

Warszawa, 11 lutego 2025 r.

Pani
dr Monika Pintał-Ślimak
Prezes
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Szanowna Pani Prezes,

Pracodawcy Medycyny Prywatnej przesyłają poniższe stanowisko w związku z opublikowanym stanowiskiem 5/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 17 grudnia 2024 r. w sprawie praktyk wyłączania medycznych laboratoriów diagnostycznych ze struktur podmiotów leczniczych, zamieszczonym pod linkiem: <https://kidl.org.pl/get-file/14295>.

- I. **Teza o tym, że posiadanie medycznego laboratorium diagnostycznego w strukturach podmiotu leczniczego jest wartością, która jednoznacznie poprawi bezpieczeństwo pacjentów, a przy tym sprzyja kompleksowemu rozwojowi placówki medycznej nie została niczym poparta.**

Stanowisko 5/2024 zaczyna się od postawienia powyższej tezy, na „poparcie” której Rada przytacza kilka twierdzeń, z których żadnego nie popiera jakimikolwiek dowodami. Twierdzenia te zostają omówione poniżej.

1. **Nie wyjaśniono także dlaczego według KRDL tylko bezpośredni nadzór nad laboratorium umożliwia pełną kontrolę nad jakością wykonywanych badań.**
Wydaje się, że dla KRDL twierdzenie to jest aksjomatem. Oczywiście jest, że podstawowym warunkiem każdego nadzoru jest posiadanie odpowiednich kompetencji. Jest także oczywiste, że co do zasady dyrekcja szpitala nie posiada kompetencji merytorycznych do oceny jakości działania laboratorium i jakości pracy jego kierownika. Tymczasem w wielkolaboratoryjnych podmiotach odpowiednie struktury nadzorcze umożliwiają porównywanie laboratoriów między sobą oraz szerzenie najlepszych wzorców pomiędzy nimi poprzez stałe podnoszenie ich jakości i kompetencji.
2. **Nie wyjaśniono również dlaczego według KRDL posiadanie laboratorium własnego minimalizuje i racjonalizuje czas wykonania badań.**
Jest oczywiste, że tym co w największym stopniu wpływa na czas wykonania badania jest dostępność sprzętu oraz personelu. To laboratoria sieciowe dysponują dostępem do najnowocześniejszych urządzeń, które w najkrótszym czasie pozwalają uzyskać wyniki badań. Również w ramach struktury wielkolaboratoryjnej jest znacznie

większa szansa, że w każdej chwili dostępny będzie specjalista, który może służyć radą i pomocą diagnoście laboratoryjnemu wykonującemu badanie rzadkie lub wysokospecjalistyczne. W zespole laboratorium „własnego” szpitalnego, jeżeli taki specjalista jest zatrudniony, to nigdy nie jest dostępny przez całą dobę. W rezultacie, badanie wymagające konsultacji może czekać dłużej, a wynik może zostać wydany dopiero wtedy gdy specjalista będzie dostępny w laboratorium. Natomiast w przypadku laboratorium outsourcingowego, dyrekcja ma znacznie bardziej skuteczny mechanizm nacisku na terminowe wykonywanie badań w postaci umowy (i zawartych w niej mechanizmów, jak również np. kar umownych). Wbrew temu co sugeruje KRDL, od operatora zewnętrznego można znacznie łatwiej wyegzekwować krótszy czas wykonania badania niż od własnego personelu, który ma ograniczony czas pracy zgodnie z kodeksem pracy.

3. Nie wyjaśniono w czym KRDL upatruje zwiększenia konkurencyjności szpitala posiadającego laboratorium własne wobec szpitala posiadającego laboratorium outsourcingowe.

Zupełnie niezrozumiałe jest dla czego KRDL zakłada, że jakkolwiek operator laboratorium miałby nie współpracować ze szpitalem w zakresie zwiększania jego potencjału (np. rozszerzając dostępną pulę badań). Jest to absurdalne założenie, skoro jedynym źródłem dochodu takiego podmiotu jest udzielanie świadczeń, w tym wykonywanie badań, a zatem zwiększenie konkurencyjności szpitala, a co za tym idzie – potencjału wykonywania większej liczby procedur medycznych, w tym poprawy dostępności do świadczeń. Co więcej, liczne przykłady pokazują, że podmioty prowadzące laboratorium aktywnie współpracują ze szpitalami w pozyskiwaniu dodatkowych źródeł dochodu (np. wspólnie startując w konsorcjach ubiegających się o dodatkowe zamówienia lub wspierając swym podwykonawstwem szpitale, które samodzielnie składają stosowne oferty). Dzięki potencjałowi ekonomicznemu, podmioty prowadzące laboratorium są w stanie sfinansować pewne inwestycje w sprzęt czy pomieszczenia, na które często szpital musi pozyskać dostawowe źródło finansowania.

4. KRDL nie wyjaśnia w jaki sposób outsourcing miałby generować ryzyko utraty kontroli nad procesami o charakterze finansowym i informacjami wrażliwymi.

Powyższa teza KRDL jest o tyle zaskakująca, że umowy outsourcingowe albo w ogóle nie umożliwiają podnoszenia cen albo ograniczają tę możliwość do bardzo wąskiego kręgu przypadków. W przeciwieństwie zatem do szpitala prowadzącego własne laboratorium (narażonego na wszelkie możliwe ryzyka co do kosztów wykonywania badań np. związane z zakupem wyposażenia, odczynników i innych materiałów), szpital, który oddał laboratorium w outsourcing, może znacznie pewniej planować swoje koszty związane z realizacją świadczeń. Te koszty są wypadkową jedynie (lub niemal jedynie) liczby i rodzaju zleconych badań, a już nie wzrostu kosztów pracy, materiałów, urządzeń czy energii. Nie sposób również zrozumieć o jakie to

„informacje wrażliwe” szpitala KRDL chodzi – jeżeli miałyby to być np. informacje o liczbie badań danego rodzaju zleczanych przez szpital czy oddział, to dane te są i tak danymi mającymi charakter informacji publicznej i każdy szpital powinien je każdemu zainteresowanemu ujawnić. Szpital, który oddał laboratorium w outsourcing znajdzie się w tym wypadku w o tyle lepszej sytuacji, że może się posłużyć zestawieniami, które przygotowuje mu regularnie operator laboratorium (jest to standardowy wymóg umów outsourcingowych).

II. Również teza o rzekomej nieopłacalności outsourcingu nie została niczym poparta, a prima facie wydaje się być sprzeczna z powszechną intuicją co do efektywności kosztowej podmiotu wyspecjalizowanego.

Bez jakiegokolwiek uzasadnienia (np. w statystykach czy choćby studiach przypadków) KRDL stawia daleko idącą tezę, że outsourcing „jawi się również jako nieoptymalny i nierentowny ruch z punktu widzenia racjonalności gospodarowania zasobami placówek”. KRDL nawiązuje tu do rzekomej utraty kontroli nad wydatkami. Ta teza została już szczegółowo przez nas omówiona w poprzednim punkcie, poza tym wydaje się, że KRDL nie ma żadnych kompetencji w zakresie zarządzania szpitalami oraz finansowania takiej działalności. Zatem nie sposób zrozumieć dlaczego w tak jednoznaczny sposób zarzuca dyrektorom licznych szpitali niegospodarność. W przeciwieństwie do KRDL, która jedynie teoretyzuje, każdy z dyrektorów szpitala, który staje przed decyzją o outsourcingu, podejmuje decyzję w konkretnych warunkach i w konkretnych warunkach opisuje swoje potrzeby, oczekiwania w dokumentacji konkursowej (w tym w umowie), a następnie – po uzyskaniu ofert – raz jeszcze ocenia czy outsourcing jest dla niego opłacalny (jeżeli odwoła postępowanie bez wyboru operatora laboratorium, żadnemu z uczestników konkursu nie przysługują od tego rozstrzygnięcia środki odwoławcze). Wieloletnie doświadczenie wskazuje, że przypadki rezygnacji z raz wdrożonego outsourcingu są znacznie rzadsze niż przypadki „nowych” outsourcingów. Już samo to dowodzi, że kierujący się przecież zawsze względem zabezpieczenia interesów własnego szpitala dyrektorzy także ex post oceniają swoją decyzję o oddaniu laboratorium podmiotowi zewnętrznemu za prawidłową.

III. KRDL prowadzi dywagacje nad rzekomym wpływem outsourcingu na jakość (bez uwzględnienia rzeczywistych czynników ryzyka), zamiast sięgnąć do mierzalnych kryteriów jakości.

Pomijając już sposób formułowania tez stanowiska nr 5/2024 KRDL („może prowadzić do problemów związanych m.in. z kontrolą jakości”, „mogą mieć trudności z zapewnieniem wykonywania (...) zadań zgodnie z ustalonymi standardami i w zadowalającej jakości”, „może się odbić negatywnie na zdrowiu i życiu pacjentów”), trzeba stwierdzić, że problemy mogą wystąpić zarówno w laboratorium „własnym”, jak i oddanym w outsourcing. Ale wydaje się oczywistym, że znacznie większe ryzyko dotyczy laboratorium pojedynczego, które w pełni polegać może jedynie na wiedzy i doświadczeniu swojego kierownika i reszty personelu, niż laboratorium włączonego w sieć, w której pracują dziesiątki (często setki) specjalistów, i która zbiera doświadczenia i najlepsze praktyki od dekad. Także już na

pierwszy rzut oka można ocenić czy większym ryzykiem dla jakości badań jest odejście (choćby na emeryturę) jednego doświadczonego pracownika w pojedynczym laboratorium (gdzie może być on jedyną osobą o takim doświadczeniu) czy też w sieci laboratoriów. Nie trzeba jednak poprzestawać na takiej abstrakcyjnej analizie i można przyrzeć się konkretnym danym. Otóż na 18 aktywnych certyfikatów w zakresie normy PN-EN ISO 15189 (a więc potwierdzającej najwyższą jakość i kompetencje laboratoriów medycznych) aż 16 uzyskały laboratoria należące do sieci, a tylko 2 laboratoria pojedyncze (tzw. publiczne). Wskazać należy, że wśród akredytowanych laboratoriów są laboratoria szpitalne oddane w outsourcing, dla których to ich zewnętrzni operatorzy uzyskali potwierdzenie spełnienia wymagań normy PN-EN ISO 15189. Co więcej, doświadczenie podmiotów obejmujących laboratoria w outsourcing wskazuje, że to raczej przed outsourcingiem laboratoria te miały problemy ze spełnieniem wymogów zewnętrznej kontroli jakości niż po wdrożeniu w nich procedur opracowanych przez operatora i doskonalonych przez wiele lat i na bazie doświadczeń z dziesiątek różnych laboratoriów.

IV. Z niewiadomych przyczyn KRDL upatruje problemy w komunikacji z laboratorium w tym kto jest podmiotem laboratorium prowadzącym.

Nie istnieją żadne dowody, które wskazywałyby na to, że komunikacja np. lekarzy z oddziałów z laboratorium zależy od tego czy jest to laboratorium „własne” czy outsourcingowe. Komunikacja ta zależy przede wszystkim od osób znajdujących się po obu stronach. Sam outsourcing polega na przejściu zastanego personelu laboratoryjnego. Jeżeli komunikacja przed outsourcingiem funkcjonowała prawidłowo, to nie ma powodów by to uległo zmianie. Jeżeli natomiast komunikacja była zła (co często jest jedną z przyczyn wprowadzenia outsourcingu), to operator laboratorium może posłużyć się licznymi procedurami i dobrymi praktykami, jakie ma wypracowane w innych laboratoriach i doprowadzić do poprawy tej komunikacji. Laboratorium pojedyncze jest w tym zakresie zdane jedynie na siły i pomysły swego własnego personelu.

V. KRDL z niewyjaśnionych przyczyn – i wbrew wskazanym powyżej mierzalnym danym – przyjmuje, że laboratoria „w strukturach szpitali” są uznawane za profesjonalne i cieszące się dobrą opinią czym sugeruje, że takich cech nie mają laboratoria outsourcingowe.

Podmioty, które regularnie przejmują w obsługę outsourcingową laboratoria szpitalne, wskazują, że są wśród nich rzeczywiście takie, które charakteryzują się wysoką jakością i dobrą opinią, ale też i takie, które mają problemy z jakością, kadrą czy sprzętem. Nie ma zatem żadnych podstaw do przyjęcia automatycznego znaku równości pomiędzy laboratoriami szpitalnymi a laboratoriami dobrymi. Tak samo jak nie ma najmniejszych powodów do sugerowania (nawet najbardziej pośrednio), że laboratoria outsourcingowe są laboratoriami gorszymi lub z jakiegokolwiek powodu „podejrzanymi”. Raz jeszcze trzeba podkreślić, że sam proces outsourcingu polega na przejściu laboratorium z jego kadrą i procedurami. Jeżeli te są właściwe, to tylko lepiej dla operatora. Natomiast jeżeli

stwierdzone są uchybienia to – dzięki odpowiedniemu doświadczeniu i skali działania operatora – można je szybko naprawić.

- VI. **Zupełnie niezrozumiałe jest dlaczego KRDL przywołuje posiadanie zintegrowanego systemu informatycznego (w kontekście twierdzeń o przewagach laboratoriów wewnętrznych w stosunku do outsourcingowych), skoro nie jest to żadna cecha unikalna laboratoriów „własnych”.**

Systemy laboratoryjne są nie tylko używane, ale wręcz współtworzone przez podmioty prowadzące laboratoria outsourcingowe. Są to systemy zaprojektowane i stworzone przede wszystkim z myślą o potrzebach laboratorium (a co za tym idzie – znacznie lepiej dopasowane do unikalnych potrzeb niż moduły laboratoryjne systemów szpitalnych). Systemy laboratoryjne są zdolne do połączenia w zasadzie z dowolnym systemem szpitalnym, a specyfikacje konkursowe i umowy outsourcingowe zapewniają szpitalom bezkosztowe połączenie i utrzymanie połączenia systemu laboratoryjnego ze szpitalnym.

- VII. **KRDL z niewyjaśnionych przyczyn sugeruje, że wykonywanie części badań w laboratoriach poza szpitalem jest czymś co do zasady gorszym niż ich wykonanie na miejscu oraz że szpital nie ma kontroli nad miejscem wykonywania badań.**

Przede wszystkim to dyrektor szpitala, zarówno jako nadzorujący laboratorium własne, jak i jako gospodarz postępowania konkursowego dotyczącego outsourcingu, określa to jakie badania będą wykonywane na miejscu. W ramach outsourcingu także określany jest czas wykonania poszczególnych badań (co pośrednio również wpływa na możliwość ich realizacji przez inne zewnętrzne laboratoria). Żadne laboratorium (niezależnie od tego, kto je prowadzi) nie wykonuje na miejscu wszystkich potrzebnych w diagnostyce i leczeniu pacjentów badań. Pewna część badań zawsze jest wykonywana „na zewnątrz”. Warto przy tym zauważyć, że dla laboratorium szpitalnego „na zewnątrz” oznacza zupełnie obce laboratorium, a w przypadku laboratorium outsourcingowego – najczęściej oznacza to w laboratorium prowadzonym przez ten sam podmiot, wedle tych samych procedur. Główną korzyścią centralizacji badań nie jest aspekt kosztowy, ale fakt, że badania stosunkowo rzadkie i wymagające specjalistycznej wiedzy oraz kompetencji do ich wykonania, są wykonywane w laboratorium wyspecjalizowanym, gdzie pracuje personel, który ma duże doświadczenie (bo wykonuje takie badania codziennie w dużej liczbie, a nie jedno na kilka dni czy tygodni jak w laboratorium pojedynczym). Wreszcie, sam fakt wykonania badania poza terenem szpitala nie musi oznaczać wydłużenia czasu oczekiwania na wynik. W warunkach miejskich często laboratorium docelowe znajduje się kilka minut od szpitala (w Warszawie występują nawet szpitale sąsiadujące ze sobą), a w większym laboratorium może być do dyspozycji sprzęt zapewniający szybsze uzyskanie wyniku. W łącznym rozrachunku zatem badanie wykonane „na zewnątrz” może być wykonane szybciej niż byłoby wykonane na miejscu. Podsumowując, nie ma żadnych podstaw do stwierdzenia, że w zakresie czasu wykonania badania laboratorium własne będzie lepsze niż włączone w sieć laboratorium oddane w outsourcing (mimo, że zdaniem KRDL jest to fakt notoryczny). Dodatkowo, decyzja o tym, jakie badania są wykonywane na

miejscu, zawsze zależy do dyrektora szpitala (niezależnie od modelu prowadzonego laboratorium).

- VIII. **KRDL, wyrażając swoją wysoką ocenę diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych w laboratoriach szpitalnych, pośrednio dyskredytuje tych zatrudnionych w laboratoriach outsourcingowych, zatem występuje przeciw swojemu ustawowemu zadaniu, jakim jest „integrowanie środowiska diagnostów laboratoryjnych” – art. 76 pkt. 16) ustawy o medycynie laboratoryjnej.**

Bulwersujące jest to, że organ powołany do reprezentowania wszystkich diagnostów laboratoryjnych formułuje insynuacje, jakoby diagnosty, którzy pracują w laboratorium outsourcingowym (często kontynuując tam swoją pracę sprzed rozpoczęcia outsourcingu), są gorszą grupą i nie są „samodzielni”, „rzetelni” z odpowiednią „wiedzą”, „wysokim standardem i jakością swej pracy”, że nie są „nieocenieni, szczególnie w sytuacjach awaryjnych, wymagających nagłego, sprawnego, jakościowego i szybkiego działania”. W imieniu podmiotów diagnostyki laboratoryjnej zatrudniających diagnostów możemy zaświadczyć, że tworzenie takich sformułowań jest nieuprawnione. Diagnosty laboratoryjni są doskonałymi fachowcami, którzy w niczym ani pod względem merytorycznym ani etycznym nie ustępują swoim kolegom z laboratoriów szpitalnych. Podkreślić w tym miejscu należy, że diagnosty laboratoryjni mają dodatkowy przywilej, jakim jest możliwość samokształcenia i korzystania z wiedzy, a także doświadczenia całej sieci laboratoriów.

- IX. **Podsumowując, KRDL nie przedstawiła żadnych dających się zweryfikować danych, które by przemawiały przeciwko outsourcingowi i ograniczyła się do powielania stereotypów i uprzedzeń, które prowadzą do dyskredytacji dyrektorów szpitali oraz diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych w laboratoriach outsourcingowych. Tego rodzaju działaniami KRDL przyczynia się do łamania ustawowych zadań nałożonych na samorząd zawodowy, dlatego też nie można pominąć milczeniem tego stanowiska, tym bardziej, że zawarte w nim sformułowania nie mają żadnego poparcia w rzeczywistości i nie zostały potwierdzone żadnymi danymi liczbowymi. Oczekujemy od Pani Prezes sprostowania tego stanowiska, przepras i zaprzestania tego typu działań.**

Z poważaniem

Barbara Kopeć



Wiceprezes Zarządu
Pracodawców Medycyny Prywatnej
Przewodnicząca Forum Medycyny Laboratoryjnej

Artur Białkowski



Prezes Zarządu
Pracodawców Medycyny Prywatnej