

Odbiór systemu przed podpisaniem protokołu

Pierwszej nocy po uruchomieniu systemu pielęgniarka nie pyta o protokół odbioru. Pyta, gdzie jest wynik z laboratorium. Ta lista sprawdza przed podpisem ścieżkę pacjenta od izby przyjęć do rozliczenia z NFZ, dane po migracji, dostęp do dokumentacji i odtworzenie po awarii.

Przed kryteria i klasy błędów spisane przed testami	Kto testują użytkownicy, dostawca asystuje	Na czym środowisko testowe skonfigurowane jak produkcja	Podpis tylko przy zerze błędów blokujących
--	---	---	---

Zaznacz punkt tylko wtedy, gdy macie dowód. „Dostawca pokazał na prezentacji” liczy się jako brak. Punkt, który was nie dotyczy, liczcie jako spełniony. Podstawy prawne są w nawiasach, akty na końcu.

ZASADY

Przed testami i kto testuje

- ☐ Kryteria odbioru wynikają z umowy i opisu przedmiotu zamówienia, a plan testów zatwierdził szpital, zanim testy się zaczęły.
Dowód: zatwierdzony plan testów. Typowy błąd: plan pisze dostawca po wdrożeniu, pod to, co już działa.
- ☐ Środowisko testowe ma tę samą wersję, słowniki, role i integracje co przyszła produkcja, a obie strony podpisały klasy błędów z tabeli poniżej.
Dowód: numer wersji i lista integracji w protokole; podpisana klasyfikacja błędów.
- ☐ Każdy scenariusz przeszła osoba, która na co dzień wykonuje tę czynność, na własnym koncie z docelową rolą, a nie na koncie administratora.
Dowód: protokół scenariusza podpisany przez testującego i lista kont testowych z rolami.
- ☐ Każde zgłoszenie ma numer, klasę i termin, a poprawkę sprawdził ponownie zgłaszający.
Dowód: rejestr zgłoszeń z datą ponownego testu.

KLASY BŁĘDÓW: USTALCIE JE PRZED TESTAMI

- | | |
|------------------|--|
| Blokujący | Zagraża pacjentowi (wynik u innego pacjenta, zlecenie ginie), zmienia lub gubi dane, blokuje wysyłkę do P1 albo rozliczenie, daje dostęp bez uprawnień, kopia się nie odtwarza. Wstrzymuje odbiór. |
| Poważny | Działa obejście, które personel może stosować przez uzgodniony czas. Do protokołu: termin naprawy i osoba odpowiedzialna. |
| Uwaga | Wygląd, wygoda, brak pomocniczego zestawienia. Lista do kolejnej wersji. |

Skala ma znaczenie. Przychodnia ma krótszą ścieżkę (rejestracja, wizyta, e-recepta, e-skierowanie, rozliczenie), ale te same obowiązki wobec P1. Szpital powiatowy przechodzi całą ścieżkę na co najmniej jednym oddziale zabiegowym i jednym zachowawczym. Szpital specjalistyczny dokłada diagnostykę obrazową, patomorfologię i aptekę, a test obciążenia obejmuje wszystkie oddziały naraz. Sieć placówek odbiera słowniki i role raz, a scenariusze w każdej lokalizacji osobno. Czy osoba, która podpisuje protokół, sama przeszła choć jeden scenariusz?

SCENARIUSZE

Cała ścieżka pacjenta

- ☐ Izba przyjęć: przyjęcie planowe, nagłe i pacjent „NN” o nieustalonej tożsamości (§ 6 ust. 3 rozporządzenia o dokumentacji), potem połączenie dokumentacji z ustalonymi danymi.
Dowód: protokół z numerami pobyków. Typowy błąd: po połączeniu część dokumentów zostaje przy NN.
- ☐ Zlecenie i wynik: lekarz zleca badanie, pielęgniarka pobiera materiał z etykietą, laboratorium przyjmuje zlecenie bez przepisywania, a wynik z opisem wraca na oddział jako podpisana EDM (§ 1 pkt 4 rozporządzenia o rodzajach EDM).
Dowód: jedno zlecenie przesłane od oddziału do laboratorium i z powrotem, z autorem i czasem.
- ☐ Wypis: karta informacyjna ma podpis dopuszczony w § 4 ust. 3 rozporządzenia o dokumentacji i jest udostępniana przez P1 według standardów ministra zdrowia (art. 11 ust. 1b i 2 ustawy o SIOZ). E-recepta i e-skierowanie trafiają do P1 w czasie rzeczywistym, wynik histopatologiczny niezwłocznie (art. 11 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o SIOZ).
Dowód: statusy i odpowiedzi z P1 w środowisku integracyjnym Centrum e-Zdrowia, na pacjentach testowych.
- ☐ Gdy P1 nie działa, dane czekają w kolejce i wysyłają się po przywróceniu. Ustawa daje najwyżej 3 dni od usunięcia awarii, bez dni wolnych od pracy (art. 11 ust. 5a i 5b ustawy o SIOZ).
Dowód: test z przerwaniem połączeniem i opróżnieniem kolejki.
- ☐ Rozliczenie: z testowych pobyków system tworzy kompletne dane zdarzeń medycznych dla P1 i dane do rozliczenia z NFZ, bez ręcznego dopisywania. NFZ dostaje z P1 do rozliczeń dane zdarzeń o świadczeniach ze środków publicznych (art. 11 ust. 3 i 4 ustawy o SIOZ).
Dowód: zestawienie rozliczeniowe zgodne z dokumentacją. Typowy błąd: rozliczenia sprawdzane po miesiącu pracy.

MIGRACJA

Dane po przeniesieniu ze starego systemu

- ☐ Liczby pacjentów, pobyków, dokumentów i wyników się zgadzają. Próbką wybrana przez szpital (różne oddziały, najdłuższe pobyty) otwiera się, drukuje i ma autora oraz czas pierwotnego wpisu (§ 1 ust. 6 pkt 3, 4 i 7 rozporządzenia o dokumentacji).
Dowód: zestawienie liczników przed migracją i po niej, porównanie próbki dokument po dokumentcie.
- ☐ Przy teście migracji na prawdziwych danych środowisko testowe ma zabezpieczenia jak produkcja, dostęp tylko osoby upoważnione, a umowa powierzenia mówi, kiedy dostawca usuwa kopie (art. 5 ust. 1 lit. e i f, art. 28 ust. 3 lit. g i art. 32 RODO, art. 24 ust. 2 i 6 ustawy o prawach pacjenta).
Dowód: lista osób z dostępem i potwierdzenie usunięcia kopii.
- ☐ Z nowego systemu da się wyeksportować całość danych w standardach i formatach pozwalających odtworzyć je w innym systemie (§ 1 ust. 6 pkt 8 rozporządzenia o dokumentacji).
Dowód: próbny eksport i opis formatu. Typowy błąd: eksport sprawdzany dopiero przy zmianie dostawcy.

DOSTĘP

Uprawnienia i dziennik dostępu

- ☐ Rola widzi tylko potrzebne dane, nowe konto startuje bez uprawnień (art. 25 ust. 2 RODO, art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, § 1 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia o dokumentacji).
Dowód: macierz ról zatwierdzona przez kierownika podmiotu, uzgodniona z inspektorem ochrony danych.

- ☐ System zapisuje, kto i kiedy dokonał wpisu lub zmiany i czego ona dotyczyła (§ 1 ust. 6 pkt 3 i 4 rozporządzenia o dokumentacji); brak zapisu przeglądania trafia do protokołu.

Dowód: wyciąg z dziennika dla testowego pacjenta.

- ☐ Konta dostawcy są indywidualne, z drugim składnikiem logowania, a dostęp serwisowy jest rejestrowany i ograniczony czasowo (zalecenia CSIRT CeZ przekazane dostawcom 16.09.2026).

Dowód: lista kont serwisowych i konfiguracja logowania wieloskładnikowego.

CIĄGŁOŚĆ

Kopie, odtworzenie i wydajność

- ☐ Przed podpisem odtworzyliście system z kopii na osobnym serwerze, odcięty od produkcji i P1, z pomiarem czasu (art. 32 ust. 1 lit. c i d RODO, § 1 ust. 5 pkt 5 rozporządzenia o dokumentacji). Kopii nie da się skasować ani zaszyfrować z sieci szpitala; oddziały mają procedurę pracy bez systemu.

Dowód: protokół odtworzenia z czasem i próbką dokumentów, opis przechowywania kopii, procedura awaryjna.

- ☐ Test obciążenia odtwarza najcięższą godzinę (poranne zlecenia, spływ wyników, wypisy) przy liczbie użytkowników jak w szczycie, z pomiarem na komputerach oddziałowych.

Dowód: raport z czasami odpowiedzi dla operacji wskazanych w umowie.

- ☐ Plan uruchomienia wskazuje dzień przełączenia, dyżur dostawcy na miejscu i kanał zgłoszeń z czasami reakcji z umowy. Stary system zostaje do odczytu, dopóki nie sprawdzicie danych.

Dowód: plan uruchomienia uzgodniony przez obie strony i próbne zgłoszenie przez kanał serwisowy.

WIEDZA

Dokumentacja i szkolenia

- ☐ Jest dokumentacja użytkownika, administratora i integracji dla odbieranej wersji, szkolenia przeszły wszystkie role, a wiadomo, kto odnawia certyfikaty do P1 (dziś ważne 2 lata).

Dowód: lista dokumentów z numerem wersji, listy obecności według ról, data ważności certyfikatów.

- ☐ Funkcje AI: szpital wspiera kompetencje personelu, który z nich korzysta (art. 4 AI Act). Moduł, który producent przeznaczył do celów medycznych, ma deklarację zgodności UE (art. 2 pkt 1 i art. 19 MDR).

Dowód: materiał szkolenia; deklaracja zgodności albo pismo producenta, że moduł nie jest wyrobem.

WYNIK: POLICZ PUNKTY ZAZNACZONE Z DOWODEM (NA 20)

20 Podpisujcie, a przez pierwszy miesiąc przeglądajcie zgłoszenia codziennie.

16 do 19 Odbiór z uwagami, jeśli braki nie dotyczą ścieżki pacjenta, migracji ani kopii.

0 do 15 Wstrzymajcie podpis. Zaczniście od ścieżki pacjenta i testu odtworzenia.

Akty prawne. Ustawa z 28.04.2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208 ze zm.). Ustawa z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.). Rozporządzenie MZ z 6.04.2020 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.). Rozporządzenie MZ z 8.05.2018 w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 1059). RODO (UE) 2016/679. AI Act (UE) 2024/1689 zmienione rozporządzeniem (UE) 2026/1744. MDR (UE) 2017/745. Zalecenia CSIRT CeZ i certyfikaty P1: ezdrowie.gov.pl.

Kwestia Skali, blog Arkadiusza Łobodźca o IT w ochronie zdrowia. Lista ma charakter pomocniczy i nie zastępuje analizy prawnej ani zapisów umowy. Stan prawny na 28.09.2026. Wydawca: OneCare sp. z o.o., ul. Pokrzywy 4, 05-850 Kręcki, NIP 1182322364, KRS 0001221324. Pytania: arkadiusz.lobodziec@kwestiaskali.pl. Wersja 1.2.