

DIAGNOSTA

ROK XIII
NR 5(41)
GRUDZIEŃ
2015

laboratoryjny

ISSN 2084-1663

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH



**Diagnostyka laboratoryjna
w zdrowiu publicznym**



Ponieważ jakość ma znaczenie

B·R·A·H·M·S PCT™ zapewnia dokładniejszą diagnostykę i ocenę ryzyka związaną z infekcją bakteryjną i sepsą¹ oraz optymalizuje decyzje kliniczne dotyczące antybiotykoterapii². Wszystkie testy B·R·A·H·M·S PCT kalibrowane są według **tych samych standardów**, zapewniają wysoką zgodność przy wartościach odpowiadających **punktom odcięcia**. W ponad 3000 publikacji **udowodniono skuteczność i bezpieczeństwo** umożliwiające ich zastosowanie w podejmowaniu kluczowych decyzji klinicznych.

Testy B·R·A·H·M·S PCT

• Więcej informacji na stronie: thermoscientific.com/procalcitonin



Testy automatyczne

ADVIA Centaur® B·R·A·H·M·S PCT™

B·R·A·H·M·S PCT™ sensitive KRYPTOR™

ELECSYS® B·R·A·H·M·S PCT™

LIAISON® B·R·A·H·M·S PCT™ II GEN

VIDAS® B·R·A·H·M·S PCT™

Testy manualne

B·R·A·H·M·S PCT™ LIA

Testy POC

B·R·A·H·M·S PCT-Q™

B·R·A·H·M·S PCT™ direct

1. Soni N.J. et al., J Hosp Med 2013;8(9): 530-40. 2. Meisner, M., Procalcitonin – Biochemistry and Clinical Diagnosis, UNI-MED (Bremen) 2010; ISBN 978-3-8374-1241-3. © 2015 Thermo Fisher Scientific Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. Copyrights in and to the image "Group of doctors" are owned by a third party and licensed for limited use only to Thermo Fisher Scientific by Getty Images, Inc. All rights reserved. B·R·A·H·M·S PCT™ and all other trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified. ADVIA Centaur® is a registered and protected trademark belonging to Siemens Healthcare Diagnostics. ADVIA Centaur® B·R·A·H·M·S PCT™ is a product of Siemens Healthcare Diagnostics licensed from Thermo Fisher Scientific. Elecsys® is a registered and protected trademark belonging to Roche or one of its subsidiaries. Elecsys® B·R·A·H·M·S PCT™ is a product of Roche licensed from Thermo Fisher Scientific. LIAISON® is a registered and protected trademark belonging to DiaSorin S.p.A. LIAISON® B·R·A·H·M·S PCT™ II GEN is a product of DiaSorin S.p.A. licensed from Thermo Fisher Scientific. VIDAS® is a registered trademark of bioMérieux S.A. or one of its subsidiaries. VIDAS® B·R·A·H·M·S PCT™ is a product of bioMérieux licensed from Thermo Fisher Scientific. KRYPTOR is a registered trademark of CIS bio international, licensed for use by B·R·A·H·M·S, a part of Thermo Fisher Scientific. Nie wszystkie produkty są dostępne we wszystkich krajach. Szczegółowe informacje można uzyskać od lokalnego przedstawiciela handlowego.





DR ELŻBIETA PUACZ
PREZES KRAJOWEJ
RADY DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH



Nowe kierownictwo w Ministerstwie Zdrowia

Premier Beata Szydło powierzyła prowadzenie Ministerstwa Zdrowia dr. Konstantemu Radziwiłłowi. Minister Radziwiłł jest lekarzem medycyny rodzinnej, przez wiele lat był związany z pracą samorządu lekarskiego. Przez dwie kadencje pełnił funkcję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, a następnie pracował jako jej wiceprezes i sekretarz. Minister powołał na stanowisko Sekretarza Stanu Jarosława Pinkasa powierzając mu koordynowanie i nadzór nad pracami Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Na Podsekretarzy Stanu zostali mianowani: Katarzyna Głowska odpowiedzialna za nadzór nad gospodarką finansową i nad realizacją budżetu państwa w części *Zdrowie*, Krzysztof Łanda, który koordynuje i nadzoruje wykonywanie zadań przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia w zakresie prowadzenia spraw dotyczących zakwalifikowania, usunięcia, zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, Piotr Gryza, który nadzoruje pracę Departamentu Funduszy Europejskich, Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia oraz Piotr Warczyński odpowiedzialny za Departament Dialogu Społecznego, Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg. W pierwszych dniach swojej pracy Minister Radziwiłł wystosował list do organizacji działających na rzecz służby zdrowia i praw pacjentów z prośbą o przedstawienie najważniejszych problemów potrzebujących pilnych działań oraz propozycji ich rozwiązań. W imieniu KRDL opisano postulaty przekazywane już Ministerstwu Zdrowia podczas ostatniej wizyty wiceministra Igora Radziejewicza-Winnickiego na wrześniowym posiedzeniu KRDL, o czym informowałam w poprzednim numerze Diagnosty Laboratoryjnego.

„Nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem”

Dante Alighieri

Świąteczny czas sprzyja refleksji, rozmowom w spotkaniach w przyjacielskim i rodzinnym kręgu. Pozwala też poczuć jak niezwykłym darem są międzyludzkie więzi i jak wielką wartością jest nasza polska tradycja obchodów Bożego Narodzenia w gronie najbliższych przy dźwiękach dzwonów i kołęd.

Życzę Państwu niegasnącej nadziei, zadumy nad płomieniem świecy, piękna wspólnego śpiewania kołęd, odpoczynku i nabrania dystansu do tego, co wokół, wielu chwil roziskrzonych śmiechem i wspomnieniami w ciepłej Rodziny, a Nowy Rok 2016 niech przyniesie nam wszystkim poprawę pozycji medycyny laboratoryjnej i diagnostów w polskiej służbie zdrowia i obfituje w miłe zdarzenia i ludzi wartych zapamiętania.



Spotkanie w sprawie wynagrodzeń pracowników służby zdrowia

15 listopada 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła z przedstawicielami zawodów medycznych poświęcone wynagrodzeniom w sektorze służby zdrowia. Środowisko diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Anna Lipnicka Sekretarz KRDL, która w swoim wystąpieniu opisywała rolę diagnosty laboratoryjnego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. „Diagnosty laboratoryjni uczestniczą w licznych szkoleniach, zdobywają tytuły specjalisty oraz poszerzają swoją wiedzę zdobywając nowe kwalifikacje, lecz mimo to są pracownikami zarabiającymi najmniej ze wszystkich zawodów medycznych”. Sekretarz KRDL podkreśliła, iż ta sytuacja musi ulec zmianie, a wprowadzanie przemian w tym zakresie nie może być pomijane przez resort zdrowia.

Uczestnicy spotkania stwierdzili, iż należy wypracować procedury, aby pracownicy wszystkich zawodów medycznych otrzymywali odpowiednie wynagrodzenie za swoją pracę zgodnie z ich kwalifikacjami. Podsumowaniem spotkania było złożenie przez Pana Ministra Zdrowia następujących zobowiązań:

- zorganizowanie spotkania w styczniu 2016 r. dotyczącego dalszej pracy w zakresie zmian w systemie zdrowia, w tym wynagrodzeń dla wszystkich pracowników medycznych,
- przedstawienie informacji dotyczącej wynagradzania pracowników medycznych w innych krajach Europy w odniesieniu do funkcjonujących systemów w ochronie zdrowia,
- prezentacja wstępnych założeń rozwiązania systemowego w zakresie wynagrodzeń dla pracowników medycznych, przy jednoczesnym podkreśleniu, iż środki finansowe dostępne w systemie zdrowia, na dzień dzisiejszy, nie są wystarczające na pokrycie wszystkich potrzeb i oczekiwań, niemniej jednak należy zmierzać do ulepszenia działania Resortu Zdrowia, w tym pozyskiwania nowych źródeł finansowania.

Pułapki diagnostyczne w ocenie ryzyka krwawień na podstawie przypadków klinicznych

Z inicjatywy Barbary Pęksy przewodniczącej lubelskiego Oddziału PTDL odbyła się w Warszawie w hotelu Polonia konferencja pt. „Pułapki diagnostyczne w ocenie ryzyka krwawień na podstawie przypadków klinicznych”. Patronat honorowy nad konferencją objęły Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych oraz Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Ciężkich Krwotoków.

„Piękno medycyny klinicznej polega między innymi na jej nieprzewidywalności i niespodziewanych scenariuszach terapeutycznych. Takie emocjonujące wydarzenia w praktyce klinicznej, konieczność współpracy wielospecjalistycznej i nieoceniony udział pionu diagnostycznego, wzbogaca wiedzę i poszerza horyzonty interpretacyjne, ułatwia krytyczną ocenę faktów, kieruje tory myślenia klinicznego na nowe drogi” pisał prof. Piotr Paluszkiwicz w zaproszeniu na konferencję. Jednodniowe spotkanie było okazją do przedstawienia oraz debaty nad nieprzewidywalnymi scenariuszami klinicznymi z różnych gałęzi medycyny zabiegowej, dotyczącymi ryzyka masowych strat krwi. W konferencji uczestniczyło ponad 150





► diagnostów laboratoryjnych i lekarzy. Serdecznie dziękuję organizatorom za pomysł i trud włożony w jego realizację.

XXX Międzynarodowa Konferencja „Kultura zdrowia w służbie człowiekowi i planecie” w Watykanie

W dniach 19-21 listopada 2015 roku z inicjatywy Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia odbyła się Jubileuszowa XXX Międzynarodowa Konferencja pod hasłem „Kultura zdrowia w służbie człowiekowi i planecie”.

W obradach uczestniczyli eksperci i przedstawiciele organizacji związanych ze służbą zdrowia, opieką społeczną i ochroną środowiska z całego świata i różnych wyznań. Konferencja odbyła się w Watykanie w auli Pawła VI. Podczas wykładów przedstawiono interdyscyplinarne i międzykulturowe podejście do zagadnień ekologicznych zwłaszcza w odniesieniu do problemów ochrony zdrowia człowieka, społeczeństw i narodów. Minister Konstanty Radziwiłł reprezentujący Rząd Polski wygłosił wykład nt. „Polityka ochrony zdrowia”. Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. J.W. Księżna Monako Charlene, Beatrice Lorenzin – Minister Zdrowia Włoch, dr Matshidiso Moeti – dyrektor regionalny Światowej Organizacji Zdrowia region Afryki., Prof. Christoph F R. von Ritter z Niemiec – członek Papieskiej Rady ds. zdrowia.

Na konferencję z Polski przybyli przedstawiciele środowiska farmaceutów, lekarzy i diagnostów laboratoryjnych.

W czasie konferencji odbyło się spotkanie Prezes Elżbiety Puacz i Wiceprezes Elżbiety Borowiec-Domki z Przewodniczącym Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych ks. Arcybiskupem Zygmuntem Zimowskim, na którym przekazano Statuetkę Przyjaciół diagnosty laboratoryjnego oraz Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, a także szczegółowo przedstawiono sytuację diagnostów laboratoryjnych i medycyny laboratoryjnej w Polsce. Podczas audjencji Papieżowi Franciszkowi została wręczona Statuetka *Sapere aude* jako dar od Polskich diagnostów laboratoryjnych.

Dyplomatorium połączone z uroczystym wręczeniem Prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

Bardzo się cieszę, że coraz więcej uniwersytetów medycznych umożliwia złożenie ślubowania i wręczenie Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego absolwentom kierunku analityka medyczna podczas dyplomatorium. W tym roku do grona uczelni zapraszających nasz samorząd na tą wyjątkową uroczystość dołączył Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum w Bydgoszczy. Bardzo dziękuję Władzom Uczelni za wspólną ceremonię. Zapraszam do obejrzenia fotogalerii z dyplomatorium w dalszej części gazety.

Spotkanie opłatkowe Służby Zdrowia

Jak co roku Abp. Henryk Hoser – lekarz i kapłan, zaprosił środowisko pracowników służby zdrowia na spotkanie opłatkowe. Po raz pierwszy na to wydarzenie przybyli przedstawiciele: Parlamentu – Marszałek Senatu Stanisław Karczewski i rządu – Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, który dotychczas zawsze uczestniczył w spotkaniach jako przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej. Ksiądz Abp Hoser zwrócił uwagę na to, że jesteśmy świadkami głębokiego kryzysu medycyny – polegającego na braku stałych odniesień do wartości ludzkich. Nie ma gwarancji dla życia ludzkiego i jego integralności. Medycyna przegrywa z technologią. Przyjeliśmy za złą normę stanowiącą o tym, że wszystko co jest technologicznie możliwe, można zastosować w stosunku do człowieka. Przegrywamy również z komercją w medycynie. Przekształcenie medycyny w system rynkowy powoduje, że przestajemy być służbą. Najbardziej przegrywa podmiotowość pacjenta oraz podmiotowość leczącego. W swym przemówieniu Metropolita Warszawsko-Prski nie zapomniał o znaczeniu pracy diagnostów laboratoryjnych. Prosił, by pamiętać o naszej roli i należnym nam szacunku, mimo że nie jesteśmy widoczni przy łóżku pacjenta. ■



WYDARZENIA

3 Słowo od Prezesa

Elżbieta Puacz

5 Dzień Diagnosty Laboratoryjnego w Bydgoszczy

6 #BadajBiust przez cały rok!

7 Obchody dnia św. Łukasza w Lublinie i Warszawie

8 Najlepsi absolwenci kierunku analityka medyczna 2015

11 Dyplomatorium 2015

DIAGNOSTYKA

12 Zdrowie publiczne: geneza i współczesność

Piotr Tyszkowski, Krzysztof Kanecki

14 Społeczne wyzwania zdrowia publicznego w Polsce

Zofia Słońska

16 Ustawa o zdrowiu publicznym

Beata Libera-Malecka

18 Małopłytkowość u noworodka w 4 tygodniu życia – opis przypadku

Izabela Sobańska, Danuta Kaczmarek

24 Pałeczki z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzające karbapenemazy NDM – dynamiczne rozprzestrzenianie się szczepów w Polsce

Anna Baraniak

KONTROLA JAKOŚCI

20 Kontrola jakości na co dzień w laboratorium medycznym – weryfikacja metody (walidacja)

Danuta Kozłowska, Katarzyna Stec-Grosman, Barbara Aulich

OKIEM PRAWNIKA

25 Rejestracja

Medycznego Laboratorium Diagnostycznego

Anna Lipnicka

26 Informator o uchwałach organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

27 Jedna oferta nie taka straszna w zamówieniach

Piotr Trębicki, Matylda Kraszewska

29 Czy wyniki badań pacjentów są bezpieczne?

Karolina Praszek

31 Badania niezgodne z ustawą – opis przypadku

Ewa Brzezińska

HISTORIA DIAGNOSTYKI

32 Początki diagnostyki laboratoryjnej w Poznaniu

Alicja Brożek

ZWYCZAJNIE NADZWYCZAJNI

35 Diagnosta Menedżer – nadzwyczajnie zwyczajny

Alicja Niewiadomska, Ewa Świątkowska

37 Dr hab. Julianna Kurlenda – wspomnienie

38 Informator Diagnosty

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Wydawca:
**KRAJOWA IZBA DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH**
03-428 Warszawa; ul. Konopacka 4
tel. 22 741 21 55, 22 741 21 57,
22 741 11 60, faks: 22 741 21 56

Numer rachunku:
72102010420000880200105692
Bank PKO BP IV Oddział Warszawa

Redakcja:
Elżbieta Puacz – Prezes KRDL
Mariusz Lis – Dyrektor ds.
Finansowych i Rozwoju KIDL
Daniel Joński – skład
merytoryczny

Skład i przygotowanie do druku:
Paweł Kaniuk – www.thorgstudio.pl
Nakład: 11 700 egz.



Dzień Diagnosty Laboratoryjnego w Bydgoszczy

W dniu 2 października 2015 roku o godzinie 12:00 w sali Manru Centrum Kongresowego Opery Nova w Bydgoszczy odbyła się wojewódzka konferencja z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem Ewy Mes – Wojewody Kujawsko-Pomorskiego.

Mieliśmy zaszczyt gości w Bydgoszczy Panią Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Elżbietę Puacz oraz Panią Prof. dr hab. Stanisławę Tylewską-Wierzbanowską z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH i Pana Prof. dra hab. Włodzimierza Olszewskiego z Centrum Onkologii, Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie. Zaproszenie na konferencję przyjęła również Prof. dr hab. Ewa Żekanowska – Pełnomocnik Rektora ds. organizacji specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych CM UMK w Bydgoszczy.

Gośćmi konferencji byli również przedstawiciel Wydziału Zdrowia – Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy i konsultanci wojewódzcy ds. diagnostyki laboratoryjnej i patomorfologii oraz Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Szczególnie

miło było nam gościć Panią Wiesławę Stefaniak-Gromadkę z Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, która skierowała do zgromadzonych diagnostów

bardzo ciepłe słowa dotyczące kontaktów tych dwóch, na co dzień ściśle ze sobą współpracujących, grup zawodowych. Reprezentowane były również Oddziały Bydgoskie Polskiego Towarzystwa Diagnosty-





► ki Laboratoryjnej i Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów.

Pani Prezes Elżbieta Puacz wygłosiła 2 wykłady dotyczące roli zawodu diagnosty laboratoryjnego w systemie ochrony zdrowia oraz kierunków dalszego rozwoju samorządu. Wręczyła również odznaczenia wyróżniającym się diagnostom z naszego województwa. Siedem osób uhonorowano odznaczeniem „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny”, cztery osoby otrzymały odznaczenie „Zasłużony dla Diagnostyki Laboratoryjnej”, a jedna osoba „Dyplom za wzorową pracę”.

W konferencji uczestniczyło blisko 200 diagnostów laboratoryjnych, dla których konferencja była okazją do miłych spotkań po latach, wspomnień i nawiązywania nowych znajomości oraz wymiany doświadczeń, ale również realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. W części naukowej poświęconej rekomendacjom diagnostyki laboratoryjnej wysłuchano wykładów Prof. dr hab. Stanisławy Tylewskiej-Wierzbanowskiej



„Diagnostyka laboratoryjna chorób odkleszczowych” oraz Prof. dra hab. Włodzimierza Olszewskiego „Diagnostyka laboratoryjna DNA HPV we wtórnej profilaktyce raka szyjki macicy”, które spotkały się z dużym zainteresowaniem słuchaczy, czego wyrazem była dyskusja na poruszane tematy.

Na konferencji byli również obecni studenci analityki medycznej CM UMK zrzeszone w Studenckim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej, które obsługiwały biuro konferencji. ■

Dorota Krawiecka, Anna Bąk

Kampania Społeczna wspierana przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych

#BadajBiust przez cały rok!

Fundacja „Onkocafe – Razem lepiej”, zainicjowała prospołeczną kampanię #BadajBiust. Celem akcji jest propagowanie badań profilaktycznych piersi, szczególnie wśród młodych kobiet.

Hashtag (znak „#” oraz umieszczane za nim wyrażenie) jest jednym z najbardziej popularnych znaków na świecie – to już wie prawie każdy. Obecnie ten symbol jest powszechny w komunikacji. Pozwala odszukać wszystkie informacje na określony temat. Dlatego najnowsza kampania fundacji Onkocafe wykorzystuje jego siłę.

Każdego roku, tylko w Polsce rak piersi diagnozowany jest u 17000 kobiet. Wczesna diagnoza to kluczowy element wpływający na skuteczność leczenia. Choroba ta coraz częściej dotyka młodych ludzi, a tutaj badania przesiewowe nie funkcjonują z pełną siłą. Dlatego bardzo ważne jest systematyczne prowadzenie samobadania piersi, i to nawet wtedy, jeśli kobieta nie jest w grupie ryzyka. Samobadanie najlepiej wykonywać co miesiąc, między 1 a 10 dniem cyklu miesięczkowego. Jako uzupełnienie badań profilaktycznych, czyli wizyt u swojego lekarza ginekologa, badań USG czy mammograficznych. Ważne są także: prowadzenie aktywnego trybu życia, zbilansowana dieta i dbanie o właściwą wagę ciała.



– W tym roku mija ponad 5 lat od zdiagnozowania u mnie raka piersi. Wiem, że mogłam częściej się badać. Mogłam też żyć zdrowiej. Jak każdy z nas. To szalenie ważne, by w całym zabieganiu dzisiejszego świata pomyśleć o sobie, choćby poprzez badania kontrolne i samobadanie. Nie warto tłumaczyć się przed samym sobą, złym samopoczuciem, zmęczeniem czy zrzucac winę na brak czasu na te czynności czy na karb przepracowania. – To właśnie samobadanie może dać nam sygnał ostrzegawczy, a czasem wręcz uratować życie – mówi Anna Kupiecka, Prezes Fundacji OnkoCafe – Razem lepiej, inicjatorka kampanii #BadajBiust.

Samobadanie piersi nie jest skomplikowane. Można je wykonywać przed lustrem, w łóżku lub pod prysznicem. Zajmuje niewiele czasu i nie są do tego potrzebne żadne przyrządy. Na stronie internetowej www.badajbiust.pl można znaleźć podstawowe informacje o technice wykonywania takiego badania, a także inne praktyczne informacje. W ramach strony funkcjonuje profil na Facebooku www.fb.com/badajbiust, gdzie publikowane są dodatkowe ciekawe informacje związane z kampanią #BadajBiust.



Obchody dnia św. Łukasza w Lublinie i Warszawie

„Wszystko jest ze sobą powiązane i my wszyscy ludzie jesteśmy zjednoczeni jako bracia i siostry we wspaniałej pielgrzymce, połączeni miłością, którą Bóg obdarza każde ze swoich stworzeń...”

Franciszek, Laudato Si (92)

Takimi słowami Arcybiskup Henryk Hoser Biskup Warszawsko-Praski skierował zaproszenie do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych do udziału we Mszy Świętej z okazji wspomnienia św. Łukasza Ewangelisty, Patrona środowiska medycznego. We Mszy Świętej uczestniczyli przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych: lekarze, pielęgniarki, aptekarze, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci. Homilię wygłosił Arcybiskup Henryk Hoser, w której zaznaczył, że tylko współdziałanie wyżej wymienionych zawodów, tworzenie dobrych zespołów może

dać bezpieczeństwo pacjentowi. Porównał pracę wszystkich do funkcjonowania w rodzinie. Przypomniął sylwetkę św. Łukasza i wymienił jego najwyższe wartości jako człowieka i lekarza. Pobudził wszystkich uczestników Mszy Świętej do refleksji. Po Eucharystii w podziemiach Katedry odbył się okolicznościowy koncert oraz wręczenie medali Diecezji Warszawsko-Praskiej. We Mszy Świętej uczestniczył Poczёт Sztandarowy Krajowej Izby diagnostów Laboratoryjnych.

18 października natomiast w dniu św. Łukasza Ewangelisty w Archikate-

drze Lubelskiej odbyła się uroczystość patronalna Służby Zdrowia. Eucharystii przewodniczył Ks. Bp dr hab. Józef Wróbel. Uroczystość uświetnił występ Chóru Akademickiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

We Mszy Świętej również uczestniczyły Poczty Sztandarowe z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Okręgowej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. ■

Anna Lipnicka, Anna Kondrakowicz, Przemysław Kołodziej





Najlepsi absolwenci kierunku analitka medyczna 2015

UNIwersYTET JagIELLOŃSKI

Agata Dziwińska

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego – Wydział Farmaceutyczny – Oddział Analitki Medycznej

Tytuł pracy magisterskiej: Wykorzystanie zjawiska powierzchniowego rezonansu plazmonowego nanocząsteczek srebra do badania procesu agregacji monoklonalnych łańcuchów lekkich immunoglobulin (Implementation of the surface plasmon resonance phenomenon of silver nanoparticles for the investigation of monoclonal immunoglobulin free light chains aggregation mechanism)

Średnia ze studiów: 4,93

Dlaczego analitka medyczna i plany na przyszłość: Wybór kierunków studiów był świadomą decyzją, w podjęciu której kierowałam się chęcią podjęcia pracy w laboratorium kryminalistycznym – co od zawsze stanowiło moje marzenie i cel w życiu. Zdobyć dyplomu w dziedzinie diagnostyki medycznej stanowi początkowy etap, który w przyszłości zapewni mi możliwość podjęcia nauki w ramach studiów podyplomowych lub kursów specjalizacyjnych dotyczących toksykologii, kryminalistyki lub analitki sądowej. Ścieżkę rozwoju zawodowego zamierzam preferencyjnie kontynuować w Polsce, ale nie wykluczam konieczności wyjechania za granicę – dla zdobycia niezbędnego doświadczenia.

GDAŃSKI UNIwersYTET MEDYCZNY

Ewa Wieczorek

Analitka Medyczna nie była moim pierwszym wyborem. Po maturze, która nie poszła mi tak dobrze jakbym chciała, przez rok uczyłam się do „poprawki”. Drugie podejście zaowocowało już oczekiwanym wynikiem i dostałam się na kierunek Lekarski. Jednak zrezygnowałam z niego, gdy stwierdziłam, że nie jest to do końca to, co chciałabym robić w przyszłości i bardziej niż kwestie terapeutyczne, interesują mnie zagadnienia diagnostyczne i analityczne. Zmiana kierunku na Analitkę Medyczną była jedną z lepszych decyzji, jaką podjął w swoim – niezbyt długim jeszcze – życiu.

Średnia z całego toku studiów: 4,41

Tytuł pracy magisterskiej: „Ocena podatności VLDL na lipolizę u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo”. Praca wykonana w Zakładzie Chemii Klinicznej Katedry Analitki Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; Promotor pracy: Dr hab. Maciej Jankowski, prof. nadzw. Opiekun pracy: Dr Agnieszka Ćwiklińska.

Najbliższe plany: Wraz z rozpoczęciem nowego roku akademickiego podjęłam naukę na Studiach Doktoranckich Wydziału Farmaceutycznego z OML Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Przez najbliższe 4 lata swoją pracę zawodową oraz dalszy rozwój wiąże z niniejszymi studiami. Obecnie kontynuuję badania, które prowadziłam w ramach pracy magisterskiej, a które są częścią szerszego projektu badawczego realizowanego w Zakładzie Chemii Klinicznej.

UNIwersYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Aleksandra Karolczyk

Kierunek analitka medyczna wybrałam ze względu na swoje zainteresowania (biologia, chemia) i chęć niesienia pomocy pacjentom od strony diagnostycznej.

Średnia ocen z egzaminów z całego toku studiów: 4,52 Ostateczny wynik studiów: 4,76 (z uwzględnieniem egzaminu magisterskiego: 5,0 oraz pracy magisterskiej: 5,0;

dane z suplementu do dyplomu)

Praca magisterska: „Ocena stężenia produktów peroksydacji lipidów w nerkach szczurów leczonych 4-metylopirazolem w przebiegu ostrego zatrucia glikolem etylenowym”

Praca została wykonana w Katedrze i Zakładzie Toksykologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Promotor: prof. dr hab. Barbara Zielińska-Psuj, Opiekun pracy: dr Karina Sommerfeld

Obecnie pracuję w SP ZOZ w Gostyniu (3/5 etatu). We wrześniu tego roku odbyłam szkolenie z Immunologii Transfuzjologicznej w RCKiK w Poznaniu uprawniające do wykonywania badań serologicznych pod nadzorem, wraz z prawem do autoryzacji wyników badań. Obecnie pracuję w pracowni serologii i swoją przyszłość wiąże właśnie z tym działem diagnostyki. W przyszłości planuję zrobić specjalizację z laboratoryjnej transfuzjologii medycznej.

UNIwersYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Magdalena Błaszczak

Średnia: 4,69

Tytuł pracy magisterskiej: Oczyszczanie koniugatu cystatyny kurzej z albuminą wołową metodą chromatografii powinowactwa z wykorzystaniem właściwości inhibitorowych cystatyny

Dlaczego analitka? Wybrany kierunek pozwolił mi na zdobycie szerokiej wiedzy



i umiejętności, dzięki którym mogę brać udział w procesie diagnostycznym i wzbudzać zaufanie pacjentów a także czerpać satysfakcję w wykonywanej pracy.

Plany zawodowe na przyszłość: rozpocząć specjalizację z laboratoryjnej diagnostyki medycznej aby móc rozwijać swoje umiejętności i wiedzę diagnostyczną.

UNIwersytet Medyczny w Białymstoku

Adrian Łukasz Mor



Dlaczego wybrałem kierunek Analityka Medyczna: Wybrałem analitykę, ponieważ już w liceum bardzo interesowała mnie praca w laboratorium medycznym. Oprócz tego szukałem interesującego kierunku studiów, który dałby mi szerokie możliwości rozwoju, a zarazem udostępniał szeroki wachlarz umiejętności, przydatnych na wielu stanowiskach. W ten obraz idealnie wpasowywała się właśnie analityka medyczna. Za dodatkowy atutem uznałem fakt, iż jest to kierunek interdyscyplinarny. Bardzo podobało mi się, że łączy on w sobie wiedzę z pogranicza medycyny i farmacji.

Tytuł pracy magisterskiej: Stężenie Transferryny Ubogowęglowodanowej (CDT) w chorobach Trzustki

Średnia ocen ze studiów: 4,81

W niedalekiej przyszłości najbardziej chciałbym zajmować się działalnością naukową. Badania naukowe są miejscem, w którym na dziś dzień najlepiej się odnajduję. Natomiast żadnych konkretnych planów na bardziej odległą przyszłość nie mam, choć nie wykluczam, w ciągu najbliższych lat, wyjazdu w celach zarobkowych za granicę.

UNIwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kinga Gutowska



Ogólny wynik ze studiów: 4,77

Praca magisterska pt. *Ocena zmian w strukturze lipoprotein niskiej gęstości u pacjentów z niedoczynnością tarczycy* realizowana w Katedrze Patobiochemii i Chemii Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy pod kierunkiem dr n. med. Magdaleny Lampki.

Dlaczego wybrałam analitykę medyczną? Wybrałam analitykę medyczną, ponieważ interesowałam się biologią, w szczególności budową i funkcjonowaniem ludzkiego organizmu. Ponadto praca w laboratorium zawsze wydawała mi się ciekawa; fascynowała mnie ilość informacji o stanie zdrowia człowieka, jakie można odczytać na podstawie wyników laboratoryjnych.

Analityka medyczna to kierunek interdyscyplinarny, łączący wiedzę z wielu dziedzin medycznych (toksykologia, genetyka, mikrobiologia itd.). Ta różnorodność sprawia, że absolwent analityki medycznej świetnie odnajduje się w pracy naukowo-badawczej, jak i zawodowej.

Jakie są moje plany na przyszłość? Aktualnie rozpocząłam studia doktoranckie z zakresu nauk medycznych, dyscypliny

biologia medyczna w Katedrze Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy pod kierunkiem dr hab. n. med. Marka Foksińskiego. Przyszłość wiąże z prowadzeniem pracy naukowo-badawczej, jak również realizowaniem się w zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

Wioleta Kowalska



14 listopada 2015r. z dumą usłyszałam, iż jestem najlepszą absolwentką kierunku Analityka Medyczna Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w 2015 roku, gdyż moja średnia arytmetyczna uzyskana z ocen z poszczególnych przedmiotów w ciągu całego toku studiów wynosi 4,73. Oprócz tego, moja praca magisterska, pt.: „Rola monocytów nieklasycznych CD14⁺CD16⁺⁺ w patogenezie Przewlekłej Białaczki Limfocytowej.” pisana na Katedrze i Zakładzie Immunologii Klinicznej, pod opieką promotorską dr. hab. n. med. Agnieszki Bojarskiej – Junak została wyróżniona III nagrodą w Wydziałowym Konkursie Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Analityki Medycznej. 5 lat temu, zdecydowałam się studiować analitykę medyczną, ponieważ od zawsze chciałam być osobą, która opierając się na swej wiedzy i doświadczeniu będzie uczestniczyć w procesie diagnozowania chorób u ludzi, mając w sercu motto: „*Salus aegroti, salus aegroti, salus aegroti suprema lex*”.

Śląski Uniwersytet Medyczny

Małgorzata Kołczyż



Dlaczego analityka: wybrałam ten kierunek ze względu na moje zainteresowania biologiczno-chemiczne, które rozwinęły się podczas nauki w liceum, a także ze względu na to, że wykonując zawód diagnosty mogłabym pomagać ludziom, poprzez uczestnictwo w procesie stawiania diagnozy i leczenia. Jednocześnie wykonywanie czynności analitycznych, prowadzących do wydania prawidłowego wyniku, zawsze wzbudzało we mnie ciekawość i chęć poznania tych wszystkich procesów, zarówno od strony praktycznej, jak i teoretycznej.

Średnia i tytuł pracy magisterskiej: 4,68; „Wpływ lipopolisacharydów na wybrane geny kodujące kluczowe enzymy szlaku steroidogenezy w komórkach kory nadnerczy”

Głównym celem, który sobie stawiam na przyszłość jest praca w zawodzie diagnosty laboratoryjnego i rozwijanie swoich umiejętności nabytych podczas studiów. Chciałabym nabyć cenne doświadczenie, niezbędne do tego, aby prawidłowo wykonywać obowiązki diagnosty. Mam nadzieję, że swoją pracą i zaangażowaniem wraz z innymi młodymi diagnostami i studentami tego kierunku przyczynię się do wzrostu prestiżu naszego zawodu, gdyż uważam, że obecnie jest on spychany na margines w całym procesie stawiania diagnozy pacjentowi.

Mam również zamiar poszerzać swoją wiedzę i ciągle się kształ-



► cię, poprzez uczestnictwo w szkoleniach i kursach specjalizacyjnych, aby jak najlepiej pełnić rolę diagnosty laboratoryjnego.

POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Klaudia Węgrzynowska



Analityka Medyczna 2010-2015

Średnia z 5 lat studiów: 4,63

Tytuł pracy magisterskiej: *Wpływ nanopłat-ków krzemionkowych na proliferację wybranych ludzkich linii komórkowych in vitro*.

Dlaczego wybrałam Analitykę Medyczną? Już od dziecka wiedziałam, że w przyszłości chciałabym być związana z medycyną. W liceum wybrałam klasę o profilu biologiczno-chemicznym i stopniowo rozwijałam swoje zainteresowania. Przy wyborze kierunku studiów nie od razu wiedziałam czym dokładnie zajmuje się diagnosta laboratoryjny, ale zdecydowałam się studiować analitykę medyczną ze względu na interesujący program studiów i fakt, że zawsze chciałam pracować w szpitalu. Obecnie po zakończeniu edukacji na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym nie zamieniłabym tego kierunku na żaden inny. Uważam, że studia były bardzo ciekawe, ale również wymagające ciężkiej pracy i poświęcenia dużej ilości czasu.

Plany na przyszłość? Szczególnie interesująca jest dla mnie praca, która wymaga od analityka medycznego kreatywnego myślenia i zaangażowania, czyli na przykład przeprowadzanie różnego rodzaju badań, szczególnie takich, które mogłyby mieć wpływ na rozwój medycyny i polepszenie standardów leczenia pacjenta. Uważam, że jedną z najbardziej fascynujących dziedzin medycyny jest genetyka i fakt, że jeszcze bardzo dużo możemy odkryć na tym polu.

Na chwilę obecną chciałabym się spełnić w zawodzie jakim jest diagnosta laboratoryjny, ponieważ lubię pracę z pacjentami i cieszę się, że skończyłam studia, które mi to umożliwiają.

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

Joanna Bogusiewicz



Średnia ocen ze studiów: 4,61

Ogólny wynik ze studiów (po wliczeniu oceny z pracy magisterskiej i z obrony): 4,77

Temat pracy magisterskiej: Oddziaływanie pestycydu: permetryny na parametry elektrofizjologiczne skóry *in vitro*

Praca przygotowana pod kierownictwem: dr n. med. Igi Hołyńskiej – Iwan

Już jako małe dziecko chciałam chodzić w białym fartuchu i pracować w laboratorium medycznym. Być może było to konsekwencją oglądania zbyt dużej ilości seriali amerykańskich lub dziecięcej wizji... Połączenie pracy w laboratorium i medycyny wydawało się być czymś dla mnie. Dlatego wybrałam analitykę medyczną jako kierunek studiów.

Chciałabym utrwalić i poszerzyć nabytą podczas studiów wiedzę poprzez zdobycie doświadczenia w pracy w laboratorium medycznym. Myślę również o rozpoczęciu studiów doktoranckich.

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Natalia Kubacka



Pochodzę z Jedlicza koło Krosna w woj. podkarpackim. W szkole zawsze interesowałam się naukami ścisłymi. Uczęszczałam do liceum o profilu biologiczno-chemicznym. Po maturze, gdy przyszedł czas na wybór uczelni dowiedziałam się o studiach na kierunku analityka medyczna. Wiedziałam, że chcę rozwijać się naukowo, a dodatkowo marzyłam o swoim udziale w diagnostyce pacjentów. Wybrałam te studia, ponieważ doskonale pozwalają pogodzić te dwa założenia. Uważam, że prawidłowa diagnoza lekarska zależy w dużej mierze od rzetelnej pracy oraz wiedzy diagnostów laboratoryjnych.

W Zakładzie Medycyny Nuklearnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykonałam pracę mgr pt.: „Rola receptorów kwasu foliowego w terapii celowanej raka jajnika”. W przyszłości chciałabym kontynuować przeprowadzone badania oraz podjąć się napisania pracy doktorskiej na ich podstawie. Planuję również specjalizację z laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Mam nadzieję, że uda mi się osiągnąć te cele.

Średnia 4.75

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Dorota Rolecka



Średnia: 4,61

Tytuł pracy magisterskiej: „MikroRNA w raku pęcherza moczowego, profil ekspresji i implikacje kliniczne”. Praca napisana pod kierunkiem naukowym: dr hab. prof. nadzw. Macieja Borowca w Zakładzie Genetyki Klinicznej.

Wybrałam analitykę medyczną. Dlaczego? Ponieważ jest to interdyscyplinarny kierunek, na pograniczu medycyny i farmacji. Kształci specjalistów w konkretnym kierunku, ale także udostępnia szeroki wachlarz umiejętności, przydatnych na wielu stanowiskach. Człowiek w wieku 19 lat nie zawsze wie, co chciałby w życiu robić. Dokonując wyboru studiów miałam już w głowie pewien plan na przyszłość i była nim branża medyczna – analityka medyczna to kierunek, który pozwala być blisko zagadnień medycznych oraz przygotowuje do partnerskiej współpracy z innymi pracownikami służby zdrowia. Wybrałam te studia z ciekawości i z powodu ambicji, ponieważ „diagnostyka laboratoryjna jest jednym z fundamentów profilaktyki zdrowia”. Myślę jednak, że potrzeba jeszcze trochę czasu, aby ten zawód został doceniony.

Jakie są moje plany? Woody Allen powiedział: „Jeśli chcesz rozśmieszyć Boga, opowiedz mu o twoich planach na przyszłość”. Aczkolwiek przyznaje, że po mojej głowie krążą różne pomysły, jednak na razie nie chcę ich zdradzać. Póki co zamierzam skupić się na zdobywaniu doświadczenia i podnoszeniu swoich kompetencji. A czy będę pracować w wyuczonym zawodzie? – życie to zweryfikuje. ■



Dyplomatorium 2015



Białystok



Lublin



Bydgoszcz



Sosnowiec





DR HAB. N. MED. PIOTR TYSZKO
DR N. MED. KRZYSZTOF KANECKI
KATEDRA MEDYCYNY SPOŁECZNEJ
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO.



Zdrowie publiczne: geneza i współczesność

Zdrowie było zawsze przedmiotem zainteresowania i troski człowieka. Próbowano wyjaśniać przyczyny choroby, poszukiwano sposobów leczenia chorób i eliminacji ich skutków. W historii medycyny europejskiej najbardziej znaną postacią jest Hipokrates, lekarz działający na przełomie V i IV w. p.n.e. na greckiej wyspie Kos. Warto zauważyć, że Hipokrates zwracał uwagę na to, co dziś mieści się w pojęciu zdrowia publicznego, tj. znaczenie czynników środowiskowych dla zdrowia człowieka. W księdze „O powietrzu, wodach i okolicach” omawiał wpływ na zdrowie „wiatrów, deszczów, słońca, gór,

nizin, a także wody (źródlanej, deszczowej, bagnistej etc.), pokarmów i rodzaju zająć”.

Praktyczne działania służące zachowaniu zdrowia zbiorowości są widoczne już w cywilizacjach starożytnych. Były nimi nakazy religijno – obyczajowe, budowanie akweduktów doprowadzających czystą wodę do miast, funkcjonowanie łaźni publicznych; troska o rozwój kondycji fizycznej. W okresie średniowiecza, w czasach wielkich epidemii – ospy prawdziwej, dżumy, trądu, gruźlicy, wprowadzono mechanizmy segregacji i izolacji chorych oraz kwarantannę. Organizowano także pierw-

sze placówki opieki zdrowotnej – szpitale i przytułki.

Dla instytucjonalnego rozwoju zdrowia publicznego kluczowe znaczenie miało uchwalenie w roku 1848, przez parlament brytyjski, ustawy pod nazwą Public Health Act. Ustawa ta powstała w sytuacji katastrofalnego pogorszenia warunków zdrowotnych na skutek chaotycznego rozwoju miast, spowodowanego masowym napływem ze wsi osób poszukujących pracy. Zagęszczenie ludności, brak kanalizacji i czystej wody, spowodowały poważne zagrożenia epidemiczne. Ustawa wprowadzała instytucję administracji sanitarnej,



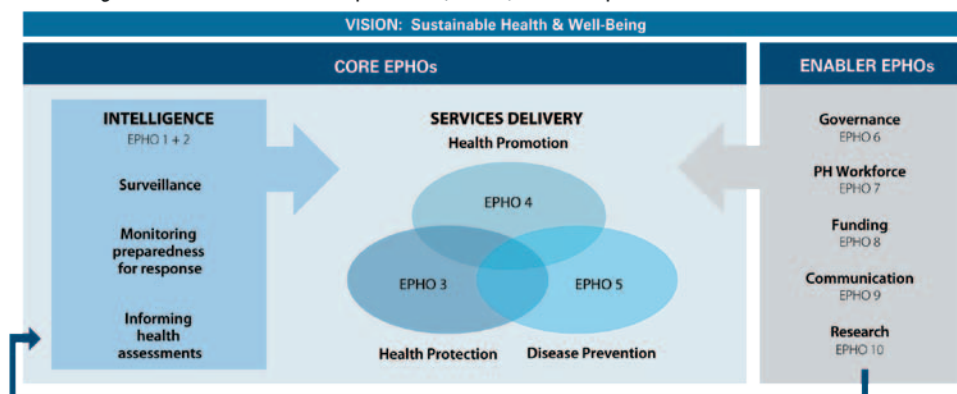
World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR
Europe

Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe





Clustering of Essential Public Health Operations (EPHOs) to deliver public health services



The EAP and resolution build on a solid base of evidence, including a review of public health services and capacity in 41 of the 53 countries of the European Region; this study will facilitate future prioritization and planning. Two additional reviews accompany this: one on institutional models and funding structures and the other on policy and legislation instruments and tools that can both support the process and inform the delivery of the EPHOs. All reports and references can be found at <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services> and they contain several key messages:

do której kompetencji należało nadzorowanie zaopatrzenia w wodę, własność kanałów ściekowych, brukowanie ulic, czyszczenie ulic ze śmieci i gnoju, nadzorowanie rzeźni, tworzenie placów rekreacyjnych, nadzorowanie pochówku zmarłych. Tego typu działania są obecnie określane jako strategia środowiskowa zdrowia publicznego. Strategia ta przynosiła wymierne korzyści zdrowotne, np. w Warszawie w ciągu dwóch dekad na przełomie wieków XIX i XX współczynnik zgonów wśród ludności spadł prawie o połowę. Najbardziej narzucającym się wyjaśnieniem tego zjawiska może być fakt, że właśnie w tym czasie miasto zostało skanalizowane i zbudowano wodociągi. Efekty osiągnięte dzięki wdrożeniu strategii środowiskowej są określane jako pierwsza rewolucja zdrowotna.

Druga rewolucja zdrowotna była, z kolei, efektem rozwoju medycyny. Zrozumienie roli bakterii w powstawaniu chorób zakaźnych, wprowadzenie szczepień ochronnych i antybiotyków, racjonalna aseptyka w chirurgii oraz powstawanie

systemów powszechnej opieki zdrowotnej – to czynniki, które umożliwiły dalszą poprawę stanu zdrowia i – tym samym – przedłużenie życia. Niekorzystnym efektem ubocznym przedłużenia życia okazał się jednak znaczny wzrost chorób związanych z wiekiem: nowotworów złośliwych, chorób zwyrodnieniowych, cukrzycy, zawałów, udarów mózgu, niewydolności krążenia. W tej sytuacji, jako środek zaradczy, zdrowie publiczne proponuje strategię promocji zdrowia. Strategia ta jest oparta na dowodach, wskazujących na znaczenie dla zdrowia indywidualnych zachowań ludzi, w tym: palenia tytoniu, konsumpcji alkoholu, właściwego odżywiania, aktywności fizycznej, narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku zamieszkania i pracy. Koncepcja promocji zdrowia została dokładnie sprecyzowana w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1986, zwanym Kartą Ottawską.

Zdrowie publiczne jest określane różnie przez poszczególnych autorów. Najbardziej jednak akceptowana jest obecnie definicja

profesora Uniwersytetu Yale, C.-E.A. Winslow'a, z roku 1920, określająca zdrowie publiczne jako system wiedzy i działań służący utrzymaniu i pomnażaniu stanu zdrowia w skali społecznej. Tak rozumiane zdrowie publiczne obejmuje bardzo szeroki zakres działań. Został on współcześnie skodyfikowany przez WHO jako zestaw dziesięciu niezbędnych działań – tzw. Essential Public Health Operations (EPHOs).

Należy wskazać, że warunkiem realizacji połowy z tych działań jest sprawnie funkcjonujący

system diagnostyki laboratoryjnej. Badania laboratoryjne są niezbędne w przypadku nadzoru nad stanem zdrowia populacji (EPHOs 1), monitorowania i reagowania na zagrożenia dla zdrowia i sytuacji kryzysowe (EPHOs 2), profilaktyki zdrowia, w tym bezpieczeństwa środowiska, pracy, żywności i innych (EPHOs 3), zapobiegania chorobom, w tym wczesnego wykrywania chorób (EPHOs 5), rozwoju badań zdrowia publicznego (EPHOs 10). Z tego m.in. powodu diagnostyki laboratoryjnej mają możliwość realizacji rozwoju zawodowego przez kształcenie specjalistyczne w zakresie zdrowia publicznego. Aktualnie trwają prace nad nowym programem specjalizacji. Zadaniem powołanego przez CMKP zespołu, w pracach którego uczestniczą także przedstawiciele Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, jest opracowanie programu, który będzie odpowiadał aktualnym wyzwaniom zdrowia publicznego, a jednocześnie będzie atrakcyjny dla osób przystępujących do jego realizacji. ■





DR N. HUM. ZOFIA SŁOŃSKA

ADIUNKT, ZASTĘPCA KIEROWNIKA ZAKŁADU EPIDEMIOLOGII,
PREWENCJI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA I PROMOCJI ZDROWIA
INSTYTUTU KARDIOLOGII IM. PRYMASA TYSIĄCLETNIA
STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO,
CZŁONEK PRZEDSTAWICIEL RZĄDOWEJ RADY LUDNOŚCIOWEJ
CZŁONEK ZARZĄDU EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA SOCJOLOGII
ZDROWIA I MEDYCYNY

Społeczne wyzwania zdrowia publicznego w Polsce

Zdrowie publiczne z założenia dedykowane kontroli czynników pozaklinicznych, zorientowane na populację, oparte na współpracy międzysektorowej jest w wielu krajach marginalizowane, w tym w Polsce. Świadczą o tym relatywnie niskie środki finansowe przeznaczane na zdrowie publiczne, kilkudziesięcioletnie problemy z wprowadzeniem ustawy o zdrowiu publicznym, która dopiero w bieżącym 2015 roku została zatwierdzona, a także brak wystarczającej wiedzy o istnieniu takiego obszaru działań, jakim jest zdrowie publiczne, zarówno w całym społeczeństwie, jak i wśród personelu klinicznego.

Mimo ogromnego znaczenia zdrowia publicznego dla zdrowia, dla wielu osób w Polsce system ochrony zdrowia to system tożsamy z opieką zdrowotną, opartą na medycynie naprawczej /klinicznej/, w którym niezauważana i niedoceniana jest rola zdrowia publicznego.

Zdominowanie systemu ochrony zdrowia przez opiekę zdrowotną/medycynę kliniczną/ prowadzi do zawężania możliwości skutecznego oddziaływania prewencyjnego, szczególnie w sytuacji konieczności rozwiązywania problemów zdrowotnych o uwarunkowaniach mających korzenie w szeroko rozumianym środowisku społecznym, jak np. epidemia chorób układu krążenia. Jak się przyjmuje za ponad 70% zmienności w stanie zdrowia społeczeństw odpowiadają głównie czynniki społeczne, znajdujące się poza obszarem jurysdykcji medycyny naprawczej.

Dowodem na brak właściwej kontroli oddziaływania czynników społecznych na zdrowie jest istnienie w naszym kraju znacznych, opornych na zmianę społecz-

nych nierówności w stanie zdrowia społeczeństwa. W wyniku niekontrolowanego, niekorzystnego oddziaływania czynników społecznych, znaczna część polskiej populacji ma mocno ograniczone szanse na prozdrowotne style życia oraz łatwy i szybki dostęp do opieki zdrowotnej, a w wyniku tego jest narażona na większe ryzyko zachorowania na przewlekłą chorobę lub przedwczesny zgon, co potwierdzają wyniki badań epidemiologicznych. Np. mężczyźni w wieku 25-29 lat o najniższym statusie społecznoekonomicznym mają ponad czterokrotnie większe ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu chorób układu krążenia niż osoby o najwyższym statusie społecznoekonomicznym.

Na bieżące i przyszłe problemy zdrowia publicznego w Polsce nakładają się zagrożenia zdrowotne, które niosą ze sobą procesy makros społeczne. Mowa tu o procesie starzenia się polskiej populacji, procesie depopulacji (zgodnie z prognozą GUS w roku 2050 liczebność polskiej populacji zmniejszy się o 4,5 mln osób) oraz procesie niekorzystnych przemian w strukturze polskich

rodzin (m.in. rozpad rodziny wielopokoleniowej, wzrost liczby rodziców samotnie wychowujących dzieci, wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych) prowadzącym stopniowo do zamierania naturalnych źródeł wsparcia, niezbędnych w starzejącym się społeczeństwie.

W kontekście zagrożeń zdrowotnych oraz obecnych i przyszłych obciążeń systemów społecznych, w tym systemu ochrony zdrowia na uwagę zasługuje przede wszystkim proces starzenia się polskiej populacji. W odniesieniu do zdrowia starość oznacza zwiększone ryzyko zachorowania na chorobę przewlekłą, wielochorobowość i niepełnosprawność. W sensie społecznym okres starości przekłada się na zwiększone ryzyko uzależnienia od innych, ubóstwa, marginalizacji społecznej, wykluczenia oraz doświadczania przemocy.

W Polsce proces starzenia się populacji cechuje znaczna dynamika, feminizacja oraz dwutorowość, która nasila feminizację tego procesu w starszych grupach wiekowych. Szybciej bowiem niż w przypadku ogółu osób starszych w wieku 65



+ przyrasta liczba osób powyżej 80 r. ż. W roku 2050 osoby ponadosiemdziesięcioletnie będą stanowiły aż 32% osób w wieku 65 lat i więcej, ze znaczną przewagą kobiet. To, że kobiety dominują i będą dominowały wśród szybko zwiększającej się liczby osób starszych w populacji nie jest sprawą obojętną. Z racji obowiązującego systemu emerytalnego, kobiety mają niższy status materialny i częściej niż mężczyźni żyją w jednoosobowych gospodarstwach domowych, co w połączeniu ze znacznymi kosztami starości: leczenia, opieki i rehabilitacji oznaczać może znaczne kłopoty w radzeniu sobie z dbaniem o zdrowie i codziennym życiem.

Zgodnie z prognozą GUS w okresie między rokiem 2013 i 2050 dojdzie do znacznego wzrostu wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi wyrażanego liczbą osób w wieku 65+ przypadająca na 100 osób w wieku 15–64. W roku 2050 wskaźnik ten wyniesie dla miast 66 a dla wsi 53 oraz wzrostu współczynnika

potencjalnej opieki nad rodzicami (liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata) z 8 do 38 przy malejących możliwościach potencjalnego wsparcia ze strony rodzin.

Dodatkowy problem stanowi niski poziom kompetencji zdrowotnych w polskiej populacji. Co drugi mężczyzna i co druga kobieta nie są gotowi do zdobywania, rozumienia, oceny i zastosowania informacji zdrowotnych w obszarze promocji zdrowia, profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Problem pogłębia się wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku oraz obniżaniem się statusu społecznego. Wyniki Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych przeprowadzonego w 2011 roku m.in. w Polsce wskazują, że wśród osób wieku 65+ około 20% osób ma trudności ze zrozumieniem tego, co mówi lekarz.

Dla zdrowia publicznego sytuacja ta oznacza konieczność intensyfikacji międzysektorowych działań na rzecz przy-

gotowywania społeczeństwa i systemów społecznych do radzenia sobie z problemami zdrowotnymi i społecznymi istotnymi z punktu widzenia zdrowia osób starszych. Chodzi tu z jednej strony o podnoszenie w całym społeczeństwie kompetencji zdrowotnych, które z założenia powinny umożliwiać ludziom podejmowanie racjonalnych wyborów związanych z terapią, profilaktyką chorób oraz promocją zdrowia, z drugiej strony o tworzenie środowiskowych warunków, w tym w służbie zdrowia dla usamodzielniania się osób starszych i zapewnienia ich pomocy tam, gdzie jest ona niezbędna. Dotychczas większość obowiązków spoczywa na rodzinach. Wraz z narastaniem udziału osób starszych w populacji i maleniem potencjału opiekuńczego rodzin niezbędna jest pomoc instytucjonalna.

Diagności laboratoryjni mogą odegrać znaczącą rolę w podnoszeniu kompetencji zdrowotnych pacjentów w zakresie badań laboratoryjnych. ■

LITERATURA

1. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa: GUS. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
2. Słońska Z. 2014 Kompetencje zdrowotne (health literacy) i ich znaczenie dla zdrowia. W: Czas prze-

3. mian, czas wyzwań. Jasiewicz J. Zybert E.B. (red.) Warszawa: Wydawnictwo SBP. S. 339-353.
3. Słońska Z. Koziarek J. 2011. Społeczne nierówności w zdrowiu-efekt medykalizacji promocji zdrowia?. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.

Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 9.2/2011:64-75. Doi:10.4467/2084262.0Z.12018.0555.

LEKCJA ANGIELSKIEGO

zdrowie publiczne	public health
stan zdrowia	health status
czynniki środowiskowe	environmental factors
epidemia	epidemic
rewolucja zdrowotna	health revolution
szczepienia ochronne	vaccinations
profilaktyka	prophylaxis
promocja zdrowia	health promotion
aktywność fizyczna	physical activity
palenie tytoniu	tobacco smoking
Światowa Organizacja Zdrowia	World Health Organization
niezbędne działania zdrowia publicznego	Essential Public Health Operations (EPHOs)
monitorowanie zagrożeń zdrowia	health hazards monitoring
kształcenie specjalistyczne	specialized training
wczesne wykrywanie chorób	early detection of diseases





DR N. MED. BEATA LIBERA-MAŁECKA

POSEŁ NA SEJM W KADENCJI V, VI, VII, VIII

SEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA W RZĄDZIE EWY KOPACZ



Ustawa o zdrowiu publicznym

**Wbrew pozorom, dzieje się wiele w zdrowiu publicznym w Polsce.
Ministerstwa realizują własne programy, swoje programy realizują także samorządy.**

W Polsce mamy 2497 gmin i prawie 3000 programów, które wpisują się mniej lub bardziej w obszar zdrowia publicznego – i jakie mamy efekty?

Plaga chorób cywilizacyjnych, psychicznych, coraz bardziej jesteśmy otyli, coraz więcej palimy, mężczyźni żyją krócej od kobiet, a zarówno Polak, jak i Polka żyją krócej niż mieszkańcy krajów państw UE, żyjemy dłużej, ale jakość naszego życia pozostawia wiele do życzenia.

Zróbmy teraz, w tej chwili, każdy dla siebie, szybki rachunek. Ilu z nas ma nadwagę, ilu cierpi na nadciśnienie, ilu z nas zmaga się z cukrzycą, ilu dostaje zadyshki po pokonaniu kilku pierwszych schodów? No właśnie – zbyt wielu.

Definicja zdrowia sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia **mówi**: zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, jest to także „zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia”.

Ustawa o Zdrowiu Publicznym to oczekiwany od szeregu lat akt prawny, który wypełnia pustkę legislacyjną dotyczącą zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Tocząca się nad ustawą dyskusja niejednokrotnie dowodziła, że istota i zakres działań zdrowia publicznego nie są w pełni rozumiane, a co za tym idzie – są wciąż niestety niedostatecznie doceniane.

Troska o zdrowie, to nie tylko sprawa pojedynczego człowieka. Troska o zdrowie to jedno ze strategicznych zadań państwa. Bo zdrowie to dobro wspólne, a polityka musi działać na rzecz dobra

wspólnego. Dlatego ustawa o zdrowiu publicznym, należy do najważniejszych aktów prawnych.

Zdrowie obywateli, zdrowie publiczne, należy do racji stanu, a działania na rzecz zdrowia publicznego powinny zostać połączone z gry politycznej, muszą być porozumieniem ponadpartyjnym, narodowym konsensusem.

Nowoczesna polityka zdrowotna państwa nie może skupiać się wyłącznie na interwencjach medycznych. Musi obejmować także działania prozdrowotne. Jest to nie tylko warunek wejścia na drogę do zahamowania postępującego szybko wzrostu kosztów leczenia. Jest to przede wszystkim wymóg zachowania zdrowia obywateli i zapewnienia rozwoju społeczeństwa i państwa.

Celem ustawy o zdrowiu publicznym jest stworzenie warunków dla **skoordynowanych** działań umacniających zdrowie oraz zapobiegających zachorowaniom i przedwczesnym zgonom.

Jest sprawą niebudzącą dyskusji, że *system ochrony zdrowia* powinien zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne ludzi. Dokonuje się to zarówno poprzez zaspokajanie indywidualnych potrzeb medycznych związanych z rozpoznawaniem i leczeniem chorób, jak również poprzez działania mające na celu umacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom i niedopuszczanie do nich.

Mówiąc o działaniach wynikających z ustawy o zdrowiu publicznym należy mówić o zdrowiu, o warunkach jego zachowania, nie o chorobach i niedostatkach medycyny, którą niekiedy nazywamy naprawczą. Zdrowie publiczne sięga dużo dalej i głębiej.

System ochrony zdrowia to nie tylko interwencje medyczne, leki, skomplikowane operacje, to – może nawet przede wszyst-

kim, profilaktyka i promocja zdrowia, to usuwanie zagrożeń dla zdrowia człowieka.

Należy dążyć do tego, aby medycyna naprawcza, miała coraz mniej do roboty, aby społeczeństwo, Polki i Polacy, było zdrowsze i mniej podatne na zagrożenia chorobowe.

To, co odróżnia działania zdrowia publicznego od interwencji medycznych, to ich ukierunkowanie na całą populację, a nie tylko na osoby zgłaszające się po pomoc do lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów.

Zatem zadaniem zdrowia publicznego nie jest leczenie osób, które zdrowie utraciły, ale wszelkie działania zmniejszające ryzyko przedwczesnej utraty zdrowia. Dlatego zadaniem państwa, tak administracji rządowej, jak i samorządów terytorialnych, jest także zapewnienie obywatelom min. zdrowej żywności, czystej wody i bezpiecznego środowiska – to jest czynników, które sprzyjają zachowaniu dobrego zdrowia.

Dlatego wszelkie inwestycje w zdrowie publiczne opłacają się, bowiem zmniejszają popyt na medycynę naprawczą, na leczenie i leki. Tak jak dobra edukacja w sprawie uzależnień, to nie tylko mniej pracy dla policji i wymiaru sprawiedliwości, ale uratowane ludzkie życia, tak dobra edukacja w sprawie używek, tytoniu i alkoholu to mniej ludzkich dramatów, mniej nowotworów, mniej patologii społecznych, a więcej zdrowych i szczęśliwych rodzin.

Na równi z działaniami na rzecz bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego państwa, potrzebne są działania na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo zdrowotne buduje się przede wszystkim poprzez zdrowie publiczne i nie można go ograniczyć do organizacji systemu medycyny naprawczej.



Polska do tej pory nie miała uniwersalnych mechanizmów ustawodawczych, które pozwoliłyby realizować państwu w sposób zgodny ze współczesną nauką bezpieczeństwa zdrowotne i troskę o zdrowie obywateli, a ta ustawa daje takie mechanizmy, bo należy to powtórzyć kolejny raz – za zdrowie obywateli nie odpowiada tylko minister zdrowia, ale także m.in. minister finansów, pracy i polityki społecznej, czy minister sportu.

W każdym resorcie jest miejsce dla zdrowia publicznego. Ta ustawa daje możliwość, aby państwo, w sposób należyty i zgodny ze współczesną wiedzą, budowało zdrowie obywatela razem z całym społeczeństwem i każdym obywatelem osobno.

Jednym z ważnych zadań demokratycznego państwa, traktującego poważnie zasadę równości obywateli jest ograniczanie nierówności w zdrowiu, wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Pamiętajmy bowiem, że prawo do zdrowia i równość w zdrowiu są fundamentalnymi prawami człowieka.

W występowaniu nierówności w zdrowiu grają rolę nie tylko naturalne różnice biologiczne.

Z reguły przyczyny nierówności zdrowotnych osadzone są głęboko w różnego rodzaju uwarunkowaniach, takich jak styl życia czy zachowania zdrowotne, czynniki środowiskowe, stosunki społeczne i ekonomiczne.

Zasadniczą rolę odgrywa tu poziom edukacji oraz dostęp do warunków sprzyjających zdrowiu. Osoby niewykształcone, gorzej zarabiające i wielokrotnie bezrobotne, chorują częściej, doświadczają częściej niepełnosprawności, ich przeciętna średnia długość życia w porównaniu do bogatszych grup społecznych jest krótsza.

Nierówności w zdrowiu dotyczą całej Polski. Dobrze pokazują to badania przeprowadzone w Warszawie. Potwierdzono w nich znaczne różnice w średniej długości życia między mieszkańcami różnych dzielnic miasta. I tak różnice w długości życia między mężczyznami zamieszkującymi Pragę Północ i Wilanów wynoszą 14 lat. W przypadku kobiet sięgają aż 19 lat.

Walka z nierównościami w zdrowiu to wyzwanie zdrowia publicznego.

Ustawa o zdrowiu publicznym wymaga od państwa współpracy między poszczególnymi resortami, koordynacji, a także współdziałania administracji rządowej

z organami samorządu terytorialnego. Jest ustawą horyzontalną, co jest i wielką szansą i wielkim wyzwaniem wobec dotychczasowego, wąskiego „resortowego” postrzegania rzeczywistości. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że mówiąc o programach z zakresu zdrowia publicznego – mówimy o efektach długoterminowych, które nie są medialne i spektakularne jak natychmiastowe działania medycyny naprawczej.

Działania z zakresu zdrowia publicznego trudno jest pokazać i wytłumaczyć.

To wszystko nie może jednak zniechęcać, nie powinno skłaniać planistów

Głównym celem Narodowego Programu Zdrowia jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia oraz ograniczanie społecznych nierówności.

Jego istotnym elementem są przede wszystkim działania na rzecz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Kluczowe znaczenie ma również trwała i skoordynowana współpraca na rzecz zdrowia na wszystkich szczeblach administracji rządowej i samorządowej.

Realizacja tego Programu pozwoli skuteczniej zapobiegać chorobom i podnosić potencjał zdrowia obywateli.



finansowych do skreśleń i ograniczeń. Cena takich zaniechań będzie bowiem drastycznie wysoka.

Musimy zmienić myślenie i zrozumieć, że wydatki na zdrowie to nie niepożądanym koszt, ale dobra i opłacalna inwestycja.

Już od 1974 roku, dzięki pracy Marcia Lalonde'a, ówczesnego ministra zdrowia Kanady, wiadomo, że zdrowie każdego z nas w ponad 50 % zależy od nas samych, w 20% od środowiska, w którym żyjemy, w 20 % od naszych genów, natomiast TYLKO w 10% od systemu opieki zdrowotnej.

Z zadowoleniem jednak trzeba stwierdzić, że wzrasta społeczna świadomość, iż styl życia, edukacja, warunki mieszkania i pracy wywierają zasadniczy wpływ na nasze zdrowie. Coraz częściej zdajemy sobie też sprawę z tego, że nasze zachowania praktykowane od najmłodszych lat, mają wpływ na jakość i długość naszego życia.

Sercem ustawy, podstawowym instrumentem planistycznym jest Narodowy Program Zdrowia – strategiczny dokument dla zdrowia publicznego, przyjmowany rozporządzeniem przez rząd na okres pięcioletnie. To ten dokument zawiera priorytety, wyzwania i kierunki działań.

22% Polaków jest otyłych, czyli ich BMI wynosi ponad 30. Ponad 20 procent dzieci już także ma nadprogramowe kilogramy, polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. I to właśnie walka z otyłością u najmłodszych będzie jednym z priorytetowych programów Narodowego Programu Zdrowia. Nowotwory wynikające z otyłości to: rak piersi, jelita grubego, trzustki i inne, bo tkanka tłuszczowa jest tkanką bardzo aktywną.

Aby walczyć z otyłością potrzebnych jest bardzo wiele działań państwa w różnych ministerstwach i na różnych etapach. Bo są to sprawy i budowania świadomości dzieci i rodziców, plus regulacje prawne w zakresie tego co jemy, jak jemy, monitoring jakości jedzenia.

Dyskutując o zdrowiu publicznym, warto pamiętać słowa dr Everetta Koopa – Naczelnego Lekarza Stanów Zjednoczonych, który przedstawiając w Izbie Reprezentantów program zdrowia publicznego stwierdził: „**Opieka medyczna ma dla nas wszystkich życiowe znaczenie od czasu do czasu. Zdrowie publiczne ma takie znaczenie – zawsze**”. ■



DR N. MED. **DANUTA KACZMAREK** – SPECJALISTA
LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ
I LABORATORYJNEJ TRANSFUZJOLOGII MEDYCZNEJ, KIEROWNIK
LABORATORIUM I PRACOWNI SEROLOGII
DR N. MED. **IZABELA SOBAŃSKA**



Małopłytkowość u noworodka w 4 tygodniu życia – opis przypadku

Przedstawiono niewyjaśniony przypadek czterotygodniowego noworodka z objawami ostrej skazy małopłytkowej, pod postacią wybroczyn na skórze tułowia, krwika na podniebieniu oraz krwawienia z przewodu pokarmowego, z poziomem płytek krwi – 3 tys./ μ L. Zastosowano leczenie koncentratem krwinek płytkowych (KKP) oraz immunoglobuliną (IVIG), uzyskując normalizację poziomu płytek.

Trombocytopenia jest to obniżenie liczby płytek krwi u noworodków donoszonych poniżej $150 \times 10^3/\mu\text{L}$, zaś u noworodków urodzonych przedwcześnie poniżej $100 \times 10^3/\mu\text{L}$. Z klinicznego punktu widzenia ważna jest nie tylko liczba, ale dojrzałość i rodzaj płytek krwi, jak również pozostałe elementy układu hemostazy. Choroba ta manifestuje się poprzez występujące na ciele noworodków wybroczyny, krwaki, smoliste stolce, krwimocz, krwioplucie, krwawienia do siatek oka. Bardzo groźnym następstwem są wylewy do centralnego układu nerwowego mogące być przyczyną śmierci. Małopłytkowość może jednak przebiegać bezobjawowo, a ujawnić się dopiero, gdy dołączy się dodatkowa przyczyna np. infekcja.

OPIS PRZYPADKU

Przypadek dotyczy noworodka w czwartym tygodniu życia, z ciąży pierwszej prawidłowej, porodu pierwszego prawidłowego, z którym matka zgłosiła się do szpitala z powodu krwika na podniebieniu twardym (wielkości około $1 \frac{1}{2}$ cm x 1 cm), pojedynczych wybroczyn na skórze i obecności krwi w stolcu. Innych odchyśleń od stanu prawidłowego nie stwierdzono. Noworodek urodzony siłami natury (10-10 Apgar) w 38. tygodniu ciąży, z masą ciała 3200 g. Matka lat 30, grupa krwi A RhD(-)

jenny), w chwili porodu krwinki płytkowe (PLT) kobiety 241 tys./ μL . Matka otrzymała po porodzie immunoglobulinę anti-RhD (Rhesonativ 625 j.m/mL, 250 μg). Noworodek grupa krwi (badanie wykonano z krwi pępowinowej) B RhD+(dodatni), BTA ujemny.

W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu noworodka do szpitala liczba płytek krwi wynosiła 3 tys./ μL , natomiast pozostałe parametry morfologiczne były w zakresie wartości prawidłowych (w nawiasach podano wartości referencyjne): krwinki białe (WBC) $12,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ (7,2-19,2); krwinki czerwone (RBC) $4,29 \times 10^6/\mu\text{L}$ (3,50-5,50); hemoglobina (HGB) 14,7g/dL (10,7-17,2); hematokryt (HCT) 40,1% (31-54); średnia objętość krwinki czerwonej (MCV) 93,5fL (86,0-118,0); średnia masa hemoglobiny (MCH) 34,3pg (26,0-36,5); średnie stężenie hemoglobiny (MCHC) 36,7g/dL (H 29,5-35,5); rozpiętość rozkładu objętości erytrocytów (RDW-CV) 13,9% (11,5-15,0). Rozmaz mikroskopowy: Metamielocyty 1%; Pałeczko-wate 3% (0-8); Segmenty obojętnochłonne 30% (17-55); Eozynofile 3% (0-7); Monocyty 13% (2-17); Limfocyty 50% (30-60).

Wyniki badań układu krzepnięcia były prawidłowe: wskaźnik protrombinowy (PT) 110% (80-120), współczynnik czasu protrombinowego (INR) 0,92 (0,8-1,2), czas 13,2s (10,7-16,1); czas kaolinowo-

-kefalinowy (APTT) 32,1s (26,0-40,0); fibrynogen 3,24g/L (2,0-4,0). Wyniki badań biochemicznych: aminotransferaza alani-nowa (ALT) 38 U/L (H<36); białko C-reaktywne (CRP) 0,18 mg/dL (<0,5).

W trybie pilnym przekazano noworodka do szpitala o wyższym poziomie referencyjności, gdzie została potwierdzona skaza krwotoczna. Poziom płytek krwi przy przyjęciu wynosił 9 tys./ μL , a wykonane ponownie parametry krzepnięcia były dalej prawidłowe. Zastosowano leczenie koncentratem krwinek płytkowych od zgodnego dawcy, podano immunoglobulinę (IVIG) w dawce 0,8g/kg c. c., Amoksycylinę z kwasem klawulanowym, witaminę D3 i K 25mcg, oraz całkowite żywienie pozajelitowe przez 4 dni, uzyskując wzrost liczby krwinek płytkowych do 17 tys./ μL . Z powodu słabego wzrostu liczby PLT i podejrzenia konfliktu serologicznego w zakresie krwinek płytkowych, postanowiono przetoczyć płytki krwi z aferezy pobrane od matki, zawieszone w soli fizjologicznej, napromieniowane, ubogoleukocytarne. Kontynuując podaż immunoglobuliny, uzyskano zabezpieczający przed krwawieniem wzrost poziomu płytek krwi do 43 tys./ μL . Po kolejnym przetoczeniu koncentratu krwinek płytkowych odnotowano liczebność płytek 109 tys./ μL . Po ustąpieniu objawów skazy krwotocznej ze strony



przewodu pokarmowego, rozpoczęto stopniowe wprowadzanie żywienia doustnego – początkowo obserwowano ulewianie, następnie dobrą tolerancję żywienia doustnego.

W trakcie pobytu noworodka w szpitalu wykonane zostało badanie ultrasonograficzne ośrodkowego układu nerwowego, obraz uwidocznionych struktur mózgowia był prawidłowy, przestrzenie płynowe przymózgowe i układ komorowy pozostały nieposzerzone. Wykonane badanie USG jamy otrzewnej również nie wykazało żadnych nieprawidłowości – wątroba i śledziona były niepowiększone, jednorodne, normoecho-geniczne.

Przeprowadzono także konsultację hematologiczno-onkologiczną z opisem: małopłytkowość o typie ostrym immunologicznym, bez odchyień w układzie białokrwinkowym i czerwonych krwinek.

Noworodka w 9 dniu pobytu w szpitalu w stanie dobrym wypisano do domu z liczbą krwinek płytkowych 281 tys./ μ L.

Lekarz prowadzący zalecił po dwóch tygodniach wykonanie badania – morfologii krwi i wizytę w Poradni Hematologicznej, jak również odroczenie szczepień szczepionkami żywymi na okres 1 roku. Rodziców zobowiązano do obserwacji ewentualnych objawów skazy krwotocznej, zwłaszcza w pierwszych 3 tygodniach po infekcji wirusowej lub szczepieniu.

Liczba płytek krwi w kolejnym badaniu dziecka była na poziomie 256 tys./ μ L.

OMÓWIENIE

W ramach programu PREVFNAIT w opisywanym przypadku, u matki wykonano w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie przesiewowe badanie w kierunku braku antygenu HPA-1a, odpowiedzialnego za 75% przypadków alloimmunologicznej małopłytkowości płodów i noworodków – AIMP/N (badanie przeprowadzono metodą cytometrii przepływową). Na krwinkach płytkowych matki wykazano obecność antygenu HPA-1a, matka jest osobą HPA-1a dodatnią. W surowicy poszukiwano również



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Podziękowania za udostępnione zdjęcia kierujemy do Pani Prof. Anca Chiriac z Department of Dermato-Physiology, Apollonia University Iasi, Strada Muzicii nr 2, Iasi-700399, Romania

swoistych przeciwciał przeciwpłytkowych testem immunoenzymatycznym (MAIPA) z użyciem przeciwciał monoklonalnych skierowanych do glikoprotein błonowych płytek krwi GP: IIb/IIIa, Ib, Ia/IIa, uzyskano wynik ujemny, nie wykryto przeciwciał przeciwko ludzkim IgG. W tym przypadku podejrzenie alloimmunologicznego tła małopłytkowości nie zostało potwierdzone.

Inną immunologiczną przyczyną występowania małopłytkowości u noworodka, u którego poza tym nie stwierdza się innych nieprawidłowości, może być samoistna autoimmunologiczna małopłytkowość matki (ITP). Choroba daje zwykle objawy u ciężarnej i bywa czasem powiązana z występowaniem toczenia układowego. Matki produkują przeciwciała przeciwko własnym płytkom krwi, które mogą dostać się przez łożysko i powodować małopłytkowość płodu. Jednak w naszym przypadku wykluczono tę możliwość – nie stwierdzono małopłytkowości u matki w trakcie ciąży i po porodzie, liczba PLT była prawidłowa.

W pierwszych dniach życia małopłytkowość może mieć także swoją przyczynę w infekcjach nabytych w okresie poporodowym. Występująca trombocytopenia jest często znacząca $<50 \times 10^9/L$ z towarzyszącymi ciężkimi krwawieniami. W omawianym przypadku noworodek przyjęty do oddziału nie gorączkował, CRP było ujemne, ogólny stan był dość dobry, co również pozwoliło wyeliminować zakażenie bakteryjne jako przyczynę małopłytkowości.

Noworodek może rozwinąć także małopłytkowość w przebiegu takich chorób jak wrodzone zakażenia cytome-

galowirusem (CMV), toksoplazmą, czy wirusem różyczki. Badania w kierunku toxoplazmozy i cytomegalii, były wykonane w omawianym przypadku, otrzymano wynik dodatni przeciwciał przeciwko toksoplazmie gondii IgG, wykluczono infekcję w trakcie ciąży u matki, wykonano również badanie technikami biologii molekularnej – reakcja łańcuchowa polimerazy (PCR) dla CMV z: próbki krwi, moczu i śliny uzyskano wynik ujemny, wykluczając to zakażenie. Otrzymane w przedstawionym przypadku wyniki wskazują, że przyczyną trombocytopenii noworodka nie była infekcja wirusowa.

Kolejną możliwą przyczyną trombocytopenii i najbardziej prawdopodobną w naszym przypadku jest podanie szczepionki przeciwdrozwrej/MMR lub przeciwgruźliczej (BCG). Być może w następstwie nieprawidłowej reakcji immunologicznej, w odpowiedzi na antygen obecny w szczepionce, doszło do przyspieszonej destrukcji płytek krwi (opóźnionej reakcji poszczepiennej trombocytopenii).

PODSUMOWANIE

Opisany przypadek ma działać ostrzegawczo, należy być czujnym i szybko reagować. Prawdopodobnie przyczyną małopłytkowości była „zwykła” szczepionka, która spowodowała zagrożenie życia dziecka. Jedynie baczna obserwacja i prawidłowa reakcja rodziców jak i lekarza pediatry pozwoliła uratować noworodka przed krwawieniem. ■

Literatura dostępna u Autorów



MGR FARM. DANUTA KOZŁOWSKA SKARBNIK KRDL, DYREKTOR DS.
MEDYCZNYCH DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. ZE WSPÓŁPRACOWNIKAMI:
MGR KATARZYNA STEC-GROSMAN – SPEC. DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA
JAKOŚCIĄ, MGR BARBARA AULICH – KIEROWNIK LABORATORIUM

Kontrola jakości na co dzień w laboratorium medycznym – weryfikacja metody (walidacja)

Zanim uruchomimy proces wykonywania badania i wydamy wyniki pacjentowi musimy przygotować cały proces diagnostyczny tak, aby nie mieć wątpliwości, że po prawidłowym zaplanowaniu procesu, przeszkoleniu ludzi, dokonaniu prawidłowego wyboru materiałów kontrolnych nasz sprzęt i metodyka spełnia wszystkie wymagania i jest na odpowiednim poziomie. Spełnia wszystkie standardy, które mają wpływ na wysoką jakość świadczonych przez nas usług.

Nadzór nad sprzętem laboratoryjnym

Nadzór nad aparaturą musi być widoczny w dokumentacji prowadzonej w danym laboratorium. Nie wystarczy tylko posiadać **paszport techniczny aparatu**. Każdy kierownik powinien na początku roku opracować harmonogram przeglądów całego sprzętu, który jest wykorzystywany w procesie diagnostycznym. Każdy aparat powinien posiadać **dokumentację konserwacji**: codziennej, cotygodniowej, comiesięcznej i kolejnych, w której jest data i podpisy osób potwierdzających jej wykonanie. W dokumentacji powinna być również odnotowana każda usterka i niepowodzenie, co pozwala na szybsze reakcje naprawcze. Takie działanie pozwala obiektywnie ocenić stan użyteczności aparatu (jego obciążenie ilością badań, awaryjność). Należy zwrócić uwagę na potwierdzenie przez pracownika laboratorium oraz serwisanta podczas pierwszego uruchomienia aparatu i po każdym jego przeglądzie serwisowym. Pamiętajmy, że podpisujemy ten raport po sprawdzeniu prawidłowego funkcjonowania aparatu. Najczęściej

poprzez „puszczenie” szerokiego spektrum kontroli.

Metoda pod kontrolą

W dzisiejszych czasach niemal w każdym aspekcie życia coraz większy nacisk kładzie się na jakość. Sytuacja ta dotyczy również laboratoriów medycznych, ponieważ systematycznie zwiększa się rola badań laboratoryjnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Dlatego zanim nowo wprowadzona metoda zacznie rutynowo funkcjonować w laboratorium konieczna jest jej **weryfikacja/walidacja**. Oznacza to, że musimy potwierdzić, że wybrana przez nas metoda jest odpowiednia do zastosowania jej do wykonania danego badania. Obecnie mówimy o weryfikacji, która polega na odtworzeniu warunków producenta w naszym laboratorium z tą samą dokładnością i precyzją oraz walidację tylko w przypadku, jeśli wprowadziliśmy do danej metody własne modyfikacje.

Omawiane zagadnienie jest regulowane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 w sprawie standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych

(Dz.U. 2006, Nr 61, poz. 435) z późniejszymi zmianami w 2009 roku (Dz.U. 2009, Nr 22, poz. 128). Rozporządzenie jasno określa, że **laboratoria zobowiązane są do przeprowadzenia oraz udokumentowania walidacji stosowanych metod**. Wytyczne takie znajdziemy również w międzynarodowych normach ISO/IEC 17025:2005 oraz ISO 15089:2013. Jednym z podstawowych warunków stawianych laboratorium jest walidacja wszystkich procedur badawczych, które zostaną poddane ocenie w procesie akredytacji.

Kiedy walidacja, a kiedy weryfikacja

Walidacja jest dla nas dowodem, że metoda spełnia określone kryteria jakości, a tym samym laboratorium wydaje wiarygodne i klinicznie użyteczne wyniki. Należy pamiętać, że pomimo kosztów które trzeba ponieść w procesie walidacji w zamian uzyskamy wiedzę na temat charakterystyki metody, co pozwala nam na jej doskonalenie. Otrzymujemy również dane niezbędne do oszacowania niepewności pomiaru, co pozwala na prawidłową interpretację uzyskanych wyników badań. W normie 15189 obok walidacji procedury



badawczej wprowadzono nowe pojęcie, jakim jest **weryfikacja procedury badawczej**. Weryfikacji poddawane będą procedury komercyjne (znormalizowane), które zostały wcześniej zwalidowane przez producenta testu. Z kolei metody nieznormalizowane, znormalizowane, ale stosowane poza ich przewidzianym zakresem, procedury zaprojektowane przez laboratorium oraz metody zwalidowane, które przed wprowadzeniem do rutynowego stosowania zostały zmodyfikowane poddawane są walidacji.

Powtórna walidację/weryfikację wykonujemy w przypadkach udoskonalenia metody, gdy kontrola jakości wykaże, że ustalona metoda zmienia się w czasie lub gdy dana metoda ma być zastosowana na innej aparaturze. Czasami po bardzo gruntownym „remontie” analizatora wykonanie weryfikacji dla jednej z najbardziej wymagających metod w danym systemie pozwala sprawdzić czy uzyskaliśmy odpowiedni efekt w jakościowej pracy analizatora. Zarówno w przypadku walidacji, jak i weryfikacji należy posługiwać się **materiałem kontrolnym o określonej wielkości** danej cechy, a poszczególne próbki powinny różnić się stężeniem danej substancji. W przypadku niedostępności komercyjnych próbek kontrolnych dopuszcza się użycie materiału pochodzącego od pacjentów pod warunkiem określenia badanej cechy inną metodą.

Jakie są etapy procesu weryfikacji/walidacji?

Możemy wyróżnić kilka etapów postępowania weryfikacyjnego/walidacyjnego:

- Przygotowanie planu badań weryfikacyjnych/walidacyjnych (wzór)*
- Ustalenie cech specyfikacji wymagań dotyczących cech charakteryzujących daną metodę
- Porównanie uzyskanych wartości z wyspecyfikowanymi wymaganiami
- Potwierdzenie (lub nie) przydatności metody do zamierzonego zastosowania
- Przygotowanie raportu weryfikacji/walidacji metody analitycznej
- Zatwierdzenie raportu weryfikacji/walidacji (wzór)* przez Kierownika labo-



ratorium i wprowadzenie metody do rutynowego stosowania

- (wzór)* – opracowanie kończy się przyjęciem postępowania weryfikacyjnego

Przeprowadzając proces weryfikacji metody wykonujemy serię pomiarów zgodnie z ulotką producenta, badając **precyzję w warunkach odtwarzalności**, czyli przez co najmniej 20 dni w stabilnym materiale kontrolnym, pomiary prowadzone są przez różne osoby. W trakcie procesu mogą być prowadzone ewentualne kalibracje, aparat jest objęty wszelkimi procedurami systematycznej konserwacji. Z uzyskanych wyników obliczamy **odchylenie standardowe (SD)** i **współczynnik zmienności (CV)**. Następnie **oceniamy poprawność**, czyli wyznaczamy **wielkość i kierunek błędu systematycznego (B%)**. **Obciążenie** może być przedstawione w jednostkach bezwzględnych lub w %. Kolejnym etapem jest **wyznaczenie wartości błędu całkowitego metody (TE)**. Obliczoną wartość porównujemy z założonym dla danej metody błędem całkowitym (TEa). **Przyjętym kryterium akceptacji metody jest uzyskanie $TE < TEa$** . Po miesiącu rutynowej pracy dokonujemy oszacowania niepewności pomiaru. Jeżeli opisany sposób jest niewystarczający kierownik laboratorium może zdecydować o przeprowadzeniu badań porównawczych w stosunku do innej metody lub do tej samej metody wykonywanej na innym aparacie/w innym laboratorium. Mówiąc natomiast o **walida-**

cji metody konieczne jest zbadanie parametrów określonych przy weryfikacji oraz **wykonanie badań porównawczych przy użyciu procedury zalecanej przez producenta i zmodyfikowanej w laboratorium**. Do walidacji metody Kierownik wybiera parametry spośród wymienionych: **liniowość, granica wykrywalności, granica detekcji, ocena stabilności metody, jej odporność na czynniki zewnętrzne, wrażliwość na zakłócenia pochodzące z matrycy próbki badanej, przedział referencyjny**. Z uwagi na specyfikę poszczególnych badań laboratoryjnych nie jest możliwe określenie jednego algorytmu postępowania. Norma również nie określa częstotliwości z jaką należy przeprowadzać walidację metody. W medycznych laboratoriach diagnostycznych stosujących rutynowe metody walidację przeprowadzamy bardzo rzadko.

Jak przeprowadzić procedurę weryfikacji metody?

Posłużymy się przykładem całkowicie hipotetycznej metody oznaczania dla Troponiny I. Taki sam wzór postępowania możecie Państwo zastosować dla wszystkich metod, których używacie w swoim laboratorium. W razie jakichkolwiek pytań proszę o kontakt mailowy szkolenie@kidl.org.pl lub danuta.kozlowska@diag.pl Powodzenia. Następny artykuł będzie o administrowaniu niezgodności i wprowadzaniu działań korygujących w kontroli jakości. ■

LITERATURA:

1. Podstawy kontroli jakości badań laboratoryjnych – W. Gernand (2000)
2. Zrozumieć kontrolę jakości – W. Gernand – materiały firmy Biomerieux
3. Kontrola jakości. Kompletnie rozwiązania kontroli jakości dla wyników którym możesz ufać – materiały firmy Randox
4. Wewnętrzna Kontrola jakości w laboratorium diagnostycznym – materiały Diagnostyka Z o.o. z 2014 – praca zespołowa



Procedura weryfikacji Troponiny I (wzór)*

Informacje ogólne:

Do oznaczania Troponiny I w surowicy/osoczu zastosowano firmy na analizatorze

Pomiary wykonano w okresie 25.06.2015 – 16.07.2015 . Liczba pomiarów 22 dla każdego poziomu kontroli. Zgodnie z ulotką producenta (pełna nazwa i cechy ulotki)

Zasada metody:

Test Troponin-I jest dwustopniowym testem immunochemicznym. Test ten służy do wykrywania w ludzkiej surowicy i osoczu obecności sercowej TnI metodą chemiluminescencji z mikrocząsteczkami i znacznikiem chemiluminescencyjnym (.....(typ reakcji) z elastycznymi protokołami testowymi (charakterystyczne dla danej firmy)

Aparatura :

Analizator

Charakterystyka użytych odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych:

Odczynnik :

(skład dostępny w ulotce odczynnikowej);

Kalibrator: (nazwa i lot)

Kontrole: (nazwa i lot oraz dw),

niskie(L), średnie(M), wysokie(H) stężenie

Określenie kryteriów walidacji, przedstawienie wyników, wnioski.

Sposoby potwierdzania precyzji

Precyzję sprawdzono w warunkach odtwarzalności wg następujących założeń

- przez minimum 20 dni
- w tym samym stabilnym materiale kontrolnym
- przez różne osoby; obliczono CV%

Precyzja oznaczona przez producenta testu

Parametr/materiał Nazwa kontroli	Poziom L	Poziom M	Poziom H
średnia	20,0 ng/l	194,3 ng/l	15033,8 ng/l
CV w serii	3,3 %	2,3 %	2,2 %
CV wartość całkowita	4,3 %	3,1 %	2,7 %

Precyzja testu oznaczona w warunkach odtwarzalności w Laboratorium(nazwa lab. ,które wykonuje badanie)

(Wyniki pomiarów – załącznik, tabela nr 1)

Parametr/materiał(Nazwa materiału kontrolnego)	Poziom L lot:	Poziom M lot:	Poziom H lot:
średnia	20,0273	189,6045	16395,5136
Odchylenie standardowe (l)	0,7331	4,7671	351,8528
CV pomiędzy seriami (l%)	3,6605%	2,5142%	2,1460%
Kryterium akceptacji: CV% oznaczone < CV% producenta	Spełnione	Spełnione	Spełnione

Sposoby potwierdzania poprawności:

Pomiary prowadzone są w warunkach odtwarzalności w stabilnym materiale mianowanym. Porównuje się wartość średnią uzyskaną z co najmniej 20 wyników (X) z wartością nominalną (X_{nom}) wg wzorów:

Wzór do obliczenia obciążenia (B)	Wzór do obliczenia (B%)
$B = \bar{X} - X_{nom}$	$B\% = \frac{\bar{X} - X_{nom}}{X_{nom}} \cdot 100\%$

Poprawność oznaczona w Laboratorium(nazwa laboratorium wykonującego pomiary)



(Wyniki pomiarów – załącznik, tabela nr 1)

Parametr/materiał (nazwa kontroli)	Poziom L lot:	Poziom M lot:	Poziom H lot:
Wartość nominalna materiału kontrolnego	20,0 ng/l	200,00 ng/l	15000,00 ng/l
Zakres akceptacji wyników kontroli wyznaczony przez producenta	12 – 28 ng/l	120 – 280 ng/l	9000 – 21000 ng/l
Średnia wartość obliczona z pomiarów	20,0273	189,6045	16395,5136
Obciążenie B	0,0273	10,3955	1395,5139
Obciążenie B%	0,1364%	5,1977 %	9,3034%
Kryterium akceptacji: Średnia wyznaczona w laboratorium +/- obciążenie wyznaczone w laboratorium ma się mieścić w zakresie akceptacji wyników kontroli wyznaczonym przez producenta kontroli	Spełnione	Spełnione	Spełnione

Wyznaczenie błędu całkowitego metody

Własny błąd całkowity (TE) wyznaczono na podstawie wzoru $TE = 1,65 \cdot I\% + B\%$

Parametr/materiał (Nazwa kontroli)	Poziom L lot:	Poziom M lot:	Poziom H lot:
TEa (dane: COBJwDL)	20 %	20 %	20 %
I % (nieprecyzja)	3,6605%	2,5142%	2,146%
B % (poprawność)	0,1364%	5,1977 %	9,3034%
Wyznaczone TE	6,1762%	9,3462%	12,8444%
Kryterium $TE < TEa$	spełnione	spełnione	spełnione

Oświadczenie:

Na podstawie przedstawionych parametrów można stwierdzić, że wartości cech metody:

Precyzja w warunkach odtwarzalności spełnia kryteria akceptacji.

Poprawność spełnia kryteria akceptacji.

Wyznaczone TE nie przekracza TEa obowiązującego w Laboratorium – (nazwa laboratorium)

Metoda dopuszczona do stosowania w Laboratorium (nazwa laboratorium)

Zalecenia: po 1 miesiącu oznaczeń oszacować niepewność pomiaru.

Ponowną weryfikację metody należy przeprowadzić w razie wystąpienia istotnych zmian w procedurze badawczej lub w przypadku wymiany urządzenia lub części urządzenia.

Weryfikację wykonał:

Weryfikację zatwierdził:

..... (data i dane pracownika)

..... (data i dane pracownika)





DR NAUK BIOLOG. ANNA BARANIAK
ZAKŁAD MIKROBIOLOGII MOLEKULARNEJ
NARODOWY INSTYTUT LEKÓW

Pałeczki z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzające karbapenemazy NDM – dynamiczne rozprzestrzenianie się szczepów w Polsce

Szybkie rozprzestrzenianie się na całym świecie pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy (*carbapenemase-producing Enterobacteriaceae*, CPE) stanowi jeden z najważniejszych problemów współczesnej medycyny i tematów w dziedzinie lekooporności drobnoustrojów. Karbapenemy są uznawane za tzw. leki ostatniej szansy w leczeniu zakażeń wywołanych przez wielooporne bakterie Gram-ujemne, jednak szczepy CPE są niewrażliwe na ich działanie, gdyż wytwarzają inaktywujące je enzymy, zwane karbapenemazami. Wyróżniamy trzy główne rodzaje karbapenemaz: klasy A (z głównym przedstawicielem – KPC), klasy B (tzw. metalo- β -laktamazy – MBL; do których należy enzym NDM) i klasy D (enzymy z rodziny OXA-48).

Pierwsze doniesienie o identyfikacji szczepu wytwarzającego karbapenemazę NDM (New Delhi metallo- β -lactamase) zostało opublikowane w 2009 roku, a już rok potem enzym ten zyskał wielki rozgłos na całym świecie. Olbrzymie poruszenie wywołało zastraszające rozprzestrzenianie się szczepów NDM⁺ w Indiach i innych krajach azjatyckich, nie tylko w szpitalach, ale także w środowisku oraz liczne przypadki ich zawlekania do krajów europejskich przez skolonizowanych pacjentów lub turystów.

W Polsce, pierwszy szczep *Escherichia coli* NDM⁺ wyizolowano w 2011r. od pacjenta hospitalizowanego w Warszawie, a przeniesionego ze szpitala znajdującego się w jednym z krajów środkowo-afrykańskich (Fielt i wsp. 2006. *Antimicrob. Agents Chemother.* 50: 880-886). Był to incydentalny przypadek.

Pod koniec 2012r. zidentyfikowano pierwsze 4 przypadki szczepów *Klebsiella pneumoniae* NDM⁺ w jednym ze szpitali w Poznaniu. Od 2013r. zaobserwowano już rozprzestrzenienie tych szczepów, początkowo w Poznaniu, a następnie Warszawie, a także przeniesienie ich wraz z pacjentami do innych miast Polski (Baraniak i wsp. 2015. *J. Antimicrob. Chemother.* w druku, Sep 19. pii: dkv282).

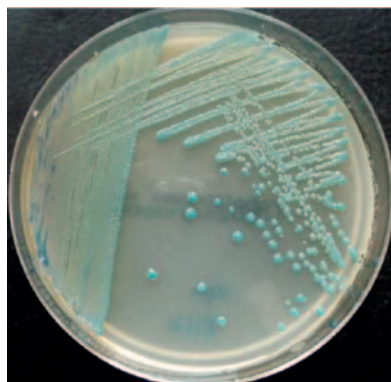
Szczególny niepokój wzbudza fakt, iż z każdym rokiem liczba identyfikacji szczepów *K. pneumoniae* NDM⁺ wzrasta. W 2013r. było to 105, w 2014r. – 261, a w 2015r. – ponad 350 nowych przypadków izolacji szczepów *K. pneumoniae* NDM⁺.

Aby nie dopuścić do dalszego epidemicznego rozprzestrzeniania się w Polsce szczepów pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy NDM, należy prowadzić bardzo aktywny i rygorystyczny ich nadzór. Zaleca się bezwzględnie

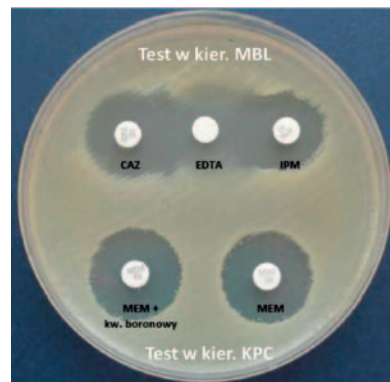
przeprowadzanie badań przesiewowych pacjentów przy przyjmowaniu do podmiotów ochrony zdrowia (zarówno leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego) z innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których zaistniał problem epidemicznego lub endemicznego rozprzestrzeniania szczepów NDM⁺. Należy także objąć badaniem pacjentów, którzy korzystali z usług opieki zdrowotnej za granicą, zwłaszcza w krajach, w których identyfikuje się szczepy wytwarzające karbapenemazy NDM.

Pozytywne skutki takiego nadzoru zaobserwowano w Wielkopolsce. Dzięki podjętym działaniom kontrolnym, szkoleniom, a także opracowaniu różnych zaleceń i rekomendacji odnotowano znaczący spadek identyfikacji pałeczek *Enterobacteriaceae* NDM⁺ w tym województwie. Obecnie prowadzone są tego rodzaju działania w Warszawie. ■

Ryc. 1. Szczepy bakteryjne pochodzą z kolekcji MIKROBANK Narodowego Instytutu Leków w Warszawie; autor zdjęć: dr Anna Baraniak



Podłoże chromogenne ChromID CARBA – szczep *Klebsiella pneumoniae* charakteryzujący się opornością na karbapenemy w wyniku wytwarzania nabytych karbapenemaz



Test dyfuzyjno-krażkowy wykrywający karbapenemazy typu MBL i KPC. Szczep *K. pneumoniae* 5926/09 MBL+, KPC-



MGR ANNA LIPNICKA – SEKRETARZ
KRAJOWEJ RADY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH



Rejestracja Medycznego Laboratorium Diagnostycznego

Na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 lipca 2001r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1384, z późn. zm.) każde medyczne laboratorium diagnostyczne jest obowiązane wystąpić z wnioskiem o wpis laboratorium do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

LABORATORIUM (medyczne laboratorium diagnostyczne) w myśl ustawy o diagnostyce laboratoryjnej:

- jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.),
- może być także jednostką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, instytutu badawczego albo uczelni medycznej.

Po spełnieniu wymagań, jakim powinno odpowiadać laboratorium, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań fachowych wobec personelu i kierownika laboratorium, warunków sanitarnych pomieszczeń i urządzeń, należy:

- złożyć wniosek o wydanie, w drodze decyzji administracyjnej, opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- złożyć wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wojewodzie właściwemu dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego;
- złożyć wniosek o wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.

KROK 1. Państwowa Inspekcja Sanitarna

Państwowa Inspekcja Sanitarna wydaje pozytywną opinię, jeżeli medyczne laboratorium diagnostyczne spełnia wy-

magania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne.

KROK 2. Rejestr Podmiotów Leczniczych

Podmiot leczniczy zamierzający wykonywać działalność leczniczą składa wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wojewodzie właściwemu dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, zawierający następujące dane:

- Imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
- Adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- Formę organizacyjną – prawną;
- Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń;
- Nazwę przedsiębiorstwa, oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. UWAGA: Nazwa przedsiębiorstwa nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego.
- Numer Regon;
- Numer identyfikacji podatkowej (NIP);

- Dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Od 1 kwietnia 2013 r. wniosek można złożyć tylko elektronicznie z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP. Aplikacja do wypełnienia wniosku znajduje się na stronie internetowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – www.rpwdl.csioz.gov.pl.

Do wniosku należy dołączyć oświadczenia o tym, iż dane są kompletne i zgodne z prawdą oraz wnioskodawcy znane są warunki wykonywania działalności leczniczej, w zakresie objętym składanym wnioskiem, w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

We wniosku posługujemy się kodami przypisanymi do poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. To co jest w zakresie działalności podmiotu leczniczego powinno mieć odzwierciedlenie we właściwych zapisach w rejestrze.

Szczegółowe informacje dotyczące rejestru u Wojewody znajdują się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szcze-



➤ **głównego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.**

UWAGA: Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Obowiązkiem podmiotu leczniczego jest:

1. Złożenie wniosku o wpis do rejestru;
2. Składanie wniosków dotyczących zmian w rejestrze;
3. Złożenie wniosku o wykreślenie z rejestru.

W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną.

KROK 3. Wpis do Ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Każde medyczne laboratorium diagnostyczne jest obowiązane wystąpić z wnios-

kiem o wpis laboratorium do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych. Wpis do ewidencji odbywa się na wniosek wnioskodawcy.

Podmiot, który utworzył lub zlikwidował laboratorium w trybie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w terminie 14 dni od daty odpowiedniego wpisu do rejestru, o którym mowa w tej ustawie, składa wniosek o wpis lub wykreślenie z ewidencji.

Uchwałę w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji podejmuje Prezydium KRDL w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Wszelkie wnioski i niezbędne informacje znajdują się na stronie internetowej: <http://kidl.org.pl/index.php?page=wpis-do-ewidencji>

Oplaty związane z rejestracją medycznego laboratorium diagnostycznego:

- Wydanie decyzji Państwowej Inspekcji Sanitarnej – bez opłat.

- Wpis do rejestru podmiotów leczniczych – podlega opłacie, którą podaje wojewoda na podstawie określonych przepisów.
- Zmiana wpisu w rejestrze podmiotów leczniczych – podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty za wpis do rejestru podmiotów leczniczych.
- Uwaga: Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.
- Zaświadczenie o wpisie MLD do ewidencji prowadzonej przez KRDL – podlega opłacie 100 zł
- Potwierdzenie wpisu natomiast – 20 zł

Nad prawidłową rejestracją medycznego laboratorium diagnostycznego powinien czuwać Kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego. ■

Informator o uchwałach organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Informujemy, iż Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, IV Kadencji, podjęło następujące uchwały:

IX posiedzenie PKRDL w dniu 1 października 2015 r.

1. Uchwała Nr 36/1-P/IV/2015 do Nr 36/4-P/IV/2015 PKRDL z dnia 1 października 2015 r. w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL;
2. Uchwała Nr 37/1-P/IV/2015 do Nr 37/3-P/IV/2015 PKRDL z dnia 1 października 2015 r. w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL;
3. Uchwała Nr 38/1-P/IV/2015 do Nr 38/96-P/IV/2015 PKRDL z dnia 1 października 2015 r. w sprawie stwierdzenia Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego i wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 39/1-P/IV/2015 do Nr 39/5-P/IV/2015 PKRDL z dnia 1 października 2015 r. w przedmiocie udzielenia rekomendacji dla szkolenia podyplomowego w celu realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego diagnostów laboratoryjnych.

X posiedzenie PKRDL z dnia 25 listopada 2015 r.

1. Uchwała Nr 40/1-P/IV/2015 do Nr 40/8-P/IV/2015 PKRDL z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL;
2. Uchwała Nr 41/1-P/IV/2015 do Nr 41/14-P/IV/2015 PKRDL z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL;
3. Uchwała Nr 42/1-P/IV/2015 do Nr 42/99-P/IV/2015 PKRDL z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie stwierdzenia Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego i wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 43/1-P/IV/2015 do Nr 43/4-P/IV/2015 PKRDL z dnia 25 listopada 2015 r. w przedmiocie udzielenia rekomendacji dla szkolenia podyplomowego w celu realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego diagnostów laboratoryjnych.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych informuje, iż przesyła diagnostom żądane przez nich uchwały w formie papierowej, na wniosek złożony w formie pisemnej na adres: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa lub na adres e-mail biuro@kidl.org.pl



PIOTR TRĘBICKI, RADCA PRAWNY,
PARTNER W KANCELARII CZUBLUN TRĘBICKI
MATYŁDA KRASZEWSKA, RADCA PRAWNY
W KANCELARII CZUBLUN TRĘBICKI



Jedna oferta nie taka straszna w zamówieniach

Obawy, że w postępowaniu wpłynie tylko jedna oferta, i zamawiający będzie musiał odierać zarzuty o niekonkurencyjność często powstrzymują przed kupieniem innowacyjnych i dobrych jakościowo rozwiązań. Niesłusznie. To, że przetargiem zainteresuje się tylko jeden wykonawca wcale nie oznacza, że zamawiający naruszył jakiekolwiek przepisy. Warto inwestować w jakość, nawet kosztem nieco większych wydatków.

Każdy zamawiający, który chociaż raz organizował postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego stawał przed dylematem: tanio czy dobrze?

Konieczność oszczędnego wydatkowania środków publicznych i cięcia kosztów kolejnych wydatków jest oczywista. Wynika po pierwsze ze zwykłej oszczędności – zrozumiałe, że każdy dobry menadżer chce zminimalizować koszty, a po drugie z obawy przed zarzutem niegospodarności i naruszenia dyscypliny finansów publicznych. Po drugie, zamawiający mimo że chętni do uzyskania jak najlepszych produktów, często uginają się pod naciskiem wykonawców nadużywających prawa do „obrony” swoich interesów. Zasypujących zamawiających wnioskami o wyjaśniania treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia (siwz), które w rzeczywistości są próbą wymuszenia zmiany siwz. Wnoszących pozbawione podstaw faktycznych i prawnych informacji o niezgodnej z przepisami ustawy PZP czynności zamawiającego, grożąc powiadomieniem instytucji nadzorujących. W skrajnym przypadku wnoszących odwołania, które najczęściej w ostatniej chwili są cofane, a mają na celu wyłącznie „przetestowanie” zamawiających i wywarcie nacisku w celu zmiany siwz.

Powstaje jednak pytanie, czy niska cena jest w stanie zapewnić produkt najwyższej jakości? Taki, który w najpełniejszym stopniu zrealizuje potrzeby zamawiających i da gwarancję niezawodności i stuprocentowej skuteczności? Istnieje taka możliwość, ale nie warto zostawiać sprawy przypadkowi.

Dokładnie 19 października 2014 r. zaczęły obowiązywać przepisy, które wprowadziły do ustawy PZP obowiązek korzystania przez zamawiających z kryterium jakościowego. Takim kryterium nie musi być określona właściwość produktu. Można ustanowić punktację związaną np. z nowoczesnymi funkcjami zamawianego sprzętu, z dokładnością pomiarów, czy też jakością testów przedkładającą się na wiarygodność wyników wręczanych pacjentowi. Z założenia zmiana przepisów miała ułatwić zamawiającym nabywanie faktycznie najkorzystniejszych rozwiązań. Nie tylko najtańszych, lecz najlepszych pod każdym względem.

Jak wygląda stosowanie wymagań jakościowych w praktyce? Pomimo rewolucyjnych założeń i dobrych chęci ustawodawcy, jakość w procedurze zamówieniowej jest fikcją. Niestety ustawa PZP nie precyzuje, jaką minimalną wagę należy ustalić dla kryteriów jakościowych, dlatego zdecydowana większość zamawiających ogranicza ją do absolutnego minimum. Tym samym nadaje jej wyłącznie pozorny charakter. Jak inaczej nazwać ukształtowanie kryteriów w następujący sposób:

Przykład nr I:

- a) cena – waga 90 %;
- b) termin realizacji dostawy – waga 10%

Oczywistym jest, że w takim przypadku, niezależnie od wzoru, który zamawia-

jący ustali dla obliczenia ilości punktów przyznanych wykonawcy w kryterium „termin”, decydująca dla wyboru oferty najkorzystniejszej będzie wyłącznie cena.

Przykład nr II:

- cena – waga 70 %
- termin płatności – waga 30%, liczone według następujących zasad:
 - termin płatności do 30 dni = 10 punktów;
 - termin płatności od 31 do 50 dni = 20 punktów;
 - termin płatności od 51 do 60 dni = 30 punktów;

W tym przypadku oczywistym jest, że każdy wykonawca zaoferuje zamawiającemu maksymalny możliwy (dopuszczony przepisami) termin płatności. Tym samym uzyska maksymalną możliwą ilość punktów, a decydującym kryterium pozostanie cena.

Takie rozumienie zagadnienia kryterium jakości trzeba uznać za nieprawidłowe i zupełnie niepraktyczne. Możliwość stawiania wymagań w zakresie jakości zamawianych produktów to doskonałe i przydatne narzędzie, którego zamawiający nie powinni się bać. Powinni je częściej i bardziej eksploatować.

Zażośmy, że zamawiający wie, że na rynku dostępny jest produkt, który w pełni odpowiada jego potrzebom. Idealny do zastosowania, funkcjonalny pod każdym względem, nieomylny, wiarygodny, wydajny, dokładny i faktycznie najlepszy. Ale nie najtańszy. Czy w takim przypadku zamawiający może go zamówić i w dodatku ustalić kryteria oceny ofert w proporcjach 50:50 (cena:jakość), albo wręcz 40:60? Może, a nawet powinien. Ideą wprowadzenia do ustawy PZP obecnego brzmie-



nia art. 91 ust. 2 i ust. 2a było bowiem zapewnienie zamawiającym narzędzia do rozsądnego wydatkowania środków publicznych przy jednoczesnym zapewnieniu możliwie najlepszych jakościowo produktów. Faktycznie najlepszych, a nie tylko najtańszych.

Ustawa Prawo zamówień publicznych nie ustanawia zakazu, aby w postępowaniu mogła być złożona tylko jedna oferta, czy też kilka ofert, ale na dokładnie ten sam produkt. Wręcz przeciwnie. Takie przepisy byłyby nierozsądne, bo wpływałyby na zatrzymanie rozwoju i postępu technicznego. Opisywanie w SIWZ nowoczesnych i najlepszych jakościowo testów, leków czy analizatorów, oprócz bardzo wymiernych korzyści wyrażających się w możliwości użytkowania przez zamawiającego najnowocześniejszych rozwiązań, stymuluje rynek wykonawcy do ciągłego ulepszania istniejących produktów oraz wytwarzania nowych. Tylko zamawianie przez szpitale i laboratoria najlepszych towarów spowoduje, że producentom będzie się chciało inwestować w badania i nowoczesność.

Przyczyną obaw zamawiających przed zamawianiem produktów wysokiej jakości są obawy przed niekonkurencyjnością postępowania. Przed tym, że w przetargu zostanie złożona tylko jedna oferta, co rzekomo jest zakazane. Z tym mitem rynek do dziś nie może się uporać.

Fakt sprzedaży czy wytwarzania określonego asortymentu przez jednego producenta nie wyłącza możliwości jego dystrybucji przez różne podmioty. Podobnie okoliczność, że wyłącznie jeden przedsiębiorca na rynku krajowym może dystrybuować dany produkt, nie wyłącza możliwości skorzystania przez innych wykonawców z podwykonawstwa tego podmiotu, lub zwyczajnie złożenia u niego zamówienia na produkt.

KIO/416/13

wyrok KIO z 11 marca 2013 r.

rozpoznając postawione zarzuty Izba zgodziła się z twierdzeniem zamawiającego, iż w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego zamawiający jest uprawniony do takiego opisanie przedmiotu zamówienia, który umożliwia mu dokonanie zakupu jak najnowocześniejszych urządzeń prawem, ale i obowiązkiem zamawiającego jest opisanie przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem jego obiektywnych, uzasadnionych potrzeb

Następnie, trzeba pamiętać, że złożenie w postępowaniu wyłącznie jednej oferty nie powoduje konieczności jego unieważnienia, lub wadliwości zawartej na skutek takiego przetargu umowy.

Co więcej, tak długo, jak długo zamawiający nie będzie posługiwał się dla opisanie przedmiotu zamówienia konkretnymi znakami towarowymi (choć pamiętajmy, że nawet takie działanie jest w świetle ustawy PZP dopuszczalne przy dochowaniu określonych wymogów), nie powinno być mu zarzucane działanie naruszające uczciwą konkurencję.

Niezależnie od powyższego, zamawiający powinni pamiętać, że poza ustaleniem kryterium w zakresie jakości, wymagania w tym zakresie mogą również stawiać w innych częściach siwz. W opisie przedmiotu zamówienia, gdzie bardzo dokładnie mogą opisać swoje potrzeby i oczekiwania względem zamawianego produktu, w liście dokumentów, które wykonawca musi przedstawić w celu potwierdzenia, że oferowane dostawy spełniają wymagania postawione w siwz, żądając próbek i przewidując procedurę testowania oferowanego przez wykonawców asortymentu. Możliwości są wręcz nieograniczone. A wprowadzenie surowego „sita” dla wykonawców wcale nie oznacza, że postępowanie jest niekonkurencyjne.

Na fakt, że konkurencyjność wcale nie oznacza, że każdy wykonawca musi złożyć ofertę w postępowaniu wielokrotnie i od wielu lat konsekwentnie wskazuje w swoich orzeczeniach Krajowa Izba Odwoławcza. Potwierdziła to m.in. w wyroku KIO 2476/12, gdzie orzekła, że:

- „Nie każdy wykonawca, który czuje się na siłach wykonać to zamówienie, musi zostać dopuszczony do udziału w postępowaniu”,
- w także w wyroku KIO/UZP 239/09, gdzie wskazano m.in. że:
- „(...) obowiązkiem zamawiającego jest określenie w siwz opisu przedmiotu zamówienia w sposób obiektywny, z zachowaniem przepisów Prawa



zamówień publicznych określających sposób opisu przedmiotu zamówienia, jak również zasad uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców. Nie oznacza to jednak wymogu określenia przedmiotu zamówienia w sposób, który umożliwi złożenie ofert przez wszystkie podmioty działające w danej branży. Podkreślić należy, że to zamawiający określa przedmiot zamówienia.(...)”

Podsumowując, warto pamiętać, że zamawiający ma prawo żądać w postępowaniu produktu, który chce kupić – produktu najwyższej jakości, a nie tylko najtańszego. Wysoka jakość zawsze wiąże się z koniecznością poniesienia nieco większych wydatków, co nie oznacza niegospodarności.

Złożenie w postępowaniu wyłącznie jednej oferty nie przesądza o niekonkurencyjności postępowania i zamawiający nie powinni obawiać się takiej sytuacji. A co najważniejsze, zamawiający powinien być pewny swoich działań i nie ulegać nieuzasadnionym naciskom ze strony wykonawców.

Zakup asortymentu o wysokich parametrach funkcjonalnych, nawet takiego, który nie jest dostępny „od ręki” u nieograniczonej ilości sprzedawców nie jest niezgodny z przepisami ustawy PZP. Zamawiający ma prawo do jakości i nie powinien bać się z niego korzystać. Najwyższy czas obalić mit zakazu jednej oferty. ■



KAROLINA PRASZEK, PRAWNIK
SPECJALISTA DS. OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH
ODO MANAGEMENT GROUP SP. Z O.O.



We know how

Czy wyniki badań pacjentów są bezpieczne?

Świadomość osób zatrudnionych w laboratorium z zakresu ochrony danych osobowych.

Dane osobowe – często posługujemy się niniejszym określeniem, ale czy wiemy dokładnie co to są dane osobowe? Jak należy je chronić? Czy mamy do nich jakieś prawa? Jeśli tak – to jakie? Czy wynik badania jest daną osobową?

Większość z nas, realizując swoje zawodowe obowiązki, nawet nie zastanawia się, iż na co dzień przetwarza dane osobowe, że przewidziane są do tego konkretne procedury narzucone przepisami prawa, a ich niespełnienie bądź naruszenie grozi nawet odpowiedzialnością karną.

Jako ODO Management Group – firma zajmująca się ochroną danych osobowych, postanowiliśmy sprawdzić czy dane osobowe pacjentów poszczególnych laboratoriów są w pełni bezpieczne i czy pracownicy w nich zatrudnieni znają procedury postępowania z danymi osobowymi. Na pewno są Państwo ciekawi wyniku niniejszego eksperymentu. My zostaliśmy niemiło zaskoczeni rezultatem przeprowadzonej kontroli. Wyniki zostaną opisane w niniejszym artykule.

Na początku przybliżę Państwu zakres mieszczący się w pojęciu ochrona danych osobowych, abyśmy mogli zdać sobie sprawę jak szerokie jest to pojęcie oraz, że w rzeczywistości jest to jeden z ważniejszych czynników, na jaki należy zwracać uwagę wykonując zawód diagnosty.

W Polsce od 29.08.1997 roku obowiązuje ustawa o ochronie danych osobowych, była ona kilkakrotnie nowelizowana, natomiast dopiero w grudniu 2014 roku ostatnia jej aktualizacja (30.12.2014 r.) przyniosła znaczące zmiany zarówno

dla podmiotów gospodarczych, jak i osób fizycznych. Zgodnie z art. 6 ustawy o ochronie danych osobowych – danymi osobowymi są wszelkie informacje dotyczące konkretnej osoby, za pomocą których bez większego wysiłku można tę osobę zidentyfikować, chociaż nie jest ona wyraźnie wskazana. Możliwą do zidentyfikowania jest taka osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, w szczególności poprzez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne. Informacji nie uważa się za umożliwiającą określenie tożsamości osoby, jeżeli wymagałoby to nadmiernych kosztów, czasu lub działań.

Do danych osobowych zalicza się więc nie tylko imię, nazwisko i adres osoby, ale również przypisane jej numery (identyfikatory), dane o cechach fizjologicznych, umysłowych, ekonomicznych, kulturowych i społecznych.

Wielu z nas nie orientuje się jak szeroki zakres ma pojęcie: „dane osobowe”. W dodatku należy zaznaczyć, iż pojęcie to nie jest jednoznaczne, nie dla każdego poszczególny zbiór cech będzie identyfikowany jako dana osobowa. Uzależnione jest to od narzędzi, jakimi dysponujemy oraz jak szybko możemy połączyć po-

szczególne cechy z osobą fizyczną. W tym miejscu należy zaznaczyć dodatkowo, iż Ustawa w art. 27 definiuje szczególną grupę danych osobowych jako „dane wrażliwe” są to m.in. takie dane jak: stan zdrowia, kod genetyczny, nałogi, życie seksualne, poglądy polityczne. Pracownicy laboratoriów, punktów pobrań mają do czynienia z niniejszymi informacjami na bieżąco. Dane wrażliwe wymagają szczególnej ochrony. Laboratoria przekazują wyniki badań pacjentom na kilka sposobów: osobiście poprzez odbiór wyniku w przychodni; za pomocą internetu; za pośrednictwem osoby trzeciej; przez telefon. Czy powyższe formy udostępniania wyników badań są zgodne z prawem? Czy sposób przekazywania danych, będących danymi wrażliwymi jest odpowiednio zabezpieczony?

Jak pokazuje nasz eksperyment często wytyczne płynące z przepisów prawa, a rzeczywiste stosowanie procedur jest dość odmienne. Laboratoria, chcąc wyjść z nowymi możliwościami w stronę pacjentów, uruchamiają telefony informacyjne (infolinia). Wykorzystanie tej metody komunikacji ma na celu udzielanie porad i wskazówek dotyczących lokalizacji przychodni, punktów pobrań, godzin otwarcia, informacji, gdzie należy odebrać wyniki badań. Ważne jest, aby drogą telefoniczną nie podawać wyników badań ➤



► **pacjentowi.** Nie ma bowiem możliwości zidentyfikowania osoby dzwoniącej i jednoznacznego stwierdzenia, że jest ona tą osobą, za którą się podaje. Sposobów na wyłudzenie wyników jest mnóstwo, począwszy od argumentacji, że dzwoni córka w imieniu ojca będącego inwalidą, który sam nie może odebrać wyników, poprzez prośbę rodzica, który akurat przebywa w podróży służbowej, ale pilnie musi poznać wynik dziecka, na sąsiadce pomagającej osobie starszej skończywszy.

Zastanówmy się, jakie powyższe przykłady mogą nieść zagrożenie zarówno dla naszych pacjentów, jak i dla wizerunku naszego przedsiębiorstwa, gdybyśmy ulegli tej argumentacji. Niestety w przeprowadzonym przez nas ogólnopolskim eksperymencie na 25 badanych laboratoriach zaledwie w dwóch przypadkach otrzymaliśmy informację, że dane (wyniki badań), o które pytamy przez telefon nie zostaną nam podane ponieważ jest to niezgodne z obowiązującym prawem.

Pamiętajmy zatem, aby:

- Podczas odbioru wyników badań przez pacjenta w razie wątpliwości wylegitymować osobę odbierającą badanie.
- Jeśli decydujemy się na umożliwienie pacjentowi pobrania wyniku za pomocą internetu – aplikacji, przekazamy mu unikalny kod, za pomocą którego będzie mógł pobrać swój wynik on-line.
- Gdy wyniki odbiera osoba trzecia w imieniu pacjenta, zanim prześlemy wynik poprosimy o okazanie upoważnienia wraz z dowodem osobistym.

Konsekwencje, jakie niesie za sobą łamanie ustawy o ochronie danych osobowych, to m.in. pozbawienie wolności do lat 3 czy kara administracyjna w łącznej kwocie do 200 000 tys. zł. Odpowiedzialność ponoszą zarówno pracownicy za nieprzestrzeganie zasad, jak i pracodawca, który odpowiedzialny jest za prawidłowe przeszkolenie swojego personelu oraz nadanie stosownych upoważnień do przetwarzania danych osobowych dla każdej zatrudnionej przez niego osoby.

Na koniec proszę zastanowić się, czy w Państwa Laboratorium nie zdarzają się podobne przypadki? Czy chronicie Państwo w sposób należyty dane osobowe swoich pracowników i swoich pacjentów? Często dotkliwsza od kary finansowej bywa utrata zaufania pacjentów. ■



Lublin, dn. 11 .12. 2015 r.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych

Zapoczątkowana przez Panią Prezes KRDL dr n. med. Elżbietę Puacz akcja „**Diagnosta-Diagnoście**” spotkała się z ogromnym odzewem i życzliwością w środowisku Diagnostów Laboratoryjnych.

Pragniemy złożyć **serdeczne podziękowania** wszystkim **Diagnostom Laboratoryjnym z całej Polski** za okazaną pomoc i wsparcie w leczeniu i rehabilitacji naszego synka Frania. Zgromadzone środki pozwoliły na przeprowadzenie trzech operacji okulistycznych prawego oczodołu, usunięcie torbieli z rogówki oka lewego, konsultacje u najlepszych specjalistów, prowadzenie ciągłej i intensywnej rehabilitacji oraz zakup niezbędnego sprzętu medycznego.

Najbliższy rok będzie dla Frania bardzo trudny i intensywny, ponieważ zaplanowano wiele kolejnych operacji m.in. rekonstrukcję rozszczepu podniebienia, wstawienie implantu ślimakowego i dalsze protezowanie gałki ocznej oraz cykl turnusów rehabilitacyjnych.

Mimo tak niewyobrażalnie trudnego losu, nasz kochany Franio jest silnym i dzielnym maluszkim, który swoją wolą walki z chorobą i postępowaniem w rozwoju, a także uśmiechami daje nam rodzicom siłę i ogromną radość. Cieszymy się z każdej Jego szczęśliwej chwili. Franio umie pić sam z butelki, chętnie zjada wszystkie nowe wprowadzane dania, bawi się zabawkami. Jeszcze raz za wszystko serdecznie dziękujemy.

Elżbieta i Przemysław Kołodziej
Diagności laboratoryjni



MGR EWA BRZEZIŃSKA
– RZECZNIK KIDL



Badania niezgodne z ustawą – opis przypadku

Do lekarza specjalisty chorób wewnętrznych zgłosiła się pacjentka z wynikami badań tzw. żywej kropli krwi w jasnym polu widzenia. Z opisu jasno wynikało, że w krwi pacjentki są jaja pasożytów. Lekarz, któremu zostały przedstawione te badania był zaskoczony widząc, że badania zostały zautoryzowane pieczęcią diagnosty laboratoryjnego.

POSTĘPOWANIE

Lekarz zawiadomił Rzecznika Dyscyplinarnego Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych o tym, że diagnosta laboratoryjny autoryzuje wyniki badań, które są sprzeczne z wiedzą medyczną i zasadami sztuki, narażając tym samym pacjentów na niebezpieczeństwo.

Rzecznik Dyscyplinarny wszczął postępowanie dyscyplinarne, w wyniku którego skierował do Sądu Dyscyplinarnego KIDL wniosek o ukaranie diagnosty laboratoryjnego. We wniosku Rzecznik Dyscyplinarny KIDL zarzucił obwinionemu, iż posługując się tytułem diagnosty laboratoryjnego autoryzuje wyniki badań mikroskopowej analizy żywej kropli krwi w jasnym polu widzenia, czym narusza art. 4 w zw. z art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2001 nr 100 poz. 1083, dalej: Ustawa) oraz § 1 i 6 Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego (dalej: KEDL).

Sąd Dyscyplinarny uznał diagnostę za winnego popełnienia zarzucanych mu czynów i wymierzył mu karę nagany.

KOMENTARZ

W niniejszej sprawie mamy do czynienia z dwoma rodzajami przewinień, których dopuścił się obwiniony. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że zgodnie z art. 4 Ustawy, tytuł diagnosty laboratoryjnego podlega ochronie i zastrzeżony jest **jedynie** dla autoryza-

cji wyników badań przeprowadzanych w MLD, a których katalog wskazany jest w art. 2 Ustawy.

Badania tzw. żywej kropli krwi w jasnym polu widzenia z uwagi na ich sprzeczność z wiedzą medyczną nie wchodzi w zakres procedur obowiązujących w MLD. W związku z powyższym, wykorzystywanie tytułu zawodowego diagnosty laboratoryjnego, celem autoryzacji czynności niemieszczących się w zakresie w/w procedur, a podlegającego w myśl przepisów ochronie prawnej, pozostaje w sprzeczności z art. 4 w zw. z art. 2 Ustawy.

A zatem, korzystanie z pieczęćki diagnosty laboratoryjnego do autoryzacji wyników badań, które nie zostały wymienione w art. 2 Ustawy jest w każdym przypadku naruszeniem przepisów bezwzględnie obowiązujących i skutkuje uznaniem za winnego. W tym miejscu wymaga podkreślenia fakt, iż okoliczność, że przełożony wymusza na diagnostę laboratoryjnym dokonanie takiej autoryzacji nie zwalnia diagnosty z odpowiedzialności.

Działanie obwinionego należy również oceniać w kontekście norm przewidzianych w KEDL. W myśl § 1 diagnosta laboratoryjny powinien wykonywać swoje obowiązki zawodowe w sposób zgodny z powszechnie przyjętymi **normami etycznymi** utrwalonymi w tradycji zawodów medycznych oraz **zgodnie z zasadami sztuki zawodu**. Zaś § 6, znajdujący się w rozdziale poświęconym relacjom diagnosty z pacjentem, nakazuje aby

diagnosta laboratoryjny, **stosując całą swoją wiedzę, umiejętności i doświadczenie dążył do uzyskania wiarygodnych wyników badań** i dokonał ich interpretacji dla potrzeb medycyny praktycznej i nauki. W toku postępowania obwiniony przyznał, że miał świadomość, iż badanie takie nie jest badaniem diagnostycznym. Zaskakującym jest zatem fakt, iż mimo to, posługiwał się pieczęcią diagnosty laboratoryjnego, autoryzując wynik badania, które stoi w sprzeczności z wiedzą medyczną i zasadami sztuki.

Nie ulega wątpliwości, że strażnikami jakości i standardów wykonywania zawodu jesteśmy my sami – diagnosty laboratoryjni. Dlatego też każde działanie diagnosty naruszające przepisy tak Ustawy, jak i KEDL godzi w wizerunek zawodu diagnosty laboratoryjnego i nadwyręża zaufanie, jakim powinni darzyć diagnostów pacjenci i osoby wykonujące inne zawody medyczne. ■





DR N.MED. ALICJA BROŻEK

KATEDRA CHEMII I BIOCHEMII KLINICZNEJ

ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ I MEDYCYNY LABORATORYJNEJ

UNIwersytet Medyczny

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO

W POZNANIU



Początki diagnostyki laboratoryjnej w Poznaniu

Kiedy medycy zauważyli przydatność oceny płynów ustrojowych dla postawienia diagnozy, stosunkowo łatwo dostępne mocz i krew stały się pierwszymi analizowanymi materiałami.¹ Z badań hematologicznych do najwcześniej wykonywanych należały: oznaczanie hemoglobiny, methemoglobiny, barwników żółciowych oraz badania służące wykryciu i różnicowaniu białaczek. Nawiązując do historii nauk medycznych, to z potrzeb sztuki medycznej wyrosły fizjologia i chemia – dając podwaliny biochemii.

W XVIII wieku, w ośrodkach uniwersyteckich biochemia przeżywała renesans rozwoju, niestety Wielkopolska była, ze względów politycznych, pozbawiona takich możliwości. Do końca I wojny światowej nie było tu wyższej uczelni, w której wykładano by medycynę czy chemię. Dla nauki wielkopolskiej duże znaczenie odgrywało prężnie działające od 1857 roku Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk (PTPN)². Szansą dla rozwoju biochemii wielkopolskiej było utworzenie w 1870 r. przez Augusta hr. Cieszkowskiego z Wierzenicy Szkoły Rolniczej Haliny w Żabikowie pod Poznaniem. Nauki rolnicze w tamtym okresie były cennym sprzymierzeńcem dla rozkwitu biochemii. Katedrę nauk przyrodniczych prowadził Dr Szczepny-Kudelka, który wykładał botanikę, fizjologię i chemię fizjologiczną. W 1876 r. okupant niemiecki, zamykając szkołę, doprowadził do zahamowania rozwoju nauk eksperymentalnych.

Pojawienie się w szpitalach m.in. mikroskopu i mikrotomu, umożliwiło wyodrębnienie się w drugiej połowie XIX w. nowej gałęzi medycznej – „*diagnostyki laboratoryjnej*”³. Analizy toksykologiczno-sądowe wykonywali lekarze z racji ukończonych studiów, a specjalne uprawnienia w tym celu przyznawano apotekarzom. Równolegle, z inicjatywy lekarzy i dzięki zdobytemu doświadczeniu w czasie wyjazdów zagranicznych, w szpitalach uniwersyteckich tworzone pracownie chemiczne, bakteriologiczne oraz mikroskopowe – szpitalne pracownie analiz medycznych.

Rozwój biochemii w Wielkopolsce umożliwiło dopiero otwarcie Uniwersytetu Poznańskiego (7 maja 1919 r.), a na nim w 1920 roku – Wydziału Lekarskiego. Biochemia w Polsce rozwijała się głównie, jako chemia fizjologiczna powołana na Wydziałach Lekarskich.^{4,5} W Poznaniu, w nowoutworzonym uniwersytecie, stanowisko kierownicze w Katedrze Chemii Fizjologicznej objął lekarz, Prof. dr Stefan T. Dąbrowski. Katedra ta, z przerwą na okres wojenny, prowadzi badania i kształci studentów do dnia dzisiej-

szego. Bardzo silny wpływ na rozwój biochemii miały wydane przez pracowników Katedry podręczniki do ćwiczeń z chemii fizjologicznej: pierwszy, autorstwa adiunkta Dr B. Pohoreckiej-Leleszowej (1928 r.) oraz kolejne autorstwa Dra Zdzisława Stolzmann (1933 r. – skrypt, 1938r. – podręcznik). Obok nowoutworzonych Katedr Chemii Fizjologicznej, niezależnie powstawały zakłady i pracownie laboratoryjne, w których wykonywano niezbędne badania dla ludności. Znane są postacie polskich uczonych: Ludwika Rajchmana (bakteriolog) i Ludwika Hirsfelda (bakteriolog i immunolog), którzy w 1923 r. założyli Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. W Poznaniu, już we wrześniu 1929 r. Dr Maria Karłowska utworzyła pionierskie laboratorium, oparte na wzorach wiedeńskich – typowe dla okresu międzywojennego – laboratorium analiz chemicznych, bakteriologicznych i serologicznych.

Wybuch II Wojny Światowej ponownie zaburzył rozwój nauki. Działania wojenne uszczupliły kadrę naukową i bazę aparaturową. Dla wielkopolskiej nauki ogromną szansą był działający w warunkach konspiracyjnych w Warszawie, pod kierunkiem Prof. dra Adama Wrzoska, Tajny Uniwersytet Ziemi Zachodnich (TUZZ) oraz utworzona w 1943 r. przez Dra fil. i Dra med. Zdzisława Stolzmann filia TUZZ w Częstochowie. Młodzież pobierająca naukę u Dra Stolzmann, swoje życiowe plany wiązała z pracą laboratoryjną.

Po 1945 r. przy klinikach uniwersyteckich powstawały pracownie analityczne. W placówkach tych stopniowo, obok tradycyjnej pracy laboratoryjnej, rozpoczęto działalność naukową: np. w II Klinice Internistycznej Uniwersytetu Poznańskiego Dr Stanisław Magas zajmował się gospodarką jodem w ustroju, a II Klinika Pediatria UP prowadziła badania nad zaburzeniami endokrynologicznymi wieku dziecięcego. W tym czasie zagrożenia epidemiczne i katastrofalny stan sanitarny były siłą napędową dla



rozwoju diagnostyki laboratoryjnej. Poważnym problemem, obok braku odpowiedniej kadry, było odseparowanie polskiego lecznictwa od dobrze rozwiniętej zachodniej medycyny. W Poznaniu szczególne zasługi dla organizacji laboratoriów należą do Dr Marii Karłowskiej, która w kwietniu 1945 r. zorganizowała w przydzielonym jej mieszkaniu przy ul. Mickiewicza 32, laboratorium analiz lekarskich (w kolejnych latach z jej inicjatywy powstały jeszcze dwa laboratoria). Oprócz powyższego laboratorium, już w czerwcu 1945r. Doc. hab. Zdzisław Stolzmann zorganizował prywatne laboratorium, w którym w sposób profesjonalny, przez lata wykonywane były badania diagnostyczne dla mieszkańców Poznania i okolic [Ryc. 1]. Oprócz rutynowych oznaczeń przeprowadzano analizy, które sprawiały trudności pracownikom przyszpitalnym.

Braki w najprostszym sprzęcie takim, jak: próbówki, płytki Petriego i strzykawki, powodowały w szpitalach okresowe ograniczenia zleceń na analizy. Hospitalizowani pacjenci musieli zgłaszać się do izby przyjęć z wynikami wcześniej wykonanych analiz krwi i moczu. Prasa zawodowa obarczała odpowiedzialnością za brak odczynników pracowników laboratoriów, insynuując, że wynoszą je i odsprzedają placówkom prywatnym.⁶

W szpitalach analizy lekarskie wykonywały laborantki pracujące w poszczególnych oddziałach (niekiedy w całym szpitalu była tylko jedna laborantka), a w nocy potrzebne analizy krwi i moczu wykonywali sami lekarze. Na bazie pracowni oddziałowych zaczęły powstawać nadzorowane przez lekarzy, laboratoria specjalistyczne. Po zakupieniu odpowiedniego wyposażenia, tworzone centralne laboratoria szpitalne, które z czasem wchłaniały pracownie oddziałowe. Organizowanie laboratoriów centralnych trwało do lat 70. ubiegłego stulecia – Centralne Laboratorium Analityczno-Biochemiczne Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąćckiego w Poznaniu zostało uruchomione dopiero 1 października 1970 r.

W połowie lat 70-tych, pracownie diagnostyki laboratoryjnej w ramach reformy lecznictwa włączono w skład Zakładów Opie-

Ryc. 1. Dokument potwierdzający działalność Gabinetu Analiz Lekarskich utworzonego w 1945r przez Doc. Zdzisława Stolzmann.

Wypełniać każdy formularz oddzielnie — nie przez kaski

DEKLARACJA

NA UZYSKANIE KARTY REJESTRACYJNEJ

na przedsiębiorstwo, zakład przemysłowy, górniczy, rzemieślniczy, handlowy, usługowy, zajęcie zawodowe, inne
zatrudnienia o celach zarobkowych (właściwe podkreślić)

na okres od 1 stycznia 1952 r. do 31 grudnia 1952 r.

- a) Nazwa osoby prawnej bądź firma przedsiębiorstwa (zakładu)
b) Nazwisko i imię właściciela, współwłaściciela, osoby wykonującej zajęcie
Zdzisław Stolzmann
- Data otwarcia przedsiębiorstwa (zakładu) lipiec 1945
(Podać datę uruchomienia przedsiębiorstwa, zakładu po wojnie)
- Forma prawna przedsiębiorstwa (właściwą formę podkreślić)
a) prywatne: firma jednoosobowa
b) inne (podać jakie: np. prowadzone przez partię, związek, spółka nie będąca spółką handlową (spółka prawa cywilnego), samorząd gospodarczy itp.)
spółka jawna
spółka komandytowa
spółka z o. o.
spółka akcyjna
- Podać nazwę instytucji lub organizacji nadrzędnej, której przedsiębiorstwo bezpośrednio podlega lub której jest członkiem: Przydział W.R.N. Wydział Zdrowia
- Przedsiębiorstwo zarejestrowane: a) gdzie W.R.N. Wydział Zdrowia
b) kiedy 12 lipiec 1950
- Miejsce wykonywania przedsiębiorstwa lub zajęcia:
a) Przedsiębiorstwa ze stałą siedzibą podają dokładny adres zakładu, (na który zgłaszają niniejszą deklarację), województwo Poznań, powiat Poznań, miejscowość Poznań, ulica Stawacznego, Nr domu 29, Nr lokalu 8
b) Przedsiębiorstwa bez stałej siedziby np. handlu okręgowego, podają nazwy miejscowości, powiatów lub województw, w których są wykonywane
c) Dla zajęć zawodowych podają dokładny adres, (jeżeli zajęcie wykonywane jest w jednym stałym miejscu), albo podać miejscowości powiaty lub województwa, w których zajęcie wykonywane jest w różnych miejscach, chociażby sezonowo Poznań
d) Jeżeli podmiot czasowo przechowuje surowce, półwyroby lub gotowe towary we własnym lub cudzym lokalu mieszkalnym poza składem, na który należy nabyć oddzielną kartę rejestracyjną, podać miejsca przechowywania towarów
- Miejsce zamieszkania właściciela(i) przedsiębiorstwa, osoby wykonującej zajęcie, albo miejsce znajdowania się siedziby lub zarządu osoby prawnej. Podać województwo, powiat, miejscowość, ulicę, Nr domu i lokalu: Poznań, Stawacznego 29 m. 8
- Rodzaj zakładu (właściwy podkreślić):
a) handel towarowy hurtowy (sprzedaż detalistom i pobrutownikom)
b) handel towarowy hurtowo-detaliczny (jednoczesna sprzedaż detalistom i konsumentom)
c) handel towarów detaliczny (sprzedaż konsumentom)
Określić bliżej rodzaj handlu detalicznego (sklep, stragan stały, kiosk uliczny, handel odnośny, handel okrężny po targach i jarmarkach itp.)
d) przedsiębiorstwo świadczeń usługowych
e) przemysł, rzemiosło
f) zajęcie zawodowe
g) inne zajęcie zarobkowe
Czy przedsiębiorstwo prowadzi skup towarów? (jeżeli tak, podać jakich artykułów)
- Przedmiot działalności przedsiębiorstwa, zakładu, osoby wykonującej zajęcie:
a) możliwie dokładnie określone rodzaje gałęzi przemysłu lub branży handlowej albo zajęcia
b) podać nazwy grup artykułów, które zakład wytwarza, lub którymi handluje, albo określić wykonywane czynności lub roboty
(Przy wymienieniu grup artykułów zachować kolejność od najważniejszych do najmniej ważnych)
c) wymienić te rodzaje artykułów, które podlegają wyższej stawce pod (art. 9 i...) dekretu o podatku obrotowym
d) Czy przedsiębiorstwo wykonywane jest we własnym imieniu i na własny rachunek? (tak, nie)
Jeżeli w obcym imieniu albo na obcy rachunek, podać w czym imieniu i na czyj rachunek.
- Uprawnienia do prowadzenia przemysłu (właściwe podkreślić i wypełnić):
a) Uprawnienie przemysłowe (art. 8 i 144 prawa przemysłowego — data i Nr oraz określenie władzy, która wydała uprawnienie) prawo praktyczne w 12.01.50 przy W.R.N. Wydział Zdrowia w Poznaniu
b) Karta rzemieślnicza (art. 144 prawa przemysłowego — data i Nr)
c) Data złożenia podania o zezwolenie na prowadzenie przedsiębiorstwa handlowego lub zawodowe wykonywanie czynności handlowych oraz data i kwota wpłaconej opłaty
d) Data złożenia zawiadomienia o prowadzeniu przemysłu i wykonywaniu zajęć zarobkowych oraz data i kwota wpłaconej opłaty

M. Fin. Nr 71 KDRN Nr 100, 1000
Deklaracja na uzyskanie karty rejestracyjnej
(dla podatków i celów celniczo-handlowych)

Wdr. P. 71 C.W.D. W-wa Bielska 15. Zam. Nr 677/E
Własność Zakładu Cof. 655 12 X 52 222 400 64 p. alb. 50 g. 12.4.54.5 A-5-0828

ki Zdrowotnej. Zintegrowano dzięki temu badania wykonywane dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie i hospitalizowanych oraz polepszono nadzór nad działalnością tych pracowni.

W roku 1953 spośród dyscyplin lekarskich wyodrębniono analitykę lekarską, późniejszą analitykę medyczną (aktualnie – diagnostyka laboratoryjna). Ośrodek poznański był głównym centrum szkoleniowym nowej dyscypliny medycznej. W latach 60. w Zakładzie Chemii Fizjologicznej ówczesnej Akademii Medycznej, specjalizację w zakresie analityki lekarskiej ukończyło 8 lekarzy, w tym 6 asystentów Zakładu: Dr Maria Czesława Pietz, Prof. Józef Chmiel, Prof. Halina Karoń, Prof. Jerzy Patelski, Dr Mieczysław Urbanowicz, Dr M. Przewoźnik oraz lekarze spoza uczelni, Dr I. Wenclewska i Dr I. Rumiewicz.^{7,8,9}



Ryc. 2. Sprzęt laboratoryjny Prof. Zdzisława Stolzmann (dar syna, Dr Macieja W. Stolzmann dla Zakładu Biochemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej Katedry Chemii i Biochemii Klinicznej UM w Poznaniu) oraz aparatura laboratorium Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu (ze zbiorów dr n. med. Ewy Leporowskiej, kierownika Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej WCO) – fragment wystawy z okazji 50-lecia PTDL, 22-23.10.2015 r. „Wystawa aparatury pierwszych gabinetów lekarskich i laboratoriów diagnostycznych w Poznaniu”.



➤ Polska diagnostyka laboratoryjna nabiera znaczenia w 1962 r. wraz z wyodrębnieniem Sekcji Analityki Lekarskiej z Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Pierwszym przewodniczącym Zarządu Sekcji był Prof. Zdzisław Stolzmann. Na zorganizowanym w 1964 r., z inicjatywy Prof. Jerzego Krawczyńskiego (pierwszy prezes PTDL) i Prof. Z. Stolzmann, Zjeździe Sekcji Analityki Lekarskiej w Jeleniej Górze przekształcono Sekcję w samodzielne Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL), skupiające wszystkie osoby z wyższym wykształceniem, zajmujące się naukowo lub zawodowo diagnostyką laboratoryjną.

Konsultant Krajowy ds. Diagnostyki Laboratoryjnej i Zarząd Główny PTDL wspólnie wystąpili z inicjatywą uruchomienia na studiach farmaceutycznych kierunku: analityka kliniczna, celem zapewnienia laboratoriom odpowiednio wykwalifikowanych

pracowników. W roku akademickim 1970/71 w Warszawie na Wydziale Farmaceutycznym utworzono pierwszy w Polsce kierunek „analityka kliniczna”.¹⁰ W następnych latach ten nowy kierunek uruchamiano także w innych ośrodkach akademickich. Na mocy rozporządzenia ministerialnego, w październiku 1979 roku utworzono, jako pierwszy w Polsce, Oddział Analityki Medycznej przy Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Białymstoku i kolejne – w Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu i Wrocławiu. Absolwenci tego kierunku pracują w nowoczesnych zautomatyzowanych laboratoriach zarówno usługowych, jak i naukowych. Aktywnie uczestniczą w procesie opieki nad pacjentem, począwszy od profilaktyki, przez rozpoznanie jednostek chorobowych, do monitorowania leczenia. ■

PRZYPISY

- 1 Neubauer C., Vogel J. (1867). *Badanie i semiotyka moczu. Analyse des Harns*. Wiesbaden 1867. Wyd. V. Przeł. Witkowski S., Warszawa 1871.
- 2 Świderski G., Stański M. (1971). *Główne kierunki rozwoju medycyny polskiej na przełomie XIX i XX w. a działalność naukowa Władysława Biegańskiego*. w: Władysław Biegański lekarz i filozof 1857-1917. Poznań, s.68.
- 3 Urbanek B. (2011). *Analityka medyczna jako element polityki w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce w latach 1918-1939*. w: *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Warszawa: Śląski Uniwersytet Medyczny, Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, s.207.
- 4 Schramm R.W. (1973). *Biochemia*. w: *Nauka w Wielkopolsce – przeszłość i teraźniejszość*. Pod redakcją Labuda G., Poznań, s. 724.
- 5 Szczepski O. (1973). *Nauki lekarskie i farmaceutyczne (1919-1969)*. w: *Nauka w Wielkopolsce – przeszłość i teraźniejszość*. Pod redakcją Labuda G., Poznań, s.945-946.
- 6 Chora analityka. „Służba zdrowiu” 1965, nr 14, s.4.
- 7 Kronika Akademii Medycznej w Poznaniu od 1 stycznia 1950r. do 30 września 1957r., T. 1, Poznań 1959, s. 201.
- 8 Kronika i Bibliografia Dorobku Naukowego Akademii Medycznej w Poznaniu 1957/58 – 1963/64,
- 9 Meissner R.K. (2001). *Dziekani Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego i Akademii Medycznej*. w: *Księga Pamiątkowa w 80-lecie uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu. Studia i Materiały*. Pod redakcją Meissner R.K. Poznań. s.235.
- 10 Tomaszewski L. (1986). *Zakład Analityki Klinicznej*. „Farmacja Polska”, nr 1-2, s. 38-40. Brożek A. (2012). *Profesor Zdzisław Stolzmann (1906-1997) Współtwórca Poznańskiej Szkoły Chemii Fizjologicznej*.s.15-27.



MGR ALICJA NIEWIADOMSKA
DR N. MED. EWA ŚWIĄTKOWSKA

Diagnosta Menedżer – nadzwyczajnie zwyczajny

Pragniemy zaprezentować diagnostę, specjalistę, kierownika i menedżera:
Mgr Halinę Więckiewicz-Kozłowską – specjalistę analityki klinicznej – kierownika Medycznego
Laboratorium Diagnostycznego w Wojewódzkim Szpitalu w Sieradzu

Urodziła się na ziemiach zachodnich. Ukończyła studia na Wydziale Farmaceutycznym, kierunek Analiza Kliniczna Akademii Medycznej w Łodzi, w 1978 roku.

Po studiach podjęła pracę w Laboratorium Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku jako młodszy asystent. Kierownikiem i mentorem dla młodego adepta sztuki laboratoryjnej była Pani kierownik mgr A. Celewicz. Już w 1979 roku Pani Halina Więckiewicz została Kierownikiem Miejskiego Laboratorium we Włocławku, po roku równocześnie została powołana na stanowisko kierownika Laboratorium przy Szpitalu Miejskim, gdzie pracowała do 1984 roku. Szybko doceniono jej fachowość i menedżerskie umiejętności. W 1984 roku została Inspektorem Nadzoru Farmaceutycznego i Analityki w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. Sprawowała też funkcję zastępcy Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Metodycznego Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej w Sieradzu.

Od roku 1990 pełni funkcję Kierownika Medycznego Laboratorium Diagnostycznego przy Wojewódzkim Szpitalu w Sieradzu. Od podstaw zorganizowała w nowo oddanym szpitalu Laboratorium. Wtedy też pojawiły się pierwsze analizatory. Jako jedno z pierwszych laboratoriów w kraju wprowadziło zamknięty system pobierania krwi w szpitalu. W ciągu ostatnich 10 lat

ilość wykonywanych badań wzrosła ponad dwukrotnie, i dziś zbliża się do miliona. Już w 2003 roku wprowadzony został kompleksowo Laboratoryjny System Informatyczny. W latach 2001–2003 do struktury MLD włączone zostały pracownice: mikrobiologii i serologii. W 2008 roku włączony został do struktury placówki Szpital Miejski w Sieradzu, a w 2014 r. Szpital Psychiatryczny w Warcie. Dzięki zdolnościom organizacyjnym i niebywałemu zaangażowaniu Pani Kierownik przejęty został personel, pracownice zostały zautomatyzowane, a panel wykonywanych badań znacznie posze-

rzony. Pracownia Mikrobiologii posiada pierwszy w regionie analizator do identyfikacji bakterii metodą spektrometrii masowej, a w celu usprawnienia pracy w punkcie przyjmowania materiału znajduje się sorter do rozdziału i archiwizacji próbek.

Obecnie Laboratorium obsługuje szpital o łącznej ilości łóżek w liczbie 1298. Szpital jest największym pracodawcą w regionie.

Jednocześnie Pani mgr Halina Więckiewicz-Kozłowska dba o rozwój merytoryczny swój i zatrudnionych diagnostów poprzez uczestnictwo w kongresach, zjaz-





Związana ze środowiskiem mikrobiologów oraz społecznością akademicką Gdańska, wspaniałą dydaktyk i niekwestionowany autorytet, dr hab. Julianna Kurlenda urodziła się w tym mieście 17 lutego 1952 roku.

W 1971 roku podjęła studia na Wydziale Biologii Uniwersytetu Gdańskiego. Była studentką, a w okresie późniejszym – bliskim współpracownikiem pani prof. dr hab. Anny Podhajskiej. W 1976 pod kierunkiem dr Zyty Kowalskiej obroniła pracę magisterską w Zakładzie Biochemii i Mikrobiologii Uniwersytetu Gdańskiego przy współpracy z Zakładem Utrwalania Żywności i Mikrobiologii Technicznej Politechniki Gdańskiej.

Pracę zawodową rozpoczęła w 1978 roku w Zakładzie Bakteriologii Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 kierowanym przez dra Alfreda Sametę i uczestniczyła w organizowaniu od podstaw laboratorium mikrobiologicznego utworzonego na terenie szpitala. Wkrótce rozpoczęła współpracę z Oddziałem Intensywnej Terapii kierowanym przez panią prof. Janinę Suchorzewską, co zaowocowało znaczącym dorobkiem publikacyjnym oraz Zespołową Nagrodą Drugiego Stopnia Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

Współpraca ta skierowała zainteresowania badawcze pani dr hab. J. Kurlendy na problematykę zakażeń szpitalnych. Tematyce tej poświęciła pracę doktorską, której promotorem był prof. Stefan Kryński, a badania realizowane były między innymi przy współpracy z prof. Anną Podhajską z Katedry Mikrobiologii Uniwersytetu Gdańskiego.

W latach 1988–1992 Julianna Kurlenda odbyła dwa staże szkoleniowe w Szpitalu OLVG w Amsterdamie, które pozwoliły jej na zapoznanie się z najnowszym sprzętem i organizacją nowoczesnego laboratorium mikrobiologicznego.

W 1992 roku uzyskała specjalizację II stopnia z Mikrobiologii, a w roku następnym została powołana na konsultanta wojewódzkiego w ówczesnym województwie toruńskim. Funkcję tę pełniła do roku 1997.

Od października 1993 roku pracowała na stanowisku starszego wykładowcy w Katedrze Mikrobiologii Uniwersytetu Gdańskiego, gdzie wraz z dr Ireną Aleksandrowicz opracowała autorski program wykładów i ćwiczeń z mikrobiologii klinicznej dla studentów Wydziału Biologii oraz słuchaczy Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i AMG. Dla studentów Wydziału Biotechnologii prowadziła także

➤ dach, konferencjach i szkoleniach. Jej zaangażowanie i fachowość zostały docenione przez środowisko i w roku 2012 została wyróżniona odznaką Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny. W roku 2012 otrzymała Medal za Długoletnią Służbę, a w 1987 roku został jej przyznany Brązowy Krzyż Zasługi. W 2012 roku MLD kierowane przez Panią mgr H. Więckiewicz-Kozłowską zostało docenione przez KRDL i decyzją KRDL przyznano Dyplom „Wyróżniające się Medyczne Laboratorium Diagnostyczne”.

Delegat na I Zjazd Krajowej Izby Diagnostów. Przez trzy kadencje była w Zarządzie Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział łódzki.

Udało jej się też pogodzić pracę zawodową z życiem rodzinnym. Jest dumną matką dwóch dorosłych synów. Świetna

gospodyni, babeczki w jej wykonaniu – palce lizać!

Myszę, że nadszedł czas, aby docenić nadzwyczajnie zwyczajną osobowość Pani mgr Haliny Więckiewicz-Kozłowskiej i podziękować za wspaniałą pracę, tym bardziej, że Pani Halina jest przekonana o spełnieniu jedynie swojego obowiązku. Wykazała siłę i odwagę w życiu zawodowym, dając przykład moralnej postawy dla środowiska diagnostów. Osoba mgr Haliny Więckiewicz-Kozłowskiej jest przykładem szlachetnego człowieka i mądrego pracodawcy.

Pani mgr Halina Więckiewicz-Kozłowska podjęła decyzję o przejściu z dniem 1 stycznia 2016 roku na emeryturę.

W imieniu środowiska diagnostów woj. łódzkiego życzymy zdrowia i realizacji swoich wielu pasji, na które dotychczas nie zawsze znajdowała czas. ■



Dr hab. Julianna Kurlenda

(1952-2015) – wspomnienie

zajęcia z mikrobiologii spożywczej. Pełniła również funkcję konsultanta w gdańskim Szpitalu Specjalistycznym na Zaspie.

Od 1995 roku kierowała Zakładem Bakteriologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Gdańsku, doprowadzając do jego reorganizacji zgodnej z nowoczesnymi standardami diagnostycznymi, co zaowocowało znacznym usprawnieniem funkcjonowania laboratoriów. W ramach walki z zakażeniami szpitalnymi zainicjowała i prowadziła szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek z klinik i oddziałów szpitalnych Trójmiasta.

We wszystkich środowiskach, z którymi miała kontakty zawodowe, prowadziła szkolenia i wykłady na obszarze całego Pomorza, jak i w innych regionach kraju. Działalność tę kontynuowała niezmiennie, aż uniemożliwił jej to stan zdrowia. Równocześnie prowadziła działalność dydaktyczną na rzecz Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i AMG oraz Wydziału Farmaceutycznego. Była promotorem prac magisterskich, recenzentem projektów badawczych i publikacji naukowych oraz doktoratów. Swoją wiedzę i doświadczeniem dzieliła się bezinteresownie, bowiem działalność dydaktyczną kontynuowała, nie będąc już pracownikiem Uniwersytetu Gdańskiego. Prowadziła wykłady dla lekarzy i mikrobiologów na zaproszenia oddziałów towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Alergologów, Polskiego Towarzystwa Urologów, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej.

Zajęcia i wykłady prowadzone przez Juliannę Kurlendę, uwzględniające zawsze najnowsze trendy naukowe, cieszyły się dużym uznaniem studentów i słuchaczy.

Współpracowała również naukowo z wieloma jednostkami Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Gdańskiej oraz Akademii Morskiej w Gdyni, co zaowocowało bogatym dorobkiem publikacyjnym.

Dr hab. J. Kurlenda uczestniczyła w programach badań klinicznych nad antybiotykami. Ścisłe współpracowa-



ła z *Ogólnopolską Siecią Monitorowania Lekooporności „OPTY”* oraz z Krajowym Ośrodkiem Referencyjnym ds. Diagnostyki Bakteriologicznej Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KORUN).

Od roku 1978 należała do Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów, a od roku 2004 pełniła funkcję członka zarządu pomorskiego oddziału PTM.

W 2006 objęła stanowisko kierownika Zakładu Bakteriologii Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, gdzie podjęła się trudnego wyzwania reorganizacji i modernizacji jednostki oraz wyszkolenia młodego zespołu mikrobiologów. Zaangażowała się również w wypracowanie efektywnych form współpracy z oddziałami szpitalnymi. Misję tę wypełniła znakomicie, co potwierdzają jej bliscy współpracownicy.

W roku 2011 uzyskała stopień doktora habilitowanego na Wydziale Biologii Uniwersytetu Gdańskiego.

W dorobku naukowym dr hab. Julianny Kurlendy znajduje się 46 publikacji w recenzowanych czasopismach naukowych,

z czego 18 w czasopismach o zasięgu międzynarodowym, a także ponad 50 komunikatów konferencyjnych, wiele tych prac jest powszechnie cytowana.

W trakcie swej pracy zawodowej dr hab. J. Kurlenda pełniła funkcję opiekuna specjalizacji wielu diagnostów laboratoryjnych specjalizujących się w zakresie mikrobiologii klinicznej, zaszczeplając w nich swoim przykładem zawodową odpowiedzialność i sumienność oraz potrzebę ciągłego samokształcenia, służąc zawsze nieocenioną pomocą i radą.

Jej pasją było dzielenie się wiedzą w zakresie nowoczesnej diagnostyki mikrobiologicznej i zakażeń szpitalnych. Miała znaczący udział w wykształceniu młodego pokolenia mikrobiologów, którzy z powodzeniem funkcjonują w zawodzie, zarówno na uczelniach jak i w laboratoriach diagnostycznych.

Pani dr hab. Julianna Kurlenda była członkiem Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Uczestniczyła w licznych spotkaniach w Sejmie oraz w sejmowych komisjach zdrowia, przekonując o konieczności powołania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz utworzenia samorządu. Brała udział w pracach nad ustawą o diagnostyce laboratoryjnej oraz w pracach organizacyjnych przy tworzeniu Izby. Była członkiem KRDL w I kadencji. W latach 2002–2010 była członkiem Komisji Rewizyjnej KIDL i dodatkowo latach 2002–2006 pełniła funkcję przedstawiciela wojewódzkiego Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych na województwo pomorskie.

W uznaniu zasług za działalność na rzecz diagnostyki laboratoryjnej pani dr hab. Julianna Kurlenda otrzymała odznaczenie „Zasłużony diagnosta laboratoryjny” oraz najwyższe odznaczenie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych za całokształt działalności i ogromne zaangażowanie w procesie tworzenia Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych honorową statuetkę „Sapere aude”.

W naszej pamięci pozostanie kochaną Panią Jolą, *życzliwą* panią doktor, zawsze gotową na każdą prośbę.

Pożegnaliśmy Panią Jolę 24 października 2015 roku.

Przyjaciele i współpracownicy



INFORMATOR DIAGNOSTY

Przedstawiamy podstawowe informacje dotyczące skreślenia z listy diagnostów, śmierci diagnosty, aktualizacji danych, składek.

Skreślenie z listy diagnostów

Diagnosta ubiegający się o skreślenie z listy diagnostów zobowiązany jest:

- złożyć lub przesłać do siedziby KIDL wniosek o SKREŚLENIE Z LISTY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH, o treści np.: „Skladam wniosek o skreślenie mnie z listy diagnostów ...”.
- dołączyć dokument „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego” – KIDL po dostawieniu pieczęci „DOKUMENT ANULOWANY” zwróci go właścicielowi.
- uregulować ewentualne brakujące składki do miesiąca, w którym zostanie złożony wniosek o skreślenie – dołączyć kopię dowodu wpłaty.

Uwaga:

- zgłoszenie telefoniczne chęci skreślenia z listy jest niewystarczające i nie wywołuje skutków prawnych;
- złożenie wniosku o skreślenie bez załączonego dokumentu PZWDL nie uruchamia procedury skreślenia – dokument PZWDL musi być doślany;
- zgłoszenie telefoniczne bądź złożenie wniosku o skreślenie bez dokumentu PZWDL nie powoduje zawieszenia obowiązku składowego.

Śmierć diagnosty

Warunkiem wykreślenia z listy diagnostów jest przesłanie do Izby kopii aktu zgonu – zgłoszenie telefoniczne jest niewystarczające.

Ze względu na wrażliwość tematu zwracamy się z serdeczną prośbą do wszystkich diagnostów laboratoryjnych o pomoc. W miarę możliwości prosimy o przypomnienie rodzinie zmarłego o konieczności przesłania kopii aktu zgonu do KIDL; jeśli nie będzie to możliwe prosimy o przesyłanie tych informacji do KIDL lub członka KRDL na dane województwo (dane kontaktowe na stronie www.kidl.pl).

Przypominamy, że od 17 kwietnia 2015 roku obowiązuje Uchwała nr 19/IV/2015 KRDL dotycząca przyznawania rodzinie zmarłego diagnosty laboratoryjnego pomocy materialnej.

Aktualizacja danych osobowych

Uprzejmie prosimy diagnostów laboratoryjnych, którzy od momentu rejestracji w KIDL zmienili nazwisko, adres do korespondencji lub dowód osobisty, zdobyli tytuł specjalisty – aby informowali o tym biuro KIDL w terminie 30 dni od zaistniałej zmiany. Do wypełnionego formularza (wzór na stronie www.kidl.org.pl w zakładce Diagnosty) należy dołączyć kopię dokumentów świadczących o zmianie np. dowód osobisty lub odpis skrócony aktu małżeństwa – potwierdzone za zgodność z oryginałem w zakładce pracy lub w organie wydającym ten dokument i dołączyć Prawo Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego w celu wpisania odpowiednich zmian (nazwisko) lub uzupełnienia danych (specjalizacja, stopień naukowy)

Składki

– zawieszenie, zmniejszenie, umorzenie

Składki stanowią podstawę funkcjonowania KIDL i gwarancję sprawowania należytego nadzoru nad wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Od 1 kwietnia 2008 roku wysokość obligatoryjnej składki z tytułu członkostwa w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych wynosi 20 zł (podstawa prawna: uchwała nr 48/II/2008 KRDL z dnia 29 lutego 2008 r.).

Warunki ubiegania się o zawieszenie, zmniejszenie lub umorzenie zaległości składowych określa Uchwała nr 53/III/2012 KRDL z dnia 13 stycznia 2012 r.

Prawo zawieszenia składki mają diagnosty laboratoryjni, którzy: nie pracują, przebywają na urlopie wychowawczym oraz wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej w ramach wolontariatu.

W momencie podjęcia pracy diagnosta laboratoryjny ma obowiązek zgłosić tę sytuację w ciągu 7 dni od daty podjęcia zatrudnienia. Obowiązek płatności

składki członkowskiej powstaje od pierwszego dnia miesiąca, w którym diagnosta laboratoryjny ponownie podjął zatrudnienie.

Zmniejszeniu do 50% składki członkowskiej są uprawnieni diagnosty laboratoryjni którzy: uzyskali prawo do emerytury, świadczeń przedemerytalnych, renty inwalidzkiej i nie pracują, i nie osiągają dochodów z innych tytułów.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach losowych Sekretarz, Skarbnik lub Prezydium KRDL ma prawo umorzyć zaległe składki lub ich część, obniżyć wysokość oraz rozłożyć na raty na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy

Informacje dotyczące składek znajdują się w zakładce Diagnosty na stronie KIDL i tam też można pobrać stosowne wnioski i oświadczenia.

Należy pamiętać, że wnioski należy złożyć w terminie do 3 miesięcy od dnia zaistnienia okoliczności. Wnioski składane po upływie dłuższego terminu są rozpatrywane 3 miesiące wstecz od daty złożenia wniosku.

Zainteresowane osoby powinny przysyłać do biura KIDL pisemne wnioski wraz z dołączonym właściwym dokumentem (np.: decyzja PUP o statusie osoby bezrobotnej, zaświadczenie o urlopie wychowawczym, umowa wolontariatu, decyzje ZUS o przyznaniu emerytury/renty wraz z oświadczeniem itp.). Przypominamy, że zgłoszenie telefoniczne do KIDL zaistniałego stanu, uprawniającego do zmniejszenia lub zawieszenia obowiązku płacenia składki jest niewystarczające (nie skutkuje zmniejszeniem lub zawieszeniem należnych składek w systemie KIDL) i musi być poparte ww. dokumentami.

Decyzje o zawieszeniu płatności składowych z powodu bezrobocia przyznawane są na 6 miesięcy. Po tym czasie zainteresowany diagnosta laboratoryjny, który pozostaje bezrobotnym musi złożyć kolejny wniosek o zawieszenie składki. Brak takiego wniosku powoduje, że po upływie 6-miesięcznego zawieszenia składki naliczane są automatycznie.

Składki

– tylko na indywidualne subkonta

Kierujemy ten apel do Państwa, którzy nadal nie realizują swoich płatności na indywidualne subkonta. Przypominamy, że przejście na płatności indywidualne jest obligatoryjne i powinno zakończyć się tak szybko, jak to możliwe. W związku z Państwa zapytaniami dotyczącymi indywidualnych subkont, w szczególności opisów przelewów na subkontach, informuję, że:

- opisy powinny być krótkie i proste, np.: składka członkowska, składka członkowska plus ubezpieczenie OC
- numer subkonta całkowicie identyfikuje wpłacającego, zatem niepotrzebne są inne informacje (jak imię i nazwisko, adres czy numer PZWDL)
- składki członkowskie sumują się w systemie ciągłym, tzn. do sumy wpłat za poprzednie miesiące dodawana jest wpłata bieżąca – oznacza to, że nie jest konieczne podawanie w opisie za jaki miesiąc wpłacana jest składka. Pozwoli to Państwu na stałe zlecenie bankowe z jednym opisem, bez konieczności modyfikacji tematu przelewu w każdym miesiącu
- ochrona z tytułu ubezpieczenia OC dotyczy tylko tych okresów, w których dokonana została płatność (3 zł) – nie ma zatem możliwości uzupełnienia składek ubezpieczenia OC wstecz
- w przypadku wpłat awansem lub składek zaległych – również wystarczy krótki opis, jak np.: składka członkowska za rok 2014 lub zaległe składki członkowskie
- diagnosty, którzy płacą 50% składkę (niepracujący emeryci i renciści) również nie muszą tego opisywać – numer subkonta zidentyfikuje ich jako płacących obniżoną składkę
- zakład pracy może nadal opłacać Państwa składki, jeśli zgodzi się przekazywać odrębne przelewy dla każdego diagnosty na jego indywidualne subkonto.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości proszę o kontakt do Biura KIDL pod numerem telefonu: (22) 741 21 55 wew. 131, 130, 114, 200.

mgr inż. **Mariusz Lis**

Dyrektor ds. Finansowych i Rozwoju KIDL

RAL STAINER

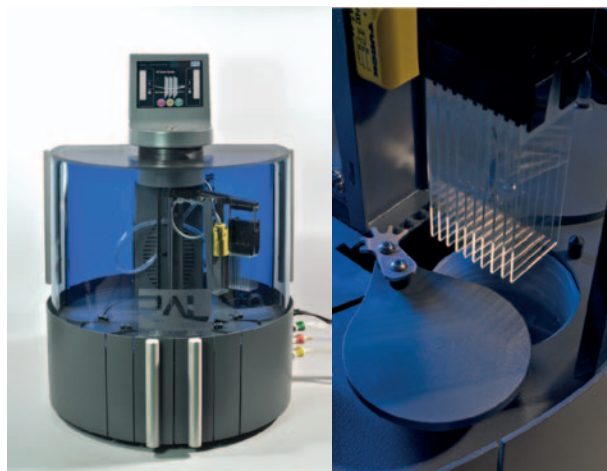
automat do barwienia



W pełni zautomatyzowany zamknięty system do barwienia metodą zanurzeniową

Gwarantuje:

- Standaryzację procesu barwienia
- Powtarzalność wyników
- Wysoką jakość odczynników i odczytu
- Bezpieczeństwo użytkownika



Argenta
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.
ul. Polska 114, 60-401 Poznań

tel. 48 61 / 847 46 37, 848 30 58, 843 26 19
fax. +48 61 / 848 34 77, 843
email: argenta@argenta.com.pl
www.argenta.com.pl
 www.facebook.com/firma.argenta

NIEZAWODNOŚĆ



I ZAUFANIE OD 1948
PRODUCENT WIRÓWEK LABORATORYJNYCH



MPW MED. INSTRUMENTS
UL. BOREMŁOWSKA 46 04-347 WARSZAWA

TEL. 22 610 56 67, 22 740 20 25
FAX 22 610 81 01 MPW@MPW.PL, WWW.MPW.PL

Grupa INTER Polska to ponad 20-letnie doświadczenie w ubezpieczeniach branży medycznej.

W ramach wieloletniej współpracy zapewniamy Członkom Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych ochronę w zakresie odpowiedzialności cywilnej.

Dziękujemy za zaufanie.



■ Zadbaj o siebie, zabezpiecz zdrowie i życie

Ubezpiecz życie - wybierz INTER Medyk Life. Zabezpieczy Ciebie i Twoją rodzinę na wypadek Twojej choroby, uszczerbku na zdrowiu czy śmierci. To gwarancja, że gdy nie będziesz mógł wykonywać pracy zawodowej, Ty i Twoja rodzina nie pozostaniecie bez środków do życia.



TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. najdynamiczniej rozwijającą się instytucją finansową na polskim rynku (Gazeta Finansowa, październik 2013 r.)

■ Przygotuj plan awaryjny, w razie choroby lub wypadku

Ubezpiecz kontrakt lub działalność - kup INTER Medicus lub INTER Kontrakt. Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy dla osób wykonujących zawód medyczny na kontrakcie lub prowadzących działalność gospodarczą. W razie choroby lub wypadku tracisz istotną część przychodów. Ubezpieczenie INTER Medicus lub INTER Kontrakt zapewnia Ci stabilizację finansową.

Ubezpiecz kontrakt
lub działalność!

dostaniesz do
9 000 zł
miesięcznie

Uzupełnij ochronę o ryzyka:

- trwałe uszkodzenie wzroku lub słuchu w trakcie pracy
- przewlekłe zatrucie lekami, płynami sterylizującymi, gazami anestetycznymi
- zakażenie wirusem HIV lub WZW typu B i C

Pomoc finansowa podczas niezdolności do pracy:

- świadczenie pieniężne za każdy dzień
- wypłata także za czas pobytu w szpitalu i późniejszej rekonwalescencji
- kwota wypłacana do 180-dnia niezdolności do pracy

20%

zniżki na ubezpieczenie domu lub mieszkania
- INTER Lokum dla Członków Krajowej Izby
Diagnostów Laboratoryjnych

Zniżka nie łączy się z innymi promocjami, ważna za okazaniem kuponu do 31.12.2016 r.

Zapraszamy do kontaktu!

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska SA
Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-Życie Polska SA
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa
tel. 22 333 75 28
sprzedaz.centrala@interpolska.pl

inter
UBEZPIECZENIA