

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

Rok 2, numer 1 (3)
Marzec 2004

Diagnosta Laboratoryjny

GAZETA KRAJOWEJ IZBY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

**GAZETA
BEZPŁATNA**



WESOŁEGO ALLELUJA



Ka dego Roku wraz z nadej ciem wiosny przypominamy sobie o wi tach Wielkiej Nocy. Jedno i drugie budz nadziej i ka nam wierzy , e budz ce si ycie na wiosn i Zmartwychwstanie potwierdzaj zdolno człowieka do odradzania si , jak odradza si przyroda. Wraz z wiosn i wi tami wst puje w nas siła do usuwania tego co było szkodliwe, zb dne i ttumi ce aktywno ludzk , a w tym zawodow . ycz wszystkim tym, którzy chc pami ta o wio nie, by ł ki i pola zakwitły pierwiosnkami, krokusami i przylaszczkami, a ogródki pełne stokrotek i fiołków. Tym za , którzy wiosn ł cz z Zmartwychwstaniem, ycz wytrwania w nadziei na lepsze dni, miesi ce i lata. Przy udziale wszystkich tworzą cych dobro wspólne ycz , by w tym znalazło si dobro osobiste.

*Prezes KRDL
Henryk Owczrek*

Widmo relatywizmu kr... y po Polsce

Przychodzi nam stawi czoła grobie prze wiadczenia, którym zarazili si nie tylko mali ale i wielcy. W tym jest przekonanie, e wszystko si zmienia zale nie od punktu patrzenia. Kiedy siedz wieczorem w fotelu i spogl dam wstecz i w przyszło , to mam przekonanie, e jest co stałego, e jestem tym samym, który gonil w młodo ci za motylami. Pozwoliłem mu ulecie . Jest co stałego do czego t skni i do czego jednak d my wszyscy. W tym, jest przekonanie o wiecie, który niezale nie od czasu, e mamy rok 2004, wiat jest taki sam, a porz dek w nim do przewidzenia. I słysz w sobie, i z zewn trz dochodz do mych uszu jaskółcze kwilenia: niech ci, którzy zajmuj si nauk , robi to dobrze , niech warsztat swojej pracy naukowej rozwijaj i obudowuj metodami nauki współczesnej a praktyczn działaln zostawi tym, którzy to robi lepiej i sprawniej. Ci nie zrobi nauki lepszej i bardziej niezawodnej. Grzech relatywizmu jak wirus w komputerach rozpo ciera si szybko i ogarnia coraz szersze kr gi. Gdy zanika poczucie przyzwoito ci, etyczno ci. Gdy mo na zarobi wicej kosz c konkurencj , b d uniemo liwiad c na swym terenie pojawienie si bardziej sprawnych organizatorów i wykonawców bada laboratoryjnych. Gdy w swoim mniemaniu i pysze zawodowej, któr widzieli my u innych nie widzieli my jej w sobie. Gdy obok nas pracuj technicy, tak e z do wiadczeniem, bez cenzusu, niekiedy mniej wa nego wobec umiej tno ci i do wiadczenia, gdy dla techników analityków brak nagle uznania dla ich umiej tno ci. Relatywizmem grzeszy i ten, który w kruchcie pseudonauki, z anno 1950, pierwszego półwiecza XX wieku wypomina innym, e s trzeciorz dnym garniturem czy trzeciorz dnym pulpitem. W swojej szafie mam wiele garniturów na ró ne okazje. Ci zara eni relatywizmem widz wszystko spod własnego pulpitu. Jest to ich projekcj , e pozostali plasuj si na poziomie trzeciego pulpitu. Relatywizmem trawiony jest tak e umysł zatroskanego o swoje upragnione i wymarzone profity za pouczenie innych jak "zbudowa w sk bramk wielko ci ucha igielnego, przez które wcisn si tylko wybrani i oplacaj cy si jak przez Styks umarli przewo eni wnoszonym obolem. Lista

wpisanych laboratoriów i spełniaj cych wymogi akredytacji powinna by to sama z ewidencj laboratoriów prowadzon z ustawy przez Krajow Izb Diagnostów Laboratoryjnych.

Relatywizmem jest te uleganie wirusowi, e w ród rzeczy wa nych, wa niejszy jest pieni dz, bo "pecunia non olet" - godziwy lub niegodziwy ale jest po dany.

Relatywizmem jest noszenie przekonania i głoszenie, e działania innych nie maj szlachetnych celów i hamuj post p w osi ganiu standardów przez laboratoria, szczególnie gdy ucho igielne, przez które przedzierzgj si wybrani, dla jednych jest elastyczne, dla innych rygorystyczne.

Relatywizmem zara eni s tak e prze mie wcy, którzy wykorzystuj prac innych osób, dla swoich naukowych celów, chc c brylowa w rodowisku nauki, szczyt si tymi osi gni ciami, prac sobie podległych pracowników, nie ujawniaj c autorów. Ten mechanizm i zara enie wirusem zrodzonym z relatywizmu, e wszystko jest dozwolone, niezale nie od norm etycznych, przy zastosowaniu presji na podległego pracownika (mobbingu) stwarzaj dla siebie dogodne warunki, by ofiara mobbingu i presji nie miała mo liwo ci obrony ani ujawnienia mechanizmu dysponowania jej wysiłkiem. Relatywizm kr... y po kraju, jak widmo rozpo ciera si otaczaj c mgł po Polsce wnosz c zasady, przeciw którym burzy si ka dy zdrowy my l cy umysł. Dla relatywistów pieni dz, sk dkolwiek i jakkolwiek pozyskany, jest nie do pogardzenia, nawet przez propozycj wiadcze medycznych poni ej kosztów zakupionych odczynników. Stosowany dumping tylko po to w krótkim okresie czasu, by powodowa upadło konkurencyjnych laboratoriów działaj cych zgodnie z warunkami i wymogami standardów i dla dobra pacjenta. Widmo relatywizmu, które przykrywa Kraj, Ojczyzn , w której chc y i zachowa dla swoich dzieci, przemienie i odejdzie tak, "sit transit gloria mundi". Powróci ład, porz dek, uznanie i wiara oraz przekonanie, e ka dy to co czyni, chce czyni i czyni dobrze. Tego ycz sobie i ka demu z osobna.

Henryk Owczarek

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
03-741 Warszawa; ul. Białostocka 7
tel. (022) 741-21-55; (022) 741-21-57; faks: (022) 741-21-56

UWAGA NOWY NUMER KONTA
Nazwa Odbiorcy: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.
03-741 Warszawa; ul. Białostocka 7
Numer rachunku: 72102010420000880200105692
Bank PKO BP. IV Oddział Warszawa

email: biuro@kidl.org.pl

W numerze

Widmo relatywizmu kr... y po Polsce	3
O potrzebie refleksji nad etyką diagnosty laboratoryjnego	4-5
Program ubezpiecze dla diagnostów laboratoryjnych	6-8
Grupy krwi w wietle nowoczesnych bada serologicznych i molekularnych	8-9
Wywiad z dr hab. Tadeuszem Doboszem	9-10
Tajemnica zawodowa diagnosty laboratoryjnego	11
Czynno ci zwi zane z rejestracj nzoz laboratorium diagnostycznego	12
Ewidencja laboratoriów	12
Zasady uznawania kwalifikacji diagnosty laboratoryjnego w pa stwach członkowskich Unii Europejskiej	13-14
Informacje na temat dy urów medycznych w kontek cie przyst pienia Polski do Unii Europejskiej	14
Korespondencja z Grecji	14
I mazowiecka konferencja diagnostów laboratoryjnych	15

Wydawca:
Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
Redakcja:
Henryk Owczarek
Stanisław Kr... el
Tomasz Dryl

Nakład 10 000 + 500 egz.
Druk: Drukarnia A-Z
Andrzej Zieli ski
03-741 Warszawa; ul. Białostocka 42

Rozwój współczesnej medycyny zaowocował przeobrażeniami charakteru relacji między pacjentem a lekarzem. W tych odniesieniach coraz większą rolę odgrywa diagnostyka, która jest ściśle związana z daleko zaawansowanymi technologiami. Trzeba też zauważyć, że wraz z tymi zmianami medycyna stała się dziedziną coraz bardziej kosztowną, co sprawiło, że leczenie stało się nie tylko problemem czysto medycznym, ale zarazem naukowym, społecznym, politycznym i ekonomicznym. Dobrze dzięki temu wiemy, kiedy z niepokojem obserwujemy dyskusje wokół nowatorskich projektów Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystko to razem sprawia, że w dziedzinie ocen moralnych, które należą do etyki, znacznie poszerzyło się pole badawcze. Etyka bowiem obejmuje już nie tylko podstawowe relacje między lekarzem a pacjentem, a w epoce, w której decyzje lekarza zależą w dużym stopniu od wyników czy skomplikowanych badań, uwagę naszą coraz bardziej przykuwa pozornie dyskretnie gdzieś usytuowana diagnostyka laboratoryjna.

Specyfika pracy diagnostów laboratoryjnych i wynikających z niej zagadnienia moralnych sprawia, że dziś warto nie tylko poświęcić uwagę po prostu na problemowi badawczemu w ramach tak zwanej etyki lekarskiej, ale należałoby pomyśleć o wyodrębnieniu z niej etyki diagnostyki laboratoryjnej. Mając za uwagę ogromne znaczenie formacyjne tu i ówdzie formułowanych kodeksów postępowania, warto też zastanowić się nad odrębnym kodeksem dla tej właśnie dziedziny społecznie grupy zawodowej.

Czym jest etyka?

Etyka nie jest jak to się często zdarza zespołem poglądów i opinii na temat postępowania człowieka, czyli moralności. Etyka jest nauką, to znaczy, że posiada swój przedmiot i metodę. Jej zdania uzasadnione są w oparciu o naturalne zdolności poznawcze człowieka. W etyce ustala się normy moralne, które chronią człowieka w tym, czym człowiek jest jako osoba. By ustalić normy, trzeba najpierw ustalić, kim jest człowiek. Jak to się robi w filozofii? Arystoteles - ojciec wszelkiego porządku myślenia powiedział, że rozumie rzeczywistość, to tyle, co usunąć absurd poznawczy poprzez rozpoznanie pryncypiów, czy inaczej mówiąc przyczyn. To inaczej mówiąc, ustalić dzięki czemu coś jest i jest tym, czym jest. Zrozumieć jak rzecz, to umie ją ująć w aspekcie tego, co ją tłumaczy. Długość pouczenia jest etymologia dwóch francuskich słów: *connaître* (poznać) i *comprendre* (zrozumieć). Pierwsze słowo znaczy tyle, co rodzić się na nowo. Poznawanie, to rodzić się, odkrywać na nowo świat, w którym żyjemy. *Comprendre* to tyle, co brać, razem, wspólnie, to umieć poznać w odniesieniu do całości, to umieć ująć poznawany przed-

miot w racjonalnym powiązaniu przyczyn i skutków, to po prostu rozumieć. Rozumienie prowadzi do mądrego człowieka. Człowiek mądry, to nie ten, który posiada wiedzę, ale ten, który rozumie rzeczywistość, rozumie człowieka i umie w związku z tym postępować zgodnie z prawdą o człowieku. A podstawowa prawda o człowieku, to fakt, że jest on czymś wyjątkowym, niepowtarzalnym, jest osobą. Ta prawda, którą przekazał nam autor definicji człowieka, jako osoby Boecjusz, wcale nie była tak łatwa do odkrycia. Dzięki filozofii greckiej próbowano ustalić, kim jest człowiek porównując go z innymi bytami, udawało się jedynie ustalić, że człowiek jest czymś innym, że jest swoistego rodzaju „bytem na opak”, jest tym, czym nie jest i nie jest tym, czym jest. Tak naprawdę wyjątkowo osoby ludzkie dało się ustalić w świetle teologicznego opisu stworzenia. Okazało się bowiem, że kiedy Bóg stwarzał świat, stworzył człowieka nie jako jeden z bytów, ale jako byt na swój sposób jedyny. Dzień po dniu stwarzał po kolei cały świat, by na końcu stworzyć człowieka. Stwarzał więc wszystko dla człowieka. Ta teologiczna wskazówka stała się bardzo cenna dla filozofii. Okazało się bowiem, że prawdy o człowieku nie da się ustalić poprzez porównywanie go do innych stworzeń, innych istot. Tylko pozornie jest on podobny do zwierząt i przedmiotów. Człowiek dzięki rozumowi, jest bytem wyjątkowym. Może poznać otaczającą go rzeczywistość, może ją ocenić i dokonać w niej wolnych wyborów. Obecność człowieka w świecie, jest przytomność i wolność w nim partycypacja. A właściwym przestrzeni osobowego życia człowieka jest nadzieja, której nie mogą dać choćby najbardziej drogocenne, nowoczesne i praktyczne rzeczy, ale osoby. Właściwym środowiskiem rozwoju i realizacji człowieka, które jest celem człowieka jest środowisko osób. Te podstawowe prawdy wyznaczają swoistego rodzaju epistemologię etyki, jako nauki o postępowaniu człowieka.

Czego możemy oczekiwać od etyki?

Pytanie to pada często podczas dyskusji nad sensownością wprowadzania zajęć z etyki dla studentów do i tak przeładowanego programu studiów. Niektórzy wprost przekornie pytają, czy dobra ocena z etyki zapewnia, że student stanie się dobrym człowiekiem, dobrym lekarzem, diagnostą? Oczywiście odpowiedź nie może być taka prosta, bo samo pytanie zawiera w sobie pewne nieporozumienie. Etyka jest nauką, a więc wiedzą. Nie wystarczy wiedzieć do tego, by dobrze czynić. Ale wiedza, zwłaszcza wiedza moralna jest niezbędnym elementem w formacji człowieka. Trzeba bowiem umieć rozpoznawać, jakie działania chronią człowieka, a więc są działaniami dobrymi, jakie natomiast skierowane są przeciwko człowie-

kości, a więc są działaniami złymi. Wiedzieć, to już bardzo dużo, ale nie wszystko. Można umieć rozpoznawać normy moralne, ale nie postępować zgodnie z nimi. Dlatego potrzebna jest formacja, która jest czymś innym jak używanie tradycyjnego języka, wiczeniem cnot, czyli przyzwyczajanie do działań zgodnych z dobrem człowieka.

Zatem oprócz etyki potrzebna jest formacja, potrzebne są cnoty, których nabywa się w procesie wychowywania i pracy nad sobą. Jest jeszcze jeden bardzo ważny element wzrostu człowieka do godziwego życia. Sumienie. Sumienie, to nic innego jak nasza moralna wiadomość. Człowiek powinien działać godnie ze swoim sumieniem. Ale nie jest ono absolutem. Ono jest w jakiś sposób ukształtowane w zależności od naszego wychowania, naszej wiedzy, naszej formacji. Zatem sumienie powinno być uzgadnianie, weryfikowane prawdą o człowieku. Sumienie bowiem może być dobrze, lub źle uformowane. W tym drugim przypadku, może być ono źródłem złego postępowania. Zasada sumienia, jako normy decydującej o dobru, lub złu zrobiło karierę w tych etykach, w których mówi się, że nie można ustalić obiektywnych norm moralnych. Je li tak to kaźdy winien postępować według własnej wiadomości moralnej. A to przecież nie jest absolutem, jest różnicą na różniących ludzi w zależności od formacji i wychowania do wiadomości sumienia.

Próba uporządkowania pojęć

Etyka jest nauką, w której wypracowuje się normy moralne. **Normy moralne** są ogólnymi zasadami wyznaczającymi postępowanie zgodne z dobrem człowieka, które ustala się w oparciu o rozpoznanie prawdy. Sumienie jest moją aktualną wiadomością moralną. Odgrywa ono w działaniu człowieka zasadniczą rolę. Dokonując wyborów, człowiek posługuje się swoją sumieniem, swoją hierarchią wartości. **Wartości moralne**, są to cele, które człowiek w sposób szczególny ceni. Wartości moralne jest osoba ludzka ale tak i prawda, dobro. Suma doskonałości człowieka wyznacza wartość nazywaną **godnością osoby ludzkiej**. Bardzo ważną rolę pełni cnota, czyli stałe usposobienie do czynienia dobra, do postępowania zgodnego z prawdą o człowieku. Do tych podstawowych pojęć, które opisują moralną rzeczywistość człowieka należą jeszcze doświadczenie i prawo naturalne.

Prawo naturalne wynika z rozumienia rzeczywistości. Człowiek, który rozumie potrafi rozpoznać, co jest dobre a co złe. **Prawo naturalne** jest zespołem norm moralnych, które rozpoznaje człowiek w oparciu o poznanie i rozumienie rzeczywistości. Nie jest ono ani to samo z prawem objawionym, ani też czciowo, czy całkowicie nim inspirowane. **Prawo objawione** bowiem, jest zespołem norm moralnych wynikających z objawienia i stanowi przedmiot

nie etyki, a teologii moralnej. Motywem przyjęcia prawa naturalnego jest rozum, natomiast prawo objawione przyjmujemy ze względu na religijne zaufanie do Jego Autora, czyli Boga.

Jeśli na skutek zawirowań w filozofii podsycających teorie podejrzliwości i modnych sceptycyzmów m. dr. została wyparta przez wiedzę a prawdą zastąpiła ułtyczność i nie znajdujemy sposobów ustalenia obiektywnych norm moralnych, etyk musimy zastąpić deontologię czyli naukę o nakazach moralnych. To właśnie na poziomie deontologii sytuują się kodeksy etyczne. Jeśli są one zakorzenione w etyce, stanowią mogące narządy formacyjne. Jeśli natomiast są jedynie zbiorem norm wynikających wyłącznie z konsensusu różnorodnych opinii, mogą być źródłem demoralizacji. Dlatego te także bardzo ważna jest epistemologia deontologii. Tak właśnie jest głównym błądem umotywowanie w antropologii filozoficznej kadego z nakazów zawartych w kodeksie.

Kodeksy zawodowe

Do działań moralnych, a więc zgodnych z dobrem człowieka zobowiązany jest na mocy rozumu każdy człowiek. Działanie ludzkie ma wymiar moralny wtedy, gdy jest działaniem wiadomym i wolnym, to znaczy odpowiedzialnym. To dotyczy aktywności każdego z nas. Są jednak w życiu społecznym, w życiu rodzinnym osoby, od których wymaga się więcej tej odpowiedzialności, gdy ich rola w odniesieniu do innych opiera się na zaufaniu. Od ojca rodziny wymaga się odpowiedzialności, wymaga się, aby ze względu na oddziaływanie wychowawcze był wzorem postępowania dla dzieci, aby był godnym zaufania, aby w nim można było pokładać nadzieję... To samo dotyczy zawodów związanych z niesieniem pomocy chorym. Dlatego ten pierwszy spisany kodeks etyczny jest właśnie kodeksem lekarskim. Myśl tu o stanowieniu przez wszystkie czasy podstawy zasad etyki lekarskiej „Przysięgi Hipokratesa”.

Mając wiadomo doniosło ci swej misji, ale zarazem ci więcej odpowiedzialności poszczególne grupy zawodowe, korporacje dbają o formację moralną swoich członków ustalając takie kodeksy, które pozwalają zachować w społeczeństwie wysoki ocen moralną, która owocuje zaufaniem. Szczególnie cennym warunkiem budowania właściwych odniesień w relacjach pacjent, lekarz, diagnosta odgrywa właśnie zaufanie. Mówi się wprost o zwodach społecznego zaufania. Człowiek chory powierza się działaniom służby medycznych tylko wtedy, gdy ufa, a działania terapeutyczne, diagnostyczne skierowane będą na jego dobro, to znaczy, będą prowadziły do powrotu do zdrowia, do likwidacji dolegliwości i nieprawidłowości fizjologicznych. Medycyna rodzi się z zaufania. Nie przychodzimy do lekarza z chorobą tak jak z zepsutym zegarkiem. Przychodzimy z naszym egzystencjalnym problemem szukając pomocy drugiej osoby. W niej sytuujemy nasze oczekiwania. Ona jest oczekiwanym źródłem

nadziei. Dziś, gdy niestychanie w naszym życiu działa medycznych zmierzających do wyznaczenia sposobów skutecznej, jak najmniej uciążliwej i zgodnej z godnością osoby pacjenta pomocy jest diagnostyka laboratoryjna, jest to w dużej mierze zaufanie również do kompetencji, metod, technik i rzetelności ci laboratoryjnej.

Przedmiot diagnostyki

Dosyć łatwo jest uzasadnić konieczność podmiotowego (nie przedmiotowego) traktowania pacjenta wtedy, gdy chodzi o prostą relację lekarza do pacjenta. Nieco bardziej złożona jest sytuacja diagnostyki laboratoryjnej. Tym niemniej diagnosta pozostaje w tym samym zespole osobowych odniesień mi dzyludzkich. Jeśli bowiem nawet diagnosta nie zajmuje się bezpośrednio człowiekiem, ma przed sobą jedynie biologiczny materiał, to jego praca bezpośrednio dotyczy konkretnej osoby, jej dobra, jej przyszłości, oczekiwania i nadziei. Od jej wyników zależy czyje zdrowie, czyje życie, czyje szczęście. Nie można natomiast w ocenach moralnych pracy diagnosty pominiąć języka opisującego życie osobowe człowieka. Nie można natomiast na materiale badanego traktować tylko jako zespołu komórek. Badany materiał odnosi nas do osoby, której suma doskonala ci wyraża ona jest w pojęciu ci godności. Godność osoby ludzkiej jest z kolei źródłem przynależnego człowiekowi respektu. Działania diagnostyki dotyczą tajemnic osoby ludzkiej, wpisują się w ten zespół odniesień, które zbudowane są na czymś zaufaniu, którego nie można zdradzić.

Na diagnostach laboratoryjnych spoczywa coraz większa odpowiedzialność, gdy wraz z rozwojem wysoko wyspecjalizowanej diagnostyki, która pozwala nie tylko na działania terapeutyczne, ale także i zapobiegawcze, diagnozy lekarskie są w coraz większym stopniu zależne od nich. Nasze codzienne doświadczenia z medycyną wskazują, że lekarze mają do dyspozycji coraz większy zakres laboratoryjnych, mniej lub bardziej obiektywnych empirycznych, ustaleń, które przesuwają odpowiedzialność za podejmowane decyzje na diagnostyk.

Specyfika pracy diagnostyki laboratoryjnej sprawia, że sytuuje się on w dosyć skomplikowanym zespole relacji osobowych:

- lekarz - pacjent,
- diagnosta - pacjent,
- lekarz - diagnosta,
- lekarz - rodzina chorego,
- diagnosta - rodzina chorego,
- diagnosta - medyczny personel pomocniczy.

Oczywiście w tych odniesieniach pierwszym jest pacjent. To on, czy inaczej mówiąc, jego dobro stanowi cel działania tego całego zespołu otaczających go osób. Jemu temu podporządkowane są wszystkie wtórne odniesienia, a więc dobre, oparte na kompetencji, wzajemnym zaufaniu i uczciwości stosunki między lekarzami, diagnostami i pomocniczym i technicznym personelem medycznym

oraz rodzin, czy innymi osobami z otoczenia pacjenta.

W stosunkach z pacjentem oprócz rzetelności pracy diagnostycznej nieocenionymi wartościami moralnymi są uczciwość, takt, dyskrecja, cierpliwość. Umiejętność słuchania i prostego wyjaśnienia wszystkiego, co niepokoi pacjenta. Los bowiem pacjenta spoczywa zarówno w rękach lekarza, personelu pomocniczego, jak i diagnosty. Człowiek diagnostyka ma tu znaczenie kapitalne. Diagnosta dysponując wiedzą na temat pacjenta staje się powiernikiem człowieka najbardziej głębokich ludzkich tajemnic, których ujawnienie byłoby zdradą człowieka, zdradą niszczącą zaufanie, które jest podstawą działań medycznych. Reasumując, zacytuj bardzo ważną tezę, którą powtarzał mój ojciec. Aby być dobrym nauczycielem, księdzem, lekarzem czy diagnostą, trzeba być człowiekiem. To wielka prawda, którą kiedyś nam przypominał Arystoteles. Nie chodzi o to, by osiągnąć jakieś idealne cele, ale o to, by po prostu być człowiekiem, umieć poznawać rzeczywistość kierując w postawie m. dr. ci nasz intelekt na prawdę i wolność na dobro.

Jak budować kodeks etyczny?

Kodeks musi być mocno oparty na fundamencie prawa naturalnego, które rozpoznawane jest na terenie etyki. Kodeks nie może bowiem zawierać arbitralnie ustalonych zasad według różnych aktualnych opinii i pomysłów. Zatem na wstępie należy określić źródła i epistemologię zawartą w nim wiedzę moralnej. Kodeks również powinien zawierać określone cele, które skupia się musi na formacji zawodowej wokół refleksji nad dobrem osoby ludzkiej.

Struktura kodeksu:

- a) preambuła określająca naczelny cel kodeksu
- b) zasady ogólne z których wynikają kodyfikowane normy moralne
- c) normy ogólne postępowania w diagnostyce laboratoryjnej
- d) normy szczegółowe
 - ▶ w odniesieniu do samego siebie (dbanie o podnoszenie kwalifikacji).
 - ▶ dbanie o godność postaw itp)
 - ▶ w odniesieniu do pacjenta
 - ▶ w odniesieniu do kolegów
 - ▶ w odniesieniu do środowiska medycznego
 - ▶ w odniesieniu do społeczeństwa
- e) normy Kodeksu wobec prawa stanowionego.
- f) zasady respektowania przyjętego kodeksu w środowisku diagnostów laboratoryjnych.

dr Kazimierz Szalata
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Konwersatorium Etyki
„Medycyna na miarę człowieka”

Troska o utrzymywanie wysokiej wiarygodności grupy zawodowej, jak i diagnozy laboratoryjnej, obciąża nas i wymaga od nas przez długi czas kwestii ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenia na życie.

Dynamicznie zmieniający się rynek ubezpieczeń determinuje potrzebę trafnego oraz szybkiego wyboru oferty odpowiadającej naszym potrzebom. Stąd też Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych dba o zapewnienie najlepszego pokrycia ubezpieczeniowego przy jednoczesnym uproszczeniu procesu zawierania umów ubezpieczenia i zoptymalizowania warunków cenowych zdecydowała się na zlecenie zadania skonstruowania programu ubezpieczeniowego dla diagnostów laboratoryjnych brokerowi ubezpieczeniowemu Mentor S.A.

Działalność brokerska to szczególnie rodzaj profesjonalnego pośrednictwa ubezpieczeniowego: działając na zlecenie i w interesie osoby zainteresowanej uzyskaniem ubezpieczenia oraz dbając o jej interesy, to najważniejsze z zadań, za które broker ponosi odpowiedzialność.

W ramach zaoferowanych czynności brokerski Mentor S.A.:

- ▶ wiadczy usługi doradztwa w sferze ubezpieczeń majątkowych i na życie oraz w zakresie prawa ubezpieczeniowego;
- ▶ pomaga w zarządzaniu ryzykiem, opracowuje kompleksowe programy ubezpieczeniowe dobierając najkorzystniejsze warunki ubezpieczenia dla swojego Klienta;
- ▶ reprezentuje Klienta w kontaktach z ubezpieczycielami;
- ▶ negocjuje z zakładami ubezpieczeniowymi;
- ▶ pośredniczy w zawieraniu umów ubezpieczenia;
- ▶ prowadzi profesjonalną administrację ubezpieczeń;
- ▶ aktywnie uczestniczy w całym procesie likwidacji zaistniałych u Klienta szkód ubezpieczeniowych;
- ▶ prowadzi monitoring rynku ubezpieczeniowego, szczególnie w zakresie ofert i oceny standingu finansowego zakładów ubezpieczeń.

Mentor S.A. posiada rozbudowaną sieć oddziałów w całej Polsce. Ponadto reprezentuje w Polsce międzynarodową sieć brokerską:

- ▶ International Insurance Brokers Association (IBA)
- ▶ Worldwide Broker Network (WBN)
- ▶ Trust Risk Control
- ▶ Artus Gruppe

Mentor S.A. posiada certyfikat jako ISO 9001:2000 dla usług brokerskich w zakresie ubezpieczeń majątkowych i na życie. Posługuje się spełniającymi wymogi bezpieczeństwa, specjalistycznymi bazami danych umożliwiającymi czuwanie nad prawidłowym i terminowym przebiegiem

programów ubezpieczeniowych Klientów, m.in. autorskim programem wspomagającym płynne przeprowadzanie procesu likwidacji szkód.

Działalność brokerska Mentor S.A. ubezpieczona jest polisą odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu brokera ubezpieczeniowego na sumę gwarancji 5 milionów USD.

Dodatkowo konsultujemy swoje działania z najwybitniejszymi ekspertami prawa ubezpieczeniowego.

Posiadamy wieloletnie doświadczenie w tworzeniu i koordynowaniu programów ubezpieczeniowych dla szerokiej różnorodnej grupy Klientów, w której znajdują się m.in.: zakłady przemysłowe i produkcyjne różnych wielkości branż oraz firmy usługowe różnych segmentów (mediów i organizacji imprez, handlowe, transportowe, usług finansowych etc.), służby mundurowe, jednostki samorządu i budżetowe (powiaty, miasta, szkoły, uniwersytety, szpitale, zakłady opieki zdrowotnej), izby i grupy zawodowe, kluby sportowe i inne.

Opracowujemy program ubezpieczeniowy, zawsze kierujemy się konkretnymi przesłankami wynikającymi z analizy ryzyka, ze specyfiki działalności i indywidualnych potrzeb firmy Klienta.

Na podstawie analizy zagrożeń i przebiegu historii ubezpieczeniowej, dobieramy rodzaje i zakresy ubezpieczeń, niezbędnych do pokrycia wcześniej rozpoznanych ryzyk.

Jeśli wymaga tego sytuacja proponujemy zmiany i modyfikacje obowiązujących zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia.

Nasze rozwiązania mają na celu wyeliminowanie zapisów niekorzystnych dla Klienta z punktu widzenia zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przyszłej likwidacji szkód, usprawnienia obsługi ubezpieczeniowej, wypłaty odszkodowania.

W procesie likwidacji szkód, w przypadku powstania jakichkolwiek problemów interpretacyjnych, proceduralnych czy prawnych zaangażowany zostaje nasz Zespół Radców Prawnych. Nigdy nie zapominamy o fakcie, że jako ubezpieczenia możemy emy dopiero ocenić w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego. Ocena procesu likwidacji szkody nierozdzielnie wiążemy się z oceną jakością naszej pracy. Jeśli wymaga tego sytuacja, pośredniczymy w procedurze likwidacyjnej przeprowadzanej na zasadach szczególnych w drodze tzw. kulancji, czyli wypłaty odszkodowania w drodze wyjątku na zasadzie dobrowolności lub doprowadzamy do zawarcia ugody z ubezpieczycielem.

Ubezpieczenia podmiotów zajmujących się świadczeniami z zakresu diagnostyki laboratoryjnej

W oparciu o nasze doświadczenia zdobyte podczas wieloletniej współpracy z zakładami opieki zdrowotnej, Izobami Lekarskim oraz

Izobami Pielęgniarskimi pragniemy zaproponować Państwu kompleksowy program ubezpieczenia, którego podstawowym trzonem jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotów zajmujących się świadczeniami z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Równocześnie nie tworzymy dodatkowy program dobrowolnych ubezpieczeń mienia laboratoriów diagnostycznych oraz mienia prywatnego diagnostów laboratoryjnych i wychodzimy naprzeciw potrzebom rodziców grupowy program ubezpieczenia na życie.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Poniżej prezentujemy przygotowany przez Nasz Zespół Radców Prawnych opinię dotyczącą odpowiedzialności cywilnej podmiotów zajmujących się świadczeniami z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Zgodnie z art. 17 ustawy z 27 lipca 2001r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. nr 100, poz. 1083 z późn. zmianami) laboratorium jest zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zmianami; dalej jako: ust. o zoz).

Przytoczona ustawa (o zoz) dzieli zakłady opieki zdrowotnej (dalej: zoz) w zależności od organu założycielskiego na:

a) publiczne - to jest takie, które zostały powołane przez:

- ▶ ministra,
- ▶ centralny organ administracji rządowej,
- ▶ wojewodę,
- ▶ jednostkę samorządu terytorialnego,
- ▶ państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, (art. 8 ust. 1 pkt 1-3a ustawy o zoz),

b) niepubliczne - to jest takie, które zostały powołane przez:

- ▶ kościół lub związek wyznaniowy,
- ▶ pracodawcę,
- ▶ fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- ▶ inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną,
- ▶ spółkę nie mającą osobowości prawnej (art. 8 ust. 1 pkt 4-8 ustawy o zoz).

Zgodnie z treścią § 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Finansów z 17 listopada 1998r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrzuczone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz.U. nr 143, poz. 921); dalej jako: rozporządzenie, podmiotem podlegającym ubezpieczeniu OC, zwanym dalej "ubezpieczającym", jest przyjmujący zamówienie na świadczenia zdrowotne niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu

PROGRAM UBEZPIECZE DLA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

W związku z powyższym **laboratorium, b d ce niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej** (utworzonym przez jeden z podmiotów wymienionych w art. 8 ust. 1 pkt 4-8 ustawy o zoz), **przyjmuj cym zamówienie na wiadczenia zdrowotne** (w zakresie zada okre lonych w statucie tego zakładu), **udzielone przez jeden z ww. podmiotów, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zoz lub przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, b dzie podlegało obowi zkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialno ci cywilnej** na podstawie §3 pkt 1 rozporz dzenia w zw. z § 2 rozporz dzenia i art. 3, art. 8 ust. 1 i art. 35 ust. 1 ustawy o zoz.

Ubezpieczeniem OC (polis) laboratorium obj ta b dzie z mocy prawa odpowiedzialno cywilna ubezpieczaj cego lub osoby, za któr ubezpieczaj cy ponosi odpowiedzialno , za szkody wyrz dzone przy udzielaniu wiadcze w zakresie udzielonego zamówienia na wiadczenia zdrowotne (§12 rozporz dzenia).

Stosownie do tre ci art. 474 Kodeksu cywilnego dłu nik (czyli w tym przypadku laboratorium) odpowiedzialny jest jak za własne działania lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomoc zobowi zanie wykonuje, jak również osób, którym wykonanie zobowi zania powierza.

W związku z powyższym ubezpieczenie OC obejmie osoby zatrudnione na podstawie umowy o prac , jak również wykonuj ce czynno ci diagnostyczne na podstawie umowy cywilnoprawnej (zlecenia, o wiadczenie usług itp.).

W stosunku do pierwszej kategorii osób laboratorium b dzie pracodawc , a zatem, zgodnie z art. 120 Kodeksu Pracy, b dzie odpowiadało za szkody wyrz dzone przez pracownika osobom trzecim i nie b dzie mogło si od tej odpowiedzialno ci zwolni .

W drugiej sytuacji mamy do czynienia ze stosunkiem cywilnoprawnym, a zatem w przypadku wyrz dzenia szkody przez osob działaj c na podstawie umowy np. zlecenia - laboratorium b dzie mogło zwolni si z odpowiedzialno ci za szkody wyrz dzon osobie trzeciej przez diagnost na podstawie Kodeksu cywilnego. Art. 429 k.c. (in fine) stwierdza, e kto powierza wykonanie czynno ci drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkody wyrz dzon przez sprawc przy wykonywaniu powierzonej mu czynno ci, chyba e nie ponosi winy w wyborze albo e wykonanie czynno ci powierzył osobie, przedsi biorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalno ci zawodowej trudni si wykonywaniem takich czynno ci.

Poniewa czynno ci z zakresu diagnostyki laboratoryjnej mo e wykonywa jedynie osoba posiadaj ca stosowne uprawnienia, laboratorium skutecznie zwolni si z odpowiedzialno ci wyrz dzonej przez t osob , a obowi zek naprawienia szkody spoczywał b dzie na przyjmuj cym zlecenie (wiadc - cym usługi) diagno cie. W związku z powyższym **wydaje si słusznym, aby diagnosta**

laboratoryjny zawieraj cy umow zlecenia z laboratorium posiadał (przede wszystkim w swoim własnym, dobrze poj tym interesie) własne ubezpieczenie odpowiedzialno ci cywilnej z tytułu prowadzonej działalno ci zawodowej.

Obowi zek posiadania ubezpieczenia OC ci y na osobie (diagnosty laboratoryjnego), która przyjmuje zamówienie na wiadczenie zdrowotne w trybie art. 35 ust. 1 ustawy o zoz.

Zgodnie z § 3 pkt 2) rozporz dzenia jako osoba przyjmuj ca zamówienie jest ona zobligowana do zawarcia umowy ubezpieczenia OC.

Zadaniem Mentor S.A. jest skonstruowanie programu ubezpieczeniowego zapewniaj - cego odpowiednie pokrycie ubezpieczeniowe dla podmiotów prowadz cych działalno w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Ró nice w zakresie odpowiedzialno ci ci cej na laboratorium i diagnostach laboratoryjnych wymagaj , aby w tworzonym programie ubezpieczeniowym podmioty te potraktowa odr bnie. Odr bnie zostanie również potraktowana kwestia obowi zku posiadania ubezpieczenia odpowiedzialno ci cywilnej przez podmiot przyjmuj cy zamówienie na wiadczenia zdrowotne w my l zasad okre lonych w rozporz dzeniu.

Program ubezpieczenia odpowiedzialno ci cywilnej b dzie zbudowany z nast puj cych elementów:

1. Ubezpieczenie odpowiedzialno ci cywilnej z tytułu wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

Ta cz programu b dzie dotyczyła wszystkich osób wykonuj cych zawód diagnosty laboratoryjnego i zrzeszonych w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.

Jednolita konstrukcja programu ma zapewni w zakresie odpowiedzialno ci cywilnej pełn ochron dla całej grupy diagnostów laboratoryjnych, zdejmuj c tym samym z Pa stwa powinno indywidualnego zapewniania sobie ochrony ubezpieczeniowej.

W celu uzyskania optymalnych warunków finansowych proponujemy scedowanie obowi zku opłacania składek na Krajow Izb Diagnostów Laboratoryjnych. Aby Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych mogła terminowo wywi za si z wnoszenia składek do ubezpieczyciela, wysoko obowi zkowej składki członkowskiej zostanie powi kszona o wysoko składki ubezpieczeniowej.

Dodatkowym atutem tego rozwi zania jest mo liwo rozło enia płatno ci składki ubezpieczeniowej na dwana cie rat, dzi ki czemu obowi zek ten stanie si mniej odczuwalny ni jednorazowa płatno .

Wprowadzenie zasady centralnej płatno ci składki otworzy w negocjacjach z zakładami ubezpiecze również mo liwo zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia odpowiedzialno ci cywilnej diagnosty laboratoryjnego w formie bezimiennej.

Zawarcie umowy bezimiennej b dzie mo liwe pod warunkiem obj cia ubezpieczeniem wszystkich diagnostów laboratoryjnych zrzeszonych w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych obowi zana byłaby za do prowadzenia imiennej ewidencji ubezpieczonych.

W negocjacjach z zakładami ubezpiecze dotycz cych zakresu ubezpieczenia d ymy, aby ochron obj odpowiedzialno cywiln (m.in. deliktow , kontraktow , pracownic) diagnosty laboratoryjnego i zatrudnionego przez Ubezpieczonego diagnost laboratoryjnego (na podstawie umowy o prac lub umowy cywilnoprawnej) personelu pomocniczego - za szkody wyrz dzone pacjentowi lub innej osobie trzeciej, w szczególno ci wskutek uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub mierci, w związku z wykonywaniem czynno ci diagnostyki laboratoryjnej. Jedno - cze nie ochron ubezpieczeniow powinna by obj ta odpowiedzialno cywilna za szkody zwi zane z posiadaniem mieniem oraz uchybienia o charakterze organizacyjnym i porz dkowym w związku z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego i czynno ci diagnostyki laboratoryjnej. Według zało e budowanego przez Nas programu ubezpieczenia powinno działa bez wzgl du na czas, miejsce i charakter pracy diagnosty laboratoryjnego (np. stosunek słu bowy, umowa o prac , umowa zlecenie i inne podobne stosunki prawne).

2. Ubezpieczenie odpowiedzialno ci cywilnej laboratorium

W przypadku laboratorium ochron ubezpieczeniow powinna zosta obj ta odpowiedzialno cywilna (deliktowa i kontraktowa) zwi zana z prowadzon działalno ci w zakresie udzielanych wiadcze diagnostyki laboratoryjnej oraz z tytułu posiadania mienia ruchomego i nieruchomo ci - za szkody wyrz dzone pacjentowi lub innej osobie trzeciej, w szczególno ci wskutek uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub mierci.

Laboratoria jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogłyby skorzysta z tego programu na podstawie indywidualnego wniosku.

3. Ubezpieczenia na warunkach obowi zkowego ubezpieczenia odpowiedzialno ci cywilnej podmiotów przyjmuj cych zamówienie na wiadczenia zdrowotne za szkody wyrz dzone przy udzielaniu tych wiadcze (rozporz dzenie Ministra Finansów z 17 listopada 1998r. Dz.U Nr 143, poz. 921)

Ta cz programu b dzie dotyczyła:

- ▶ laboratorium utworzone przez jeden z podmiotów wymienionych w art.8 ust.1 pkt.4-8 ustawy o zoz b dzie podlegało obowi zkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialno ci cywilnej.
- ▶ Osoba (diagnosta laboratoryjny), która przyjmuje zamówienie na wiadczenie zdrowotne w trybie art. 35 ustawy o zoz.

PROGRAM UBEZPIECZE DLA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Zakres ochrony w przypadku ubezpieczenia obowiązkowego jest określony w Rozporządzeniu i obejmuje odpowiedzialność cywilną ubezpieczającego lub osoby, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność, za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego.

Uczestnictwo w tej części programu powinno być zgłoszone w formie indywidualnego wniosku.

Ubezpieczenia na życie

Konstruując wstępnie założenia programu ubezpieczeniowego, podstawowym celem ubezpieczenia chcielibyśmy uczynić zabezpieczenie finansowe diagnostów laboratoryjnych w sytuacjach losowych, uniemożliwiających wykonywanie zawodu. Stąd w zakresie ubezpieczenia znalazłyby się m.in. następujące opcje:

- ▶ czasowa niezdolność do wykonywania pracy w wyniku nieszczerliwego wypadku,
- ▶ ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania (w katalogu chorób objętych ochroną znajdują się m.in. zawał serca, udar mózgu, nowotwory, niewydolność nerek, transplantacja organów),

- ▶ ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu świadczenie dzienne,
- ▶ ubezpieczenie trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku nieszczerliwego wypadku (złamania, poważne skaleczenia, zwichnięcia, poparzenia),
- ▶ ubezpieczenie na życie o charakterze rodzinnym, inwestycyjnym lub ochronnym.

Program ubezpieczeń dodatkowych

W związku z tym, iż laboratoria diagnostyczne są właściwie określonych dóbr materialnych proponujemy Państwu program ubezpieczeń majątkowych.

- ▶ ubezpieczenie od ognia i innych zdarzeń losowych majątku trwałego i obrotowego
- ▶ ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku z rozszerzeniem o ryzyko wandalizmu
- ▶ ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w tym specjalistycznego sprzętu medycznego

Ubezpieczenie mienia prywatnego diagnosty laboratoryjnego

Opracowany zostanie również preferencyjny pakiet ubezpieczenia mienia prywatnego diagnostów laboratoryjnych. W ramach,

którego proponujemy:

- ▶ ubezpieczenie domu, mieszkania, garażu, domków letniskowych od ognia i innych zdarzeń losowych oraz od kradzieży z włamaniem i rabunku
- ▶ OC w życiu prywatnym

Dzięki programowi ubezpieczeniowemu opartym na założeniu, spójności i kompleksowości uzyskacie Państwo najkorzystniejsze warunki ubezpieczenia przy zachowaniu konkurencyjnej ceny ubezpieczenia. Ufam, że profesjonalnie przygotowany program ubezpieczeniowy będzie pomocny w tworzeniu pozytywnego wizerunku społecznego zawodu diagnosty laboratoryjnego i stanie się naturalnym elementem systemu jako część Państwa pracy.

Mamy nadzieję, iż przedstawiona koncepcja naszych prac spotka się z Państwa przychylnym przyjęciem.

MENTOR S.A
UL. PODMURNA 95
87-100 TORU
TEL: (0...56) 669-33-00
FAX: (0...56) 669-33-04

Grupy krwi w świetle nowoczesnych badań serologicznych i molekularnych

Serologia grup krwi jest dziedziną wiedzy zaliczaną jednocześnie nie do immunologii i hematologii, dlatego nazywa się również immunohematologią. Właściwość układu odpornościowego może stanowić barierę dla skutecznego przetaczania krwi i przeszczepiania komórek krwiotwórczych. Celem serologii grup krwi jest poznanie odpowiedzi ustroju na antygeny obcych krwinek i w konsekwencji zapobieganie potransfuzyjnym reakcjom hemolitycznym, udział w diagnozowaniu oraz leczeniu krwiopłodów i niemowląt z chorobą hemolityczną noworodków (ChHN) oraz prowadzenie profilaktyki ChHN, a także badanie reakcji przeciwciał z krwinkami autologicznymi, dla celów diagnostycznych i transfuzjologicznych, w niedokrwistościach autoimmunohematologicznych (NAIH).

Na początku obecnego wieku obchodziliśmy stulecie genialnego odkrycia Karola Landsteinerja - późniejszego laureata nagrody Nobla, który na podstawie doświadczeń opublikowanych w 1900 i 1901 roku, zaliczył ludzi do różnych grup krwi (udział prof. Ludwika Hirszfelda w nazewnictwie grup ABO). Był to początek rozwoju transfuzjologii, a wraz z nim postęp w innych dziedzinach medycyny, od chirurgii do hematologii i transplantologii. Kolejnym bardzo istotnym etapem w rozwoju serologii grup krwi było odkrycie w 1945 roku, przez Coombsa, Mouranta i Race'a, techniki antyglobulinowej, która umożliwiła wykrywanie reakcji antygenów

krwinek czerwonych z przeciwciałami klasy IgG. Dzięki tej technice, łącznie z testami enzymatycznymi, odkryto układy: Rh, Kell, Kidd, Duffy i do dzisiaj łącznie 26 układów grupowych obejmujących ponad 250 antygenów oraz liczne antygeny, nie zakwalifikowane do układów grupowych, w tym antygeny powszechne (występujące u ponad 99% populacji) i antygeny o małej częstotliwości występowania (poniżej 0,2%). W latach 80. korzystając z procedur opracowanych przez Kohlera i Milsteina (nagroda Nobla w 1984 r.), do serologii grup krwi wprowadzono myślenie przeciwciała monoklonalne do wykrywania antygenów A, B, M, N, P, Lewis, a w latach 90. ludzkie przeciwciała monoklonalne skierowane do właściwych istotnych klinicznie antygenów na krwinkach czerwonych (D, C, c, E, e, K, k, Jk^a, Jk^b itd.), co umożliwiło łatwe i szybkie ustalanie fenotypów biorców i dawców krwi oraz stosunkowo proste rozpoznawanie epitopów (miejsc wiązania przeciwciała) różnych antygenów i tym samym ocenę rzadkich ich odmian (np. kategorie antygeny RhD: D^o, D^v, D^Δ). Rok 1990 był dodatkowo istotny dla serologii grup krwi, gdy opracowano wówczas tak zwane techniki kolumnowe, do zastosowania w rutynowych testach serologicznych. Wykonuje się je korzystając z handlowych zestawów mikroprobówek wypełnionych specjalnym elementem. Jego struktura jest tak dobrana, że krwinki czerwone, które uległy aglutynacji zostają zatrzymane podczas wirowania na

powierzchni lub wewnątrz elu, natomiast wolne krwinki opadają na dno. W zależności od badania, w elu znajdują się odczynniki monoklonalne lub surowice do oznaczania grupy krwi ABO i RhD, fenotypu Rh i Kell oraz innych antygenów lub surowice antyglobulinowe dla przeprowadzania testów antyglobulinowych i wykrywania oraz identyfikacji alloprzeciwciał odpornościowych i autoprzeciwciał. W technice kolumnowej uzyskuje się cztery razy mniejsze objętości surowicy badanej niż w technice próbówkowej oraz jeszcze mniejsze ilości krwinek. Technika ta, jako mikrometoda, jest szczególnie wskazana do badań serologicznych niemowląt i dzieci. Kolumnowe testy antyglobulinowe są bardzo czułe, gdy w odróżnieniu od techniki próbówkowej, nie mają etapu przemywania krwinek czerwonych i tym samym możliwość utracenia i niewykrycia przeciwciał o małym powinowactwie. Aglutynacja zostaje utrwalona w elu, dlatego wynik może być oceniony ponownie lub skonsultowany z innymi osobami nawet po kilku-kilkunastu godzinach. Technika kolumnowa jest chętniej stosowana przez serologów, jednak przeszkodą w jej upowszechnianiu w Polsce, są koszty związane z wyposażeniem pracowni w specjalne wirówki i odpowiednie pipety oraz ceny samych testów.

Wydatki te są jednak rekompensowane przez korzyści w postaci szybszej i pewniejszej diagnostyki, a co za tym idzie bez-

Grupy krwi w wietle nowoczesnych bada serologicznych i mikrobiologicznych

piecniejszych transfuzji i skuteczniejszego leczenia w przypadku wykrycia alloprzeciwiac lub autoprzeciwiac.

W 1990 roku opublikowano wyniki pierwszych bada grup krwi na poziomie DNA, prowadzonych dzi ki zastosowaniu techniki PCR do namna ania materiału genetycznego i metod jego sekwencjonowania, czyli ustalania kodu genetycznego. Wcze niej dziedziczenie grup krwi rozpatrywano w oparciu o badania rodzinne; na podstawie oceny fenotypów wnioskowano o genach dominuj cych i recesywnych oraz o liczbie alleli w poszczególnych układach grupowych. Pierwszym zaskoczeniem wynikaj cym z bada molekularnych układu ABO, było odkrycie, e osoby grupy O, które nie maj antygenów A i B, posiadaj gen niemal identyczny z genem A, a ró nica dotyczy delekcji tylko jednego nukleotydu w ród 1059 nukleotydów koduj cych biało transferaz przenosz c charakterystyczny dla grupy A cukier. Wywnioskowano, e gen *O* wywodzi si z genu *A*, chocia wcze niej na podstawie bada populacyjnych traktowano grup *O* jako pierwotn . Zarówno w układzie ABO jak i w kolejnych układach grupowych, badanych metodami biologii molekularnej, obserwowano prawidłowo polegaj c na du ej homologii alleli i minimalnych ró nicach mi dzy nimi, dotycz cych pojedynczych substytucji (zamiana jednego lub kilku nukleotydów na inne) lub delekcji nukleotydu. Te minimalne ró nice genetyczne przekładaj si na zasadnicze ró nice immunohematologiczne (mo liwo reakcji poprzetoczeniowej na niedobran krew, ró ne ryzyko konfliktu serologicznego w ci y z okrelonym partnerem, podatno na pewne choroby itp.). Zaskakuj ce było równie odkrycie, innej ni oczekiwano, liczby genów w układzie Rh. Wcze niej s dzono, e istniej nast puj ce pary genów allelicznych: *D* (gen daj cy produkt - antygen D, czyli grup Rh+) i *d* (gen amorficzny bez produktu o wła ciwo ciach immunologicznych), *E* oraz *e*, *C* oraz *c*. Okazało si , e s tylko dwa geny: *D* i *CE*. Osoby Rh dodatnie maj oba geny, a osoby Rh ujemne maj tylko gen *CE*, najcz cieiej jego allel *ce*, a nie jak s dzono po 3 geny w ka dym przypadku. Dodatkowo u ludzi rasy czarnej i óltej wykryto tzw. pseudogen *y/D*, który maj c podobny materiał genetyczny do genu *D* nie daje produktu i posiadaj ca go osoba jest Rh ujemna. Wydaje si , e badania genetyczne w zakresie grup krwi nie zast pi tradycyjnych bada serologicznych, ale oprócz walorów poznawczych przynosz istotne korzy ci praktyczne. Jedn z nich jest mo liwo przewidywania antygenów płodu na podstawie nieinwazyjnego badania, przy u yciu krwi matki, w której osoczu od 5-7 tygodnia ci y znajduje si wystarczaj ca do bada ilo DNA dziecka. W Instytucie Hematologii i Transfuzjologii bada si na razie w ten sposób obecno genu *D* płodu. Je eli kobieta

ma przeciwiacia anty-D i jednocze nie ustali si , e dziecko jest Rh ujemne (brak genu *D*), bez konieczno ci pobierania podczas ci y jego krwi z yły p powinowej, to unika si obaw o wyst pienie choroby hemolitycznej płodu/novorodka i dalszych obci aj cych bada .

Badania genetyczne antygenów krwinek czerwonych przyczyniły si tak e do lepszego poznania ich budowy biochemicznej i funkcji. Dzi ki analizie DNA odkryto, e niektóre antygeny s homologiczne z innymi nieantygenowymi strukturami białkowymi, np. stwierdzono, e geny układu Kell s tak samo zbudowane jak endopeptydazy cynkowe, a antygeny LW i Lutheran s tak zaprogramowane jak geny nadrodziny immunoglobulin. Badanie sekwencji nukleotydów ułatwiło odtworzenie sekwencji aminokwasów kodowanych białek, przewidywanie, które cz ci antygeny s umiejscowione w fosfolipidowej błonie cytoplazmatycznej, które wewn trz cytoplazmy, a które wystaj nad powierzchni błony. Badaj c dodatkowo defektowe fenotypy w zakresie ró nych układów grupowych ustalono, e antygeny pełni nast puj ce funkcje: transporterów anionów (układ Diego), wody (Colton, Rh) i mocznika (Kidd), regulatorów dopełniacza (Cromer, Knops), enzymów reguluj cych erytropoez (Kell), receptorów chemokin (Duffy) i cz stek adhezyjnych (Lutheran, LW), receptorów drobnoustrojów (np. *MN - Plasmodium falciparum*, Duffy - *Plasmodium vivax*, P- *Parvovirus B19*, Lewis - *Helicobacter pylori*), co mi dzy innymi mo e tłumaczy zró nicowanie antygenowe w ró nych rejonach wiata, zwi zane z ró nymi zagro eniami epidemicznymi w przeszło ci i obecnie. Niektóre antygeny i zwi zane z nimi biało pełni rol strukturaln i utrzymuj ksztalt krwinki czerwonej.

Jednym z wybiegaj cych w przyszło celów bada genetycznych w zakresie grup krwi, jest produkowanie, z komórek macierzystych, krwinek o okrelonych fenotypach. Wybiórcze blokowanie translacji mRNA w zakresie jednego lub wi kszej ilo ci białek (antygenów) i odtwarzanie erytropoezy w płynnych kulturach przy u yciu czynników wzrostu, zagwarantowałoby dost p do krwinek o ka dym potrzebnym fenotypie. Takie krwinki s po dane, gdy nale y szczególnie unika ewentualnej immunizacji biorcy (np: transfuzje dopłodowe, cz ste przetoczenia krwinek czerwonych, NAIH) lub, gdy brak odpowiednich dawców (biorca ma przeciwiacia do powszechnego antygeny). Mo liwo zastosowania zmodyfikowanych genetycznie krwinek czerwonych bez antygenów - receptorów czynników zaka nych, prawdopodobnie ułatwiłyby walk z epidemiami tak gro nymi, jak np: malaria, na któr umiera co roku 1,5-2,7 miliona ludzi. Rekombinowane antygeny, wytwarzane na podstawie DNA, mogłyby w przyszło ci by u yte do testów diagnostycznych, w celu wy-

krywania i identyfikacji przeciwiac w biorców krwi. Uniezale niłoby to laboratoria serologiczne od pracy z materiałem biologicznym - krwinkami wzorcowymi pochodz cymi od dawców o ró nej ekspresji antygenów i czasem o trudno dost pnych fenotypach.

Jadwiga Fabja ska-Mitek

Lektura uzupełniaj ca:

- e Daniels G. Human Blood Groups. Blackwell Science, Oxford, Malden, Carlton, Berlin; 7ed., 2002.
- e Fabja ska-Mitek J. Serologia grup krwi. Maria ska B, Fabja ska-Mitek J, Windyga J. Badania laboratoryjne w hematologii. Podr cznik dla słuchaczy studiów medycznych; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003: 227-285.
- e Fabja ska-Mitek J. Post py w zakresie bada nad cechami autoprzeciwiac do krwinek czerwonych. Acta Haematol Poi 1999; 30:257-264.
- e Fabja ska-Mitek J, Nasiłowska B, Antoniewicz-Papis J. Niedokrwiasto ci immunohemolityczne po transplantacjach allogenicznym komórkom krwiotórczym. Acta Haematol Poi 2003; 34: 477-484.
- e Issitt PD, Anstee D J. Applied Blood Group Serology. Montgomery Science Publications, Durham, USA; 4 ed., 1998.
- e Mintz PD. Transfusion Therapy: Clinical Principles and Practice. Tłum. Leczenie krwi . Zasady post powania klinicznego. Sekcja Transfuzjologiczne Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów w, Warszawa 2001.

Wywiad z dr hab. Tadeuszem Doboszem, kierownikiem zakładu technik molekularnych katedry medycyny s dowej akademii medycznej we wrocławiu na temat diagnostyki medycznej opartej na metodach biologii molekularnej

Wywiad przeprowadził: JAN KOWALSKI

Na czym polegaj zalety bada diagnostycznych wykonanych przy u yciu technologii bada RNA i DNA?

Na tak sformułowane pytanie mo na odpowiedzie na dwa sposoby. Z punktu widzenia dobra pacjenta, technologia ta ma same zalety zarówno w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jak i leczenia zamkni - tego - daje ona wyniki szybkie i pewne, a w niektórych przypadkach nieosi galne /lub trudno osi galne/ metodami klasycznymi. W przypadku leczenia ambulatoryjnego koszt terapii ponosi, powiedzmy to sobie szczerze, pacjent. Trudno wi c si ga po argumenty ekonomiczne. Ale w przypadku leczenia zamkni tego sytuacja si (teoretycznie) zmienia - tu ta technologia mo e przynie powa ne oszcz dno ci finansowe poprzez zwi kszenie pewno ci diagnozy, ustalenie wła ciwej terapii i skrócenie jej czasu oraz poprzez zastosowanie wła ciwych leków. Niestety, z punktu widzenia NFZ nie s to adne korzy ci,

ci g dalszy na stronie 10...

ale dodatkowe i zbędne wydatki na kosztowne diagnostyki z których wynikami, prawdę mówiąc, na dobrą sprawę nie bardzo wiadomo, co robi.

No to teraz nie wiem, czy b. dziemy dalej rozmawia w tonacji radosnej, czy pesymistycznej?

Chyba i tak, i tak. Pozwoli Pan, a teraz ja zadam pytanie: zapewne Pan s. dzi, a nowoczesnej, masowej diagnostyki opartej na technologiach biologii molekularnej praktycznie nie mamy dlatego, a nie ma nikogo kto potrafi ją zrobić a tak a nie ma laboratoriów, które s. do tego w pełni przygotowane?

Czy by było inaczej?

Niestety, tak. Dla przykładu podam, a teoretycznie bardzo rozwinięta jest diagnostyka mikrobiologiczna, sama lista patogenów mo liwych do oznaczenia techniką PCR zajmuje półtorej strony maszynopisu. Aby nie by. gołosłownym podam tylko patogeny /nie tylko ludzkie!/: na trzy pierwsze litery alfabetu: *Acinobacter species*, *Agrobacterium tumefaciens*, *Bordetella pertussis*, *Borrelia afzelii*, *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*, *Bovine Herpes Virus type I /BHVI/*, *Bovine Leukemia virus /BLV/*, *Candida albicans*, *Chlamydia trachomatis*, *Cryptococcus neoformans*, *Coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoformans* i *Cytomegalovirus*. Pełn list patogenów ju w połowie lat dziesięciu tych rozeszliśmy do wszystkich ZOZ-ów i szpitali naszego makroregionu. Razem kilkaset ofert! Proponowali my wykonanie testu zwykłego w ci. gu 48, a *na cito* w ci. gu 24 godzin. Odpowiedzi przyszło w sumie... pi, a do tego wszystkie typu „bardzo ch. tnie, ale mo. e innym razem”. Sprz. t wielkiej warto. ci, zakupiony z pieni. dzy KBN na potrzeby naszej Uczelni i całego naszego makroregionu nie jest w pełni wykorzystywany i mamy z tego powodu kłopoty! Niby diagnostyka molekularna jest wa. na, decydenci warszawscy w pełni ją doceniają, znajdują c w obecnej rozpaczliwej sytuacji rodki na inwestycje, a tak naprawdę, to jest le. Bez przerwy w tym kraju „kto, gdzie, co” w tej dziedzinie robi, publikuje wyniki, s. granty uczelniane, granty KBN-u i unijne za które wykonuje się „bezpłatn” diagnostyk /bezpłatn, bo pacjent osobi. cie nic nie płaci. A przecie tak naprawdę płaci za badanie KBN, a wi. c bud et, czyli podatnik/. W tym na wietleniu pa. stwowym, KBN-owskie pieni. dze s. marnowane. Powiem wi. cej - to jest system szkodliwy. Bo pacjent przyzwyczajają się, a mo. e mie. wynik uzyskany przy u. yciu nowej technologii za darmo. Tymczasem ka. dy grant kiedy się ko. czy, wtedy zwykle jedzie się na kongres, pisze się publikację, otwiera nowy temat, wyst. puje o nowy grant, a tamto - zwykle obumiera. A pacjenci i ich potrzeby? A zwykła, szara, codzienna praktyka?

Czy Pan aby nie przesadza? Mo. e ta technologia wcale nie jest taka dobra?

No nie wiem. Je. eli, dla przykładu,

mikrobiolodzy mają kłopoty z wyhodowaniem pr. tka gru. licy, trwa to tygodniami i nigdy nie jest pewne gdy nie wyrósł czy to dlatego, a go nie było, czy dlatego, a nie powiodła się hodowla - a my dajemy pewny wynik nast. pnego dnia, a do tego „mimoходом” z informacją czy jest oporny na rifampicy. n, czy nie - to czy co. takiego nie jest dobre? Je. eli diagnostyka farmakogenetyczna pozwoli na dobranie wła. ciwego leku we wła. ciwej dawce od razu, bez znanej ka. demu lekarzowi i pacjentowi metody „prób i bł. dów” (tych drugich wi. cej) to nie ma w tym dobra? Czy potencjalna mo. liwo. leczenia chorób wobec których do tej pory medycyna była bezradna jest regresem cywilizacyjnym?

No, powiedzmy, a jest dobra. Mo. e w takim razie jest zdecydowanie za droga, zwłaszcza przy obecnej mizerii finansowej kraju?

Test diagnostyczny na poziomie molekularnym rzeczywi. cie na pierwszy rzut oka tani nie jest. W zale. no ci od rodzaju, producenta, kraju pochodzenia testu itp. jego cena wynosi od 50 do 200 zł za badanie, w niektórych /rzadkich/ przypadkach nawet wi. cej, bywa e i ponad 1.000 zł. Ale z drugiej strony na przykład wiadomo, a terapia interferonowa pacjenta, nosiciela wirusów. ółtaczki kosztuje około 15.000 zł za jedn. serię zastrzyków, a jest nieskuteczna gdy wirusów jest za du. o. Ich jest za du. o niestety dosy. cz. sto, i kosztowna terapia nie skutkuje. Mo. na tego unikn. robi. c badanie ilo. ciowe wirusa za drobny ułamek tej kwoty. Czy w wietle tego faktu molekularny test jest rzeczywi. cie za drogi? Pocz. tkowo tak się wydaje, ale gdy podsumujemy wszystkie rzeczywiste koszty /w tym zb. dnej lub nieskutecznej terapii/ to kto wie, czy to nie wyjdzie wr. cz. taniej! Lepiej najpierw wyda. 1000, aby potem ewentualnie zaoszcz. dzi kilka razy po 15.000, prawda? A sprawa etyki (mo. emy diagnozowa. lepiej, ale z powodów finansowych tego nie robimy)? A problem samopoczucia psychicznego pacjenta który bywa leczony „w ciemno” i bezskutecznie? A marnowanie trudno dost. pnych leków którymi szafujemy bez rozoznania podło. a molekularnego pacjenta? Takie marnotrawstwo nie powinno by. dłu. ej tolerowane.

No to niech Pan bez ogródek wyło. y, czemu tej diagnostyki nie ma, albo ci. lej, dlaczego jest ale tak jakby jej nie było, tzn. nie jest stosowana powszechnie?

Prosz. bardzo, słu. wyją nieniem, chocia. robi to z bardzo ci. kim sercem, bo wiem, a wielu ludzi to urazi. Ale dla dobra sprawy... Moim zdaniem działają tu specyficzne mechanizmy. Mechanizm pierwszy, to nie przygotowanie rodowiska lekarskiego. To jest zarzut tak e pod moim własnym adresem, najwyra. niej jeste my mało aktywni w informowaniu. Z drugiej strony, obawiam się, a to i tak byłoby wołanie na puszczy, by mo. e musi odej. na emerytur pokolenie lekarzy które zleca swoim pacjentom wykonanie testu OB, a nadej. pokolenie które zleci wykonanie testu PCR. To nie stanie się z dnia na dzie. . To musi potrwa. . Wygl. da na

to, a jest jeszcze na tak nowoczesn. a powszechn. diagnostyk trochę za wcześnie.

Drugi mechanizm nazywam „mechanizmem dziesięciu tego pacjenta”. Wyobra. my sobie lekarza, który swoich dziesięciu pacjentów wysłał do naszej pracowni DNA w celu wykonania odpłatnej diagnostyki molekularnej. O miu z nich zrobi to bez wahania. Dziewięć ty. zrezygnuje, bo nie b. dzie miał pieni. dzy. Problem z dziesięcym. On zrobi piekieln. awanturę, a przecie jest ubezpieczony, a Konstytucja, a słu. ba zdrowia w tym kraju jest bezpłatna a tu takie co, a to znowu jaka. zmowa, mafia medyczna, szmerane m. te interesy itp., itd. No i je. eli zrobimy takich diagnostyk w ci. gu roku na przykład 1000 to w Izbie Lekarskiej znajdzie się 100 za ale. . Kto to wytrzyma... Lekarze boją się kłopotów i wol. raczej w ogóle nie zleca kontrowersyjnych odpłatnych badań. Trzeci mechanizm, nazwałem „czemu Pan się nie liczy...”. Otóż kiedy powiedziano mi wprost, a nasze oferta ma sens, ale nic z tego nie b. dzie, bo ka. dy dobry dyrektor szpitala ma swoje ambicje i kiedy uruchomi sobie tak pracownię sam. W tej chwili co prawda nie, bo chwilowo nie ma ludzi, pomieszcze, sprz. tu, do wiadzczenia, pieni. dzy itp., itd., ale kiedy na pewno to b. dzie zrobione. Nasza propozycja kompletnie nie liczy się z ambicjami zawodowymi kierowników... Ostatni problem to „reforma Słu. by Zdrowia”. Ró. nych jej wariantów ju próbowano, o ró. nych dyskutowano, ale o koncepcji likwidacji funduszy celowych ci. gle jest cicho. Dyrektor szpitala nie ma do dyspozycji „pzeni. dzy”, ma natomiast „pzeni. dze na” (płace, utrzymanie szpitala, diagnostyk, leki, remonty itp., itd.). Gdyby miał na przykład bud. et 50 milionów na cały rok, to dobry gospodarz dobrze by poli. czył co mu wychodzi taniej. Z kolei zły natychmiast zmarnowałby wszystko na podwy. ki płac, nowe meble do gabinetu i szpital upadłby. Mo. e dlatego o takiej reformie nawet szepta. nie mo. na, bo tu się ludziom nie wierzy po prostu? Ale szpitale i tak upadają, a wi. c co wła. ciwie mamy do stracenia?

Przykro mi to wszystko mówi, wiem dobrze jak to brzmi, ale sam Pan chciał...

nie zako. czymy optymistycznie?

Nie zako. czymy. Chocia. ... jest wiatelko w tym mroku. Mo. e nawet dwa wiatelka. Jedno, to prywatna słu. ba zdrowia. Mo. e powstanie? Rozkwitnie? Mo. e da zlecenia? Poci. gnie za sob. pa. stwowego molocha? Drugie, to upływ czasu. Jak ju wprowadz. j wszyscy, nawet w Zimbabwie i na Kubie taka diagnostyka ju b. dzie to mo. e i do nas w ko. cu te. zawita? Szkoła jedynie naszej zmarnowanej młodo. ci i zmarnowanego czasu i zapała, ale pewnie tak wła. nie musi by. i ani Pan, ani ja nic na to nie poradzimy. Póki co, jeste my silni, zwarci, gotowi i... mocno sfrustrowani bezczynno. ci. . Czekamy na zlecenia z miasta i makroregionu. Czekamy... czekamy... Ju dwana. cie lat czekamy. Mo. e się w ko. cu doczekamy?

Dzi. kuj za rozmow. .

Tajemnica zawodowa diagnosty laboratoryjnego

W różnych sytuacjach życiowych pacjenci powierzają informacje o sobie i stanie swojego zdrowia lekarzom, pielęgniarkom, diagnostom laboratoryjnym i innym pracownikom służby zdrowia. Mogą jednocześnie nie oczekiwać, że zachowają oni te informacje wyłącznie dla siebie i nie rozpowszechnią ich, ponieważ mogłoby to narazić pacjenta na szkodę. Możliwość nieoczekiwanej powiernicy tajemnic pacjentów przedsięwzięć wszystkich niezbędnych środków, aby zabezpieczyć posiadane informacje przed osobami nieuprawnionymi do zapoznania się z ich treścią. Gdyby jednak do ujawnienia tych informacji miało dojść, prawo powinno zapewnić możliwość uczynienia szkody pacjentowi, a na osoby winne nakładać odpowiednie sankcje, zarówno dyscyplinarne, jak i w niektórych przypadkach karne.

Problematykę zachowania tajemnicy zawodowej przez osoby wykonujące zawody medyczne regulują tzw. akty korporacyjne. Mam tu na myśli ustawę o zawodzie lekarza, ustawę o diagnostyce laboratoryjnej, ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę o zawodzie felczera.

Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej zobowiązuje diagnostę laboratoryjnego do zachowania tajemnicy zawodowej (art. 29 ust. 1).

Takie składana przez diagnostów laboratoryjnych przysięga przewiduje ten obowiązek - "lubuj uroczyście, że jako diagnosta laboratoryjny będę wykonywał czynności diagnostyki laboratoryjnej z całkowitą sumiennością i rzetelnością, zgodnie z najlepszą wiedzą, zgodnie z prawem i prawami pacjenta «Salus aegroti suprema lex» i zasadami etyki zawodowej. Poznane w związku z wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej fakty i informacje zachowam w tajemnicy w zakresie określonym przepisami prawa."

Mówi o tajemnicy zawodowej wyróżniając jej aspekt przedmiotowy i podmiotowy.

Aspekt przedmiotowy dotyczy rodzaju informacji, które objęte są tajemnicą. Zauważymy, że art. 29 ustawy, w przeciwieństwie do innych aktów korporacyjnych, nie wyznacza zakresu przedmiotowego tajemnicy zawodowej diagnosty laboratoryjnego. Ustalając ten zakres przedmiotowy pomocniczo należałoby się posłużyć treścią składanej przez diagnostów przysięgi. Treść przysięgi w sferze tajemnicy obejmuje fakty i informacje poznane w związku z wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej. Takie i to sformułowanie budzi wiele wątpliwości. Moim zdaniem należałoby przyjąć szerokie rozumienie zakresu przedmiotowego tej tajemnicy. Będzie więc nią objęte zarówno

wyniki przeprowadzonych analiz, jak również wiadomości nie związane bezpośrednio ze stanem zdrowia pacjenta, o ile zostały one uzyskane w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Mogą to być informacje dotyczące np. działalności pacjenta, czy też stanu majątkowego. W sferze tajemnicy zawodowej mieszczą się również, obok informacji powierzonych przez samego pacjenta, te, które wynikają z samodzielnych ustaleń diagnosty laboratoryjnego.

Wprawdzie ustawa o tym wprost nie stanowi, ale uznajemy, że tajemnicę objęte są wiadomości dotyczące pacjenta także w przypadku jego śmierci.

O granicach chronionej dyskrecji decyduje przede wszystkim sposób uzyskania określonych informacji. Liczy się tu bowiem fakt, że chodzi o informacje o których diagnosta powziął wiadomość w związku z podjętymi czynnościami zawodowymi.

Aspekt podmiotowy tajemnicy diagnosty laboratoryjnego związany jest z kręgiem osób, które z racji wykonywanego zawodu, mogą być dopuszczone do tajemnicy zawodowej, i które zobowiązane są do jej przestrzegania. Współczesna medycyna jest coraz bardziej skomplikowana pod względem organizacyjnym i personalnym, a w konsekwencji stale poszerza się krąg osób zaangażowanych w procesie, diagnozowania, leczenia, czy konsultacji medycznej. Organizacja służby zdrowia niejednokrotnie wymaga współdziałania ze sobą lekarzy i innych specjalistów. Dotyczy to również diagnostów laboratoryjnych. Ustawa bowiem wyraźnie stanowi, że nie jest naruszeniem obowiązku zachowania tajemnicy przekazanie uzyskanych przez diagnostę informacji osobie, po której opiekę medyczną pozostaje pacjent. Oczywiście jest, że na wszystkich osobach uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia ciąży obowiązek zachowania dyskrecji w zakresie wszelkich informacji związanych z leczeniem, konsultacją medyczną, przeprowadzeniem analiz i badań diagnostycznych.

Dla określenia granic tajemnicy lekarskiej wcale nie jest wskazanie przypadków, w których diagnosta jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy.

Jak wszystkie inne ustawy dotyczące „profesji medycznych” tak również ta ustawa przewiduje sytuacje, w których diagnosta laboratoryjny jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy, a mianowicie:

- ▶ w stosunku do osoby, pod której opiekę medyczną znajduje się pacjent,
- ▶ w stosunku do samego pacjenta, a gdy jest on niepełnoletni lub ubezwłasnowolniony w stosunku do jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego,

- ▶ gdy badanie diagnostyczne zostało przeprowadzone na podstawie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów lub instytucji. Wówczas diagnosta laboratoryjny jest obowiązany poinformować o wynikach badania wyłącznie te organy lub instytucje. Oczywiście przekazanie informacji następuje tylko w niezbędnym zakresie. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz powinny być nadal objęte tajemnicą,
- ▶ gdy jest to niezbędne dla praktycznej nauki zawodów medycznych,
- ▶ gdy jest to niezbędne dla celów naukowych,
- ▶ w przypadkach gdy przewidują to przepisy szczególne. Sytuacją taką przewiduje ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 roku nr 126 poz. 1384 z późn. zm.). Art. 21 tej ustawy nakłada na kierownika laboratorium wykonującego badania mikrobiologiczne, serologiczne i molekularne obowiązek zgłoszenia w ciągu 24 godzin, odpowiednim podmiotom dodatknych wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych wymienionych w ustawie, zakażenia gruźlicy, a także chorób przenoszonych drogą płciową, w tym również zakażenia HIV.

Niedopełnienie omawianego obowiązku, to znaczy ujawnienie wiadomości objętych tajemnicą, może uzasadniać odpowiedzialność karną za przestępstwo określone w art. 266 par. 1 kodeksu karnego. Artykuł ten stanowi: Kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informacje, z którymi zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.

Bezprawne ujawnienie tajemnicy może być również podstawą cywilnoprawnej odpowiedzialności diagnosty laboratoryjnego. Wprowadzenie odpowiedzialności dyscyplinarnej diagnosty wymaga uchwalenia Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego.

Anna Huk

Jak ju była mowa we wcze niejszym artykule, aby utworzy laboratorium diagnostyczne w formie nzo podmiot tworzy taki zakład (okre lone w art. 8 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) powinien:

- 1) podj decyzj zgodnie z prawem w przewidzianej formie o utworzeniu laboratorium,
- 2) wyposa y laboratorium w niezb dny maj tek (pomieszczenia, sprz t medyczny itp.),
- 3) spełni wymogi fachowe i sanitarne dotycz ce pomieszcze i urz dze laboratorium diagnostycznego okre lone w wielokrotnie nowelizowanym rozporz dzeniu z dnia 21 wrze nia 1992 r. Ministra Zdrowia w sprawie wymaga , jakim powinny odpowiada pod wzgl dem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urz dzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z pó n. zm.),
- 4) podj czynno ci zwi zane z otrzymaniem nr REGON we wła ciwym urz dzie statystycznym (dotyczy to równie podmiotów tworzc ych nzo),
- 5) podj czynno ci zwi zane z wpisem w Krajowym Rejestrze S dowym oraz rejestracj zakładu opieki zdrowotnej u wojewody.

Wszelkie osoby prawne (np.: spółki zoo b d ce podmiotem tworzc ym dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej), jednostki organizacyjne nie maj ce osobowo ci prawnej oraz osoby fizyczne prowadz ce działalno gospodarcz (a wi c tak e te, które utworzyły nzo) s obowi zane do zło enia w urz dach statystycznych wła ciwych dla ich siedziby wniosku o nadanie tego numeru im i ich jednostkom wyodr bnionym. Urz dy statystyczne wprowadzaj zgłaszaj ce si podmioty do rejestru REGON i wydaj , w ci gu miesi ca od dnia zło enia wniosku, za wiadczanie o nadanym numerze identyfikacyjnym. Numer REGON jest niezb dny w obrocie prawnym.

Kolejnym etapem jest wpis do rejestru przedsi biorców w Krajowym Rejestrze S dowym. Podkre li nale y, e w Krajowym Rejestrze S dowym nie jest wpisywany niepubliczny zakład opieki zdrowotnej lecz podmiot tworzy taki zakład. W KRS b dzie wi c wpisana osoba fizyczna prowadz ca działalno gospodarcz b d te spółka tworzc a niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Post powanie przed KRS jest post powaniem nieprocesowym, wszelkie sprawy dotycz ce wpisów s załatwiane w drodze postanowie s du rejestrowego. Do post powania tego stosuje si przepisy Kodeksu post powania cywilnego i ustawy o KRS. S d rejestrowy sprawdza, pod wzgl dem formalnym, poprawno danych wskazanych we wniosku o wpis do KRS, Natomiast pod wzgl dem merytorycznym s d bada zgodno przedmiotu działalno ci zawartego w umowie

lub statucie z przedmiotem działalno ci zgłoszonym we wniosku o wpis. Opis słowny przedmiotu działalno ci podmiotu wskazany we wniosku nie musi pokrywa si z opisem przedmiotu w Polskiej Klasyfikacji Działalno ci. Formularze wniosków do KRS mo na znale m.in. na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwo ci. / www.ms.gov.pl/krs/krs.shtml/

Działalno laboratorium diagnostycznego (zarówno nzo) mo na rozpoc dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru wojewody. Dotyczy to równie zmiany zakresu udzielanych wiadcze zdrowotnych, a tak e zaprzestania działalno ci.

Rejestr zakładów opieki zdrowotnej maj cych siedzib na obszarze województwa prowadzi, co do zasady, wojewoda. Podstaw wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez wojewod , e zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania okre lone w ustawie o zoz. Wpis do rejestru, odmowa wpisu lub skre lenie z rejestru nast puje w formie decyzji administracyjnej. Zakład opieki zdrowotnej obowi zany jest zgłosi organowi prowadz - cemu rejestr zmiany stanu faktycznego i prawnego odnosz ce si do zakładu opieki zdrowotnej, powstałe po wpisie do rejestru i dotycz ce danych zawartych w rejestrze, w terminie 14 dni od dokonania zmiany. Za dokonanie wpisu do rejestru wojewody pobierana jest opłata skarbową, obecnie wynosi ona 190 zł.

Szczegółowe kwestie zwi zane z wpisem do rejestru zakładu opieki zdrowotnej reguluje rozporz dzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2000 roku w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Wpis do rejestru wojewody nast puje na podstawie zło onego wniosku, którego wzór stanowi załącznik do w/w rozporz dzenia. Do wniosku nale y dołą czy stosowne dokumenty, a mianowicie:

- ▶ wykaz jednostek i komórek organizacyjnych,
- ▶ wykaz aparatury i sprz tu medycznego,
- ▶ wykaz osób wykonuj cych w zakładzie zawody medyczne,
- ▶ akt o utworzeniu zakładu,
- ▶ statut zakładu,
- ▶ dokument stwierdzaj cy uprawnienia do budynku lub lokalu,
- ▶ opini organu inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymaga fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiada pomieszczenia i urz dzenia zakładu,
- ▶ wskazanie kierownika wraz ze wskazaniem wymaganych prawem kwalifikacji do zajmowania tego stanowiska.

Po zebraniu i dostarczeniu dokumentów, potwierdzaj cych spełnienie okre lonych wymaga , organ rejestrowy dokonuje wpisu w formie decyzji administracyjnej. Po uzyskaniu wpisu zakład mo e rozpoc udzielanie wiadcze zdrowotnych.

Alina Budziszewka-Makulska
Anna Huk

EWIDENCJA LABORATORIÓW

Szowni Pa swo. W Internecie Publikujemy list laboratoriów wpisanych do Ewidencji w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.

Jednak, nie wszystkie wnioski zostały prawidłowo wypełnione, cz wniosków przysłano nam niekompletnych, st d na li cie umieszczonej w internecie przy poszczególnych laboratoriach umie cili my w kolumnie „uwag” pro b o skontaktowanie si z KIDL. Podstaw do wpisania laboratorium do ewidencji w KIDL jest przesłanie do nas pisemnego wniosku to znaczy: wypełnionego załącznika nr 1 do uchwały nr 36/2003 i załącznika nr 1 do uchwały nr 37/2003 oraz dokumentu „wersja elektroniczna wniosku” wypełnionego w komputerze i przekazanego nam na dyskietce lub innym no niku elektronicznym. Je eli jednostka słu by zdrowia - podmiot zgłaszaj cy - posiada kilka laboratoriów, zobowi zany jest do sporz dzenia oddzielnych wniosków dla ka dego zgłaszanego laboratorium. Podstaw tego jest §2 i §3 uchwały nr 36/2003 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z 28 pa dziernika 2003 na podstawie artykułu 19 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. nr 100 poz. 1083) z pó niejszymi zmianami (Dz. U. nr 171 poz. 1663). Dlatego te nie wpisano do „ewidencji” tych laboratoriów, które przesyłały nam dokumenty - wnioski 1/36 i 1/37 w formie elektronicznej lub dokumenty te przesłano faxem lub zamiast wymienionych dokumentów przesłano do nas wydrukowan „wersj elektroniczn wniosku”.

Cz wnioskodawców przesyłała nam dokument „wersj elektroniczn wniosku” niekompletny, wypełniaj c jedynie cz ogóln , pomijaj c cz A, B i C1 lub w ogóle bez wypełnienia. Niektórzy zamiast wypełnionego „wniosku elektronicznego” przesyłały nam na dyskietce dokumenty wymagane w formie pisemnej (załącznik nr 1/36 i załącznik nr 1/37) W takich i innych sytuacjach umie cili my na li cie adnotacj z pro b o skontaktowanie si z KIDL.

Wówczas, gdy brakuje numeru wpisu na list diagnostów laboratoryjnych w KIDL kierownika laboratorium umie cili my uwag „BRAK”. Prosimy o uzupełnienie tego numeru, je li w przesłanej dokumentacji zostało to pomini te.

Na wpis laboratorium do ewidencji w KIDL nie ma wpływu okoliczno , gdy kierownik laboratorium nie jest wpisany na list diagnostów w KIDL (zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 28 sierpnia 2003 o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej - Dz. U. nr 171 poz. 1663), jednak jest to niezgodne z art. 18 wymienionej ustawy („Art. 18. Uprawnienia do kierowania laboratorium maj osoby posiadaj ce prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego”) obowi zuj cej od 17 pa dziernika 2003 r.

Przypominamy, e wpisowi do „Ewidencji” podlegaj laboratoria (pracownie, zakłady diagnostyki, oddziały laboratoryjne itp.) a nie Szpitale, Stacje San-Epid, Przychodnie itp.

Zgodnie z prawem wspólnotowym obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej mogą swobodnie przemieszczać się w obrębie Unii Europejskiej, w tym w celu podejmowania pracy. Swobodny przepływ osób jest obok zasady swobodnego przepływu towarów, usług oraz kapitału jednym z fundamentów Wspólnot Europejskich. Z przepisów regulujących swobodny przepływ osób może korzystać każdy obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej posiadający pełne kwalifikacje do wykonywania określonego zawodu lub podjęcia działalności, który zamierza wykonywać zawód na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa usługobiorców oraz obiektywnej oceny kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej wprowadzane są, począwszy od lat 70. tych, dyrektywy regulujące uznanie kwalifikacji. W Unii Europejskiej istnieją dwa systemy uznawania kwalifikacji zawodowych:

- system sektorowy
- system ogólny

Dyrektywy dotyczące systemu sektorowego obejmują 5 zawodów medycznych, tj.: zawód lekarza, zawód lekarza dentystry, zawód pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, zawód położnej oraz zawód farmaceuty.

Dyrektywy o poziomie ogólnym (89/48/EWG oraz 92/51/EWG) swoim zakresem obejmują wszystkie pozostałe zawody. Zawody medyczne objęte przepisami tych dyrektyw to np. zawód fizjoterapeuty, dietetyka, diagnosty laboratoryjnego czy technika analityki medycznej.

Dyrektywa Rady z dnia 21 grudnia 1988 r. w sprawie ogólnego systemu uznawania dyplomów szkół wyższych, przyznawanych na podstawie przynajmniej trzyletniego kształcenia i szkolenia zawodowego (89/48/EWG) obejmuje te zawody, w których kształcenie odbywa się w danym państwie na poziomie wyższym i trwa, co najmniej 3 lata. Tak, więc na podstawie tej dyrektywy uznawane będą kwalifikacje w zawodzie diagnosty laboratoryjnego. Aby jednak systemem ogólnym objąć wszystkie zawody, także te, w których kształcenie odbywa się na poziomie średnim lub technicznym, czy si wydaniami certyfikatu lub innego zaświadczenia, wydana została w roku 1992 dyrektywa uzupełniająca, która obejmuje wszystkie pozostałe poziomy kształcenia (Dyrektywa Rady 92/51/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie drugiego ogólnego systemu uznawania kształcenia i szkolenia zawodowego, uzupełniająca dyrektywę 89/48/EWG).

Uznawanie kwalifikacji w ramach systemu ogólnego charakteryzuje się następującymi cechami:

- osoba starająca się o uznanie kwalifikacji musi być obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospoda-

rczego (Norwegii, Islandii, Lichtensteinu) lub konfederacji Szwajcarii;

- osoba ta musi być w pełni wykwalifikowana do wykonywania danego zawodu w państwie, w którym uzyskała wykształcenie („home Member State” - państwo pochodzenia);
- zawód musi być zawodem regulowanym w państwie, w którym stara się o uznanie kwalifikacji („host Member State” - państwo przyjmujące);
- zawód regulowany, który chce się wykonywać w danym państwie musi być zawodem, do którego wykonywania osoba ta jest w pełni wykwalifikowana w państwie swego pochodzenia.

System ogólny nie zakłada automatycznego uznawania kwalifikacji, tak jak w przypadku zawodów objętych systemem sektorowym. Wynika to z faktu, iż nieosiągnięto na poziomie Wspólnoty Europejskiej jednolitego stanowiska państw członkowskich, co do minimalnego zakresu kształcenia w tych zawodach, a istnieją różnice w programach kształcenia pomiędzy różnymi państwami członkowskimi nie pozwalają na wprowadzenie uproszczonego systemu uznawania kwalifikacji. Istotnym systemu ogólnego jest porównywanie, przez uprawniony organ danego państwa przyjmującego, czasu trwania kształcenia oraz zawartości programu kształcenia odbytego przez wnioskodawcę w państwie pochodzenia z programem oraz długością kształcenia obowiązującym w państwie przyjmującym. W przypadku stwierdzenia znacznych różnic w programie kształcenia lub zakresie czynności, do których uprawniona jest osoba w państwie pochodzenia oraz w państwie przyjmującym, organ uznający kwalifikacje może zobowiązać wnioskodawcę do odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności. Oba te rodzaje, zwane rodzajami kompensacyjnymi, mogą obejmować jedynie stwierdzone różnice programowe. Długość stażu adaptacyjnego nie może przekraczać 3 lat. Biorąc jednak pod uwagę fakt, iż wnioskodawcą jest osoba w pełni wykwalifikowana do wykonywania danego zawodu w państwie pochodzenia, długość tego stażu nie przekracza zazwyczaj kilku miesięcy. Staż adaptacyjny odbywany jest pod nadzorem w pełni wykwalifikowanego przedstawiciela danego zawodu i ma na celu uzupełnienie stwierdzonych różnic. Test umiejętności, w tym zakresie tematycznym obejmujący także, tylko i wyłącznie stwierdzone różnice programowe. Może on przybrać formę egzaminu ustnego, pisemnego lub praktycznego, a także formę mieszana, w zależności od specyfiki danego zawodu oraz różnic programowych. Wybór jednego z tych rodzajów należy do organu przyjmującego zawodów medycznych zawsze do wnioskodawcy. Wybór ten może zostać ograniczony tylko w przypadku zawodów, w których niezbędna jest znajomość prawa danego państwa, np. zawody prawnicze. W przypadku stwierdzenia różnic w długości kształcenia uzyskanego przez wnioskodawcę w państwie pochodzenia z długością kształ-

cenia przewidzianą w państwie, w którym ów wnioskodawca stara się o uznanie swych kwalifikacji (państwo przyjmujące), organ uznający kwalifikacje może wymagać dodatkowego zaświadczenia zawodowego, które zniweluje różnicę w długości kształcenia. Nie może na jednak wymagać od wnioskodawcy do zaświadczenia zawodowego dłuższego niż 4 lata. Organ uznający kwalifikacje musi wydać decyzję w ciągu 4 miesięcy od dnia złożenia wszystkich wymaganych dokumentów. W przypadku odmowy uznania kwalifikacji należy podać powody odmowy, a także przewidzieć w prawie krajowym możliwość zaskarżenia takiej decyzji.

Ze względu na ochronę dobra i bezpieczeństwa pacjentów w Polsce wymaga się od obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających świadczyć usługi medyczne w Polsce znajomości języka polskiego w formie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu (umożliwiającej swobodne porozumiewanie się z pacjentem i przedstawicielami innych zawodów medycznych). Zgodnie jednak z regulacjami prawa wspólnotowego nie może na egzaminować czy w jakikolwiek inny sposób sprawdzać znajomości języka. Zainteresowany składa jedynie o zaświadczenie o odpowiedniej znajomości języka. Trudno jednak wyobrazić sobie sytuację, w której osoba nieznająca języka danego państwa, zostanie zatrudniona przez pracodawcę. W pewien sposób ten sprawdzian umiejętności językowych przerzucony został, więc na przyszłych pracodawców.

W celu dostosowania prawa polskiego do prawa wspólnotowego w zakresie uznawania kwalifikacji do polskiego porządku prawnego transponowano przepisy poszczególnych dyrektyw. Dyrektywy o poziomie ogólnym transponowane zostały do naszego prawa poprzez wydanie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych.

Organem właściwym w sprawach uznawania kwalifikacji w ramach systemu ogólnego jest minister kierujący danym działem administracji państwowej, obejmujący swoim zakresem poszczególne zawody. Tak, więc organem odpowiedzialnym w sprawach uznawania kwalifikacji w zawodach medycznych objętych systemem ogólnym będzie Minister Zdrowia. W tym celu w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego powstał Wydział Uznawania Kwalifikacji w Zawodach Medycznych. Na podstawie art. 15 ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych, wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. o stażu adaptacyjnym i testach umiejętności w toku postępowania o uznanie nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania medycznych

zawodów regulowanych. Przedmiotowe rozporządzenie szczegółowo reguluje kwestie związane z odbywaniem stażu adaptacyjnego oraz przeprowadzaniem testu umiejętności (Dz.U. z 2003 r. Nr 132, poz. 1237).

Jednym z warunków uznania kwalifikacji w ramach systemu ogólnego jest, aby dany zawód był zawodem regulowanym w państwie przyjmującym. Zawód jest zawodem regulowanym, jeżeli w danym państwie dostęp do zawodu jest w pewien sposób ograniczony, np. poprzez obowiązek zdobycia odpowiedniego wykształcenia warunkującego jego pełnienie wykonywania zawodu. Nie ma wątpliwości, co do tego, że zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem regulowanym. Status ten potwierdza ponadto akt prawny regulujący zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, tj. ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1083, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 7 ww. ustawy, diagnostą laboratoryjnym jest osoba wpisana na list diagnostów laboratoryjnych, która ma pełną zdolność do czynności prawnych, posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu diagnosty, wykonuje zawód w laboratorium oraz spełnia jeden z warunków:

- 1) ukończyła studia wyższe na kierunku chemia analityczna i uzyskała tytuł zawodowy magistra,
- 2) ukończyła studia wyższe na kierunku innym, niż określony w pkt 1, przydatnym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, i uzyskała tytuł zawodowy magistra oraz w ramach kształcenia podyplomowego uzyskała kwalifikacje zawodowe w zakresie chemii analitycznej potwierdzone egzaminem,
- 3) ukończyła studia wyższe na kierunku innym, niż określony w pkt 1 i uzyskała na dotychczasowych zasadach specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie mającej zastosowanie w diagnostyce laboratoryjnej,
- 4) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej uznany w RP za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w RP, potwierdzającym tytuł zawodowy magistra na kierunku chemii analitycznej,
- 5) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej uznane w RP zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych.

Posiadanie kwalifikacji, o których mowa w pkt 5 potwierdzone będzie decyzją Ministra Zdrowia w sprawie uznania kwalifikacji w zawodzie diagnosty laboratoryjnego. Na tej podstawie, zgodnie z art. 9, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych stwierdza, że będzie prawo wykonywania zawodu w stosunku do obywateli państw członkowskich

Unii Europejskiej.

Ze swobodnym przepływem osób między państwami członkowskimi i kandydującymi do Unii, wpływają niekorzystnie na proces zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń medycznych. Stanowisko zaprezentowane w komunikacie stało się impulsem do rozpoczęcia na forum instytucji unijnych szerokiej dyskusji nad możliwością rewizji zapisów Dyrektywy w kierunku uelastyczenia regulacji dotyczących sektora ochrony zdrowia. W dyskusji tej aktywny udział bierze również polskie Ministerstwo Zdrowia, które m.in. podjęło współpracę z państwami popierającymi rewizję oraz uczestniczyło w pracach grupy roboczej ds. zdrowia publicznego Rady UE nad projektem raportu Rady w sprawie Dyrektywy w zakresie usług medycznych. Projekt raportu, jako wkład ministrów zdrowia do dyskusji nad rewizją, został przedstawiony do rozpatrzenia przez Radę UE ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumentów. Dalsza dyskusja będzie kontynuowana na kolejnych spotkaniach gremiów unijnych. Ze względu na fakt, iż regulacje dotyczące kwestii czasu pracy nie ograniczają się jedynie do sektora ochrony zdrowia, rewizja wspomnianej Dyrektywy, która ma charakter horyzontalny, tzn. obejmuje wiele sektorów gospodarki, należy w gestii ministrów do spraw zatrudnienia. Ewentualne zmiany organizacji czasu pracy lekarzy w Polsce uzależnione będą od rozwiązania prawnych przyjętych na poziomie unijnym.

Objęcie przyszłych państw członkowskich systemem wzajemnego uznawania kwalifikacji wpłynie, w sposób pozytywny, na podniesienie samoregulacyjnej zdolności rynków tych państw. Będzie to możliwe dzięki zapewnieniu swobody przemieszczania się pracowników z obszarów występowania dużej liczby przedstawicieli danych zawodów do obszarów, gdzie występuje niedobór.

*Katarzyna Goździk
Naczelnik
Wydziału Uznawania Kwalifikacji
w Zawodach Medycznych
Ministerstwo Zdrowia*

Informacje na temat dyplomu medycznych w kontekście przystąpienia Polski do Unii Europejskiej

Unijne regulacje dotyczące organizacji czasu pracy zostały zawarte w Dyrektywie z dnia 23 listopada 1993 roku. Dyrektywa ta została implementowana do polskiego systemu prawnego poprzez nowelizację Kodeksu pracy. Bez zmian pozostały natomiast przepisy dotyczące dyplomu medycznego, który nadal nie jest wliczany do czasu pracy. W związku z faktem, iż Europejski Trybunał Sprawiedliwości wydał dwa orzeczenia w sprawach Simap i Jaeger, zakres przedmiotowy Dyrektywy objął także kwestię dyplomu medycznych. Wykładnia tych orzeczeń zmienia interpretację Dyrektywy. Trybunał stwierdził, iż czas pełnienia dyplomu przez lekarzy w zakładach opieki zdrowotnej, jeżeli musi być obecny w miejscu pracy lub dyplomu pod telefonem, musi być traktowany jako czas pracy lub praca w godzinach nadliczbowych.

W tej sytuacji Komisja Europejska w styczniu 2004 roku wydała komunikat po wzięciu pod uwagę regulacji prawnych dotyczących organizacji czasu pracy. Komisja wskazała, iż zapisy Dyrektywy z uwzględnieniem interpretacji Trybunału stawiają poważne wyzwania przed

systemami ochrony zdrowia w państwach członkowskich i kandydujących do Unii, wpływając niekorzystnie na proces zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń medycznych. Stanowisko zaprezentowane w komunikacie stało się impulsem do rozpoczęcia na forum instytucji unijnych szerokiej dyskusji nad możliwością rewizji zapisów Dyrektywy w kierunku uelastyczenia regulacji dotyczących sektora ochrony zdrowia. W dyskusji tej aktywny udział bierze również polskie Ministerstwo Zdrowia, które m.in. podjęło współpracę z państwami popierającymi rewizję oraz uczestniczyło w pracach grupy roboczej ds. zdrowia publicznego Rady UE nad projektem raportu Rady w sprawie Dyrektywy w zakresie usług medycznych. Projekt raportu, jako wkład ministrów zdrowia do dyskusji nad rewizją, został przedstawiony do rozpatrzenia przez Radę UE ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumentów. Dalsza dyskusja będzie kontynuowana na kolejnych spotkaniach gremiów unijnych. Ze względu na fakt, iż regulacje dotyczące kwestii czasu pracy nie ograniczają się jedynie do sektora ochrony zdrowia, rewizja wspomnianej Dyrektywy, która ma charakter horyzontalny, tzn. obejmuje wiele sektorów gospodarki, należy w gestii ministrów do spraw zatrudnienia. Ewentualne zmiany organizacji czasu pracy lekarzy w Polsce uzależnione będą od rozwiązania prawnych przyjętych na poziomie unijnym.

MZ Departament Dialogu Społecznego

PO Dyrektor

Elżbieta Biłobran-Uberman

Zaczynając szukać pracy w Grecji trzeba mieć uznany dyplom szkoły lub uczelni ukonieczony za granicą. Do tego powołane jest DI.K.A.T.S.A. (Diapanepistimiako Kentro Anagnorisis Titlon Spudon Allodapis) The Inter-University Center for the Recognition of Foreign Degrees. Dokumenty, jakie są potrzebne i warunki jakie trzeba spełnić by zacząć całą procedurę, przesyłam poniżej. Dyplom Analityka Medycznego uznano mi jako (moje tłumaczenie) Dyplom Technologii Lekarskiej. Tytułu magistra nie uznają. Dyplom ten uznany jest jako dyplom ukończenia studiów wyższych, z notatką, że odpowiedniego kierunku na uczelniach greckich nie ma.

Z tak uzyskanym dyplomem pracowałam:

- jako biolog
- na stanowisku technika analityki medycznej
- Trudno jest znaleźć pracę z naszym dyplomem, ponieważ nikt tu o takim kierunku studiów nie słyszał. W Grecji w laboratorium pracuję:
- technicy analityki medycznej (3 lata) po liceum, tak jak polskie studium policealne
- biolodzy
- lekarze mikrobiolodzy (teraz biopatolog)/6 lat wydział lekarski + 5 lat specjalizacja/ - posiadają prawo wykonywania zawodu i prawo otwarcia laboratorium analitycznego.
- Na pytania, potrzebne i szczegóły bardziej nie odpowiem.

Pozdrawiam.

z poważaniem Małgorzata Chmielowska

I Mazowiecka Konferencja Diagnostów Laboratoryjnych

W dniu 26 lutego odbyła się w Warszawie, w sali wykładowej Centrum Onkologii-Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie, I Mazowiecka Konferencja Diagnostów Laboratoryjnych, organizowana pod patronatem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Organizację konferencji zajęli sobie m.in. pracownicy Zakładu Chemii Klinicznej C.O.I. oraz Centralnego Laboratorium Analitycznego Wojewódzkiego Szpitala Zakażnego, skupieni w powołanej w tym celu Mazowieckiej Grupie Inicjatywnej. Konferencja miała charakter informacyjno-szkoleniowy, a jej głównym celem było zapoznanie uczestników z aktualnymi problemami środowiska diagnostów laboratoryjnych, które wynikają z jednej strony z konieczności dostosowania się do intensywnie zmieniającego się charakteru rynku usług medycznych, w tym usług laboratoryjnych, z drugiej strony wiąże się z istotnymi zmianami w przepisach prawnych dotyczących obszaru działania diagnostyki laboratoryjnej.

Wśród zaproszonych gości znaleźli się pani poseł Aleksandra Ewa Łuszczyska, wieloletni pracownik służby zdrowia i jednocześnie diagnosta laboratoryjny, która z racji obecnie sprawowanej funkcji bierze nadzór w pracach legislacyjnych związanych m.in. z przekształceniami w ochronie zdrowia, oraz pan Zbigniew Janczy, kierownik Oddziału Szkolenia i Certyfikacji Personelu Polskiego Centrum Badań i Certyfikacji.

Pani poseł w krótkim wystąpieniu przypomniała drogę, jaką przebyła diagnostyka laboratoryjna w ostatnim 30-leciu, począwszy od rącznej wirówki na dwie próbki ustawionej w kącie przypadkowego pomieszczenia, a skończywszy na wysoko wyspecjalizowanych analizatorach stojących w nowoczesnych laboratoriach. Jednocześnie pani poseł zapewniła, że będzie w dalszym ciągu leżący problem naszego środowiska i w miarę możliwości pomagających w ich rozwoju.

Z kolei pan Zbigniew Janczy omówił definicje certyfikacji i akredytacji oraz przedstawił rodzaje szkoleń z zakresu planowania, budowy i akredytacji systemów jako ich w laboratoriach diagnostyki medycznej, jakiego ma odbyć w PCBC. Szkolenia dotyczące tych zagadnień są prowadzone od 2002 roku. Do chwili obecnej ukończyło je ok. 180 osób, a dodatkowo ok. 80 osób zdało egzamin wymagany dla auditorów wewnątrzdiagnostyki medycznej. Pan Janczy zachęcił do dalszych kontaktów ze swoim oddziałem.

Problemy przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia, w tym w diagnostyce laboratoryjnej szczegółowo omówiła w swoim wykładzie pani Anna Huk z Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, poruszając przede wszystkim problem

przekazywania usług laboratoryjnych w ramach zewnętrznych podmiotów (tzw. outsourcing), związanych najczęściej z dużymi firmami odczynnikowymi. Ponadto pani Huk omówiła możliwe formy organizacyjno-prawne działania laboratoriów medycznych w najbliższych latach, zwracając szczególną uwagę na możliwość zawierania spółek i „prywatyzacji” pracowniczey.

W kolejnym wystąpieniu - Prezes KRDL - dr Henryk Owczarek, przypomniał zasady nowelizacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej i jej konsekwencje, podkreślając jednocześnie nie rosnący rangę naszego zawodu. Dzięki ustawie, po wielu latach bycia środowiskiem niedocenianym i słabo zauważanym



anym mamy nareszcie zdefiniowane podstawy prawne wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, który przy zachowaniu dbałości o wysoki poziom merytoryczny i etyczny stanie się zawodem elitarnym, zajmującym należne mu miejsce w systemie ochrony zdrowia.

Autorką kolejnego wykładu była dr Mirosława Pietruczuk, adiunkt Zakładu Hematologii Akademii Medycznej w Białymstoku, szef wizytatorów z ramienia KIDL. Pani Pietruczuk bardzo interesująco i z dużym zaangażowaniem przedstawiła zasady tworzenia systemów jako ich w laboratoriach diagnostyki medycznej, zwracając przede wszystkim uwagę na rolę tzw. „czynnika” ludzkiego w działaniach zmierzających do poprawy jakości usług laboratoryjnych.

Na koniec podstawy nowego systemu kształcenia podyplomowego diagnostów laboratoryjnych omówił pan Maciej Gołowski

z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przedstawiając projekt rozporządzenia w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych. Projekt uzyskał już niezbędną akceptację zainteresowanych środowisk i w najbliższym czasie należy spodziewać się jego uprawomocnienia. Dobiegają również prace związane z opracowywaniem przez zespoły eksperckie założeń merytorycznych do programów specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych. Według zapewnień przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, działania te powinny przywrócić możliwość otwierania specjalizacji już w sesji jesiennej bieżącego roku.

To pierwsze spotkanie mazowieckiego środowiska diagnostów laboratoryjnych spotkało się z bardzo dużym zainteresowaniem, co zaowocowało wysoką liczbą uczestników (ok. 250 osób). Warto zaznaczyć, że konferencja miała charakter otwarty i bezpłatny, a zarówno organizatorzy konferencji, jak i zaproszeni wykładowcy pracowali całkowicie społecznie.

Organizatorzy wyrażają nadzieję, że I Mazowiecka Konferencja Diagnostów Laboratoryjnych odegrała ważną rolę w konsolidacji środowiska województwa mazowieckiego oraz umożliwiła zapoznanie się z najważniejszymi problemami stojącymi obecnie przed naszymi grupami zawodowymi.

**Hanna Czeszko-Paprocka
Iwona Szkop**

