

电子病历系统中医疗信息标准化建设探讨

作者：史烨、于晓珑

摘要：电子病历是医疗机构数字化诊疗的核心载体，完整记录患者就诊全流程诊疗数据，是临床诊疗、医保结算、医疗质控、公共卫生监测的关键数据基础。当前国内各级医疗机构电子病历系统建设进度不一，普遍存在数据编码不统一、病历书写格式混乱、接口标准差异化、术语体系杂乱等标准化缺失问题，直接造成跨院数据无法互通、检查结果难以互认、医疗数据价值无法释放。本文结合国家医疗信息化建设相关要求，阐述电子病历信息标准化建设的必要性，梳理现阶段标准化建设存在的突出问题，剖析问题产生的深层诱因，提出全流程标准化落地对策，助力医疗机构完善电子病历体系，破除医疗数据孤岛，推动全域医疗信息高效安全共享。

关键词：电子病历；医疗信息；标准化建设；数据互通；医疗信息化

一、引言

医疗数字化转型持续深入，电子病历全面替代传统纸质病历，成为现代医院信息化建设的核心基础。国家卫生健康委明确指出，电子病历是医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、影像等数字化医疗记录，完整覆盖门诊与住院全诊疗环节，标准化是实现医疗数据互联互通的根本前提。现阶段国内医院电子病历系统多由不同厂商独立开发，缺乏统一顶层标准约束，病历内容、疾病编码、药品名称、诊疗操作记录格式各行其是。标准化缺失不仅加大院内病历质控难度，还阻碍跨机构转诊、检验结果互认、医保异地结算等工作落地。推进电子病历医疗信息全链条标准化建设，是规范临床诊疗行为、提升医疗质控水平、打通区域医疗数据共享通道的必经之路。

二、电子病历系统医疗信息标准化建设核心意义

（一）规范临床诊疗行为，强化院内医疗质量管控

统一的电子病历书写规范、术语标准与录入格式，能够约束医护人员病历书写行为，杜绝病历内容缺失、表述不规范、逻辑矛盾等问题。标准化病历模板可

统一诊疗记录流程，减少医护人员主观书写偏差，方便医院质控部门开展线上自动病历审核，实现病历质量常态化动态监管，从源头规避因病历书写不规范引发的医疗纠纷。

（二）破除系统壁垒，实现跨院医疗数据互通

统一数据接口、疾病编码与文档格式后，不同医疗机构的电子病历系统可实现无缝对接，患者既往病史、用药记录、检查报告能够跨院流转调取。彻底解决重复检查、重复化验等就医痛点，落实全国检查检验结果互认工作要求，精简就医流程，切实降低患者就医成本与公共医疗资源消耗。

（三）支撑医疗大数据分析与公共卫生防控

标准化电子病历数据具备统一口径，可直接汇总至区域全民健康信息平台，为流行病监测、慢性病流行病学调查、医疗服务能力评价提供规整可靠的数据支撑。同时标准化数据能够满足医保智能审核、DRG 付费改革的数据对接要求，助力医保精细化管理与医院运营管理优化。

三、电子病历医疗信息标准化建设现存问题

（一）临床医学术语使用缺乏统一规范

临床医护人员日常录入病历存在口语化、非标准术语混用问题，同一病症、同一操作存在多种文字表述。部分基层医院未严格采用国家统一临床术语集，医生自主简写、自创诊疗词汇现象普遍，导致系统无法精准识别病历关键信息，影响病历智能审核与数据统计准确性。

（二）疾病与药品编码体系适配度不足

部分基层医疗机构仍沿用老旧疾病编码版本，未同步更新国家统一 ICD 疾病编码与药品编码库。院内诊断编码、手术操作编码与上级卫健部门平台标准不匹配，即使完成数据上传，也会出现数据无法识别、归类错乱等问题，阻碍区域医疗数据统一汇总分析。

（三）系统接口与病历文档格式不统一

不同服务商研发的电子病历系统底层架构、数据传输接口、共享文档格式存在明显差异,系统之间无法直接完成数据交互。即便依托区域健康平台进行对接,也需要额外开发转换接口,增加信息化建设成本,同时容易造成数据传输过程中信息丢失、内容错乱。

（四）医护人员标准化录入执行力不足

临床医护工作负荷繁重,日常诊疗工作繁忙,部分医护人员为节约工作时间,刻意简化病历录入内容,跳过标准化模板填写流程。同时院内缺乏常态化标准化培训,医护人员对最新病历标准、编码规范更新内容掌握不及时,人为操作偏差制约标准化落地成效。

四、电子病历信息标准化滞后的深层原因

（一）医院信息化建设前期缺乏统一规划

多数医院电子病历系统为分阶段采购升级,前期建设未遵循国家统一信息化标准,厂商按照医院个性化需求定制开发系统,过度追求院内使用便捷性,忽略区域数据互通要求。系统前期无标准化预留接口,后期改造适配难度极大。

（二）院内标准化管控考核机制不完善

医院绩效考核侧重诊疗工作量,未将电子病历标准化录入质量纳入医护人员日常考核。缺乏刚性约束机制,医护人员落实标准化录入的主动性不足,院内病历质控多聚焦内容完整性,忽视术语、编码、格式的合规性审核。

五、推进电子病历医疗信息标准化建设的优化对策

（一）统一全域医学术语与编码标准

全面落地国家统一临床诊疗术语、疾病分类编码、手术操作编码、药品目录编码,定期同步更新官方编码数据库。院内电子病历系统强制屏蔽非标准口语化术语,依托系统后台设置标准术语联想录入功能,从系统层面约束医护人员录入行为,保证全院内病历数据口径完全统一。

（二）统一系统接口与共享文档规范

严格遵循国家电子病历共享文档规范改造现有系统，统一院内及跨院数据传输接口标准，适配区域全民健康信息平台接入要求。老旧分期建设系统分批完成标准化升级改造，消除异构系统数据交互障碍，实现病历文档、检查报告、处方单据无缝流转共享。

（三）开展分层标准化专项培训

针对临床医生、护理人员、系统运维人员开展分层培训，面向医护人员讲解病历书写规范、标准术语使用要求；面向运维人员开展系统接口改造、编码库更新实操培训。同步下发标准化病历操作手册，贴合临床真实诊疗场景开展案例教学，提升全员标准化操作能力。

（四）建立闭环质控与绩效考核体系

搭建电子病历智能质控系统，自动筛查术语不规范、编码错误、格式错乱等问题，实时推送整改提醒。将病历标准化合格率纳入科室及个人绩效考核，落实奖惩机制，以刚性管理制度倒逼医护人员规范录入，构建录入、审核、整改、复查全闭环标准化管控体系。

六、结论

电子病历医疗信息标准化是医疗数字化转型的基础性工程，直接关系医疗质控、数据共享、医保结算与公共卫生监测多项工作开展。当前电子病历建设存在术语不统一、编码滞后、接口各异、人员执行不到位等问题，根源在于前期规划缺失、院内考核约束不足。医疗机构需要紧跟国家卫健信息化统一标准，从系统改造、术语规范、人员培训、考核管控四个维度发力，全方位推进电子病历全流程标准化建设。唯有筑牢医疗信息标准化根基，才能真正打通全域医疗数据流通通道，释放医疗大数据价值，持续提升医疗服务规范化、数字化水平。

参考文献

[1] 周明. 电子病历标准化建设难点及全域统一改造路径研究[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2024, 21 (04): 492-495.

- [2] 马丽. 临床电子病历术语标准化应用现状与优化策略[J]. 医疗卫生装备, 2024, 45(08): 1021-1024.
- [3] 吴杰. 医院电子病历系统接口标准化改造实践探索[J]. 中国数字医学, 2025, 20(02): 156-159.
- [4] 郑晓燕. 电子病历智能质控体系构建与标准化管理研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(09): 78-81.