

Praca szpitala bez systemu przez 72 godziny

Piątek po południu, system szpitalny przestaje odpowiadać. W izbie przyjęć czekają pacjenci, analizatory mają gotowe wyniki, apteka nie widzi zamówień z oddziałów. Ta procedura mówi, kto decyduje, na czym się pisze i jak po powrocie systemu nie zgubić żadnego zlecenia, wyniku ani podanego leku. Na ostatniej stronie są formularze dla izby przyjęć, apteki szpitalnej i laboratorium.

Godzina 0 decyzja o pracy na papierze, ogłoszenie na oddziałach	Do 24 h wczesne ostrzeżenie do CSIRT sektorowego przy incydencie poważnym (KSC)	Do 72 h zgłoszenie incydentu (KSC), decyzja o zgłoszeniu do UODO (RODO)	Po powrocie uzgodnienie list, digitalizacja, dane do SIM, raport
--	---	---	--

Zakładamy najgorszy przypadek: nie działa system szpitalny, laboratoryjny ani apteczny, poczta i część telefonów, a przyczyną może być atak. Przy krótszej awarii stosujecie te same kroki w mniejszym zakresie. Paragrafy bez nazwy aktu odnoszą się do rozporządzenia Ministra Zdrowia o dokumentacji medycznej; pełne nazwy aktów są na ostatniej stronie. Obowiązki z ustawy o KSC dotyczą podmiotów kluczowych i ważnych; podmiot, który spełniał przesłanki w dniu wejścia w życie nowelizacji, ma na nie czas do 3.04.2027 (art. 33 ust. 1 ustawy z 23.01.2026, Dz.U. 2026 poz. 252). Byli operatorzy usług kluczowych przechodzą na nowe zasady zgłaszania w ciągu 6 miesięcy od wejścia nowelizacji w życie (art. 33 ust. 4). RODO stosuje się już dziś.

PRZED AWARIĄ

Co musi leżeć w szufladzie

- ☐ **Procedura pracy bez systemu jest zatwierdzona przez kierownika podmiotu i wskazuje role z zastępstwami na każdą zmianę, także w nocy i w święta.**
Podstawa: art. 8 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o KSC (plany ciągłości działania i plany awaryjne), dla podmiotu ważnego będącego podmiotem publicznym załącznik nr 4 cz. I pkt 12 tej ustawy; § 1 ust. 5 pkt 2. Dowód: procedura z datą zatwierdzenia i grafikiem ról.
- ☐ **Izba przyjęć lub SOR, apteka, laboratorium, pracownia diagnostyki obrazowej i każdy oddział mają zestaw awaryjny: wydrukowane formularze na co najmniej 72 godziny typowego ruchu, druki recept, etykiety, pieczątki imienne, długopisy.**
Dowód: spis zestawu z datą kontroli; ilość policzona z typowej doby.
- ☐ **Istnieje pula numerów awaryjnych: zarezerwowane numery w księdze głównej przyjęć i numery próbek, których system nie nada nikomu innemu.**
Dowód: zakres numerów zapisany w procedurze i zablokowany w systemie.
- ☐ **System w ustalonym rytmie zapisuje listę pacjentów na oddziałach (rozpoznanie, alergie, aktualne leki i zlecenia) na komputer awaryjny z lokalną drukarką, który przy ataku da się odciąć od sieci.**
Dowód: ostatni raport w miejscu zabezpieczonym przed osobami nieupoważnionymi (§ 1 ust. 7).
- ☐ **Lista kontaktów jest na papierze: telefony stacjonarne i komórkowe osób w rolach, dostawca systemu, właściwy CSIRT, inspektor ochrony danych, dyspozytornia medyczna, lekarz koordynator ratownictwa medycznego, najbliższe szpitale.**
Dowód: wydruk z datą w każdym zestawie awaryjnym.
- ☐ **Sprawdziliście, czy lekarze wystawiają e-receptę bez systemu szpitalnego, np. w aplikacji gabinet.gov.pl. Awaria systemu szpitalnego to nie brak dostępu do P1, a receptę papierową dopuszcza dopiero brak dostępu do P1 albo inny przypadek z art. 95b ust. 2.**
Podstawa: art. 95b ust. 2 Prawa farmaceutycznego. Dowód: próbne wystawienie z datą i nazwiskiem lekarza.
- ☐ **Procedura apteki szpitalnej opisuje wydawanie leków na papierowe zapotrzebowanie oddziału.**
Podstawa: art. 86 ust. 4 pkt 2 Prawa farmaceutycznego (procedury wydawania w aptece szpitalnej). Dowód: procedura z częścią o trybie awaryjnym.
- ☐ **W ostatnim roku przećwiczyliście przestój: co najmniej jedną zmianę na papierze w izbie przyjęć albo ćwiczenie przy stole z dyrekcją, IT, pielęgniarką naczelną, laboratorium, apteką i dostawcą systemu.**
Dowód: notatka z ćwiczenia z listą luk i terminami poprawek.

WYNIK: POLICZ PUNKTY ZAZNACZONE Z DOWODEM (NA 8)

7 do 8	Szpital przetrwa trzy doby na papierze. Powtarzajcie ćwiczenie raz w roku i po każdej zmianie systemu.
4 do 6	Pierwsza zmiana sobie poradzi, druga zacznie gubić zlecenia. Zaczniście od zestawów awaryjnych i puli numerów.
0 do 3	Przestój skończy się improwizacją. Wydrukujcie formularze z tego materiału jeszcze w tym tygodniu, procedurę piszcie potem.

Skala ma znaczenie. W szpitalu powiatowym kierownikiem akcji w nocy jest lekarz dyżurny, a IT to często jedna osoba pod telefonem; zestaw awaryjny i ćwiczenie dają tu więcej niż rozbudowana procedura. Szpital wojewódzki lub kliniczny z SOR, blokiem i kilkoma pracownikami potrzebuje stałego miejsca dowodzenia, gońców na ustalonych trasach i osobnych formularzy dla bloku i intensywnej terapii, których ten materiał nie obejmuje. Przychodnia nie ma izby przyjęć: liczy się dla niej wystawianie e-recept, np. przez gabinet.gov.pl, i terminarz na papierze. Sieć placówek przygotowuje zestaw, formularze i pulę numerów raz dla wszystkich lokalizacji. Więcej: kwestiaszpitali.pl.

ROLE

Kto decyduje i kto co robi

A Kierownik akcji: dyrektor ds. medycznych, poza godzinami lekarz kierujący dyżurem do czasu przejęcia.

Ogłasza i odwołuje pracę na papierze, decyduje o ograniczeniu przyjęć planowych i zabiegów, prowadzi odprawę przy każdej zmianie dyżuru.

B Koordynator techniczny: kierownik IT, w nocy administrator pod telefonem.

Ustala przyczynę i przewidywany czas przestoju, odcina zagrożone części sieci, prowadzi kontakt z dostawcą, raportuje w ustalonym rytmie.

C Koordynator pielęgniarski: pielęgniarka naczelna, w nocy oddziałowa dyżurna.

Rozdaje zestawy i listy pacjentów, pilnuje ciągłości podawania leków, organizuje gońców między oddziałami, apteką i laboratorium.

D Zgłoszenia: osoba wskazana w procedurze incydentu i inspektor ochrony danych.

Oceniają, czy to incydent poważny i czy doszło do naruszenia ochrony danych; przygotowują zgłoszenia, zapisują decyzje z uzasadnieniem.

E Komunikacja: rzecznik lub sekretariat dyrekcji.

Jedno źródło komunikatów dla personelu, pacjentów, podmiotu tworzącego i mediów; treść uzgadnia z kierownikiem akcji.

F Kierownicy izby przyjęć lub SOR, apteki i laboratorium.

Uruchamiają formularze i pulę numerów, prowadzą wykazy papierowe, co zmianę meldują braki.

Łańcuch decyzji. Pracę na papierze ogłasza kierownik akcji obecny na zmianie, bez czekania na dyrekcję; próg zapiszcie w procedurze, np. brak systemu dłużej niż 30 minut albo od razu przy podejrzeniu ataku. Odwołuje ją, gdy koordynator techniczny potwierdzi, że system działa, a dane są kompletne. Po ataku system wraca, gdy wiecie, kogoś wszedł napastnik, i macie czystą kopię. Incydent zgłasza szpital, nie dostawca (art. 11 ust. 1 ustawy o KSC).

GODZINA 0 DO 72

Co robicie i kiedy

01 Godzina 0: ogłoszenie przez telefon stacjonarny i gońców, zapis godziny rozpoczęcia pracy na papierze.

Komputerów nie wyłączajcie ani nie formatujcie bez decyzji IT: przy ataku zawierają ślady.

02 Do 1 godziny: zestawy i ostatnia lista pacjentów na oddziałach; izba przyjęć, apteka i laboratorium przechodzą na formularze.

Wyniki krytyczne laboratorium przekazuje telefonicznie; odbierający zapisuje wynik i odczytuje go z powrotem.

03 Do 24 godzin od wykrycia: przy incydencie poważnym wczesne ostrzeżenie do właściwego CSIRT sektorowego.

Podstawa: art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy o KSC. Równoległe decyzja o przyjęciach planowych.

04 Do 72 godzin od wykrycia: zgłoszenie incydentu poważnego (art. 11 ust. 1 pkt 4a ustawy o KSC) i decyzja o zgłoszeniu naruszenia ochrony danych do Prezesa UODO.

Utrata danych lub dostępu do nich może być naruszeniem ochrony danych (art. 4 pkt 12 RODO): zgłoszenie bez zbędnej zwłoki, w miarę możliwości do 72 godzin od stwierdzenia, chyba że ryzyko jest mało prawdopodobne (art. 33 ust. 1). Przy wysokim ryzyku zawiadamia się pacjentów (art. 34).

05 Przy każdej zmianie dyżuru: raport na papierze, uzupełniona lista pacjentów, spis dokumentów papierowych, zapas formularzy, plan przywracania systemów uzgodniony z IT i dostawcą.

Komunikacja wewnątrz. Pierwszeństwo mają telefon stacjonarny, radiotelefon i goniec. Przy ataku poczta i komunikatory w sieci szpitala mogą być pod kontrolą atakującego: nie przekazujcie nimi hasła ani planu działania.

Dane pacjentów. Tajemnica obowiązuje także w trybie awaryjnym (art. 13 i 14 ustawy o prawach pacjenta). Informacje przekazujecie innym osobom wykonującym zawód medyczny, które uczestniczą w leczeniu, w niezbędnym zakresie (art. 14 ust. 2 pkt 4 i ust. 2b). Zdjęcia kart i wyników nie trafiają do prywatnych komunikatorów.

Komunikacja na zewnątrz. Przy ograniczeniu przyjęć informujecie dyspozytornię medyczną, lekarza koordynatora ratownictwa medycznego i najbliższe szpitale. Pacjenci słyszą o dłuższym oczekiwaniu, bez domysłów o przyczynie. Z mediami rozmawia jedna osoba.

DOKUMENTACJA

Obowiązki przy dokumentacji papierowej

- ☐ Papier jest dopuszczalny, gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji elektronicznej (§ 1 ust. 2). Zapiszcie godzinę przejścia na papier i powrotu.

- ☐ Wpis powstaje niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, czytelnie, chronologicznie, z własnoręcznym podpisem (§ 4 ust. 1 i 5); wpisujący podaje imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu (§ 10 pkt 3).
- ☐ Strony są numerowane; pierwsza ma pełne oznaczenie pacjenta, kolejne co najmniej imię i nazwisko (§ 6 ust. 1 i 2). Pacjent bez ustalonej tożsamości dostaje oznaczenie „NN” z przyczyną i okolicznościami (§ 6 ust. 3).
Oznaczenie pacjenta: art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, § 10 pkt 2.
- ☐ Błędnego wpisu nie usuwa się: skreślenie, adnotacja o przyczynie błędu, data i oznaczenie osoby (§ 4 ust. 6). Korektor i wyrwana kartka łamią tę zasadę.
- ☐ Wykazy zbiorcze (przyjęć i wypisów, odmów i porad izby przyjęć, pracowni diagnostycznej) nie są wymagane, gdy historia choroby i karta informacyjna są elektroniczne (§ 12 ust. 2), a wykaz pracowni, gdy wyniki są elektroniczne (§ 33 ust. 2, dla laboratorium § 47). Przy papierowej historii choroby warunek nie jest spełniony: wykazy prowadzić na papierze od pierwszej godziny.
W wykazie odmów: godzina i minuta zgłoszenia i odmowy w systemie 24-godzinny, powód odmowy, dokąd skierowano pacjenta (§ 24 ust. 1 pkt 4, 9, 10 i 12).

- ☐ Zlecenie w karcie zleceń wpisuje lekarz prowadzący lub sprawujący opiekę, a wykonanie potwierdza osoba, która je wykonała (§ 18 ust. 3).
Lek podany bez wpisanego zlecenia to częsta luka w pracy na papierze.
- ☐ Sama awaria systemu szpitalnego nie daje podstawy do recepty papierowej; daje ją brak dostępu do P1 (art. 95b ust. 2 pkt 1 Prawa farmaceutycznego) albo inny przypadek z art. 95b ust. 2, np. pacjent NN (pkt 4). Recepta na leki kategorii Rpw i na część leków ze środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi jest wyłącznie elektroniczna (art. 95b ust. 1a).
Taką receptę wystawicie tylko z dostępem do P1, np. z innego stanowiska albo przez gabinet.gov.pl.
- ☐ Kartę informacyjną, której nie da się przekazać elektronicznie podmiotowi kierującemu, przekazuje się mu na papierze (§ 3 ust. 2). Przy papierowej historii choroby dołącza się kopię albo dokładny opis wydanej dokumentacji zewnętrznej (§ 2 ust. 5).
- ☐ Papier to pełnoprawna dokumentacja: zabezpieczona przed zniszczeniem i dostępem osób nieupoważnionych (§ 1 ust. 7), dostępna tylko dla osób uprawnionych (art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta), przechowywana co do zasady 20 lat (art. 29 ust. 1).

PO POWROCIE SYSTEMU

Jak wprowadzić dane i niczego nie zgubić

- 01** Kierownik akcji odwołuje pracę na papierze z podaniem godziny; od tej chwili wpisy powstają tylko w systemie. Uzgodniacie listy: kto został przyjęty, przeniesiony, wypisany lub zmarł w czasie przestoju. Każdy numer awaryjny dostaje rekord z odnośnikiem do papieru.
Kontrola: tyle kart awaryjnych, ile nowych rekordów; każda próbka z puli ma wynik albo adnotację.
- 02** Papier zostaje oryginałem. Dokument nie może być prowadzony jednocześnie w obu postaciach (§ 1 ust. 3): karty papierowej nie przepisujecie do systemu jako nowego dokumentu z datą wsteczną.
System zapisuje czas wpisu (§ 1 ust. 6 pkt 4), więc data wsteczna będzie widoczna.
- 03** Papier możecie zdigitalizować: osoba upoważniona potwierdza zgodność odwzorowania cyfrowego podpisem kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym albo zaawansowaną pieczęcią elektroniczną usługodawcy z kwalifikowanym certyfikatem. Taki dokument jest równoważny oryginałowi.
Art. 13b ust. 1, 2 i 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w brzmieniu od 1.07.2026; to możliwość, nie obowiązek.
- 04** Rozpoznanie, podane leki, wyniki i zabiegi, potrzebne do leczenia i rozliczenia, wprowadzacie jako wpisy z bieżącą datą i adnotacją, z jakiego dokumentu papierowego pochodzą. Leki i wyniki sprawdza druga osoba.
Przepisy nie opisują tej czynności wprost; zapiszcie ją w procedurze po uzgodnieniu z radcą prawnym.
- 05** Dane zdarzeń medycznych trafiają do SIM niezwłocznie, najpóźniej w 2 dni od zakończenia zdarzenia, a przy pobycie wielodniowym część danych w 2 dni od jego rozpoczęcia (§ 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia o danych zdarzenia medycznego). Terminy, których nie dało się dotrzymać, trafiają do raportu z przyczyną.
Termin 3 dni z art. 11 ust. 5a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia dotyczy awarii P1, nie systemu szpitalnego.
- 06** Papieru nie niszczy po zeskanowaniu. Pacjenta informuje się o digitalizacji i o możliwości odbioru papieru w terminie nie krótszym niż rok; zniszczyć można tylko dokumentację nieodebraną (art. 13b ust. 4, 5 i 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia).
- 07** Apteka uzgadnia wydanie z zapotrzebowaniami i stanem magazynu; laboratorium porównuje wyniki z papieru z pamięcią analizatorów. Rozbieżności idą do raportu.
- 08** Raport z przestoju: czas trwania, liczba pacjentów, braki, decyzje i zgłoszenia. Naruszenia ochrony danych dokumentuje się niezależnie od tego, czy trafiły do UODO (art. 33 ust. 5 RODO); sprawozdanie końcowe do CSIRT sektorowego składa się w miesiąc od zgłoszenia (art. 11 ust. 1 pkt 4c ustawy o KSC).

Typowe błędy. Zeszyt zamiast formularzy, bez numeracji stron, kilku pacjentów na jednej kartce. Wpisy bez podpisu i numeru prawa wykonywania zawodu. Numer nadany ręcznie, który system potem nadał komuś innemu. Wynik krytyczny podany telefonicznie bez zapisu, kto go przyjął. Niszczenie papieru dzień po skanowaniu. Założenie, że dostawca sam zgłosi incydent. Kiedy wasza izba przyjęć ostatnio przepracowała zmianę na papierze?

Wzory na czas pracy bez systemu

Dopiszcie oznaczenie podmiotu (§ 10 pkt 1, od 1.01.2026 z adresem, REGON i telefonem lub e-mailem). Dolny wiersz potwierdza wprowadzenie do systemu albo digitalizację. Wzór C ma elementy wyniku z art. 2 pkt 8 ustawy o medycynie laboratoryjnej.

A. Izba przyjęć: karta przyjęcia w trybie awaryjnym

STRONA ___ Z ___

Numer awaryjny		Data zgłoszenia		Godzina i minuta (24 h)	
Nazwisko i imiona pacjenta				PESEL albo rodzaj, seria i nr dokumentu, kraj	
Data urodzenia i płeć (gdy brak PESEL)		Adres miejsca zamieszkania			
Przedstawiciel ustawowy: imię, nazwisko, adres (jeśli dotyczy)				NN: przyczyna i okoliczności	
Skierowanie: tak / nie		Rozpoznanie lekarza kierującego		Lekarz kierujący	
Wywiad, badanie przedmiotowe, wyniki badań wykonanych w izbie przyjęć					
Alergie		Rozpoznanie: nazwa i kod			
Podane leki i wykonane świadczenia: nazwa, dawka, droga, godzina, kto zlecił, kto podał					
Decyzja: przyjęcie na oddział _____ o godz. _____ / odmowa przyjęcia o godz. _____, powód, dokąd skierowano, zlecony transport / brak zgody pacjenta na pobyt					
Lekarz: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu				Podpis	
Wpis do wykazu przyjęć lub odmów: nr		Wprowadzono do systemu: data, kto		Zdigitalizowano: data, kto	

B. Apteka szpitalna: zapotrzebowanie oddziału i wydanie

NR ___ STRONA ___ Z ___

Oddział: nazwa i kod			Data i godzina zapotrzebowania		Tryb: zwykły / pilny	
Lp.	Produkt: nazwa, postać, dawka	Pacjent (gdy imiennie)	Ilość zamówiona	Ilość wydana	Seria i termin ważności	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
Zamawiający: imię i nazwisko, podpis			Wydający farmaceuta: podpis, godzina		Odbierający: podpis, godzina	
Uzgodniono ze stanem magazynu: data, kto			Wprowadzono do systemu: data, kto			
Produkty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe wydaje się według odrębnych przepisów i procedury apteki; ten formularz ich nie obejmuje.						

C. Laboratorium: zlecenie i wynik badania

NR PRÓBK I ___ STRONA ___ Z ___

Pacjent: nazwisko, imiona, PESEL albo numer dokumentu			Oddział zlecający: nazwa i kod		
Lekarz zlecający: imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu			Data zlecenia		Pilne: tak / nie
Materiał biologiczny		Pobranie: data, godzina, kto	Przyjęcie w laboratorium: godzina, kto		
Badanie	Wynik	Jednostka	Zakres referencyjny	Interpretacja, uwagi	
Wynik krytyczny przekazany telefonicznie: godzina _____, komu (imię, nazwisko, funkcja) _____, odczytany z powrotem: tak / nie, przekazał _____					
Badanie wykonał: imię i nazwisko		Wynik autoryzował: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu		Podpis, data, godzina	
Wpis do wykazu pracowni: nr		Porównano z pamięcią analizatora: data, kto		Wprowadzono: data, kto	

Podstawy prawne, stan na 28.09.2026. Rozporządzenie o dokumentacji: rozporządzenie MZ z 6.04.2020 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2024 poz. 798, zm. Dz.U. 2025 poz. 931 i 1853, Dz.U. 2026 poz. 758 i 876). Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.). Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2026 poz. 208 ze zm.; art. 13b w brzmieniu Dz.U. 2026 poz. 791). Rozporządzenie MZ z 26.06.2020 w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego (Dz.U. 2025 poz. 866). Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2026 poz. 612 ze zm.). Ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (Dz.U. 2026 poz. 20 ze zm., nowelizacja Dz.U. 2026 poz. 252). RODO: rozporządzenie (UE) 2016/679. Ustawa o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. 2025 poz. 1295).

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