

《互联网诊疗电子病历管理规范》解读

一、制定背景

2018 年以来，“互联网+医疗健康”迅速发展，多份指导文件陆续发布。国家层面，《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26 号）《互联网诊疗管理办法（试行）》《互联网医院管理办法（试行）》《远程医疗服务管理规范（试行）》《互联网诊疗监管细则（试行）》（国卫办医发〔2022〕2 号）等文件相继印发，规范互联网诊疗活动，保障医疗质量和安全，推动互联网医疗服务健康发展。广东省、深圳市层面对“互联网+医疗健康”发展给予高度重视，发布《广东省促进“互联网+医疗健康”发展行动计划（2018—2020 年）》《关于支持互联网医疗机构开展门诊慢性病特定病复诊有关措施的通知》（深医保发〔2020〕6 号）等文件，促进线上医疗的规范发展。

随着互联网医疗的迅速发展，许多相关的创新工作已超出现有政策边界，考虑到我国复杂的医疗体系与个人生命健康休戚相关的特殊属性，亟须建立“互联网+医疗健康”标准体系，提高互联网医疗服务质量。电子病历是重要的医疗文书，记录了医疗活动的全过程，是界定互联网医疗领域的医疗纠纷、维护医患双方权益方面的重要依据，也是提升医院医疗质量管理的重要抓手，应做到要素完备、安全高效。

本项标准的制定将规范互联网诊疗电子病历的管理要求，包括对系统建设、采集生成、保存查阅和封存等方面的管理，有助于帮助避免互联网医疗纠纷，提高互联网医疗服务的质量。此外，本项标准有利于进一步规范互联网诊疗行为，为行业的规范化和健康发展提供指导和方向。建立互联网诊疗电子病历规范不仅能够以电子病历为抓手，引领互联网医疗有序发展，助力形成优质均衡的公共服务体系；且能够以标准助力“互联网+医疗健康”产业发展，探索数字经济，互联网医疗等新业态新模式。

二、主要内容

《互联网诊疗电子病历管理规范》标准包括 9 个章节，包括范围、规范性引用文件、术语和定义、系统建设要求、采集及生成管理要求、质控要求、保存及使用管理要求、封存管理要求。

（一）范围。

本文件规定了互联网诊疗电子病历的制度和机制建设、系统建设、病历书写、采集生成、质控、保存查阅使用和封存的管理要求。

本文件适用于深圳市辖区互联网诊疗电子病历的管理工作。

（二）规范性引用文件。

本文件没有规范性引用文件。

（三）术语和定义。

本章节规定了互联网医院、互联网诊疗、互联网诊疗电

子病历等专业术语和定义。

（四）基本要求。

本章节给出了互联网诊疗电子病历管理的基本要求，主要包括制度建设和人员建设等方面内容。

（五）系统建设要求。

本章节主要包括对互联网电子病历系统的权限设置、功能建设的要求。

（六）书写、采集及生成管理要求。

本章节包括互联网电子病历书写、病历内容采集、电子病历生成的要求。

（七）质控要求

本章节包括互联网诊疗电子病历的质量控制要求。

（八）保存及使用管理要求。

本章节对互联网医院电子病历保存方式和时间、病历查阅和复制权限以及互联网医院提供相应电子病历的方式提出要求。

（九）封存管理要求。

本章节对互联网电子病历的封存管理提出要求。

三、附则

本文件由深圳市卫生健康委员会提出并归口。其起草单位有深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心、北京卫生法学会、银川互联网+医疗健康协会、宝安区福永人民医院、深圳市龙岗区人民医院、华中科技大学协和深圳医院、深圳市第二人民医院、中山大学附属第七医院（深圳）、深圳新

安希玛林顺潮眼科医院、深圳禾正医院、深圳市宁远科技股份有限公司。