

Rozmowa z dr Ewą Świątkowską, wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, diagnostą laboratoryjnym z 40-letnim stażem pracy, w tym 20-letnim jako kierownik MLD.



foto: arch. E. Świątkowskiej

## Oczekując na nowelizację *Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej*

**Aleksandra Garniewska: Czy zawód diagnosty laboratoryjnego jest znany i poważany?**

**Ewa Świątkowska:** Zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem stosunkowo młodym, w porównaniu do innych zawodów medycznych, takich jak lekarz, pielęgniarka czy aptekarz, które są zawodami z dużą tradycją. Analityka medyczna jako dziedzina powstała z nauk medycznych związanych z pracą lekarzy. Wcześniej analitykami byli lekarze lub farmaceutyci. Stosunkowo późno zauważono, że w laboratoriach powinien pracować personel wykwalifikowany, a nie przypadkowy. Efektem tego było powołanie kierunkowych, samodzielnych 5-letnich studiów magisterskich, tj. kierunku analityka medyczna, który przygotowuje do pracy w medycznych laboratoriach diagnostycznych. W ubiegłym roku obchodziliśmy 40-lecie powołania tego kierunku. Wcześniej

na wydziałach farmaceutycznych, zanim utworzono jednolite studia magisterskie, były tzw. studia kierunkowe. Po trzech latach farmacji można było wybrać dwuletni cykl analizy farmaceutycznej lub analityki klinicznej. Wówczas magister farmacji po kierunku analityka kliniczna był teoretycznie przygotowany do pracy w MLD. Z pewnością powstanie Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej zwróciło uwagę społeczeństwa, że taki dział istnieje. Pod koniec 2001 r., po prawie 20-letnich staraniach, została uchwalona *Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej*, w której zostały zapisane: zawód diagnosty laboratoryjnego – zawód zaufania publicznego, który został powołany w oparciu o artykuł 17.1 *Konstytucji RP*, i funkcjonowanie jego samorządu zawodowego. Nazwa zawodu ma swoich zwolenników, jak i przeciwników, a jego rozpoznawalność jest mała. Wynika to głównie ze specyfiki funkcjonowania laboratorium.

## **Diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, pomoc laboratoryjna – dla niektórych to ta sama osoba – najczęściej stosowanym zwrotem jest laborant.**

Najczęściej występuje określenie, za które często się obrażamy, czyli laborant. Tak jest najprościej, ale z pewnością to nie jest dobre nazewnictwo. Aktualnie chcemy odejść od nazwy „diagnostyka laboratoryjna” i przyjąć określenie, które jest stosowane i rozpoznawane na całym świecie, czyli „medycyna laboratoryjna”.

### **Nie analityka medyczna?**

Nie, medycyna laboratoryjna. Nawet dążymy do tego, żeby część oddziałów analityki medycznej przyjęła tę nazwę na uczelniach kształcących. Część uczelni już to wdrożyła. W projekcie ustawy również zaproponowaliśmy zmianę – ustawa o medycynie laboratoryjnej. Jest to określenie bardziej aktualne, szersze i trafniejsze, bo uwzględniające wszystkie rozwijające się kierunki i dziedziny.

### **Czy Polacy wiedzą, kto wykonuje ich badania?**

Różnie to wygląda, ale to też wynika z umiejscowienia laboratorium, które w większości szpitali często jest schowane, a materiał pobiera personel oddziału. Kontakt pracownika MLD z pacjentem jest znikomy, stąd niewiedza. Jakiś czas temu KIDL przeprowadził ankietę na ten temat. Jak się okazało, najczęstszym wskazaniem była pielęgniarka.

W MLD pracującym w trybie ambulatoryjnym jest nieco inaczej. Pacjent z reguły wie, że idzie do laboratorium i ktoś odpowiedni pobiera mu krew. Bardzo często rozmawia ze specjalistą o wynikach badań. Tu kontakt pacjenta i pracowników laboratorium jest bliższy.

### **Ankietowani wskazują pielęgniarkę? To ciekawe.**

Tak, bo to ona pobiera materiał do badań laboratoryjnych. Poza tym wynika to z wykonywania niektórych badań bezpośrednio przy łóżku pacjenta. Mam tu na myśli na przykład oznaczenie stężenia glukozy z wykorzystaniem glukometrów. Pragnę zauważyć, że niestety Ministerstwo Zdrowia jest dość hojne w rozdawnictwie uprawnień do wykonywania badań laboratoryjnych. Co ciekawe, odbywa się to bez naszej wiedzy, nie wspominając już o akceptacji postanowień. Ministerstwo nadało uprawnienia do wykonywania części badań laboratoryjnych zarówno pielęgniarkom, jak i ratownikom medycznym. W przypadku ratowników jest to dość uzasadnione. Tutaj mamy do czynienia z pomocą w sytuacjach nagłych i często zagrożenia życia, i jest to logiczne. Natomiast dość szeroką ręką nadano uprawnienia pielęgniarkom

i do tej pory resort udaje, że nie widzi tego rozdziału w rozporządzeniu, tym samym problem nie istnieje. Nie jesteśmy widoczni, taka jest prawda.

### **W takim razie w jaki sposób możemy promować zawód diagnosty laboratoryjnego?**

W różny sposób. Przede wszystkim, my, diagnosty, powinniśmy częściej pojawiać się w mediach i mówić o rzeczach, które dotyczą problematyki naszego zawodu, jak również zwracać uwagę na rolę/udział badań laboratoryjnych w profilaktyce, diagnostyce, leczeniu i monitorowaniu stanu zdrowia. Media publiczne powinny szerzej pełnić misję publiczną i mówić dość powszechnie o tym, co dotyczy zdrowia publicznego. Niestety w przypadku szeroko pojętej diagnostyki, w tym promowania wszelakich programów profilaktycznych, niezbyt chętnie podejmują te tematy. Ciągłe oddaje się głos tylko lekarzom, nawet w przypadku diagnostyki laboratoryjnej. My jesteśmy na drugim planie, gdzieś z tyłu. Wielka szkoda.

### **Ważnym dniem, który buduje świadomość społeczną, jest 27 maja – dzień diagnosty laboratoryjnego.**

Tak, organizujemy różne akcje informacyjno-happeningowe z naszym udziałem. Natomiast nie ukrywam, że część diagnostów niechętnie w nich uczestniczy. Trochę tego nie rozumiem, zwłaszcza że później mają pretensje, że są mało rozpoznawalni, ale sami mało się angażują. Oczywiście większa mobilizacja i integracja jest w miastach, gdzie są uczelnie kształcące diagnostów. Tutaj głównie działają studenci, którzy są bardzo aktywni. Tworzą koła naukowe, organizują konferencje i przede wszystkim są otwarci na działania ogólnopolskie. To dobrze rokuje na przyszłość.

### **Ilu jest w naszym kraju diagnostów laboratoryjnych?**

W Polsce jest ponad 16 tysięcy diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z innymi grupami – 188 tys. lekarzy, ponad 280 tys. pielęgniarek, 58 tys. fizjoterapeutów czy 34 tys. farmaceutów – jesteśmy najmniejszą grupą wśród zawodów medycznych. Warto zaznaczyć, że przecież efekty naszej pracy, czyli wyniki badań laboratoryjnych, są bardzo potrzebne w codziennej opiece medycznej nad każdym pacjentem. Poczynając od profilaktyki, przez proces diagnozowania, leczenia i następnie monitorowania ich efektów. Żaden zabieg operacyjny w naszym kraju nie obędzie się bez wykonania podstawowych badań laboratoryjnych. Zatem czy nie jesteśmy potrzebni?

Kolejną sprawą, na którą pragnę zwrócić uwagę, jest fakt, że ginimy w procedurach medycznych. Gdy two- ▶

► rzyły się kasy chorych czy NFZ, nie mieliśmy sformalizowanego przedstawiciela uprawnionego do prowadzenia rozmów – nie było samorządu zawodowego. Gdybyśmy, wzorem innych krajów, mieli tzw. bezpośrednią kontraktację badań laboratoryjnych przez NFZ, gdyby były one wycenione i gdybyśmy mówili o konkretnych pieniądzach za ich refundację, a nie byłibyśmy częścią procedury lekarskiej, to na pewno nasz status wyglądałby inaczej. Moglibyśmy mieć wtedy dużo więcej do powiedzenia, a tak ciągle nam mówią, że jesteśmy tylko częścią procedury medycznej, i stąd są wszystkie problemy.

**Odnosnie do problemów. Aktualnie organizowana jest duża akcja „Jesień w laboratorium”. 14 listopada pracownicy MLD protestowali pod Ministerstwem Zdrowia. Domagają się zmian. Jakie są główne postulaty diagnostów?**

Nie jest żadną tajemnicą, że w kontekście wspianiale rozwijającej się gospodarki w naszym kraju zawód diagnosty zaczął bardzo odstawać ze swoimi zarobkami. Nasze zarobki kształtują poziom życia i poziom zadowolenia. Jesteśmy samorządem, który nie dostaje żadnej dotacji na swoją działalność i realizację zadań publicznych z Ministerstwa Zdrowia. Ponadto sami ponosimy koszty zarówno kształcenia ciągłego obowiązkowego w ramach aktualizacji wiedzy, jak i szkolenia specjalizacyjnego. Poziom wynagrodzeń, szczególnie u młodych pracowników, którzy chcą podnosić kwalifikacje, jest bardzo istotny. Koszt pełnej specjalizacji, odbycia wszystkich kursów i staży specjalizacyjnych, czasami w innym mieście, przekracza znacznie 10 tysięcy złotych, co przy bardzo niskich zarobkach jest dużym obciążeniem dla diagnosty i jego rodziny.

Zauważyliśmy, że każdy, kto wstrzymuje funkcjonowanie systemu, może liczyć na zmiany: podjęcie rozmów, obietnice i ich realizację. Warto zwrócić uwagę na popularne w ostatnim czasie zwolnienia lekarskie, które wstrzymują funkcjonowanie nawet bardzo dużego szpitala. Przykre jest to, że Ministerstwo Zdrowia po strajkach pielęgniarek potajemnie prowadziło rozmowy i zawierało układy. My zostaliśmy w tym wszystkim

pominięci. Dlatego funkcjonujące związki zawodowe postanowiły rozpocząć akcję protestacyjną, którą jako samorząd w pełni popieramy. Zgłosiliśmy protest przeciwko niesprawiedliwym działaniom MZ, natomiast Ministerstwo nam odpowiedziało, że przecież jesteśmy uwzględnieni w ustawie o najniższych wynagrodzeniach i stopniowo nasze wynagrodzenia będą wzrastać. Ustawa ta jest kuriozalna. Zawarty w niej współczynnik przeliczeniowy wynosi 3900 zł brutto, i jest to kwota z 2015 r., która z góry zakłada zaniżanie tych zarobków w stosunku do ciągle wzrastającej średniej krajowej. Nie mówiąc o tym, że jest to niesprawiedliwe traktowanie, bo diagnostów z tytułem specjalisty nie traktuje się porównywalnie chociażby z grupą lekarzy. Uważam, że każdy specjalista, po zdaniem państwowym egzaminie specjalizacyjnym w Centrum Egzaminów Medycznych, powinien mieć porównywalne uposażenie, bo ma porównywalne kwalifikacje. Nie ukrywamy, że nasze zarobki są bardzo niskie. Widzieliśmy światelko nadziei pod koniec ubiegłego roku, gdy poprzedni skład Ministerstwa Zdrowia zaktualizował rozporządzenie o standardach jakości i wprowadził zapis mówiący o tym, że laboratoria, które uzyskują dobre i bardzo dobre wyniki w powszechnych programach jakości prowadzonych przez Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi i Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie, uzyskują tzw. świadectwo. Stanowiło to wartość dla szpitali sieciowych, które mają w swojej strukturze laboratoria – wypłata ryczałtu w wysokości 0,5% kontraktu za każde świadectwo. Zatem jeżeli laboratorium ma dwie pracownice i dwa świadectwa, to skutkuje to wzrostem o 1% wartości kontraktu. To są już konkretne, wymierne pieniądze i wreszcie dyrektor nie może powiedzieć, że laboratorium jest dla niego wyłącznie kosztem. Świadectwo uzyskane na postawie programu kontroli jakości jest wypracowane nie przez dyrekcję, tylko przez zespół pracowników laboratorium, posiadających odpowiednie kompetencje i kwalifikacje, i to nie budzi żadnych wątpliwości.

Zakładaliśmy, że część tych pieniędzy dyrektorzy szpitali przeznaczą

na potrzeby laboratorium czy chociażby na premie dla pracowników MLD. Niestety, tak się nie stało. Wszyscy skrupulatnie schowali je do kieszeni, poza jakimiś pojedynczymi przypadkami w skali kraju. Nie jest to sposób należytego podejścia do tematu. Zarówno wspomniane wcześniej podwyżki dla innych grup zawodowych, jak i ryczałt zagospodarowany na potrzeby szpitala spowodowały, że związki zawodowe podjęły akcję „Jesień w laboratorium”.

**Na czym ona polega?**

Jest to akcja ogólnopolska, która obejmuje oplakatowanie laboratoriów, noszenie koszulek i protesty. Jako samorząd wspieramy takie działania i również podejmujemy istotne kroki. Wspomnę chociażby o akcji pisania listów do Ministra Zdrowia i do posłów w sprawie wynagrodzeń dla diagnostów. Jest to gigantyczny problem, bo jeżeli nowy pracownik w markecie może uzyskać wynagrodzenie ponad 3500 zł brutto, a absolwentowi wymagających studiów z analityki medycznej przy przyjęciu do pracy oferuje się kwotę 2200-2300 zł brutto, to coś jest nie w porządku. Najgorsze jest to, że młodzi pracownicy MLD często rezygnują. Część z nich w ogóle nie podejmuje się pracy w zawodzie. Jak wynika z monitorowania zatrudnienia absolwentów, jedynie około 50% osób kończących wspomniane studia podejmuje pracę w zawodzie. Powodem jest właśnie niskie wynagrodzenie. Nie jest to zjawisko korzystne, tym bardziej że zgodnie z naszymi statystykami średnia wieku diagnosty w tym momencie wynosi 47 lat.

W niedalekiej przyszłości może dojść do takiej sytuacji, że będziemy mieli niedobory kadrowe w laboratoriach. Zwłaszcza w laboratoriach szpitalnych, które pracują w systemach całodobowych.

**Czy są takie regiony w Polsce, w których już teraz brakuje diagnostów laboratoryjnych są szczególnie dotkliwe?**

Nie każde województwo ma uczelnię medyczną, na której realizowany jest kierunek analityka medyczna/medycyna laboratoryjna, i właśnie w tych woje-

wództwach możemy zaobserwować niedobory. Myślę tu o woj. lubuskim, gdzie jest zaledwie 230 diagnostów, opolskim – 270 – i warmińsko-mazurskim – 450. Na Pomorzu sytuacja również nie wygląda dobrze, mimo że funkcjonują tam dwie uczelnie: w Gdańsku i Szczecinie. Środek naszego wybrzeża to też braki kadrowe. Dla porównania największa liczba diagnostów, czyli ponad 2500, jest w województwie mazowieckim. Wynika to również z jego wielkości i liczby funkcjonujących laboratoriów.

### **26 października odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządu diagnostów z ministrem zdrowia, w którym brała Pani udział. Jakie wnioski można z niego wysnuć?**

Wnioskowaliśmy od dawna o spotkaniu z ministrem zdrowia. Były minister Konstanty Radziwiłł powołał trzy zespoły związane z diagnostyką laboratoryjną. Pierwszy z nich wypracowywał zasady funkcjonowania centralnych ośrodków monitorowania jakości i programów projakościowych. Efektem prac było przyznanie środków finansowych na funkcjonowanie wspomnianych ośrodków oraz zapis w rozporządzeniu o standardach jakości. Drugi zespół powołany został w sprawie nowelizacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Trzeci zaś dotyczył kontroli i nadzoru nad MLD. Jego prace zakończyły się w regulaminowym terminie i zaproponowano konkretne rozwiązania: GIML – Główny Inspektorat Medycyny Laboratoryjnej. Natomiast zespół ds. ustawy rozpoczął prace, które planowo miały być zakończone w czerwcu, ale do tej pory ich nie ukończył. Oczywiście sprawa ustawy jest najważniejszym problemem, a w samej ustawie problem dostępu do zawodu. To paraliżowało prace tego zespołu. Od momentu wybrania nowego składu osobowego w Ministerstwie Zdrowia prace zespołu zostały wstrzymane. Co więcej, zespół został rozwiązany zarządzeniem wewnętrznym, i to nas zaczęło martwić. Okazało się, że Ministerstwo powołało mniejszy roboczy skład, w którym brali udział m.in. konsultant krajowy oraz prezes KRDL. Dopracowano część zapisów, jednak podstawowym problemem jest nadal

dostęp do zawodu. W naszej macierzystej ustawie istnieją zapisy, które dają uprawnienia biologom, chemikom, biotechnologom. Uważamy, że jesteśmy zawodem medycznym i diagności powinni być kształceni wyłącznie na uczelniach medycznych, gdzie realizowane są obowiązkowe przedmioty, kształtuje się etyka zawodowa, wypracowywany jest kontakt z pacjentem. Absolwenci studiów przyrodniczych nie są przygotowani do wykonywania zawodu zaufania publicznego, ale ponieważ jest ich dużo więcej, ciągle wskazuje się, że tu nie ma żadnej różnicy. Jest to oczywiście nieprawdą. Jest to duży problem na pograniczu Ministerstwa Nauki i Ministerstwa Zdrowia. Uzyskanie konsensusu jest dość trudne i chyba niepolityczne.

### **A co z Ustawą o diagnostyce laboratoryjnej?**

My, diagności laboratoryjni, nie mamy, jak inne samorządy medyczne, ustawy o zawodzie i ustawy o samorządzie. Mamy wyłącznie *Ustawę o diagnostyce laboratoryjnej*, z której wynikają zasady wykonywania zawodu i funkcjonowania samorządu. Wymogi i standardy mamy zaś uregulowane rozporządzeniami wykonawczymi do ustawy. Należy to uporządkować, gdyż pewne kwestie powinny zostać ujęte

cjonowałoby niezgodnie ze standardami. W chwili obecnej nie ma w naszym kraju takiego organu. Jedynie sanepid, ze względów epidemiologicznych, jest w stanie zamknąć czasowo laboratorium. Kolejną kwestią wymagającą zmian jest uregulowanie odpowiedzialności zawodowej i powołanie, wzorem innych samorządów zawodowych, rzecznika odpowiedzialności zawodowej. To jest projekt, który porządkuje bardzo wiele spraw, i nie ukrywam, że jest to dla nas bardzo ważne. Od 2001 r. upłynęło już sporo czasu. Ustawa wymaga zaktualizowania. Należy opisać również katalog czynności diagnostyki laboratoryjnej, aby to było jasne i czytelne. W tej chwili np. pełnienie funkcji kierownika MLD nie jest czynnością diagnostyki laboratoryjnej.

### **Czy możemy spodziewać się zmian?**

W czasie spotkania minister zdrowia Łukasz Szumowski dla części problemów, które były podnoszone, wykazał zrozumienie i mówił „tak”. Odnośnie do niektórych zaznaczył, że wymagają jeszcze doprecyzowania. Zapewnił jednak, że do końca listopada Ministerstwo Zdrowia przedstawi projekt nowelizacji *Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej*. Ministerstwo zapewniło również, że na dofinansowanie specjalizacji diagnostów laboratoryjnych zostaną prze-



## **Żaden zabieg operacyjny w naszym kraju nie odbędzie się bez wykonania podstawowych badań laboratoryjnych. **Zatem czy nie jesteśmy potrzebni?****

w ustawie. Bardzo ważny jest dla nas m.in. zapis mówiący, że funkcję kierownika można pełnić wyłącznie w jednym MLD i co za tym idzie – brać pełną odpowiedzialność za funkcjonowanie tego laboratorium. Nie ukrywam, że bardzo pomocne były wnioski, które wynikały z raportu NIK o dostępności i finansowaniu diagnostyki laboratoryjnej, opublikowanego w 2017 roku. Stąd nasze działania dotyczące powołania państwowego organu kontroli i nadzoru – GIML. Miałby on uprawnienia do kontroli, a nawet do zamknięcia laboratorium, które funk-

znaczony pieniądze z budżetu państwa. Nie pozostaje nam nic innego, jak czekać na to, czy minister wywiąże się z obietnicy. Dowiemy się tego z początkiem grudnia. Byłby to miły prezent dla diagnostów i dla nowych władz KRDL. Zobaczymy, jak to się potoczy. Na razie powinniśmy wierzyć słowom ministra, więc wierzymy. W grudniu będziemy odnosić się do efektów.

**Dziękuję za rozmowę.**

*Rozmowa została przeprowadzona 14 listopada 2018 r.*