нормативным документом. Легитимны только...



Безопасные каналы передачи информации

Понятие «электронной истории болезни» просто отсутствует в правовом поле.



Выбор Информационного Банка

- Законодательство
 - Москва Проф (2)
- Правовые акты по здравоохранению
 - Медицина и фармацевтика (25)

Искать в найденном

Сортировка: По дате принятия

СТАТЬЯ. "ОСОБЕННОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ" (А.П.Столбов) ("Менеджер здравоохранения", 2008, N 11) 40 Kb

СТАТЬЯ. "ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ" (В.Ф.Мартыненко, В.А.Полесский) ("ГлавВрач", 2008, N 11) 26 Kb

"ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ, УСТРОЙСТВУ И ОБОРУДОВАНИЮ ЦЕНТРОВ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ВМР 2.1.3.2365-08" (УТВ. ГЛАВНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ САНИТАРНЫМ ВРАЧОМ РФ 29.05.2008) 50 Kb

СТАТЬЯ. "НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ "ЭЛЕКТРОННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ" И ЕГО РОЛЬ В СОЗДАНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ" (Б.В.Зингерман, Н.Е.Шкловский-Корди) ("Врач и информационные технологии", 2008, N 1) 28 Kb

СТАТЬЯ. "РАВНЕНИЕ НА ПРАВО!" (Редакционный материал) ("Медицинский вестник", 2008, N 3-4) 10 Kb

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 12.07.2007 N 476 "О ПРОВЕДЕНИИ VIII СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ "ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ" 18 Kb

СТАТЬЯ. "АРХИТЕКТУРА ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ

Помощь - F1

Документ: 1/25

Помечено: 0

25 документов

Вопрос: Возможно ли в учреждениях здравоохранения (в том числе в частных медицинских организациях) ведение медицинской документации только в компьютерном варианте?

Ответ: Согласно разъяснению Минздрава РФ приведенному в письме от 28.04.2003 г. N 2510/4460-03-32 "Об отчетности негосударственных медицинских учреждений", статистический учет и отчетность в области охраны здоровья граждан являются единой федеральной системой и соответственно распространяются на негосударственные медицинские учреждения (организации). Таким образом, учреждения здравоохранения независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, а также индивидуальные предприниматели

обязаны вести статистический учет и отчетность на основе учетных форм, утвержденных Минздравом России на бумажных носителях в установленном объеме с последующим представлением информации в территориальные органы управления здравоохранения согласно существующей периодичности. Ведение этих форм учета и отчетности является обязательным. Для осуществления этой работы

негосударственным медицинским учреждениям (организациям) необходимо приобрести образцы форм учетной и отчетной документации, инструкции по их заполнению. Настоящее разъяснение распространяется и на частнопрактикующих врачей без образования юридического лица.

В целях упорядочения ведения учета и отчетности в современных экономических условиях Приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 г. N 413 утверждены следующие формы учетной и отчетной медицинской документации:

Однако ведение медицинской документации в компьютерном варианте наряду с ведением учета на бумажных носителях не запрещено и может применяться в текущей работе медицинских учреждений.

Старший преподаватель кафедры медицинского права
ММА им. И.М.Сеченова Ю.В.ПАВЛОВА 07.07.2006



Ни один главный врач не готов отказаться от бумажной истории болезни (или ее части)

Электронные документы не обладают юридической значимостью, поэтому бумажный документооборот (регламентированный приказом Минздрава СССР №1030 1980 года) является первичным и основным.

Электронные системы играют подсобную роль, их преимущества не могут быть использованы в полной мере, а их внедрение зачастую приводит к увеличению трудозатрат медицинского персонала.

Приказ № 1030 от 04.10.1980

Министерство здравоохранения
СССР

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 228/у

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

Лаборатория _____

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ N _____

"..." _____ 19 . . г.

дата взятия биоматериала _____

Фамилия, И., О. _____ Возраст _____

Учреждение _____ Отделение _____ палата _____

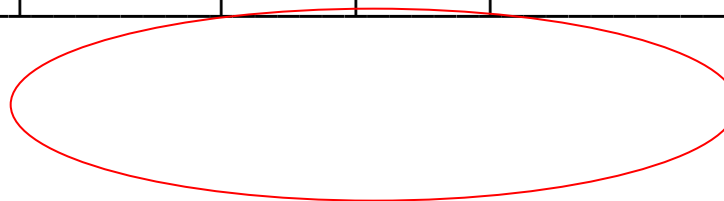
Участок _____ медицинская карта N _____

Исследуемый компонент. Относительная атомная или молекулярная масса	Единицы СИ			Единицы, подлежащие замене			Коеффициент пересчета в единицы СИ
	результат	норма <*>		результат	норма <*>		
Общий белок			г/л			г/100 мл	10,000
Альбумин 69000			мкмоль/л			г/100 мл	144,93
Альбумин			г/л			г/100 мл	10,000
Глобулины			г/л			г/100 мл	10,000
альфа1			%			%	

Приказу 1980 года следуют в разумных пределах

Где предел разумного?

Тимоловая проба						ЭКСТИНКАЦИЯ	
Сулемовая проба						МЛ	
Бромсульфалеиновая проба			%			%	



"..." _____ 19... г. Подпись _____
дата выдачи анализа

Примечание. Лечебно-профилактические учреждения при печатании в типографии бланка "Биохимический анализ крови" могут включать в него меньшее число показателей, в соответствии с выполняемым объемом исследований и обязательным минимумом лабораторных исследований, утвержденным Приказом МЗ СССР N 380 от 15 апреля 1978 г.

Наиболее бесконфликтный – «подпольный» подход к внедрению ИТ

- Сформировали документ в компьютерной системе
- Распечатали – подписали
- Сделали вид, что никакой компьютерной системы не было

НО!.....

НО – это «позиция страуса»

- Подписанный документ, пылится в архиве
- А врачи смотрят электронный документ, который гораздо легче найти.
- Где гарантия, что это тот же документ, что он не был изменен, кто его автор, как сделать его копию и т.д.

Правила электронного медицинского документооборота ничем не регламентированы. Формально его не существует!

Классическая история болезни имеет более чем 100-летний опыт развития и разработки правил ее ведения, даже то что не прописано формально определяется традицией и привычкой.

Для электронной истории болезни необходимо **выработать дополнительные специфические требования**, связанные с обеспечением неизменности информации в течение всего срока хранения, ее защищенности информации, целостности, доступности, юридической значимости и коллективной работы в системе здравоохранения.

Оптимистическая нота!



25 документов

КонсультантПлюс - [Результат поиска: электронная история болезни]

Файл Правка Вид Документ Сервис Окна Помощь О Компании

Выбор Информационного Банка

- Законодательство
 - Москва Проф (2)
- Правовые акты по здравоохранению
 - Медицина и фармацевтика (25)

Искать в найденном

Сортировка: По дате принятия

СТАТЬЯ. "АРХИТЕКТУРА ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ" (Г.П.Радзиевский) ("Врач и информационные технологии", 2007, N 3)	18 Кб
СТАТЬЯ. "СТАНДАРТИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ: В РУСЛЕ РЕФОРМ" (П.А.Воробьев) ("Ремедиум", 2007, N 6)	44 Кб
СТАТЬЯ. "ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ" (В.Ф.Мартыненко, Г.М.Вялкова, В.А.Полесский, Е.Н.Беляев, В.А.Гройсман, И.Ф.Серегина) ("ГлавВрач", 2007, N 4)	11 Кб
"ЭЛЕКТРОННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ГОСТ Р 52636-2006" (УТВ. ПРИКАЗОМ РОСТЕХРЕГУЛИРОВАНИЯ ОТ 27.12.2006 N 407-СТ)	20 Кб
ПРИКАЗ РОСТЕХРЕГУЛИРОВАНИЯ ОТ 27.12.2006 N 407-СТ "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА"	52 Кб
СТАТЬЯ. "УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ УЧЕТ КАК ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ" (В.Ф.МАРТЫНЕНКО) ("ГлавВрач", 2006, N 12)	1 Кб
СТАТЬЯ. "МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА: ЦЕЛИ И ПЕРСПЕКТИВЫ" (Г.А.Хай) ("Врач и информационные технологии", 2007, N 6)	29 Кб
	24 Кб

Помощь - F1

Документ: 10/25

Помечено: 0

Первый Национальный стандарт в сфере мед информатики действует и в большой мере решает вышперечисленные проблемы

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
СТАНДАРТ
РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р
52636—
2006

ЭЛЕКТРОННАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Общие положения

Издание официальное

утвержден 27.12.2006
вступил в силу 01.01.2008

Разработан в
Гематологическо
м научном центре
РАМН



Москва
Стандартинформ
2007

ГОСТ Р 52636—2006

Предисловие

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании», а правила применения национальных стандартов Российской Федерации — ГОСТ Р 1.0—2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения»

Сведения о стандарте

- 1 РАЗРАБОТАН Гематологическим научным центром Российской академии медицинских наук (ГНЦ РАМН)
- 2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 «Медицинские технологии»
- 3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 27 декабря 2006 г. № 407-ст
- 4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодно издаваемом информационном указателе «Национальные стандарты», а текст изменений и поправок — в ежемесячно издаваемых информационных указателях «Национальные стандарты». В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ежемесячно издаваемом информационном указателе «Национальные стандарты». Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования — на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет

© Стандартинформ, 2007

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без разрешения Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии

Основные его требования связаны с обеспечением:

неизменности и достоверности;
персонифицируемости;
правил коллективной работы;

Электронной медицинской записи на протяжении всего ее жизненного цикла.

Стандарт определяет 2 класса медицинских информационных систем

- Индивидуальные («подпольно-страусовые»);
- коллективные.

Коллективные системы - требования к:

- структуре ЭПМЗ и медицинских электронных архивов;
- обеспечению сохранности, неизменности и достоверности ЭПМЗ («Политика безопасности в отношении ЭПМЗ» и жизненный цикл ЭПМЗ) ;
- организации прав доступа к ЭПМЗ и медицинских электронных архивов (для сотрудников медицинской организации (в соответствии с их ролью), для пациентов, для представителей сторонних и вышестоящих организаций)
- персонализируемости ЭПМЗ;
- пользовательским интерфейсам ЭПМЗ;

Коллективные системы - требования к:

- электронной цифровой подписи для ЭПМЗ;
- передаче ЭПМЗ по электронным каналам связи и электронным копиям ЭПМЗ;
- созданию бумажных копий ЭПМЗ;
- идентификации ЭПМЗ и медицинских электронных архивов;
- к обеспечению бесперебойной и качественной работы систем:
 - к технологическим инструкциям и процессу обучения пользователей;
 - к технологическим службам, обеспечивающим бесперебойную работу и регламентное обслуживание.

Возврат к пессимизму

1. В соответствии с действующим законодательством стандарты применяются на добровольной основе и не могут заменить нормативные документы.
2. Среди медиков общепринято мнение о том, что медицинские документы должны быть на бумаге

Требование времени

На базе Национального стандарта необходимо разработать нормативные документы разрешающие и регламентирующие ведение истории болезни в электронном виде.

Необходимо также ускорить работы по разработке национальных стандартов в области электронного обмена медицинской информацией и регламенту работы интегрированных архивов (EHR и PHR системы).

18.05.2009

**Health Information Technology
American Recovery and Reinvestment Act (Recovery Act)
Implementation Plan**

Office of the National Coordinator for Health Information Technology

A. Funding Table

Total Appropriated

(Dollars in Millions)

Privacy and Security*	\$ 24.285	
National Institute of Standards and Technology (NIST)		\$20.000
Regional HIT Exchange	\$300.000	
Unspecified	<u>\$1,655.715</u>	
Total, Health Information Technology		\$ 2,000.000

*Note: This dollar figure, \$24,285,000, includes an estimated \$9.5 million for audits by the Office for Civil Rights and the Centers for Medicare & Medicaid Services. This estimate is subject to change. Updated Figures will be reported to Recovery.gov.

Гематологический научный центр РАМН (ГНЦ РАМН)

Зингерман Борис Валентинович
boris@blood.ru, (495) 612-44-92,

Шкловский-Корди Никита Ефимович
nikitashk@google.com. (495) 613-84-23

Служба крови - случилось

Постановление Правительства России № 465 от 21 июня 2008г.

«О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В 2008 ГОДУ ЗА СЧЕТ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ КРОВИ»

.....

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 10-дневный срок утвердить:

.....

перечень компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для создания единой информационной базы по реализации мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов, и программно-техническими средствами защиты этой базы;

ПРИКАЗ 7 августа 1985 г. N 1055

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ
СЛУЖБЫ КРОВИ**

ПРИКАЗ 12 апреля 1990 г. N 155

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
УЧРЕЖДЕНИЙ СЛУЖБЫ КРОВИ В УСЛОВИЯХ НОВОГО
ХОЗЯЙСТВЕННОГО МЕХАНИЗМА**

Ключевые технологические документы – рукописные журналы

«...страницы Журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью руководителя организации»

Карта донора – брошюра с необходимостью ручной записи новых обследований и кроводач.

- **ПРИКАЗ 14 сентября 2001 г. N 364 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОНОРА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»** (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 N 175н, от 06.06.2008 N 261н)

Дважды дополнялся в 2008 году

По прежнему ни слова об электронных базах данных и возможности электронной регистрации доноров

Из приказа N 175н:

«В отделении заготовки крови и ее компонентов оформляются этикетки на компонент крови и на кровь (плазму) на проведение скрининга. На этикетках ставится штрих-код».

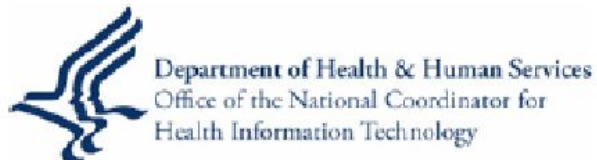
Результат:

Проверяющий потребовал вести рукописный журнал после 15 лет эксплуатации компьютерной системы

Предложения в новую редакцию приказа N 364 «ПОРЯДКА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОНОРА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»

- 1.6 Для регистрации и оформления доноров могут быть использованы компьютерные информационные системы и базы данных. При этом технология работы, описанная в пп.1.2-1.5, 2.1, 2.7 может быть изменена с учетом технологических особенностей и преимуществ, предоставляемых компьютерными информационными системами (см. 1.7)**
- 1.7. Для регистрации и оформления доноров могут быть использованы компьютерные информационные системы и базы данных. При этом технология работы, описанная в пп.1.2-1.5, 2.1, 2.7 может быть изменена с учетом технологических особенностей и преимуществ, предоставляемых компьютерными информационными системами:
- 1.7.1. Картотека доноров (активных и резерва) может существовать в виде электронной базы данных (картотеки) и не дублироваться в виде бумажной картотеки.
- 1.7.2. Информационное наполнение электронной карты донора должно быть не меньшим, чем информационное наполнение карт, упомянутых в пп. 1.2-1.5.
- 1.7.3 Сотрудникам, проводящим регистрацию, обследование донора и компонентов крови, проведение донорских процедур, должна быть предоставлена вся необходимая для них информация из электронной карты донора. Соответствующая информация может быть предоставлена в электронной форме на экране компьютерного монитора или в распечатанном виде.
- 1.7.4. Информация, вносимая в медицинскую документацию в процессе регистрации, обследования донора и компонентов крови, при проведении донорских процедур, может вноситься непосредственно в компьютерную базу данных или фиксироваться на бумажных носителях. Информация, зафиксированная на бумажных носителях, может впоследствии вноситься в компьютерную базу данных назначенными для этого сотрудниками. После внесения информации медицинская документация на бумажных носителях сохраняется в соответствии с установленными правилами.
- 1.7.5 При внесении информации в компьютерную базу данных, обязательно должно быть зафиксировано:
- Дата и время внесения информации
 - Данные, позволяющие однозначно идентифицировать сотрудника, внесившего информацию в течение всего срока ее хранения.
- При корректировке информации в базе данных, прежняя ее версия (включая дату, время и идентификационные данные сотрудника) должна быть сохранена в электронном архиве.
- 1.7.6. Необходимая часть информации, содержащейся в электронной базе данных, может быть распечатана в виде соответствующего медицинского документа, заверена подписью уполномоченного сотрудника и использована в соответствии с установленными правилами.
- 1.7.7. Для идентификации сотрудников, работающих с компьютерной системой и разграничения прав их доступа к информации, могут быть использованы пароли, защищенные ключи доступа или смарт-карты. Для подтверждения авторства информации, внесенной в компьютер, желательно использовать средства электронно-цифровой подписи.
- 1.7.8. Состав информации в электронной базе данных, электронные экранные формы и формы печатных документов, используемых в компьютерной системе, а также права доступа к электронной информации, средства идентификации сотрудников и правила работы с электронной информацией и требования к обеспечению конфиденциальности персональных данных должны быть включены в соответствующие технологические инструкции, утвержденные руководителем организации.
- 1.8. Может осуществляться электронный обмен информацией с единым территориальным центром учета доноров и иными уполномоченными организациями, выявляющими лиц, имеющих противопоказания к донорству.
- 1.8.1. Электронный обмен осуществляется на основании Регламента, утвержденного организациями, участвующими в электронном обмене.
- 1.8.2. В процессе электронного обмена должна быть обеспечена конфиденциальность персональных данных. Для обеспечения конфиденциальности желательно использовать средства шифрования информации. Для обеспечения юридической значимости передаваемой информации желательно использовать средства электронно-цифровой подписи.

Международный контекст (2008 г)



По заданию Офиса национального координатора (ОНС) в области медицинских ИТ в США проведены работы, цель которых - прийти к соглашению относительно определений ключевых терминов, относящихся к информационным технологиям в сфере медицины:

The National Alliance for Health Information Technology
Report to the Office of the National Coordinator for Health Information Technology
on
Defining Key Health Information Technology Terms
April 28, 2008

Окончательная версия ключевых определений

Table 1: Records Terms

Electronic Medical Record	Electronic Health Record	Personal Health Record
<p>An electronic record of health-related information on an individual that can be created, gathered, managed, and consulted by authorized clinicians and staff within one health care organization.</p>	<p>An electronic record of health-related information on an individual that conforms to nationally recognized interoperability standards and that can be created, managed, and consulted by authorized clinicians and staff across more than one health care organization.</p>	<p>An electronic record of health-related information on an individual that conforms to nationally recognized interoperability standards and that can be drawn from multiple sources while being managed, shared, and controlled by the individual.</p>

Table 2: Network Terms

Health Information Exchange	Health Information Organization	Regional Health Information Organization
<p>The electronic movement of health-related information among organizations according to nationally recognized standards.</p>	<p>An organization that oversees and governs the exchange of health-related information among organizations according to nationally recognized standards.</p>	<p>A health information organization that brings together health care stakeholders within a defined geographic area and governs health information exchange among them for the purpose of improving health and care in that community.</p>

- **Электронные клинические записи (Electronic Medical Record, EMR)** – электронные записи, содержащие информацию, связанную со здоровьем субъекта (пациента), которые создаются, хранятся, ведутся и используются сертифицированными медицинскими специалистами и персоналом **в одной медицинской организации.**
- **Электронные медицинские записи (Electronic Health Record, EHR)** – электронные записи, содержащие информацию, связанную со здоровьем субъекта (пациента), соответствующие национальным стандартам совместимости (интероперабельности), которые создаются, ведутся и используются сертифицированными медицинскими специалистами и персоналом **более чем одной медицинской организации.**
- **Персональные медицинские записи (Personal Health Record, PHR)** – электронные записи, содержащие информацию, связанную со здоровьем субъекта (пациента), соответствующие национальным стандартам совместимости (интероперабельности), **полученные из различных источников, ведение, управление и предоставление доступа к которым осуществляет сам субъект (пациент).**

CONGRESS OF THE UNITED STATES
CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE

A

CBO

PAPER

MAY 2008

**Evidence on the
Costs and Benefits of
Health Information
Technology**



The Federal Government's Activities as a Regulator and Funder

The Department of Health and Human Services (HHS), through the Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), leads the federal government's efforts to encourage the adoption of health information technology (health IT). ONC's primary responsibilities are to coordinate the development of standards for health IT systems to ensure interoperability (the systems' capability to communicate with each other) and the development and implementation of a national health information network through which interoperable health information can be exchanged.

Деятельность Федерального правительства в вопросах регулирования и финансирования

Департамент здравоохранения и социального обслуживания (HHS) через Офис национального координатора медицинских информационных технологий (ONC) направляет усилия на поощрение внедрения медицинских ИТ. Основная ответственность ONC состоит в координации работ по стандартизации, обеспечивающих интероперабельность в сфере медицинских ИТ (возможность систем обмениваться друг с другом), а также в вопросах развития и внедрения национальной информационной сети, через которую интероперабельные системы могли бы вести обмен медицинской информацией.