Najczęściej zadawane pytania dostawców oprogramowania (FAQ).  
ZM,   
indeksy EDM,  
program Moje Zdrowie

Wersja 2.4

„Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (P1) – faza 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Metryka** | | | |
| Właściciel | Centrum e-Zdrowia | | |
| Autor | Centrum e-Zdrowia | | |
| Recenzent | Centrum e-Zdrowia | | |
| Liczba stron | 75 | | |
| Zatwierdzający | CeZ | **Data zatwierdzenia** | 2022-08-25 |
| Wersja | 2.4 | **Status dokumentu** | Zaakceptowany |
| Data utworzenia | 2021-10-01 | **Data ostatniej modyfikacji** | 2025-04-14 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Historia zmian** | | | |
| **Data** | **Wersja** | **Autor zmiany** | **Opis zmiany** |
| 01.10.2021 | 1.0 | CeZ | Wersja inicjalna dokumentu |
| 04.10.2021 | 1.1 | CeZ | Dodano sekcje: ITI-43: czy istnieje limit pobieranych dokumentów?, ITI-41: Internal server error, Escapowanie cudzysłowów w transakcjach ITI |
| 05.10.2021 | 1.2 | CeZ | * W sekcji: Materiały dodatkowe umieszczono informację o słownikach nie publikowanych przez CeZ w dokumentacji/ na www PIK HL7 CDA.   Dodano sekcje: ITI-18: Błąd przekroczenia czasu oczekiwania (timeout), REG.WER.7164 |
| 8.10.2021 | 1.3 | CeZ | Rozszerzenie opisu w sekcji: REG.WER.4259 Weryfikacja podpisu elektronicznego wśród danych potwierdzających autentyczność zasobów, Dodanie sekcji: Dla czego podpis Zdarzenia certyfikatem ZUS kończy się błędem?, ITI-18: sortowanie wyników wyszukiwania, Parametr \_total w zasobie Encounter, Parametry wyszukiwania pldatefrom, pldateto w zasobie Encounter, Parametr wyszukiwania plauthor w zasobie Paient, Różnice pomiędzy wyszukiwaniem zasobu Procedure za pomocą atrybutu date oraz atrybutów pldatefrom, pldateto, Kontekst realizacji zgłoszeń w zasobie Claim, Obowiązkowe atrybuty tokenu SAML, Dodanie reguł weryfikacyjnych dla EDM. |
| 12.10.2021 | 1.4 | CeZ | Aktualizacja informacji o zmianie parametru maksymalnej wersji zasobu Patient. |
| 15.12.2021 | 1.5 | CeZ | Dodanie sekcji: Indeksowanie dokumentów EDM dla noworodków (brak numeru PESEL), nowe pytanie nr 5 do sekcji logi ATNA, |
| 20.10.2021 | 1.6 | CeZ | Dodanie sekcji: ITI-42: rule: REG.WER.6860, Wskazany w indeksie identyfikator zdarzenia medycznego nie występuje w ZM. Aktualizacja sekcji dot. REG.WER.4259 o dodanie informacji o kanonikalizacji. |
| 27.10.2021 | 1.7 | CeZ | Dodanie sekcji: Kody refundacji i płatnik; Jak rejestrować ZM gdy wynik jest dostępny po tygodniu od pobrania próbki?; Dostęp do wyników badań wrażliwych; Diagnostyka laboratoryjna – braki pożądanych procedur w kodach słownika ICD-9 |
| 29.10.2021 | 1.8 | CeZ | Dodanie zakresu Q&A ze spotkania on-line “Godzina dla dostawców” 6.08.2021 |
| 02.11.2021 | 1.9 | CeZ | Usunięcie konieczności wskazania jedynie na użycie certyfikatu P1 przy wymianie żądań Klient - Klient w sekcji ”Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami? “oraz podlinkowanie dokumentu: *Wytyczne dla Usługodawców w kontekście wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.* Dodanie sekcji: Informacja o kustoszu dokumentacji |
| 08.11.2021 | 1.10 | CeZ | Dodanie sekcji: Struktura wiadomości Syslog |
| 19.11.2021 | 1.11 | CeZ | * Aktualizacja linku dot. wytycznych dla Usługodawców w kontekście wymiany EDM w pytaniu: Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami?   Dodanie sekcji: Payload - dla pytań z tego zakresu, z wyjaśnieniem różnicy pomiędzy child\_organization a location w zasobach |
| 23.11.2021 | 1.12 | CeZ | Dodanie sekcji: Jak zaraportować zdarzenie medyczne z obszaru rehabilitacji w przypadku gdy pacjent odbywa cykl zabiegów np. przez 2 tygodnie u wielu fizjoterapeutów?; Co jeżeli pacjent przerwał cykl leczenia? Jak zaraportować taki fakt w zdarzeniu medycznym?; Czy należy raportować zdarzenia związane z medycyną pracy? Jeżeli tak, to w jaki sposób?; Czy planowane jest rozszerzenie nadawania zgód na dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej dla organizacji, np. w sytuacji przygotowywania opisów badań diagnostycznych?; W jaki sposób raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS? Jak raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS w przypadku podwykonawstwa? Sekcja 3.15: dodanie informacji o jednym z rodziców oraz opiekunie prawnym dla noworodka bez numeru PESEL. |
| 10.12.2021 | 1.13 | CeZ | Dodanie sekcji: Jakie informacje powinien zawierać komunikat zwrotny dla operacji ITI-43 w kontekście udostępnienia dokumentu EDM?; Co w przypadku gdy u podwykonawcy występuje kolejny podwykonawca? Przykład: Zleceniodawca (1) udziela świadczenia w ramach którego podwykonawca (2) wykonuje badanie, a następnie podzleca swojemu podwykonawcy (3) wykonanie tylko opisu rezonansu magnetycznego. Autorem dokumentu opisu jest placówka 2 (podwykonawca), ale w środku dokumentu jest podpis lekarza pracującego u podwykonawcy podwykonawcy (3). Czy ZM muszą przekazać wszyscy podwykonawcy? |
| 17.12.2021 | 1.14 | CeZ | * Dodanie sekcji: * ITI-57: Użycie SOAP 1.2   Z jakich certyfikatów powinna korzystać higienistka pracująca w praktyce? Jaka rola (user\_role) powinna zostać użyta przy autoryzacji dla higienistki dentystycznej? |
| 25.01.2022 | 1.15 | CeZ | * Dodanie sekcji: * IKP – brak wyświetlania się dokumentu EDM. * ITI-18: InvalidSecurity - Signature creation failed (Signature Verification failed for the SAML token * 2.1.58 Token JWT – czas używany podczas uzyskiwania tokenu   Numerowanie procedur i rozpoznań w Claim |
| 17.03.2022 | 1.16 | CeZ | * Dodanie sekcji: * Sposób raportowania dat w badaniach Programu 40+, laboratoryjnych i histopatologicznych   Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy? |
| 15.04.2022 | 1.17 | CeZ | * Aktualizacja sekcji: „Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy?”   Dodanie nowej sekcji: Czy wymaga się referencji zasobu device w ramach nowego zdarzenia |
| 26.05.2022 | 1.18 | CeZ | Aktualizacja opisu w sekcji: Podpis w zasobie Provenance – problem z wyliczaniem skrótów |
| 19.08.2022 | 1.19 | CeZ | Dodanie sekcji Patient Summary (PS) |
| 01.10.2021 | 1.0 | CeZ | Wersja inicjalna dokumentu |
| 04.10.2021 | 1.1 | CeZ | Dodano sekcje: ITI-43: czy istnieje limit pobieranych dokumentów?, ITI-41: Internal server error, Escapowanie cudzysłowów w transakcjach ITI |
| 05.10.2021 | 1.2 | CeZ | * W sekcji: Materiały dodatkowe umieszczono informację o słownikach nie publikowanych przez CeZ w dokumentacji/ na www PIK HL7 CDA.   Dodano sekcje: ITI-18: Błąd przekroczenia czasu oczekiwania (timeout), REG.WER.7164 |
| 8.10.2021 | 1.3 | CeZ | Rozszerzenie opisu w sekcji: REG.WER.4259 Weryfikacja podpisu elektronicznego wśród danych potwierdzających autentyczność zasobów, Dodanie sekcji: Dla czego podpis Zdarzenia certyfikatem ZUS kończy się błędem?, ITI-18: sortowanie wyników wyszukiwania, Parametr \_total w zasobie Encounter, Parametry wyszukiwania pldatefrom, pldateto w zasobie Encounter, Parametr wyszukiwania plauthor w zasobie Paient, Różnice pomiędzy wyszukiwaniem zasobu Procedure za pomocą atrybutu date oraz atrybutów pldatefrom, pldateto, Kontekst realizacji zgłoszeń w zasobie Claim, Obowiązkowe atrybuty tokenu SAML, Dodanie reguł weryfikacyjnych dla EDM. |
| 12.10.2021 | 1.4 | CeZ | Aktualizacja informacji o zmianie parametru maksymalnej wersji zasobu Patient. |
| 15.12.2021 | 1.5 | CeZ | Dodanie sekcji: Indeksowanie dokumentów EDM dla noworodków (brak numeru PESEL), nowe pytanie nr 5 do sekcji logi ATNA, |
| 20.10.2021 | 1.6 | CeZ | Dodanie sekcji: ITI-42: rule: REG.WER.6860, Wskazany w indeksie identyfikator zdarzenia medycznego nie występuje w ZM. Aktualizacja sekcji dot. REG.WER.4259 o dodanie informacji o kanonikalizacji. |
| 27.10.2021 | 1.7 | CeZ | Dodanie sekcji: Kody refundacji i płatnik; Jak rejestrować ZM gdy wynik jest dostępny po tygodniu od pobrania próbki?; Dostęp do wyników badań wrażliwych; Diagnostyka laboratoryjna – braki pożądanych procedur w kodach słownika ICD-9 |
| 29.10.2021 | 1.8 | CeZ | Dodanie zakresu Q&A ze spotkania on-line “Godzina dla dostawców” 6.08.2021 |
| 02.11.2021 | 1.9 | CeZ | Usunięcie konieczności wskazania jedynie na użycie certyfikatu P1 przy wymianie żądań Klient - Klient w sekcji ”Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami? “oraz podlinkowanie dokumentu: *Wytyczne dla Usługodawców w kontekście wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.* Dodanie sekcji: Informacja o kustoszu dokumentacji |
| 08.11.2021 | 1.10 | CeZ | Dodanie sekcji: Struktura wiadomości Syslog |
| 19.11.2021 | 1.11 | CeZ | * Aktualizacja linku dot. wytycznych dla Usługodawców w kontekście wymiany EDM w pytaniu: Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami?   Dodanie sekcji: Payload - dla pytań z tego zakresu, z wyjaśnieniem różnicy pomiędzy child\_organization a location w zasobach |
| 23.11.2021 | 1.12 | CeZ | Dodanie sekcji: Jak zaraportować zdarzenie medyczne z obszaru rehabilitacji w przypadku gdy pacjent odbywa cykl zabiegów np. przez 2 tygodnie u wielu fizjoterapeutów?; Co jeżeli pacjent przerwał cykl leczenia? Jak zaraportować taki fakt w zdarzeniu medycznym?; Czy należy raportować zdarzenia związane z medycyną pracy? Jeżeli tak, to w jaki sposób?; Czy planowane jest rozszerzenie nadawania zgód na dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej dla organizacji, np. w sytuacji przygotowywania opisów badań diagnostycznych?; W jaki sposób raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS? Jak raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS w przypadku podwykonawstwa? Sekcja 3.15: dodanie informacji o jednym z rodziców oraz opiekunie prawnym dla noworodka bez numeru PESEL. |
| 10.12.2021 | 1.13 | CeZ | Dodanie sekcji: Jakie informacje powinien zawierać komunikat zwrotny dla operacji ITI-43 w kontekście udostępnienia dokumentu EDM?; Co w przypadku gdy u podwykonawcy występuje kolejny podwykonawca? Przykład: Zleceniodawca (1) udziela świadczenia w ramach którego podwykonawca (2) wykonuje badanie, a następnie podzleca swojemu podwykonawcy (3) wykonanie tylko opisu rezonansu magnetycznego. Autorem dokumentu opisu jest placówka 2 (podwykonawca), ale w środku dokumentu jest podpis lekarza pracującego u podwykonawcy podwykonawcy (3). Czy ZM muszą przekazać wszyscy podwykonawcy? |
| 17.12.2021 | 1.14 | CeZ | * Dodanie sekcji: * ITI-57: Użycie SOAP 1.2   Z jakich certyfikatów powinna korzystać higienistka pracująca w praktyce? Jaka rola (user\_role) powinna zostać użyta przy autoryzacji dla higienistki dentystycznej? |
| 25.01.2022 | 1.15 | CeZ | * Dodanie sekcji: * IKP – brak wyświetlania się dokumentu EDM. * ITI-18: InvalidSecurity - Signature creation failed (Signature Verification failed for the SAML token * 2.1.58 Token JWT – czas używany podczas uzyskiwania tokenu   Numerowanie procedur i rozpoznań w Claim |
| 17.03.2022 | 1.16 | CeZ | * Dodanie sekcji: * Sposób raportowania dat w badaniach Programu 40+, laboratoryjnych i histopatologicznych   Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy? |
| 15.04.2022 | 1.17 | CeZ | * Aktualizacja sekcji: „Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy?”   Dodanie nowej sekcji: Czy wymaga się referencji zasobu device w ramach nowego zdarzenia |
| 26.05.2022 | 1.18 | CeZ | Aktualizacja opisu w sekcji: Podpis w zasobie Provenance – problem z wyliczaniem skrótów |
| 19.08.2022 | 1.19 | CeZ | Dodanie sekcji Patient Summary (PS) |
| 25.08.2022 | 2.0 | CeZ | Zmiany korektorskie:   * wklejenie obecnych treści dokumentu do nowego szablonu, * lepsze tematyczne ułożenie treści, * poprawa numeracji sekcji. |
| 01.09.2022 | 2.1 | CeZ | * Sekcja 2.3.5.4: zmiana treści pierwszego akapitu na zapis nie budzący wątpliwości * Dodanie sekcji 2.3.16.1.6: Rekomendacja: system kodowania i wskazanie rodzaju grupy krwi. |
| 02.12.2022 | 2.2 | CeZ | * Dodanie nowej sekcji 2.3.14.1 - zasada występowania weryfikacji w regule REG.WER.5894   REG.WER.4259: dodanie jednej podpowiedzi do przyczyn możliwych błędów   * Rozszerzenie opisu w sekcji "2.3.16.1. Grupa krwi (PLBloodGroup)": * Wskazanie kodu LOINC, który należy przesyłać. * Określenie co należy przesyłać w elemencie effectiveDateTime * Wyjaśnienie czym jest Identyfikator Dokumentu Medycznego. * Dodanie nowych sekcji:   + 2.3.16.2. Ciąża (PLPregnacyHistory).   + 2.3.16.3 Urządzenia/implanty (PLMedicalDevice). * Uszczegółowienie opisu w sekcji: 2.2 Kody refundacji i płatnik. |
| 24.05.2024 | 2.3 | CeZ | * Dodanie nowej sekcji 2.7.7 – Blokowanie zmiany identyfikatora pacjenta w zasobach * Dodanie nowej sekcji 2.4.2 – Słownik PLSECURITYLABELS * Aktualizacja sekcji 2.5.2 - REG.WER.7164 OGRANICZENIE ILOŚCI WERSJI DLA ZASOBU PATIENT * Dodanie nowej sekcji 2.7.10 – Raportowanie zdarzenia medycznego w domu pacjenta * Rozszerzenie opisu w sekcji 2.3.1.1. – Data rozpoczęcia i zakończenia zasobu Encounter * Dodanie nowej sekcji 2.7.8 – Zdarzenia medyczne a wizyty kliniczne * Dodanie sekcji 3.8.5. - PYTANIE O WIELE REJESTRACJI REPOZYTORIUM EDM W P1 - PRZEZ JEDEN PODMIOT LECZNICZY * Dodanie sekcji 2.5.3. - REG.WER.5383 WERYFIKACJA DOPUSZCZALNYCH SYSTEMÓW IDENTYFIKACJI PŁATNIKA * Dodanie sekcji 2.3.1.5 - Tryb wpisu oraz tryb wypisu w atrybucie hospitalization * Dodanie nowej sekcji 2.7.9 – Identyfikacja polskiego pacjenta |
| 05.05.2025 | 2.4 | CeZ | Dodanie sekcji 2.8, poruszającej zagadnienia funkcjonalności dla programu profilaktycznego “Moje Zdrowie”. |

|  |
| --- |
| **FAQ nie powiela tematów już opisanych w dokumencie: *P1-DS-Dokumentacja\_integracyjna\_P1-NazwaUsługi.docx*** |

Spis treści

[1. Materiały dodatkowe 22](#_Toc197354641)

[1.1. FAQ binesowy ZM i EDM 22](#_Toc197354642)

[1.2. Słowniki FHIR 22](#_Toc197354643)

[2. Zdarzenia Medyczne (ZM) 23](#_Toc197354644)

[2.1. Autoryzacja i uwierzytelnienie 23](#_Toc197354645)

[2.1.1. W jaki sposób zabezpieczyć połączenie TLS za pomocą certyfikatu? 23](#_Toc197354646)

[2.1.2. Token JWT – czas używany podczas uzyskiwania tokenu 23](#_Toc197354647)

[2.1.3. Uprawnienia 23](#_Toc197354648)

[2.1.3.1. Kto ma dostęp do ZM? - zapis i modyfikacja 23](#_Toc197354649)

[2.1.3.2. Tryb dostępu 24](#_Toc197354650)

[2.1.4. Payload 25](#_Toc197354651)

[2.1.5. Podpisywanie zasobów 26](#_Toc197354652)

[2.1.5.1. Dla czego podpis Zdarzenia certyfikatem ZUS kończy się błędem? 27](#_Toc197354653)

[2.1.5.2. Usługodawca identyfikujący się numerem PESEL nie jest w stanie uzyskać dostępu do wysłanych zdarzeń medycznych które zarejestrował w innym programie przy użyciu numeru PWZ 27](#_Toc197354654)

[2.1.5.3. Z jakich certyfikatów powinna korzystać higienistka pracująca w praktyce? Jaka rola (user\_role) powinna zostać użyta przy autoryzacji dla higienistki dentystycznej? 28](#_Toc197354655)

[2.2. Kody refundacji i płatnik 28](#_Toc197354656)

[2.3. Zasoby 29](#_Toc197354657)

[2.3.1. Zasób Encounter 29](#_Toc197354658)

[2.3.1.1. Data rozpoczęcia i zakończenia zasobu Encounter 29](#_Toc197354659)

[2.3.1.2. Jak rejestrować ZM gdy wynik jest dostępny po tygodniu od pobrania próbki? 30](#_Toc197354660)

[2.3.1.3. Parametr\_total w wyszukiwaniu zasobów 30](#_Toc197354661)

[2.3.1.4. Parametry wyszukiwania pldatefrom, pldateto 31](#_Toc197354662)

[2.3.1.5. Tryb wpisu oraz tryb wypisu w atrybucie hospitalization 32](#_Toc197354663)

[2.3.2. Zasób Patient 33](#_Toc197354664)

[2.3.2.1. Czy jest konieczność weryfikacji danych zasobu Patient przed aktualizacją Zdarzenia? 33](#_Toc197354665)

[2.3.2.2. Wyszukiwanie pacjenta gdy posiada on więcej niż jedno imię/nazwisko 33](#_Toc197354666)

[2.3.2.3. Odszukanie danych archiwalnych osoby która zmieniła nazwisko 34](#_Toc197354667)

[2.3.2.4. Parametr wyszukiwania plauthor 35](#_Toc197354668)

[2.3.3. Zasób Procedure 35](#_Toc197354669)

[2.3.3.1. Sposób raportowania dat w badaniach Programu 40+, laboratoryjnych i histopatologicznych 35](#_Toc197354670)

[2.3.3.2. Czy wymaga się referencji zasobu device w ramach nowego zdarzenia? 36](#_Toc197354671)

[2.3.3.3. Różnice pomiędzy wyszukiwaniem zasobu Procedure za pomocą atrybutu date oraz atrybutów pldatefrom, pldateto 36](#_Toc197354672)

[2.3.3.4. W jaki sposób mogę dopisać kilka procedur ICD9 dla jednego zdarzenia? 36](#_Toc197354673)

[2.3.4. Zasób Condition 37](#_Toc197354674)

[2.3.4.1. Ostrzeżenie “con-3” dla PLMedicalEventDiagnosis 37](#_Toc197354675)

[2.3.5. Zasób Provenance 38](#_Toc197354676)

[2.3.5.1. Zasób Encounter Jak wygląda podpisywanie PLMedicalEventProvenance? 38](#_Toc197354677)

[2.3.5.2. Jaki jest format XML-a wchodzącego do podpisu w „Provenance.signature.data”? 42](#_Toc197354678)

[2.3.5.3. Gdzie znaleźć słowniki do pól Provenance.signature.targetFormat, Provenance.signature.sigFormat? 43](#_Toc197354679)

[2.3.5.4. Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy? 43](#_Toc197354680)

[2.3.5.5. Podpis w zasobie Provenance – problem z wyliczaniem skrótów 44](#_Toc197354681)

[2.3.6. Zasób DocumentReference 45](#_Toc197354682)

[2.3.7. Zasób Organization 45](#_Toc197354683)

[2.3.8. Zasób Location 45](#_Toc197354684)

[2.3.9. Zasób Practitioner 45](#_Toc197354685)

[2.3.10. Zasób Observation 45](#_Toc197354686)

[2.3.11. Zasób Device 45](#_Toc197354687)

[2.3.12. Zasób Coverage 45](#_Toc197354688)

[2.3.13. Zasób Claim 45](#_Toc197354689)

[2.3.13.1. Kontekst realizacji zleceń użyty w zasobie Claim. O jakie zlecenia chodzi? 45](#_Toc197354690)

[2.3.13.2. Numerowanie procedur i rozpoznań w Claim 45](#_Toc197354691)

[2.3.14. Zasób Immunization 46](#_Toc197354692)

[2.3.14.1. ImmunizationHistorical - zasada występowania weryfikacji w regule REG.WER.5894 46](#_Toc197354693)

[2.3.15. Zasób AllergyIntolerance 47](#_Toc197354694)

[2.3.16. Patient Summary (PS) 47](#_Toc197354695)

[2.3.16.1. Grupa krwi (PLBLOODGROUP) 47](#_Toc197354696)

[2.3.16.2. Ciąża (PLPregnacyHistory) 49](#_Toc197354697)

[2.3.16.3. Urządzenia/implanty (PLMedicalDevice) 51](#_Toc197354698)

[2.4. Słowniki 53](#_Toc197354699)

[2.4.1. Słownik PLMedicalEventClass 53](#_Toc197354700)

[2.4.2. Słownik PLSECURITYLABELS 53](#_Toc197354701)

[2.5. Reguły weryfikacyjne 53](#_Toc197354702)

[2.5.1. REG.WER.4259 Weryfikacja podpisu elektronicznego wśród danych potwierdzających autentyczność zasobów 53](#_Toc197354703)

[2.5.2. REG.WER.7164 Ograniczenie ilości wersji dla zasobu Patient 54](#_Toc197354704)

[2.5.3. REG.WER.5383 Weryfikacja dopuszczalnych systemów identyfikacji Płatnika 54](#_Toc197354705)

[2.6. Błędy 55](#_Toc197354706)

[2.6.1. HTTP 403 podczas generowania podpisu 55](#_Toc197354707)

[2.6.2. HTTP 403 - Forbidden z komunikatem "Access denied" na próbie odczytu zasobu. 55](#_Toc197354708)

[2.6.3. Internal Server Error 55](#_Toc197354709)

[2.6.4. Access Denied - próba zamiany/usunięcia Encounter.Participant 56](#_Toc197354710)

[2.7. Pozostałe tematy 56](#_Toc197354711)

[2.7.1. Raportowanie zdarzeń cząstkowych w ramach hospitalizacji złożonej – pobyt na różnych oddziałach 56](#_Toc197354712)

[2.7.2. Czy należy raportować zdarzenia związane z medycyną pracy? Jeżeli tak, to w jaki sposób? 58](#_Toc197354713)

[2.7.3. Jak zaraportować zdarzenie medyczne z obszaru rehabilitacji w przypadku gdy pacjent odbywa cykl zabiegów np. przez 2 tygodnie u wielu fizjoterapeutów? 59](#_Toc197354714)

[2.7.4. Co jeżeli pacjent przerwał cykl leczenia? Jak zaraportować taki fakt w zdarzeniu medycznym? 59](#_Toc197354715)

[2.7.5. W jaki sposób raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS? Jak raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS w przypadku podwykonawstwa? 60](#_Toc197354716)

[2.7.6. Co w przypadku gdy u podwykonawcy występuje kolejny podwykonawca? 63](#_Toc197354717)

[2.7.7. Blokowanie zmiany identyfikatora pacjenta w zasobach 63](#_Toc197354718)

[2.7.8. Zdarzenia Medyczne a wizyty kliniczne 64](#_Toc197354719)

[2.7.9. Identyfikacja polskiego pacjenta 64](#_Toc197354720)

[2.7.10. Raportowanie zdarzenia medycznego w domu pacjenta 64](#_Toc197354721)

[2.8. Moje Zdrowie – zagadnienia programu profilaktycznego 65](#_Toc197354722)

[2.8.1. Czy jest możliwe testowanie funkcjonalności na integracyjnym ikp? 65](#_Toc197354723)

[2.8.2. Indywidualny Plan Zdrowia (IPZ) – Jak ma być składowany dokument oraz jaka ma być jego struktura? 65](#_Toc197354724)

[2.8.3. Czy na gabinet.gov.pl będzie prezentowany id care-plan lub czy jest możliwe ograniczenie wyszukania badań po numerze PESEL tak, aby można było ominąć proces pobierania definicji oraz odpowiedzi ankiety? 66](#_Toc197354725)

[2.8.4. Jaki zakres badań może zlecić POZ na podstawie ankiety? 66](#_Toc197354726)

[2.8.5. Czy po wycofaniu realizacji zakresu badań jest możliwe ponowne pobranie badań do realizacji? 66](#_Toc197354727)

[2.8.6. Czy jest możliwe pobranie jednym zapytaniem, obu zasobów QR i CP - naraz? 66](#_Toc197354728)

[2.8.7. Jak przekazywać element DIV? 67](#_Toc197354729)

[2.8.8. Jakie elementy będą wymagane do prawidłowego rozliczenia świadczeń udzielonych w ramach Mojego Zdrowia? Czy niezbędne będzie zaraportowanie w P1 wizyty podsumowującej wraz z badaniami (Procedure) wykonanymi w tym programie oraz zaindeksowaną dokumentacją medyczną? 67](#_Toc197354730)

[2.8.9. Czy do prawidłowego sprawozdania Encountera wraz z procedurami badań MZ konieczne jest powiązanie indeksów dokumentacji medycznej EDM z wizytą podsumowującą? 67](#_Toc197354731)

[2.8.10. Czy istnieją szczegółowe wytyczne lub rekomendacje dla podmiotów leczniczych dotyczące kolejności rejestrowania zdarzeń medycznych oraz indeksowania EDM, które miałyby na celu zapewnienie spójności danych w systemie P1 w sytuacjach, gdy dokumenty powstają przed utworzeniem głównego identyfikatora wizyty? 68](#_Toc197354732)

[2.8.11. W sytuacji, gdy dokumenty wyników badań są tworzone przed rejestracją głównej wizyty (czyli przed utworzeniem identyfikatora zdarzenia medycznego – ZM), W jaki sposób należy indeksować wyniki badań (z jakim id zdarzenia medycznego)? 68](#_Toc197354733)

[2.8.12. Jak wobec braku przypisania identyfikatora ZM na etapie tworzenia dokumentów z wynikami badań będzie realizowane powiązanie EDM z wizytami programu „Moje Zdrowie”? 69](#_Toc197354734)

[2.8.13. Zwracamy uwagę na fakt, że obecnie dokumentacja indeksowana jest natychmiast w chwili zrealizowania badania, a w programie Moje Zdrowie nie będzie jeszcze istniał Encounter, z którym ma być powiązany zasób Procedure tego badania. Istnieją również przypadki, gdzie laboratorium (podwykonawca) tworzy zdarzenie medyczne dla wykonanych badań i indeksuje dokumentację z wynikami we własnym zakresie. W jaki sposób wizyta podsumowująca w POZ miałaby wówczas prawidłowo zaraportować takie badania i EDM z tym związany? 69](#_Toc197354735)

[2.8.14. W jaki sposób pozyskać indeks dokumentu na potrzeby raportowania ZM dla przypadku, kiedy został on założony przez Laboratorium? 70](#_Toc197354736)

[2.8.15. Jak prawidłowo sprawozdawać zasoby Procedure z badań zleconych na wizycie, a zrealizowanych w terminie późniejszym (np. rok później)? Zgodnie z obecnie obowiązującymi zaleceniami dostępnymi tu https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-dostawcow/pytania-i-odpowiedzi-dla-integratorow-programistow-dostawcow-oprogramowaniazasób zasób Procedure ma być sprawozdany w Encounterze z wizyty zlecającej, przy czym daty realizacji procedury muszą mieścić się w tym zasobie, w związku z daty realizacji procedury trzeba zmienić na daty wynikające z Encountera. Stosując tę zasadę trafiliśmy na przypadek, kiedy to realizator badania w datach realizacji Encountera (wizyty zlecającej) nie miał jeszcze uprawnień do ich realizacji, w związku z czym P1 zwróciło błąd REG.WER 3828 Identyfikator Pracownika Medycznego jest nieprawidłowy.  Gdyby przyjąć założenie, że taką procedurę należy sprawozdać w kolejnej wizycie i zmienić jej daty realizacji na daty kolejnej wizyty, możemy spotkać się z sytuacją, że pracownik realizujący procedurę JUŻ nie będzie miał uprawnień (albo np. nastąpi jego zgon). Jak takie sytuacje należy prawidłowo sprawozdawać w ramach Zdarzeń Medycznych? 70](#_Toc197354737)

[2.8.16. Rozliczenie świadczenia realizowane jest poprzez wizytę podsumowującą, która jest wizytą stacjonarną, co w przypadku, gdy pacjent nie pojawi się w wyznaczonym terminie w placówce (zdarzenia losowe)? 71](#_Toc197354738)

[2.8.17. Co w przypadku, kiedy zostanie zrealizowane badanie, wyniki zaindeksowane (widoczne na IKP) pacjent się z nimi zapozna i nie będzie widział sensu pojawienia się w placówce? Placówka poniesie koszty, które bez wizyty stacjonarnej nie zostaną zwrócone. 71](#_Toc197354739)

[2.8.18. Kiedy zostanie opublikowana zaktualizowana dokumentacja integracyjna do ZM wskazująca na możliwość sprawozdawania zasobów Procedure w późniejszym Encounterze (kolejna wizyta)? 71](#_Toc197354740)

[2.8.19. Czy wizyty edukacyjne zrealizowane w ramach programu "Moje Zdrowie" wpływają na limit dostępnych wizyt edukacyjnych dla pacjenta w ramach świadczeń IPOM? Jeśli tak, to w jaki sposób systemy powinny weryfikować powiązania? 72](#_Toc197354741)

[2.8.20. Czy przewidziano konsekwencje (np. blokadę rozliczenia, kary finansowe) w sytuacji, gdy placówka nie podejmie się realizacji ankiety w terminie 30 dni od jej wypełnienia przez pacjenta? 72](#_Toc197354742)

[2.8.21. W jaki sposób powinna wyglądać realizacja badań FIT-OC, jeśli nie wszystkie laboratoria wykonują ten test? Czy przewidziano listę rekomendowanych placówek lub dodatkowe zalecenia dla POZ w takich przypadkach? 72](#_Toc197354743)

[2.8.22. Jakie procedury medyczne należy stosować podczas wizyty podsumowującej w ramach programu "Moje Zdrowie"? Czy w komunikacie SWIAD będą stosowane dodatkowe oznaczenia pozwalające zidentyfikować te świadczenia? 73](#_Toc197354744)

[2.8.23. Czy dokument IPZ może być prowadzony jako lokalny dokument w dedykowanym systemie gabinetowym, czy też musi być przesyłany do P1 jako osobny zasób? W jaki sposób na wizycie podsumowującej powinna być przeprowadzana i zapisywana aktualizacja danych antropometrycznych? 74](#_Toc197354745)

[2.8.24. Czy dane zbierane w ramach programu "Moje Zdrowie" powinny być raportowane wspólnie z danymi z pierwszej wizyty POZ w danym roku kalendarzowym? 75](#_Toc197354746)

[2.8.25. Co w sytuacji, gdy pacjent nie zgłosi się na wizytę podsumowującą? Czy ankieta pozostaje aktywna, a CarePlan nie jest generowany? Kto finansuje wykonane badania laboratoryjne w takiej sytuacji? 75](#_Toc197354747)

[2.8.26. W jaki sposób należy zdefiniować użytkownika pełniącego rolę "profilaktyka"? Czy jest to odrębna specjalizacja, rola w systemie czy kwalifikacja zawodowa? 75](#_Toc197354748)

[2.8.27. Czy system gabinetowy może pobrać i ponownie uzupełnić tzw. "pustą" ankietę? Czy możliwe jest anulowanie błędnie pobranej ankiety? Czy placówka może odmówić realizacji ankiety? 75](#_Toc197354749)

[2.8.28. Co w przypadku, gdy pacjent w trakcie realizacji programu zmieni deklarację POZ? Czy nowa placówka może kontynuować program? Czy pacjent może wypełnić nową ankietę? 76](#_Toc197354750)

[2.8.29. Czy w ramach programu "Moje Zdrowie" przewidziana jest integracja z Systemem e-Rejestracji (SER) dla badań realizowanych w ramach SIMP? Czy możliwe jest przekazywanie informacji o konieczności realizacji badań (np. cytologia, mammografia) do SER w celu umożliwienia zapisów na badania bezpośrednio z poziomu systemu gabinetowego w ramach Programu Moje Zdrowie czy wyłącznie za pośrednictwem koordynatora placówki? 76](#_Toc197354751)

[2.8.30. W jaki sposób liczyć okres karencji kiedy pacjent skorzystał ostatni raz z programu 40 plus 76](#_Toc197354752)

[3. Indeksy Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) 77](#_Toc197354753)

[3.1. Zakres EDM 77](#_Toc197354754)

[3.2. Dostęp do wyników badań wrażliwych 78](#_Toc197354755)

[3.3. Brak udostępniania testowego repozytorium XDS.b oraz wytycznych w zakresie budowy repozytorium 78](#_Toc197354756)

[3.4. Logi ATNA 79](#_Toc197354757)

[3.5. Operacje rejestru systemu P1 80](#_Toc197354758)

[3.5.1. ITI-42 Zapis indeksu EDM 80](#_Toc197354759)

[3.5.1.1. Indeksowanie dokumentów EDM dla noworodków (brak numeru PESEL) 80](#_Toc197354760)

[3.5.2. ITI-18 Wyszukanie indeksu EDM 81](#_Toc197354761)

[3.5.2.1. Brak widoczności zarejestrowanego dokumentu w trybie kontynuacji leczenia 81](#_Toc197354762)

[3.5.2.2. Sortowanie wyników wyszukiwania 81](#_Toc197354763)

[3.5.3. ITI-57 Aktualizacja indeksu EDM 82](#_Toc197354764)

[3.5.4. ITI-20 Przyjmowanie logów z zewnętrznych repozytoriów XDS.b 82](#_Toc197354765)

[3.6. Operacje wspierające 82](#_Toc197354766)

[3.6.1. Generowanie tokenu SAML 82](#_Toc197354767)

[3.6.1.1. Walidacja podpisu tokenu SAML 82](#_Toc197354768)

[3.6.1.2. Które atrybuty tokenu SAML są obowiązkowe? 83](#_Toc197354769)

[3.6.1.3. Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami? 83](#_Toc197354770)

[3.6.1.4. Struktura wiadomości Syslog 84](#_Toc197354771)

[3.6.2. Rejestrowanie danych dostępowych do Repozytorium XDS.b 84](#_Toc197354772)

[3.6.3. Pobranie danych dostępowych do Repozytorium XDS.b 84](#_Toc197354773)

[3.7. Operacje repozytorium 84](#_Toc197354774)

[3.7.1. ITI-41 Przekazanie i zaindeksowanie EDM 84](#_Toc197354775)

[3.7.1.1. Dokumenty w statusie off-line a konieczność podania OID repozytorium? 84](#_Toc197354776)

[3.7.1.2. Informacja o kustoszu dokumentacji 85](#_Toc197354777)

[3.7.2. ITI-43 Pobieranie EDM 85](#_Toc197354778)

[3.7.2.1. Czy istnieje limit pobieranych dokumentów? 85](#_Toc197354779)

[3.7.2.2. Jakie informacje powinien zawierać komunikat zwrotny dla operacji ITI-43 w kontekście udostępnienia dokumentu EDM? 86](#_Toc197354780)

[3.7.3. Usługa SOZ umożliwiająca potwierdzenie uprawnień na udostępnienie dokumentacji medycznej 86](#_Toc197354781)

[3.8. Pozostałe tematy 86](#_Toc197354782)

[3.8.1. Szablon PIK: Dane hospitalizacji – root 2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.0.98 86](#_Toc197354783)

[3.8.2. Escapowanie cudzysłowów w transakcjach ITI 87](#_Toc197354784)

[3.8.3. Diagnostyka laboratoryjna – braki pożądanych procedur w kodach słownika ICD-9 87](#_Toc197354785)

[3.8.4. Czy planowane jest rozszerzenie nadawania zgód na dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej dla organizacji, np. w sytuacji przygotowywania opisów badań diagnostycznych? 88](#_Toc197354786)

[3.8.5. Pytanie o wiele rejestracji repozytorium EDM w P1 - przez jeden podmiot leczniczy 88](#_Toc197354787)

[3.9. Reguły weryfikacyjne 88](#_Toc197354788)

[3.9.1. REG.3366 Żądanie SAML - zbiór wartości dla roli użytkownika 88](#_Toc197354789)

[3.9.2. REG.3369 Żądanie SAML - zbiór wartości dla identyfikatora podmiotu 89](#_Toc197354790)

[3.9.3. REG.3370 Żądanie SAML - zbiór wartości dla identyfikatora użytkownika 89](#_Toc197354791)

[3.9.4. REG.3371 Żądanie SAML - zbiór wartości dla trybu dostępu 89](#_Toc197354792)

[3.10. Błędy 90](#_Toc197354793)

[3.10.1. ITI-18: InvalidSecurity - Signature creation failed (Signature Verification failed for the SAML token 90](#_Toc197354794)

[3.10.2. ITI-18: Błąd przekroczenia czasu oczekiwania (timeout) 90](#_Toc197354795)

[3.10.3. ITI-41: Internal server error 91](#_Toc197354796)

[3.10.4. ITI-42: rule: REG.WER.6860, Wskazany w indeksie identyfikator zdarzenia medycznego nie występuje w ZM 91](#_Toc197354797)

[3.10.5. ITI-43: “Deny” przy próbie pobrania dokumentu. 91](#_Toc197354798)

[3.10.6. ITI-43: No permission to read the document OID^numer 91](#_Toc197354799)

[3.10.7. ITI-57: Użycie SOAP 1.2 92](#_Toc197354800)

[3.10.8. ITI-57: Błąd detekcji operacji aktualizacji metadanych 92](#_Toc197354801)

[3.10.9. IKP – brak wyświetlania się dokumentu EDM 94](#_Toc197354802)

# Materiały dodatkowe

## FAQ binesowy ZM i EDM

[1] <https://cez.gov.pl/akademia-cez/szkolenia-z-edm-dla-kidl/>

[2] <https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/projekty/Akademia/faq_najczesciej_zadawne_pytania_60ae220e9dbe2.pdf>

## Słowniki FHIR

Słowniki FHIR (nie wymienione w Dokumentacji Integracyjnej P1 lub nie umieszczone na www PIK HL7 CDA) dostępne są na podstronach standardu FHIR w zakładkach ValuSets:

<https://www.hl7.org/fhir/terminologies-valuesets.html>

# Zdarzenia Medyczne (ZM)

## Autoryzacja i uwierzytelnienie

### W jaki sposób zabezpieczyć połączenie TLS za pomocą certyfikatu?

Przez zabezpieczenie połączenia TLS za pomocą certyfikatu należy rozumieć wykonanie obustronnego uwierzytelnienia stron nawiązujących połączenie TLS, w tym wykonanie uwierzytelnienia klienta przez serwer P1. Do tego uwierzytelnienia niezbędne jest użycie przez klienta P1 klucza prywatnego powiązanego z certyfikatem do uwierzytelnienia systemu.

### Token JWT – czas używany podczas uzyskiwania tokenu

Podając datę z **przeszłości** nie da się uzyskać tokenu Dostajemy błąd: "diagnostics": "Upłynął termin ważności tokenu uwierzytelniającego”.

Podając datę z **przyszłości** da się uzyskiwać tokenu. Zawsze jego ważność jest 5 minut od daty naszego serwera. Niezależnie od użytej daty, token dostępowy zwracany jest z czasem 5 minut od czasu systemowego P1.

### Uprawnienia

#### Kto ma dostęp do ZM? - zapis i modyfikacja

Polityka dostępu do danych zakłada, że dostęp do danych zdarzenia medycznego pacjenta posiada:

• autor zdarzenia (uczestnik zdarzenia),

• lekarz, którzy otrzymał zgodę pacjenta na dostęp do danych (autoryzacja lub deklaracja poz)

• lekarz, który deklaruje iż dostęp do danych odbywa się w ramach kontynuacji leczenia,

• lekarz, który deklaruje iż dostęp do danych odbywa się w ramach ratowania życia.

Dodatkowo istnieje polityka dla szczepień, która zakłada, że każdy lekarz ma dostęp do danych szczepień.

WW. polityki dotyczą dostępu do podpisanych zasobów danych, to jest takich, dla których istnieje zasób Provenance. Jeżeli zasób nie został podpisany (rozumiany jest jako roboczy) dostęp do niego ograniczony jest wyłącznie do autora tego zasobu (uczestnika zdarzenia).

Jeżeli chodzi o operacje modyfikacji zasobu lub jego usunięcia to tutaj również dostęp do takich operacji możliwy jest wyłącznie dla autora zasobu (uczestnika zdarzenia).

Z założenia przy zmianie lekarza nie należy modyfikować danych Zdarzenia Medycznego. Jeśli Pierwszy Lekarz, który brał udział w Zdarzeniu Medycznym podpisał to Zdarzenie, to należy skorzystać z mechanizmu "kontynuacji leczenia" i wtedy Drugi Lekarz ma dostęp do starych zdarzeń Pierwszego Lekarza i Drugi Lekarz tworzy ewentualnie nowe Zdarzenie Medyczne z tym pacjentem.

#### Tryb dostępu

**Problem:** Procedura, którą wykonuję:

1. Zakładam spreparowane zdarzenie medyczne (pacjent już istnieje w P1, w zgłoszeniu jako lekarza podaję naszego lekarza)  
2. P1 odpowiada sukcesem i zwraca dane założonego zdarzenia  
3. Wywołuję pobranie zdarzenia medycznego po id, które otrzymałam przy zakładaniu - dostaję 403 access deny (czyli nie mam uprawnień)  
4. Próbuję założyć jeszcze raz to samo zdarzenie - dostaję informację, że takie już istnieje (czyli zakładanie zadziałało za pierwszym razem)  
5. Pobieram listę dostępnych zdarzeń pacjenta - na liście nie widzę mojego zdarzenia, ale data ostatniej modyfikacji pokrywa się z moim zakładaniem.  
6. Wywołuję pobieranie dowolnego zdarzenia z listy - udaje się (więc samo pobieranie też działa)

Widzę, że nie ma to związku z trybem zapytania - ani przy kontynuacji leczenia ani przy ratowaniu życia nie widzę moich zdarzeń.

Doczytaliśmy w dokumentacji, że:

* tryb ratowania życia umożliwia dostęp m.in. do podpisanych zdarzeń,
* przy kontynuacji leczenia sprawdza się user\_id pod kątem dostępu do danych

Czy dobrze rozumiem, że powinniśmy jeszcze (przy każdym dodawanym zdarzeniu medycznym) wykonać operację dodawania na zasobie Provenance?

**Rozwiązanie:**

Uprawnienia do zasobu ustalane są na podstawie różnych polityk, m.in. trybie dostępu do danych, lecz również polityki autora.

O ile w trybach BTG (Ratowanie życia) oraz CONTT (Kontynuacja leczenia) zwracane są jedynie podpisane zasoby, lecz z różnymi kryteriami dostępu, to w ramach polityki autora osoba, która jest autorem zasobów ma zawsze dostęp do swoich zasobów, niepodpisanych oraz podpisanych. Brak dostępu do zasobów niepodpisanych uniemożliwiałby ich podpis.

W tej sytuacji prawdopodobne jest, że w stosowanym tokenie w operacji odczytu oraz wyszukania nie znajduje się osoba, która została wskazana jako autor zasobu.

W zgłoszeniu nie jest załączony stosowany token, zatem warto go jeszcze sprawdzić.

Dodatkowo tylko, że ta sama osoba posługująca się numerem PESEL oraz npwz nie będzie miała dostępu do swoich dokumentów w sytuacji gdy w zasobie podała swój NPWZ, a token jest wystawiany na PESEL. Musi tutaj występować pełna zgodność danych.

### Payload

Zbiór pytań i odpowiedzi.

**1. Wyjaśnienie przeznaczenia parametru “child\_organization" w odróżnieniu od parametru “Location” w zasobach.**

Wartości wysyłane w tokenie (w tym "child\_organization") stanowią kontekst wykonania operacji (odczytu/zapisu/wyszukiwania/...) w systemie P1, a więc kontekst użycia funkcjonalności. Czyli kto i z jakiego miejsca chce wykonać operację w P1 - jest to techniczne wykonanie operacji, a nie biznesowe miejsce, w którym wykonano np. daną procedurę medyczną (bo to jest w określane w zasobach).

To co jest w tokenie, to jest miejsce, w którym wykonywana jest operacja zapisu/odczytu/id. w P1,

a nie miejsca zdarzenia medycznego jako takiego. Dane kontekstowe służą do określenia prawa dostępu do danych: a więc do czego konkretna osoba w konkretnym miejscu, gdzie się zalogowała, ma prawo.

Parametr "child\_organization" jest ważny w kontekście operacji odczytu danych, gdyż na tej podstawie określane są w systemie P1 uprawnienia do zasobów. Dla operacji zapisu danych parametr "child\_organization" nie gra roli. Przy odczycie to miejsce z tokenu jest weryfikowane - system P1 musi wiedzieć, w jakim miejscu znajduje się pytający/lekarz i jest to wykorzystywane do weryfikacji praw dostępu do danych (związane to jest z m.in. z deklaracjami POZ).

Natomiast to, gdzie odbyły się konkretne czynności medyczne, czy to wizyta, procedura, rozpoznanie, obserwacje, szczepienia, itd., to jest już wskazywane w konkretnych zasobach w polach “location” (tam gdzie jest wskazywany identyfikator MUŚ): a więc jedna czynność mogła zostać wykonana w oddziale wewnętrznym, a inna na kardiologii, itd. I tutaj w zasobach wskazuje się konkretną lokalizację wykonania tej czynności/zdarzenia medycznego. Miejsce, w których wydarzyły się wszystkie czynności medyczne powiązane z danym Zdarzeniem Medycznym (Encounter) są rejestrowane też w powiązanym z nimi zasobie Zdarzenia Medycznego (Encounter) [jest to szczegółowo wskazane w opisie pola Encounter.location] Samo Zdarzenie medyczne (Encounter) też może się odbyć w konkretnej lokalizacji np. karetka, szpital, oddział. I nie ma to związku z tokenem uwierzytelniającym i jego polem "child\_organization".

### Podpisywanie zasobów

1. Samego zasobu Patient nie ma biznesowego sensu podpisywać - zasób Patient jest współdzielony i każdy użytkownik ma do niego dostęp. Dlatego taki podpis jest odrzucany w procesie weryfikacji.

2. Podpisanie zasobu Encounter - konieczne jest podanie w referencji Provenance (Provenance.target[x].reference) także referencji do zasobu Patient. Kodowane są obie referencje (do wersji historycznych Patient i Encounter) w polu Provenance.signature.data.

Tak więc minimalna liczba zasobów do podpisu to dwa - Patient + Encounter.

3. Jeżeli chcemy podpisać więcej zasobów - podajemy referencje do wszystkich zasobów (sekcja Provenance.target) i zakodowane referencje do wszystkich zasobów w polu Provenance.signature.data. Liczba zasobów oraz ich id w sekcji Provenance.target musi być taka sam, jak zasobów zakodowanych w polu Provenance.signature.data.

#### Dla czego podpis Zdarzenia certyfikatem ZUS kończy się błędem?

**Problem:** chcę podpisać zdarzenia medyczne certyfikatem ZUS ale dostaję błąd z reguły:

<diagnostics value="REG.WER.4259 Podpis elektroniczny jest nieprawidłowy lub stracił ważność."/> <location value="/\*:Provenance[namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/\*:signature[namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/\*:data [namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/@value&#xa;/\*:Provenance[namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/\*:target[namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/\*:reference[namespace-uri()=\'http://hl7.org/fhir\']/@value"/>

**Odpowiedź:**

Certyfikat ZUS może być użyty jedynie do podpisania zasobów podpisem osobistym (PLPractitionerSignature). Dotyczy to np. zasobu Immunization.  
Podpis pod całym Zdarzeniem Medycznym wymaga użycia certyfikatu wydanego przez CeZ (WSS).

#### Usługodawca identyfikujący się numerem PESEL nie jest w stanie uzyskać dostępu do wysłanych zdarzeń medycznych które zarejestrował w innym programie przy użyciu numeru PWZ

Dostęp w trybie autora jest realizowany w oparciu o użyty podczas zapisu zdarzenia medycznego identyfikator pracownika medycznego. Pracownik medyczny, który posługiwał się numerem PESEL, a obecnie chciałbym mieć dostęp używając numeru prawa wykonywania zawodu, powinien dokonać modyfikacji zapisanych wcześniej zasobów i wskazać identyfikator PWZ.

W pozostałych przypadkach, dostęp nie będzie możliwy, jeśli nie wynika on z pozostałych nadanych uprawnień czy trybów dostępu.

#### Z jakich certyfikatów powinna korzystać higienistka pracująca w praktyce? Jaka rola (user\_role) powinna zostać użyta przy autoryzacji dla higienistki dentystycznej?

Higienistka korzystając z aplikacji gabinet.gov.pl ma możliwość złożyć wniosek o wydanie certyfikatu e-ZLA (ZUS), który potem może używać do podpisywania dokumentacji medycznej. W przypadku higienistki dentystycznej w tokenie uwierzytelniającym należy wskazać rolę PROF – profesjonalista medyczny.

## Kody refundacji i płatnik

**Pytanie:**  
Czyj oddział NFZ podaje się w tych węzłach - pacjenta czy podmiotu? Kto jest płatnikiem?

* Encounter.serviceProvider.extension:payor.valueReference.identifier.value
* Coverage.payor.identifier.value
* Claim.insurance.identifier.value

**Odpowiedź:**

Jeżeli świadczenie refundowane jest przez płatnika narodowego, to należy wskazać dany OW NFZ pacjenta (REG.WER.4307).  
Jeżeli świadczenie wykonywane jest komercyjnie, wtedy płatnikiem jest pacjent i należy wskazać OID systemu identyfikacji pacjenta (REG.WER.5361).

Dla świadczeń wykonywanych komercyjnie, dodatkowo można (zalecane) uzupełnić:  
Encounter.subject.extension:insurance

Szczegółu użycia kodów opisano w opisie usługi.

## Zasoby

### Zasób Encounter

#### Data rozpoczęcia i zakończenia zasobu Encounter

**Pytanie:** Encounter.location.period.end są opcjonalne jednak za każdym razem, gdy  
przesyłam zasób Encounter bez wskazania daty zakończenia Zdarzenia medycznego otrzymuję komunikat błędu: *REG.WER.3773 Nie podano daty rozpoczęcia Zdarzenia Medycznego lub podana*  
 *data rozpoczęcia Zdarzenia Medycznego nie może być późniejsza niż data*  
 *zakończenia.*

**Odpowiedź:**

Węzeł Encounter.period.end oraz Encounter.location.period.end są polami opcjonalnymi, z zastrzeżeniem wymagań biznesowych. Pola te nie są obowiązkowe dla zdarzeń o kodach 1,3,8 oraz 22.

W przypadku gdy data zakończenia zdarzenia jest znana należy w żądaniu po prostu podać tą datę.

Oznaczenie code value = 3, rozumiane jako Pobyt zgodnie z regułami biznesowymi ma wymagalność do 120 minut względem czasu obecnego. Datę zakończenia zdarzenia nie można podać w przyszłość ze znacznym wyprzedzeniem, należy ją uzupełnić w momencie zakończenia zdarzenia.

Period.start oznacza moment rozpoczęcia zdarzenia (świadczenia). Period.end to faktyczna data zakończenia świadczenia.

Period.end musi być datą faktyczną. Nie można podawać przypuszczalnych dat, zdarzenie ma prezentować faktyczne wydarzenia.

**Pytanie:** Jeden z naszych klientów ma oddzielone od siebie oddziały o kilkadziesiąt kilometrów. W sytuacji, kiedy przenosi pacjenta z oddziału A na oddział B, do tej pory datą przyjęcia na oddział B była data wypisu z oddziału A. Jednakże, chce on wpisywać datę przyjęcia na oddział B zgodną z rzeczywistością, czyli dopiero po przetransportowaniu pacjenta na dany oddział.

Taka sytuacja spowoduje, że nie będziemy mieć zachowanej ciągłości**.** Proszę o informację czy w przypadku, jeżeli dla danego Zdarzenia Medycznego prześlemy świadczenie uwzględniające dwie lokalizację z "nienakładającymi" się datami, to Zdarzenie zostanie obsłużone poprawnie w systemie P1.

**Odpowiedź:** Reguła weryfikująca ciągłość pobytu między oddziałami w ramach pobytów wielooddziałowych jest aktualnie wyłączona i wartość dla przedziału czasu nie obowiązuje. Obecnie weryfikowane jest tylko poprawność w kontekście nienakładania się pobytów bez czasu wskazującego między pobytami.

W nawiązaniu do opisanego przypadku, brak zachowanej ciągłości dat w przypadku transportu pacjenta między odległymi oddziałami, nie wpłynie negatywnie na obsłużenie tego zdarzenia w systemie P1

#### Jak rejestrować ZM gdy wynik jest dostępny po tygodniu od pobrania próbki?

**Laboratorium diagnostyczne:** Niektóre wyniki wydawane są tydzień po pobraniu próbki (np. badanie polega na hodowli komórek) - wtedy mamy dwa dni od wydania wyniku?

**Odpowiedź:**  
Zgodnie z § 6 ust. 3 rozporządzenia ws. zdarzeń medycznych informacje dotyczące takiej procedury medycznej powinny zostać przekazane do SIM **niezwłocznie, tj. najszybciej jak jest to możliwe.**

Istnieją badania, których wyniki pojawiają się nawet po kilku/kilkunastu dniach. W takiej sytuacji po otrzymaniu wyniku, **należy zaktualizować ZM**, w ramach którego wykonane zostało to badanie.

#### Parametr\_total w wyszukiwaniu zasobów

W przypadku, gdy dla danych kryteriów wyszukania istnieje dużo danych, jesteśmy w stanie sterować tym, czy ZM ma określić liczbę istniejących zasobów dla danych kryteriów (jeszcze przed stronicowaniem). W efekcie w responsie możemy otrzymać policzone zasoby:

Wysyłając \_total = "accurate" wymuszamy to - np.

GET http://10.0.35.10:8280/fhir/Encounter?plsubject=urn%3Aoid%3A2.16.840.1.113883.3.4424.1.1.616%7C12300509785&\_total=accurate HTTP/1.1

<Bundle xmlns="http://hl7.org/fhir">

<id value="5e3dda0c-c77f-4e84-b80e-90384b5c6e33"/>

<meta>

<lastUpdated value="2021-04-02T11:17:04.900+02:00"/>

</meta>

<type value="searchset"/>

<total value="1665"/>

<link>

<relation value="self"/>

<url value="/fhir/Encounter?\_total=accurate&amp;plsubject=urn%3Aoid%3A2.16.840.1.113883.3.4424.1.1.616%7C12300509785"/>

</link>

...

Wysłanie \_total=accurate spowodowało, że ZM musiał policzyć dokładną wartość zasobów spełniających kryteria wyszukania - zamiast wyświetlić pierwsze 10 sztuk (stronicowanie). Z tym, że odbywa się to kosztem czasu - policzenie zasobów trwa - więc takie zapytanie będzie wolniejsze.  
Dla liczby zasobów mniejszej niż wartość stronicowania (czyli 10) wartość \* <total value="2"/>\* zostanie wyświetlona nawet bez użycia parametru \_total

W przypadku braku parametru \_total=accurate (czyli braku tego parametru albo inne wartości dla \_total) - response nie będzie zawierał pola <total value=1665"/>

<Bundle xmlns="http://hl7.org/fhir">

<id value="5e3dda0c-c77f-4e84-b80e-90384b5c6e33"/>

<meta>

<lastUpdated value="2021-04-02T11:17:04.900+02:00"/>

</meta>

<type value="searchset"/>

<link>

<relation value="self"/>

<url value="/fhir/Encounter?plsubject=urn%3Aoid%3A2.16.840.1.113883.3.4424.1.1.616%7C12300509785"/>

</link>

#### Parametry wyszukiwania pldatefrom, pldateto

W przypadku encountera mamy period:

<Encounter>  
...  
<period>  
<start value="2021-04-02T09:30:30.132+02:00"/>  
<end value="2021-04-02T10:30:30.132+02:00"/>  
</period>

A więc wysyłając zapytanie wyszukania - podajemy pldatefrom i pldateto takie, aby obejmowały datę z tego perioda.

Tak więc w przypadku, gdy zakres określony w Encounter.period będzie miał część wspólną z zakresem <pldatefrom : pldateto> - taki zasób zostanie wyszukany.

Na innych zasobach jest prościej o tym, że tam nie mamy zakresu dat w Encounter.period - tylko mamy jedną, konkretną datę.

#### Tryb wpisu oraz tryb wypisu w atrybucie hospitalization

Obecnie w zasobie Encounter możliwe jest zarejestrowanie kodu trybu wpisu oraz trybu wypisu jedynie dla przypadku pobytu w oddziale szpitalnym.

Docelowo planowane jest umożliwienie rejestracji kodu trybu przyjęcia oraz sposobu kontynuacji leczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej .

w celu minimalizacji zmian systemowych rozwiązanie zakłada wykorzystanie już istniejącego elementu Encounter.hospitalization.

Realizacja rozwiązania zakłada wprowadzenie nowych słowników dla trybu przyjęcia i sposobu kontynuacji leczenia w zakresie AOS zgodnie z załącznikiem nr. 4 oraz tabelą   
nr. 2 z załącznika nr. 3 do rozporządzenia ministerstwa zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

### Zasób Patient

#### Czy jest konieczność weryfikacji danych zasobu Patient przed aktualizacją Zdarzenia?

**Pytanie:** Proszę o informację, czy w przypadku rejestracji szczepień konieczne jest wysłanie zasobu Provenance dla zasobu Patient także wtedy, gdy nie zmieniamy zasobu Patient, jak to ma miejsce w przypadku zdarzeń medycznych?

**Odpowiedź:**

Przy rejestracji zdarzeń związanych z Pacjentem nie jest konieczne modyfikowanie pacjenta.

Jeśli mamy Zdarzenie Medyczne związane z Pacjentem, czy też np. szczepienie bez kontekstu Zdarzenia Medycznego, to w przypadku podpisywania powołujemy się na identyfikator tego niezmienionego pacjenta oraz zasób zdarzenia medycznego i szczepienia (oraz ewentualnie inne zasoby, które były związane ze zdarzeniem medycznym. np. pomiary antropometryczne). Jeśli w trakcie zdarzenia medycznego żadna dana przynależna do Pacjenta (np. adres) nie uległy zmianie (a tak jest w 99% przypadków) to nie ma konieczności nadpisywania Pacjenta nową wersją (**UWAGA!:** limit wersji zasobu Patient obecnie wynosi 15 wersji [W15.3]). Korzystamy z obecnej najnowszej wersji danych Pacjenta (pobierając je GET) i mając identyfikator tego pacjenta przekazujemy go do zasobu podpisu.

Przy szczepieniu pobieramy najnowszy zasób Pacjenta i wraz z identyfikatorem nowostworzonego zasobu szczepienia przekazujemy je do podpisu.

#### Wyszukiwanie pacjenta gdy posiada on więcej niż jedno imię/nazwisko

Wyszukiwanie dla osób posiadających więcej niż jedno imię i/lub nazwisko wymaga zachowania oryginalnej pisowni danych osobowych pacjenta. Dopuszczalne są znaki specjalne występujące w pisowni między innymi "-, znak spacji". Znaki te mogą występować wielokrotnie oraz być łączone w pisowni.

**Przykład:**  
człon1 człon2  
człon1-człon2

#### Odszukanie danych archiwalnych osoby która zmieniła nazwisko

Archiwalne dane Pacjenta należy wyszukiwać przez operację GET (odczyt) w podaniu w żądaniu poprzedniej wersji zasobu.

Aktualna wersja zasobu zwracana jest w polu Patient.meta.versionId.

Odpowiedź dla wyszukania zasobu Patient

"<Bundle xmlns="http://hl7.org/fhir">

<id value="9066ee3c-7faf-4187-b0a7-7151f01060d4"/>

<meta>

<lastUpdated value="2020-12-02T12:10:52.655+01:00"/>

</meta>

<type value="searchset"/>

<total value="1"/>

<link>

<relation value="self"/>

<url value="<DANE PACJENTA>"/>

</link>

<entry>

<fullUrl value="/fhir/\*/Patient/53135"/>

<resource>

<Patient>

<id value="53135"/>

<meta>

<versionId value="2"/>

<lastUpdated value="2020-12-02T12:10:51.984+01:00"/>

<profile value="https://ezdrowie.gov.pl/fhir/StructureDefinition/PLPatient"/>

<security>

<system value="urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.11.1.83"/>

<code value="N"/>

</security>

</meta>

"

Żądanie wyszukania archiwalnych danych pacjenta

/fhir/Patient/${dane#patientId}/\_history/<numer wersji archiwalnej>

#### Parametr wyszukiwania plauthor

Pole to pozwala na wyszukanie tylko tych zasobów, które zostały utworzone przez danego autora (autor określany z tokenu dla POST PATIENT - z pola iss –

Np.: 2.16.840.1.113883.3.4424.2.3.1:000000001688).

Przy wyszukaniu pacjenta wymagane jest podanie ID biznesowego pacjenta (plpatient). A więc pola, które jest węższe niz plauthor. Dodając do tego, że zasób Patient jest współdzielony (istnieje jeden, może być wyszukany przez wiele podmiotów) - nie ma sensu używanie parametru plauthor - gdyż pole plpatient jest (w prawie każdym przypadku) węższe - a jest wymagane przy wyszukaniu.

### Zasób Procedure

#### Sposób raportowania dat w badaniach Programu 40+, laboratoryjnych i histopatologicznych

**Zagadnienie:** W jaki sposób przekazać badania tego typu? Czyli możliwe jest aby raportować procedurę z datą jej zlecenia a nie wykonania?

**Odpowiedź:** Podobnie jak w Programie 40+, inne badania laboratoryjne a w szczególności również histopatologiczne,można rejestrować z datą zlecenia procedury lub rozpoczęcia się badani/pobrania materiału zamiast daty faktycznego wykonania procedury w przypadku, w którym ze względu na reguły weryfikujące ZM, mogło by dojść do nie zapisania zdarzenia medycznego.

Problem może się pojawić jeżeli nastąpi próba zaraportowania po dacie zgonu pacjenta. Wtedy raportować trzeba z datą pobrania materiału.

#### Czy wymaga się referencji zasobu device w ramach nowego zdarzenia?

W przypadku wykorzystania profilu PLMedicalDeviceProcedure informacja o urządzeniu/implancie, w kontekście którego realizowana jest procedura jest elementem wymaganym i należy wskazać odpowiedni zasób Device w referencji. Rekomendowane jest wskazanie pierwotnego zasobu, wobec którego realizowana jest obecna manipulacja. Wskazanie powinno być zrealizowane przez wcześniejsze wyszukanie takiego zasobu. W przypadku gdy zasób nie istnieje (np. wszczepienie było wcześniej) lub pracownik nie posiada dostępu do danych, należy za każdym razem utworzyć zasób Device, który będzie najbardziej oddawał aktualne informacje o urządzeniu/implancie oraz wykonanej procedurze, jeśli przedstawione wcześniej sytuacje wystąpią.

#### Różnice pomiędzy wyszukiwaniem zasobu Procedure za pomocą atrybutu date oraz atrybutów pldatefrom, pldateto

Zapytanie z <date> oznacza, że pytamy o jedną, konkretną datę.

Zapytanie z <pldatefrom, pldateto> oznacza, że pytamy o przedział dat, w którym powinna się mieścić data procedury (data procedury >= pldatefrom i jednocześnie <= pldateto). Tak więc jeżeli znamy datę wykonania procedury - użycie <date> będzie wykonywało się szybciej.

#### W jaki sposób mogę dopisać kilka procedur ICD9 dla jednego zdarzenia?

Dla zasobu Procedure można podać tylko i wyłącznie jedną wartość w sekcji Procedure.code.

Jeżeli istnieje potrzeba rejestracji kilku procedur ICD9 dla jednego Zdarzenia Medycznego, należy utworzyć kolejne zasoby Procedure (każdy oddzielnym żądaniem do serwera FHIR) - w każdym podając referencję do tego samego pacjenta i tego samego Zdarzenia medycznego - ale różne wartości dla sekcji Procedure.code.

W efekcie otrzymamy jeden zasób Patient, jeden zasób Zdarzenia Medycznego (encounter) oraz kilka (np.. 5) zasobów Procedure o różnych wartościach w sekcji Procedure.code.

### Zasób Condition

#### Ostrzeżenie “con-3” dla PLMedicalEventDiagnosis

**Problem:** Podczas rejestracji ZM otrzymuje błąd związany z profilem Condition:  
*<message>con-3: Condition.clinicalStatus SHALL be present if verificationStatus is not entered-in-error and category is problem-list-item [clinicalStatus.exists() or verificationStatus.coding.where((system = '*[*http://terminology.hl7.org/CodeSystem/condition-ver-status*](http://terminology.hl7.org/CodeSystem/condition-ver-status)*') and (code = 'entered-in-error')).exists() or($this = 'problem-list-item').empty()]</message>*

Zgodnie z dokumentacją dana ta nie jest wymagana:  
Condition.clinicalStatus - Status kliniczny choroby - 0..1

W jakich przypadkach jest weryfikowana i kiedy pojawia się wskazany błąd?

**Odpowiedź:**

Wskazany komunikat nie jest komunikatem błędu, a ostrzeżeniem przesyłanym przez profil standardowo zgodnie z logiką działania rozwiązania FHIR.  
Standardowo ostrzeżenia przy pozytywnej odpowiedzi z serwera nie są zwracane w ramach response do użytkownika.

Zgodnie ze standardem HL7 Fhir dotyczącym zasobu Condition (https://www.hl7.org/fhir/condition.html) constraint "con-3" ma poziom "Guideline", stanowi więc jedynie wytyczną dotyczącą dobrej praktyki podawania statusu klinicznego. Nie jest to jednak obligatoryjne ze względu na różną rozpiętość czasową zasobów Conditon. W opise standardu dotycznącym wskazanej sytuacji znajduje się zapis: "This is (only) a best practice guideline because: Most systems will expect a clinicalStatus to be valued for problem-list-items that are managed over time, but might not need a clinicalStatus for point in time encounter-diagnosis." Pojawienie się więc ostrzeżenia w odpowiedzi nie stanowi błędu uniemożliwiającego rejestrację.

### Zasób Provenance

#### Zasób Encounter Jak wygląda podpisywanie PLMedicalEventProvenance?

**Proces podpisywania zasobów:**

* Biblioteka pobiera na wskazane w liście referencji zasoby, są to odpowiedzi z serwera na operację POST dla danego zasobu
* Następnie wylicza dla każdego z nich funkcję sumy skrótu
* No nowego pustego szablonu dokumentu XML wstawia kolejno węzły opisujące powyższe referencje
* Na koniec szablon jest całościowo podpisywany
* [Krok poza biblioteką] Całość jest encryptowana BASE64 i wstawiania do pola Provenance.signature.data

Niezależnie od ilości podpisywanych dokumentów finalny dokument jest jednym XML.

Dodatkowe szczegóły techniczne dostępne są pod adresem wykorzystanej biblioteki do generowania podpisu: <https://github.com/luisgoncalves/xades4j>

**Przykładowy dokument zasobu Provenance z profilem PLMedicalEventProvenance i referencjami do Patient, Encounter, Condition i Procedure:**

<Provenance xmlns="http://hl7.org/fhir">

<meta>

<profile value="https://ezdrowie.gov.pl/fhir/StructureDefinition/PLMedicalEventProvenance"/>

<security>

<system value="urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.11.1.83"/>

<code value="N"/>

</security>

</meta>

<target>

<reference value="Patient/1439"/>

<type value="Patient"/>

</target>

<target>

<reference value="Encounter/320585"/>

<type value="Encounter"/>

</target>

<target>

<reference value="Procedure/320589"/>

<type value="Procedure"/>

</target>

<target>

<reference value="Condition/320587"/>

<type value="Condition"/>

</target>

<recorded value="2021-08-11T13:27:56.403+02:00"/>

<agent>

<who>

<identifier>

<system value="urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.2.3.1"/>

<value value="000000001688"/>

</identifier>

</who>

</agent>

<signature>

<type>

<system value="urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.11.1.86"/>

<code value="1.2.840.10065.1.12.1.14"/>

</type>

<when value="2021-08-11T13:27:56.403+02:00"/>

<who>

<identifier>

<system value="urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.2.3.1"/>

<value value="000000001688"/>

</identifier>

</who>

<targetFormat value="application/fhir+json"/>

<sigFormat value="application/signature+xml"/>

<data value=""/>

</signature>  
</Provenance>

#### Jaki jest format XML-a wchodzącego do podpisu w „Provenance.signature.data”?

Zgodnie z zapisem z DI ZM, format atrybutu Provenance.signature.data (dla profilu PLMedicalEventProvenance) to XAdES-BES zakodowany base64. Provenance.signature.data w przypadku profilu PLMedicalEventProvenance zawiera referencje do zasobów, których autentyczność jest potwierdzana w ramach składanego podpisu.  
W przypadku profilu PLPractitionerSignature w atrybucie Provenance.signature.data wskazywany jest zasób wraz z podpisem wewnętrznym pod zasobem (również kodowanie base64).

Przykłady użycia profilów (wraz z XML) można znaleźć w testowym projekcie zdarzeń medycznych, który udostępniony jest na stronie dla integratorów (isus.ezdrowie.gov.pl zakładka Zdarzenia Medyczne).

#### Gdzie znaleźć słowniki do pól Provenance.signature.targetFormat, Provenance.signature.sigFormat?

Te atrybuty nie są słownikowane.

Provenance.signature.targetFormat odnosi się do formatu podpisywanego zasobu,

a Provenance.signature.sigFormat do formatu podpisu.

**Przykładowe wartości:**

Provenance.signature.targetFormat - application/fhir+xml, application/fhir+json,

Provenance.signature.sigFormat - application/signature+xml

#### Czy trzeba stosować podpis pracownika medycznego wykorzystujący profil PractitionerSignature dla takich zasobów jak Observation w przypadku grupy krwi, danych o ciąży, czy w przypadku zasobu Device i zasobu Procedure powiązanych z Device, czy można stosować podpis systemowy?

*Zasoby które wymagają potwierdzenia autentyczności informacji muszą być opatrzone podpisem pracownika medycznego. W tym przypadku niezbędne jest posiadanie referencji do danego zasobu, którego podpis dotyczy (np. Observation w przypadku potwierdzenia grupy krwi lub Device w przypadku potwierdzenia informacji o urządzeniu).*

Pozostałe zasoby w kontekście zdarzenia medycznego potwierdza się podpisem systemowym. W tym przypadku niezbędne jest posiadanie referencji do wszystkich zasobów dotyczących przedmiotowego Zdarzenia Medycznego, w tym Encounter, Procedure, Condition, Coverage, Claim, Patient, Device, Observation, Immunization, AllergyIntolerance (jeżeli były rejestrowane). Referencje te są zwracane w wyniku wykonania operacji rejestracji zasobów.

Zgodnie z powyższymi zapisami zawartymi w DI zasoby zakwalifikowane jako tzw. patient summary muszą zostać opatrzone podpisem pracownika medycznego, a więc przy użyciu profilu PLPractitionerSignature. W szczególności zasoby odnoszące się do danych dotyczących grup krwi, które niosą istotne informacje o pacjencie.

W przypadku 10 zasobów zapisanych w tym 1 dot. grupy krwi należy potwierdzić autentyczność 9 zasobów podpisem systemowym oraz 1 zasób podpisem pracownika medycznego.

Rejestracja zasobów dot. grupy krwi (PLBloodGroup) czy związanych z ciążą (PLPregnancyHistory) w kontekście zdarzenia medycznego wymaga tożsamego działania, a więc podpisania tych zasobów podpisem pracownika medycznego.

Rekomendacja P1 nie zakłada podpisywania zasobów patient summary w ramach zdarzenia medycznego podpisem systemowym oraz dodatkowo wybranych podpisem pracownika medycznego, jest to działanie nadmiarowe.

#### Podpis w zasobie Provenance – problem z wyliczaniem skrótów

Należy upewnić się, że skrót zasobu liczony jest dla odpowiedniej odpowiedzi POST lub GET.

Response z POST oraz z GET są identyczne, jeżeli dotyczą tej samej wersji tego samego zasobu.

### Zasób DocumentReference

### Zasób Organization

### Zasób Location

### Zasób Practitioner

### Zasób Observation

### Zasób Device

### Zasób Coverage

### Zasób Claim

#### Kontekst realizacji zleceń użyty w zasobie Claim. O jakie zlecenia chodzi?

Chodzi o Zlecenia Badań Laboratoryjnych, które są realizowane i rejestrowane przez Laboratoria, którym inne Podmioty Lecznicze to zlecają. Laboratorium w ramach tego otrzymanego zlecenia

(o Kategorii=2, aby to odróżnić od Świadczeń ZM => Kategoria=1) realizują, zapisują Zdarzenie Medyczne, ale nie one lecz Podmiot Zlecający jest stroną Rozliczenia z NFZ.

#### Numerowanie procedur i rozpoznań w Claim

Aby poprawnie sprawozdać zasób Claim dla procedur i rozpoznań wskazywanych w zasobie należy zastosować prawidłowe numerowanie – zgodnie z opisem w dokumentacji integracyjnej Zdarzeń Medycznych.  
Claim.procedure.sequence przyjmuje numer kolejny, gdzie numerowanie rozpoczyna się od 1.

Istotnym jest aby w Claim.item.procedureSequence wskazać analogiczną numerację jak dla procedur wskazanych w węźle Claim.procedure – co gwarantuje poprawne powiązanie ze szczegółami rozliczenia (Claim.item).

Analogiczną numerację należy stosować dla elementów Claim.diagnosis.sequence i Claim.item.diagnosisSequence – numerowanie rozpoczyna się od 1 i przyjmuje numery kolejne. Należy zauważyć, że procedury i rozpoznania są numerowane osobno – tzn. należy rozpoczynać zarówno numerację procedur jak i rozpoznań od 1.

### Zasób Immunization

#### ImmunizationHistorical - zasada występowania weryfikacji w regule REG.WER.5894

Reguła *REG.WER.5894* *Weryfikacja numeru dawki w kontekście wszystkich dawek* ma zastosowanie do dwóch pól które powinny występować w parze (seriesDosesPositiveInt, doseNumberPositiveInt) - podanie wartości pola seriesDosesPositiveInt implikuje podanie wartości drugiego z nich, stąd zapis w regule informujący o wymagalności 1..1

Jednocześnie istnieje w profilu możliwość nie podania seriesDosesPositiveInt w zamian podania informacji w postaci opisowej (seriesDosesString), stąd zapis w profilu   
o wymagalności 0..1

Pozorna sprzeczność krotności między zapisami w regule i w profilu jest uzasadniona, ponieważ system obsłuży poprawnie dwie sytuacje:

a) gdy podano zgodne wartości w polach doseNumberPositiveInt, seriesDosesPositiveInt

lub

b) w polu doseNumberString podano informację opisową, że jest to dawka przypominająca

### Zasób AllergyIntolerance

### Patient Summary (PS)

#### Grupa krwi (PLBLOODGROUP)

W kontekście obsługi **Patient Summary** w zakresie ustalenia grup krwi pacjenta został utworzony profil **PLBloodGroup** na bazie zasobu **Observation**

* + - * 1. **Zasada działania**

Mechanizm działania w zakresie Patient Summary zakłada zwracanie informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta dopiero w przypadku otrzymania danych z zasobu Observation na podstawie niezależnych źródeł danych tj. na podstawie dwóch zgodnych wyników badań w kontekście których dane zostały przekazane do SIM przez pracownika potwierdzającego. W przypadku otrzymania tożsamych wyników platforma P1 będzie zwracała informację dot. grupy krwi w zakresie odczytu podsumowania informacji o pacjencie. Podstawę potwierdzonej informacji stanowią dwa ostatnie zasoby z tym samym wynikiem.

Zapisanie dwóch różnych wyników spowoduje brak potwierdzonej informacji, co w konsekwencji przełoży się na brak wyświetlania tego wyniku w przypadku odczytu karty pacjenta mimo istnienia zasobów związanych z grupą krwi pacjenta.

Przekazanie informacji o grupie krwi wymaga podpisu elektronicznego pracownika medycznego, który dokonuje zapisania w SIM.

* + - * 1. **Gdzie przekazywać dane**

Informacje o grupie krwi zapisuje się w zasobie **Observation** w dedykowanym profilu **PLBloodGroup**. Zasób umożliwia przekazanie wyniku o grupie w kontekście zdarzenia medycznego oraz bezpośrednio w ramach zapisu zasobu. Zasób zawiera dodatkowo element wskazujący na identyfikator dokumentacji medycznej potwierdzającej wynik badania.

* + - * 1. **Kiedy przekazywać dane**

Rekomendujemy zapisywanie informacji dotyczącej obserwacji pacjenta w tym przypadku wskazania grupy krwi kiedy w systemie P1 nie ma jeszcze potwierdzonej grupy krwi. W przypadku odczytania informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta nie zaleca się aktualizacji potwierdzenia jeśli otrzymany wynik jest zbieżny z wynikiem z platformy P1 i od daty potwierdzenia nie minęło 12 miesięcy. Podmiot widząc potwierdzony wynik wie że pochodzi on z dwóch różnych wyników, co daje zasadność wykorzystania tych informacji. Serwer FHIR w CeZ nie będzie blokował zapisu kolejnych zasobów w przypadku istnienia potwierdzonego wyniku.

* + - * 1. **Kto potwierdza dane**

Informacje potwierdza pracownik medyczny dokonujący podpisu zasobu. W przypadku gdy laboratorium zapisuje wynik badania w kontekście dokumentacji medycznej w ramach realizacji procedury może to być osoba podpisująca wynik tj. diagnosta laboratoryjny, która w zasobie observation oznaczy grupę krwi przesyłając do P1. Potwierdzenie może także być zrealizowane przez pracownika medycznego podmiotu, który zapisał zasób i na podstawie wyników dokonał autoryzacji tej informacji.

* + - * 1. **Rekomendacja ogólna**

Zapisanie zasobu observation przez autora nie stanowi automatycznego potwierdzenia grupy krwi w kontekście Patient Summary a jedynie stanowi źródło informacji o dokonanej obserwacji w ramach obszaru zdarzeń medycznych. W przypadku dostępu do wielu zasobów observation związanych z grupą krwi danego pacjenta, czy to w ramach odpowiedniego trybu czy to przez odpowiednie uprawnienia również nie stanowi potwierdzenia w kontekście Patient Summary, a jedynie przenosi informacje o obserwacjach.

**CeZ rekomenduje pozyskiwanie informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta zawsze przez odczytanie danych pacjenta w ramach funkcjonalności Patient Summary.**

* + - * 1. **Rekomendacja: system kodowania i wskazanie rodzaju grupy krwi.**

Rekomenduje się stosowanie dla wskazania grupy krwi systemu kodowania wskazującego na klasyfikacje SNOMED.

Rekomenduje się stosowanie ze względu na zróżnicowanie występowania antygenów A i B (układ grupowy) czy też antygenu D (układ Rh), **pełnego wskazania** tj. zakodowania przy użyciu jednej z poniższych wartości:

Kod 278148006 Blood group O Rh(D) negative - (wskazującego na grupę 0 Rh-)

Kod 278147001 Blood group O Rh(D) positive - (wskazującego na grupę 0 Rh+)

Kod 278152006 Blood group A Rh(D) negative - (wskazującego na grupę A Rh-)

Kod 278149003 Blood group A Rh(D) positive - (wskazującego na grupę A Rh+)

Kod 278153001 Blood group B Rh(D) negative - (wskazującego na grupę B Rh-)

Kod 278150003 Blood group B Rh(D) positive - (wskazującego na grupę B Rh+)

Kod 278154007 Blood group AB Rh(D) negative - (wskazującego na grupę AB Rh-)

Kod 278151004 Blood group AB Rh(D) positive - (wskazującego na grupę AB Rh+)

Nie dopuszcza się wskazywania tylko i wyłącznie układu grupowego (AB0).

Reguła walidacyjna będzie weryfikować przekazany kod grupy dla pełnego wskazania.

* + - * 1. **Jaki kod LOINC należy przesyłać dla badania grupy krwi?**

W ramach elementu Observation.code.coding.code dla badania grupy krwi należy przesyłać kod LOINC: 10331-7 o nazwie „Rh".

* + - * 1. **effectiveDateTime – data pobrania czy data wyniku badania?**

W elemencie Observation.effectiveDateTime należy przesyłać datę i czas wynikający ze zdarzenia medycznego, w ramach którego określono grupę krwi.

W przypadku leczenia krwią i jej składnikami potrzebne jest przeprowadzenie podwójnego badania w celu określenia grupy krwi, czyli należy przesłać datę wyniku badania.

W pozostałych przypadkach wynik uzyskuje się tego samego dnia, wtedy należy przesłać datę pobrania.

* + - * 1. **Czym jest Identyfikator Dokumentu Medycznego?**

W elemencie Observation.derivedFrom.identifier.value zakłada się przekazywanie danych identyfikujących dokument EDM w systemie usługodawcy, czyli identyfikator dokumentu wyniku badania.

Numer Karty Identyfikacyjnej Grupy Krwi nie może być przedmiotem EDM, bo sama karta nim nie jest.

Każde z tych badań posiada odpowiedni wynik i właśnie identyfikator takiego dokumentu wyniku powinien być przedmiotem zapisu.

#### Ciąża (PLPregnacyHistory)

W kontekście obsługi **Patient Summary** w zakresie danych dotyczących ciąży pacjentki został utworzony profil **PLPregnacyHistory** na bazie zasobu **Observation**.

* + - * 1. **Zasada działania**

Mechanizm działania w zakresie Patient Sumary zakłada zwracanie informacji dot. ciąży pacjentki w przypadku otrzymania danych z zasobu Observation. W przypadku otrzymania wielu zasobów związanych z ciążą platforma P1 będzie zwracała informację zapisaną w ostatnim zasobie.

Przekazanie informacji o grupie krwi wymaga podpisu elektronicznego pracownika medycznego, który dokonuje zapisania w SIM.

* + - * 1. **Gdzie przekazywać dane**

Informacje dot. ciąży pacjentki zapisuje się w zasobie **Observation** w dedykowanym profilu **PLPregnacyHistory**. Zasób umożliwia przekazanie danych w kontekście zdarzenia medycznego oraz bezpośrednio w ramach zapisu zasobu.

* + - * 1. **Kiedy przekazywać dane**

Rekomendujemy zapisywanie informacji dotyczących ciąży pacjentki, jeśli uzyskano je w związku z udzielaniem świadczenia medycznego lub realizacją istotnej procedury medycznej.

Usługodawca powinien zatem przekazywać dane jeśli związane są z diagnostyką lub realizowanym leczeniem związanym ze zdarzeniem medycznym dotyczącym ciąży, bez konieczności przekazywania każdego informacji pozyskanej w procesie wywiadu i niepotwierdzonej w żaden sposób w ramach wykonywanych procedur danego zdarzenia medycznego.

* + - * 1. **Kto potwierdza dane**

Informacje potwierdza pracownik medyczny dokonujący podpisu zasobu.

* + - * 1. **Rekomendacja ogólna**

Zapisanie zasobu observation zawierającego informacje o ciąży pacjentki, związanego ze świadczeniem medycznym udzielonym pacjentce nie wymaga przekazywania informacji jeśli nie ma związku z udzieleniem samego świadczenia bezpośrednio związanego z tymi informacjami.

Oznacza to, iż wszelkie ankiety zawierające pytanie o ciąże w innym kontekście niż główny dot. ciąży nie wskazują obowiązku raportowego do SIM.

**CeZ rekomenduje pozyskiwanie informacji o ciąży pacjentki zawsze przez odczytanie danych pacjenta w ramach funkcjonalności Patient Summary. Odczytanie informacji bezpośrednio z zasobu wymaga odrębnie funkcjonujących uprawnień.**

#### Urządzenia/implanty (PLMedicalDevice)

W kontekście obsługi **Patient Summary** w zakresie danych dotyczących urządzeń/implantów pacjentów został utworzony profil **PLMedicalDevice** na bazie zasobu **Device**.

* + - * 1. **Zasady działania**

Mechanizm działania w zakresie Patient Summary zakłada zwracanie informacji dot. urządzeń oraz implantów pacjentów w przypadku otrzymania danych z zasobu Device. W przypadku otrzymania wielu zasobów związanych z powyższymi danymi, platforma P1 będzie zwracała informacje zapisanie w zasobach, dla których status wskazuje na aktywność danego urządzenia czy implantu w ciele pacjenta.

Przekazywanie informacji o urządzeniach/implantach wymaga podpisu elektronicznego pracownika medycznego, który dokonuje zapisania w SIM.

* + - * 1. **Gdzie przekazywać dane**

Informacje dot. wyrobów medycznych zaimplantowanych u usługobiorcy zapisuje się w zasobie **Device** w dedykowanym profilu **PLMedicalDevice**. Zasób umożliwia przekazanie danych bez wskazania kontekstu zdarzenia medycznego tj. referencji do zasobu encounter.

* + - * 1. **Kiedy przekazywać dane**

Rekomendujemy zapisywania informacji dotyczących wykonanych czynności w ramach urządzeń oraz implantów pacjentów jeśli uzyskano je w związku z udzielaniem świadczenia medycznego lub realizacją istotnej procedury medycznej.

Usługodawca powinien zatem przekazywać dane jeśli związane są z diagnostyką lub realizowanym leczeniem związanym ze zdarzeniem medycznym wykorzystując odpowiedni zasób procedury tj. profil **PLMedicalEventProcedure** przez określenie rodzaju czynności i wskazanie obiektu przez referencje do zasobu **Device** w opcjonalnym elemencie **focalDevice**.

Platforma P1 umożliwia zapis informacji historycznych o urządzeniach czy implantach z wykorzystaniem dedykowanego zasobu procedury tj. profil **PLMedicalDeviceProcedure**, który wymaga wskazania rodzaju czynności oraz referencji do zasobu **Device**. Wskazanie jest realizowane w elemencie zasobu **focalDevice**. Pracownik potwierdzający procedurę jest zapisany w elemencie **asserter**, nie występuje tutaj wskazanie realizatora procedury.

* + - * 1. **Kto potwierdza dane**

Informacje potwierdza pracownik medyczny dokonujący podpisu zasobu **Device** z użyciem podpisu **PLPractitionerSignature**.

Zasób związany z procedurą (**PLMedicalEventProcedure**, **PLMedicalDeviceProcedure**) wymaga podpisu systemowego bez konieczności podpisu przez pracownika medycznego.

* + - * 1. **Rekomendacja ogólna**

Zapisanie zasobu Device w ramach zdarzenia medycznego zawierającego informacje o urządzeniach/implantach związanego ze świadczeniem medycznym udzielonym pacjentowi lub procedurą wymaga przekazywania tych informacji do SIM wraz z odpowiednim zasobem procedury.

W przypadku raportowania danych historycznych mogących mieć wpływ na proces diagnostyczny czy leczenia związanego bezpośrednio z wyrobami medycznymi zaimplantowanymi należy przekazać tę informacje bez kontekstu świadczenia medycznego.

Wszelkie ankiety zawierające pytania o urządzenia/implanty w innym kontekście świadczenia, niż z nimi związany, nie wskazuje obowiązku raportowego do SIM.

Zapisanie zasobu **Device** bez kontekstu procedury nie stanowi spełnienia wymogu raportowego określonego rozporządzeniem.

**CeZ rekomenduje pozyskiwanie informacji o urządzeniach czy implantach pacjentów zawsze przez odczytanie danych pacjenta w ramach funkcjonalności Patient Summary. Odczytanie informacji bezpośrednio z zasobu wymaga odrębnie funkcjonujących uprawnień.**

## Słowniki

### Słownik PLMedicalEventClass

Słownik typów zdarzeń medycznych PLMedicalEventClass (2.16.840.1.113883.3.4424.11.1.34) jest tożsamy z Załącznikiem numer w Dzienniku Rozporządzeń dostępnym pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190002532/O/D20192532.pdf>

### Słownik PLSECURITYLABELS

Słownik poziomu poufności danych PLSecurityLabels (2.16.840.1.113883.3.4424.11.1.83) wynika z przyjętego standardu HL7 FHIR dla zdarzeń medycznych. Rekomendujemy wykorzystywanie w zasobach zdarzeń medycznych poziomu Poufności o kodzie N (Normal) dla wszystkich zapisywanych zasobów. Obecnie nie są prowadzone prace w zakresie przystosowania i wykorzystania innych kodów poufności zawartych we wspomnianym słowniku.

## Reguły weryfikacyjne

### REG.WER.4259 Weryfikacja podpisu elektronicznego wśród danych potwierdzających autentyczność zasobów

Podpis pod całym Zdarzeniem Medycznym wymaga użycia certyfikatu wydanego przez CeZ (WSS). Reguła weryfikuje w szczególności całą strukturę podpisu wraz z poprawnością umieszczonych w niej znaków, poprawność referencji, ważność certyfikatu, poprawność dobrze policzonych skrótów czy poprawnej metody hashowania SHA256. Należy wymusić pobieranie komunikatu z referencjami do podpisu w formacie XML (P1 zwraca JSON).  
Nie należy używać kanonikalizacji (używanie REC-xml-c14n do obliczania sha256).

Za wyjątkiem elementów związanych z samym cyfrowym podpisem i datami oraz numerami zasobów używanymi w podpisach, reszta powinna być identyczna z wymaganiami CeZ. Wtedy na własną rękę można znaleźć błędy, które się popełnia.

W przypadku wystąpienia błędu reguły, w pierwszym kroku należy **własnoręcznie** przeprowadzić debugowanie - najprostszą metodą jest zapoznanie się z udostępnianymi przykładami w testach SOAPUI, załączonymi do dokumentacji integracyjnej, i po wykonaniu testów porównywać wygenerowane requesty.

### REG.WER.7164 Ograniczenie ilości wersji dla zasobu Patient

Zgodnie z komunikatem na portalu ezdrowie: [Włączenie reguły dla zasobu Patient,](https://ezdrowie.gov.pl/portal/artykul/wlaczenie-reguly-dla-zasobu-patient) bieżące istniejące ograniczenie w wersjonowaniu zasobu Patient ("versionId") zostało ustawione na możliwą dopuszczalną liczbę wersji =< **15**.

W przypadku błędnych danych zwracanych w zasobie pacjenta przez P1, reguła dopuszcza możliwość modyfikacji imienia i/lub nazwiska pacjenta gdy przekroczono wskazaną w parametrze liczbę wersji zasobu.

Opisane działanie jest możliwe tylko w przypadku pozytywnej weryfikacji danych pacjenta w CWUB z zakresie imienia nazwiska przekazywanego w zmodyfikowanej treści zasobu. W tej sytuacji zostanie zwiększona liczba wersji, pozwalając na zapisanie prawidłowych danych (zgodnych z rejestrem PESEL).

System uniemożliwia aktualizację pozostałych danych w zasobie pacjenta zgodnie z ustawionym limitem.

### REG.WER.5383 Weryfikacja dopuszczalnych systemów identyfikacji Płatnika

**Pytanie:** Jaki OID systemu identyfikacji płatnika należy wysyłać w elemencie "Coverage.payor.identifier.system" w przypadku pacjenta z kartą EKUZ?

**Odpowiedź:** Dopuszczalnym OID’em systemu identyfikacji Płatnika jest: urn:oid:2.16.840.1.113883.3.4424.3.1 dla atrybutu Coverage.payor.identifier.system

Warto nadmienić, iż pole payor zasobu Coverage dotyczy identyfikacji płatnika zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dane identyfikujące użyty dokument potwierdzający uprawnienie zawierają się w innych atrybutach tego zasobu.

## Błędy

### HTTP 403 podczas generowania podpisu

Najczęstszą przyczyną jest generowanie podpisu przez pracownika, który nie jest autorem zapisywanego zasobu.

Autorem jest wyłącznie osoba występująca w zapisywanym zasobie, a nie osoba występująca w tokenie.

### HTTP 403 - Forbidden z komunikatem "Access denied" na próbie odczytu zasobu.

**W usłudze ZM nie zawsze osoba z tokenu jest uznawana za autora zasobu.**

W przypadku zasobu Patient zarówno zapis, jak i odczyt nie zależy od roli użytkownika (user\_role z tokena ) - wymagane jest tylko identyfikowanie przez AUT jako roli sub\_role = SYSTEM\_ZEWNETRZNY\_PODMIOTU\_LECZNICZEGO.

W przypadku zasobu Encounter jako autor zasobu jest uznawana osoba wskazana w zasobie - a nie w tokenie.

Często zdarza się, że osoba z rolą X nie została zapisana na liście autorów zasobu, w konsekwencji tego osoba taka nie ma możliwości odczytu zapisanego zasobu.

### Internal Server Error

Najczęstsze przyczyny:

* Wprowadzenie niezgodnego identyfikatora pacjenta z numerem PESEL pacjenta.
* Kodowanie podpisu w standardzie RFC2045 zamiast RFC4648
* Podpis umieszczony w Provenance.signature.data jest niezgodny z kodowaniem base64 lub niepoprawnie kodowana jest sygnatura do base64.

### Access Denied - próba zamiany/usunięcia Encounter.Participant

Pole Encounter.Participant może modyfikować jedynie osoba która już znajduje się w polu Encounter.Participant.

Osoba znajdująca się w polu Encounter.Participant nie może zostać usunięta.

Jeśli w wyniku błędu został podany zły pracownik medyczny w polu Encounter.Participant, prawidłowy pracownik medyczny powinien zostać dopisany do listy w polu Encounter.Participant.

Jeśli fizycznie zmieniła się osoba prowadząca, nowy pracownik medyczny, nie znajdujący się w polu Encounter.Participant, powinien zostać dopisany do listy w polu Encounter.Participant.

Modyfikacja w żadnym przypadku nie polega na usunięciu pracownika medycznego z pola Encounter.Participant.

## Pozostałe tematy

### Raportowanie zdarzeń cząstkowych w ramach hospitalizacji złożonej – pobyt na różnych oddziałach

**Pytanie:** Proszę o informacje jak raportować zdarzenia cząstkowe w ramach hospitalizacji złożonej tj. takiej na którą składa się kilka zdarzeń medycznych związanych z pobytem na kolejnych oddziałach.

Przykład hospitalizacji:

ZM - Oddział SOR

a następnie przeniesienie

ZM - Oddział

Najpierw otwieramy ZM - Oddział SOR: z data rozpoczęcia zdarzenia i status na InProgress,

a następnie gdy pacjent jest przenoszony na drugi oddział aktualizujemy ZM - Oddział SOR: ustawiając czas zakończenia zdarzenia i status na Finished

Dostajemy błąd:

API: CreateZMResource - Błąd FHIR: HttpStatusCode=422, Outcome: Overall

result: FAILURE (1 errors and 0 warnings)

[ERROR] (no details)(further diagnostics: REG.WER.3910 Wymagane podanie

prawidłowego trybu wypisu dla hospitalizacji.)

(at $.class.code$.hospitalization.dischargeDisposition.coding[0].code$.period.end)

Gdzie mamy informacje, że należy wskazać tryb wypisu, ale przecież

hospitalizacja się nie zakończyła tylko w ramach hospitalizacji jest kolejne

zdarzenie związane z przeniesieniem na drugi oddział.

Jak prawidłowo zakończyć pierwsze zdarzenie aby zostało zaakceptowane ?

**Rozwiązanie:**

Przyjęto w powyższym przykładzie, że hospitalizacja wciąż trwa, pacjent zmienia jedynie miejsce udzielania świadczeń.

1. W tym przypadku należy zaktualizować zasób Encounter dodając kolejny węzeł location (ma on liczność 0..\*), za Dokumentacją Integracyjną:

Encounter.location

Miejsce Udzielania Świadczeń

Należy wymienić wszystkie Miejsca Udzielania Świadczeń, w których realizowane było Zdarzenie Medyczne (w szczególności na liście powinny znajdować się wszystkie MUŚ z zasobów Procedure (Procedure.location) i Condition (Condition.extension:location) posiadających referencje do przedmiotowego zasobu Encounter)

Dopuszczalny jest brak Miejsca Udzielania Świadczeń wyłącznie w sytuacji gdy miejsce to nie jest możliwe do ustalenia (np. Wyjazd ratowniczy)

0..\*

Obejmuje:

· location – dane miejsca Udzielania Świadczeń

· opcjonalnie period – okres realizacji świadczenia w danej lokalizacji

Nie należy zmieniać statusu zdarzenia.

2. W przypadku gdy proces hospitalizacji się zakończył należy powtórnie aktualizować zasób Encounter, zmieniając wartość pola status na Finished oraz dodając węzeł Encounter.hospitalization.dischargeDisposition ,zgodnie z Dokumentacją Integracyjną, wskazujący na zakończenie procesu hospitalizacji pacjenta.

### Czy należy raportować zdarzenia związane z medycyną pracy? Jeżeli tak, to w jaki sposób?

Tak, należy raportować zdarzenia medyczne związane z obszarem medycyny pracy.

Należy zaraportować zdarzenie medyczne (Encounter) gdzie typ zdarzenia medycznego to porada jeżeli świadczenie jest udzielane przez lekarza medycyny pracy wraz z wszelkimi rozpoznaniami i wykonanymi procedurami oraz pomiarami.

Należy pamiętać o tym, że w przypadku niektórych badań medycyny pracy mogą zostać wykonane np. pomiary antropometryczne i koniecznym wtedy jest, aby zaraportować odpowiedni zasób zawierający pomiary antropometryczne (zasób Observation).

### Jak zaraportować zdarzenie medyczne z obszaru rehabilitacji w przypadku gdy pacjent odbywa cykl zabiegów np. przez 2 tygodnie u wielu fizjoterapeutów?

W przypadku rehabilitacji gdy pacjent odbywa wiele zabiegów u wielu fizjoterapeutów w ramach cyklu zabiegów (np. 2 tygodniowego) należy zaraportować zdarzenie medyczne o typie cykl leczenia (jedno zdarzenie per cały zaplanowany cykl leczenia), przy czym zdarzenie medyczne po każdym kolejnym cyklu lub wizycie powinno zostać zaktualizowane w kwestii wykonanych procedur. Zasób danych rozliczeniowych (Claim) również powinien być aktualizowany zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Należy zauważyć, że nie ma konieczności dla każdej wykonanej procedury w ramach cyklu leczenia sprawozdawania nowego zasobu danych rozliczeniowych (Claim). Istnieje możliwość, co rekomenduje Centrum e-Zdrowia aktualizacji zasobu danych rozliczeniowych (Claim) o dodanie nowych pozycji rozliczeniowych powiązanych z wykonywanymi procedurami. Dla każdej pozycji rozliczeniowej można wskazać procedury, które zostały wykonane w ramach sprawozdawanego świadczenia z katalogu płatnika oraz istnieje możliwość wskazania referencji do zdarzenia medycznego, per pozycja rozliczeniowa.

### Co jeżeli pacjent przerwał cykl leczenia? Jak zaraportować taki fakt w zdarzeniu medycznym?

Przerwanie cyklu leczenia przez pacjenta nie wpływa na raportowanie zdarzenia medycznego – jeżeli pacjent w ramach cyklu miał zaplanowane np. 14 zabiegów, a zostało wykonane tylko 10 zabiegów to odpowiednie procedury powinny być zaraportowane w zakresie wykonania tych 10 zabiegów i zdarzenie medyczne powinno być aktualizowane na bieżąco (po każdej odbytej wizycie).

W przypadku danych rozliczeniowych, jeżeli jest to świadczenie finansowane przez NFZ należy uwzględnić wszystkie wykonane procedury, dotyczące tych 10 zabiegów.

### W jaki sposób raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS? Jak raportować zdarzenia medyczne dotyczące programu Profilaktyka 40 PLUS w przypadku podwykonawstwa?

Wariant **docelowy** od 01.01.2022 zakłada przekazywanie zasobów przed podmiot, który dany zasób utworzył. **Rekomendowane** jest stosowanie wariantu docelowego od początku prowadzenia sprawozdawczości bez względu na datę początku sprawozdawania.  
  
Wariant **bieżący** do 31.12.2021 zakłada możliwość przekazywania informacji o utworzonych zasobach w modelu **podwykonawstwa** przez **zleceniodawcę** ze wskazaniem w zasobach **procedure** oraz **observation** danych zleceniodawcy w zakresie danych zasobu.

1. **Realizatorowi** programu Profilaktyka 40 PLUS rekomenduje się:
   1. Sprawozdawanie do Systemu P1 **całości** zakresu, jeśli realizacja jest całości świadczeń tj. wykonanych procedur oraz dokonanych pomiarów. Rozliczeniu podlega zakres przekazany w zasobie **claim**.
   2. Sprawozdanie do Systemu P1 **częściowe** w ramach rozdzielenia dokonanych pomiarów oraz wykonanych procedur.
      1. W ramach **1 zdarzenia** medycznego przekazywane są informacje o wykonanych pomiarach lub procedurach z pełnymi danymi dotyczącymi zdarzenia medycznego.
      2. Zasób **claim** obejmuje tylko i wyłącznie dane związane z wykonanymi pomiarami lub procedurami zgodnie z przekazanymi zasadami budowania zasobu claim.
      3. Zasób podpisu (**provenance**) obejmuje zasoby wchodzące w skład **1 zdarzenia** medycznego. W przypadku zasobu procedury rekomenduje się zapisanie zasobu i przekazanie w momencie wykonywania czynności pomiaru lub pobrania. Element wytworzenia dokumentacji EDM kończącej proces danej procedury badania nie powinien wyznaczać danych zawartych w zasobie procedury.
      4. W przypadku gdy w ramach realizowanego zdarzenia medycznego wykonano procedury należy wykonać rejestracje indeksu **elektronicznej dokumentacji medycznej** ze wskazaniem na relację do zdarzenia medycznego zawierającego kontekst skierowania wystawionego w ramach programu.
      5. W ramach **2 zdarzenia** medycznego zawierającego wskazanie na identyfikator skierowania wystawionego w ramach programu przekazywane są informacje o wykonanych pomiarach lub procedurach, które nie zostały wykonane w ramach **1 zdarzenia** medycznego.
      6. Zasób **claim** obejmuje tylko i wyłącznie dane związane z wykonanymi pomiarami lub procedurami w ramach **2 zdarzenia** medycznego. Założenie obejmuje przekazanie **jednego** zasobu rozliczeniowego do konkretnego zasobu **encounter** z którym powiązane są dedykowane zasoby.
      7. Zasób podpisu (**provenance**) obejmuje zasoby wchodzące w skład **2 zdarzenia** medycznego.
      8. Rozliczenie opiera się na **dwóch** zasobach **claim** przekazanych w ramach realizacji świadczeń.
      9. Indeks **elektronicznej dokumentacji medycznej** wytworzony w związku z realizowanymi procedurami powinien być w relacji do zdarzenia medycznego w ramach którego powstał tj. **zdarzenia 1** lub **zdarzenia 2**.
   3. Zakłada się rejestracje zasobu **procedure** z datą wykonania, jeśli wyniki powstały tego samego dnia. W przypadku pobrania materiału jednego dnia, a utworzenia wyników za N dni zaleca się **modyfikacje** wcześniej utworzonego zasobu procedury.
   4. Zakłada się istnienie **jednego** zasobu rozliczeniowego **claim** do jednego zasobu **encounter** w ramach zdarzenia medycznego. Zasób **claim** może występować w wielu wersjach w ramach prowadzonych **modyfikacji**.
   5. Rekomenduje się tworzenie **jednego** dokumentu EDM indeksowanego w ramach programu, zawierającego **komplet** wyników badań wynikających z realizacji **procedur**.
   6. Dopuszcza się rejestracje wielu dokumentów związanych z wynikami, które odpowiednio oznaczone (relacje do **zdarzenia medycznego** zawierającego kontekst **skierowania** wystawionego w ramach programu) dają możliwość prawidłowego rozliczenia realizatora programu.
2. **Realizatorowi** programu Profilaktyka 40 PLUS w modelu **podwykonawstwa** rekomenduje się:
   1. **Realizator** sprawozdaje realizację **swojej części** wykonanych świadczeń w ramach programu przez przekazanie odpowiednich **zasobów** wynikających z realizacji oraz zasobów niezbędnych do rozliczenia **swojej części (zdarzenie 1)**. Zleceniodawca przekazuje i **podpisuje** zdarzenie medyczne wraz z zasobami z niego wynikającymi w tym zasób **claim**.
   2. Zasób **encounter** sprawozdawany w ramach programu powinien posiadać relacje do **skierowania** wystawionego w ramach programu w odpowiednim przygotowanym do tego celu elemencie **(basedOn)**.
   3. Zleceniodawca sprawozdaje tylko i wyłącznie zasoby będące przedmiotem realizacji po **swojej stronie**.
   4. W przypadku gdy realizacja nie zawiera wykonania procedur **EDM** **nie jest przekazywany** przez realizatora (zleceniodawcę).
   5. **Podwykonawca realizuje** świadczenia w ramach odrębnego zdarzenia medycznego (**zdarzenie 2**) dokonując odpowiednich zapisów zasobów ze swojej strony wraz z **podpisem** zasobów.
   6. W ramach przyjętego modelu należy wskazać w zasobie **encounter** identyfikator **skierowania**, na podstawie którego jest realizacja zlecenia w elemencie **basedOn** wskazując identyfikator skierowania elektronicznego.
   7. W ramach przyjętego modelu należy wskazać w zasobie **encounter** identyfikator podmiotu (MUŚ) w elemencie **Encounter.basedOn.extension:requesterLocation**, na rzecz którego realizowane jest zlecenie wykonania świadczeń oraz identyfikator samego zlecenia (**Encounter.basedOn.identifier)**. Informacje w tym zakresie przekazywane są w kolejnym elemencie **basedOn.**
   8. **Podwykonawca** zapisuje tylko i wyłącznie zasoby zrealizowane po swojej stronie tj. będących przedmiotem zlecenia.
   9. **Podwykonawca** zapisuje zasób rozliczeniowy utworzony w relacji do swojego zdarzenia medycznego (zasób **encounter**, **zdarzenie 2**) oraz wskazuje zasób rozpoznania, wykonanych procedur, coverage kończąc na **podpisie całości**.
   10. Zasób **claim** powinien w celu poprawnego rozliczenia zleceniodawcy zawierać m.in.:
       1. Wskazanie modelu realizacji rozliczenia tj. element **type.coding.code = 2.**
       2. Wskazywać identyfikator zlecenia tj. element **extension:identifier.**
       3. Wskazywać dane zlecającego tj. element **extension:reqester.**
       4. Opcjonalnie wskazywać kod świadczeniodawcy w systemie NFZ tj. element **extension:requesterCode**.
       5. Wskazywać numer umowy zawartej w ramach programu **zleceniodawcy** z **Narodowym Funduszem Zdrowia**.
       6. Wskazywać kod świadczenia z programu **Profilaktyka 40 PLUS**.
       7. Pozostałe dane wymagane definicją profilu danego zasobu.
3. Dopuszcza się, w przypadku braku możliwości sprawozdania do rejestru P1 indeksu **elektronicznej dokumentacji medycznej** wytworzonej przez **podwykonawcę**, wykonanie tej operacji przez **zleceniodawcę.** W ramach realizacji operacji należy zastosować poniższy schemat działania:
   1. Wywołanie operacji ITI-42 z poziomu systemu **zleceniodawcy** (SAML).
   2. Przekazanie w informacji o wysyłce danych wysyłającego (**zleceniodawcy**).
   3. Zapis indeksu EDM, gdzie należy wskazać dane **podwykonawcy** (autora) z uwzględnieniem wskazania w modelu realizacji, czyli elementu **Slot name=” urn:extpl:SlotName:RequesterLocation”** (w elemencie należy umieścić identyfikator placówki **zleceniodawcy**).
4. Prawidłowo oznaczone zasoby zdarzeń medycznych oraz przypisanie do zdarzenia medycznego elektronicznej dokumentacji medycznej dają podstawę do prawidłowego i komplementarnego rozliczenia w ramach programu.
5. Wskazanie w dokumentacji medycznej zleceniodawcy, umożliwia dostęp zleceniodawcy do tego dokumentu nie będącego jego autorem (punkt 3.3).
6. Docelowe rozwiązanie nie zakłada możliwości sprawozdawania zasobów zdarzeń medycznych przez **zleceniodawcę** realizowanych przez **podwykonawcę**. Obecnie jest możliwość wskazania wykonanych pomiarów/procedur tylko i wyłącznie po otrzymaniu tej informacji od faktycznego wykonawcy, ze wskazaniem **wykonawcy**.

### Co w przypadku gdy u podwykonawcy występuje kolejny podwykonawca?

**Przykład:**

Zleceniodawca (1) udziela świadczenia w ramach którego podwykonawca (2) wykonuje badanie, a następnie podzleca swojemu podwykonawcy (3) wykonanie tylko opisu rezonansu magnetycznego. Autorem dokumentu opisu jest placówka 2 (podwykonawca), ale w środku dokumentu jest podpis lekarza pracującego u podwykonawcy podwykonawcy (3). Czy ZM muszą przekazać wszyscy podwykonawcy?

**Odpowiedź:**  
W przedstawionym przypadku CeZ rekomenduje przekazanie zdarzenia medycznego przez zleceniodawcę oraz podwykonawcę (2). Wykonanie opisu wyniku badania rezonansu magnetycznego jest elementem składowym samego badania i do tego zdarzenia medycznego (podwykonawca 2) powinien zostać zapisany indeks w rejestrze P1 bez potrzeby tworzenia osobnego zdarzenia medycznego u podwykonawcy (3).  
W tym zakresie zastosowanie ma zapis z FAQ 2.27 dotyczący dopuszczalnej możliwości rejestracji w zakresie EDM-a. W celu zapewnienia dostępu do danych zlecającemu, indeks powinien zawierać dane zlecającego umieszczone w elemencie **RequesterLocation.**

### Blokowanie zmiany identyfikatora pacjenta w zasobach

Reguła systemowa uniemożliwia modyfikację identyfikatora pacjenta w zasobach zdarzeń medycznych. W przypadku zarejestrowania niepoprawnego identyfikatora pacjenta, w elemencie subject danego zasobu, należy usunąć wszystkie zasoby,   
w których ten błąd wystąpił oraz zarejestrować je na nowo z poprawnymi danymi.

W przypadku podpisu zdarzenia medycznego nie ma konieczności usuwania zasobu provenance, jeśli zawierał referencje do poprzednio utworzonych zasobów z błędnym identyfikatorem pacjenta – rekomendujemy jego aktualizację o referencje do nowo utworzonych zasobów z poprawnymi danymi celem zachowania spójności danych.

Przykładowo, jeśli w skład zdarzenia medycznego wchodził zasób Encounter wraz   
z referującymi do niego zasobami Procedure oraz Condition i błędnie zarejestrowano   
w nich identyfikator pacjenta, a do wszystkich zasobów została zawarta referencja   
w zasobie Provenance przy podpisie zdarzenia medycznego, należy usunąć zasoby Encounter, Procedure i Condition oraz zarejestrować je na nowo z poprawnymi danymi, a zasób Provenance zaktualizować o nowe referencje do nowo utworzonych zasobów.

### Zdarzenia Medyczne a wizyty kliniczne

**Pytanie:** Jak powinny być obsłużone wizyty kliniczne? Inny kod lub typ? Czy

"klasycznie" jako "porada", może warto zwrócić uwagę na jakieś dodatkowe

elementy?

**Odpowiedź:** Obecnie na poziomie porady nie występują atrybuty do precyzyjnego wskazania wizyty klinicznej. Ustawodawca nie przewidział dedykowanego typu zdarzenia medycznego dla wizyty klinicznej ani nie wskazał doprecyzowania dla już dostępnych typów w osobnym atrybucie tak jak w przypadku rodzaju porad.

### Identyfikacja polskiego pacjenta

**Pytanie:** Czy można identyfikować polskiego pacjenta na podstawie m-dowodu?

**Odpowiedź:** Obecnie polski pacjent identyfikowany jest numerem pesel. Użycie aplikacji mObywatel w ramach poświadczenia tożsamości zawiera identyfikator PESEL danej osoby. W obszarze zdarzeń medycznych pacjent polski nie wskazuje rodzaju dokumentu, w którym występuje wskazany identyfikator, należy go identyfikować przez użycie identyfikatora typu PESEL.

### 2.7.10. Raportowanie zdarzenia medycznego w domu pacjenta

**Pytanie:** Nasza wątpliwość to świadczenie wizyt domowych - czy powinniśmy to jakoś dodatkowo zaznaczać (że wizyta odbyła się poza gabinetem)? W plikach dokumentacji nie znaleźliśmy informacji na ten temat. Wybrany fizjoterapeuta może świadczyć wizyty w swoim gabinecie, ale też czasami dojeżdża do pacjenta. Czy powinniśmy to jakoś wskazać oraz dodatkowo podać adres miejsca udzielenia świadczenia (np. adres pacjenta)?

**Odpowiedź:** W przypadku wizyt domowych rejestracja zasobu Encounter przebiega jednakowo jak w przypadku zdarzenia w gabinecie (nie trzeba uwzględniać dodatkowo adresu domowego pacjenta).

## Moje Zdrowie – zagadnienia programu profilaktycznego

### Czy jest możliwe testowanie funkcjonalności na integracyjnym ikp?

Tak - po wgraniu na środowisko Integracyjne, przekażemy odpowiednim komunikatem informacje o takiej możliwości. Jednoczenie zostanie udostępniony indywidualny zestaw testowych identyfikatorów pacjentów, dla dostawców którzy zwrócą się z taką prośbą. Testowi pacjenci będą mieli już przypisane zaakceptowane deklaracje wyboru dla pracownika medycznego w zakresie konta podmiotu.

### Indywidualny Plan Zdrowia (IPZ) – Jak ma być składowany dokument oraz jaka ma być jego struktura?

IPZ jest obecnie składowany i przetwarzany lokalnie przez POZ. Docelowo ma być przekazywany i składowany centralnie w P1 (analogicznie jak IPOM).

Obecnie postać papierowa powinna być stosowana zgodnie z szablonem dostępnym pod adresem [[Papierowy wzór dokumentu Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ) - ezdrowie.gov.pl](https://ezdrowie.gov.pl/portal/artykul/papierowy-wzor-dokumentu-indywidualnego-planuzdrowotnego-ipz)]

W kontekście postaci elektronicznej przekazywanej do P1 – zostanie przygotowany i opublikowany odpowiedni szablon w późniejszym czasie o czym poinformujemy w formie komunikatu.

### Czy na gabinet.gov.pl będzie prezentowany id care-plan lub czy jest możliwe ograniczenie wyszukania badań po numerze PESEL tak, aby można było ominąć proces pobierania definicji oraz odpowiedzi ankiety?

Nie ma planów prezentacji na gabinet.gov.pl. Informacje dot. wyszukiwań zostały opisane w opublikowanej dokumentacji integracyjnej tego obszaru. W zakresie opisu znajduje się filtrowanie, sortowanie, paginacja, pobieranie powiązanych zasobów jak również ograniczenie danych poszczególnych zasobów.

### Jaki zakres badań może zlecić POZ na podstawie ankiety?

Personel POZ obsługuje całą ankietę. Zakresem badań są badania wynikające co najmniej z ankiety (zakres badań może być szerszy, ale nie węższy).

### Czy po wycofaniu realizacji zakresu badań jest możliwe ponowne pobranie badań do realizacji?

Tak.

### Czy jest możliwe pobranie jednym zapytaniem, obu zasobów QR i CP - naraz?

Zaktualizowano pierwszą wersję dokumentacji integracyjnej w zakresie wyszukiwania zasobów. Obecnie możliwe jest wyszukiwanie zasobów z użyciem parametru \_include.

Więcej informacji znajduje się w opisie wyszukiwania ankiet w pkt. 3 dokumentacji dot. pobierania powiązanych zasobów.

### Jak przekazywać element DIV?

W przypadku elementów narrative <div xmlns="http://www.w3.org/1999/xhtml"><p class="res-header-id"><b>Generated - nie ma potrzeby ich przekazywać. To efekt automatycznego generowania dokumentacji integracyjnej. W zasobie QR powinny być przekazywane same dane biznesowe. Tu też powinien pojawić się nowy przykład

### Jakie elementy będą wymagane do prawidłowego rozliczenia świadczeń udzielonych w ramach Mojego Zdrowia? Czy niezbędne będzie zaraportowanie w P1 wizyty podsumowującej wraz z badaniami (Procedure) wykonanymi w tym programie oraz zaindeksowaną dokumentacją medyczną?

Rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach programu Moje Zdrowie do końca roku 2025 będzie opierać się o obecną sprawozdawczość w ramach komunikatu SWIAD.

W zakresie modelu opartego o zdarzenia medyczne planowane jest wdrożenie od 2026 zakłada się sprawozdawanie zdarzeń medycznych oraz wytworzonej dokumentacji dotyczącej wzajemnie powiązanych kontekstem programu Moje Zdrowie.

Na dzień dzisiejszy plan rozliczenia w modelu opartego o zdarzenia medyczne zakłada weryfikację sprawozdanej informacji o wykonanych procedurach oraz udzielonych świadczeniach bez wymogu sprawozdawczości elektronicznej dokumentacji medycznej powstałej w ramach udzielonych świadczeń.

### Czy do prawidłowego sprawozdania Encountera wraz z procedurami badań MZ konieczne jest powiązanie indeksów dokumentacji medycznej EDM z wizytą podsumowującą?

Na dzień dzisiejszy powiązanie wytworzonej dokumentacji medycznej jest elementem fakultatywnym. W celu zapewnienia kontekstu informacyjnego zaleca się tworzenie relacji dla świadczeń realizowanych w ramach programu Moje Zdrowie.

### Czy istnieją szczegółowe wytyczne lub rekomendacje dla podmiotów leczniczych dotyczące kolejności rejestrowania zdarzeń medycznych oraz indeksowania EDM, które miałyby na celu zapewnienie spójności danych w systemie P1 w sytuacjach, gdy dokumenty powstają przed utworzeniem głównego identyfikatora wizyty?

W zakresie sprawozdawczości umożliwia się następujące warianty:

1. Zapisanie zdarzenia medycznego w zakresie zrealizowanych procedur oraz wytworzonej dokumentacji przez laboratorium w czasie jego wystąpienia oraz rejestrację zdarzenia medycznego typu bilans zdrowia przez placówkę POZ.
2. Zapisanie zdarzenia medycznego wraz z procedurami wynikającymi z zakresu zrealizowanych badań z ankiety oraz indeksu EDM.

Powiazanie w ramach programu Moje Zdrowie zakłada się realizować przez wykorzystanie atrybutu basedOn wskazującego wzajemne relacje w kontekście programu oraz element opcjonalny RequesterLocation indeksu dokumentacji medycznej identyfikujący zleceniodawcę.

### W sytuacji, gdy dokumenty wyników badań są tworzone przed rejestracją głównej wizyty (czyli przed utworzeniem identyfikatora zdarzenia medycznego – ZM), W jaki sposób należy indeksować wyniki badań (z jakim id zdarzenia medycznego)?

Wyniki zgodnie z powyższą odpowiedzią z pkt. 2.8.10 powinny być indeksowane w ramach zdarzenia medycznego w kontekście którego one powstały.

### Jak wobec braku przypisania identyfikatora ZM na etapie tworzenia dokumentów z wynikami badań będzie realizowane powiązanie EDM z wizytami programu „Moje Zdrowie”?

Powiązanie wytworzonej dokumentacji medycznej w ramach programu Moje Zdrowie będzie realizowane przez zasób zdarzenia medycznego powstałego w wyniku realizacji danego świadczenia.

Dokument powinien być zaindeksowany dopiero po wizycie do zdarzenia medycznego powstałego w kontekście programu Moje Zdrowie.

### Zwracamy uwagę na fakt, że obecnie dokumentacja indeksowana jest natychmiast w chwili zrealizowania badania, a w programie Moje Zdrowie nie będzie jeszcze istniał Encounter, z którym ma być powiązany zasób Procedure tego badania. Istnieją również przypadki, gdzie laboratorium (podwykonawca) tworzy zdarzenie medyczne dla wykonanych badań i indeksuje dokumentację z wynikami we własnym zakresie. W jaki sposób wizyta podsumowująca w POZ miałaby wówczas prawidłowo zaraportować takie badania i EDM z tym związany?

Zgodnie z odpowiedzią na wcześniejsze pytania:

W zależności od wybranego modelu sprawozdawczego planuje się zdjęcie ograniczeń w tym zakresie tak by możliwe zapisać zasoby zrealizowanych wcześniej procedur do powstałego później zdarzenia medycznego w ramach wizyty podsumowującej .

### W jaki sposób pozyskać indeks dokumentu na potrzeby raportowania ZM dla przypadku, kiedy został on założony przez Laboratorium?

Zakłada się realizację procesu po stronie zleceniodawcy bez udziału platformy P1 w przypadku sprawozdawczości indeksu przez zleceniodawcę.

### Jak prawidłowo sprawozdawać zasoby Procedure z badań zleconych na wizycie, a zrealizowanych w terminie późniejszym (np. rok później)? Zgodnie z obecnie obowiązującymi zaleceniami dostępnymi tu [https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-dostawcow/pytania-i-odpowiedzi-dla-integratorow-programistow-dostawcow-oprogramowaniazasób](https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-dostawcow/pytania-i-odpowiedzi-dla-integratorow-programistow-dostawcow-oprogramowaniazas%C3%B3b) zasób Procedure ma być sprawozdany w Encounterze z wizyty zlecającej, przy czym daty realizacji procedury muszą mieścić się w tym zasobie, w związku z daty realizacji procedury trzeba zmienić na daty wynikające z Encountera. Stosując tę zasadę trafiliśmy na przypadek, kiedy to realizator badania w datach realizacji Encountera (wizyty zlecającej) nie miał jeszcze uprawnień do ich realizacji, w związku z czym P1 zwróciło błąd REG.WER 3828 Identyfikator Pracownika Medycznego jest nieprawidłowy.  Gdyby przyjąć założenie, że taką procedurę należy sprawozdać w kolejnej wizycie i zmienić jej daty realizacji na daty kolejnej wizyty, możemy spotkać się z sytuacją, że pracownik realizujący procedurę JUŻ nie będzie miał uprawnień (albo np. nastąpi jego zgon). Jak takie sytuacje należy prawidłowo sprawozdawać w ramach Zdarzeń Medycznych?

W zakresie modyfikacji zasobu Encounter powinno się stosować dane umożlwiające wykonanie tej operacji, tj. dane pracownika medycznego, który jest autorem na dzień trwania zdarzenia.

Sprawozdawczość  powinna odbywać się wyłącznie z poprawnymi danymi pracownika medycznego oraz rzeczywistymi danymi daty realizowanego zdarzenia.

### Rozliczenie świadczenia realizowane jest poprzez wizytę podsumowującą, która jest wizytą stacjonarną, co w przypadku, gdy pacjent nie pojawi się w wyznaczonym terminie w placówce (zdarzenia losowe)?

W przypadku braku udzielonego świadczenia z winy pacjenta nie może nastąpić rozliczenie. Wyłącznie obecność pacjenta jest elementem niezbędnym to sprawozdania informacji o realizacji wizyty podsumowującej.

### Co w przypadku, kiedy zostanie zrealizowane badanie, wyniki zaindeksowane (widoczne na IKP) pacjent się z nimi zapozna i nie będzie widział sensu pojawienia się w placówce? Placówka poniesie koszty, które bez wizyty stacjonarnej nie zostaną zwrócone.

Placówka będzie miała refinansowanie kosztów badań jeśli zostały wykonane, natomiast świadczenie związane z wizytą podsumowującą nie zostanie w tym zakresie zrealizowane, a wiec podmiot nie poniósł żadnych kosztów do ubiegania się o finansowane.

### Kiedy zostanie opublikowana zaktualizowana dokumentacja integracyjna do ZM wskazująca na możliwość sprawozdawania zasobów Procedure w późniejszym Encounterze (kolejna wizyta)?

Dokumentacja w zakresie sprawozdawczości opartej o zdarzenia medyczne nie będzie przedmiotem obecnej dokumentacji integracyjnej

Zalecenia dot. Sprawozdawczości dla udzielonych świadczeń poza elementami niezbędnym w realizacji programu zostaną opublikowane w postaci rekomendacji oraz przykładów w osobnej publikacji.

### Czy wizyty edukacyjne zrealizowane w ramach programu "Moje Zdrowie" wpływają na limit dostępnych wizyt edukacyjnych dla pacjenta w ramach świadczeń IPOM? Jeśli tak, to w jaki sposób systemy powinny weryfikować powiązania?

Wizyty w ramach programu moje zdrowie nie wpływają na limitowanie świadczeń w innych obszarach zdrowia tj. programów zdrowotnych/ planów opieki medycznej

### Czy przewidziano konsekwencje (np. blokadę rozliczenia, kary finansowe) w sytuacji, gdy placówka nie podejmie się realizacji ankiety w terminie 30 dni od jej wypełnienia przez pacjenta?

Informacje o wprowadzeniu potencjalnych konsekwencji mogą wynikać z regulacji Ministerstwa Zdrowia.

### W jaki sposób powinna wyglądać realizacja badań FIT-OC, jeśli nie wszystkie laboratoria wykonują ten test? Czy przewidziano listę rekomendowanych placówek lub dodatkowe zalecenia dla POZ w takich przypadkach?

W przypadku zlecenia procedury wykonania testu FIT, podmiot odpowiedzialny za zlecenie powinien wskazać laboratorium, do którego ma udać się pacjent celem wykonania przedmiotowego badania. Na obecną chwilę nie zakłada się publikacji placówek rekomendowanych do wykonania tej procedury.

### Jakie procedury medyczne należy stosować podczas wizyty podsumowującej w ramach programu "Moje Zdrowie"? Czy w komunikacie SWIAD będą stosowane dodatkowe oznaczenia pozwalające zidentyfikować te świadczenia?

W ramach wizyty podsumowującej proponujemy użycie następujących danych w zasobach:

**Procedura: 89.01** profilaktyka i promocja zdrowia

oraz procedury, które wynikają z listy badań zgodnie z zakresem wypełnionej ankiety.

W ramach programu Moje Zdrowie w zależności od udzielonych odpowiedzi definiowany jest zakres procedur wynikający z poniższej listy pakietów (indywidualnie dla każdej ankiety):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podstawowy** | | **Rozszerzony** | |
| Kod ICD-9 | Nazwa | Kod ICD-9 | Nazwa |
| **C55** | Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów | **I17** | Aminotransferaza alaninowa (ALT) |
| **L43** | Glukoza z krwi żylnej | **I19** | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) |
| **M37** | Kreanityna | **L31** | Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP) |
| **M71** | Lipidogram (CHOL, HDL, nie-HDL, LDL, TG) | **I61** | Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity |
| **L69** | Hormon tyreotropowy (TSH) | **V48** | Przeciwciała anty-HCV |
| **A01** | Badanie ogólne moczu (profil) | **M69** | Lipoproteina   Lp(a) |
|  |  | **A17** | Krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (FIT) |

W zakresie rozpoznań należy wskazać poniższe:

**Rozpoznanie:** Z10 Rutynowa ogólna kontrola stanu zdrowia określonych grup ludności

oraz jeśli dokonano - nowe zdiagnozowane rozpoznania

### Czy dokument IPZ może być prowadzony jako lokalny dokument w dedykowanym systemie gabinetowym, czy też musi być przesyłany do P1 jako osobny zasób? W jaki sposób na wizycie podsumowującej powinna być przeprowadzana i zapisywana aktualizacja danych antropometrycznych?

Obecnie udostępniony został szablon papierowego dokumentu IPZ, forma elektroniczna dokumentu zostanie opublikowana i przekazana w późniejszym terminie wraz z rekomendacjami dotyczącymi jego rejestracji.

W zakresie pomiarów antropometrycznych zalecamy przekazanie ich wyników w momencie dokonywania pomiaru.

Co do zasady, wyniki pomiarów powinny być przekazywane raz.

### Czy dane zbierane w ramach programu "Moje Zdrowie" powinny być raportowane wspólnie z danymi z pierwszej wizyty POZ w danym roku kalendarzowym?

Dane zapisywane w ramach Programu Moje Zdrowie stanowią rozłączny element sprawozdawczy względem innych wizyt i zbieranych na nich danych.

### Co w sytuacji, gdy pacjent nie zgłosi się na wizytę podsumowującą? Czy ankieta pozostaje aktywna, a CarePlan nie jest generowany? Kto finansuje wykonane badania laboratoryjne w takiej sytuacji?

W zakładanej sytuacji, podmiot zamyka CarePlan zgodnie z faktycznym stanem realizacji badań w ramach ankiety. Po wypełnieniu przedmiotowej ankiety zostanie ona zamknięta ze statusem „completed” niezależnie od faktu, czy pacjent zgłosił się na wizytę podsumowującą.

### W jaki sposób należy zdefiniować użytkownika pełniącego rolę "profilaktyka"? Czy jest to odrębna specjalizacja, rola w systemie czy kwalifikacja zawodowa?

Rolę „profilaktyk” należy zdefiniować tak jak pozostałe role w zakresie zdarzeń medycznych.

### Czy system gabinetowy może pobrać i ponownie uzupełnić tzw. "pustą" ankietę? Czy możliwe jest anulowanie błędnie pobranej ankiety? Czy placówka może odmówić realizacji ankiety?

W założeniu placówka realizuje wyłącznie pełny zakres danych. Częściowo wypełniona ankieta w statusie „in-progress” nie powinna być przedmiotem realizacji.

### Co w przypadku, gdy pacjent w trakcie realizacji programu zmieni deklarację POZ? Czy nowa placówka może kontynuować program? Czy pacjent może wypełnić nową ankietę?

Nie ma możliwości częściowej realizacji przez dwie placówki jednocześnie. Realizacja ankiety jest możliwa przez drugą placówkę, jeśli ankieta nie jest zablokowana przez pierwszą placówkę.

### Czy w ramach programu "Moje Zdrowie" przewidziana jest integracja z Systemem e-Rejestracji (SER) dla badań realizowanych w ramach SIMP? Czy możliwe jest przekazywanie informacji o konieczności realizacji badań (np. cytologia, mammografia) do SER w celu umożliwienia zapisów na badania bezpośrednio z poziomu systemu gabinetowego w ramach Programu Moje Zdrowie czy wyłącznie za pośrednictwem koordynatora placówki?

Program Moje zdrowie nie jest integrowany z systemem e-rejestracji. Systemy gabinetowe powinny zapewnić możliwość umówienia pacjentki na badanie profilaktyczne (mammografii lub cytologii)

### W jaki sposób liczyć okres karencji kiedy pacjent skorzystał ostatni raz z programu 40 plus

Na potrzeby obliczania okresu karencji został przygotowany i udostępniony raport:

PACPOZ\_P40\_MZ - Udział pacjentów POZ w programach 40PLUS i Moje Zdrowie

Od wskazanej daty w raporcie należy uwzględnić okres 12 miesięcy jako okres karencji.

# Indeksy Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)

## Zakres EDM

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. poz. 941, z późn. zm.), elektroniczną dokumentację medyczną (EDM) stanowią:

1. informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach - w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849);

2. informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.);

3. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

4. wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem (od 25.04.2021);

5. opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4.

Ponadto, ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2020, poz. 702, z późn. zm.), wskazuje, że EDM, to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

## Dostęp do wyników badań wrażliwych

**Pytanie:** Czy na konto pacjenta będą przekazywane wszystkie wyniki do wglądu przez lekarza POZ, nawet badania wykonane komercyjnie lub badania wykonane anonimowo, np. przez poradnię diagnostyki i terapii AIDS?

**Odpowiedź:** W chwili obecnej (W15.3) nie ma żadnych wyjątków i wszystkie badania zaindeksowane jako EDM (także te wykonywane prywatnie) będą dostępne dla lekarza POZ, u którego mamy złożoną deklarację POZ, za pośrednictwem Systemu e-Zdrowie (P1) a także widoczne na koncie IKP pacjenta.

## Brak udostępniania testowego repozytorium XDS.b oraz wytycznych w zakresie budowy repozytorium

**Pytanie:**

Czy zostaną udostępnione symulatory repozytorium XDS.b do wglądu jak powinny zostać zbudowane?

Czy CeZ rekomenduje architekturę rozwiązania oraz stos technologiczny repozytorium budowanego dla/przez Usługodawców?

**Odpowiedź:**  
Obecnie CeZ nie planuje udostępnić rozwiązań czy symulatorów repozytorium XDS.b jako rekomendowanych czy uznanych za prawidłowe. W tej kwestii pozostawiamy dowolność rozwiązań w zgodzie ze standardem. Aktualne podejście jest wynikiem analizy możliwości budowania rozwiązania w oparciu o różne technologie, dlatego przedstawienie jednego rozwiązania mogło by budzić wątpliwości w kontekście innych rozwiązań.

## Logi ATNA

**Pytanie 1:** Jeśli wysłanie logu się nie powiedzie, powinniśmy w takiej sytuacji przerwać całą transakcję?

**Odpowiedź:** Nie przerywamy transakcji pobrania treści dokumentu.

**Pytanie 2:** Jeśli nie przerywamy transakcji, to powinniśmy ponawiać próbę wysłania logu do momentu, aż się operacja powiedzie?

**Odpowiedź:** Tak, log ATNA musi zostać zapisany.

**Pytanie 3:** Czy powinniśmy / możemy trzymać logi na w naszej bazie danych ze statusem, czy operacja się powiodła, czy nie zakładając, że nie przerywamy transakcji?

**Odpowiedź:** Tak

**Pytanie 4:** Czy jest osobna dokumentacja dokumentu xml <AuditMessage>? Nie znaleźliśmy w dokumentacji P1 szczegółów, chodzi oczywiście o kwestie biznesowe - znaczenie wszystkich elementów.

**Odpowiedź:** W DI EDM mamy przykłady, opis biznesowy jest w IHE IT Infrastructure 5 Technical Framework Volume 2a (ITI TF-2a) dla ITI20 i IHE IT Infrastructure 5 Technical Framework Volume 2b (ITI TF-2b) dla ITI-43.

**Pytanie 5:** Gdzie znajdę schemat XML do wygenerowania xml dla logu ATNA?

**Odpowiedź:** schemat można znaleźć w specyfikacji DICOM:   
<http://dicom.nema.org/dicom/2013/output/chtml/part15/sect_A.5.html>Postać tej schemy jest mało przyjazna do czytania/przetwarzania i [tutaj](https://gazelle.ihe.net/XSD/IHE/ATNA/dicom_ihe_current.xsd) można znaleźć jej odpowiednik w postaci pliku XSD.

## Operacje rejestru systemu P1

### ITI-42 Zapis indeksu EDM

#### Indeksowanie dokumentów EDM dla noworodków (brak numeru PESEL)

**Pytanie:** jak powinien wyglądać token dla noworodka (pacjent bez numeru PESEL) oraz co  
powinniśmy w nim uwzględniać (np. numer PESEL matki jako dodatkowy atrybut?)?

**Odpowiedź:**

Identyfikator pacjenta w tokenie SAML nie jest atrybutem wymaganym. Jako wartość podajemy identyfikator pacjenta, który został przekazany w metadanych indeksu jako patientId w formacie zgodnym z definicją dla tokena SAML opisanego w dokumentacji integracyjnej:

* dla noworodka, który nie ma znanego rodzica albo opiekuna prawnego będzie to wartość:  
  "2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.1.17.3#liczba\_porządkowa-2021-NW",
* dla noworodka, który nie posiada numeru PESEL, ale mamy identyfikator (PESEL) jednego z rodziców albo opiekuna prawnego [przykład]: "2.16.840.1.113883.3.4424.1.7.1.616#80060979949-20211004-01".

Zawartość tokena SAML dla atrybutu z identyfikatorem pacjenta to:

<saml2:Attribute Name="urn:oasis:names:tc:xacml:1.0:resource:resource-id" NameFormat="urn:oasis:names:tc:SAML:2.0:attrname-format:uri" xacmlprof:DataType="http://www.w3.org/2001/XMLSchema#anyURI" xmlns:xacmlprof="urn:oasis:names:tc:SAML:2.0:profiles:attribute:XACML"><saml2:AttributeValue xsi:type="xsd:anyURI" xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">2.16.840.1.113883.3.4424.1.7.1.616#80060979949-20211004-01</saml2:AttributeValue></saml2:Attribute>

### ITI-18 Wyszukanie indeksu EDM

#### Brak widoczności zarejestrowanego dokumentu w trybie kontynuacji leczenia

**Problem:** Wykonujemy zapytanie ITI-18 o dokumenty pacjenta, dla którego zarejestrowaliśmy wcześniej dokument tymi samymi danymi placówki i lekarza.

W trybie BTW (request o token SAML) przy wysłaniu zapytania widzimy dokument.

W trybie CONTT (request o token SAML) przy wysłaniu takiego samego zapytania nie dostajemy żadnych wyników.

Rejestracja dokument i próba wyszukania dokumentu są wykonywane przez jednego lekarza, z jednej placówki. Lekarz powinien mieć dostęp do wystawionych przez siebie dokumentów w danej placówce.

Dlaczego P1 w trybie kontynuacji nie zwraca zarejestrowanego dokumentu?

**Odpowiedź:**

Problem polega na tym, że atrybut child-organization z tokenu nie jest brany pod uwagę. Jeżeli zarejestrowaliśmy indeks, gdzie w authorInstitution wskazaliśmy identyfikator NZOZ-PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO^^^&2.16.840.1.113883.3.4424.2.4.02.1&ISO^^000000000001-001, który uwzględnia komórkę czy też jednostkę to podczas wyszukania z tokenem CONTT, atrybut child-organization określający część związaną z jednostką/komórką (child-organization) nie będzie wzięty pod uwagę i jest to nieprawidłowe działanie. Innymi słowy rejestrując indeks musimy podać jako authorInstitution wartość, która będzie się pokrywać z wartością wskazaną w tokenie w atrybucie organization-id.

#### Sortowanie wyników wyszukiwania

**Problem:** wyszukujemy dane po datach i otrzymujemy wyniki, które nie są sortowane, np. najpierw pojawia się dokument z marca później ze stycznia itd. Jak włączyć sortowanie w zapytaniu ITI-18?

**Odpowiedź:**

Usługa ITI-18 nie posiada mechanizmów sortowania i filtrowania danych. Taki mechanizm musi być przygotowany po stronie systemów gabinetowych.

### ITI-57 Aktualizacja indeksu EDM

### ITI-20 Przyjmowanie logów z zewnętrznych repozytoriów XDS.b

## Operacje wspierające

### Generowanie tokenu SAML

#### Walidacja podpisu tokenu SAML

Zgodnie z dokumentacją zawartą na stronie https://www.ietf.org/rfc/rfc2459.txt:

„Serial number

The serial number is an integer assigned by the CA to each

certificate. It MUST be unique for each certificate issued by a

given CA (i.e., the issuer name and serial number identify a unique

certificate). ”

podobną implementacje stosuje biblioteka javy:

https://docs.oracle.com/javase/7/docs/api/javax/xml/crypto/dsig/keyinfo/X509IssuerSerial.html

Nazwa wystawcy i numer seryjny tego właśnie certyfikatu identyfikują unikalny certyfikat, czyli numer seryjny tego certyfikatu a nie certyfikatu wystawcy.  
W implementacji korzystamy z zewnętrznej biblioteki openSaml która też tak właśnie działa.

Jeśli chodzi o działanie, to otrzymując odpowiedź nie potrzeba sprawdzać podpisu asercji. Asercja musi być przekazana w ramach wywołania innych usług i to te usługi muszą sprawdzić jej poprawność (np. ITI-18, ITI-42, ITI-57 - udostępniane przez P1; ITI-43 - udostępniane przez podmioty lecznicze posiadające repozytorium).

#### Które atrybuty tokenu SAML są obowiązkowe?

Atrybuty wymagane w żądaniu wygenerowania **tokenu SAML** to:

* identyfikator podmiotu (urn:oasis:names:tc:xspa:1.0:subject:**organization-id**) - identyfikator OID usługodawcy lub podsystemu P1 (OID root 2.16.840.1.113883.3.4424.12.3 - w przypadku IKP identyfikator OID extension powinien mieć wartość 15 (zgodnie z NEW\_REG.493 Kody podsystemów))
* identyfikator użytkownika (urn:oasis:names:tc:SAML:attribute:**subject-id**)
* tryb dostępu do danych (urn:oasis:names:tc:xacml:2.0:action:**purpose**)
* rola użytkownika (urn:oasis:names:tc:xspa:1.0:subject:functional-**role**)
* rodzaj operacji (urn:oasis:names:tc:xacml:1.0:action:action-id)
* **opcjonalnie** identyfikator pacjenta (urn:oasis:names:tc:xacml:1.0:resource:resource-id)
* **opcjonalnie** identyfikator lokalny podmiotu (urn:p1:organization-local-id)

**opcjonalnie** miejsce udzielania świadczeń (urn:oasis:names:tc:xspa:1.0:subject:child-organization) - wartość identyfikatora to np. dla komórki

organizacyjnej - 2.16.840.1.113883.3.4424.2.3.3#000000001-001.

#### Z których certyfikatów ma korzystać repozytorium XDS.b przy wymianie żądań pomiędzy usługodawcami?

Zgodnie z zapisami dokumentacji integracyjnej obszaru EDM oraz wytycznych dla Usługodawców w kontekście wymiany EDM, każde połączenie pomiędzy podmiotami wymieniającymi dane musi być zabezpieczone z użyciem protokołu TLS i dwustronnego uwierzytelnienia.  
Usługi będą przedstawiały się certyfikatami, które zostały wystawione na domenę w ramach której będą udostępniane. Natomiast klienci tych usług będą posługiwać się certyfikatami wystawionymi przez CC P1 (tymi samymi, których używają do komunikacji z systemem P1).  
Żądanie musi być podpisane certyfikatem wystawionym przez system P1. System podmiotu prowadzący repozytorium sprawdza certyfikat wykorzystany do uwierzytelniania (sprawdza wystawcę, okres ważności).

**Obie strony muszą w odpowiedni sposób skonfigurować zaufanie, które jest wymagane do nawiązania połączenia.**

Szczegóły zostały opisane w dokumencie „Wytyczne dla Usługodawców w kontekście wymiany EDM”:  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/artykul/aktualizacja-wytycznych-dla-uslugodawcow-w-kontekscie-wymiany-edm>

#### Struktura wiadomości Syslog

Szczegółowy opis komunikatu Syslog opisany jest w standardzie:

https://datatracker.ietf.org/doc/html/rfc5424

### Rejestrowanie danych dostępowych do Repozytorium XDS.b

### Pobranie danych dostępowych do Repozytorium XDS.b

## Operacje repozytorium

### ITI-41 Przekazanie i zaindeksowanie EDM

#### Dokumenty w statusie off-line a konieczność podania OID repozytorium?

**Pytanie:** Dlaczego dla dokumentu o statusie off-line należy podać OID repozytorium? W dokumentacji nie jest to obowiązkowe. Czy w takim przypadku trzeba generować sztucznie repozytorium?

**Odpowiedź:** Przyjęte rozwiązanie dla elektronicznej dokumentacji medycznej zakłada przekazanie identyfikatora repozytorium, w którym znajduje się dany dokument. Zakłada się przekazywanie identyfikatora repozytorium dla każdego indeksowanego dokumentu w P1 bez znaczenia w jakim statusie jest dany dokument. Wskazanie prawidłowego repozytorium w przypadku zmiany statusu dostępności dokumentu nie powoduje wymogu rejestracji rzeczywiście istniejącego repozytorium i zmiany statusu. Dane dotyczące dokumentacji medycznej obejmują zakresem adres repozytorium w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna, co zapisane jest w rozporządzeniu dot. szczegółowego zakresu danych przekazywanych do SIM.

CeZ nie uznaje podejścia sztucznie generowanego repozytoriów dla dokumentów off-line jako zgodnego z oczekiwanym procesem biznesowym w tym obszarze. Wskazanie repozytorium jako miejsca przechowywania dokumentów EDM wytworzonych przez Podmiot Leczniczy jest elementem wymaganym opisanym w dokumentacji integracyjnej dla operacji ITI-42. Występująca niespójność w dokumentacji w tym zakresie zostanie poprawiona w najnowszym wydaniu dokumentu integracyjnego. Wymóg wskazania będzie dla każdego dokumentu bez rozgraniczania względem statusu, dodatkowo istnienie repozytorium zostanie walidowane. Na koniec należy podkreślić, że repozytorium może posiadać zarówno dokumenty w jednym i drugim statusie dostępności.

#### Informacja o kustoszu dokumentacji

Kustosz dokumentacji określa informację o systemie Usługodawcy, zawiera OID repozytorium.

Głównym celem atrybutu jest informowanie o miejscu przechowywania dokumentu. W atrybucie dotyczącym kustosza dokumentacji należy wskazać identyfikator repozytorium w którym faktycznie znajduje się Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.

### ITI-43 Pobieranie EDM

#### Czy istnieje limit pobieranych dokumentów?

**Pytanie:** Czy przez CeZ jest sugerowane limitowanie ilości dokumentów możliwych do zwrócenia przez operację ITI-43? Nasze testy wykazały, że miejscem ograniczającym jest tutaj log ATNA.

**Odpowiedź:**

Rejestracja logu ATNA ma parametr, który ogranicza wielkość komunikatu audytu. W chwili obecnej jest to 10KB. Oczywiście można podzielić komunikat i wysyłać go partiami.  
Na środowisku integracyjnym testy z ilością pobieranych dokumentów nie mają sensu (trzy dokumenty), prosimy tego typu testów nie wykonywać.

#### Jakie informacje powinien zawierać komunikat zwrotny dla operacji ITI-43 w kontekście udostępnienia dokumentu EDM?

Prawidłowy zakres komunikatu (*RetrieveDocumentSetResponse*) musi zawierać elementy wymagane. W ramach przygotowania komunikatu odpowiedzi dla transakcji ITI-43 wymagane jest przekazanie wszystkich elementów zdefiniowanych przez standard:

* + - 1. RegistryResponse zawierający informację o statusie,
      2. DocumentResponse, w skład którego wchodzą:
         1. RepositoryUniqueId – element identyfikujący repozytorium, z którego ma zostać pobrany dokument,
         2. DocumentUniqueId – element identyfikujący dokument w repozytorium,
         3. Document – element wskazujący udostępniany dokument,
         4. mimeType – element wskazujący MIME typ udostępnianego dokumentu.

Stosowanie się do zasad i wymagań standardu pozwoli zapewnić prawidłową obsługę dokumentów przez wszystkich odbiorców.

Więcej informacji technicznych, dotyczących operacji ITI-43 w zakresie obsługi uczestników, znajduje się na stronie IHE [IT Infrastructure (ITI) Technical Framework Volume 2](https://profiles.ihe.net/ITI/TF/Volume2/ITI-43.html).

### Usługa SOZ umożliwiająca potwierdzenie uprawnień na udostępnienie dokumentacji medycznej

## Pozostałe tematy

### Szablon PIK: Dane hospitalizacji – root 2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.0.98

Zgodnie z informacją zawartą w PIK w najnowszej wersji, wskazany OID z założenia odnosi się do identyfikatora zdarzenia medycznego, który jest wskazywany w elemencie Encounter.identifier tj. OID 2.16.840.1.113883.3.4424.2.7.{x}.15.1 i dotyczy odpowiedniego typu zdarzenia medycznego podawanego w elemencie Encounter.class.   
Prezentowany OID w przykładzie szablonu będzie podlegać modyfikacji.

### Escapowanie cudzysłowów w transakcjach ITI

**Problem:** Problemem jest podanie cudzysłowu w nazwie dokumentu Scynt. całego ukł.kostnego (met.\"whole body\") z zast.fosfonianów.

Jak widać, cudzysłowy zostały zescapowane przez \ jednak pomimo tego platforma odrzuciła indeks dokumentu z informacją o wykryciu próby cross site scripting. Chciałbym zapytać, jak należy escapować cudzysłowy w transakcjach wysyłanych do P1?  
  
**Odpowiedź:** Rozwiązaniem chwilowym byłoby przekazanie przez oprogramowanie wartości bez cudzysłowu (W15.3).

Rozwiązanie docelowe po stronie P1 jest już zaadresowane i czeka na implementację - przygotowanie walidatora w taki sposób by zezwalał na przekazywanie wyłącznie escapowanych znaków: ' oraz ""

### Diagnostyka laboratoryjna – braki pożądanych procedur w kodach słownika ICD-9

**Problem:** Szablony PIK posługują się ICD-9. Nie wszystkie badania mają kod w słowniku ICD-9.

**Odpowiedź:** Słownik ICD-9 wykorzystywany w Systemie P1 jest tym samym słownikiem, którym posługuje się płatnik NFZ. Jeśli brakuje konkretnych badań problem ten należy zgłaszać do Ministerstwa Zdrowia, które pracuje nad słownikiem ICD-11. Jeśli słownik ICD-9 zostanie uzupełniony na poziomie krajowym, to wszystkie kody zostaną również zaimplementowane po stronie P1.

### Czy planowane jest rozszerzenie nadawania zgód na dostęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej dla organizacji, np. w sytuacji przygotowywania opisów badań diagnostycznych?

Pacjent w ramach preautoryzacji może nadać dostęp do danych konkretnemu pracownikowi medycznemu lub placówce medycznej. W ramach autoryzacji o dostęp do danych może wystąpić konkretny pracownik medyczny. Ponieważ przy autoryzacji SMS jest ograniczona możliwość wskazania dokładanej informacji do jakiego zakresu nadawany jest dostęp, w związku z tym na ten moment nie jest planowane rozszerzenie obecnego mechanizmu nadawania zgód.

### Pytanie o wiele rejestracji repozytorium EDM w P1 - przez jeden podmiot leczniczy

**Pytanie:** Czy pomiot leczniczy może posiadać więcej niż jedno repozytorium EDM, tzn. jedno np. na potrzeby przychodni, inne na potrzeby pozostałych udzielanych świadczeń? Czy rejestracja dwóch lub więcej repozytoriów - przez jeden podmiot - na platformie P1 jest dozwolona?

**Odpowiedź:** Nie ma precyzyjnego ograniczenia na ilość zarejestrowanych repozytoriów dokumentów EDM w systemie P1 przez jeden podmiot leczniczy.

## Reguły weryfikacyjne

### REG.3366 Żądanie SAML - zbiór wartości dla roli użytkownika

Atrybut przyjmuje jedną z wartości określonych w AUTSlownikRolUzytkownikaEnum (Role w jakich występuje użytkownik żądający tokenu)

wyjaśnienie: zgodnie z http://docs.oasis-open.org/xspa/saml-xspa/v2.0/csprd02/saml-xspa-v2.0-csprd02.html wartości muszą pochodzić ze 'standardowe' (ustalonego) słownika.

### REG.3369 Żądanie SAML - zbiór wartości dla identyfikatora podmiotu

Identyfikator podmiotu ma postać "<OID>#<wartość>"

gdzie

OID - poprawny OID, wskazujący na rodzaj identyfikatora (lista poniżej)

wartość - dowolny ciąg znaków będący wartością identyfikatora

OID to podzbiór Usługodawców ograniczony do:

2.16.840.1.113883.3.4424.2.4.dd, gdzie dd = <50 - 75> praktyka zawodowa lekarska

2.16.840.1.113883.3.4424.2.5.dd. gdzie dd = <1 - 45> praktyka zawodowa pielęgniarska

2.16.840.1.113883.3.4424.2.3.1 podmioty wykonujące działalność leczniczą

lub

2.16.840.1.113883.3.4424.12.3 podsystem P1

w przypadku IKP identyfikator OID extension powinien mieć wartość 15 (zgodnie z NEW\_REG.493 Kody podsystemów)

### REG.3370 Żądanie SAML - zbiór wartości dla identyfikatora użytkownika

Identyfikator użytkownika ma postać "<OID>#<wartość>"

Gdzie:

* OID - poprawny OID, wskazujący na rodzaj identyfikatora
* wartość - dowolny ciąg znaków będący wartością identyfikatora

### REG.3371 Żądanie SAML - zbiór wartości dla trybu dostępu

Tryby dostępu do danych.

Określone są w słowniku - https://www.hl7.org/fhir/v3/PurposeOfUse/vs.html

Dopuszczamy użycie specjalnej wartości - CONTT.

Ograniczamy weryfikację do minimum - dopuszczamy dowolny ciąg znaków i tylko w specjalny sposób będziemy w obsługiwać BTG i CONTT.

## Błędy

### ITI-18: InvalidSecurity - Signature creation failed (Signature Verification failed for the SAML token

**Problem:** Pomimo otrzymania tokenu SAML z dostępem (“Permit”), na wyszukaniu leci bład:  
*<faultcode>wsse:InvalidSecurity</faultcode><faultstring>Signature creation failed (Signature Verification failed for the SAML token)</faultstring>*

**Odpowiedź:** W dołączonych przez integratorów żądanaich z tym błędem widać, że najczęściej token po odebraniu został sformatowany.  
Formatowanie tokena jest ingerencją w jego dane i narusza strukturę jego podpisu, co skutkuje wskazanym błędem.  
Token musi zostać przekazany do żądania ITI-18 w niezmienionej postaci.

Przykład takiego wywołania można znaleźć w testach dla integratorów, które są wystawione na stronie śr. INT.

### ITI-18: Błąd przekroczenia czasu oczekiwania (timeout)

**Problem:** W Wyniku wywołania wyszukiwania dokumentów pacjenta (GetAll) w operacji ITI-18 lla przykładowego pacjenta otrzymuję:  
XDSRegistryError - major: Blad, minor: Timeout, message: Błąd przekroczenia czasu oczekiwania (timeout). [Error]

Jakich dodatkowych parametrów wyszukiwania użyć (poza PESEL), aby pobrać dane z indeksu?

**Odpowiedź:**

Parametry wyszukania dla GetAll to:

* identyfikator pacjenta
* status indeksu (document entry)
* status wysyłki (submission set)
* status folderu (folder).

### ITI-41: Internal server error

Częstą przyczyną błędu podczas próby zapisu jest brak walidowania się żądania ze schemą (np. niewłaściwa kolejność wystąpienia węzłów).

### ITI-42: rule: REG.WER.6860, Wskazany w indeksie identyfikator zdarzenia medycznego nie występuje w ZM

Najczęstszym błędem jest przekazywanie w operacji zapisu indeksu identyfikatora pacjenta, który to identyfikator różni się od tego zapisanego w ZM (na który się powołujemy przy indeksowaniu).

### ITI-43: “Deny” przy próbie pobrania dokumentu.

**Problem:** Zarejestrowaliśmy dokument poprzez operacje ITI-42, w odpowiedzi otrzymaliśmy: Success.

Następnie chcąc pobrać ten dokument z repozytorium wysyłamy zapytanie do usługi SOZ w celu weryfikacji dostępu do dokumentu. I tutaj pojawia się problem, ponieważ nie ważne w jakim trybie wyślemy zapytanie (BTG, CONTT) za każdym razem SOZ zwraca nam "Deny"  
w związku z czym repozytorium nie przekazuje dokumentów.

Co może być przyczyną takiej sytuacji? Zakładam, że w trybie BTG zawsze powinniśmy mieć zgodę na dostęp do dokument, czy jest inaczej?

**Odpowiedź:**

W tym przypadku indeks został zarejestrowany w trybie poufności V (very restricted).   
**Przy użyciu tokenu BTG jest dostęp jedynie do indeksów zapisanych w trybie poufności N (normal).**

### ITI-43: No permission to read the document OID^numer

Wskazany komunikat świadczy o tym, że użytkownik nie ma uprawnień do odczytu tego konkretnego dokumentu.

Aby móc odczytać dokument trzeba być jego autorem lub posiadać zgodę na jego odczyt lub użyć trybu kontynuacji leczenia jeżeli jesteśmy z tego samego podmiotu lub użyć trybu ratowania życia.

Przy użyciu operacji ITI-18 oraz trybu ratowania życia (BTG) można sprawdzić na jakie dane został zapisany wskazany indeks.

### ITI-57: Użycie SOAP 1.2

**Pytanie:** Dlaczego serwis ObslugaEdmIti57WS używa SOAP 1.2.? Wszystkie inne serwisy mają SOAP 1.1

**Odpowiedź:** Jest to poprawna sytuacja. Wersja SOAP jest określona w specyfikacjach profili IHE XDS.b. Materiały do zapoznania się:

* rozdział 3.57.5 specyfikacji IHE\_ITI\_Suppl\_XDS\_Metadata\_Update
* rozdział 3.42.4.1.2 specyfikacji IEH\_ITI\_TF\_vol2

### ITI-57: Błąd detekcji operacji aktualizacji metadanych

Podczas wysyłania komunikatu aktualizacji danych EDM otrzymujemy następującą odpowiedź:

…  
 <ns3:RegistryErrorList>  
 <ns3:RegistryError codeContext="Błąd detekcji operacji aktualizacji metadanych"  
 errorCode="XDSMetadataUpdateError"  
 severity="urn:oasis:names:tc:ebxml-regrep:ErrorSeverityType:Error"/>  
 </ns3:RegistryErrorList>  
...

Czy mogę prosić o szersze wytłumaczenie co właściwie oznacza ten komunikat i z czego wynika?

**Lista atrybutów weryfikowanych podczas detekcji operacji aktualizacji metadanych:**

1. **Zmiana metadanych indeksu**

Rejestr Dokumentów powinien zastosować poniższe reguły w celu wykrycia operacji aktualizacji metadanych dokumentu (DocumentEntry) w wysyłce:

• Wysyłka zawiera obiekt DocumentEntry:

1. Atrybut logicalID jest obecny w DocumentEntry i ma zaformatowaną wartość UUID.

2. Asocjacja SS->DE HasMember ma Slot o nazwie PreviousVersion. Ten Slot ma pojedynczą wartość, numer poprzedniej, zastępowanej wersji.

1. **Anulowanie indeksu**

Żądanie zmiany statusu przesyłane jest w komunikacie zawierającym:

• informację o wysyłce XDSSubmissionSet

• asocjację typu UpdateAvailabilityStatus.

Rejestr Dokumentów powinien zastosować poniższe reguły w celu wykrycia operacji anulowania indeksu dokumentu (DocumentEntry) w informacji o wysyłce:

• Informacja o wysyłce zawiera asocjację UpdateAvailabilityStatus:

1. Atrybut sourceObject asocjacji poprzez identyfikator id wskazuje element informacji o bieżącej wysyłce XDSSubmissionSet.

2. Atrybut targetObject asocjacji jest w formacie UUID (poprzez ten identyfikator wskaże obiekt w rejestrze, którego status ma zostać zmodyfikowany).

3. Asocjacja UpdateAvailabilityStatus zawiera Slot o nazwie OriginalStatus (status modyfikowany), zawierający wartość statusu obiektu aktualnie obowiązującą w rejestrze. Atrybut ten umożliwia wykluczenie tzw. wyścigu przy próbie zmiany statusu obiektu przez dwa źródła jednocześnie. W P1 przyjmuje się, że funkcjonalność operacji modyfikacji statusu dostępności służy wyłącznie anulowaniu. W takiej sytuacji atrybut przyjmuje wartość urn:oasis:names:tc:ebxml-regrep:StatusType:Approved.

4. Asocjacja UpdateAvailabilityStatus zawiera Slot o nazwie NewStatus (status docelowy), zawierający wartość docelową statusu. W P1 przyjmuje się, że funkcjonalność operacji modyfikacji statusu dostępności służy wyłącznie anulowaniu. W takiej sytuacji atrybut przyjmuje wartość urn:oasis:names:tc:ebxml-regrep:StatusType:Deprecated.

### IKP – brak wyświetlania się dokumentu EDM

**Problem:** W IKP, po kliknięciu na link do wyświetlenia dokumentu EDM, nic się nie dzieje lub wyświetla się błąd i dalej nic się nie dzieje.

**Odpowiedź:** W takim przypadku, jednym ze zdiagnozowanych problemów jest użycie w formatowaniu pliku EDM przez dostawcę oprogramowania, sygnatury UTF-8 (BOM).   
Formatowanie dla kodowania UTF-8 należy przeprowadzić zgodnie z:   
<https://www.w3.org/International/questions/qa-utf8-bom.pl.html>  
Drugim najczęstszym problemem jest brak wskazania rozszerzenia mimeType w odpowiedzi ITI-43 która przychodzi z repozytorium do IKP.  
Zgodnie z komunikatem: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/artykul/komunikat-zwrotny-dla-transakcji-iti-43-w-kontekscie-udostepniania-dokumentow-edm> atrybut mimeType jest wymagany w ramach odpowiedzi ITI-43 (atrybut wymagany w ramach standardu).