

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

Rok 1, numer 2 (2)

Data wydania:
grudzień 2003

Diagnosta Laboratoryjny

**GAZETA KRAJOWEJ IZBY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**

GAZETA
BEZPŁATNA



GLUCHOŁAZY — 2003





Wszystkim Kolegom i Koleżankom na zbliżające się Święta i Nowy Rok ślę gorące pozdrowienia i życzenia, by trud i zmagania nasze wspólne o miejsce właściwe dla diagnostyki laboratoryjnej wśród świadczeń medycznych, stały się pełną gwarancją praw pacjenta do rzetelnej diagnozy, a dla diagnostów laboratoryjnych były potwierdzeniem doświadczenia i wiedzy dla procesu leczenia.



Nowy Rok i Boże Narodzenie niech stanie się dla każdego z nas okazją do refleksji i zebraniem nadziei, które będą natchnieniem, dla każdego, w każdym dniu jego pracy i życia, zaś duch solidarności zawodowej niech będzie sposobem na niwelowanie konfliktów i urazów a praca codzienna niech wyraża zatroskanie o dobro pacjenta.

Przedstawicielom i pracownikom Firm, dystrybuujących aparaturę diagnostyczną, sprzęt laboratoryjny i odczynniki, życzyć chcę owocnej współpracy z diagnostami dla obopólnej satysfakcji.



Prezes KRDL

Henryk Owczarek

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

Numer drugi Gazety Diagnosta Laboratoryjny zostaje Państwu dany po uprawnieniu się ustawy z dnia 28-08-2003 roku o zmianie ustawy O diagnostyce laboratoryjnej oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. nr 171 poz.1663). Nowelizacja zmienia niektóre artykuły poprzedniej ustawy i precyzuje je z pożytkiem dla diagnostyki i pacjentów. Wystarczył rok działalności KIDL i okres obowiązywania ustawy z 2001 roku, by już można było dostrzec konieczność zmian artykułów ustawy z 2001 roku. Co wydarzyło się w tym czasie? Otóż, bez powołania KRDL i przedstawicieli KRDL na poszczególne województwa nie byłoby możliwe zamknięcie bazy danych o diagnostach laboratoryjnych; zebrania informacji o ilości laboratoriów diagnostycznych, o diagnostach laboratoryjnych i specyfice pracy w różnych pracowniach laboratoryjnych. Rejestr wniosków o wpis na listę diagnostów laboratoryjnych wykonany przez biuro KIDL zgodnie z ustawą o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27-07-2001 roku stał się bazą, podstawą do określenia tego, komu nadane jest prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, spośród tych, którzy dotąd wykonywali czynności diagnostyki laboratoryjnej. Funkcjonowanie biura KRDL od stycznia 2003 roku nie byłoby możliwe bez składek członkowskich i bez tych środków finansowych, z których zostały zakupione komputery pozwalające tworzyć bazę informacyjną, niezbędną do ewidencji składanych wniosków. Także sieć komunikacji między Państwem i biurem poprzez Internet tworzy i tworzyć będzie trwałe relacje między Państwem, a Krajową Radą i biurem KIDL. Rok działalności korporacji diagnostów odciskał się po wiele razy na projektach ustaw, które wchodzić miały w życie, na wielu rozporządzeniach Ministra Zdrowia, a dotyczących służby zdrowia. Tu przywołać trzeba wpisanie prawa pacjenta do diagnostycznych badań, jemu przysługujących i wydzielenie kwoty w pierw 20 zł (15%), a ostatecznie uzgodnienie 10% stawki z kwoty 85zł z przeznaczeniem na badania diagnostyczne, bez możliwości anektowania dla innych celów tej kwoty. Diagnostyka laboratoryjna stała się, w świadomości Ministerstwa Zdrowia

i w grupie zawodów lekarskich, tak samo ważną jak inne formy świadczeń zdrowotnych dla pacjenta, które jemu przysługują dla skrócenia pacjentowi drogi powrotu do zdrowia. Drugą ważną inicjatywą KRDL i skutkiem współpracy z Ministerstwem Zdrowia jest wstępny projekt rozporządzenia określającego zasady, tryb i rodzaje możliwych specjalizacji do podjęcia przez diagnostów laboratoryjnych. Rozporządzenie ukaże się w pierwszych miesiącach nowego roku.

KRDL wystąpiła do Ministra Zdrowia o wniesienie do Laski Marszałkowskiej Sejmu RP projektu zmiany ustawy „o dopłatach do oprocenowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom, położnym oraz o umarzaniu tych kredytów”, także dla diagnostów laboratoryjnych, dla tworzenia materialnej bazy świadczeń diagnostycznych.

Kolejnym efektem działania KRDL jest uściślenie w nowelizowanej ustawie, kto jest uprawniony do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, a kto jest diagnostą laboratoryjnym. Skutkiem tego jest określenie i uznanie prawa diagnosty laboratoryjnego, wpisanego na listę diagnostów laboratoryjnych i posiadającego prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego do pełnienia funkcji kierownika laboratorium. Obecność Izby jest widoczna w wielu trudnych dla diagnostów sprawach, a wynikających z procesów przekształceń laboratoriów, bądź likwidacji. KRDL służy opiniami i poradami dla diagnostów laboratoryjnych. Lista wniosków o wpis do Korporacji diagnostów laboratoryjnych sporządzona na podstawie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27-07-2001 osiągnęła już liczbę ponad 9912 osób. W miesiącach sierpień – październik ilość wniosków i dokumentów, które napływały do KIDL niekiedy osiągała kilkaset dzienne. Wszystkie wnioski i dokumenty były analizowane, wpisywane w bazę danych do komputera i przedkładane w trybie uchwały do zatwierdzenia KRDL, a następnie Ministrowi Zdrowia. Po okresie przewidzianym ustawą wydawane są i będą „Zaświadczenia”, które są drukami ściślego zarachowania i przesyłane są przesyłką poleconą diagnostom laboratoryjnym na terenie całego kraju. Operacje te są czasochłonne i kosztowne.

Redakcja

| W numerze | |
|--|-------|
| Compendium aktualizowane | 3 |
| Aktualny stan budowy i wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce | 4-6 |
| System zarządzania jakością w laboratorium diagnostyki medycznej | 6-7 |
| Zakażenia szpitalne – aktualne poglądy | 8-9 |
| Korespondencja KIDL z Narodowym Funduszem Zdrowia | 9-10 |
| Opinie prawne | 10 |
| XV Zjazd PTDL | 11 |
| Przekształcenie „laboratorium szpitalnego” w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – laboratorium diagnostyczne prowadzone przez pracowników | 12-13 |
| Nowy system specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych | 14 |
| Wpis do ewidencji laboratoriów | 15 |
| XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów | 16-17 |

Wydawca:
**Krajowa Rada
Diagnostów Laboratoryjnych**

Redakcja:
Henryk Owczarek
Joanna Pogórska
Stanisław Krężel
Tomasz Dryl
Grzegorz Szych
Elżbieta Szymańska—Wrzosek

03-741 Warszawa
ul. Białostocka 7
Nakład: 10 000 + 200 egz.

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych; 03-741 Warszawa; ul. Białostocka 7
Numer rachunku: 44 10201042 122762774
tel. (022) 741 21 55; (022)741 21 57 faks: (022) 741 21 56
e-mail: biuro@kidl.org.pl

Zygmunt Kopczyński - Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

*Katedry Onkologii Akademii Medycznej
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Dotychczasowa reforma systemu opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych spowodowała zmianę funkcjonowania ochrony zdrowia. Zakłady opieki zdrowotnej w tym również medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne :

- znalazły się w nowej rzeczywistości
- zaczęły działać w systemie podobnym do rynku konkurencyjnego z zachowaniem cech specyficznych dla usług medycznych
- zaczęły konkurować z innymi podmiotami
- zaczęły efektywniej gospodarować posiadanymi zasobami
- wytworzyły zróżnicowany poziom usług laboratoryjnych

Ta nowa sytuacja, w jakiej znalazły się medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne oraz perspektywa wejścia Polski do Unii Europejskiej wymusiły aby wyniki badań laboratoryjnych :

- były właściwej jakości
- spełniały wymagania pacjentów /zleceniodawców/ klientów.

Istnieje więc pilna potrzeba wprowadzenia systemu zapewnienia jakości badań laboratoryjnych.

Wysoką jakością usług laboratoryjnych oprócz pacjentów/ klientów/ zainteresowani są także:

- personel laboratorium
- eksperci z zakresu jakości
- samorządy
- płatnik
- dostawcy aparatury, sprzętu, odczynników
- media, dla których działalność medyczna była i jest nadal najczęściej tematem sensacji negatywnej
- świadczący, którzy mają coraz większą świadomość, aby przetrwać na rynku muszą posiadać dokument uznania kompetencji laboratorium
- banki
- sądownictwo.

Utrzymanie wysokiej jakości usług laboratoryjnych jest możliwe tylko wtedy, gdy wdrożymy system jakości. Nie osiągniemy wysokiej jakości usługi laboratoryjnej jedynie poprzez kontrolę wyników badań. System jakości w laboratorium diagnostycznym:

- ustala i opisuje w standardowych procedurach wszystkie etapy postępowania przedanalizacyjnego, analitycznego i poanalizacyjnego, które mają wpływ na jakość produktu jakim jest wynik badania laboratoryjnego. Wszystkie etapy postępowania analitycznego powinny być tak opisane, aby w każdym momencie mogły być wykonane przez inną odpowiednio wykwalifikowaną osobę w identyczny sposób

- umożliwiała prześledzenie i odtworzenie wszystkich wydarzeń oraz całego procesu od chwili zlecenia badania do momentu dostarczenia wyniku pacjentowi / klientowi / zleceniodawcy
- ustala sposób korzystania z aparatury badawczo-pomiarowej, zwracając szczególną uwagę na te elementy, które mają wpływ na zapewnienie określonych wymagań stawianych produktowi lub obsłudze
- nakazuje ustalenie i wykonanie auditu, który zakłada systematyczne i niezależne badanie mające na celu określić, czy działania dotyczące jakości i ich wyniki odpowiadają zaplanowanym ustaleniom i czy ustalenia te są skutecznie realizowane.

Zgodnie z normą PN-EN ISO 17025 : 2001 laboratorium diagnostyczne powinno: ustanowić, wdrożyć i doskonalić system jakości właściwy do zakresu jego działalności.

Zanim jednak zdecydujemy się na budowę systemu jakości w medycznym laboratorium diagnostycznym, który wymaga zaangażowania pracowników, czasu i określonych środków finansowych, należy odpowiedzieć na podstawowe pytania:

- po co budować i wdrażać system jakości?
 - komu ma on służyć?
 - czy obecnie stać nas na tworzenie i wdrażanie systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce?
- Wdrażamy system jakości ponieważ:
- życzą sobie tego pacjenci/ zleceniodawcy, którzy są bardziej wymagający
 - jest warunkiem otrzymania formalnego potwierdzenia, że wyniki badań są obarczone tolerowaną niepewnością
 - umożliwi doskonalenie procesu przedanalizacyjnego, analitycznego i poanalizacyjnego
 - umożliwi lepsze zarządzanie laboratorium
 - zmniejszy koszty usług laboratoryjnych
 - ułatwi wykrycie słabych obszarów działalności laboratorium
 - zapewni nadzór nad ważnymi dokumentami
 - zwiększy zaufanie pacjenta/ zleceniodawcy do laboratorium
 - umożliwi wzajemne uznawanie swoich kompetencji przez laboratoria
 - pozwoli pacjentowi/ zleceniodawcy na racjonalny wybór laboratorium
 - zmniejszy ilość reklamacji wniesionych przez pacjenta
 - zwiększy bezpieczeństwo pacjenta i personelu laboratorium, co w konsekwencji zmniejszy ilość roszczeń sądowych
 - uzdrowi zasadę konkurencyjności.

Punktem wyjścia w algorytmie budowa-

nia systemu jakości w laboratorium jest określenie celów i środków jakie kierownictwo laboratorium zamierza przeznaczyć na zbudowanie, wdrożenie i nadzorowanie systemu jakości.

Do kolejnych etapów budowania systemu jakości należy:

1. Wdrożenie szkoleń dla kierownictwa laboratorium
2. Wyznaczenie pełnomocnika ds. jakości mającego upoważnienie do prowadzenia działań umożliwiających :
 - wdrożenie systemu jakości
 - systematyczną ocenę funkcjonowania systemu jakości
 - doskonalenie systemu jakości
 - podjęcie w razie potrzeby działań korygujących i zapobiegawczych.
3. Opracowanie i wdrożenie dokumentacji systemu jakości. Dokumentacja ta powinna odnosić się do:
 - wymagań norm międzynarodowych opisujących system zarządzania jakością
 - potrzeb zarządzania w laboratorium
 - wymagań krajowych przepisów prawnych
 - wymagań pacjentów / zleceniodawców.

Podstawowymi rodzajami dokumentów w systemie zarządzania jakością w laboratorium są:

- a. Księgi LOG dla przyrządów pomiarowych
- b. Standardowe Instrukcje Postępowania (SOP)
- c. Procedury Ogólne Systemu Jakości (QAG)
- d. Sprawozdania , zapisy, dokumenty odnoszące się do sterowania jakością oraz dokumenty działań walidacyjnych
- e. Księga Jakości (KQ), która jest zbiorem dokumentów opisujących system jakości.

W dalszej kolejności należy ocenić skuteczność wdrożenia systemu jakości, a następnie w razie potrzeby podjąć poauditowe działania korygujące. Ważnym działaniem jest przegląd systemu jakości przez kierownictwo pod kątem realizacji polityki i celów jakości oraz zadowolenia pacjentów / klientów.

Obecnie trwają prace związane z wdrażaniem systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce.

Przewodnikiem wdrażanego systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce są :

- Wytyczne dla medycznych laboratoriów diagnostycznych obowiązujące przy ubieganiu się o akredytację
- Wytyczne dla laboratoriów mikrobiologicznych obowiązujące przy ubieganiu się o akredytację

opracowane przez Zespół ds. Organizacji i Wdrażania Systemu Jakości w Medycznych

Laboratoriach Diagnostycznych i Mikrobiologicznych powołany przy Ministerstwie Zdrowia. Dokument ten jest akceptowany przez Polskie Centrum Akredytacji (PCA). Wytyczne zawierają dwie części :

WYMOGI NORMY i ZALECENIA DOTYCZĄCE BUDOWY SYSTEMU JAKOŚCI W MEDYCZNYCH LABORATORIACH DIAGNOSTYCZNYCH i MIKROBIOLOGICZNYCH w POLSCE.

Część dotycząca WYMOGI NORMY oparta jest o normę PN-EN ISO 17025: 2001 oraz zapisy normy EN-ISO 15189, natomiast ZALECENIA mają na celu służyć praktyczną pomocą w przygotowaniu laboratoriów do poszczególnych etapów wdrażania systemu jakości do akredytacji włącznie.

Należy przyjąć, że proces tworzenia i wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce będzie procesem kilkuletnim i dlatego w trosce o jakość usług laboratoryjnych podzielono go na etapy w taki sposób, aby w ciągu możliwie krótkiego czasu laboratoria ubiegające się o świadczenie usług medycznych spełniały podstawowe wymogi jakości.

I etap 2002 – wdrożenie podstawowych standardów

II etap 2003 i 2004 – wdrożenia dalszych standardów

III etap akredytacja

W I etapie wdrażania systemu jakości tj. w 2002 roku zaproponowano podstawowe standardy, które powinny spełniać placówki świadczące usługi w zakresie badań laboratoryjnych.

Dotyczyły one:

1. Kwalifikacji kierownika laboratorium
2. Kontroli jakości analitycznej w oparciu o materiały kontrolne
3. Programu działań naprawczych w sytuacji przekraczania zakresu dopuszczalnego błędu
4. Wykazu stosowanych metod analitycznych
5. Zasad pobierania, przechowywania i transportu materiału biologicznego i prowadzenia szkoleń personelu w tym zakresie
6. Systematycznej kontroli aparatury badawczo-pomiarowej używanej do badań i posiadania właściwych dokumentów jej konserwacji
7. Listy oferowanych badań oraz trybu ich wykonywania
8. Zakresu wartości referencyjnych i autoryzacji wyników
9. Dokonano oceny skuteczności wdrożenia tych wymogów metodą samooceny. Do kierowników publicznych i niepublicznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce wysłano formularze deklaracji spełnienia podstawowych standardów.

Formularze wypełnione przez kierowników laboratoriów zostały odesłane do Konsultan-

tów Wojewódzkich, którzy wspólnie z Wojewódzkimi Zespołami ds. Organizacji i Wdrażania Systemu Jakości Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych i Mikrobiologicznych dokonali ich oceny.

Przygotowano listę medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce spełniających podstawowe standardy, którą przesłano do Biura Akredytacji przy Ministerstwie Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzkich Oddziałów NFZ, Urzędów Wojewódzkich. Lista ta została zamieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Natomiast laboratoria, które nie spełniły podstawowych wymogów, a zamierzają znaleźć się na liście przystąpiły do działań naprawczych.

Opracowano i przygotowano standardy II etapu wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce, które planuje się wdrożyć do końca 2004 roku.

Dotyczą one:

1. Kwalifikacji kierownika
2. Wymagań jakim powinny odpowiadać medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne w Polsce
3. Standardów postępowania diagnostycznego w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej.

Zakłada się, że podstawowe wymogi stawiane medycznym laboratoriom diagnostycznym i mikrobiologicznym w I i II etapie wdrażania systemu jakości będą obligatoryjne.

W tym celu przygotowywane jest w Ministerstwie Zdrowia stosowne rozporządzenie, które jest w końcowej fazie opracowania. Treść tego rozporządzenia jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Do prac związanych z opracowaniem i wdrażaniem systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce powołany został stosownym zarządzeniem Ministra Zdrowia Zespół ds. Organizacji i Wdrażania Systemu Jakości w Medycznych Laboratoriach Diagnostycznych i Mikrobiologicznych.

Do zadań tego Zespołu należy w szczególności:

- koordynacja i nadzorowanie prac w zakresie etapowego wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce
- współpraca z Biurem Akredytacji w Ministerstwie Zdrowia
- współpraca z podmiotami prowadzącymi działalność szkoleniową w zakresie wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce.

Koordynację prac Zespołu prowadzi Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Akademii Me-

dycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Równolegle w każdym województwie powołano Wojewódzkie Zespoły ds. Organizacji i Wdrażania Systemu Jakości w Medycznych Laboratoriach Diagnostycznych i Mikrobiologicznych, pod kierownictwem Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologii Lekarskiej.

Do zadań tych Zespołów należy w szczególności:

- koordynacja i nadzorowanie prac w zakresie etapowego wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych na obszarze województwa
- ocena skuteczności wdrażanych standardów w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych
- prowadzenie szkoleń dla kierowników laboratoriów w zakresie wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych na obszarze województwa.

W ciągu ostatnich 2 lat Członkowie Zespołu, Konsultanci Krajowi i Wojewódzcy w dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologii Lekarskiej, Kierownicy Laboratoriów, wszyscy diagności laboratoryjni wykonali ogromną pracę związaną z wdrażaniem systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce. Prace te są niezwykle istotne w przededniu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i konieczności przystosowania się do jej wymogów.

Do najpilniejszych zadań, oczekujących na realizację należy:

1. Zorganizowanie cyklicznych szkoleń dla kierowników laboratoriów diagnostycznych w Polsce, którzy powinni zapoznać się z organizacją i sposobem wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych.

Celem tych szkoleń jest zdobycie przez kierowników laboratoriów wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w tworzeniu dokumentacji systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych.

Ustalono, że szkolenia te będą się odbywać w trzech ośrodkach akademickich tj. w Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu. Powinny zakończyć się one do końca I kwartału 2004 r. Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami będą one prowadzone przez Członków Zespołu i Konsultantów Wojewódzkich, którzy ukończyli kursy w Polskim Centrum Badań i Certyfikacji (PCBC) i uzyskali tytuł specjalisty jakości laboratoriów diagnostyki medycznej. Dokładne informacje o kursach można uzyskać u Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich w dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologii Lekarskiej, do któ-

rych wysłano szczegółowe programy szkoleń. Informacje te umieszczono także na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

2. Opracowanie programu oceny skuteczności wdrażania systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce.

Program ten wymaga stworzenia odpowiednich procedur i przepisów prawnych oraz przygotowania kadry oceniającej. Do realizacji tych zadań powinni być włączone osoby, które ukończyły odpowiednie kursy w Polskim Centrum Badań i Certyfikacji (PCBC) i uzyskały tytuł specjalisty jakości laboratoriów diagnostyki medycznej lub audytora wewnętrznego. Niezwykle ważna na tym obszarze będzie współpraca z Polskim Centrum Badań i Certyfikacji oraz z Polskim Centrum Akredytacji. Prace w zakresie tego problemu zostały już podjęte.

Zakłada się, że ocena skuteczności wdrażania systemu jakości w laboratoriach diagnostycznych rozpocznie się na początku 2005 roku.

W podsumowaniu pragnę wyrazić swoje przekonanie, że środowisko diagnostów laboratoryjnych wspierane przez Ministerstwo Zdrowia, Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, kierownictwo jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia, urzędy wojewódzkie i samorządy lokalne skutecznie wdroży w zaplanowanym terminie system jakości. Wdrożenie systemu jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych korzystnie wpłynie na cały system ochrony zdrowia w Polsce zarówno w kontekście bezpieczeństwa pacjentów jak i w kontekście korzyści dla laboratoriów i podmiotów, które te laboratoria utworzyły. Zapewnienie jakości pozwoli w przyszłości na właściwe wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na diagnostykę laboratoryjną. Kontraktowanie usług laboratoryjnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia powinno odbywać się w oparciu o konkurs ofert uwzględniający nie tylko cenę, ale przede wszystkim właściwą jakość. Z kolei wdrożony system jakości w laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych powinien dać możliwość zwiększenia ceny za usługi laboratoryjne, ponieważ wyższa jakość kosztuje więcej.

Adres do korespondencji :

Prof. dr hab.n.med. Zygmunt Kopczyński
Przewodniczący Zespołu ds. Organizacji i Wdrażania Systemu Jakości w Medycznych Laboratoriach Diagnostycznych i Mikrobiologicznych
Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Katedry Onkologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

61-878 Poznań ul. Łąkowa 1/2
tel/fax (061) 855 90 33

poczta elektroniczna: diagnostyka@poczta.fm

Sławomir Manysiak, Mirosława Pietruczuk

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W LABORATORIUM DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ

Współczesna medycyna traktująca pacjenta jako główny podmiot swojej działalności, w celu zapewnienia pacjentowi pełnego komfortu i satysfakcji, wprowadza programy zarządzania jakością, zapewnienia jakości, sterowania jakością i kontroli jakości.

Nadrzędny system TQM (Total Quality Management) jest jednym z głównych mierników jakości pracy szpitala, obiektywnie oceniającym "poziom satysfakcji pacjenta".

W laboratoriach medycznych, będących częścią tego systemu, działanie TQM sprowadza się do czterech podstawowych elementów: przy możliwie małej ilości materiału biologicznego (1), niskim koszcie (2) i maksymalnie dużym komforcie pacjenta (3), klinicysta ma możliwość postawienia trafnego rozpoznania (4).

Historia zarządzania jakością na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego nierozzerwalnie łączy się z powstaniem w 1956 roku Unii Europejskiej. Traktat Rzymski zakładał swobodny przepływ usług i towarów w krajach członkowskich w oparciu o ustawodawstwo każdego z Tych państw. W 1977 roku Niemiecki Instytut Normalizacyjny (DIN) zgłosił do ISO (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna) wniosek o ujednoczenie norm krajowych. Na tej podstawie w 1980 roku powołano Komitet Techniczny ISO ds. zarządzania jakością i zapewnienia jakości. Komitet ten stworzył pierwszą normę ISO 8402, a w 1985 roku pierwsze projekty norm serii ISO 9000. W dalszym etapie rozwoju ISO utworzyła normy zarządzania jakością, które obejmowały coraz to nowe obszary działalności gospodarczej.

Podstawową normą w której przedstawiono wymogi jakie powinny spełniać laboratoria diagnostyczne w Polsce jest norma międzynarodowa ISO 15189 „ Zarządzanie jakością w laboratoriach diagnostyki medycznej”, w wersji polskiej. Przy jej tworzeniu dokonano krzyżowej korelacji normy ISO 9001:2000 i ISO/IEC 17025:1999.

Opracowanie tej normy pozwala polskim laboratoriom ubiegać się o akredytację i uzyskać potwierdzenie kompetencji technicznych czego wyrazem jest otrzymanie certyfikatu.

Podstawową zasadą TQM jest wdrożenie wszystkich pracowników w funkcjonowanie danej jednostki (szpitala/ laboratorium), uzyskanie aktywnego współdziałania wszystkich w realizacji wspólnego celu strategicznego oraz stworzenie takiego systemu, w którym wszyscy harmonijnie współpracują, a nie

współzawodniczą ze sobą.

System zarządzania jakością (SZJ) zakłada aktywność każdego z pracowników, wykorzystanie ich kreatywności, niezależnie od szczebli zawodowych i zakresu obowiązków. Wiąże się to z daleko idącym scedowaniem "w dół" uprawnień i odpowiedzialności. Wymaga takiej organizacji przepływu informacji aby wiedza, a w konsekwencji działanie każdego pracownika, były w pełni spójne z interesem laboratorium, rozumianym **jako interes chorego /pacjenta/ klienta**. SZJ można więc określić jako uniwersalną metodę podnoszenia sprawności zespołów ludzkich, zmiany sposobu myślenia. Ów sposób myślenia (filozofia) zwany często doktryną jakości streszcza się w trzech następujących zasadach:

- stałe doskonalenie,
- doskonalimy się stale, doskonalimy wszystko, doskonalimy wszyscy,
- jesteśmy jedną drużyną, jesteśmy jednym zespołem, jesteśmy otwarci, lojalni względem siebie i firmy, rozwijamy współpracę, eliminujemy złe współzawodnictwo,
- myślimy systemowo, ilekroć podejmujemy decyzję powinna być ona związana z ogólną zasadą firmy, nigdy nie łamiemy ustalonych reguł.

Budowa sytemu zarządzania jakością opiera się na jasno sprecyzowanych zasadach działania laboratorium, którym towarzyszą określone dokumenty. Do podstawowych dokumentów tego systemu zaliczamy:

- Księgę Jakości (KQ),
 - wytyczne ogólne(QAG),
 - procedury ogólne (SOP, PO),
 - księgi aparatów (K-LOG) oraz instrukcje.
- Hierarchizacja dokumentów określa zasady działania naszego laboratorium. Najważniejszym dokumentem SZJ jest **Księga Jakości**. Powinna zawierać następujące dane:
- nazwę firmy i jej adres,
 - politykę jakościową firmy,
 - odpowiedzialność kierownictwa,
 - opis personelu wraz z certyfikatami,
 - osobę odpowiedzialną na politykę jakości,
 - dokumentowanie polityki jakości,
 - szkolenia,
 - działania korygujące i zapobiegawcze,
 - wewnętrzne audyty,
 - dostawy i zakupy,
 - nadzór nad dokumentacją,
 - relacje z klientami,
 - spis treści,
 - wykaz zmian,
 - reklamacje - sposób załatwiania,

- metody kontroli statystycznej.

QAG to ogólne wytyczne kierownictwa dotyczące:

- kierowania jakością,
- organizacją szkoleń,
- walidacją metod badawczo-pomiarowych,
- przeglądu metod w laboratorium,
- zasad wyboru dostawców
- zasad postępowania z niezgodnościami,
- procedur naprawczych
- monitorowanie środowiska pomiarów.

Procedury ogólne (SOP) to dokumenty, które dotyczą poszczególnych procesów wykonywanych w pracy laboratorium. Zawierają one następujące dane:

- co wykonujemy w zakresie tematu, którego procedura dotyczy
- kto jest kompetentny do wykonywania tych działań i je wykonuje,
- kto odpowiada za realizację procedury,
- gdzie są działania wykonywane w sensie organizacyjnym,
- kiedy działania są wykonywane, w jakiej fazie działań i w jakiej
- logicznej kolejności,
- na jakiej podstawie są wykonywane- w oparciu o jakie dokumenty i decyzje,
- zasady dokumentowania wykonanych działań,
- zasady kontroli ich przebiegu.

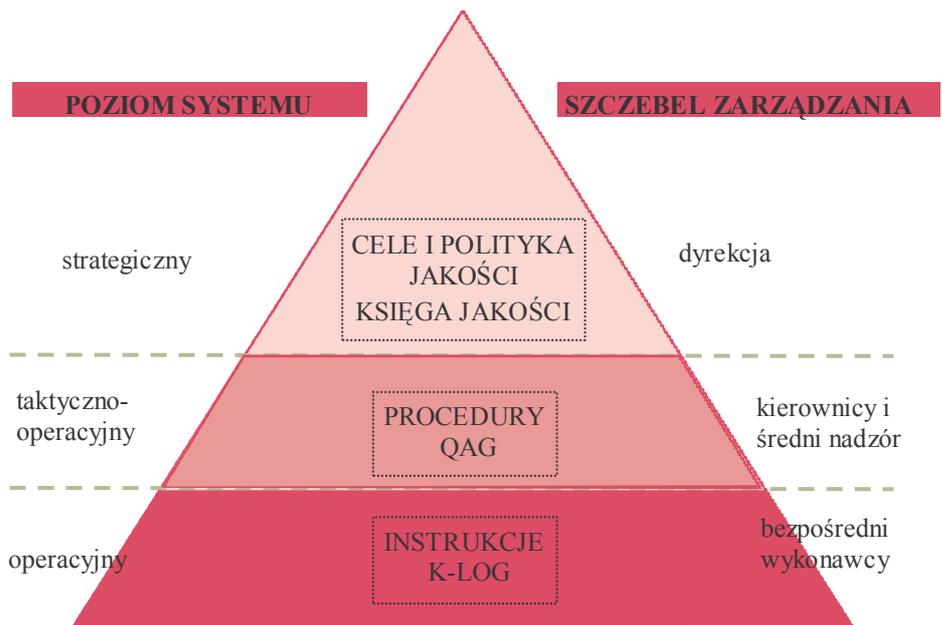
Księga aparatu (K-LOG) to zbiór dokumentów zawierających następujące dane:

- nazwa aparatu, nr seryjny,
- techniki pomiarowe,
- instrukcja obsługi,
- forma zakupu, dzierżawy,
- wzorcowanie aparatu (optyka, układ dozowania itd.),
- konserwacje, przeglądy, naprawy,
- osoba odpowiedzialna za prawidłowe działanie aparatu,
- inne istotne elementy wpływające na działanie aparatu.

Instrukcje są to krótkie opisy dotyczące postępowania z danym zagadnieniem na stanowisku pracy.

Akredytacja

Stworzenie SZJ, który jest zgodny z wymogami normy ISO/EN/PN 15189, pozwala wystąpić do jednostki notyfikowanej o akredytację laboratorium. Jednostką upoważnioną do przeprowadzenia akredytacji laboratoriów na terenie RP jest Polskie Centrum Akredytacji na mocy ustawy z dnia 28 kwietnia 2000 r. o systemie oceny zgodności, akredytacji oraz zmianie niektórych ustaw (Dziennik Ustaw Nr 43, poz. 489). Opis systemu akredytacji oraz postępowanie dotyczące procesu akredytacyjnego zostały



Ryc.1 Hierarchia dokumentów SZJ.

opisane w dokumentach PCA (dokumenty DA, DAB). Zwieńczeniem wprowadzenia SZJ i poddania się systemowi akredytacji jest decyzja o udzieleniu akredytacji i o jej zakresie wyrażona w postaci otrzymywanego certyfikatu. Akredytacja oznacza formalne potwierdzenie kompetencji laboratorium do wykonywania określonych badań przez notyfikowaną do tego jednostkę (PCA).

Korzyści z wdrożenia akredytowanego systemu jakości

Najważniejszą korzyścią z wprowadzenia systemu jakości usług laboratoryjnych jest gwarancja udzielania świadczeń przez profesjonalny zespół, zgodnie z aktualną wiedzą oraz racjonalne wykorzystanie środków finansowych, i unikanie marnotrawstwa.

Wymieniane są dwa rodzaje korzyści z posiadania sprawnego systemu zarządzania jakością: korzyści wewnętrzne i zewnętrzne. *Do korzyści zewnętrznych zaliczamy:*

- uznanie u klientów i wzrost zaufania do laboratorium,
- uznanie renomy laboratorium,
- możliwość rozszerzenia rynków zbytu,
- zaufanie instytucji bankowych i ubezpie-

zeniowych,

- możliwość uczestniczenia w przetargach na badania laboratoryjne gdy wymagany jest certyfikowany SZJ,
- bardzo dobry element strategii marketingowej,
- uzyskanie rozpoznawalnego w Polsce i na świecie certyfikatu jakości.

Do korzyści wewnętrznych możemy zaliczyć:

- zmiana podejścia do klienta w laboratorium,
- przejrzystość procesów funkcjonujących w laboratorium, uporządkowanie całego obszaru zarządzania, uregulowanie granic zadań, jasne kompetencje i odpowiedzialność,
- wypracowanie czytelnej struktury w zakresie odpowiedzialności za badanie,
- utożsamianie się pracowników z wynikami jakościowymi laboratorium,
- identyfikacja słabych stron organizacji.

Tworzenie SZJ trwa przeciętnie 2-3 lata. Korzyści, które daje akredytacja, z nawiązką rekompensują tę pracę.

POLSKIE TOWARZYSTWO GENETYKI CZŁOWIEKA
INFORMACJA O POWOŁANIU SIECI REFERENCYJNYCH LABORATORIÓW
DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ CHOROÓB DZIEDZICZNYCH

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC) kierując się znaczeniem diagnostyki molekularnej chorób dziedzicznych dla potrzeb genetyki klinicznej oraz konieczności zapewnienia właściwego standardu i kontroli jakości badań diagnostycznych informuje o powołaniu sieci referencyjnych laboratoriów diagnostyki molekularnej chorób dziedzicznych człowieka. Pełna informacja oraz wykaz laboratoriów referencyjnych i diagnozowanych chorób dziedzicznych znajduje się na stronie internetowej PTGC (www.ibb.waw.pl/~ptuc).

Prof. J. Bal
Sekretarz PTGC

Prof. T. Mazurczak
Przewodniczący PTGC

Zakażenia szpitalne – aktualne poglądy.

Definicja zakażenia szpitalnego określa, że jest to zakażenie nabyte podczas pobytu chorego w szpitalu po upływie 48 h od chwili przyjęcia. Definicja ta jest bardzo ogólna i nie wyczerpuje całego zagadnienia. Niektóre z zakażeń związanych z pobytem w szpitalu trudno jednoznacznie zakwalifikować jako zakażenia szpitalne. Trudne do zdefiniowania są szczególnie zakażenia u noworodków. W tym przypadku za zakażenie szpitalne uważa się zakażenie rozwijające się u noworodka urodzonego przez matkę, która w momencie przyjęcia do szpitala nie była zakażona a po 48-72 godzinach urodziła dziecko z objawami zakażenia. Odrębnym problemem są zakażenia wirusami a szczególnie wirusem żółtaczki B i C. W tym przypadku ze względu na długość okresu wylegania nie może być spełnione kryterium czasowe zawarte w definicji zakażenia szpitalnego. Zakażenia te mogą zarówno dotyczyć pacjentów jak i personelu szpitalnego.

Zakażenia szpitalne są zjawiskiem, które występuje we wszystkich szpitalach niezależnie od ich profilu. Odsetek zakażeń zależy od wielu czynników m.in. od stopnia złożoności procedur diagnostycznych i terapeutycznych oraz częstości hospitalizacji chorych ze szczególnymi czynnikami ryzyka jak np. pacjenci z chorobami nowotworowymi, osoby w podeszłym wieku czy noworodki z niską wagą urodzeniową.

Rejestracja zakażeń szpitalnych.

Zakażenia we wczesnym okresie hospitalizacji wywołane własną florą pacjenta, drobnoustrojami zazwyczaj wrażliwymi na leki przeciwbakteryjne powinny być rejestrowane. Zazwyczaj w tego typu przypadkach jest wiele opcji terapeutycznych i leczenie nie nastęrcza szczególnych problemów w związku z tym nie zawsze fakt ich wystąpienia jest odnotowywany. Obowiązkowo natomiast muszą być rejestrowane zakażenia wywołane przez drobnoustroje wielooporne gdzie niewiele jest możliwości terapii lekami przeciwbakteryjnymi. Monitorowanie gatunków drobnoustrojów występujących w obrębie danego oddziału i profilu ich lekooporności pozwala na wstępną ocenę czy mamy do czynienia z zakażeniami sporadycznymi czy być może jest to początek epidemii. W dalszym etapie powinno być przeprowadzone dochodzenie epidemiologiczne tzn. wywiad, kontrola procedur oraz typowanie szczepów podejrzanych o wywołanie epidemii. Obecnie zalecane są metody genotypowe takie jak elektroforeza fragmentów DNA w zmiennym polu elektrycznym (ang. *Pulse Gel Electrophoresis* PFGE) czy przypadkowa amplifikacja fragmentów DNA za pomocą PCR a następnie ich rozdział w żelu za pomocą elektroforezy (ang. *Random Amplified Polymorphic DNA*: RAPD-PCR). Metody te pozwalają z dużym stopniem prawdopodobie-

ństwa określić czy badane szczepy są podobne a więc doszło do ich rozprzestrzenienia się w obrębie oddziału lub szpitala czy też są one różne czyli pojawiły się sporadycznie.

Obecnie największą wagę przykładają się do monitorowania mechanizmów oporności jakie mogą występować u drobnoustrojów pochodzących ze środowiska szpitalnego. W większości przypadków nabycie genu odpowiedzialnego za poszczególne mechanizmy skutkuje poważnymi konsekwencjami a mianowicie opornością na całe grupy leków przeciwbakteryjnych. Od trzech lat funkcjonuje program „Ogólnopolska Sieć Monitorowania Oporności Drobnoustrojów OPTY”, do której włączono szpitale szczebla wojewódzkiego i w kilku przypadkach o innym stopniu referencyjności. Działania tej sieci koordynowane są przez zespół prof. Hryniewicza z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Zadaniem tego programu jest rejestracja przez współpracujące szpitale tzw. "patogenów alarmowych" czyli drobnoustrojów posiadających określone mechanizmy oporności.

1. Pałeczki gram-ujemne produkujące beta-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym ESBL (ang. *Extended spectrum beta-lactamases*). Ten mechanizm oporności występuje głównie u pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* takich jak *Escherichia coli* i *Klebsiella pneumoniae*. Łatwo ulega on rozprzestrzenianiu się i obecnie w wielu polskich szpitalach występują epidemie zakażeń tymi szczepami. Rejestracji podlegają również pałeczki gram-ujemne oporne na cefalosporyny IV generacji, ceftazydim i karbapenemy.
2. *Staphylococcus spp.* oporne na metycylinę (MRS) co skutkuje opornością na antybiotyki beta-laktamowe a w przypadku szczepów heterogennie opornych również na większość antybiotyków z innych grup. W takich przypadkach pozostaje niewiele opcji terapeutycznych zazwyczaj tylko antybiotyki glikopeptydowe. Dlatego oporność na glikopeptydy również podlega ciągłemu monitorowaniu.
3. W przypadku enterokoków, które są naturalnie oporne na wiele leków przeciwbakteryjnych nabycie dodatkowych genów oporności powoduje, że również tak jak w przypadku szczepów MRS jako opcja terapeutyczna pozostają glikopeptydy. Więc i w tym przypadku monitoruje się oporność na tę grupę leków.
4. *Streptococcus pneumoniae* oporne na penicyliny. Ten mechanizm oporności tak jak w przypadku MRS związany jest utratą powinowactwa białka wiążącego penicyliny (ang. *Penicillin binding protein* PBS). Jednak w przypadku tej grupy drobnoustrojów możliwe jest zachowanie wrażliwości na cefalosporyny III gen-

eracji. Czy szczep będzie całkowicie oporny na beta-laktamy czy też zachowa wrażliwość w/w cefalosporyny zależy od układu genów oporności kodujących tę cechę (mozaika genów). Ten mechanizm oporności również najczęściej jest związany z wieloopornością na pozostałe grupy antybiotyków. I w tym przypadku może być tak, że jedyną opcją terapeutyczną będą antybiotyki glikopeptydowe a więc również w tym przypadku konieczne jest ich monitorowanie.

5. *Neisseria meningitidis* oporne na penicyliny, która jest ciągle lekiem z wyboru w leczeniu zapalenia opon mózgoworodzeniowych o tej etiologii.
6. Paciorkowce beta-hemolizujące oporne na penicyliny. Dotychczas nie stwierdzono szczepów opornych na ten antybiotyk, który jest zalecany w leczeniu zapalenia gardła i migdałków o etiologii *Streptococcus pyogenes* (grupa A). Również i w tym przypadku monitorowana jest lekooporność na glikopeptydy.
7. *Haemophilus influenzae* oporny na fluorochinolony, cefalosporyny III generacji oraz produkujące beta-laktamazy. Cefalosporyny III generacji są lekiem z wyboru w leczeniu zakażeń inwazyjnych o tej etiologii a więc powinno się monitorować czy nie narasta oporność na tę grupę leków. Zaobserwowano, że w innych krajach stosunkowo szybko narasta oporność na fluorochinolony często stosowane w leczeniu zakażeń układu oddechowego dlatego również oporność na te leki powinna być rejestrowana.

Dotychczas w Polsce nie dysponowaliśmy kompleksowymi informacjami na temat epidemiologii zakażeń szpitalnych. Nie dysponowaliśmy danymi, które pozwoliłyby na ustalenie ogólnych procedur postępowania celem przeciwdziałania i monitorowania zakażeń szpitalnych. Uczestniczenie w tym programie wielu szpitali pozwoli na zebranie takich danych i przygotowanie algorytmów postępowania co jest niezbędne w świetle konieczności akredytacji szpitali w najbliższej przyszłości.

Terapia empiryczna.

Rejestracja bieżąca a także okresowa występujących w danym oddziale patogenów i profilu ich oporności służy do ustalania okresowych wskazań do terapii empirycznej. Każdy oddział zazwyczaj posiada swoją specyfikę i w związku z tym schematy te powinny być ustalone indywidualnie. Dotyczy to zakażeń w późniejszym okresie hospitalizacji zazwyczaj od 5 – 7 doby od momentu przyjęcia do szpitala. Natomiast w przypadku zakażeń występujących we wczesnym okresie tzn. do 5 – 7 doby, jeżeli pacjent w okresie poprzedzającym hospitalizację nie przebywał w szpitalu, czynnikami etiologicznymi są drobnoustroje będące naturalną florą

pacjenta. W przypadku zakażeń wczesnych możliwe jest ustalenie wskazań do terapii empirycznej ogólnych dla całego szpitala.

W większości szpitali zasadniczą rolę w przygotowywaniu tego typu opracowań odgrywa laboratorium mikrobiologiczne, które gromadzi dane i współuczestniczy wraz z zespołem do zwalczania zakażeń szpitalnych w opracowywaniu algorytmów postępowania w określonych sytuacjach związanych z zakażeniami. Biorąc pod uwagę jak ogromnym problemem stały się zakażenia wywołane przez szczepy wielooporne żaden duży szpital nie może funkcjonować bez dobrego zaplecza mikrobiologicznego.

Juliana Kurlenda

Zakład Bakteriologii Klinicznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Gdańsk

Narodowy Fundusz Zdrowia

PT Elżbieta Bartczak

Dyrektor Departamentu Świadczeń Zdrowotnych

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych w dniu 15 września 2003 r. przyjęła stanowisko Prezydium KRDL do akceptacji i niniejszym wyraża aprobatę dla odpisu 15% kwoty ze stawki kapitacyjnej, a przeznaczoną na diagnostykę, zapisu ujętego w projekcie zasad kontraktowania świadczeń medycznych z diagnostyki laboratoryjnej na rok 2004 określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych wyraża przekonanie mające źródło w minionej praktyce udzielanych świadczeń i dostępie do badań laboratoryjnych, że prawo to pacjent może mieć zagwarantowane tylko poprzez jasne wyodrębnienie procentowych kosztów wyłączonych ze stawki kapitacyjnej, a przekazanych na diagnostykę laboratoryjną. Brak określenia kwoty bazowej (procentowej) przewidzianej dla badań diagnostycznych czyni te badania uznaniowymi nie ze wskazań medycznych. Diagnoza lekarska przy współcześnie istniejącym zróżnicowaniu zmian chorobowych i ich genezie musi opierać się na diagnostyce laboratoryjnej.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych także wyraża przekonanie środowiska diagnostów laboratoryjnych, że Narodowy Fundusz Zdrowia winien przedłożyć w swojej propozycji warunków i zasad kontraktowania świadczeń z zakresu diagnostyki listę minimalnych cen badań laboratoryjnych i ogłoszenie jej na stronie internetowej NFZ. Będzie ona wskaźnikiem porównawczym dla prezentowanych cen przez inne podmioty zainteresowane diagnostyką w przypadku ofert przetargowych na świadczenia diagnostyczne. Ogłoszenie listy minimalnych cen badań laboratoryjnych gwarantować będzie utrzymanie wymaga-

tego minimalnego progu jakości usług zdrowotnych diagnostyczno – laboratoryjnych dla pacjentów. Odstąpienie od zasady ogłaszania listy minimalnych cen badań laboratoryjnych będzie sprzyjać nierzetelnemu wykonywaniu badań oraz może być utrudnieniem w budowaniu i wdrażaniu systemu jakości w laboratoriach medycznych.

W załączeniu stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w kwestii akceptacji odpisu 15% kwoty ze stawki kapitacyjnej.

Warszawa, 3 października 2003 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia

PT Elżbieta Bartczak

Dyrektor Departamentu Świadczeń Zdrowotnych

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych występuje ze stanowczym protestem wobec decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia, obniżającą pierwotnie przewidzianą do wyłączenia 15% kwotę stawki kapitacyjnej na diagnostykę laboratoryjną. Zmiana ta zdaniem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych nastąpiła na skutek silnego nacisku przedstawicieli lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Wyrazem tego nacisku stała się idea spotkania „Porozumienia zielonogórskiego” lekarzy z Polski zachodniej i południowej, której przyświecało hasło „Monopolem na monopol”, spotkania, którego cele i intencje pozostają dla Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w pełni oczywiste. Naszym zdaniem celem spotkania przedstawicieli tego środowiska nie było dążenie do podejmowania programu w ochronie praw pacjenta, jedynie troska o własne finanse między innymi w drodze pozbawienia prawa pacjenta do świadczeń diagnostycznych, do rzetelnej diagnozy, gdyż spełnienie tych praw uszczuplać będzie oczekiwane zyski z udzielanych świadczeń zdrowotnych. Także nie w trosce o dobro pacjenta i jego prawo do rzetelnej diagnostyki laboratoryjnej Pan Prezes Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce postuluje, by diagnostyka realizowana mogła być w zapleczu lekarza rodzinnego lub też POZ-u; realizowana i wykonywana przez tego samego świadczeniodawcę, gdyż dla tego celu nabył stosowną aparaturę. Śmiałość i otwartość tego żądania odkrywa nie tylko intencje tego środowiska, ale brak podstawowej wiedzy, którą każdy adept sztuki medycznej winien w procesie kształcenia (jeżeli były one realizowane rzetelnie), że współczesna medycyna i diagnoza lekarza oparta winna być o wysoko kwalifikowaną kadrę diagnostów laboratoryjnych pracującą w laboratoriach wyposażonych w nowoczesny i skomputeryzowany sprzęt. Wyniki badań wykonywanych na pozyskanych analizatorach, będących w posiadaniu lekarza POZ-u, pamiętających lata 50-e, przejętych z jednostek służby zdrowia, w drodze ich wycofania do kasacji, nie mogą być źródłem informacji, nie fundamentem zlecanej terapii farmakologicznej.

Wyłączenie 15% kwoty ze stawki kapitacyjnej, z przeznaczeniem na badania diagnostyczne realizowane na podstawie umowy z laboratoriami podległymi nadzorowi konsultantów i KIDL jest pierwszym elementem zagwarantowania prawa pacjenta do rzetelnej diagnozy i oszczędnej terapii. Każdy, kto kwestionuje to prawo pacjenta wystawia chorego na ryzyko stosowania sztuki leczenia opartej o metodę prób i błędów. Przy stosowaniu tej metody koszty ponosi pacjent i budżet państwa. To chory i budżet państwa pokrywa nietrafny dobór leków oraz wydłużony czas pozostawania pacjenta w chorobie. Nie brak w tej kwestii argumentów z życia codziennego: pacjenta, lekarza i farmaceuty, któremu przychodzi podawać pacjentowi lek z diagnozy nietrafionej, i nie popartej rzetelnym wynikiem badania laboratoryjnego. Analiza ordynowanych i zakupionych przez pacjentów leków, ukazuje że w przeważającej ilości leki te były nietrafione w jednostkę chorobową, zmuszały pacjenta do kolejnych wizyt u specjalistów po nieudolnym leczeniu, podnosząc koszt tego leczenia i wydłużając czas powrotu pacjenta do zdrowia i pracy. Jeżeli uwzględnimy, że ze świadczeń uspołecznionej służby zdrowia w trybie lecznictwa POZ-u i lekarza rodzinnego, poza stomatologią, korzystało nie więcej niż 28% populacji, ubezpieczonych obywateli RP, a znaczna część spośród tych korzystających, zgłaszała skargi, że lekarze POZ-u i lekarze rodzinni wykluczali potrzebę pacjenta skierowania do badania laboratoryjnego, to w tym fakcie ukazuje się nam suma kwot anektowanych i przejętych przez POZ z budżetu, a przewidzianych na świadczenia ubezpieczonych. Oddaje to w pełni inklinację monopoliście środowisk lekańskich. Ideą każdego monopolu jest intensyfikacja zysku bez przestrzegania innych racji i innych współtwórców świadczeń zdrowotnych.

KRDL wyraża także w swym stanowisku oburzenie i protest wobec braku umiaru w szukaniu zysku przez środowiska negujące prawo pacjenta do diagnostyki pomawiając o korupcyjne próby ręcznego sterowania rynkiem świadczeń laboratoryjnych. Świadczenia te, zdaniem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, staną się korupcyjne wówczas, gdy z rynku świadczeniodawców diagnostycznych (laboratoryjnych) zostaną wyparte wysokospecjalistyczne laboratoria, a zastąpią je praktyki lekarza rodzinnego, który zainwestował w sprzęt diagnostyczny i będzie realizował badania diagnostyczne w pełnym lub częściowym wymiarze na potrzeby swej praktyki. Ma to być w myśl zjednoczonych sił POZ-u rozwiązanie optymalne, szczególnie dla pacjentów zamieszkałych w małych miastach, wioskach, dając świadczeniodawcom POZ możliwość wykonywania badań diagnostycznych przy pomocy posiadanego sprzętu. Niepokojącym dla środowisk diagnostów laboratoryjnych jest brak przywołania, kiedy mowa o możliwości intensyfikacji zysków za świadczenia medyczne, pacjenta i jego prawa

do rzetelnej, bezpiecznej, oszczędnej, wiarygodnej terapii medycznej w przypadku choroby, w wystąpieniach szermierzy ze środowiska Izb Lekarskich.

KRDŁ jeszcze raz stanowczo protestuje wobec uznania żądań środowisk lekarskich i ustąpienia przez NFZ z 15% kwoty przeznaczonej ze stawki kapitacyjnej na diagnostykę laboratoryjną i wyraża zdumienie, że zgoda na niższą procentową kwotę ze stawki jest przyzwoleniem przez NFZ na narażanie pacjenta na ryzyko błędu diagnozy lekarskiej, jeżeli podejmowana ona będzie z pominięciem badań diagnostycznych – laboratoryjnych w odpowiednio wyposażonych, nowoczesnych laboratoriach. Laboratoria, które uzyskały kwalifikacje Konsultantów, Zespołu Ministerialnego ds. Akredytacji i Określenia Jakości, połączone z prowadzoną ewidencją laboratoriów w KIDL są i winne być jedynymi i wyłącznymi podmiotami udzielania wiarygodnych świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

Z wyrazami szacunku
Prezes KRDŁ
Henryk Owczarek

STANOWISKO KRDŁ z dnia 15 września 2003 r w sprawie odpisu 15 % ze stawki kapitacyjnej na diagnostykę.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych wyraża stanowisko w sprawie odpisu 15% ze stawki kapitacyjnej przeznaczonej na diagnostykę laboratoryjną aprobując zapis w projekcie zasad kontraktowania świadczeń medycznych z diagnostyki laboratoryjnej na rok 2004 określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Gwarantowana kwota przeznaczona dla diagnostyki, ustalona przez NFZ będzie przełożeniem na wysoki poziom świadczeń diagnostycznych udzielanych pacjentom, a wyznaczonych przez współczesną medycynę. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych protestuje przeciwko publicznym wypowiedziom osób reprezentujących samorząd lekarski, którzy przeciwstawiają się wydzieleniu kwoty na diagnostykę ze stawki kapitacyjnej. Uważamy, że wydzielona kwota stanowić będzie gwarancję prawa do badań diagnostycznych dla pacjentów i świadczących usługi diagnostyczne. Takie rozwiązanie stanowić będzie gwarancję dla trafnej terapii medycznej prowadzonej przez lekarzy.

SEKRETARZ

(-) Joanna Pogórska

PREZES

(-)Henryk Owczarek

Informacja dotycząca wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej przez technika analityki medycznej.

Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. nr 100, poz. 1083 z późn. zm.) osobą uprawnioną do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej jest diagnosta laboratoryjny oraz osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza i specjalizację w dziedzinie przydatnej do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Jednocześnie ustawa w art. 6a wprowadza pewne wyjątki od zasady określonej w art. 6, bowiem na podstawie ust. 1 art. 6a osobą uprawnioną do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, jest również m.in. osoba posiadająca tytuł zawodowy technika analityki medycznej. Dodatkowo ustawa wprowadza pewne obostrzenia co do wykonywania takich czynności przez technika analityki medycznej, wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej, wymienione w art. 2 pkt 1-3. Do czynności, które samodzielnie mogą być wykonywane przez technika analityki medycznej (a więc bez nadzoru diagnosty laboratoryjnego), ustawa zalicza:

1. badania laboratoryjne, mające na celu określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych oraz sanitarno-epidemiologicznych,
2. mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych oraz sanitarno-epidemiologicznych,
3. działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej.

Natomiast wykonywanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań, o których mowa wyżej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników badań wymaga nadzoru diagnosty laboratoryjnego.

Opinie Prawne

1. Pobieranie od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych.

Art. 6b ust 1 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej wskazuje, że osoby wymienione w art. 6 i art. 6a mogą wykonywać zabiegi i pobieranie materiałów do badań o ile posiadają odpowiednie kwalifikacje. W ust 2 tego artykułu dano delegację Ministrowi Zdrowia do określenia wykazu zabiegów i czynności oraz kwalifikacji wymaganych od osób mających te czynności wykonywać. Do chwili obecnej nie wydano przepisów wykonawczych a więc pozostaje się posługiwać przepisami dotychczasowymi. Dodatkowo można posługiwać się wskazaniem art. 6a ust. 2 i 3, który daje technikom i licencjatom analityki prawo do samodzielnego wykonywania czynności laboratoryjnych określonych w art. 2 pkt 1-3. W art. 2 ust. 1-3 nie wskazuje się co prawda czynności pobrania od pacjenta materiału do badań - ale z uwagi na to, że jest to generalny zapis o czynnościach diagnostyki laboratoryjnej należy rozumieć, iż obejmuje również czynność pobrania materiału przez osoby, które są uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności laboratoryjnych. Jeżeli osoby te spełniają również wymogi określone Instrukcją 7/78 MZiOS nie ma żadnych wątpliwości, że mogą oni samodzielnie wykonywać w/w czynności aż do chwili gdy ewentualne rozporządzenie MZ zmieni te zasady. Pozostałe osoby mające prawo wykonywać czynności pod nadzorem diagnosty - do czasu wydania rozporządzenia nie powinny pobierać materiału do diagnozy od pacjenta gdyż w praktyce trudno zabezpieczyć przy tego typu czynnościach nadzoru diagnosty.

2. Zatrudnienie w systemie pracy zmianowej.

Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej nie reguluje sprawy organizacji zatrudnienia. Czas pracy w zakładzie opieki zdrowotnej i zapłatę za tzw dyżury, które nie są pracą w godzinach nadliczbowych, reguluje art. 32 j-k ustawy o zoz oraz Kodeks pracy. Decyzje kierownictwa zoz o systemie zmianowym są wprowadzane w życie na podstawie przyjętego regulaminu pracy zoz, zaakceptowanego przez działające w zoz związki zawodowe. Z chwilą wprowadzenia w życie regulaminu pracy określającego system zmianowy i nowy czas pracy jest on wiążący dla wszystkich pracowników i odmowa wykonania pracy w określonym czasie skutkować może sankcje dyscyplinarne wobec pracownika. Zaznaczyć należy, że jeżeli dotychczas czas pracy był inny niż w nowym regulaminie wymaga to zastosowania wobec pracowników tzw wypowiedzenia zmieniającego /art. 42 Kp/. Pracownicy mogą również przyjąć nowe warunki na zasadzie porozumienia stron. Samorząd diagnostów nie ma jednak żadnych prawnych kompetencji do kwestionowania decyzji kierownika zoz w zakresie prawa pracy o ile nie narusza to zasad wykonywania zawodu. Czas pracy ustalony w zoz nie jest tym zakresem objęty.

3. Sprawa opłacania składek członkowskich w KRDŁ. Opłacanie składek członkowskich w wysokości określonej przez KRDŁ zgodnie z art. 47 pkt 1 w związku z art. 55 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej jest obowiązkiem członka izby. Zwolnienie z tego obowiązku może nastąpić jedynie w formie uchwały KRDŁ dopuszczającej czasowe zawieszenie poboru składki od osób pozostających bez pracy z powodu bezrobocia lub np. urlopu wychowawczego.

Szanowni Państwo !

Mamy wielką przyjemność zaprosić Państwa na XV Zjazd PTDL, który odbędzie się w Mikołajkach w Hotelu Gołębiewski w dniach 7-10 września 2004 r.

Decyzję Zarządu Głównego PTDL z dn. 6.05.2003 r. o powierzeniu organizacji Zjazdu Oddziałowi w Białymstoku, przyjęliśmy z entuzjazmem i traktujemy to jako wyróżnienie dla jednego z wiodących ośrodków naukowych w Polsce.

Program naukowy zjazdu będzie obejmował aktualne zagadnienia z dziedziny diagnostyki laboratoryjnej, a formy jego realizacji będą różnorodne i dadzą Państwu możliwość aktywnego w nim udziału.

Serdecznie zapraszamy do udziału firmy diagnostyczne, bez których diagnostyka laboratoryjna nie mogłaby tak prężnie rozwijać się jak dotychczas.

Komitet Organizacyjny XV Zjazdu dołoży wszelkich starań, aby nadać obradom sprawny przebieg i zapewnić uczestnikom wiele niezapomnianych wrażeń w czasie pobytu w krainie pięknych jezior.

Sądzymy, że to nasze spotkanie umożliwi wszystkim uczestnikom zapoznanie się z najnowszymi osiągnięciami naukowymi i postępem technicznym w diagnostyce laboratoryjnej oraz jeszcze bardziej zintegruje nasze środowisko.

Do zobaczenia w Mikołajkach
W imieniu Komitetu Organizacyjnego XV Zjazdu PTDL
Przewodnicząca
Dr n. med. Alicja Gabrylewska

PROGRAM NAUKOWY XV ZJAZDU PTDL

1. Sesje Plenarne

- I. Biologia molekularna w diagnostyce laboratoryjnej
- II. Zarządzanie przez jakość w medycznym laboratorium diagnostycznym
- III. Markery nowotworowe
- IV. Postępy w diagnostyce hematologicznej
- V. Białka osocza krwi w diagnostyce laboratoryjnej
- VI. Metaboliczne i diagnostyczne aspekty choroby niedokrwiennej serca
- VII. Rola badania moczu w procesie diagnostycznym
- VIII. Gospodarka wodno-elektrolitowa i rzk organizmu ludzkiego

2. Konferencja Okrągłego Stołu

„Polska Diagnostyka Laboratoryjna w nowych realiach ustawowych i ekonomicznych na progu wejścia do Unii Europejskiej”

3. Sesje Autorskie

Zostaną przygotowane przez ośrodki naukowe będą formą zaprezentowania wybranych zagadnień uwzględniających aktualną wiedzę naukową, własny dorobek i umiejętności popularyzatorskie

4. Sesje Plakatowe

Obejmować będą swoją tematyką osiem wskazanych w I punkcie tematów Sesji Plenarnych oraz zagadnienia różne, związane z problemami szeroko rozumianej diagnostyki laboratoryjnej.

5. Sesja Prac Magisterskich

Daje możliwość zaprezentowania swoich prac dla Tych spośród Państwa, którzy ukończyli lub ukończą studia w latach 2001 - 2004 i są pracownikami laboratoriów diagnostycznych.

Przewodniczący Komitetu Naukowego XV Zjazdu PTDL

Prof. dr hab. Maciej Szmitkowski

Anna Huk

Alina Budziszewska – Makulska

Przekształcenie „laboratorium szpitalnego” w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – laboratorium diagnostyczne prowadzone przez pracowników.

Doświadczenia po wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia są bardzo zróżnicowane. Jedno nie ulega wątpliwości – musimy pogodzić się z koniecznością ciągłego przekształcania zakładów opieki zdrowotnej, dostosowania ich struktury i zakresu udzielanych świadczeń nie tylko do wymagań pacjentów ale także do wymagań rynkowych.

Jednym z aspektów przeprowadzanych zmian, obok działań o charakterze czysto ekonomicznym, dofinansowującym istniejące jednostki, jest dokonywanie szeroko rozumianych przekształceń – zarówno w zakresie form organizacyjno – prawnych, jak również kreowanie nowych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (a więc publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej). Działania restrukturyzacyjne niejednokrotnie wiążą się z potrzebą zmiany profilu oddziałów lub przekształceniami i likwidacją łóżek, łączeniem oddziałów, a nawet całych szpitali czy też likwidacją jednostek.

Przeprowadzane zmiany dotyczą także przekazania wykonywania niektórych usług np. usług diagnostyki laboratoryjnej, podmiotom zewnętrznym – nie funkcjonującym w strukturze organizacyjnej szpitala. Obserwowanym zjawiskiem jest likwidacja funkcjonujących w strukturach szpitala laboratoriów i pozyskanie tych usług od laboratoriów zewnętrznych.

Jeśli rachunek ekonomiczny oraz analiza kosztów transakcji wskazują, że zakupywanie niektórych produktów i usług potrzebnych do wytworzenia dobra finalnego nie generuje nadmiernego ryzyka, a dodatkowo jest to bardziej opłacalne aniżeli organizowanie produkcji we własnych jednostkach podejmuje się decyzje o zakupie usługi na zewnątrz.

Działanie o którym mowa wyżej polega na rezygnacji z części samodzielnie wykonywanych przez zakład zadań i powierzeniu ich podmiotom prywatnym, tworzonemu na przykład na bazie dotychczas zatrudnionych tam pracowników i działającym w oparciu o umowy najmu lub dzierżawy pomieszczeń i sprzętu, ewentualnie korzystającym z lokali położonych poza zakładem opieki zdrowotnej.

Możliwą jest również sytuacja kiedy szpital rezygnuje z działania w swojej strukturze zakładu diagnostyki laboratoryjnej i przekazuje te zadania podmiotom już działającym na rynku usług zdrowotnych. Wiąże się to oczywiście z likwidacją laboratorium

działającego w szpitalu a tym samym z utratą pracy przez zatrudnione w nim osoby.

W sytuacji kiedy dyrekcja zakładu zamierza przekazać wykonywanie usług diagnostyki laboratoryjnej podmiotom zewnętrznym, z punktu widzenia pracowników najkorzystniejszą jest sytuacja, w której świadczenie tych usług przejmie laboratorium tworzone przez pracowników, działające „na bazie” dotychczasowego laboratorium (tzw. „prywatyzacja pracownicza”).

W tym miejscu warto podkreślić, iż prywatne laboratorium może działać tylko w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wobec powyższego tworzenie prywatnego laboratorium będzie podlegało procedurze wynikającej z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Tworzenie niepublicznego laboratorium przez pracowników będzie wymagało przychylności i pomocy nie tylko dyrektora zakładu ale również organu założycielskiego.

Zgodnie z obowiązującym prawem, jedyną drogą przekształcenia laboratorium w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w jednostkę prywatną jest przekształcenie poprzez likwidację (tzw. *prywatyzacja poprzez likwidację*), następującą w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego (art. 36 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. z 1991r., nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Na początku procedury winna być podjęta odpowiednia uchwała rady społecznej wyrażająca opinię w sprawie likwidacji laboratorium. Po uzyskaniu opinii rady społecznej organ założycielski może przystąpić do dalszych działań tzn. do podjęcia stosownej uchwały. Należy przez to rozumieć uchwałę rady gminy, powiatu lub sejmiku województwa, jeżeli funkcje podmiotu tworzącego pełni jednostka samorządu terytorialnego lub uchwałą senatu uczelni lub rozporządzenie właściwego ministra, w sytuacji szpitali dla których organem założycielskim jest Rektor Akademii Medycznej lub minister. Projekt uchwały o likwidacji laboratorium powinien być przedstawiony do zaopiniowania wojewodzie oraz organom samorządu terytorialnego, którego ludności likwidowane laboratorium udziela świadczeń. Ponieważ jest to wymóg formalny, nie uzyskanie powyższej opinii może doprowadzić do uchylenia podjętej przez samorząd uchwały w sprawie likwidacji zakładu. Taka procedura wynika z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie bowiem ustawą, gdy organ założycielski dokonuje przekształceń polegających na likwidacji lub ograniczeniu poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych i tworzeniu w miejsce likwidowanej części zakładu niepublicznego podmiotu musi również uzyskać takie opinie. Bez wątplenia likwidacja laborato-

rium, mimo przekazania jego zadań innemu podmiotowi np. laboratorium utworzonemu przez pracowników, powoduje likwidację jednego z rodzajów działalności szpitala.

W treści uchwały o likwidacji podstawową rolę powinno odgrywać określenie sposobu i formy zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego laboratorium, zasad udzielania w dalszym ciągu takich świadczeń, tak aby nie nastąpiło ograniczenie ich dostępności i jakości oraz pogorszenie warunków udzielania świadczeń. W wypadku „przekształcenia własnościowych laboratorium” będzie to oznaczało konieczność wskazania jaki podmiot będzie realizował zadania laboratorium diagnostycznego dotychczas działającego w szpitalu. Wymóg ten zostanie spełniony, gdy zadania likwidowanego laboratorium przejmie inny podmiot tworzony przez wszystkich lub kilku pracowników dotychczasowego laboratorium. Wówczas w uchwale o likwidacji laboratorium szpitalnego należy wskazać, iż usługi dotychczas świadczone w likwidowanej jednostce przejmie niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – medyczne laboratorium diagnostyczne tworzone przez pracowników tej jednostki.

Wydaje się iż nie zawsze wszyscy pracownicy zechcą tworzyć na bazie laboratorium szpitalnego niepubliczny podmiot. Zazwyczaj inicjatywę przejmie kilku pracowników lub dotychczasowy kierownik laboratorium. W takim wypadku zasadnym byłoby zabezpieczenie „miejsca pracy” pozostałym pracownikom.

Już w samej uchwale o likwidacji można zawrzeć odpowiednie zapisy mające na celu ochronę interesów pracowniczych w dokonywanym przekształceniu. Mogą być zawarte uregulowania nakazujące przejęcie przez tworzących niepubliczne laboratorium wszystkich pozostałych pracowników na zasadzie art. 23¹k.p. czyli na tych samych warunkach pracy i płacy. Dodatkowo mogą się znaleźć uregulowania na podstawie których sprzęt laboratoryjny oraz pomieszczenie zajmowane dotychczas przez laboratorium będzie udostępnione na zasadach preferencyjnych podmiotowi tworzonemu przez pracowników.

Ponadto bardzo ważne jest także pilnowanie spójności terminów, tak aby czas likwidacji laboratorium szpitalnego był zbieżny z powołaniem nowego zakładu, bowiem ktoś musi zająć się udzielaniem świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej na rzecz szpitala. Pozostaje także kwestia określania formy organu założycielskiego tworzonego laboratorium. Zgodnie z art. 8 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, niepubliczny zakład może m.in. utworzyć osoba fizyczna, osoba prawna lub spółka nie mająca osobowości prawnej. W takim wypadku jeżeli

kilku pracowników tworzy prywatne laboratorium muszą się zdecydować formę jakiej spółki będzie miał podmiot tworzący niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Najczęstsze formy organizacyjne to spółka cywilna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółka akcyjna. Pewne zmiany wprowadził nowy kodeks spółek handlowych. Nowością jest możliwość założenia spółki partnerskiej. Może być ona założona przez osoby wykonujące wolny zawód np. przez diagnostę laboratoryjnego.

Charakterystyczne dla tej spółki, a zarazem bardzo korzystne rozwiązanie polega na tym, że każdy z wspólników spółki ponosi odpowiedzialność za swój pion działalności i osoby przez siebie zatrudniane. Partner takiej spółki nie ponosi bowiem odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w spółce, jak również za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług. Z kolei np. w spółce cywilnej za zobowiązania spółki odpowiadają wspólnicy zarówno majątkiem spółki, jak i każdy ze wspólników z osobna, swoim majątkiem osobistym, nie należącym do wspólności.

Możliwa jest również taka sytuacja, że szpital zechce wspólnie z pracownikami utworzyć np. spółkę zoo czy też spółkę akcyjną, która utworzy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej zajmujący się udzielaniem świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Oczywiście szpital na dokonanie takiego przedsięwzięcia będzie musiał uzyskać zgodę podmiotu tworzącego. W takim wypadku znacznie łatwiej pozyskać pomieszczenia czy sprzęt służący takiej działalności, wiadomo bowiem, że spółka z udziałem szpitala zostanie wyposażona w niezbędny majątek.

Warunkiem koniecznym powstania prywatnego laboratorium jest zapewnienie odpowiednich pomieszczeń, w których miałyby działać laboratorium. Pomieszczenia i tytuł prawny do pomieszczeń oraz wykaz aparatury są niezbędne do rejestracji niepublicznego zakładu. Związane jest to z tym, że niepubliczny zakład musi posiadać siedzibę, której pełny adres zostanie wpisany do rejestru. W praktyce podstawową formą korzystania z pomieszczeń jest umowa najmu, umowa dzierżawy lub użyczenia. Oczywiście najkorzystniejszą jest umowa użyczenia, gdyż jest to umowa bezpłatna. W tym wypadku pracownicy tworzący niepubliczne laboratorium będą zawierać stosowną umowę z dyrektorem szpitala a udostępnienie majątku nastąpi na zasadach określo-

nych przez organ założycielski (art. 53 ust 2 ustawy). Samorząd musi więc zdecydować, czy dokonywana prywatyzacja będzie miała charakter pracowniczy, czy też nie. Musi ocenić merytoryczną i legislacyjną zasadność preferencji dla spółki pracowniczej. Nie budzi wątpliwości fakt, że preferowanie pracowników sprzyja dobrej atmosferze wokół prywatyzacji, a niekiedy i obniżeniu ogólnych kosztów transakcji (kosztów przekształceń i utrzymania systemu w ruchu). Jeżeli władze samorządowe zdecydują się na to, aby przekształcenia miały charakter pracowniczy tzn. obiekty, lokale i urządzenia będą udostępniane tylko i wyłącznie pracownikom dotychczasowego zakładu i na preferencyjnych warunkach, muszą także określić te preferencje np.

- niskie stawki czynszu,
- umożliwienie bezpiecznego inwestowania w użytkowany lokal – wszystkie nakłady zwiększające jego wartość, a ponoszone za zgodą właściciela mają zostać odliczone od czynszu, i inne.
- możliwość podnajęcia lub poddzierżawienia majątku innej osobie

Bardzo rzadko zdarza się przeniesienie uprawnień własnościowych do budynku lub sprzętu.

Jeżeli samorząd zdecyduje się na prywatyzację pracowniczą z zastosowaniem preferencji powinien określić przez jaki okres będą one stosowane. Hasło sprawiedliwości dziejowej dla służby zdrowia nie może trwać latami, zwłaszcza, że samorząd inwestuje własne pieniądze. Najczęściej umowy o udostępnienie majątku zawierane są na okres jednego roku. Stwarza to oczywiście niepewność co do przyszłości posiadania majątku.

Niepubliczne laboratorium diagnostyczne jako zakład opieki zdrowotnej powinien również posiadać kierownika. Szczegółowe kwestie związane z kwalifikacjami, jakie powinien posiadać kierownik reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakie powinny posiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju – Dz.U. Nr 44, poz. 520. a dodatkowo także ustawa o diagnostyce laboratoryjnej.

Do rozpoczęcia działalności zakładu niezbędne jest pozyskanie pracowników. W sytuacji o której mowa wcześniej pracownicy którzy nie tworzą zakładu mają przejść do tworzonego prywatnego laboratorium i w ten sposób zachowają miejsca pracy.

Do czasu rozpoczęcia działalności przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej konieczne jest wypełnienie pewnych wymagań określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. I tak w pierwszej kolejności

podmiot tworzący (czyli w tym wypadku spółka utworzona przez pracowników) niepubliczny zakład - laboratorium jest zobowiązany nadać mu statut. Treść statutu musi zawierać przynajmniej:

- nazwę odpowiadającą zakresowi świadczeń zdrowotnych,
- cel i zadania zakładu,
- siedzibę i obszar działania,
- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- organy zakładu,
- strukturę organizacyjną i formę gospodarki finansowej.

Ostatnim etapem jest wpis niepublicznego zakładu do rejestru zakładów prowadzonego przez wojewodę, jako że zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru. Do wniosku o wpis należy dołączyć stosowne dokumenty potwierdzające formalną poprawność powstania zakładu. Wpis do rejestru, odmowa wpisu lub skreślenie z rejestru następuje w formie decyzji administracyjnej w terminie 30 dni. Po dokonaniu wpisu niepubliczny zakład może rozpocząć działalność czyli może zająć się świadczeniem usług głównie na rzecz szpitala.

Po dokonaniu wpisu pozostaje tylko zawarcie ze szpitalem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podstawą do zawarcia takiej umowy jest art. 35 ustawy, który mówi o możliwości udzielenia przez szpital w drodze konkursu ofert zamówienia na świadczenia zdrowotne. Istnieje tylko zagrożenie, że do konkursu ofert może zgłosić się każdy, kto spełnia określone wymagania. W takim konkursie ofert mogą brać udział laboratoria prywatne działające na rynku usług medycznych od dłuższego czasu, mające nowocześniejszy sprzęt. Takie laboratoria prowadzące działalność od kilku lat, mające ugruntowaną pozycję na rynku, mogą w celu zdobycia nowego klienta jakim jest szpital, zaproponować niższe stawki za wykonywane usługi. O ile można zagwarantować, że majątek po byłym laboratorium trafi do laboratorium tworzonego przez pracowników o tyle nie ma żadnej gwarancji, że konkurs ofert wygra laboratorium tworzone przez pracowników.

Mimo pewnych trudności i zagrożeń związanych z procesem przekształceń własnościowych warto podkreślić, że w wielu przypadkach taka działalność się powiodła. Pracownicy stworzyli sobie miejsca pracy, współpracują ze szpitalem, pozyskują nowych klientów. Jednak powodzenie takie przedsięwzięcia zależy nie tylko od dobrych chęci pracowników ale przede wszystkim współpracy i przychylności ze strony decydentów.

Nowy system specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych

Do 1 marca 2001 r. tryb specjalizacji dla osób, które posiadały tytuł magistra i pracowały w medycznym laboratorium diagnostycznym regulowało zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 3, poz.19 i Nr 97, poz.448). Ponieważ zarządzenie to utraciło moc z dniem 1 marca 2001 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr120, poz.1268), niezbędne było podjęcie pilnych działań legislacyjnych zmierzających do przywrócenia możliwości otwierania specjalizacji.

W Ministerstwie Zdrowia podjęto wówczas prace nad rozporządzeniem w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia - na podstawie delegacji zawartej w art. 10 ust.5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Pomimo, że przedmiotowe rozporządzenie zostało podpisane przez Ministra Zdrowia 30 września 2002 r., diagności laboratoryjni nadal nie mogli rozpoczynać specjalizacji, z uwagi na fakt, iż ww. rozporządzenie nie mogło obejmować, jak planowano, specjalizacji właściwych dla diagnostyki laboratoryjnej. W tym czasie obowiązywała już bowiem ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej – zawierająca odrębną delegację do wydania rozporządzenia regulującego tryb uzyskiwania specjalizacji przez diagnostów laboratoryjnych.

Realizacja upoważnienia ustawowego została jednak wstrzymana do czasu zakończenia prac nad nowelizacją ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

Ustawa z dnia 28 sierpnia 2003 r. o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 171 poz.1663) wprowadziła istotne zmiany dotyczące uzyskiwania tytułu specjalisty.

Zgodnie z art. 30 a ww. ustawy specjalizację może rozpocząć osoba, **która posiada prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.**

Po głębokiej analizie i konsultacjach ze środowiskiem zawodowym rozpoczęto prace nad projektem rozporządzenia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych

Ostatecznie w projekcie rozporządzenia wprowadzono następujące dziedziny, w których diagnosta laboratoryjny będzie mógł się specjalizować:

- laboratoryjna diagnostyka medyczna ;
- laboratoryjna genetyka medyczna;
- laboratoryjna hematologia medyczna;
- mikrobiologia medyczna;
- laboratoryjna transfuzjologia medyczna;
- laboratoryjna toksykologia medyczna;
- laboratoryjna immunologia medyczna;
- zdrowie publiczne;
- zdrowie środowiskowe.

Ponieważ art. 30 b ustawy stanowi, iż specjalizację mogą prowadzić szkoły wyższe, które prowadzą studia na kierunku analityka medyczna, jeżeli spełniają określone w ustawie warunki, projekt rozporządzenia w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, określa szczegółowe zadania dla uczelni wyższej.

Jednym z zadań przejętych od administracji wojewódzkiej jest prowadzenie postępowania kwalifikacyjnego.

W nowym systemie specjalizacji -osoba ubiegająca się o rozpoczęcie specjalizacji będzie zobowiązana złożyć wniosek o rozpoczęcie specjalizacji bezpośrednio do uczelni wyższej.

Regulamin organizacyjny specjalizacji, opracowany przez uczelnie wyższą, będzie szczegółowo określał maksymalną liczbę osób, które mogą zostać przyjęte na specjalizację w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

Postępowanie kwalifikacyjne polegać będzie na formalnym sprawdzeniu dokumentów osoby przystępującej do specjalizacji. Jeżeli liczba osób chętnych do rozpoczęcia specjalizacji przewyższy maksymalną liczbę miejsc w danej uczelni wyższej – projekt rozporządzenia przewiduje przeprowadzenie postępowania konkursowego.

W celu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego uczelnia wyższa powoła komisję kwalifikacyjną. Zgodnie z projektem rozporządzenia, w skład komisji wejdzie obok przedstawicieli uczelni:

- konsultant wojewódzki w danej dziedzinie;
- przedstawiciel ośrodka wojewódzkiego – tj. wojewódzkiego centrum zdrowia publicznego – właściwego terytorialnie dla uczelni wyższej.

W celu ułatwienia dostępu do uzyskania tytułu specjalisty osobom posiadającym I stopień specjalizacji uczelnia wyższa będzie przeprowadzała odrębne postępowanie kwalifikacyjne dla tych osób.

Osoba zakwalifikowana do rozpoczęcia specjalizacji będzie zobowiązana do odebrania w wojewódzkim centrum zdrowia publicznego – karty specjalizacji.

Data rozpoczęcia specjalizacji będzie data wpisana w karcie specjalizacji przez kierownika specjalizacji.

Kierownikiem specjalizacji, zgodnie z projektem rozporządzenia, będzie mogła być osoba, która posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie.

Diagnosta laboratoryjny przystępujący do specjalizacji, będzie miał prawo wybrać swojego kierownika specjalizacji - spośród osób wskazanych przez kierownika jednostki szkolącej.

Zgodnie z projektem rozporządzenia - kierownik jednostki szkolącej w wyborze kandydatów będzie się zobowiązany kierować się rekomendacją Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie właściwej dla danej specjalizacji lub jeżeli konsultant wojewódzki nie został powołany, rekomendacją konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej lub konsultanta krajowego.

Z uwagi na fakt, iż w kilku proponowanych dziedzinach nie ma osób z tytułem specjalisty, projekt rozporządzenia przewiduje powierzenie obowiązków kierownika specjalizacji osobie, która legitymuje się dużym doświadczeniem zawodowym i jest samodzielnym pracownikiem naukowym w tej dziedzinie.

Tryb powierzenia obowiązków kierownika specjalizacji będzie uwarunkowany pozytywną weryfikacją kandydatów przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie.

Kierownik specjalizacji będzie mógł sprawować jednocześnie nadzór nad przebiegiem specjalizacji nie więcej niż trzech osób.

Po odbyciu specjalizacji zgodnej z zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia programem, diagnosta laboratoryjny będzie mógł przystąpić do egzaminu państwowego organizowanego przez Centrum Egzaminów Medycznych.

Aktualnie finalizowane są prace nad opracowaniem założeń merytorycznych do programów specjalizacji. Prace te prowadzone są przez ekspertów rekomendowanych przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych (wykaz ekspertów w załączeniu).

W Ministerstwie Zdrowia odbyły się na przełomie października i listopada br. spotkania wszystkich zespołów eksperckich. Do udziału w tych spotkaniach zaproszeni byli także przedstawiciele towarzystw naukowych właściwych dla poszczególnych specjalności oraz reprezentanci uczelni me-

dycznych, które prowadzą studia na kierunku analityka medyczna.

Zgodnie z ustaleniami, opracowane założenia programów specjalizacji powinny zostać przesłane najpóźniej do 10 grudnia 2003 r. do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Przygotowane przez CMKP projekty programów specjalizacji zostaną ponownie przesłane do ekspertów towarzystw naukowych i uczelni medycznych celem ich ostatecznego uzgodnienia. Uzgodnione ostatecznie programy specjalizacji zostaną, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, przedstawione do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia.

Zespoły ekspertów powołane do opracowania założeń merytorycznych programów specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych

1) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej diagnostyce medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:
a) eksperci zewnętrzni:

- prof. dr hab. Dagna Bobilewicz,
- prof. dr hab. Marek Paradowski,
- dr Mirosława Pietruczuk,
- dr Jacek Majda,
- przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

2) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej mikrobiologii medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

- a) eksperci zewnętrzni:
- prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska,
 - prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska,
 - prof. dr hab. Marek Jagielski,
 - dr Andrzej Kasprzowicz,
- b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

3) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej toksykologii medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

- a) eksperci zewnętrzni:
- prof. dr hab. Marek Jakubowski,
 - prof. dr hab. Mirosław Szutowski,
 - prof. dr hab. Jan Krzysztof Ludwicki,
 - dr hab. Maria Kała,
- b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

4) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej transfuzjologii medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

a) eksperci zewnętrzni:

- prof. dr hab. Halina Seyfriedowa,
- dr Magdalena Łętowska,
- dr Stanisława Bochenek,
- dr Elżbieta Klaus,

b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

5) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej hematologii medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

a) eksperci zewnętrzni:

- prof. dr hab. Wiesław Jędrzejczak,
- prof. dr hab. Milena Dąbrowska,
- prof. dr hab. Danuta Roś,
- dr Jadwiga Nowicka,

b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

6) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej genetyki medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

a) eksperci zewnętrzni:

- prof. dr hab. Jan Lubiński,
- prof. dr hab. Bogdan Kałużewski,
- prof. dr hab. Maria Szaśniadek,
- prof. dr hab. Jerzy Bał,

b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

7) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji w laboratoryjnej immunologii medycznej, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

a) eksperci zewnętrzni:

- prof. dr hab. Andrzej Górski,
- prof. dr hab. Andrzej Mackiewicz,
- prof. dr hab. Antonina Harłodzińska,
- dr hab. Danuta Kowalczyk,

b) przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;

8) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji dziedzinie zdrowia publicznego, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

- prof. dr hab. Leszek Wdowiak,
- prof. dr hab. Alfred Owoc,
- prof. dr hab. Jerzy Leowski;

9) Zespół do spraw opracowania założeń do programu specjalizacji dziedzinie zdrowia środowiskowego, w skład którego wchodzi następujący członekowie:

- prof. dr hab. Leszek Wdowiak,
- prof. dr hab. Jerzy Sokal,
- prof. dr hab. Jerzy Zagórski.

Katarzyna Chmielewska

EWIDENCJA LABORATORIÓW INFORMACJA

Nowelizowana ustawa z dnia 28-08-2003 (art. 19 ust 1 i 2), podobnie jak i pierwotna ustawa z dnia 27-07-2001 nakłada na KRDL obowiązek prowadzenia ewidencji laboratoriów, których podmioty założycielskie zobowiązane są wystąpić o wpis laboratorium do ewidencji. Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 28-08-2003 o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej i zmianie innych ustaw podmiot, który w dniu wejścia w życie ustawy prowadził laboratorium, jest zobowiązany wystąpić do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z wnioskiem o wpis tego laboratorium do ewidencji w terminie 12 miesięcy od wejścia w/w ustawy w życie. Natomiast w rozumieniu artykułu 20 ustawy z dnia 27-07-2001 o diagnostyce laboratoryjnej, podmiot, który utworzył lub zlikwidował laboratorium w trybie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w terminie 14 dni od daty odpowiedniego wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, składa wniosek o wpis lub wykreślenie z ewidencji. Uchwałą nr 36/2003 KRDL wprowadziła jednolity formularz „wniosek o wpis laboratorium do ewidencji” załącznik nr 1 (str. nr 4 – Biuletyn Informacyjny KRDL). Ponadto uchwałą nr 37/2003 KRDL zobowiązała podmiot, który jest zainteresowany wpisem do Księgi Ewidencji do przesyłania informacji o działalności medycznego laboratorium i udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej według załącznika nr 1 (str. 5 Biuletynu Informacyjnego). Na naszej stronie internetowej www.kidl.org.pl zamieszczony jest wniosek o wpis laboratorium do ewidencji (załącznik nr 1 do uchwały 36/2003 KRDL z dnia 28 października 2003 roku oraz załącznik nr 1 do uchwały 37/2003 KRDL z dnia 28 października 2003 roku).

Wypełnione załączniki należy przesłać drogą pocztową, jak również należy wypełnić wniosek w formie elektronicznej znajdujący się w pliku [wniosek.xls](#) i odesłać go na nośniku danych lub (po uzgodnieniu z Biurem KIDL) przesłać pocztą elektroniczną na adres: admin@kidl.org.pl.

Redakcja.

XXV
JUBILEUSZOWY
ZJAZD
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
MIKROBIOLOGÓW
Bydgoszcz 23- 25 września 2004

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Katedra i Zakład Mikrobiologii Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy ma zaszczyt organizować po raz pierwszy w historii mikrobiologii polskiej XXV Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów. Cieszymy się bardzo z możliwości przyjęcia Państwa w prastarym grodzie założonym przez Kazimierza Wielkiego nad Brdą, a obecnie wskutek rozwoju urbanistycznego położonym również nad Wisłą.

Debata naukowa odbywać się będzie z udziałem znakomitych specjalistów w sesjach plenarnych, referatowych, plakatowych i satelitarnych (firmowych), w trakcie których przedstawione zostaną ważne problemy współczesnej mikrobiologii. Dodatkową sposobnością edukacyjną będzie program wystaw, który tradycyjnie wzbogaca Zjazd.

Tematyka *Zjazdu* stwarza szansę integracji przedstawicieli różnych specjalności mikrobiologicznych, zarówno teoretyków, jak i praktyków. Jesteśmy przekonani, że będzie to znakomita okazja do wymiany własnych doświadczeń i skonfrontowania ich ze współczesnymi standardami postępowania.

Jesteśmy dumni, że Bydgoszcz została wybrana przez Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów na gospodarza XXV Jubileuszowego Zjazdu PTM. Bydgoszcz, Toruń, Chełmno - bogate w zabytki, rezerwat archeologiczny Biskupin ze zrekonstruowanym drewnianym grodem z przed 3000 lat, a także urokliwe Bory Tucholskie i jeziora województwa kujawsko-pomorskiego czekają na Państwa przyjazd.

Chcielibyśmy, aby XXV Jubileuszowy Zjazd PTM był nie tylko dużym wydarzeniem naukowym, ale również towarzyskim i kulturalnym, oraz aby pozostawił niezapomniane wspomnienia.

Otwarta brama w herbie Bydgoszczy oznacza, że już oczekujemy przyjazdu wszystkich członków i sympatyków PTM.

Jeszcze raz serdecznie zapraszamy oczekując na Państwa przyjazd,

z serdecznymi pozdrowieniami

i wyrazami szacunku

w imieniu

Komitecie Organizacyjnego

XXV Jubileuszowego Zjazdu PTM

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodnicząca:

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. nadzw. AM

Z-ca przewodniczącej:

dr n. med. Agnieszka Mikucka

Sekretarz:

mgr Beata Ulatowska

Członkowie:

dr n. med. Jolanta Powierska-Czarny

mgr Anna Bieńkowska

mgr Katarzyna Jachna-Sawicka

mgr inż. Agnieszka Kaczmarek

mgr Iwona Kania

mgr Ewa Kruszyńska

mgr Anna Michalska

mgr inż. Dorota Mikołajczyk

mgr Maria Szymankiewicz (Zakład Mikrobiologii, Centrum Onkologii)

mgr Patrycja Zalas

lek. med. Krzysztof Gierlotka

lek. med. Marcin Żmudziński

Benedykta Sikorska-Juszczuk

Barbara Wardalska

Katedra i Zakład Mikrobiologii
Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
85-094 Bydgoszcz
ul. M. Skłodowskiej - Curie 9
tel.: (052) 5854480, 5854047, 5853609
fax.: 5854002
e-mail: zjazdptm@amb.bydgoszcz.pl
www.zjazdptm.amb.bydgoszcz.pl

WAŻNE DATY

1. Zgłoszenie wstępne 15.XII.2003 r.
2. Komunikat II: (dotyczy osób, luty 2004 r.
które wstępnie zgłoszą udział w *Zjeździe*)
3. Opłaty rejestracyjne 31.III.2004 r.
4. Streszczenia komunikatów 31.III.2004r. (forma przygotowania - w komunikacie II)

OPŁATA REJESTRACYJNA

| Orientacyjna opłata rejestracyjna | Przed 31.III.2004 r. | Po 31.III.2004 r. | W czasie trwania Zjazdu |
|--|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Członkowie PTM | 300,00 zł | 3 50,00 zł | 400,00 zł |
| Pozostali uczestnicy | 400,00 zł | 450,00 zł | 500,00 zł |
| Osoby towarzyszące | 100,00 zł | 150,00 zł | 200,00 zł |

Morfologia z kropli krwi

Pełna, szczegółowa morfologia krwi z rozdziałem leukocytów jest bardzo ważnym elementem diagnozowania chorób oraz śledzenia przebiegu terapii. Szybko wydany wynik, stosownie do potrzeby leczenia jeszcze w czasie, kiedy pacjent jest u lekarza, stanowi niewątpliwą korzyść zarówno dla lekarza jak i pacjenta. Firma Melet Schloesing Laboratoires właśnie wprowadziła na rynek w pełni automatyczny analizator krwi **MS4-5**, który może pomóc w spełnieniu oczekiwań przy terapii pacjentów.

Cyfrowa technologia

MS4-5 oznacza w sumie 21 parametrów krwi. W porównaniu do poprzedniego modelu - **MS4** - nowością jest rozdział leukocytów na pięć subpopulacji: limfocyty, monocyty, granulocyty kwaso-, zasado- i obojętnochłonne. Zliczanie komórek odbywa się w oparciu o zjawisko impedancji (opór pozorny), a zastosowane opatentowane rozwiązania cyfrowej obróbki sygnału realizowane przez CVDC® (Chamber Voltage Digital Control) i FCMD® (Flow Cell Digital Meter) gwarantują wysoką powtarzalność wyników i długotrwałą stabilność kalibracji analizatora.

Tylko 30 µl krwi

Ogromną zaletą **MS4-5** jest fakt, że do wykonania 21 parametrowej morfologii potrzebuje zaledwie **30 µl** krwi. Dlatego nie stanowi problemu uzyskanie prawidłowego wyniku z kropli krwi. Morfologie z palca często wykonywane są u niemowląt i dzieci oraz u chorych, którzy w celu monitorowania terapii muszą wykonywać badanie codziennie.

Także dla mniejszych laboratoriów...

MS4-5 jest produktem przeznaczonym dla laboratoriów wykonujących do 50 analiz dziennie. Odczynniki dostępne są w zestawach na 1000 oraz 250 analiz, co pomaga spełnić oczekiwania laboratoriów o stosunkowo niewielkim przerobie dziennym. Wyjątkowa prostota obsługi, oprogramowanie w języku polskim, niewielkie rozmiary, zminimalizowane czynności konserwacyjne, stabilność kalibracji i wysoka wiarygodność wyników czynią z **MS4-5** poręczne i ekonomiczne narzędzie niezbędne w profesjonalnej praktyce diagnostyki laboratoryjnej.



**XV Zjazd
Polskiego Towarzystwa
Diagnostyki Laboratoryjnej
“ POLMEDLAB 2004 “**

Mikołajki 7 - 10 września 2004r

Miejsce obrad:
Hotel Gołębiewski - Mikołajki



**XV Zjazd
Polskiego Towarzystwa
Diagnostyki Laboratoryjnej
“ POLMEDLAB 2004 “**

Mikołajki 7 - 10 września 2004r

Miejsce obrad:
Hotel Gołębiewski - Mikołajki



**XV Zjazd
Polskiego Towarzystwa
Diagnostyki Laboratoryjnej
“ POLMEDLAB 2004 “**

Mikołajki 7 - 10 września 2004r

Miejsce obrad:
Hotel Gołębiewski - Mikołajki