

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

Rok 1, numer 1 (1)

Data wydania:
czerwiec 2003

Diagnosta Laboratoryjny

**GAZETA KRAJOWEJ IZBY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**

... i nie ma medyka
bez diagnostyka.





Oddajemy do rąk Państwa I numer Gazety „Diagnosta Laboratoryjny”, wydany przez biuro KIDL. Ten numer docierać będzie do rąk każdego diagnosty laboratoryjnego. Ideą i myślą przewodnią „Gazety Diagnostów” będzie tworzenie solidarności zawodowej dla ochrony dobra pacjentów. Przez wiele lat do rąk wielu z Państwa docierały Biuletyny Analityka, które zapowiadały i organizowały prace dla powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych i prawnego uregulowania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Zbyt wiele osób uczestniczyło i przyczyniło się do zaistnienia Korporacji diagnostów laboratoryjnych i zapisów prawa dotyczących naszego zawodu. Dlatego też nie sposób wymienić i wyrażać podziękowania tym wszystkim, którzy z nadzieją oczekiwali i przyczynili się na wydarzenia związane z ustawą o diagnostyce. Obecnie jest to I nr Gazety. Gazeta informując będzie czynnikiem aktywizującym środowisko. Będzie łączyć diagnostów w społeczność zawodową, a w sytuacjach potrzeby będzie doradcą i nauczycielem na ścieżkach przekształcania Laboratoriów w podmioty samodzielne z zachowaniem naczelnej zasady salus aegroti suprema lex est. Gazeta będzie chronić, także tych, którzy stawać będą w obliczu groźby utraty miejsc pracy. Gazeta nasza będzie także kształtować atmosferę życzliwego oczekiwania wśród pacjentów na taki obraz ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych, w którym diagnostyka laboratoryjna spełniać będzie wyprzedzającą rolę w procesie leczenia. Na łamach tej gazety ukazywać będziemy możliwości samopomocy tworzonej przez środowisko diagnostów i nakreślać będziemy zasady życzliwości oraz wzory godnych zachowań w przededniu urynkowania świadczeń zdrowotnych. Redakcja dołoży wszelkich starań, by sprostać oczekiwaniom regularności i poziomu kolejnych edycji gazety oraz, by zapewnić dla następnych edycji sponsoring czyniony przez firmy dysponującymi odczynnikami laboratoryjnymi. Ideałem i celem działań biura KIDL jest, by „Gazeta” docierająca do rąk Państwa była finansowana nie przez czytelników lecz przez firmy sponsorujące.

Numer I sponsorowany jest przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe S.A. „INTER-POLSKA”, którego reklamę i informację znajdzie Państwo wewnątrz Gazety.

Henryk Owczarek

WAŻNE!!!

Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r. (Dz. U. nr 100 poz. 1083) przewiduje dwa rodzaje wymagań w zakresie wykształcenia. Od osób, które w dniu wejścia w życie ustawy (03-10-2001) wykonywały czynności diagnostyczne wymaga się jedynie, aby miały ukończone dowolne studia wyższe (art. 73 ust. 1 pkt. 1 ustawy). Przez dwa lata od wejścia w życie ustawy mogą się one ubiegać o wpis na listę diagnostów laboratoryjnych. Osoba, która rozpoczęła działalność w diagnostyce po dniu wejścia w życie ustawy, musi spełniać warunki z art. 7 ust. 1 (wyjawszy wymóg składania egzaminu, gdyż ten nie będzie jeszcze przeprowadzany). Tak więc musi ukończyć studia magisterskie na kierunkach analityki medycznej, biologii, biotechnologii, chemii, farmacji i mikrobiologii lub ukończyć studia z tytułem lekarza. Nie ma w tych sprawach żadnego "okresu przejściowego". Tak więc **osoby, które obecnie podejmują zatrudnienie w charakterze diagnosty laboratoryjnego jak i te które pracują jako diagnosty laboratoryjni powinni uzyskać dokument potwierdzający wpis na listę diagnostów laboratoryjnych prowadzony przez Samorząd Zawodowy diagnostów laboratoryjnych.** Dokument ten uprawnia do samodzielnego wykonywania czynności diagnosty laboratoryjnego. Łamanie tego przepisu podlega określonej ustawowo karze.

**O diagnostyce laboratoryjnej,
diagnostach i laboratoriach
oraz Korporacji – Samorządzie
zawodowym diagnostów laborato-
ryjnych.
(Compendium aktualizowane)**

1. Diagnostyką laboratoryjną są czynności, które obejmują (art. 2 ust 1,2,3):

- badania laboratoryjne, mające na celu określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych,
- mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych,
- działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej.
- za wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej uważa się także działalność naukową, dydaktyczną i polegającą na kierowaniu laboratorium, prowadzoną w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej przez osobę wpisaną na listę diagnostów laboratoryjnych.

2. Prawo samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej (art. 6 ust 1) powstaje z chwilą dokonania wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych po złożeniu ślubowania wraz z oświadczeniem o niekaralności nadesłane do biura KIDL wraz z kserokopią dokumentów potwierdzających dane zawarte w złożonym wniosku przez ubiegającego się o wpis na listę stanowią warunek wdrożenia procedury wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych. Przedłożone kserokopie winne być potwierdzone za zgodność z oryginałem w miejscu zatrudnienia, lub u Przedstawiciela KRDL na dane województwo, albo w biurze KIDL w Warszawie ul. Białostocka 7.

3. Kto może wykonywać czynności diagnostyczne?

- Do wykonywania zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych **uprawniony jest tylko diagnosta laboratoryjny.**

b) **Czynności diagnostyki laboratoryjnej, które mogą być wykonane bez nadzoru diagnosty laboratoryjnego określi Minister Zdrowia** po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. W drodze rozporządzenia sporządzi wykaz czynności diagnostyki laboratoryjnej wykonywane przez analityków medycznych nieposiadających studiów wyższych i tytułu magistra.

4. Kto jest diagnostą laboratoryjnym?

Diagnostą laboratoryjnym jest osoba wpisana na listę diagnostów laboratoryjnych, spełniająca łącznie warunki:

- w dniu wejścia w życie ustawy ma ukończone studia wyższe, lub po dniu 03-10-2001 ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra na kierunkach analityki medycznej, biologii, biotechnologii, chemii, farmacji, mikrobiologii lub tytuł lekarza,

b) spełnia wymogi, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt. 2-6,

- jest obywatelem polskim,
- korzysta z pełni praw publicznych,
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- wykazuje nienaganną postawę etyczną,
- posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego,

c) udziela lub udzielały świadczeń zdrowotnych związanych z badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,

d) wykonuje lub wykonywała świadczenia zdrowotne, o których mowa w pkt. 3, w wyodrębnionych organizacyjnie jednostkach utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia,

e) jeżeli osoba ubiegająca się o wpis na listę diagnostów laboratoryjnych w dniu wejścia w życie ustawy, nie wykonywała świadczeń zdrowotnych, od ponad 2 lat, licząc od dnia wejścia w życie ustawy, osoba ta musi udokumentować, że wykonywała te świadczenia nieprzerwanie przez okres 5 lat i nie nabyła uprawnień emerytalnych.

ciąg dalszy str.18

W numerze	
Wystąpienie inauguracyjne dr Henryka Owczarka na Pierwszym Krajowym Zjeździe Diagnostów Laboratoryjnych	4-6
ABC Solidarności Zawodowej	6
Interwencja	7
Wywiad. <i>Diagnostyka laboratoryjna wczoraj, dziś i na jutro.</i>	8-10
Badania laboratoryjne we współczesnej diagnostyce	11-13
Zastrzeżenia i stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do „uwag sporządzonych w Ministerstwie Finansów dotyczących projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie „specjalizacji oraz uzyskiwa-	13-14
Odpowiedź PT. Sekretarz Stanu Ewy Kralkowskiej do „Zastrzeżeń i stanowiska KRDL do uwag sporządzonych w Ministerstwie Finansów.	15-16
Informacje Konsultanta Krajowego ds. Mikrobiologii na temat sytuacji w laboratoriach diagnostycznych (mikrobiologicznych) w Polsce	17
O diagnostyce laboratoryjnej, diagnostach i laboratoriach	18

Redakcja:

- Henryk Owczarek
- Stanisław Krężel
- Joanna Pogórska
- Tomasz Dryl
- Izabela Morawska-Kwapisz
- Elżbieta Szamańska-Wrzosek

Kontakt:

Biuro KIDL

03-741 Warszawa

ul. Białostocka 7

tel. (22) 741 21 55

fax. (22) 741 21 56

**Wystąpienie inauguracyjne
dr Henryka Owczarka na Pierwszym
Krajowym Zjeździe Diagnostów La-
boratoryjnych 05-06 grudnia 2002 r.
we Wrocławiu.**

(...)

Witam delegatów na I Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych.

Koniecznym przy tej okazji będzie uczynienie wzmianki, iż tylko upór i zdeterminowanie tysięcy pracowników diagnostyki laboratoryjnej, osób wykształconych na Uniwersytetach i Akademii Medycznych sprawiły, że po 13-tu latach zmagania osiągnęliśmy to, co wydawało się nieosiągalne.

Obecnie nie wodzą sporu z nami – diagnostami laboratoryjnymi, że środowisko diagnostów laboratoryjnych nie jest jednorodne, że nie ma swego zawodu, że nie posiada kwalifikacji wyczerpującej zawód zaufania publicznego; nie podważa się, że diagnosta laboratoryjny nie może pracować samodzielnie a funkcja kierownicza w laboratoriach rezerwowana winna być dla innej grupy zawodowej oraz, że diagnosta nie pracuje w bezpośredniej styczności z pacjentem a także, że grupa tego zawodu nie ma spisanych norm deontycznych i zasad postępowania etycznego wobec pacjenta i wobec współpracowników.

Tych 13 minionych lat przeszło nam na odpieraniu pseudoargumentów przeciwników i tych, którzy chcieli zagospodarować diagnostykę w Polsce po sobie, i bez udziału diagnostów.

Dziś tworzyć będziemy znamiona korporacji zawodowej, tworzyć będziemy samorząd. Może bardziej adekwatnym będzie stwierdzenie, że będziemy go cementować w posadach, gdyż znamiona samorządu istniały od wielu lat i one tworzyły oparcie i wolę działania dla celów, które dziś przypadło nam zrealizować.

Diagności laboratoryjni podobnie jak inne grupy zawodowe, wraz ze środowiskiem współtworzącym ochronę zdrowia, odpowiedzialni są za jedną z naczelnych wartości, którą jest zdrowie. Zdrowie tak w sensie społecznym - czyli publicznym, jak i jednostkowym czyli indywidualnego pacjenta. Wokół tej wartości i każdej innej wartości fundamentalnej tworzą się grupy osób, grupy zawodów stojące w obronie, budujące fundamenty tych wartości.

Tak na przykład mialiści występują w obronie dobra, filozofowie i naukowcy w obronie prawdy, rzecznicy sprawiedliwości w obronie sprawiedliwości, estetycy i artyści w obronie piękna. Tak, jak dla każdej z tych wartości potrzeba obrońców i piewców, tak też dla zdrowia potrzeba nie tylko rzeczników ale przede wszystkim tych, którzy podejmą wysiłek dbania o zdrowie indywidualnego pacjenta, jak i o zdrowie publiczne czyli obywateli. Społeczeństwo współczesne, świadome zagrożeń dla zdrowia tak indywidualnego jak i publicznego nie chce pozostawiać tych zadań w rękach przypadkowych osób. Korporacja zawodowa chcąc orzekać o prawie do zabezpieczenia danego dobra w danej społeczności musi posiadać wiarygodność społeczną. Dla ochrony zdrowia tworzą się organizacje samorządowe z mandatu prawa. Zdrowie staje się wartością, szczególnie gdy się je traci, bądź jawi się groźba jego pozbawienia. Społeczność diagnostów laboratoryjnych posiadała tę wiarygodność, gdy z mandatu reprezentantów społeczeństwa otrzymała prawo ustawowe tworzenia samorządu zawodowego i z de facto (czyli z dotychczasowego stanu rzeczywiście) stała się de iure, uprawniona do wypowiedzania się o organizacji ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego. Powołana korporacja zawodowa diagnostów laboratoryjnych w ten sposób dopełni lukę w istniejących strukturach służby zdrowia.

Korporacja mając własną strukturę organizacyjną, czyli samorząd, tworzy ramy dogodne dla podnoszenia stanu świadomości i odpowiedzialności przyjętych na siebie zobowiązań wobec społeczeństwa w realizacji zadań w ochronie zdrowia. Korporacja nadzorować i kontrolować musi standardy wykonywanych zadań i ciągle poszukiwać doskonalszych form zabezpieczenia wartości, w której obronie chce występować. Zdrowie indywidualnego człowieka i zdrowie publiczne jest ciągle i wielorako zagrożone, stąd też muszą być przedsięwzięte środki ostrożności ale i przeciwdziałania. W tym zawarty jest zmysł samo organizacyjny i samozachowawczy, bowiem brak w porę zasygnalizowanych niebezpieczeństw dla zdrowia publicznego przez daną korporację podważałby jej wiarygodność w oczach społeczeństwa. Diagności laboratoryjni

w ten sposób działając uczestniczą we wszystkich formach promocji, profilaktyki i zabezpieczeń zdrowotnych.

Diagności laboratoryjni świadomi wielu zagrożeń muszą wysyłać sygnały, które pozwolą dopracować środki przeciwdziałające, czyli profilaktyczne.

Od kilku dziesiątków ostatnich lat diagności laboratoryjni sygnowali do środowisk medycznych zagrożenia dla zdrowia publicznego obywateli, w tym także o zagrożeniach dla zdrowia w indywidualnych przypadkach. Nie były to sygnały często zauważane i z powagą traktowane. W pragmatyce świadczeń zdrowotnych uchodziły za nieistotne i tylko uzupełniające diagnozę medyczną. To przecież życie bardziej zróżnicowane współczesną technologią i środowiskiem naturalnym wywarło przymus by sygnały diagnostów laboratoryjnych były traktowane jako ważne informacje dla ochrony i ratowania zdrowia człowieka. One zadecydowały o potrzebie tworzenia korporacji zawodowej łączącej wszystkich diagnostów laboratoryjnych pracujących w służbie zdrowia.

Dlatego ważną rzeczą dla Diagnostów Laboratoryjnych było osiągnięcie celu realizowanego przez tak długi okres czasu

1) po pierwsze:

Motywacją i siłą napędową tego działania dla realizacji celu była przede wszystkim troska o pełne i lepsze zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów zgodnie z wymogami XXI wieku dla świadczeń zdrowotnych, że nie ma medyka bez diagnostyka, Przeniesienie tych zadań na samorządy w opinii państwowo-twórczych myślicieli zapewnić ma pewniejsze i ekonomiczniejsze świadczenia zdrowotne finansowane funduszem społecznym. Ponadto zapewnić ma sprawniejsze docieranie pomocy do potrzebującego pacjenta i mniejsze trwonienie środków finansowych. Tę realizację zadań przeniesionych z państwa na samorząd gwarantować może kompetencja członków samorządu i stały nadzór nad właściwością i merytorycznością postępowania w wykonywaniu czynności zawodowych. Diagności laboratoryjni jako grupa zawodowa i jako dział świadczeń medycznych w drugiej połowie XX wieku stał się jednym z ważniejszych filarów procesów diagnozy i terapii medycznej.

2) po drugie: dla podwyższenia pozio-

mu świadczeń diagnostycznych niezbędna była integracja środowiska i merytoryczny nadzór nad tymi świadczeniami pozostający w ręku wykształconych diagnostów a nie zaś przypadkowych osób, które spoglądały ku innym profesjom bądź specjalizacjom. Wynikająca stąd zasada nadzoru nad właściwym wykonywaniem zawodu powierzona jest samorządowi.

Zasada ta wynika z konieczności nadzoru nad właściwością i merytorycznością wykonywanych czynności zawodowych członków danego samorządu. Rozstrzygnięcie o kompetencji w tym zakresie może być wykonane li tylko przez skład komisji wyłanianych z tego środowiska posiadający wysoki status kompetencji zawodowej i poczucie odpowiedzialności moralnej przed społeczeństwem. Bez tych elementów nie sposób pomyśleć nadzoru w wykonywaniu jakiegokolwiek ciała administracyjnego czy państwowego. Samorząd uzyskuje wiarygodność społeczną, staje się uznanym środowiskiem działającym w obszarze zawodu zaufania publicznego, zdobywa i potwierdza tę wiarygodność każdorazowo, gdy sygnalizuje zagrożenie zdrowotne i uczestniczy w diagnozie i terapii.

3) po trzecie : wszelkie reformy w ramach transformacji służby zdrowia w obrębie naszego kraju nie mogą przebiegać żywiołowo i nie można pozwolić by świadczenia diagnostyczne wykonywane były przez osoby poszukujące tylko zysku bez dostrzegania dobra pacjenta. Usługi i świadczenia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej są wtedy wiarygodne i pełnoprawne, gdy wykonywane są przez fachową kadrę dobrze przygotowaną i dysponującą właściwą aparaturą diagnostyczną.

4) po czwarte: nieodzowność i konieczność występowania diagnostów laboratoryjnych jako reprezentacja samorządowa z pełnymi prawnie zagwarantowanymi normami i regułami postępowania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Te normy i reguły stanowiąc będą deontologiczną postać zapisanych praw i obowiązków. Te stanowiąc będą także ramy niezbędnych negocjacji z współudzielającymi partnerami świadczenia zdrowotne dla pacjentów. Stanowiąc także będą normatywny kodeks postępowania diagnosty laboratoryjnego wobec

pacjenta, wobec współtworzących zawody medyczne czyli zawody zaufania publicznego. W taki sposób diagnosty laboratoryjni realizować będą zasadę partnerstwa w procesie diagnozy i terapii współtworząc właściwy wymiar i wiarygodność diagnozowania medycznego, procesu leczenia i monitorowania. Dopełnieniem zatem w strukturze ochrony zdrowia w społeczeństwie obywateli naszego kraju stało się uznanie w trybie ustawowym tego faktu, który obecny był w ostatnim 50-leciu w praktyce polskiej służby zdrowia. Diagnosty laboratoryjni uczestniczą od wielu dziesiątków lat w procesie diagnozy i terapii. Ich udział staje się tym bardziej nieodzowny i powszechnie dostrzegany, im większy zakres zagrożeń dla zdrowia człowieka płynąć będzie ze świadomej działalności organizacji czy państw stosujących terror biologiczny bądź chemiczny. Jedynym i możliwym sposobem przeciwdziałania w takich przypadkach przed wprowadzeniem terapii kosztownej i czasochłonnej w systemie powszechnym jest pełne i szybkie rozpoznanie zagrożenia.

Diagnosta laboratoryjny staje się partnerem w diagnozie i terapii od samego początku procesu sanacyjnego bądź też promocji zdrowia czy profilaktyki. Stąd uczestniczyć musi w procesie monitorowania procesu leczenia.

Ustanowiony i wybrany samorząd zawodowy dla grupy zawodów zaufania publicznego w tym dla diagnostów laboratoryjnych winien i musi doprowadzić w trybie obligatoryjnym dla własnych członków progi kompetencji zawodowej, progi etosu i deontologii zawodowej, zakresy i poziomy sprawności zawodowej, progi ekonomizacji czynności zawodowych i wyposażenie do wykonywania tych czynności oraz tworzyć gradusy zgłębiania i poszerzania kwalifikacji zawodowych w postaci stopni kwalifikacyjnych (specjalizacji) oraz określenia zasad weryfikowania i egzaminowania wiedzy i sprawności adekwatnej do zdobywania stopnia specjalizacji.

Pozwoli to na utrzymanie prestiżu zawodowego diagnosty laboratoryjnego jak również zapewni komunikację niezbędną dla wykonujących zawód medyczny w ochronie zdrowia. Tak budujący się system wiarygodności społecznej danego zawodu przez samorząd

zawodowy pozwoli utrzymać autorytet w płaszczyźnie udzielanych świadczeń zdrowotnych a tym samym realizować zasadę ochrony zdrowia indywidualnego człowieka ponad wszystko a zdrowie publiczne jako zasadę naczelną, gdyż - *salus aegroti suprema lex*.

Ten kto ma dostęp do materiału biologicznego, ma umiejętność badania, zdobycia informacji jaką daje posiadana wiedza, bierze odpowiedzialność w aspekcie moralnym i prawnym, stąd też jedynie on biorąc odpowiedzialność ma prawo sprawować nadzór nad archiwizacją materiału biologicznego i tylko jemu można to powierzyć. To musi być zawarte w kodeksie etyki zawodowej. Kodeks etyki zawodowej może jedynie zatwierdzić Samorząd.

Nikt nie wątpi, że tam gdzie pacjent (druga osoba) zwraca się o pomoc w rozpoznawaniu stanu zdrowia, fizjologii i ewentualnych zmian funkcjonowania organizmu mamy do czynienia z wysokim poziomem zaufania do wykonawcy i opiniującego uzyskiwane wyniki w badaniach laboratoryjnych, ambulatoryjnych, bądź szpitalnych. Świadczeniem w zakresie diagnostyki laboratoryjnej są usługi o wysokim zakresie zaufania publicznego.

Normy etyczno-powinnościowe (deontyczne) to są normy, które w odróżnieniu od norm sytuacyjnych, relatywnych będą obowiązywać w sposób stały niezależnie od czasu, miejsca i okoliczności. W płaszczyźnie moralno obyczajowej to te zasady, które osadzone w normach kulturowo społecznych są miernikiem poprawności stosunków międzyludzkich, szczególnie w relacji do pacjenta, do innych grup zawodowych. Ten zakres prac nad szczegółowymi zapisami deontologicznymi, wyznaczającymi ramy postępowania diagnosty laboratoryjnego będą przedmiotem powołanej Komisji Etyki.

Jestem poruszony wewnętrznie tym wydarzeniem, jak również tym, co pozostawiliśmy za sobą, wiele lat starań i pracy, czasu wielu z Państwa, w tym trochę mego czasu, nakładów i ofiarności osób często z bardzo odległych części Polski. Dziś chcemy wyrazić wszystkim wdzięczność nie tylko za tę ofiarność, ale przede wszystkim za wspieranie i dodawanie ducha budującego wiarę i nadzieję, że cel ten kiedyś osiągniemy. Tym wszystkim, którzy

włączyli się od samego początku i nie gasili ducha – nadal ducha nie gasicie – a jego budowali; krzepili i podtrzymywali należą się szczególne podziękowania. Nie chciałbym pominąć nikogo w

tym podziękowaniu i nie mogąc ogarnąć wszystkich Tych, którzy wspierali, radzili, pomagali, oddając czas i środki własne, wszystkim zatem tu obecnym i tym, których tu reprezentujecie, wszyst-

kim serdecznie dziękuję. Bez tamtych dni owocnej pracy nie byłoby dzisiejszego Zjazdu. (...) Jeszcze raz dziękuję i życzę owocnych obrad.

Henryk Owczarek

ABC Solidarności Zawodowej

Samorząd zawodowy w przypadku zawodów zaufania publicznego nadaje tej społeczności status z jednej strony uprzywilejowanej w postaci rekojmii zaufania, jakimi są one obdarzone a z drugiej strony nakłada liczne obowiązki i powinności.

Te jednak są natury wewnętrznej, wynikając z przyjęcia na siebie szczególnej roli, jaką grupa zawodowa chce spełniać w społeczeństwie. Wiążeć zaś więc wewnątrz-struktury organizacyjnej zawodu nakazuje członkom przestrzegać kilku podstawowych zasad i wartości. Są one spoiwem danej społeczności. Do nich należą:

- a) zaufanie do kompetencji członka społeczności,
- b) przekonanie o dobrej wierze przy wykonywaniu zawodu,
- c) przekonania, że działania podjęte przez członka społeczności wobec pacjenta nie przynoszą szkody a służą oczekiwanym potrzebom i wartościom.

Te właściwości tkwiące immanentnie w czynnościach zawodowych społeczności zawodowej rodzą postawy kolejne, lojalność oraz respektowanie zasady zaniechania wyrządzenia krzywdy i szkody w rywalizacji i konkurencji zawodowej.

Przymioty, którymi charakteryzować powinna się społeczność zawodowa honorowane i respektowane w codziennym życiu i praktyce zawodowej stwarzają nie tylko poczucie stabilizacji, ale przede wszystkim integrują daną społeczność nie tyle przeciwko komuś, ale w służbie dla kogoś. Tylko w sytuacji zagrożenia dla realizacji podstawowych zadań wobec społeczeństwa powinny wywoływać i tworzyć u członków grupy zawodowej mechanizmy obronne. Tylko pełna analiza zachowań i celowych działań podjętych przez grupy innego zawodu, które chciałyby anekto-

wać przestrzeń zawodową danej korporacji uzasadniać mogą i będą rodzaje działania obronne, dla ochrony społeczności zawodowej i swoich członków. Samorząd zawodowy ma tę przewagę nad luźnym zrzeszeniem członków wykonującymi podobny zawód, że potrafi mobilizować i aktywizować poprzez swoje struktury i reprezentacje zawodowe do działań obronnych.

ABC Solidarności w obrębie zawodu wyznacza sposób podejmowanych działań obronnych - profilaktycznych. Integralną częścią owego zespołu cech integrującego społeczność zawodową musi być wysokie poczucie niezastąpialności w funkcjach i zadaniach spełnianych wobec społeczeństwa. Zaś tryb kształcenia i uzyskiwanie specjalizacji i dodatkowej kwalifikacji powinien tworzyć odczucie o wystarczających kompetencjach i jedynych w realizacji zadań przejętych a nadzorowanych przez Samorząd i społeczność zawodową. Zdolność do demonstrowania i weryfikowania swoich funkcji i roli w nieredukowalnych procesach ważnych dla ochrony życia i zdrowia człowieka jest kolejną właściwością korporacji posiadającej walor zaufania publicznego.

Budzenie świadomości i upowszechnianie jej wśród partnerów udzielanych świadczeń, jak również u otrzymujących te świadczenia winno być zadaniem trwałym i ciągle podnoszonym dla dobra odbiorców tych świadczeń.

Społeczność samorządowa nie może zapominać o potrzebie utrzymywania i wypracowania ścieżki zdobywania wykształcenia i kwalifikacji dla członków swoich i pokolenia, które będzie następować po tych, którzy odchodzą będą z zawodu ze względów emerytalnych czy rentowych. Dbłość o zachowanie ciągłości w dostępie do zawodu i kształcenie przyszłych członków swojej korporacji jest elementem podnoszącym wiarygodność i odpowie-

dzialność samorządu tak, jak i jego członków. Wiarygodność społeczności zawodowej związanej z samorządem będzie tym większa im częściej w sposób wiążący poddawać się będzie nadzorowi kontroli wewnętrznej sprawowanej przez reprezentację Samorządową. Skrywanie i tajenie występujących naruszeń w praktyce zawodowych czynności: poprawności, rzetelności i ograniczenie w dostępności do udzielania świadczeń nie może stać się zasadą a każdy przejaw takiego naruszenia winien być piętnowany i zgłaszany bez powodowania odczucia u współuczestników o braku koleżeńskości i braku wzajemnej życzliwości w obrębie zespołu.

Naruszenia takie w zasadach postępowania przez poszczególnych członków muszą być w porę eliminowane dla nobilitacji społeczności zawodowej.

Poczucie godności i honoru, które płyną z wykonywania służbowych funkcji i zadań zawodowych wobec pacjentów są filarem etosu i solidarności zawodowej.

Prezes KRDL

Henryk Owczarek

Pamiętaj...

- wniosek należy dostarczyć do biura KIDL (osobiście lub pocztą). Na wniosku musi znajdować się podpis składającego. Aby był zaakceptowany nie może być przesłany faxem, ani przez sieć.

Pamiętaj...

- tylko do 03-10-2003 możesz złożyć wniosek o wpis na listę, nabyć i utrzymać prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, jeżeli masz ukończone studia i aktualnie wykonujesz samodzielnie czynności diagnosty laboratoryjnego.

Pamiętaj...

- o regularnym opłacaniu składek członkowskich.

**JM. Rektor Akademii Medycznej
Prof. dr hab. Maciej Latałski**

Panie Rektorze! Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych w związku z zamierzonym przez Dyрекcję Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie ul. Chodźki 2 wdrożeniem postępowania przetargowego w drodze konkursu ofert na przejęcie udzielania świadczeń medycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, zwraca się z prośbą o interwencję Pana Rektora, by Dyrekcja szpitala zechciała rozważyć inny sposób na rozwiązanie problemu, który jest źródłem pomysłu wyprowadzenia diagnostyki ze struktury Szpitala.

Panie Rektorze, zwracam się do Pana, Osoby mającej pieczę i nadzór nad podległymi podmiotami świadczącymi usługi medyczne, i chcę się odwołać do postawy znanej z gotowości do inicjowania działań przez Pana Rektora w obronie pacjentów, pracowników służby zdrowia; proszę jeszcze raz o wykorzystanie swego wpływu i wstrzymanie przez Dyrekcję procedury powyższego zamysłu dotyczącego przetargu na świadczenia diagnostyczne.

Przy okazji chciałbym przybliżyć obawy, z którymi często występują pracownicy i pacjenci Szpitala. Świadczenia dla pacjentów szpitalnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej są podstawą i głównym filarem szybkiej i w miarę skutecznej terapii stosowanej dla leczenia choroby pacjenta. Często brak wykonania badań laboratoryjnych „na cito” decyduje o możliwości szybkiej i trafnie celowanej terapii. Wiarygodność wyników, ich trafność, czyli diagnostyczność, oraz oszczędna ekonomika procedur badawczych w diagnostyce są do uzyskania jedynie wtedy, gdy zachowane są etyczne zasady wykonywanego zawodu, nienakierowane na osiągnięcie zysku i profitów. Laboratorium może (na ogół nie generuje strat) przynosić pozytywny wynik finansowy. W sytuacji wyłączenia laboratorium ze struktury szpitalnej jako podmiotu niezależne-

go Szpital pozbawia się dochodów z działalności laboratoriów. Jeśli coś jest dochodowego dla podmiotu przystępującego do konkursu ofert, to jest dochodowe dla Szpitala. Pozostawienie w strukturze Szpitala, Laboratorium pozwala zachować nadzór nad merytoryczną stroną wykonywanych badań. Są one ostatecznie bazą dla diagnozy leczenia pacjentów szpitala. Często też wyłączone ze struktury szpitalnej podmioty zainteresowane są merkantylną stroną swojej działalności na niekorzyść rzetelności i wiarygodności wyników. Pozorna oszczędność wynikająca z wyprowadzenia ze struktury szpitalnej każe sobie płacić w późniejszym terminie wysokimi gratyfikacjami, kwotami.

Jeśli laboratorium diagnostyczne jest przedmiotem przy wdrożeniu procedury przetargowej do konkursu, zabiegów i rywalizacji tak wielu podmiotów nawet spoza RP, stanowi to dowód, że laboratoria przynoszą i mogą przynosić pozytywne wyniki finansowe.

Ideą Korporacji Samorządowej jest występowanie wszędzie tam, gdzie ratować można dobro pacjenta i dobro pracowników. Dlatego występuję z mandatu KRDL, by w trosce o dobro pacjenta, o rzetelne leczenie realizowane w szpitalach, klinikach i wojewódzkich ZOZ-ach, laboratoria pozostawały w strukturze tych jednostek, jako integralna część udzielanych świadczeń.

Argumentem tutaj jest wskazanie na wszystkie NZOZ-y o zasięgu terenu miasta, dzielnicy dużego miasta, bądź dla licznej populacji pacjentów objętych leczeniem POZ-u, gdy wszystkie one tworzyć chcą w swojej strukturze laboratoria diagnostyczne. Zgoda na wyłączenie ze Szpitala Laboratorium niekiedy jest podyktowana innymi celami niż dobro pacjentów, bądź czynnikami ekonomicznymi Szpitala.

Stąd też apeluję do Pana, Panie Rektorze, i wnoszę prośbę pod rozważę, by decyzją Pana Rektora można wstrzymać procedurę konkursową. Formą ewentualnej restrukturyzacji laborato-

rium mogłoby być cedowanie na zespół Diagnostów laboratoryjnych podmiotowości i samofinansowania się tego laboratorium, z uwzględnieniem kosztów amortyzacyjnych pomieszczeń i wyposażenia. Inne rozwiązanie poprzez prywatyzację przeprowadzoną przez duże konsorcja dystrybutorów, sprzętu i zaopatrzenia diagnostycznego stają się w konsekwencji mniej korzystne dla pacjenta i nie są źródłem budżetu dla jednostki służby zdrowia.

Niezależnie od powyższych zgłoszonych kwestii nadmieniam, że podmiot dokonując restrukturyzacji jednostki służby zdrowia był zobowiązany powiadomić przedstawiciela samorządów zawodów medycznych, w tym także Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, gdyż przedmiot przetargu dotyczy laboratorium diagnostycznego. Niezachowanie powyższej zasady narusza artykuł 45 ustawy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Naruszone zostały także zasady dotyczące udziału Przedstawiciela samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych w składzie Rady Społecznej, która podejmować miała decyzje o restrukturyzacji szpitala. Brak też jest zachowania terminu przewidzianego przepisem prawa administracyjnego przez Dyrekcję i brak jakiegokolwiek reakcji na zgłaszane w pismach przez pracowników sprawy dotyczące zmiany zasad funkcjonowania laboratorium diagnostycznego. Zaniedbania te wskazują na nieprzedmiotowość i nieformalność w postępowaniu Dyrekcji Szpitala w odniesieniu do pracowników laboratorium i Jednostki świadczącej usługi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

*Z wyrazami szacunku
Prezes KRDL
Henryk Owczarek*

Opinia Radcy prawnego KIDL dotycząca powyższego problemu w następnym numerze Gazety.

Czy wiesz że...

składka (w wysokości 15,00 PLN) może być odliczona od podatku (w roku podatkowym, za który była wpłacona składka) na podstawie dowodu wpłaty (jeżeli wpłata dokonywana była bezpośrednio na konto KIDL), lub według naliczonych kwot potrąconych z wynagrodzenia podanych przez księgowość miejsca zatrudnienia.

Z Panią Profesor Wandą Dobrzychą – profesorem zwyczajnym Akademii Medycznej we Wrocławiu - nestorką polskiej diagnostyki, rozmawia Stanisław Krężel dla gazety „Diagnosta Laboratoryjny”.

Pani profesor, ponieważ mamy już ustawę o zawodzie, mamy zawód diagnosty laboratoryjnego jako zawód wpisany w ustawę. Jest wśród zawodów medycznych, jako „równy wśród równych”. Pani prof. była od wielu lat świadkiem tego, co się działo na niwie medycyny i jak wyłaniała się potrzeba wyłączenia nowej dziedziny, którą jest – diagnostyka laboratoryjna. Jak to było?

W 1962 r. w Warszawie odbył się zjazd założycielski Sekcji Analityki Lekarskiej przy Polskim Towarzystwie Lekarskim, przy czym do Sekcji mogli należeć tylko lekarze pracujący w laboratoriach diagnostycznych. W 1964 r. w Jeleniej Górze powołano do życia Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, której członkami mogli być wszyscy pracownicy z wyższym wykształceniem odpowiadający nazwie Towarzystwa. Stopniowo powstało 17 Oddziałów terenowych, pismo „Diagnostyka Laboratoryjna”, nawiązały się kontakty międzynarodowe. Na kongresie w Genewie w 1969 r. nasze towarzystwo zostało przyjęte do Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej (IFCC), przedstawiałam naszą sprawę na wysokim forum.

Ale interesowałyby nas jeszcze szczegóły, jak pojawiała się potrzeba tworzenia diagnostyki laboratoryjnej? Czyżby to wynikało z niedoskonałości metod, które stosowali lekarze, poprzez wywiad, obserwację i badania palpacyjne? Czego brakowało ówczesnym metodom diagnozowania lekarskiego? Czy brakowało im tego, co już od wielu lat było praktykowane w naukach, a w medycynie, metody badania wydawały się już zbyt mało wiarygodne, czy też obiektywizacja metod bardziej empirycznych była potrzebna w medycynie?

Nie można tak powiedzieć, dlatego, że początkowo, członkami towarzystwa byli lekarze, ale później w miarę okazywało się, że jednak potrzeba jest właśnie specjalistów analityków medycznych. Stopniowo coraz mniej w tym towarzystwie było lekarzy, którzy w miarę upływu czasu odchodzili na emeryturę, podczas gdy dołączali się farmaceuci, biolodzy, biochemicy, chemicy. Ważną rzeczą było to, że w Akademii Medycznych utworzono specjalne oddziały analityki medycznej.

Ale były one włączone do programu kształcenia lekarzy, czy tak?

Nie, program kształcenia lekarzy w analityce klinicznej był odrębny.

A dlaczego analityka znalazła się na wydziale farmaceutycznym, a nie wydziale lekarskim?

Właściwie jest to pytanie, na które trudno odpowiedzieć, ale abstrahując od motywacji podejmowania studiów lekarskich i farmaceutycznych wydawało się, że właśnie tutaj będzie napływ młodych ludzi, którzy nie widzieli swojego sposobu na życie w aptece a przyszłość wiążyli z laboratorium.

Pani profesor, jeśli na wydziale lekarskim tworzone sekcje stomatologiczną, to zawsze można było stworzyć sekcję analityków medycznych. Dlaczego ten kierunek pojawił się przy farmacji?

Zdecydowało przede wszystkim podobieństwo przedmiotów, które były na wydziale farmaceutycznym: jakość oznaczenia, mikrooznaczanie ilościowe, połączone z biologią. Podczas gdy na wydziale lekarskim chemia kliniczna była kompletnym marginesem, a tutaj stawała się fundamentem. Bo początkowo, przez długi czas, do towarzystwa należeli też farmaceuci, chemicy, biolodzy uniwersyteccy. Był szeroki wachlarz tych specjalności, z których stopniowo rodziła się duża kadra.

Czy zagadnienia interdyscyplinarne, bo tak je można nazwać tworzyły nową jakość w sensie zlepku nauk różnych, biologiczno-fizyczno-chemiczno-klinicznych oraz farmacji tworząc przyszłą diagnostykę laboratoryjną?

Taka była tendencja na całym świecie, że zaczęły powstawać odrębne dyscypliny, kierunki nazywające się chemią kliniczną, gdzie indziej biochemią kliniczną czy medycyną laboratoryjną.

Czy pojawienie się tych nauk podyktowane było pragmatyką medyczną, czy było wynikiem braku zaufania do klasycznych metod badania lekarskiego?

Współczesny rozwój nauk podstawowych na całym świecie np. biologii czy genetyki molekularnych zmusił do stosowania nowych metod w badaniach biologicznych, chemicznych, fizycznych.

Pani profesor, czy to co się dzisiaj obserwuje w różnych naukach, tworzenie tzw. wyników – wartości referencyjnych, czy na podstawie tego można przewidzieć, że przyszłość w naukach medycznych należy do nauk diagnostyczno-medycznych, do diagnostyki laboratoryjnej. Dają one możliwość określenia dla populacji normy i patologii, i może zaistnieć sposobność na określenia tych referencyjnych wartości tak dalece, że nie trzeba będzie iść po diagnozę do lekarza, a wystarczy mieć wyniki badania laboratoryjnego.

Niewątpliwie, kiedyś dojdzie do tego, że każdy człowiek będzie kontrolą dla siebie samego, bo w tej chwili np. dla jednego człowieka poziom jakiegoś czynnika jest znacznie wyższy, a człowiek ten żyje, ale właściwie te referencyjne wartości będą mówiły, że dla tego człowieka stanowi to już patologię. To doprowadziło do tego, że specjalność ta zaczęła się rozwijać. Współczesna medycyna i oznaczenia, które mogą zostać wykonane przez lekarza, nawet przy łóżku chorego, to trochę wpływa na to, że niektórzy uważają, iż to jest spychanie na margines diagnostyki laboratoryjnej.

Czy współczesne techniki, aparatura, które są możliwe do zastosowania, czy są na tyle wiarygodne, pewne, że nie noszą w sobie dużego błędu i ryzyka?

Nie każde badania można zrobić właśnie przy łóżku chorego. Niektóre wymagają bardzo specyficznych aparatów. Nie-

które aparaty w tej chwili tak świetne do badań laboratoryjnych są niesłuchanie drogie, np. do badania przepływu krwi w mózgu, do badania choroby Alzheimera, te już musi zrobić specjalista, który nie tylko będzie wiedział, że tu trzeba przycisnąć, a tu wyskoczy wynik, ale musi wytłumaczyć lekarzowi co to znaczy.

Pani profesor, jeżeli istnieje zagrożenie, że szybka metoda analityczna przy łóżku pacjenta jest dość ryzykowna i ona nie daje pełnego obrazu patologii, to czy aby nie dzieje się to ze szkodą dla pacjenta. Pacjent otrzymuje porcję leków, po krótkim badaniu. Leku często o szerokim bardzo spektrum działania. Ponosi koszty finansowe. Zastosowana metoda prób i błędów w badaniu nosi ryzyko dla pacjenta. Taka metoda nie jest nacelowana na jednostkę chorobową. Więc czy nie jest konieczne zastosowanie diagnostyki pełnej u progu podjęcia leczenia?

To byłoby idealnie, żeby z lekarzem bezpośrednio współpracował analityk, ale do tego nie dojdzie, tak jak nie dojdzie do tego w farmacji, a żeby lekarzowi towarzyszył przy ustawianiu terapii farmaceuta. Jest to idea nie do zrealizowania.

Pani profesor, ale ostatecznie ryzyko takiej metody leczenia ponosi pacjent?

To już wtedy zależy od tego, czy lekarz jest odpowiedzialnym lekarzem i skieruje tego chorego na badania do laboratorium, żeby swoją diagnozę potwierdzić, czy też nie.

Pani profesor, czy zatem nie byłoby lepiej zaniechać tych szybkich metod krótkich, na które pozwala lekarzowi aparatura przy łóżku badanego? Aparatura ta chce być sprzedana. Nie myśli się w tym momencie o dobru i zdrowiu pacjenta. Lekarz wyręczając diagnostę, poprzez tę aparaturę pełnić chce wszystkie funkcje. Może lepiej odejść od modelu takiego, na rzecz tworzenia przy gabinetach lekarskich laboratorium diagnostycznego, które służyć będzie szybkiej diagnozie.

Teraz jest trend, żeby w zespole szpitali powstało jedno centralne laboratorium, do którego wszystkie próbki byłyby sprowadzane i tam badane.

Pani profesor, jakie te działania niosą ryzyko? Wchodzą tu takie elementy jak: przewożenie – transport, czas.

Na pewno jest takie ryzyko, bo potem wszystko już idzie komputerowo, ale zawsze jest jakieś niebezpieczeństwo, począwszy od pobierania, opisywania próbki. Dana próbka może być przypisana wynikowi innej osoby. W każdym razie, tak się teraz planuje np. właśnie we Wrocławiu, Kliniki Akademii Medycznej, które były w różnych miejscach, miały swoje laboratoria, tworzy się jedno laboratorium.

Jaki jest stosunek Pani profesor do tych zmian? Czy uważa pani, że to jest podyktowane czynnikiem ekonomicznym?

Jednak trzeba myśleć, że do tego powinno dojść. Zamiast mieć pięć laboratoriów, w których w jednym robiono lepiej, w drugim gorzej, w trzecim jeszcze inaczej to na pewno było

większe pole do błędów.

Pani profesor, a może lepiej zadbać o to, żeby w tych laboratoriach były bardziej rzetelne metody badania.

Wie Pan to jest też kwestia metody badania, drogiej aparatury, która jest w tej chwili niezbędna do obecnych pomiarów. Zamiast mieć pięć tych samych aparatów w pięciu różnych laboratoriach to teraz będzie jeden najnowszej generacji.

Jeśli tak, jeżeli takie są docelowe działania to nasuwa się pytanie, czy w trakcie transportu do jednego laboratorium pobrane próbki materiału biologicznego nie ulegną zaburzeniu.

Tak jest taka obawa.

Wobec tego Pani profesor, czy te wyniki badań są wiarygodne i na ile?

Niewątpliwie ma Pan rację. Na wynik może mieć wpływ czas pobrania. Wszędzie trzeba robić badania referencyjne, różnego rodzaju kontrole itd. Rzeczywiście w każdym razie tutaj duża rola spoczywa na osobistej odpowiedzialności człowieka, który począwszy od zlecenia lekarza, wie co trzeba zrobić i ponosi pełną odpowiedzialność

Pani profesor chciałbym powrócić do pierwszego etapu rozmowy. Będąc świadkiem, patrząc własnymi oczami na proces tworzenia się diagnostyki laboratoryjnej, czy obok Pani profesor były inne osoby, które w tamtym okresie włączyły się w tę działalność – rozwój diagnostyki laboratoryjnej?

Było wiele takich osób, począwszy od dr Andrzeja Rottera, który organizował Sekcję Analityki Lekarskiej i działał w przekształcenie jej w Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej. Na pewno trzeba tutaj podać pierwszego i wieloletniego przewodniczącego naszego towarzystwa, ś.p. prof. Mariana Krawczyńskiego, który naprawdę położył wielkie zasługi dla rozwoju towarzystwa dla nawiązania kontaktów międzynarodowych (był współredaktorem „Biuletynu IFCC”). Z kolei ś.p. Jan Sznajd był inicjatorem największego wydarzenia w historii PTDL, jakim była organizacja Europejskiego Zjazdu Chemii Klinicznej w Krakowie w 1991 r. Wśród polskich członków honorowych Towarzystwa wymienię m.in. prof. Józefa Helle-
ra, Wandę Mejbaum-Katzenellengogen, Stefana Angielskiego, Jerzego Janeckiego, i Zbigniewa Sagana.

Czy diagnostyki laboratoryjni, gdy uzyskali miano zawodu zaufania publicznego uzyskali także pośrednio i bezpośrednio możliwość specjalizacji? Jakie byłyby to specjalizacje, które Pani profesor widzi dla diagnostów jako szczególnie pożądane, niezbędne do świadczeń zdrowotnych?

Wchodzą tu różne specjalizacje, z analizy medycznej, klinicznej, ale także bakteriologicznej, immunologicznej, genetycznej. Choćby nawet badania genetyczne to olbrzymia rola dla analityków, bo lekarz nie robi tych bardzo skomplikowanych badań, tutaj jest pole do popisu. Poza tym biochemia, biochemia kliniczna – one wszystkie muszą tutaj zaistnieć.

Pani profesor, przed analitykami otwierają się możliwości w przedmiocie badań genetycznych dotyczące genomu. Jak mogą uczestniczyć diagnostyki laboratoryjni w badaniach genomu? Czy mogą ingerować w genomy?

Jeśli chodzi o ingerencje w genomy to o tym nawet mowy nie ma. Teraz powstają nowe nauki tj. proteonomika tzn. budowa białek i diagnostyki mają wiele tutaj do zdziałania.

Zadałem to pytanie, bo właśnie jesteśmy na etapie budowania kodeksu etycznego dla diagnostyki laboratoryjnego. Jak zapisać tę wolność w zakresie badania nad genotypem człowieka, bądź też badaniem, które by w przyszłości dopuszczały możliwość udziału diagnostyki laboratoryjnej w badaniach nad genotypem człowieka?

To jest trudna sprawa. Na przykład jest mały gen, który może, ale nie musi powodować raka piersi. Zrobi się badanie i stwierdzi się, że u tej kobiety jest faktycznie ten gen. I co jej powiedzieć. Kazać amputować obie piersi?

Tak Pani profesor, rozumiem ten dylemat, ale jego można rozszerzyć na wszystkie sfery zaburzeń organizmu, nie tylko w kwestiach nowotworów piersi. Mając taki gen, czy można obciążać tę kobietę, bądź pacjenta świadomością, że rodzić może potomstwo, które będzie przenosić ten gen, czy też odradzać jej prokreacji?

To są przeróżnego typu problemy etyczne, dotyczące badań analitycznych człowieka, czy też badań na przykład nowego leku, który może być lekiem na chorobę Alzheimera, czy też na przykład podejmowanie badań na zwierzętach, które nie zawsze są jednoznaczne z badaniami na ludziach. Jak testować taki lek? Tak, tutaj jest wiele problemów etycznych.

Czy Pani profesor nosiła się kiedyś z zamiarem napisania eseju na temat właśnie takich problemów etycznych w diagnostyce laboratoryjnej?

Nie, nie czuję się na siłach, żeby napisać taki esej.

Pani profesor jeszcze jedno mam pytanie. Diagnostyka laboratoryjna zakreśla coraz szersze kręgi badań dotyczących warunków życia. To badania zagrożeń, które są wynikiem celowego działania człowieka. Spotykamy się dzisiaj z chorobami, które są rozsiewane celowo przez grupy polityczne, przez terrorystów. Czy widzi Pani potrzebę tworzenia zespołów, które będą badać raz po raz środowisko, żywność? Czy nie ma potrzeby powołania krajowego zespołu, który byłby nadzorowany przez diagnostów laboratoryjnych i wykonujący badania dla potrzeb ochronnych społeczeństwa?

Mamy już przecież specjalne instytucje, które służą tym celom (np. instytuty sanitarno-epidemiologiczne) nie tworzymy nowych bytów.

Pani profesor, chodzi mi po głowie tak obawa, że jeśli pojawi się jakieś zagrożenie tak jak w latach 80 – tych związane z Czarnobyliem, gdy władze polityczne utajniły to, co powinno być dane służbie zdrowia. W jaki sposób społeczeństwo mogło-

by się bronić przed takimi działaniami polityków, którzy chcieliby utajnić takie sprawy?

Oczywiście jest to trudne zagadnienie, bo teraz wszystko jest tak upolitycznione, że nie wiem co na to odpowiedzieć. Można stworzyć w obrębie uczelni, w obrębie samorządu taką komórkę, która podejmowałaby raz po raz badania w takim zakresie (ochrona środowiska?).

Ilu Pani profesor wykształciła diagnostów laboratoryjnych?

Trudno mi powiedzieć, jest ich wielu.

Wielu było doktorantów, wielu specjalizujących się. Ilu było takich, których wspierała Pani duchem?

Nie chciałabym zawyżać, ale było to chyba kilkaset magistrów analityki lekarskiej. Doktorów nauk farmaceutycznych i biochemii to chyba 15. Czterech profesorów w tym trzech zwyczajnych, parę habilitacji.

Jak plasuje się wrocławska uczelnia ta tle krajowych tych kierunków, które kształciły diagnostów laboratoryjnych?

Jeśli chodzi o Wrocław, to było tu stosunkowo mało samodzielnych pracowników naukowych, zwłaszcza rekrutujących się z doktorów medycyny w przeciwieństwie do Warszawy, Gdańska czy Krakowa. Nie wpływa to jednak na ocenę działalności naszego Oddziału. Od lat systematycznie prowadzone są podczas comiesięcznych zebrań wykłady z najnowszych osiągnięć analityki, prowadzone przez znanych specjalistów z całej Polski, nie wspominając już o systematycznej pomocy w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych. I to na pewno korzystnie wyróżnia nas spośród innych oddziałów.

Co chciałaby Pani profesor powiedzieć diagnostom, jakie złożyć im życzenia, tym którzy pełnią czynności diagnostyczne i są zrzeszeni w korporacji samorządowej?

Przede wszystkim należy wyeksponować dr Owczarka. Drugiego człowieka, który tyle co On zrobił dla diagnostów nie ma w całej Polsce. Tutaj jego zasługa jest nadzwyczajna. Chciałabym życzyć wszystkim diagnostom, aby pokonywali wszystkie przeszkody. Życzę, aby ten samorząd istniał, rozwijał się, żeby był silny, aby wykorzystał wszystko to co dr Owczarek zrobił. Życzę także, aby dr Owczarek mógł jeszcze długo uczestniczyć we wszystkich fazach rozwoju tego towarzystwa.

Ja zaś, chciałbym życzyć Pani profesor długich lat życia i pracy jak dziś tutaj, przy biurku również dla dobra służby zdrowia i diagnostów laboratoryjnych. Chcę życzyć powodów do ciągłego uśmiechu Pani profesor. Dziękuję i przepraszam za tak długi zabrany czas i oderwanie Pani profesor od pracy.

Pamiętaj o składkach...

Składki można przysyłać przez zakład pracy, bank, czy też drogą pocztową. Numer konta na ostatniej stronie.

Jerzy W. Naskalski

Zakład Diagnostyki, Katedry Biochemii Klinicznej CM UJ w Krakowie

W ostatnim 25-leciu dokonały się zasadnicze zmiany w praktyce medycznej. Rewizji i przewartościowaniu uległy nie tylko procedury diagnostyczne i lecznicze, ale także podstawowe definicje stanu zdrowia i choroby. Zmianie uległa nawet wymowa ponadczasowej zasady postępowania lekarskiego „przede wszystkim nie szkodzić”, której pierwotne przesłanie zawierało przestrożę przed pochopnym i nie sprawdzonym działaniem lekarskim, a więc wzywało do pogłębionej obserwacji chorego i refleksji nad obserwowanymi objawami, a która odczytywana jest dziś jako kanon postępowania zgodnie z optymalnymi procedurami o określonym poziomie ryzyka dla chorego, które często wymagają działań natychmiastowych, wykluczając jakikolwiek czas na obserwację. Podłożem, na którym dokonywała się ewolucja postępowania z chorym w ostatnich latach jest rozwijająca się wiedza medyczna. W przeciwieństwie do dawniej obowiązującego „klasycznego opisu” postrzeganej sytuacji chorego, którą odnoszono do opisanego przez fizjologię „stanu prawidłowego lub stanu zdrowia”, nowoczesna medycyna ocenia stan chorego przede wszystkim pod kątem przewidywanych skutków postępowania (ang. *clinical outcome*), mogących wystąpić doraźnie, w okresie kilku lub kilkunastu tygodni, lub długoterminowych efektów oczekiwanych po upływie lat od chwili badania.

Przyjęcie pewnej docelowej sytuacji jako wysoce prawdopodobnej kolei losu pacjenta pozwala na dokonywanie racjonalnej analizy „korzyści i kosztów”, dzięki której nawet działania ryzykowne wobec argumentów wskazujących na oczekiwany efekt końcowy kwalifikują przyjęty sposób postępowania jako dla chorego najbardziej korzystny. Jak się wydaje najbardziej znaczącą cechą, jaka charakteryzuje nowoczesną praktykę medyczną jest stałe zmniejszanie się marginesu niepewności. To właśnie niepewność stawia lekarza wobec konieczności podejmowania arbitralnej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej, zatem stwarza też ryzyko

popętnienia błędu. Badania laboratoryjne obecnie stanowią jeden z najważniejszych czynników przyczyniających się do zmniejszenia marginesu niepewności postępowania lekarskiego. Miejscem ich wykonywania jest laboratorium, a wykonawstwem zaczęli się zajmować odrębni specjaliści, których zadaniem jest dostarczanie lekarzowi do interpretacji wyników wykonanego badania. W ten sposób praca lekarza, który jest użytkownikiem wyników badania, wymaga partnerskiego współdziałania laboratorium, które odpowiada za wykonanie koniecznych badań. Pracownicy laboratorium pozostając na uboczu głównej osi współdziałania pacjent - lekarz, równocześnie dzielą odpowiedzialność z lekarzem zarówno za wiarygodność wyniku jak i za czas, kiedy ten wynik może być skutecznie wykorzystany dla dobra chorego.

Nowoczesna diagnostyka ma charakter narządowy. Oznacza to, że jej przedmiotem jest ocena stanu czynnościowego i struktury poszczególnych narządów. Z punktu widzenia realizacji tych dwóch głównych zadań badania laboratoryjne możemy zakwalifikować jako:

- Badania służące rozpoznaniu upośledzenia funkcji narządów
- Badania służące rozpoznaniu zaburzeń struktury (uszkodzeń) narządów, i
- Badania służące ocenie ryzyka (zagrożenia) uszkodzeń narządowym w przyszłości
- Badania służące ogólnoustrojowym metabolicznym skutkom uszkodzeń narządowych.

Podany powyżej podział pozwala łatwo zrozumieć sens zlecania badań biochemicznych i innych w codziennej praktyce laboratoryjnej. Rozpoznanie upośledzenia funkcji poszczególnych narządów dotyczy wielu badań wykonywanych w ramach codziennej tzw. „rutynowej” diagnostyki laboratorium. Np. wykonywane w sposób rutynowy oznaczenia kreatyniny i mocznika mają wskazać na upośledzenie funkcji filtracyjnej nerek. Stwierdzenie wzrostu poziomu kreatyniny, prowadzi do rozpoznania zmniejszonej filtracji kłębkowej osocza w nerkach. Wynik taki musi w postępowaniu lekarskim być przedmiotem analizy, która oceni jego rzeczywiste znaczenie w sytuacji i okolicz-

nościach w jakich znajdował się pacjent w chwili badania. Podobnie rozpoznanie niższej niż oczekiwana liczby krwinek czerwonych i niższego stężenia hemoglobiny, mogące prowadzić do rozpoznania upośledzonej erytropoezy, musi być odniesiony do aktualnej sytuacji pacjenta. Jego znaczenie zależeć będzie od wielu czynników, a w tym od tego czy wynik ten stanowi spostrzeżenie nie oczekiwane wobec sytuacji w jakiej znajduje się pacjent, czy też jest konsekwencją znanych wcześniej okoliczności (np. występujących krwawień). Z drugiej strony rozpoznanie u badanej osoby w wyniku oznaczenia parametrów gazometrii cech ostrej niewydolności oddechowej, wiąże się przede wszystkim z rozpoznaniem doraźnego zagrożenia dla chorego wynikającego z tego stanu i w pierwszym rzędzie będzie wymagać natychmiastowych działań terapeutycznych, których celem będzie zabezpieczenie pacjenta przed ryzykiem wynikającym z upośledzenia wymiany gazów. Strategia długofalowego leczenia będzie inna niż postępowanie doraźne i zapewne zostanie określona w okresie późniejszym. W tym ostatnim wypadku, ze względu na doraźne ryzyko dotyczące chorego wynik powinien się cechować niepodważalną wiarygodnością, a czas oczekiwania na wynik nie powinien w znaczący sposób przedłużać postępowania lekarskiego. Podane powyżej przykłady, pokazują złożoność problematyki oceny funkcji narządów. Należy pamiętać, że dla wielu narządów nie mamy dobrych testów pozwalających na ocenę ich funkcjonalnej sprawności. Dlatego obecnie wynik badania laboratoryjnego często konfrontowany jest z oceną morfologii narządu ocenianej za pomocą badania ultrasonograficznego rentgenowskiego lub nawet histopatologicznego.

Inny charakter mają badania związane z rozpoznaniem uszkodzeń struktury narządów. Należy pamiętać, że niewielkie uszkodzenie narządu zwykle nie powoduje istotnych zakłóceń jego funkcji, ale pojawienie się markera narządowego w surowicy jest zawsze wyraźnym sygnałem, że nastąpiło uszkodzenie struktury narządu. Przykładem mogą być często obserwowane wzrosty aktywności enzymów wątrobowych: aminotransferazy ALT i AST będących wskaźnikami uszkodzenia miększu wątroby.

Tab. 1. Najczęściej wykonywane badania dotyczące oceny funkcji narządów

Badanie	Oczekiwana informacja
Stężenie kreatyniny (osocze)	Wydolność filtracji kłębkowej
Liczba krwinek czerwonych, ich średnica, stężenie hemoglobiny w osoczu, stężenie hemoglobiny w krwinkach,	Wydolność układu krwiotwórczego w zakresie tworzenia krwinek czerwonych
Stężenie bilirubiny i aktywność GGT i alkalicznej fosfatazy w osoczu	Zdolność wątroby do wydzielania żółci
Stężenie albuminy, aktywność esterazy cholinowej, wielkość wskaźnika protrombiny	Zdolność wątroby do syntezy białek osocza.
Oznaczanie stężenia amoniaku (osocze)	Zdolność wątroby do usuwania katabolitów i toksyn
Ocena poziomu glikemii	Zdolność trzustki do wydzielania insuliny lub ocena równowagi pomiędzy wydzielaniem insuliny i wrażliwości komórek obwodowych na insulinę
Ocena pH krwi i stężenia dwutlenku węgla i tlenu	Ocena wydolności oddechowej
Oznaczanie stężenia peptydów natriuretycznych	Ocena wydolności krążenia i przeciążenia lewego przedsionka i komory serca

Tab. 2. Najczęściej wykonywane badania służące wykrywaniu uszkodzeń narządowych

Badanie	Oczekiwana informacja
Enzymy wątrobowe ALT, AST	Ostre uszkodzenie hepatocytów, martwica wątroby (czynniki zapalne, toksyczne)
Enzymy wątrobowe GGT, ALT	Ostre uszkodzenie działaniem alkoholu, uraz wątroby, guz wątroby
Enzymy sercowe CK, CKMB-mass	Ostre uszkodzenie mięśnia sercowego prowadzące do ognisk martwiczych
Tropiny sercowe: TNI i TNT:	Ostre uszkodzenie mięśnia sercowego prowadzące do ognisk martwiczych
CK całkowite CKMM, aminotransferaza AST	Zespoły miolityczne i inne choroby mięśni szkieletowych
Przyrost stężenia kreatyniny w dobowych przedziałach czasu	Ostra niewydolność nerek/ uszkodzenie nerek (niedokrwienne, toksyczne i inne)
Amylaza, lipaza, lipaza lipoproteinowa	Ostre zapalenie/ uszkodzenie trzustki
Fibronektyna, laminina, kolagen	Uszkodzenia tkanki łącznej i kości

Tab. 3. Modyfikowalne biochemiczne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (CHN) wykrywane w badaniach laboratoryjnych.

Badanie (rodzaj, kierunek zmiany)	Oczekiwana informacja związana z badaniem
- Cholesterol całkowity (Znaczenie przede wszystkim przy skryningu)	Obniżenie poziomu traktowane jest jako wyraz zmniejszenia ogólnego ryzyka CHN
- Cholesterol LDL (Znaczenie przy poradnictwie indywidualnym, silnie skorelowany z CHN))	Wzrost powyżej pewnych granic jest podstawą do wdrożenia leczenia
- Cholesterol HDL (Obniżenie poziomu jest niekorzystnym sygnałem rokowniczym dla CHN)	Wzrost poziomu ma charakter wtórny dla leczenia preparatami statyn
- Triglicerydy (Silnie skorelowane z poziomem frakcji LDL)	Wzrost poziomu wiąże się ze zmianą struktury cząstek LDL na bardziej aterogenne gęste LDL
- Glukoza (Silnie skorelowana z wieloletnim ryzykiem CHN i ryzykiem cukrzycy typu 2)	Podstawą działań w celu obniżenia poziomu jest tzw. prewencja ogólna dotyczące trybu życia
- Insulina (skorelowana z ryzykiem nadciśnienia, jest także elementem zespołu polimetabolicznego)	Wynik ma znaczenie przede wszystkim w ustaleniu wskazań dla prewencji ogólnej.
- Homocysteina (Skorelowana z ryzykiem CHN i pierwotnym uszkodzeniem śródbłonna naczyń)	Wynik powinien być podstawą leczenia farmakologicznego
- Lipoproteina (a) (Silnie skorelowana z nadkrzepliwością i ogólnym ryzykiem CHN)	Wynik ma znaczenie przede wszystkim w ustaleniu wskazań dla leczenia prewencyjnego
- Fibrinogen (Skorelowana z ryzykiem CHN i niekrywym udarem mózgu)	Wynik ma znaczenie przede wszystkim w ustaleniu wskazań dla leczenia prewencyjnego
- CRP (Silnie skorelowana z ryzykiem krótko i średnio terminowego zgonu z powodu CHN)	Wynik ma znaczenie przede wszystkim w ustaleniu wskazań dla leczenia

Wzrosty takie wskazują na toksyczne działanie na wątrobę leków, alkoholu, ksenobiotyków itp. nie powodujące jednak wystąpienia niewydolności wątroby. Dlatego wskaźniki uszkodzenia, uzupełniają informację jaką uzyskujemy oznaczając wskaźniki funkcji narządów. Wśród wskaźników uszkodzenia struktury przede wszystkim należy wymienić enzymy, oraz nowe markery uszkodzeń narządowych.

(Tab. 2). Testy służące ocenie wydolności narządowej oraz występowaniu zaburzeń struktury (uszkodzeń) narządów składają się na zestaw badań, które powinny być wykonywane we wszystkich laboratoriach szpitalnych i w większości laboratoriów lecznictwa otwartego.

Diagnostyka narządowa wymaga również odpowiedzi na pytania jakie są wczesne przyczyny uszkodzeń prowadzących do zagrażającej życiu niewydolności czynnościowej poszczególnych narządów. Jak wskazują badania epidemiologiczne, które analizują informację o zachorowalności i wymieralności, co najmniej 60% wszystkich zachorowań i zgonów jest skorelowanych z takimi czynnikami jak wiek, płeć i waga człowieka, tryb życia, rodzaj wykonywanej pracy, stosowanie używek, a zwłaszcza palenia papierosów i picia alkoholu. Ponadto, istnieje silny związek pomiędzy zachorowalnością (z różnych przyczyn)

a nadciśnieniem, a także z przewlekłymi chorobami metabolicznymi takimi jak cukrzyca, miażdżyca, dna. Czynniki korelujące ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia określonej choroby nazywamy *czynnikiem ryzyka* tej choroby. Czynnikiem ryzyka są również pewne charakterystyczne wielkości stężeń niektórych metabolitów. Na przykład stężenie cholesterolu w surowicy wyższe niż 5.25 mmol/L jest czynnikiem ryzyka przyspieszonego rozwoju miażdżycy, natomiast obniżenie stężenia żelaza w surowicy jest czynnikiem ryzyka niedokrwistości. Znając czynniki ryzyka u człowieka w określonym wieku, bez cech choroby można określić prawdopodobieństwo jego zachorowania i zgonu z powodu określonej choroby w okresie odległym o lata od chwili badania. Nowoczesna medycyna stara się zapobiegać chorobom poprzez redukcję występowania zwiastujących te choroby czynników ryzyka.

Wśród badań wykonywanych przez współczesne laboratorium znaczną część stanowią badania wykonywane w celu określenia konstelacji ryzyka miażdżycy, cukrzycy, a także rzadziej, innych powszechnie występujących chorób. Znajomość konstelacji czynników ryzyka pozwala podjąć działania, w wyniku których, ze znacznym prawdopodobieństwem możliwe jest zapobieżenie zagrażającej chorobie lub wieloletnie opóźnienie jej wystąpienia. Ocena czynników ryzyka (stężenie cholesterolu, poziom glikemii na czczo, ogólne badanie morfologii krwi stanowi obecnie znaczną część badań koniecznych dla oceny stanu zdrowia pacjenta (Tab. 3) Wykluczenie ryzyka

ka wystąpienia najczęściej występujących chorób jest jednym z warunków rozpoznania „dobrego stanu zdrowia”. Z drugiej strony strategia badań zwanych *prześiewowymi* (*skryningowymi*), pozwala na wyodrębnienie z ogólnej populacji ludzi zdrowych osób z nierozpoznaną chorobą, lub osób szczególnie zagrożonych chorobą. Badania skryningowe są podstawą programów prewencji, czyli zapobiegania pewnym chorobom.

Dostępność wielu różnych badań laboratoryjnych stwarza problem wyboru, jakie badania powinny być wykonane w celu najszybszego uzyskania potrzebnych informacji. Jednak, wobec różnych celów którym podporządkowane jest badanie pacjenta lekarz musi wiedzieć jaką informację chce uzyskać. Samo sformułowanie „rozpoznanie choroby” nie wyczerpuje celu badania. Np. administracja systemu opieki zdrowotnej w USA przy ocenie zasadności wykonywanych badań, zleczanych przy przyjęciu chorego do szpitala żąda odpowiedzi jak dane badanie określa:

Ryzyko zgonu pacjenta w okresie aktualnej hospitalizacji

Jak wynik badania ma się do przewidywanego czasu pobytu w szpitalu

Jak wynik badania ma się do przewidywanego czasu trwania wyleczenia (do następnej hospitalizacji).

Zatem informacje zawarte w wyniku badania znacznie wykraczają poza samo rozpoznanie choroby. Dlatego obecnie mówimy, że celem badania jest raczej określenie pewnego „punktu końcowego” (*clinical outcome*) niż samo nazwanie choroby. Na przykład przy rozpoznaniu zawału serca konieczne jest określenie

rodzaju terapii optymalnej dla danego chorego, wraz z oceną prawdopodobnych skutków w okresie najbliższego tygodnia, 12 tygodni i 5-ciu lat. Takim ocenom służą badania laboratoryjne oraz inne badania specjalistyczne. Podstawą weryfikacji przyjętego postępowania musi być ocena czułości diagnostycznej (zdolności testu do potwierdzenia wystąpienia oczekiwanego efektu końcowego), swoistości diagnostycznej (zdolności testu do wykluczenia wystąpienia punktu końcowego) i trafności diagnostycznej (oceny prawdopodobieństwa poprawnego przewidywania uzyskania oczekiwanego efektu). Obowiązujący obecnie kanon „uprawniania medycyny opartej o dowody” (*Evidence Based Medicine – EBM*) wymaga aby każde wnioskowanie oparte o wynik badania było uwierzytelnione udokumentowanymi informacjami, że rzeczywiście istnieje związek pomiędzy tym wynikiem i oczekiwaną informacją diagnostyczną.

W nowoczesnej medycynie obowiązuje zasada równocЕННОści źródeł informacji diagnostycznej. Objawy podmiotowe, wyniki badań obrazowych i wyniki badań laboratoryjnych łącznie mają umożliwić poprawne przewidywanie przyszłej historii chorego. Niepewność takiego przewidywania powinna wynikać tylko z naturalnej zmienności mierzonych parametrów. Nie może natomiast wynikać z błędów w wykonywaniu badań. W ten sposób laboratorium, nawet jeżeli wykonuje niezbyt rozbudowany profil podstawowych badań biochemicznych, ale spełniających kryteria wiarygodności, stanowi jeden z filarów systemu, który tworzy podstawy nowoczesnej medycyny klinicznej.

Zastrzeżenia i stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do „uwag sporządzonych w Ministerstwie Finansów dotyczących projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie „specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty”.

W służbie zdrowia systemu polskiego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych obywateli wynikających z konstytucyjnych zapisów oraz innych aktów prawnych (ustaw powołujących Samorządy: Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Izba Lekarska, Izba Aptekarska, Izba Pielęgniarek i Położnych) funkcjonują różne zawody medyczne i różny zakres specjalizacji w obrębie tych zawodów. Wychodząc z fundamentalnej zasady, że zawody medyczne w obrębie polskiej służby zdrowia nie są wyodręb-

nianymi i jedynie samodzielnymi podmiotami świadczeń medycznych, gdyż się uzupełniają i dopełniają tworząc w ten sposób monolit komplementarny struktury ochrony i świadczeń dla zdrowia obywateli, dlatego nie można zgodzić się aby istniała w zapisie ustaw o samorządach zawodowych nierówność i dyskryminujący charakter uprawnień i ponoszonych obciążeń przez poszczególnych członków społeczności zawodowej przy dążeniu do uzyskania specjalizacji.

Zasady równości obywatelskiej i

demokracji społecznej gwarantowane w Konstytucji RP w sposób jaskrawy mogą być naruszone w poszukiwaniu finansowych oszczędności przez Ministra Finansów.

Nierówność traktowania zawodu diagnosty laboratoryjnego w odniesieniu do zawodu pielęgniarki i lekarza nie może być tłumaczona względami finansowymi, bo gdyby owe względy finansowe były zasadne to wówczas Ustawodawca bacząc na ten aspekt mógłby nowelizować w jedną bądź w drugą stronę

niwelując owe przywileje. Wszystkie zawody medyczne objęte ustawą tworzącą samorządy są niezbędne i wzajemnie się dopełniają.

Stąd też prawo do specjalizacji, czyli uzupełniania i nowelizowania wykształcenia do zmieniających się potrzeb i poziomu osiągnięć nauki w przedmiotach fizyko-chemiczno - biologiczno-medycznych i klinicznych powinno określać takie same warunki finansowania, a Samorządom zawodów medycznych przypisanie takich samych subsydiów z budżetu Państwa jeśli uczestniczyć mają w programie podyplomowego kształcenia nadzorowanego przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Doskonalenia Kadr Medycznych.

Proponowane rozwiązanie, które tworzy nierówność w zakresie realizacji kształcenia specjalistycznego wynikająca z ustaw o samorządzie zawodów medycznych (lekarskiego, aptekarskiego, pielęgnarskiego i diagnostów) dla przejrzystości systemu państwa i praw obywateli winne być usunięte z projektowanego postępowania wobec diagnostów. Skutkiem tworzenia tej nierówności będzie utrwalenie wysokiego zróżnicowania na terenie poszczególnych województw pracowników diagnostyki laboratoryjnej posiadających i nieposiadających specjalizację I° i II°. Zależności te są wynikiem umiejscowienia w niektórych miastach wojewódzkich uczelni medycznych, w obrębie których istniała możliwość podejmowania i finalizowania specjalizacji. Poza miastami uczelni medycznych zachodzi zjawisko braku możliwości podejmowania specjalizacji przez młodszą kadrę zatrudnioną w diagnostyce. Brak stymulacji do kształcenia specjalistycznego równy był brakowi osób sprawujących pieczę i kierownictwo nad specjalizującymi się. Także skutkuje to negatywnie w przypadku spełniania funkcji kierowników laboratoriów. Częstsze są przypadki gdy kierownik laboratorium nie posiada specjalizacji a odnosi się to do miast i miejscowości poza obszarem umiejscowienia uczelni medycznych. Zaznacza się także ta sama zależność w odniesieniu do określonego profilu specjalistów np. braku parazytologów, toksykologów, mikrobiologów itp. Negatywność tych skutków zaznacza się szczególnie w tych ośrodkach w kraju gdzie dostęp do wysokospecjalistycznej diagnostyki jest ograniczony i tam też wg statystyk mamy do czynienia z małą skutecznością

działań ochronnych dla życia i zdrowia pacjentów. Potwierdzają to opracowania ekspertów dla potrzeb Ministra Zdrowia.

Różnicowanie zasad finansowania specjalizacji w obszarze zawodów medycznych sprawia wrażenie jakby Ministerstwo Zdrowia było zainteresowane podnoszeniem kwalifikacji przez jedną grupę pracowników w zawodzie medycznym a przez inną – nie.

Postęp i rozwój nauk w obszarze diagnostyki medycznej-laboratoryjnej jest dla każdego obserwatora wybijającym się na czoło spośród innych specjalizacji zawodów medycznych. Rozwój tych nauk jest stymulowany szczególnie troską jaką badacze i użytkownicy tych nauk wykazują wobec troski o życie i zdrowie oraz sprawność organizmu pacjenta do granic jego możliwości. Stąd też zdobywanie specjalizacji w zawodzie diagnostyki medycznej-laboratoryjnej ma tak doniosłe znaczenie dla ogólnego poziomu świadczeń w obrębie służby zdrowia.

W przeciwnym razie przenoszenie finansowania specjalizacji na diagnostów laboratoryjnych stworzy silną barierę dla podnoszenia kwalifikacji gdy uwzględni się obecny poziom zubożenia tej grupy na tle pozostałych grup zawodów medycznych.

Taka bariera do podnoszenia kwalifikacji byłaby oczywiście szkodą dla utrzymania wymaganego poziomu opieki zdrowotnej w kraju. Należy zwrócić uwagę na inny problem, który stać się może przedmiotem oczekiwań i żądań społeczeństwa a dotyczy on obligatoryjnego dla różnego poziomu wieku od szkolnego aż do wieku starszego przeprowadzania powszechnych przesiewowych badań diagnostyczno-laboratoryjnych w celu wczesnego wykrywania zagrożeń dla zdrowia organizmu. Na materiałach tych badań możliwe będzie opracowanie zagrożeń istniejących dla danej populacji naszego kraju. Będą one nieodzowne jak przeprowadzanie badania okresowego w kierunku układu krążenia, kostnego (wady postaw u dzieci). Staną się konieczną bazą danych o zdrowiu społeczeństwa, ważną współcześnie przy uwzględnieniu zmian warunków trybu życia obywateli, i dostępu do rynku spożywczego produktów różnego pochodzenia. Badania takie w zakresie diagnostyki medycznej-laboratoryjnej będą odpowiadać na zapis ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Ochrony Zdrowia

dotyczącym profilaktyki i zabezpieczenia zdrowia obywateli.

POSTULAT

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych dokonała szerokiej konsultacji w środowisku swej społeczności oraz osób opiniotwórczych na podstawie, których wnosi do Ministra Zdrowia postulat, by w drodze prac nowelizacyjnych wokół istniejących ustaw o samorządach zawodów medycznych znalazł się zapis uprawniający diagnostów laboratoryjnych do uzyskiwania stopni specjalizacyjnych podobnym trybem co, dla lekarzy i pielęgniarów. Zrównanie takie mogłoby nastąpić poprzez finansowanie z budżetu państwa trybu uzyskiwania stopni specjalizacyjnych dla diagnostów laboratoryjnych w sposób podobny co, dla lekarzy i pielęgniarów. Zrównanie w sposobie uzyskiwania stopni specjalizacyjnych będzie zadośćuczynieniem dotychczasowej pragmatyki różnicowania i zrówna wszystkie grupy zawodów medycznych w podnoszeniu kwalifikacji. Ponadto nie będzie zaporą, skutkiem czego pojawiać mogłaby się niebezpieczna dla ochrony zdrowia pacjentów próżnia pokoleniowa posiadających specjalizację w zakresie diagnostyki medycznej. W przeciwnym razie zaniedbania będą nie do usunięcia w krótkim czasie. Stąd też bezwzględną koniecznością jest dopuszczenie takiej regulacji przez Ministra Zdrowia dotyczącej określenia trybu i zasad specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych, które w porę zatrzymają procesy redukcji z obszaru diagnostyki laboratoryjnej specjalistów i tworzenie się pustyni specjalizacyjnej z widocznymi negatywnymi skutkami dla poziomu świadczeń medycznych.

Koszty związane ze zmienioną procedurą uzyskiwania specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych nie będą zwiększać obciążeń dla budżetu państwa, gdyż tym samym ilość lekarzy chcących podjąć podobną specjalizację nie będzie większa, raczej mniejsza. Taki trend obserwuje się od kilku lat w grupie specjalizujących się. Przełożenie środków z jednej grupy zawodowej na drugą nie będzie obciążać budżetu Ministra Finansów.

z poważaniem
Prezes KRDL
Henryk Owczarek

Szanowny Panie Prezesie

W nawiązaniu do pisma Pana Prezesa z dnia 29.04.2003 r. (data wpływu: 05.05.2003 r.) w sprawie stanowiska Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych do „uwag sporządzonych w Ministerstwie Finansów dotyczących projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty”, uprzejmie informuję, iż w obowiązujących ustawach regulujących wykonywanie zawodu lekarza, pielęgniarki, położnej oraz farmaceuty nie ma przepisów prawnych stanowiących o obowiązku finansowania specjalizacji ze środków z budżetu państwa. Art. 16 ust 2 obowiązującej ustawy o zawodzie lekarza stanowi iż, „Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego określa, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-stomatologicznych, ramowe programy specjalizacji, sposób odbywania specjalizacji, sposób i tryb składania egzaminu państwowego, warunki, jakim powinny odpowiadać jednostki organizacyjne prowadzące specjalizacje, oraz warunki i tryb uznawania równoważności tytułu specjalisty uzyskanego za granicą”. Natomiast art. 10 ust.5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi iż, „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób prowadzenia poddyplomowego kształcenia pielęgniarek i położnych przez osoby, o których mowa w ust. 3, oraz tryb kształcenia”. Finansowanie specjalizacji lekarzy, pielęgniarek i położnych nie wynika zatem bezpośrednio z ww. ustaw, lecz z przepisów wykonawczych do nich.

Wobec ww. postulatów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych pragnę Panu Prezesowi naświetlić aktualną sytuację dotyczącą nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, w zakresie wprowadzenia rozwiązań systemowych finansowania specjalizacji.

Ku końcowi zbliżają się prace nad następującymi ustawami:

- ustawą o zmianie zawodu lekarza oraz ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych

ustaw,

- ustawą o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy zmieniającej ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej,
- ustawą o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz zmianie innych ustaw.

W nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza przyjęto następujące zapisy dotyczące sposobów finansowania specjalizacji w ramach tego zawodu – w art. 16 dodano ust. 4 i 5 w brzmieniu: „4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 5. 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, może w drodze rozporządzenia, kierując się bieżącą strategią rządu, uznać dziedziny medycyny za priorytetowe”. W chwili obecnej ustawa o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw została podpisana przez Prezydenta RP.

Jednocześnie informuję, iż w chwili obecnej Senat RP rozpatrzył uchwaloną przez Sejm RP na 45 posiedzeniu 9 kwietnia 2003 r. ustawę o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy zmieniającej ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tą ustawą zaproponowano następujące zapisy w stosunku do finansowania specjalizacji – art. 10 tej ustawy otrzymał następujące brzmienie: „ust.1 Specjalizacja jest finansowana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację finansową z tych środków. 2. Limity miejsc szkoleniowych, o których mowa w ust. 1, oraz kwot dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w danym roku określa minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, i ogłasza w formie obwieszczenia w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do 15 grudnia na rok następny, uwzględniając w szczególności zapotrzebowanie na specjali-

stów z poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.”

W ramach prac Podkomisji Nadzwyczajnej do spraw rozpatrzenia projektu rządowego ustawy o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej przyjęto zaproponowany przez Panią Posel Barbarę Błońską-Fajfrowską odnoszący się do diagnostów laboratoryjnych zapis analogiczny do zapisu zaproponowanego do ustawy o zawodzie lekarza, a mianowicie: „Minister właściwy do spraw zdrowia może, w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 5. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w drodze rozporządzenia, kierując się bieżącą strategią rządu, uznać dziedziny diagnostyki laboratoryjnej za priorytetowe.

Przyjęcie przez Sejm RP proponowanego przez Podkomisję nadzwyczajną do spraw rozpatrzenia projektu rządowego ustawy o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej zapisu nie dopuści do „nierówności i dyskryminującego charakteru uprawnień i ponoszonych obciążeń przez poszczególnych członków społeczności zawodowej przy dążeniu do uzyskania specjalizacji”, na które zwraca uwagę Pan Prezes w swoim piśmie.

Jednocześnie informuję, iż Minister Finansów w piśmie przesłanym do Ministra Zdrowia w dniu 27 stycznia 2003 r., sygn. FS6-032-14/2003, zwraca uwagę, iż „nie znajduje możliwości wyasygnowania z budżetu państwa dodatkowych środków na finansowanie specjalizacji w zawodach medycznych, zarówno w roku bieżącym, jak i w latach następnych”. Ponadto informuję, iż wpisanie do ustawy o diagnostyce laboratoryjnej finansowania specjalizacji diagnostów laboratoryjnych z budżetu państwa stanowić może „niebezpieczny precedens prowadzący do sytuacji, w której będziemy mieli do czynienia z nierównym traktowaniem w tym zakresie różnych grup zawodowych. Ustawa budżetowa na rok 2003 także nie przewiduje środków na ten cel.

Pragnę zapewnić Pana Prezesa, iż jednym z elementów polityki Mini-

stra Zdrowia w zakresie kształcenia kadr medycznych, w trosce o zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, jest wdrożenie systemu kształcenia podyplomowego dla wszystkich zawodów medycznych. Wyrazem tego są założenia zawarte w dokumencie „Narodowa Ochrona Zdrowia: Strategiczne kierunki Ministra Zdrowia w latach 2002-2003” przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 27 maja 2002 r. W dziale VI „Kadry Medyczne”, pkt.3 „Zmiany w systemie kształcenia w innych zawodach medycznych”, określono, iż szkolenie specjalizacyjne zwane „specjalizacją” będzie w przyszłości dotyczyło różnych grup zawodowych mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym także diagnostów laboratoryjnych. Specjalizacje te dotyczyć będą zawodów, do wykonywania których niezbędne są kwalifikacje potwierdzone zdobyciem tytułu magistra lub

magistra inżyniera.

W kwestii ustosunkowania się do postulatu „by w drodze prac nowelizacyjnych wokół istniejących ustaw o samorządach zawodów medycznych znalazł się zapis uprawniający diagnostów laboratoryjnych do uzyskiwania stopni specjalizacyjnych *podobnym trybem* co dla lekarzy i pielęgniarów” informuję, iż w przyjmowanych przez Sejm rozwiązaniach legislacyjnych i projektach aktów wykonawczych istnieją adekwatne rozwiązania dla wszystkich zawodów medycznych dotyczących m.in. tego, iż odpowiedzialność za prowadzenie szkolenia spoczywa na akredytowanych jednostkach szkółących, osoby przystępujące do specjalizacji muszą być poddane postępowaniu kwalifikacyjnemu, programy specjalizacji opracowane są przez powołane przez Ministra Zdrowia zespoły ekspertów i opiniowane przez właściwe dla danej

specjalizacji towarzystwa naukowe lub stowarzyszenia zawodowe (korporacje zawodowe), egzamin specjalizacyjny organizowany jest we wszystkich specjalizacjach w formie zewnętrznego egzaminu państwowego itd.

W chwili obecnej w porozumieniu z przedstawicielami Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych trwają prace nad opracowaniem projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty w zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

Kończąc wyrażam nadzieję na dalszą dobrą współpracę z Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych.

*z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Ewa Kralkowska*

Państwa Pytania.

Czy bezrobotny diagnosta jest zwolniony z płacenia składek na izbę diagnostów?

Diagności bezrobotni i nie pracujący w diagnostyce są zwolnieni z płacenia składek członkowskich na podstawie uchwały Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych nr 21/2003. Przypomnieć trzeba, że należy się zgłosić pisemnym wnioskiem do biura KIDL i potwierdzić fakt utraty pracy odpowiednim dokumentem.

Czy wniosek o zaświadczenie o zdolności diagnosty do wykonywania czynności diagnostycznych można przesyłać internetem?

Niestety nie. Wniosek należy dostarczyć do biura KIDL (osobiście lub pocztą). Na wniosku musi znajdować się podpis składającego. Aby był zaakceptowany nie może być przesłany faxem, ani przez sieć.

Czy jest specjalny formularz do przysyłania składek z numerem konta? Nie ma specjalnego formularza do przysyłania składek.

Składki można przysłać przez zakład pracy, bank, czy też na pocztę. Numer konta na ostatniej stronie.

Czy technik analityki medycznej może samodzielnie (bez nadzoru diagnosty laboratoryjnego) pełnić dyżury nocne i świąteczne w szpitalu wieloprofilowym ? Kto odpowiada za ewentualne popełnione przez niego błędy ? Proszę o odpowiedź i podstawę prawną.

Samodzielne wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej mają diagnosty laboratoryjni według ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 - 07- 2001. Pozostałe osoby mogą wykonywać te czynności pod nadzorem. Minister właściwy ds. Zdrowia miał ustalić, które czynności diagnostyki laboratoryjnej mogą być wykonywane przez techników analityków; zob. art. 6 ust 1 i 2 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27-07-2001. Reasumując:

- *Technik nie może wykonywać samodzielnie czynności diagnostycznych na dyżurach nocnych.*
- *Odpowiada za niego nadzorująca osoba (tj. diagnosta laboratoryjny).*

Joanna Pogórska — Sekretarz KRDL

Informacje Konsultanta Krajowego ds. Mikrobiologii na temat sytuacji w laboratoriach diagnostycznych (mikrobiologicznych) w Polsce

Na podstawie przesłanych z laboratoriów mikrobiologicznych formularzy, zgromadzono bazę danych obejmującą laboratoria z terenu całego kraju. Wyjątek stanowi województwo Świętokrzyskie w którym nie ma Specjalisty i sprawami diagnostyki mikrobiologicznej nikt się nie zajmuje. Ogółem w bazie danych znalazło się 473 laboratoria. 67 laboratoriów wykazanych jako działające na terenie różnych województw nie zostało ujęte w bazie danych. W większości były to laboratoria Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych oraz laboratoria, które nie wypełniły deklaracji zgłoszeniowych.

Liczba laboratoriów w poszczególnych województwach:

Dolnośląskie.....	29
Lubuskie.....	13
Łódzkie.....	43
Wielkopolskie.....	56
Śląskie	59
Podkarpackie.....	22
Kujawsko-Pomorskie..	28
Zachodnio-Pomorskie..	22
Warmińsko-Mazurskie.	11
Mazowieckie.....	56
Opolskie.....	11
Pomorskie.....	25
Małopolskie.....	37
Lubelskie.....	38
Podlaskie.....	23

W bazie danych zgromadzono następujące informacje:

- a/ Adres i siedziba laboratorium,
- b/ Typ laboratorium,
- c/ Godziny pracy,
- d/ Wykształcenie i specjalizacja kierownika,
- e/ Liczba i wykształcenie personelu,
- f/ Udział laboratorium w sprawdzianach zewnętrznych,
- g/ Pomieszczenie,
- h/ Wyposażenie podstawowe,
- i/ Posiadanie aparatu do automatycznych posiewów krwi,
- j/ Posiadanie systemów automatycznych do identyfikacji bakterii,
- k/ Czynny udział laboratorium

(pracowników) w działalności Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych.

Większość zgłoszonych jednostek to laboratoria podstawowe Typu A, są to na ogół laboratoria pracujące dla szpitali mniejszych niż 400-lóżkowe i chorych leczonych ambulatoryjnie w przychodniach przyszpitalnych, laboratoria obsługujące 2-3 mniejsze szpitale, lub laboratoria podstawowe dla chorych leczonych poza szpitalnie. Laboratoria tego typu stanowią 72% wszystkich zarejestrowanych. Szesnaście procent (16%) zgłoszonych to laboratoria typu B szerokoprofilowe, istniejące przy dużych zespołach szpitalnych, szpitalach klinicznych, szpitalach wojewódzkich. Bardzo niewielki odsetek (2%) stanowią laboratoria i pracownie referencyjne. Laboratoria typu D o wąskim profilu specjalistycznym to 10% wszystkich. Wśród nich znajdują się pracownie diagnostyki gruźlicy, laboratoria diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową i pracownie mikologiczne.

Jednym z najważniejszych warunków dobrej organizacji i pracy laboratorium jest odpowiednio wykształcony personel. Według wykonanych zestawień 57% laboratoriów mikrobiologicznych jest kierowanych przez specjalistów z zakresu mikrobiologii, 22% z nich ma specjalizację II° i 35% specjalizację I°, w trakcie specjalizacji jest 6% osób pełniących kierownicze stanowisko. Niestety powyżej 33% kierowników nie posiada specjalizacji.

Wyraźnie zróżnicowany jest poziom wykształcenia kadry kierowniczej w laboratoriach typu A i B. W laboratoriach podstawowych 39% kierowników nie posiada specjalizacji, 16% laboratoriów szerokoprofilowych jest kierowanych przez osoby bez specjalizacji z mikrobiologii.

Najwyższy odsetek kierowników bez specjalizacji prowadzi laboratoria typu C a więc wąskoprofilowe. Obok prawidłowego specjalistycznego wykształcenia kierownika w laboratorium mikrobiologicznym ważne jest aby skład pozostałego personelu był odpowiedni dla zapewnienia ciągłości pracy i możliwości zastępstw chorobowych, urlopowych i innych. Tak więc obok kierownika w laboratorium powinna być zatrudniona osoba z wykształceniem wyższym i mikrobiologicznym, która byłaby kom-

petentna i upoważniona do nadzoru merytorycznego nad pracą laboratorium. Obecnie większość laboratoriów, a mianowicie 69% pracuje tylko 8 godzin i tylko 10% jest czynnych 24 godziny, wynika więc z analizy, że nawet szerokoprofilowe duże laboratoria nie mają ciągłości pracy.

Obok specjalistycznego personelu ważnym dla wdrażania systemu jakości jest wyposażenie, które gwarantuje wynik wiarygodny, porównywalny, we właściwym czasie i za właściwą cenę. Nie analizowano wyposażenia podstawowego. Wyposażenie specjalistyczne to przede wszystkim systemy automatyczne do posiewów krwi i płynów ustrojowych, systemy do identyfikacji drobnoustrojów i analizatory do badań serologicznych.

Wśród analizowanych laboratoriów 34% posiada aparaty do monitorowanego posiewania krwi a 28 % aparaty do identyfikacji i antybiogramów. Niepokojące jest zjawisko małej liczby aparatów do posiewów krwi w laboratoriach typu A.

Na podstawie zgromadzonych danych Konsultanci wojewódzcy i powołane przez nich komisje zakwalifikowały 200 spośród 473 ocenianych placówek jako takie, które mogą sprzedawać usługi i przystąpić do wdrażania systemu jakości, a następnie akredytacji. Około 160 dalszych laboratoriów musi uzupełnić braki do końca 2003 roku aby spełnić podstawowe standardy. Pozostałe jednostki nie spełniają najbardziej podstawowych wymogów, lub dla ich oceny nie ma pełnych informacji.

Zważywszy fakt, że laboratoria mikrobiologiczne są niedofinansowane od wielu lat, często niesamodzielne, brak jest wystarczającej liczby wyspecjalizowanej kadry kierowniczej, trudne jest osiągnięcie standardów i jakości odpowiadających dzisiejszym wymogom. Wierzę jednak że wspólny wysiłek wszystkich mikrobiologów i zdecydowane wsparcie ze strony władz służby zdrowia pozwoli na osiągnięcie odpowiedniego poziomu usług w tej dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej.

**Prof. dr hab.
Anna Przondo Mordarska**

cd. ze str. 3...

f) osoby, które do dnia wejścia w życie ustawy spełniły warunki, o których mowa w art. 73, mogą ubiegać się, w ciągu 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy, o wpis na listę diagnostów laboratoryjnych to jest do 03-10-2003.

5. Wpis na listę diagnostów laboratoryjnych jest dokonany, gdy Minister Zdrowia nie wyraził sprzeciwu w ciągu 30 dni od daty otrzymania uchwały Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

6. Diagnosta laboratoryjny bierze udział w postępowaniu diagnostycznym, profilaktycznym, monitorowaniu terapii. O ostatecznym zestawie zleconych badań decyduje prowadzący terapię lekarz.

7. Zawód diagnosty laboratoryjnego jest chroniony prawem ustawowo i każdy, kto (art. 71) bez uprawnień wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej, podlega karze grzywny. Jeżeli sprawca czynu, o którym mowa w ust. 1, działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza w błąd, co do posiadania takiego uprawnienia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Postępowanie w sprawach, o których mowa w ust. 1, toczy się według przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Aktualnie w bazie danych KIDL złożonych jest 7565 wniosków o wpis na listę diagnostów laboratoryjnych. W tym 290 wniosków złożonych przez diagnostów zostało zweryfikowanych i uchwałą KRDL zostali przyjęci w poczet członków korporacji i przedłożonych do akceptacji Ministrowi Zdrowia. Specjalistów wśród diagnostów mamy 2420, w tym I stopnia 1790 i II stopnia 630. Bez specjalizacji pracuje w diagnostyce 5145 diagnostów laboratoryjnych. Dane te aktualizowane będą w trakcie weryfikacji dokumentów.

8. Tylko laboratorium jest miejscem, gdzie diagnosta może wykonywać czynności diagnostyki laboratoryjnej.

9. Laboratorium jest zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem: laboratorium może być także jednostką orga-

nizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

a) Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określa, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinno odpowiadać laboratorium, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań fachowych personelu i kierownika laboratorium, warunków sanitarnych pomieszczeń i urządzeń oraz zasad atestowania aparatury i sprzętu medycznego.

b) Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania diagnostycznego w laboratoriach, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej.

10. Kierownikiem laboratorium może być tylko osoba posiadająca prawo wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Do dnia 29-06-2003 zostało rozpoznanych, funkcjonujących laboratoriów na terenie kraju 1874 o różnym profilu i specyfiki udzielanych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Laboratoriów o profilu mikrobiologicznym zgłoszonych u konsultanta krajowego ds. mikrobiologii rozpoznanych zostało 473.

11. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych jest jednostką organizacyjną samorządu (korporacji) posiadającą osobowość prawną. Jej siedzibą jest stolica Polski – Warszawa.

12. Organami samorządu są:

- Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych,
- Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
- Komisja Rewizyjna,
- Wyższy Sąd Dyscyplinarny,
- Sąd Dyscyplinarny.

Członkami organów samorządu mogą być tylko diagnosty laboratoryjni.

13. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, zwaną dalej "Krajową Radą", stanowią:

- Prezes Krajowej Rady i członkowie wybrani przez Krajowy Zjazd.
- Prezydium Krajowej Rady stanowią Prezes Krajowej Rady i wybrani przez Krajową Radę wiceprezisi,

sekretarz, skarbnik i członkowie.

c) Prezydium Krajowej Rady jest organem wykonawczym Krajowej Rady i zdaje jej sprawę ze swojej działalności.

15. Do zakresu działania Krajowej Rady należy między innymi:

- reprezentowanie samorządu wobec organów państwowych i samorządowych, sądów, kas chorych, instytucji i organizacji,
- udzielanie opinii o projektach aktów prawnych oraz przedstawianie wniosków dotyczących unormowań prawnych z zakresu ochrony zdrowia,
- opiniowanie programu studiów wyższych i studiów podyplomowych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej,
- koordynowanie doskonalenia zawodowego diagnostów laboratoryjnych,
- uchwalanie regulaminów:

1. działalności samorządu i jego organów,
2. zakresu i zasad działania wizytorów,
3. składania egzaminu na diagnostę laboratoryjnego,
4. prowadzenia listy diagnostów laboratoryjnych,
5. prowadzenia Ewidencji,

- ustalanie zasad gospodarki finansowej samorządu,
- określanie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału oraz wysokości opłat związanych z decyzją w sprawie wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych oraz opłat manipulacyjnych,

16. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych prowadzi Ewidencję Laboratoriów Diagnostycznych, zwaną dalej "Ewidencją". Wpis do Ewidencji dokonywany jest na wniosek podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej i zawiera:

1. pełną i skróconą nazwę zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie laboratorium lub, którego jednostką organizacyjną jest laboratorium,
2. nazwę (firmę), formę organizacyjno-prawną, siedzibę, adres podmiotu, który utworzył lub prowadzi zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w pkt 1.

Compendium będzie aktualizowane w kolejnych edycjach Gazety „Diagnosta Laboratoryjny”

Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER Polska S.A. jest częścią niemieckiego koncernu INTER, oferującego swoim Klientom specjalistyczne programy ubezpieczeniowe już od 1926 roku.

INTER Polska działa na polskim rynku już 12 lat. Korzystając z doświadczenia swojego akcjonariusza, specjalizuje się w ubezpieczeniach dla środowiska medycznego.

Diagnostom laboratoryjnym proponujemy pakiet, w skład którego wchodzi ubezpieczenia:

- odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu,
- prywatnego domu lub mieszkania od pożaru i innych określonych zdarzeń losowych, kradzieży z włamaniem, rabunku, wyłudzenia i dewastacji (ubezpieczenie obejmuje również OC w życiu prywatnym w związaną z użytkowaniem domu prywatnego lub mieszkania),
- mienia związanego z prowadzeniem indywidualnej (grupowej) praktyki od:
 - kradzieży z włamaniem, rabunku i dewastacji, pożaru i innych określonych zdarzeń losowych,
- szyb i innych przedmiotów szklanych od stłuczenia,
- utraty zysku na skutek zakłóceń w prowadzonej działalności gospodarczej,
 - pożar lub inne określone zdarzenia losowe,
 - kradzież z włamaniem, rabunek lub dewastacja
 - następstw nieszczęśliwych wypadków,

Ubezpieczający ma możliwość wykupienia całego pakietu lub wyboru określonego ubezpieczenia. Kompleksowe ubezpieczenie powoduje, że składka jest niższa niż gdyby zawierano te ubezpieczenia osobno.

INTER Polska S.A. pragnie zapewnić członkom Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych ochronę w życiu zawodowym proponując zawarcie ubezpieczenia dobrowolnego odpowiedzialności cywilnej. Obejmuje ono szkody powstałe w związku z wykonywaniem czynności zawodowych.

Zapewnia ochronę diagnostom laboratoryjnym:

- wykonującym czynności zawodowe w ramach umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, prowadzącym prywatne praktyki.

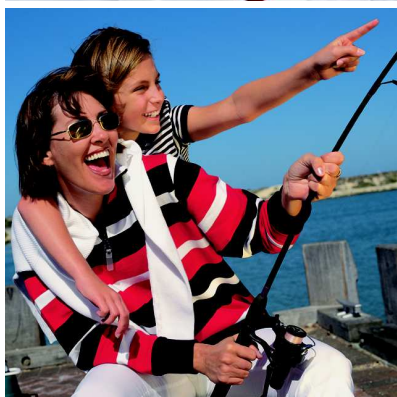
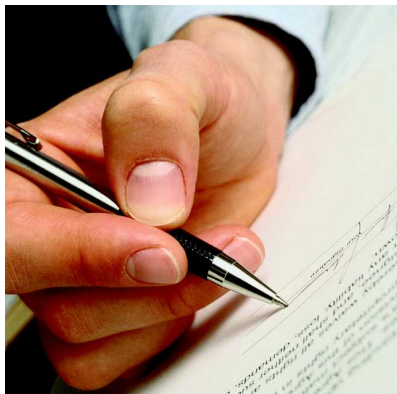
Proponowane ubezpieczenie cechuje szeroki zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący szkody:

- o powstałe w związku z wykonywaniem czynności zawodowych,
- o wyrządzone osobom trzecim czynem niedozwolonym w związku z posiadaniem i użytkowaniem mienia,
- o powstałe w wyniku przeniesienia chorób zakaźnych, w tym WZW i HIV, będące następstwem pobierania, przechowywania lub przeszczepienia komórek lub tkanek ludzkich

Składka ubezpieczeniowa, jaką proponujemy Państwu dla powyższego pakietu ubezpieczeń przy określaniu sumy gwarancyjnej na 50.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia, to 6,67 zł miesięcznie (80,00 zł rocznie).

Towarzystwo Ubezpieczeniowe INTER Polska S.A. w swej ofercie prowadzi również ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń regulowanych Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998r.

Serdecznie zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami naszej oferty. Informacji na ten temat udzieli Państwu Pani Zdzisława Bruch, telefon (0-22) 333 77 22.



Każdego dnia potwierdzamy swoją wiarygodność bliską obecnością wśród naszych Klientów.

Towarzyszymy im w codziennych zmaganiach w firmie i życiu prywatnym. Przejmujemy na siebie ryzyko wynikające z prowadzonej działalności oraz nieprzewidywalnych sytuacji życiowych.

Tworzymy rzetelne rozwiązania ubezpieczeniowe, zapewniające rozwój i sukces naszych Klientów.

**PARTNER BEZPIECZNEGO JUTRA
OD DZIŚ**

Niemiecki koncern ubezpieczeniowy INTER powstał w 1926 roku i jest dziś jedną z najbardziej znanych w Europie firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne oraz specjalistyczne programy ubezpieczeniowe. W Polsce INTER jest głównym akcjonariuszem dwóch towarzystw ubezpieczeniowych, których kapitały zakładowe w sumie przekraczają 100 milionów zł.

Centrala Grupy INTFR
ul. Marynarska 19 A, 02-674 Warszawa
tel. (22) 333 75 00, fax (22) 333 75 01
infolinia: 0 801 188 880, www.interpolska.pl

