

# Jakość zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce



## **Autorzy**

dr hab. Beata Detyna, prof. Uczelni (rozdziały 6.1., 6.2. i 7.)  
*Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa*

Katarzyna Jaskulska (rozdział 4.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

prof. dr hab. Sabina Kauf (rozdziały 5.2. i 6.3.)  
*Uniwersytet Opolski*

dr hab. n. med. Jolanta Korsak, prof. Instytutu (rozdział 8.)  
*Wojskowy Instytut Medyczny-Państwowy Instytut Badawczy*

mgr inż. Beata Lewandowska (rozdział 4.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

dr n. med. i n. o zdr. inż. Małgorzata Lorek (rozdziały 1.1. i 5.1.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

mgr Aleksandra Olszewska (rozdział 4.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

dr hab. n. społ. Katarzyna Popiołek, prof. Uczelni (rozdział 10.)  
*Wydział Psychologii w Katowicach Filia Uniwersytetu SWPS*

mgr Anna Roskosz-Pękala (rozdział 2.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

mgr Monika Rutkowska (rozdział 2.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

mgr Dominika Stoczkowska (rozdział 2.)  
*Narodowe Centrum Krwi*

prof. dr hab. inż. Jacek Szoltysek (rozdziały 5.2. i 6.3.)  
*Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*

mgr Jakub Tereszczczyński (rozdziały 1.2. i 3.)  
*Narodowe Centrum Krwi, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach*

dr Agnieszka Tłuczak (rozdział 5.2.)  
*Uniwersytet Opolski*

dr n. ekon. Sebastian Twaróg (rozdziały 1.1., 5.1. i 6.2.)  
*Narodowe Centrum Krwi, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*

dr hab. Regina Wierzejska, prof. Instytutu (rozdział 9.)  
*Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH- Państwowy Instytut Badawczy*

mgr Bartłomiej Olszewski (rozdział 3. – ryciny)  
*Narodowe Centrum Krwi*

# Jakość zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce

*redakcja naukowa*  
**Sebastian Twaróg**

Copyright © 2023 by Narodowe Centrum Krwi

All rights reserved

Wszystkie prawa zastrzeżone

ISBN 978-83-7522-200-5

**NCK**

NARODOWE CENTRUM KRWI

Publikacja opracowana i wydana w ramach projektu „Doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych – nr porozumienia: POWR.05.02.00-00-0002/21-00.

# Spis treści

<b>1. Uwarunkowania funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce</b> .....	13
1.1. Cel, zadania i struktura systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa .....	13
1.2. Uwarunkowania prawne systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa .....	21
<b>2. Dawca jako serce systemu krwiodawstwa – charakterystyka</b> .....	45
2.1. Demograficzny obraz Dawców krwi w Polsce .....	45
2.2. Profil Dawców krwi w Polsce .....	48
2.3. Mity i stereotypy oraz ich wpływ na gotowość do oddawania krwi .....	62
<b>3. Droga Dawcy krwi – podejście problemowe</b> .....	65
3.1. Etapy drogi Dawcy krwi .....	65
3.2. Reakcja na wątpliwości na drodze Dawcy krwi w CKiK .....	68
<b>4. Oznaczenia i uprawnienia Dawców krwi</b> .....	99
4.1. Tytuły i oznaczenia Dawców krwi .....	99
4.2. Uprawnienia Honorowych Dawców Krwi .....	109
<b>5. Obraz krwiodawstwa w świetle wyników badań</b> .....	117
5.1. Na jakiej podstawie opieramy wnioski? .....	117
5.2. Czego dowiedzieliśmy się z badań? .....	120
<b>6. Logistyka i marketing a jakość obsługi Dawców – wnioski z badań i rekomendacje</b> .....	141
6.1. Wielowymiarowość jakości obsługi Dawców .....	141
6.2. Logistyka – jak możemy ją udoskonalić? .....	146
6.3. Marketing w pozyskiwaniu i utrzymaniu Dawców krwi .....	160
<b>7. W kierunku dojrzałości procesowej – inspiracje dla zarządzających</b> .....	173
7.1. Założenia do modelu dojrzałości procesowej CKiK .....	173
7.2. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej CKiK .....	177
7.3. Elementy uzupełniające główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej CKiK .....	195
7.4. Uwarunkowania zarządzania procesowego oraz implementacji modelu oceny dojrzałości procesowej w CKiK .....	203
<b>8. Patofizjologia krwiodawstwa i reakcje niepożądane mające związek z oddawaniem krwi</b> .....	205

<b>9. Rola żywienia w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia Dawców krwi</b> .....	215
9.1. Żywnienie Dawców krwi w profilaktyce niedokrwistości i niedoboru białka .....	215
9.2. Zalecenia żywieniowe dla Dawców przed i po oddaniu krwi .....	229
9.3. Żywnienie Dawców krwi w profilaktyce wybranych chorób .....	230
9.4. Wartość odżywcza czekolad i warunki ich przechowywania .....	235
<b>10. Jak budować dobre relacje, podtrzymywać więzi i skutecznie pomagać     Dawcy krwi</b> .....	239
<b>Aneksy</b> .....	255
<b>Bibliografia</b> .....	267
<b>Dane teleadresowe Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa     oraz Oddziałów Terenowych</b> .....	278

*Excuses never save life, Blood donation does.*<sup>1</sup>

*Wymówki nigdy nie ratują życia, za to oddawanie krwi – tak.*

### **Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy,**

Oddajemy w Państwa ręce unikatową w skali kraju publikację poświęconą szerokiemu spojrzeniu na rzeczywistość funkcjonowania krwiodawstwa w Polsce. To spojrzenie jest wynikiem współpracy osób od lat działających wewnątrz systemu krwiodawstwa – z jednej strony Dawców krwi, a z drugiej kadry medycznej oraz osób z ich otoczenia – ekspertów z rozmaitych obszarów: psychologii, marketingu i badań rynku, zarządzania jakością, logistyki.

*Ci pierwsi* stanowią grupę niejednorodną, mimo że są powiązani ideą ratowania życia i zdrowia z wykorzystaniem krwi i jej składników – krwi pobieranej od osób, które nie szukają wymówki, lecz są gotowe oddawać krew bezinteresownie. Dawcy reprezentują cały wachlarz polskiego społeczeństwa – są różni ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, doświadczenie (w tym staż bycia Dawcą krwi), upodobania itd. Poznanie ich oraz ich poglądów na ten wycinek ich życia, w którym grają rolę Dawców jest niezwykle cenny dla pozostałych uczestników. Pracownicy mają swoje unikatowe kompetencje – wiedzę, doświadczenie, empatię, jak również rutynę i rytuały. Są one różne, indywidualne i grupowe, zależne od kultury organizacyjnej Centrum.

*Ci drudzy*, wyposażeni w wiedzę ekspercką oraz w świadomość emocjonalną, kreatywność i elastyczność, jak również empatię, obserwując świat krwiodawstwa z zewnątrz mieli za zadanie porównać to, co obserwują, z tym czego oczekiwaliby w zakresie stosunków międzyludzkich. Wiedza ekspercka jest zestawem podstawowych oraz wyspecjalizowanych informacji, które pochodzą z jednej lub kilku dyscyplin naukowych, pozostającą w dyspozycji eksperta i dotyczącą zagadnienia, które jest przedmiotem formułowanej ekspertyzy. Zatem wiedza ekspercka jest relatywna i nieobiektywna, gdyż podlega ona społecznym wpływom i zmianom, konsensualnemu (czyli zgodnemu) współtworzeniu, a nawet negocjowaniu wynikającemu z praktycznych sytuacji i konkretnych problemów, a także z potrzeb na które odpowiadają.<sup>2</sup> Wiedza obu grup jest wartościowa, a z różnic w jej ocenie mogą wynikać działania doskonalące. Taki też był jeden z celów projektu, w ramach którego powstało niniejsze opracowanie: „Doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWR.05.02.00-00-0002/21) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Narodowe Centrum Krwi (jako lidera projektu) oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii (jako partnera projektu).

1 Jedno z haseł związanych z obchodami *World Blood Donor Day* (pol. Światowego Dnia Krwiodawcy).

2 M. Wodziński, M. Hetmański, *Wiedza ekspercka i eksperckość przez doświadczenie w dziedzinie kontekst pozainstytucjonalny*, Filozofia i Nauka, Studia filozoficzne i interdyscyplinarne, Tom 9, cz.1, 2021, s. 230.

Stworzyliśmy więc szereg okazji do wzajemnego poznania, obserwacji, wymiany i ucierania poglądów oraz tworzenia sugestii, które wdrożone w życie mogą udoskonalić funkcjonowanie systemu krwiodawstwa poprzez kreowanie ewentualnych zmian w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. System krwiodawstwa w Polsce funkcjonuje w głównej mierze w oparciu o sieć centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, których jakość pracy i skuteczność w realizacji zadań w zakresie pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi i jej składników współtworzy bezpieczeństwo zdrowotne państwa. Jakość systemu krwiodawstwa i jego ocena jest więc bezpośrednią pochodną jakości funkcjonowania wszystkich centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Rozważania dotyczące Centrów możemy w pewnym zakresie utożsamiać z rozważaniami o systemie.

Czy należy uważać, że poszukiwanie działań doskonalących jest dowodem na złe funkcjonowanie systemu? Odpowiedź jest oczywista – zawsze można udoskonalić coś co już dobrze funkcjonuje, pod warunkiem, że zmiana dobrego nie spowoduje pogorszenia.

*Never neglect an opportunity for improvement. (William Jones)*

*Nigdy nie zaniedbuj okazji do doskonalenia.*

Miejszem w przestrzeni, które łączy te wszystkie osoby, jest centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, gdzie wyjątkowe połączenie medycyny, oddania i doskonałości tworzy fundament ratowania życia. Sztuczna Inteligencja (*Artificial Intelligence*) zapytana o istotę centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa określiła je jako miejsce, gdzie dary życia łączą się z najwyższą jakością opieki medycznej. Co łączy dary życia – czy też raczej tych, którzy te dary ofiarują (krwiodawców) – z jakością opieki medycznej (czyli z personelem medycznym)? Procedury obsługi krwiodawców na wszystkich etapach – począwszy od zachęcania (pozyskiwania, skłaniania) do bycia krwiodawcą (choć raz), poprzez proces oddawania krwi i jej składników, obsługę po oddaniu krwi, jak również podtrzymywanie więzi – w tym również z tymi osobami, które z jakiś powodów już krwi oddawać nie mogą. Ta obsługa może mieć różne swoje wymiary i wymagania. Tymczasem:

*They may forget what you said, they may forget what you did,  
but they will never forget how you made them feel. (Maya Angelou)*

*Ludzie mogą zapomnieć, co powiedziałeś, mogą zapomnieć, co zrobiłeś,  
ale nigdy nie zapomną tego, jak się dzięki Tobie poczuli.*

Oznacza to, że otoczka, w którą pracownicy systemu umieją „zapakować” każde działanie, zdecyduje o sukcesie. Tą otoczką zajmujemy się na dalszych stronach.

Książka składa się z 10 rozdziałów, w których prezentujemy wspólne poglądy na wiele kwestii.

W rozdziale 1. omawiamy system krwiodawstwa w Polsce – cel, strukturę organizacyjną oraz zadania. Może wydawać się części naszym Czytelników, że ta tematyka jest im doskonale znana, niemniej spojrzenie na system krwiodawstwa w zaproponowanym układzie może skłaniać do refleksji na temat kompletności tego systemu. Z celu wynikają zadania, a te potrzebują wykonawcę i realizatora, umiejscowionego logicznie w strukturze organizacyjnej. Doświadczone osoby mogą w takim układzie odnaleźć



zarówno braki, nieciągłości, jak również nadmiary – zbędne ogniwa. To zadanie dla dociekliwych oraz tych, którzy mając konkretne pomysły mogą próbować udoskonalać ten system. System musi funkcjonować w uwarunkowaniach dokładnie opisanych – wyznaczających granice i zapobiegających woluntaryzmowi (czyli kierowaniu się tylko własną wolą i nieliczeniu się z opiniami innych ludzi w podejmowaniu decyzji). Jednym z nich jest system prawny. Istnienie takiego rozdziału jest przydatne – większość bowiem z nas (poza prawnikami) nie pamięta wszystkich uregulowań, a jednak system powinien działać zgodnie z nimi.

W kolejnym rozdziale analizujemy strukturę Dawców czyli charakteryzujemy populację Dawców biorąc pod uwagę różne ich cechy, takie jak płeć, wiek (będące przesłanką dla wyłaniania Dawców krwi z całej populacji Kraju), świadomość i gotowość do oddawania krwi, przyczyny dyskwalifikacji przy pobieraniu, jak również analizujemy mity i stereotypy funkcjonujące w tej grupie. Przyglądamy się też tendencjom, czyli zmianom, jakie zachodzą w czasie i próbujemy z tego wyciągać wnioski prognostyczne.

Rozdział 3. prezentuje „drogę Dawcy”, która jest fotograficznym odzwierciedleniem wszystkich etapów obsługi Dawców wymienionych wcześniej. Ponieważ jednak ta droga jest znana, Autorzy proponują w tej części odpowiedzi na pytania i rozwiązywanie problemów, jakie mogą się pojawić na tej drodze, jak również w sposób graficzny prezentują poszczególne procedury. To rozdział niezwykle przydatny dla wszystkich, którzy mogą mieć pewne wątpliwości, na ile wspomniane uwarunkowania prawne pozwalają na dowolność.

W rozdziale 4. przyglądamy się uprawnieniom Dawców. Są to niezwykle istotne elementy kształtujące postawę gotowości do oddawania krwi. Badania australijskie wskazują na to, że „choć przyzwyczajenie może stanowić pierwszy etap w karierze Dawcy krwi, samo w sobie może być niewystarczające do zatrzymania Dawców krwi w dłuższej perspektywie. Jak zauważono, zachowanie oparte na nawyku, takie jak oddawanie krwi, pozostaje motywowane zewnątrz, a nie wewnątrz, ponieważ zależy od stabilności kontekstu, w którym zachowanie jest wykonywane. Każde zakłócenie krytycznych bodźców tego kontekstu – czasu, miejsc i ludzi, którzy są zwykle obecni podczas wykonywania, mogą zmienić nawyk. Gdy nawykowe działanie zostanie zakłócone, zachowanie powraca do bycia pod celową kontrolą, a intencje są albo reformowane, albo odzyskiwane”<sup>3</sup>. Konkluzje z tych wniosków są stosunkowo oczywiste i mimo wszystko zaskakujące: „Zrozumienie zachowań Dawców zostało podkreślone jako krytyczny obszar badań na całym świecie, a zrozumienie zachowań wielokrotnych Dawców krwi jest być może najważniejszym, ale trudnym wyzwaniem ze wszystkich [...], a dla badaczy ciągłym wyzwaniem jest zrozumienie psychologii Dawców krwi i empiryczne udokumentowanie kluczowych czynników, które łączą się w celu określenia długoterminowego utrzymania Dawców krwi”<sup>4</sup>. Ten obszar obdzielania Dawców uprawnieniami może się okazać istotnym elementem ciągle stosowanego sposobu motywowania dawców do regularnego oddawania krwi.

Rozdział 5. rozpoczyna sprawozdanie z przeprowadzonych badań ankietowych. Badania przeprowadzono w IV kwartale 2022 r. w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa na próbie 2500 Dawców. Badanie właściwe (ankietowe) poprzedzono szeregiem etapów rzetelności badawczej. W tej części odnajdujemy sprawozdanie,

3 B.M. Masser, K.M. White, M.K. Hyde, D.J. Terry, *The psychology of blood donation: current research and future directions*, Transfusion Medicine Reviews, vo. 22, No 3 (July), 2008, s.225.

4 B.M. Masser, K.M. White, M.K. Hyde, D.J. Terry, *The psychology of blood donation: current research and future directions*, Transfusion Medicine Reviews, vo. 22, No 3 (July), 2008, s.230.

zapowiedź oceny, jaką wystawili Dawcy pracownikom centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa. By jednak nie odnieść wrażenia, że ta ocena może być niewiarygodna, przedstawiliśmy przesłanki wnioskowania. Innymi słowy – przedstawiliśmy procedurę zgodną z wiedzą w zakresie badań naukowych oraz sposób wnioskowania. Czy taka ocena jest prawdziwa? „Prawda jest cechą sądu polegającą na zgodności pomiędzy treścią tego sądu, a faktem, do którego treść ta się odnosi”.<sup>5</sup> Raczej zamiast posługiwać się tą kategorią, zapytalibyśmy się, czy te oceny są obiektywne, czy też nie? Ponieważ i ten problem – rozróżnienie obiektywizmu i subiektywizmu ma naturę ontologiczną (czyli dotyczącą bytu, rzeczywistości, przyczynowości, czasu, przestrzeni, możliwości, konieczności itd.), zaryzykujemy tu takie stwierdzenie: indywidualna ocena każdego z ankietowanych ma charakter subiektywny, gdyż jest wyrazem indywidualnej perspektywy widzenia świata i działania. Subiektywne też jest podejście badacza (niektórzy uważają, że subiektywność badacza jest czynnikiem niepożądanym i powinna być z badań usunięta). Ale mamy też w tych badaniach mnóstwo odpowiedzi, udzielanych przez wiele osób, co powoduje, że w nagromadzonej sporej liczbie subiektywnych odpowiedzi pojawiają się jakieś prawidłowości, możliwe do wykrycia przy zastosowaniu aparatu matematycznego. W taki sposób te prawidłowości „obiektywizują” odpowiedzi. A co zrobić z subiektywizmem badacza? I tu mamy metodę pracy zespołowej, wyniki dyskutujemy w szerszym gronie, co również „obiektywizuje” ocenę. Ponadto, rozdział ten, to ciekawe rozważania na temat sylwetki i modeli zachowań prospołecznych krwiodawców. Tu wnioski są ciekawe i czasami zaskakujące. W szczególności zadziwiająca jest zgodność pewnej grupy poglądów przedstawicieli obu płci. Optymizmem napawa natomiast większa waga, jaką Dawcy udzielają korzyściom niematerialnym, aniżeli materialnym. W tym rozdziale odnajdujemy również sylwetkę dominującej grupy krwiodawców. Bazując na tych wynikach odnajdujemy propozycję działań, jakie powinny być skuteczne w komunikacji marketingowej.

Rozdział 6. poświęcony jest kwestiom powiązań pomiędzy marketingiem a jakością obsługi Dawców oraz pomiędzy logistyką a jakością obsługi Dawców. W tym kontekście warto wskazać, że marketing obejmuje wszelkie działania związane z kontaktami z Dawcami krwi i jej składników, logistyka związana jest ze wsparciem informacyjno-zarządczym wszelkich przepływów materialnych, natomiast jakość obsługi Dawców, to stopień spełnienia oczekiwań Dawców oraz pozostałych grup interesariuszy (czyli osób, grup osób, organizacji lub zainteresowanych działalnością centrum krwiodawstwa) danego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W tych rozdziałach znajdujemy również wykaz działań, jakie mogą być podejmowane na rzecz doskonalenia jakości obsługi Dawców.

Rozdział 7. ma charakter inspiracyjny dla zarządzających. Te inspiracje są związane z dojrzałością procesową, która ma istotny wpływ na jakość i efektywność systemu krwiodawstwa. Ten rozdział zainteresuje raczej pracowników szczebla zarządczego – znajdą tam założenia do modelu, kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz elementy uzupełniające kryteria główne.

W rozdziale 8. zidentyfikowano najważniejsze elementy związane z patofizjologią krwiodawstwa, jak również wskazano na reakcje niepożądane, które mają związek z oddawaniem krwi.

Rozdział 9. omawia ważną problematykę związaną z żywieniem Dawców krwi w aspekcie profilaktyki niedokrwistości i niedoboru białka. Ten zakres wiedzy ma charakter zarówno edukacyjny, jak i praktyczny. Wskazanie pożądanego sposobu żywienia

5 S. Judycki, *O klasycznym pojęciu prawdy*, Roczniki Filozoficzne 49, 2001, s.3.

ma istotne znaczenie nie tylko dla ciągłości funkcjonowania systemu krwiodawstwa, ale przede wszystkim powrotu do pełnej sprawności Dawców.

Rozdział 10. związany jest z wiedzą psychologiczną. Pomysł tego rozdziału jest ciekawy i przyjmuje konwencję porównującą oddawanie krwi do rozpisanego na sceny spektaklu. Każda scena zawiera wskazówki i zalecenia dotyczące pożądanych reakcji pracowników Centrum w kontakcie z Dawcami, zalecenia w przypadkach częściej spotykanych w praktyce niezgodności, które utrudniają lub uniemożliwiają oddanie krwi.

*Your customer's perception is your reality. (Kate Zabriskie)*

*To, jak klient postrzega świat, to Twoja rzeczywistość.*

Warto pamiętać, że im szybciej spojrzysz na sytuację oczami swojego krwiodawcy, tym szybciej pojmiesz, o co mu chodzi i tym szybciej zdołasz mu pomóc. W zasadzie cała książka poświęcona jest temu problemowi, stąd jej przydatność wydaje się duża. Ta książka ma inspirować do poszukiwania rozwiązań, testowania ich, tworzenia dobrych praktyk i współdzielenie się nimi. Wyrażamy nadzieję, że korzyści płynące z rekomendacji, zawartych w tej książce przyniosą wiele satysfakcji Państwu oraz Dawcom krwi.

Niniejsza książka nie miałaby takiego kształtu i wymiaru, gdyby nie współpraca i zaangażowanie Dawców, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym oraz badaniu poprzedzającym to badanie oraz zaangażowanie personelu centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa w przeprowadzeniu badań. Wszystkim Państwu składamy serdeczne wyrazy podziękowania.

**Autorzy**



# Rozdział 1.

## Uwarunkowania funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce

### 1.1. Cel, zadania i struktura systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Krew jest **niezastąpinym i niezbędnym lekiem** w procesie leczenia wielu jednostek chorobowych, którego dotychczas nie udało się stworzyć metodami laboratoryjnymi i wyprodukować sztucznego odpowiednika. Dlatego też, jedynym sposobem pozyskania krwi, jako bezcennego zasobu ratującego zdrowie i życie, jest jej oddawanie przez zdrowych, wrażliwych i honorowych ludzi (krwiodawstwo). Zapewnienie dostępności krwi i jej składników to jedno z najważniejszych zadań systemu ochrony zdrowia w zakresie zagwarantowania pacjentom niezbędnego leczenia (krwiolecznictwo). Powyższe wskazuje na nierozzerwalny związek pomiędzy krwiodawstwem i krwiolecznictwem. Jak określono w *Uchwale 63 Zgromadzenia WHO* zapewnienie samowystarczalności w krew i jej składniki w skali kraju to ważny cel<sup>6</sup>. Dlatego też, każdy kraj powinien stanąć na wysokości zadania i stworzyć takie warunki by stać się samowystarczalnym w zakresie krwi i jej składników<sup>7</sup>. Każdy kraj tworzy w tym celu system krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

System krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce to wyodrębniona część sektora ochrony zdrowia składająca się z uporządkowanych części (elementów), takich jak: Dawcy, biorcy, jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa wraz z terenowymi oddziałami), szpitale, podmioty nadzorujące poszczególne części – takie jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowe Centrum Krwi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii czy Wojewodowie, które współdziałają według ustalonych reguł (aktów prawnych, komunikatów), określających ich wzajemne relacje. Kształt systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce jest wypadkową zdarzeń historycznych, które przełożyły się na brzmienie aktów normatywnych i ich późniejszych zmian, o których mowa w rozdziale 1.2.

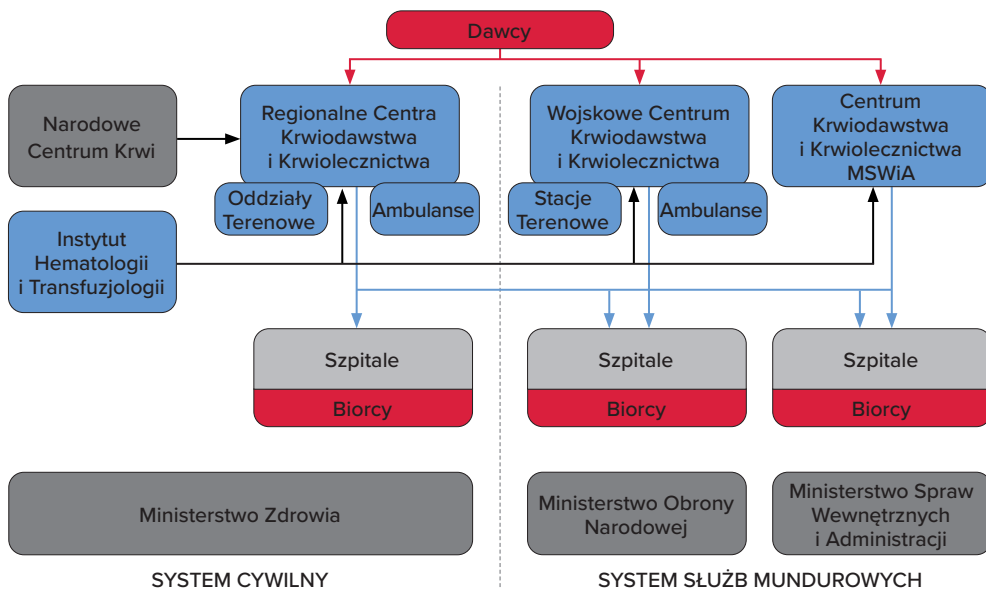
Polski system krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest scentralizowany i podzielony<sup>8</sup> na cywilny i służb mundurowych (Ryc. 1.1.). Podstawowym **celem systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa** jest zaspokojenie potrzeb pacjenta (biorcy) wymagającego

6 Uchwała WHA 63.12., Availability, safety and quality of blood products, [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R12-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-en.pdf) (dostęp 13.03.2023 r.).

7 Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia, *Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026*, 2020, Warszawa.

8 S. Twaróg, *Czynniki sukcesu systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce*, Studia Ekonomiczne nr 175, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2013, Katowice.

leczenia krwią i jej składnikami o odpowiedniej grupie i ilości, przez zabezpieczenie szpitali w odpowiednim miejscu i czasie. To najprościej scharakteryzowana użyteczność w „sferze konsumpcji”, będąca rezultatem działań logistycznych poprzedzonych działaniami marketingowymi, która jest niezbędna dla zapewnienia wysokiej jakości życia obywateli. Na takiej zasadzie budowane są strategie funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce przez ministra właściwego do spraw zdrowia przy wsparciu jednostek podległych, tj. Narodowego Centrum Krwi oraz regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.



**Ryc. 11. System Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa**

Źródło: Opracowanie własne

Legenda:

kolor ciemnoszary: jednostki nadzorujące system krwiodawstwa i krwiolecznictwa

kolor niebieski: jednostki organizacyjne publicznej służby krwi

kolor jasnoszary: podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

kolor czerwony: dawcy i biorcy krwi i jej składników



By sprostać nałożonemu celowi głównemu i licznym wyzwaniom związanym z tak istotną częścią systemu ochrony zdrowia, do pobierania krwi i oddzielania jej składników w Polsce uprawnione są wyłącznie centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (CKiK): 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa (RCKiK), Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (WCKiK) oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA (CKiK MSWiA) wraz z niezbędną infrastrukturą podmiotową – oddziałami Terenowymi.

Podmiotem tworzącym, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jest w przypadku:

1. Regionalnych Centrów – minister właściwy do spraw zdrowia;
2. Wojskowego Centrum – Minister Obrony Narodowej;
3. Centrum MSWiA – minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Ponadto, Narodowe Centrum Krwi oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii są jednostkami podległymi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wykonując szereg istotnych zadań na rzecz systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa przedstawionych w Tabeli 1.1.

**Tabela 1.1. Zadania NCK i IHIT**

	 <b>NCK</b> <small>NARODOWE CENTRUM KRWI</small>	 <b>IHT</b> <small>INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII</small>
<b>Misja</b>	<i>Sprawną i skuteczną realizacją zadań publicznych nałożonych przez ministra ds. zdrowia związanych z organizacją i koordynacją zaopatrzenia Rzeczypospolitej Polskiej w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne oraz stałe podnoszenie standardów.</i>	<i>Udzielanie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych dla postępu nauki w zakresie hematologii, transfuzjologii i dyscyplin pokrewnych przy zachowaniu dbałości o przyjazne i bezpieczne warunki pobytu pacjentów i pracy personelu Instytutu</i>
<b>Nadzór nad systemem krwiodawstwa</b>	funkcjonalny – pozamedyczny w systemie cywilnym	specjalistyczny – medyczny
<b>Standardy i procedury postępowania</b>	opracowywanie i wdrażanie w zakresie funkcjonalnym	opracowywanie i wdrażanie w zakresie medycznym
<b>Kontrole specjalistyczne / medyczne w CKiK</b>	przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, analiz i wniosków z przeprowadzonych kontroli specjalistycznych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi w roku poprzednim	przeprowadzanie, analiza i wnioski z przeprowadzonych kontroli przekazywanie do NCK
<b>Kontrole pozamedyczne w RCKiK</b>	przeprowadzanie wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, analiza i wnioski z przeprowadzonych kontroli	—
<b>Wyjaśnianie poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji</b>	—	udział w wyjaśnianiu i analizie, przekazywanie do Komisji Europejskiej rocznego sprawozdania o poważnych niepożądanych zdarzeniach i poważnych niepożądanych reakcjach
<b>Konsultacje dla CKiK</b>	—	udzielanie konsultacji z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa
<b>Wspólne postępowania na zakup towarów i usług dla RCKiK</b>	organizacja i przeprowadzanie we współpracy z Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia	—

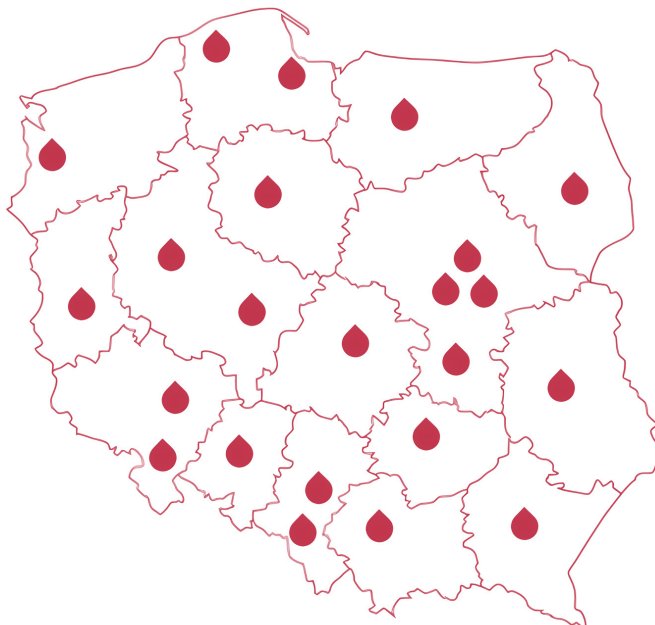
<b>Zarządzanie kryzysowe i na potrzeby obronne państwa</b>	wykonywanie zadań, w tym opracowywanie (w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej) zbiorczych planów działania, analizy oceny potrzeb i koordynacja współdziałania jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi na potrzeby obronne państwa i na wypadek sytuacji kryzysowych	wykonywanie zadań związanych z zarządzaniem kryzysowym i na potrzeby obronne państwa w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa
<b>Szkolenia dotyczące krwiodawstwa i krwiolecznictwa</b>	organizowanie i przeprowadzanie szkoleń w zakresie pozamedycznego (komunikacji, promocji itp.) mających na celu usprawnienie działalności	organizowanie i przeprowadzanie szkoleń w zakresie medycznym
<b>Programy Polityki Zdrowotnej w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa</b>	wdrażanie i realizacja programów, zawieranie i rozliczanie umów oraz kontrola prawidłowości wykonania umów	realizacja zadania medycznego
<b>Odnaki dla Honorowych Dawców Krwi</b>	realizacja zadań ministra właściwego do spraw zdrowia związanych z nadawaniem odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”	—
<b>Umowy dotacyjne w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa</b>	zawieranie, rozliczanie oraz kontrola wykonania umów zawartych z Regionalnymi Centrami, Polskim Czerwonym Krzyżem, IHiT	realizacja umowy
<b>Analiza kosztów przygotowania krwi i jej składników do użytku klinicznego poniesionych przez Regionalne Centra</b>	dokonywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia	—
<b>Akty prawne z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa</b>	opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji aktów prawnych oraz założeń aktów prawnych	opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji aktów prawnych oraz założeń aktów prawnych
<b>Propagowanie i Promocja Honorowego Krwiodawstwa</b>	promocja i propagowanie	propagowanie
<b>Dodatkowe zaopatrzenie w krew i jej składniki</b>	organizacja i koordynacja pomocy w sytuacjach wymagających dodatkowego zaopatrzenia	—
<b>Dobre praktyki</b>	procedowanie projektu/projektów aktualizacji dobrych praktyk	opracowanie projektów i projektów aktualizacji wymagań dobrych praktyk

Źródło: opracowanie własne (podstawa: Ustawa o publicznej służbie krwi, Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Narodowego Centrum Krwi)



CKiK, które obok Dawców krwi i jej składników, biorców, szpitali są istotnymi elementami (częściami) systemu biorącymi udział w przepływie krwi i jej składników, działającą w formie samodzielnych publicznych jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi. Zgodnie z przepisami, CKiK powinny się wspierać w realizacji zadań statutowych, szczególnie w zakresie zaopatrzenia w krew i jej składniki.

Rozmieszczenie CKiK wynika z wieloletniej tradycji i znajdują się one w lokalizacji skupisk określanych liczbą szpitali i gęstością zaludnienia (Ryc. 1.2.).



**Ryc. 1.2. Rozmieszczenie CKiK**

Źródło: opracowanie własne

W ramach zadań realizowanych przez centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa można wskazać realizację głównych (podstawowych) procesów z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz procesów wspomagających (Tab. 1.2.). Zadania wymienione w kolejności wynikającej z normatywnego aktu prawnego.

**Tabela 1.2. Zadania CKiK w podziale na procesy podstawowe i wspomagające**

Proces główny	Proces wspomagający
kwalifikowanie kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi	propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie Dawców krwi
pobieranie krwi i jej składników oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych	realizacja zadań związanych z tytułem „Honorowy Dawca Krwi” oraz przekazywanie Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi informacji niezbędnych do nadawania tytułu „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”

Proces główny	Proces wspomagający
<p>badanie, preparatyka oraz przechowywanie krwi i jej składników</p>	<p>przekazywanie, do dnia 31 marca każdego roku, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (oraz przechowywanie co najmniej przez 15 lat) sprawozdania z działalności jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi za poprzedni rok, zgodnie z wymaganiami dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu, obejmującego w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• całkowitą liczbę Dawców krwi;</li> <li>• całkowitą liczbę donacji z podziałem na ich rodzaje;</li> <li>• aktualny wykaz zaopatrywanych banków krwi;</li> <li>• całkowitą liczbę niewykorzystanych donacji;</li> <li>• liczbę wszystkich składników krwi uzyskanych i wydanych;</li> <li>• występowanie markerów chorób zakaźnych u Dawców krwi i częstość ich występowania;</li> <li>• liczbę wycofanych składników krwi;</li> <li>• liczbę niepożądanych zdarzeń i niepożądanych reakcji, w tym poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji.</li> </ul>
<p>wydawanie krwi i jej składników podmiotom leczniczym</p>	<p>wykonywanie zadań związanych z obronnością państwa</p>
<p>udzielanie podmiotom leczniczym konsultacji związanych z leczeniem krwi i jej składnikami</p>	
<p>niezwłoczne, jednak nie później niż w terminie 24 godzin, przekazywanie do Instytutu informacji o wystąpieniu poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji, otrzymanej od podmiotu leczniczego, w którym to zdarzenie lub ta reakcja miały miejsce, a także, do dnia 31 marca każdego roku, rocznych sprawozdań o niepożądanych zdarzeniach i niepożądanych reakcjach, w tym o poważnych niepożądanych zdarzeniach i poważnych niepożądanych reakcjach</p>	
<p>sprawowanie nadzoru specjalistycznego przez właściwą jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2-4, nad organizacją krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwi i jej składnikami, bankach krwi oraz pracowniach serologii lub pracowniach immunologii transfuzjologicznej</p>	

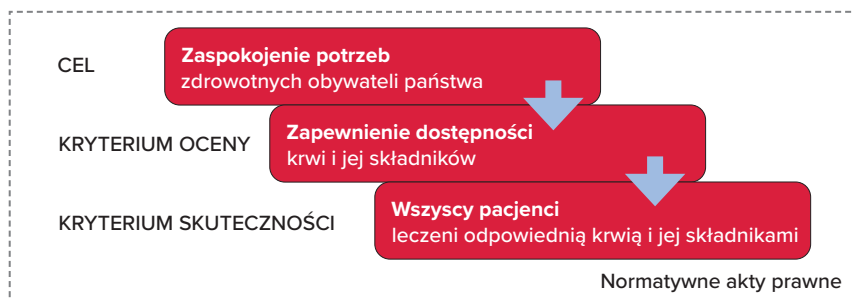
Proces główny	Proces wspomagający
organizowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa	
prorowadzenie pracowni konsultacyjnych w zakresie badań immunohematologicznych	

Źródło: opracowanie własne (na podstawie Ustawy o publicznej służbie krwi)

Ważnymi uwarunkowaniami i wyzwaniem pracy CKiK są przede wszystkim:

- Zabezpieczenie lokalnego oraz ogólnokrajowego zapotrzebowania szpitali na krew i jej składniki (**wyzwanie merytoryczne**). Restrykcyjne standardy kwalifikacji Dawców krwi powodują, że pomimo woli oddania krwi, niektóre osoby ze względu na stan zdrowia lub też styl życia nie mogą zostać Dawcami.
- **Sytuacja demograficzna**, która wpływa na wykorzystanie krwi i jej składników, przy jednoczesnym ograniczeniu liczby osób zdolnych do oddawania krwi – starzejące się społeczeństwo<sup>9</sup> i zmieniająca się struktura Dawców, o której szerzej w Rozdziale 2.
- **Logistyka**, determinowane specyfiką terenu funkcjonowania – dostępność arterii komunikacyjnych, mobilność mieszkańców, dostępność mobilnej infrastruktury.
- **Zasoby ludzkie** – pracownicy centrów krwiodawstwa w codziennej pracy borykają się z licznymi trudnościami, szczególnie związanymi z dostosowaniem podaży składników krwi do ich popytu, komunikacją oraz szeroko rozumianymi działaniami **marketingowo-logistycznymi**. Niedobory krwi i jej składników, które ze względu na rozkład procentowy w populacji polskiej poszczególnych grup krwi, bardzo często mają charakter jakościowy, a nie ilościowy. Jednak zawsze są dużym wyzwaniem w okresie wakacyjnym, w którym ze względu na pewne ograniczenia w organizacji akcji pobierania krwi w szkołach, na uczelniach czy też w miejscach pracy, powodują konieczność intensyfikacji już prowadzonych działań bądź poszukiwania nowych rozwiązań, m.in. marketingowych i logistycznych (patrz: Rozdział 6).

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania można wskazać cel systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, kryterium jego oceny oraz skuteczności (Ryc. 1.3.).



**Ryc. 1.3.** Cel systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz aspekt skuteczności

Źródło: opracowanie własne

9 S. Twaróg, J. Szołtysek, J. Majewska, S. Gadomski, M. Lorek, K. Grudzień, *Influence of demographic change on the blood services in Poland – Logistics as a remedy for the future*, Gospodarka materiałowa i logistyka, 2019, LXXI, (3).

Wskazany cel, którym jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli państwa oraz kryteria oceny i skuteczności systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa jako całości, determinują cele elementów systemu, procesy oraz kryteria oceny i skuteczności (Tab. 1.3.).

**Tab. 1.3. Cele systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz jego elementy**

	Dawca	CKiK	Szpital	Biorca	System
Cele elementów systemu	pozyskać, utrzymać, motywować, honorować,	zakwalifikować, pobrać, zbadać, przetworzyć, przechowywać, wydać	zapotrzebować (zamówić), przechowywać, wydać, przetoczyć	bezpiecznie przetoczyć, wyleczyć	<b>zaspokojenie potrzeb</b> zdrowotnych obywateli państwa
Procesy	wspomagające	podstawowe, wspomagające	podstawowe, wspomagające	podstawowe	
Kryterium oceny	liczba Dawców, stałych i wielokrotnych, odsetek osób, u których wzrósł poziom świadomości społecznej w zakresie honorowego krwiodawstwa	liczba donacji krwi i jej składników na optymalnym poziomie w odpowiednich okresach czasu	liczba jednostek składników krwi na optymalnym poziomie w odpowiednich okresach czasu, liczba zabiegów przełożonych z uwagi na braki krwi i jej składników	liczba zabiegów przełożonych z uwagi na braki krwi i jej składników	<b>zapewnienie dostępności</b> krwi i jej składników (logistyka)
Kryterium skuteczności	minimalizacja braków krwi i jej składników, minimalizacja niepożądanych zdarzeń i reakcji	minimalizacja strat, zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych, minimalizacja niepożądanych zdarzeń i reakcji	minimalizacja strat/zniszczeń, minimalizacja niepożądanych zdarzeń i reakcji	minimalizacja niepożądanych zdarzeń i reakcji	<b>wszyscy chorzy</b> są leczeni odpowiednią krwią lub jej składnikami

Źródło: opracowanie własne

Specyfika funkcjonowania **systemu zależna jest od dobrej woli Dawców**. Natomiast skuteczność systemu nie zależy od liczby Dawców, ale od zabezpieczenia i wyleczenia pacjentów. Z zarządczego punktu widzenia przedstawiona sytuacja jest zgoła inna niż obecnie występująca w literaturze z zakresu zarządzania, w tym logistyki oraz marketingu, gdzie beneficjent (konsument) nie wchodzi w strukturę łańcucha przepływu. Wobec powyższego, skuteczności systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa nie można

oceniać biorąc pod uwagę wyłącznie końcową część systemu, czyli pacjentów = biorców. Uwzględniając powyższe można wskazać na dualizm celów – zewnętrznego tj. systemu, jako zaspokojenie potrzeb pacjenta oraz ustawowego – wewnętrznego.

Sukces systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa związany jest z umiejętnością harmonizowania celu zewnętrznego i wewnętrznego w sposób ciągły. Skuteczność w kontekście zewnętrznym uzależniona jest od decyzji podejmowanych przez osoby kwalifikujące – lekarzy lub pielęgniarki, którzy w sposób szczegółowy i precyzyjny dbają o zapewnienie bezpieczeństwa składników krwi i jej składników.

Dlatego wyłączenie z systemu biorcy (pacjenta) rozwiązuje dylemat priorytetowości. Dodatkowo, wyjęcie z systemu pacjenta pozwala na jednoznaczne uzasadnienie, że cel określony w ustawie idealnie wpisuje się w sposób adekwatny do roli, jaką system pełni. W systemie (bezpośredniego przepływu krwi i jej składników), zostają zatem Dawcy i CKiK. Ze względu na znaczne rozproszenie Dawców w systemie, to CKiK przejmują zadanie pracy z Dawcami poprzez ich zachęcanie, utrzymywanie długotrwałych relacji itp. Zatem można uznać, iż sukces funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w dominującej mierze związany jest z jakością zarządzania i funkcjonowania CKiK.

Szereg zadań podstawowych i wspomagających realizowanych w systemie, jest możliwych dzięki sprawnej współpracy między wszystkimi jego elementami.

## 1.2. Uwarunkowania prawne systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, w szczególności prawa do ochrony życia<sup>10</sup> i prawa do ochrony zdrowia<sup>11</sup>, **nie jest możliwe bez prawidłowo działającego systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa**. Na system ten oddziałuje wiele czynników o różnym charakterze i znaczeniu. Czynnikiem o znaczeniu podstawowym, oprócz czynników demograficznych, społecznych, kulturowych, zdrowotnych, etycznych, religijnych, są **regulacje prawne, które określają organizację i sposób funkcjonowania systemu krwiodawstwa**. Sam sposób ukształtowania systemu ma wpływ na jego skuteczność, czyli zapewnienie odpowiedniej do potrzeb ilości krwi i jej składników przez pozyskiwanie nowych Dawców krwi i utrzymywanie dotychczasowych. Gospodarowanie krwią i jej składnikami jest **ściśle uregulowane prawnie**, co wynika z samych jej cech – jest substancją pochodzenia ludzkiego i, mimo podejmowanych prób, nie ma syntetycznego zamiennika. Część obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych ma dosyć dawny rodowód, sięgający jeszcze lat 30., 50. i 60. XX wieku, np. obowiązek uzyskania zezwolenia na pobieranie krwi, obowiązek informowania przez Dawców krwi o zauważonych objawach chorobowych po pobraniu krwi, obowiązek informowania o zmianie miejsca zamieszkania, uprawnienia do zwolnienia od pracy w związku z oddaniem krwi, uprawnienie do posiłku czy dostępu do świadczeń zakładów opieki zdrowotnych poza kolejnością, które mimo uchwalania kolejnych aktów prawnych nie zostały znacząco zmienione, inne natomiast, np. obowiązek opracowania, wdrożenia i utrzymywania systemu jakości przez Centra jako jednostki organizacyjne publicznej służby krwi czy szczegółowe obowiązki informacyjne wobec Dawców krwi są znacznie

10 Art. 38 Konstytucji RP „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”.

11 Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

młodsze, a ich wprowadzenie do polskiego porządku prawnego jest związane z przynależnością do Unii Europejskiej (kompetencje dzielone między Unią a Polską jako państwem członkowskim)<sup>12</sup>.

Po ogólnym przedstawieniu najważniejszych obowiązujących aktów prawnych związanych z działaniem systemu krwiodawstwa w Polsce omówione zostaną pokrótce te zagadnienia, które analizowane przez pryzmat wypracowania standardu obsługi Dawców krwi mają najistotniejsze znaczenie. Osadzenie omawianych zagadnień w kontekście historycznym ułatwia zrozumienie ich istoty i może być pomocne przy projektowaniu nowych rozwiązań prawnych – **bez rzetelnej oceny skutków wprowadzanych zmian, odejście od funkcjonujących od wielu lat rozwiązań, w szczególności dotyczących uprawnień Dawców krwi, może poważnie zakłócić działanie systemu krwiodawstwa w Polsce**. Ponadto, wcześniejsze rozwiązania prawne, po odpowiednim dostosowaniu, mogą być ponownie wprowadzone z korzyścią dla systemu. Wydaje się również, że omawiane kwestie mogą być w pewnej części wykorzystane przez pracowników działów marketingu (promocji) podczas prelekcji czy prezentacji prowadzonych w szkołach, lub przez innych pracowników w ramach szkoleń pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (punkt I ramowego programu szkoleń<sup>13</sup>).

## Informacje podstawowe o regulacjach prawnych<sup>14</sup> dotyczących systemu krwiodawstwa w Polsce w kontekście standardu obsługi Dawców krwi

Aktem prawnym o ustrojowym znaczeniu dla systemu krwiodawstwa w Polsce jest **Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi**<sup>15</sup>. Ustawa określa organizację i zadania jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzonego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych), zasady oddawania oraz pobierania krwi i jej składników w celach określonych w ustawie, badania i preparatyki pobranej krwi i jej składników, zapewnienia jakości pobranej krwi i jej składników, czuwania nad bezpieczeństwem krwi i jej składników, przechowywania, wydawania, zbywania oraz przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej krwi i jej składników oraz organizację krwiolecznictwa. Ustawa była wielokrotnie nowelizowana.

W wykonaniu obowiązków państwa członkowskiego Unii Europejskiej polski ustawodawca w ustawie<sup>16</sup> **wdrożył unijne regulacje ustanawiające standardy jakości bezpieczeństwa krwi i pochodnych krwi**, co ilustruje Tabela 1.4.

12 Art. 4 ust. 2 lit k w zw. z art. 168 ust. 4 lit. a Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) Dz. Urz. UE C z 2016 r. Nr 326, s. 47).

13 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2017 roku w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. z 2021 r. poz. 2027).

14 Syntetyczny spis wybranych obowiązujących aktów prawnych dotyczących krwiodawstwa i centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jako jednostek publicznej służby krwi przedstawiono w Załączniku nr 3.

15 Dz. U. z 2023 r. poz. 318 i 650.

16 Ustawa z 20 maja 2016 roku o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 823).

**Tabela 1.4. Dyrektywy wdrożone Ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi**

Nazwa	Typ	Syntetyczny opis regulacji
<b>Dyrektywa 2002/98/WE</b> Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającą dyrektywę 2001/83/WE <sup>17</sup>	Dyrektywa bazowa	Ustanawia obowiązki spoczywające na zakładach krwiodawstwa dotyczące pobierania, badania, przechowywania, transportu i dystrybucji krwi, obowiązku wprowadzenia systemu jakości, ochrony danych osobowych, hemokontroli
<b>Dyrektywa Komisji 2004/33/WE</b> z dnia 22 marca 2004 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi <sup>18</sup>	Dyrektywa wykonawcza	Ustanawia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• definicje (załącznik I);</li> <li>• szerokie obowiązki informacyjne wobec Dawców krwi (załącznik II część A);</li> <li>• wymogi uzyskania określonych informacji od Dawców krwi (załącznik II część B);</li> <li>• kryteria kwalifikacji Dawców krwi pełnej i składników krwi (załącznik III);</li> <li>• warunki przechowywania, transportu i dystrybucji krwi i składników krwi (załącznik IV);</li> <li>• wymagania dotyczące jakości i bezpieczeństwa krwi i składników krwi (załącznik V)</li> </ul>
<b>Dyrektywa Komisji 2005/61/WE</b> z dnia 30 września 2005 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach <sup>19</sup>	Dyrektywa wykonawcza	Dyrektywa wykonawcza ustanawiająca obowiązki dotyczące czuwania nad bezpieczeństwem krwi i składników krwi i związane z nimi rozwiązania zapewniające jednoznaczną identyfikację krwi i Dawców krwi, a także zasady powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz ich weryfikacji
<b>Dyrektywa Komisji 2005/62/WE</b> z dnia 30 września 2005 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie norm i specyfikacji wspólnotowych odnoszących się do systemu jakości obowiązującego w placówkach służby krwi <sup>20</sup>	Dyrektywa wykonawcza	Dyrektywa wykonawcza ustanawiająca szczegółowe obowiązki dotyczące opracowania, wdrożenia i utrzymywania systemu jakości przez zakłady krwiodawstwa i wymagania techniczne odnoszące się do krwi i jej składników z uwzględnieniem zaleceń Rady Europy <sup>21</sup> , Farmakopei Europejskiej, Światowej Organizacji Zdrowia

17 Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003, str. 30 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 7, str. 346, Dz. Urz. UE L 230 z 04.08.2006, str. 12, Dz. Urz. UE L 188 z 18.07.2009, str. 14 oraz Dz. Urz. UE L 98 z 15.04.2015, str. 11.

18 Dz. Urz. UE L 91 z 30.03.2004, str. 25 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 8, str. 272, Dz. Urz. UE L 288 z 04.11.2009, str. 7, Dz. Urz. UE L 97 z 12.04.2011, str. 28 oraz Dz. Urz. UE L 366 z 20.12.2014, str. 81.

19 Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005, str. 32.

20 Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005, str. 41 oraz Dz. Urz. UE L 199 z 26.07.2016, str. 14.

21 Wśród najważniejszych zaleceń wyróżnić należy opracowanie *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components* z 2023 roku (21 wydanie).

Obecnie prowadzone są prace zainicjowane wnioskiem<sup>22</sup> Komisji Europejskiej związane z nowym aktem prawnym zastępującym dyrektywę 2002/98/WE, który w zamierzeniu ma tworzyć silniejszą Europejską Unię Zdrowotną i zapewniać wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego<sup>23</sup>, w tym krwi i jej składników. Instrumentem mającym zapewnić większą spójność regulacji (pełniejszą harmonizację) i optymalny dostęp pacjentów do substancji pochodzenia ludzkiego jest rozporządzenie, bo nie wymaga transpozycji i jest bezpośrednio stosowane. Po zakończeniu prac nad tym rozporządzeniem i jego wejściu w życie, polskie przepisy ulegną znacznym zmianom, duża część z nich przestanie obowiązywać, a dla zapewnienia stosowania tego rozporządzenia zostaną przyjęte nowe regulacje prawne.

Na podstawie ustawy o publicznej służbie krwi wydano kilkanaście aktów wykonawczych – rozporządzeń, z których kilka jest szczególnie istotnych w kontekście obsługi Dawców krwi. Są to:

**Tabela 1.5. Wybrane akty wykonawcze do ustawy o publicznej służbie krwi**

Nazwa	Rodzaj aktu prawnego	Syntetyczny opis regulacji
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi <sup>24</sup>	Akt podustawowy wykonawczy	Doprecyzowuje warunki dopuszczalności pobrania krwi i określa wymagania zdrowotne, jakim powinien odpowiadać kandydat na Dawcę krwi i Dawca krwi, wykaz badań lekarskich i pomocniczych badań diagnostycznych, jakim powinni być poddani kandydaci na Dawców krwi i dawcy krwi, przeciwwskazania do pobrania krwi, dopuszczalną ilość oddawanej krwi i częstotliwość jej oddawania oraz szczegółowe warunki zabiegu uodpornienia w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych, mające na celu bezpieczeństwo dawcy i biorcy
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 roku w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników <sup>25</sup>	Akt podustawowy wykonawczy	Wdraża dyrektywę bazową 2002/98/WE i dyrektywę wykonawczą 2002/65/WE i doprecyzowuje wymogi dotyczące systemu jakości

22 Wniosek Komisji Europejskiej z 14 lipca 2022 roku – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylające dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0338&from=EN> (dostęp 26.02.2023 r.).

23 *Substances of Human Origin* – SoHO.

24 Dz. U. z 2022 poz. 1279.

25 Dz. U. poz. 646.



Nazwa	Rodzaj aktu prawnego	Syntetyczny opis regulacji
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek <sup>26</sup>	Akt podustawowy wykonawczy	Określa kwalifikacje zawodowe personelu w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2022 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek <sup>27</sup>	Akt podustawowy wykonawczy	Wdraża dyrektywę bazową 2002/98/WE

W ustawie o publicznej służbie krwi, w kilku rozporządzeniach do tej ustawy, a także innych ustawach i aktach wykonawczych przyznano Dawcom krwi uprawnienia (przywileje) oraz wyróżnienia. Kwestie te uregulowano w wielu aktach prawnych wymienionych w Tabeli 1.6 (na str. 26).

Wymieniając akty prawne mające znaczenie w kontekście obsługi Dawców krwi nie można zapominać, że Dawcy krwi są jednocześnie pacjentami *sui generis*, którym przysługuje ochrona i uprawnienia przewidziane w **ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**<sup>28</sup>, a Centra dla każdego Dawcy krwi prowadzą oddzielną indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną i w związku z tym, oprócz uregulowań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, zastosowanie znajdą też przepisy **rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**<sup>29</sup>. Uprawnieniom Dawców krwi odpowiadają obowiązki lekarzy i pielęgniarek, jako osób wykonujących zawody medyczne, które wynikają z przywołanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, **ustawy z dnia 6 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty**<sup>30</sup>, **ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej**<sup>31</sup>, a także **kodeksów etycznych** (Kodeks Etyki Lekarskiej, Kodeks Etyki Zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

26 Dz. U. z 2023 r. poz. 2326.

27 Dz. U. poz. 2477.

28 Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972.

29 Dz. U. z 2022 r. poz. 1304.

30 Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972.

31 Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234.

Tab. 1.6. Akty prawne ustanawiające uprawnienia dla Dawców krwi

Nazwa aktu prawnego	Uprawnienie (przywilej)
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>32</sup>	Uprawnienie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością i uprawnienie do bezpłatnego, do wysokości limitu finansowania, zaopatrzenia w leki objęte wykazem
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept <sup>33</sup>	Uprawnienie do kupowania niektórych leków ze zniżkami
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi <sup>34</sup>	Posiłek regeneracyjny po oddaniu krwi lub jej składników
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” <sup>35</sup>	Uprawnienie do kupowania niektórych leków ze zniżkami (lub bezpłatnie)
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” <sup>36</sup>	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi <sup>37</sup>	

Patrząc od strony struktury organizacyjnej i formy prawnej, Centra są podmiotami leczniczymi w rozumieniu **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej**<sup>38</sup> działającymi w formie **samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej** (art. 4 ust. 1 pkt 2 tej ustawy) i jednocześnie są **jednostkami sektora finansów publicznych**, o których mowa w art. 9 pkt 10 **ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych**<sup>39</sup>, zobowiązanymi do udzielania zamówień publicznych na **podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych**<sup>40</sup> oraz do **prowadzenia rachunkowości zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości**<sup>41</sup>. Wydawać by się mogło, że te akty prawne – dotyczące formalnych aspektów działalności Centrów – nie mają wpływu na jakość obsługi Dawców krwi, jednak nawet bez pogłębionych analiz nietrudno dostrzec, że są one niemniej ważne w omawianym kontekście, niż przepisy ustawy o publicznej służbie krwi i wydane na jej podstawie rozporządzenia.

32 Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1873 i 1938.

33 Dz. U. 2023 poz. 487.

34 Dz. U. poz. 2602.

35 Dz. U. z 2022 r. poz. 1211.

36 Dz. U. poz. 1677.

37 Dz. U. z 2019 r. poz. 1259.

38 Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972.

39 Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1429, 1641, 1693 i 1872.

40 Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 i 1720.

41 Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1592.

Od sposobu finansowania działalności Centrów zależy wielkość posiadanych finansów, te zaś – wyznaczają granice dla wykonywania zadań ustawowych i statutowych – w tym m.in. działań promujących honorowe krwiodawstwo, na które składają się również czynności związane z pozyskiwaniem nowych i utrzymaniem dotychczasowych Dawców krwi. Natomiast w odniesieniu do zamówień publicznych, to Centra – analizując potrzeby dokonania konkretnych wydatków – są zobowiązane uwzględnić **zasadę efektywności wyrażającą się zapewnieniem najlepszej jakości przedmiotu zamówienia i jak najlepszego stosunku nakładów do osiągniętych efektów.**

**Jakość przedmiotu zamówienia** warunkuje również, a niekiedy przede wszystkim, **jakość obsługi Dawców krwi**, o której decyduje w równej mierze **zachowanie personelu Centrów, używany sprzęt medyczny** (hemoglobinometry, separatory, fotele do pobierania krwi), **wyroby medyczne** (pojemniki do pobierania i preparatyki krwi, igły), **infrastruktura informatyczna** (komputery, sieci), **usługi świadczone na rzecz Centrów** (utrzymanie czystości, ochrona osób i mienia), **miejsce pobierania krwi** (budynki uwzględniające konieczność zapewnienia poufności Dawcom czy osobom o szczególnych potrzebach). **Wszystkie te rodzaje zamówień – dostawy, usługi czy roboty budowlane – powinny być realizowane przez Centra z uwzględnieniem potrzeb kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi, jako osób będących najważniejszym podmiotem systemu krwiodawstwa i jednym z najważniejszych podmiotów systemu ochrony zdrowia w ogóle.**

W wymiarze systemowym na jakość obsługi Dawców krwi i podejmowanie działań służących propagowaniu honorowego krwiodawstwa i pozyskiwaniu Dawców krwi mają wpływ przepisy ustawy o publicznej służbie krwi w związku z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bo na ich podstawie Minister Zdrowia realizuje programy polityki zdrowotnej – obecnie jest to **„Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”**<sup>42</sup>. W programie przewidziano kontynuację dotychczasowych działań związanych z promocją i edukacją w zakresie honorowego krwiodawstwa i – co ma szczególne znaczenie w likwidowaniu przeszkód natury logistycznej – **doposażenie Centrów w mobilne punkty pobierania krwi.**

Wymienione wyżej akty prawne mają charakter powszechnie obowiązujący i wyznaczają sposób postępowania adresatów określonych generalnie. W polskim systemie krwiodawstwa obowiązują też **akty prawne o charakterze wewnętrznym**, które wiążą centra krwiodawstwa jako jednostki publicznej służby krwi podlegające ministrowi do spraw zdrowia. Akty te opracowuje i aktualizuje Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, a zatwierdza i ogłasza minister właściwy do spraw zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, w formie obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. Szczególne znaczenie ma w odniesieniu do obsługi Dawców krwi **obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi**<sup>43</sup>, które uszczegółowia i konkretyzuje obowiązki pracowników poszczególnych działów Centrów. Obwieszczenie determinuje sposób postępowania wyznaczając **standardy**, których przestrzeganie nie tylko

42 Program polityki zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”, Warszawa 2020 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zapewnienie-samowystarczalnosci-rzeczypospolitej-polskiej-w-krew-i-jej-skladniki-na-lata-2021---2026> (dostęp 04.03.2023 r.).

43 Dz. Urz. Min. Zdr. z 2021 poz. 28 ze zm.

decyduje o uznaniu określonego zachowania za prawidłowe i zgodne z wymaganiami wiedzy, ale również świadczy o **profesjonalizmie i należytej staranności**, a te dwa czynniki stanowią **mierniki jakości**, w tym **jakości obsługi Dawców krwi**.

Ponadto do obowiązków ministra właściwego do spraw zdrowia powiązanych z jakością obsługi Dawców krwi należy koordynowanie działalności w zakresie organizacji pobierania krwi i jej składników, preparatyki oraz zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz zatwierdzanie planów działania w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Instytut, a wśród zadań Instytutu szczególne znaczenie ma opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji w sprawach związanych z kwalifikowaniem Dawców krwi, zapewnieniem bezpieczeństwa Dawcy krwi, jednolitości danych zbieranych w ramach wywiadu medycznego, ocenianie potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz planowanie związanych z tym zadań i sposobów ich realizacji oraz propagowanie honorowego krwiodawstwa we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i organizacjami pozarządowymi.

**Jakościowa obsługa Dawców krwi nie jest postulatem, lecz wymogiem prawnym i stanowi warunek konieczny, choć niewystarczający, żeby zapewnić równowagę między podażą krwi i jej składników a zapotrzebowaniem.** Krótki przegląd regulacji prawnych służył pokazaniu, że na jakość obsługi Dawców krwi wpływ mają różne przepisy z wielu gałęzi prawa, a obowiązki związane z zapewnieniem jakości nie spoczywają tylko na pracownikach bezpośrednio kontaktujących się z Dawcą krwi, ale też innych pracownikach (działów zamówień publicznych, księgowości) i podmiotach (Minister Zdrowia, Narodowe Centrum Krwi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii). W dalszej części bardziej szczegółowo – jako najistotniejsze – zostaną omówione: model ukształtowania systemu krwiodawstwa w Polsce z uwzględnieniem formy prawnej i finansowania Centrów, zasady konstrukcyjne systemu w powiązaniu z propagowaniem honorowego krwiodawstwa, system zapewnienia jakości z uwzględnieniem problemu braku kadry medycznej oraz kwestie związane z ochroną danych osobowych kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi, które w krwiodawstwie mają znaczenie podstawowe i nie mogą być bagatelizowane.

## **Model ukształtowania systemu krwiodawstwa w Polsce – najistotniejsze zagadnienia prawne w kontekście standardu obsługi Dawców krwi**

### ***Pobieranie krwi i jej składników jako kompetencja wyłączna państwa – skuteczność systemu państwowego***

W Polsce za krwiodawstwo odpowiada **państwo**, a kompetencja do realizacji zadań związanych z pobieraniem krwi ma charakter **wyłączny** – krew i jej składniki mogą pozyskiwać **tylko** centra krwiodawstwa, jako jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, po uzyskaniu akredytacji udzielanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. **Wyłączność oznacza, że żaden inny podmiot nie jest uprawniony do pobierania krwi i jej składników, a gdyby to zrobił podlega odpowiedzialności karnej**<sup>44</sup>.

Nie zawsze jednak tak było – początkowo w Polsce krwiodawstwem zajmował się Polski Czerwony Krzyż, jednak już pod koniec lat czterdziestych XX wieku to państwo zaczęło przejmować wykonywanie tego zadania – na podstawie **uchwały Rady Ministrów z 29 września 1948 roku w sprawie zorganizowania doraźnej pomocy leczniczej oraz akcji przetaczania i konserwacji krwi**<sup>45</sup> Ministrowi Zdrowia powierzono

44 Art. 31 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi.

45 M.P. z 1948 r. poz. 637.

zorganizowanie doraźnej pomocy leczniczej oraz akcji przetaczania i konserwacji krwi w 1949 roku, upoważniając go do zlecenia wykonywania tych akcji Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi, natomiast **zarządzeniem Ministra Zdrowia z 31 marca 1949 roku w sprawie zaliczenia stacji konserwacji i przetaczania krwi prowadzonych przez Polski Czerwony Krzyż do zakładów społecznych służby zdrowia**<sup>46</sup> z dniem 1 kwietnia 1949 roku do zakładów społecznych służby zdrowia zaliczono stacje przetaczania i konserwacji krwi prowadzone przez Polski Czerwony Krzyż w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie i we Wrocławiu. **Od tej daty polski system krwiodawstwa ma charakter wyłącznie państwowy (monopol)**<sup>47</sup>. Jednak nawet wtedy, gdy za pobieranie krwi odpowiadał Polski Czerwony Krzyż, państwo decydowało, które podmioty mogły wykonywać to zadanie publiczne, bo zgodnie z **rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 roku o krwiodawcach**<sup>48</sup>, które było pierwszym aktem prawnym regulującym zasady oddawania krwi, nadzór nad oddawaniem krwi sprawował Minister Opieki Społecznej – krew oddawać mogły wyłącznie osoby zarejestrowane w instytucji upoważnionej na podstawie zezwolenia wymienionego ministra, które według swobodnego uznania mogło zostać cofnięte (§ 1 rozporządzenia).

Po wojnie rozporządzenie z dnia 5 sierpnia 1937 roku zostało uchylone i zastąpione przez **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców**<sup>49</sup>, w którym podtrzymano zasadę dopuszczalności pobierania krwi do celów leczniczo-zapobiegawczych wyłącznie w stacjach (punktach) krwiodawstwa. **Od wejścia w życie tego rozporządzenia, do 31 grudnia 1998 roku, krew była pobierana właśnie przez stacje krwiodawstwa.** Z dniem 1 stycznia 1999 roku stacje krwiodawstwa zostały **przekształcone w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa** na podstawie **rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa**<sup>50</sup>.

W literaturze wskazuje się, że rodzaj systemu krwiodawstwa (państwowy, pozarządowy, oparty na bankach krwi) **determinuje** zwiększenie lub zmniejszenie częstości oddawania krwi<sup>51</sup>. Wydaje się, że ze względów historycznych przejście z systemu pozarządowego (zarządzanego przez Polski Czerwony Krzyż) do systemu państwowego,

46 M.P. z 1949 poz. 359.

47 Zestawienie historycznych aktów prawnych dotyczących krwiodawstwa przedstawiono w załączniku nr 2.

48 Dz. U. 1937 nr 66 poz. 504.

49 Dz. U. 1952 nr 17 poz. 104.

50 Dz. U. poz. 1261.

51 W piśmiennictwie sformułowany został nawet wniosek, że systemy państwowe osiągają gorsze rezultaty, bo choć łatwiej rekrutują większą liczbę Dawców, nie potrafią ich skutecznie utrzymać ani wykorzystać potencjalnego związku między krwiodawstwem a innymi formami wolontariatu, ani stworzyć więzi między Dawcami krwi i osobami potrzebującymi krwi (W. Drozd: Marketing społeczny w krwiodawstwie. Jak rozmawiać z ludźmi, żeby oddawali krew. Warszawa 2016, s. 133, s. 179). Wyjątkiem jest Francja, gdzie – podobnie jak w Polsce – system ma charakter państwowy, jednak liczba Dawców krwi na 1000 mieszkańców jest o połowę większa niż w Polsce, co jest związane z aktywnie działającą Francuską Federacją na rzecz Honorowego Krwiodawstwa zrzeszającą 2850 stowarzyszeń honorowych Dawców krwi na terenie całego kraju – *Promouvoir, participer, À chacun sa façon d'aider*, <https://dondesang.efs.sante.fr/une-personne-prete-sengager#participer> <https://dondesang.efs.sante.fr/une-personne-prete-sengager#participer> (dostęp 08.03.2023 r.).

ma w Polsce charakter **trwały**, dlatego rozwiązań problemów związanych z krwiodawstwem należy szukać nie w zmianie systemowej i przekazaniu krwiodawstwa organizacjom pozarządowym lub organizacjom honorowych Dawców krwi, lecz w **usuwaniu wad systemu państwowego lub minimalizowaniu ich negatywnego wpływu**. Środkiem zaradczym może być, na wzór francuski, **polepszenie i zacieśnienie współpracy z samorządami, Polskim Czerwonym Krzyżem i organizacjami honorowych Dawców krwi** (w Załączniku 1 zamieszczono wzór „Porozumienia o partnerstwie na rzecz propagowania honorowego krwiodawstwa”), co zresztą wynika z ustawy o publicznej służbie krwi, bo **publiczna służba krwi realizuje swoje zadania we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i organizacjami honorowych Dawców krwi**<sup>52</sup>. Nie można zapominać o roli tych podmiotów oraz organów państwowych i samorządowych, podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawody medyczne oraz środków masowego przekazu w popieraniu działania publicznej służby krwi w zakresie propagowania, rozwijania dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i stwarzania sprzyjających temu warunków<sup>53</sup>. Innym środkiem minimalizującym ograniczenia systemu państwowego może być **większa elastyczność organizacyjna służąca likwidowaniu przeszkód logistycznych związanych z oddawaniem krwi przez dostosowywanie godzin otwarcia i miejsc pobierania do potrzeb Dawców krwi, stosowanie rozwiązań informatycznych usprawniających proces pobierania krwi (cyfryzacja) oraz wykorzystywanie marketingu relacji służącego zbudowaniu trwałych indywidualnych więzi między Dawcami krwi a centrami krwiodawstwa**<sup>54</sup>. Wskazuje się również na **rolę pielęgniarek w procesie utrzymywania Dawców krwi** i skuteczność postępowania zgodnie z modelem relacji między pacjentem a pielęgniarką opracowanym przez Nolę Pender (*Health Promotion Model*)<sup>55</sup>, który można z powodzeniem zastosować w krwiodawstwie.

W celu minimalizacji ograniczeń modelu państwowego, w działania systemu krwiodawstwa powinni być także włączani sami Dawcy krwi, a także osoby, które z przyczyn zdrowotnych nie mogą być Dawcami krwi, którzy mogą być **organizatorami akcji, wolontariuszami** czy **ambasadorami** (na ten aspekt zwraca się również uwagę w przywoływanym już programie polityki zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”<sup>56</sup>, w którym jednym z zadań jest **stworzenie struktur wolontariatu**). Z powodzeniem takie działania są podejmowane w innych państwach – w Królestwie Belgii w ramach przeciwdziałania okresowym niedoborom krwi uruchomiono program **Ambasadorzy Krzysowi**,

52 Art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

53 Art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

54 W. Drozd, *Marketing społeczny w krwiodawstwie. Jak rozmawiać z ludźmi, żeby oddawali krew*, Warszawa 2016, s. 120; L. Ambroise, I. Prim-Allaz & M. Séville, *Attirer et fidéliser les donneurs de sang*. <https://shs.hal.science/halshs-00519515v1/document>, s. 16 (dostęp: 08.03.2023); *Avancées digitales et relations donneurs: un grand bond pour innover*, *Rapport d'activité 2021*, Établissement Français du Sang, *Rapport d'activité\_EFS\_2021\_WEB.pdf* (sante.fr), s. 10 (dostęp 08.03.2023 r.).

55 C.-M. Dupin, S. Deubelbeiss, K. Dos Santos Rodrigues, D. Morais De Oliveira, M. Quilleau, C. Thent, *Interventions infirmières pour promouvoir la fidélisation des donneurs de sang: une revue rapide et réaliste de la littérature. Recherche en soins infirmiers 2019/1* (Nr 136), 16-27. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-16.html> (dostęp 08.03.2023 r.).

56 Program polityki zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”, Warszawa 2020 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zapewnienie-samowystarczalnosci-rzeczypospolitej-polskiej-w-krew-i-jej-skladniki-na-lata-2021---2026> (dostęp 04.03.2023 r.).



a zadaniem osób zaangażowanych jest **wspieranie działań promujących krwiodawstwo i przekazywanie komunikatów Belgijskiego Czerwonego Krzyża bezpośrednim i pośrednim współpracownikom, w tym klientom i dostawcom**. Gdy pojawia się potrzeba, właściwi pracownicy Czerwonego Krzyża kontaktują się z ambasadorami kryzysowymi (nie częściej niż 3 razy w roku) i proszą o wsparcie działań promocyjnych w celu uświadomienia jak największej liczbie osób potrzeby oddawania krwi i zmotywowania ich do odwiedzenia punktu pobierania krwi. Ambasadorzy kryzysowi są w istocie pośrednikami i sami nie tworzą komunikatów – pomagają belgijskiej służbie krwi przez wykorzystywanie przygotowanych i udostępnionych mejli, postów, wizualizacji, zdjęć w tle (*cover image*) do publikowania na Facebooku, w intranecie, wizualizacji do wyświetlania na ekranach cyfrowych<sup>57</sup>. Program Ambasadorzy Kryzysowi wykorzystuje elementy **marketingu wirusowego** i czerpiąc z jego zalet, takich jak: niski koszt, szybkie rozpowszechnianie komunikatów przez użycie mediów społecznościowych, możliwość dotarcia do wielu odbiorców czy budowanie zaangażowania odbiorców, ogranicza jego wady przez kontrolę nad treścią komunikatów, za którą odpowiadają pracownicy służby krwi.

**Szukając rozwiązań problemów dotyczących krwiodawstwa uzasadnione jest zatem korzystanie z doświadczeń innych krajów, w szczególności z Unii Europejskiej i z Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bo mimo regionalnych różnic, problemy są podobne (jeśli nie takie same) i wymagają przemyślanej i przede wszystkim skutecznej odpowiedzi.**

### **Forma prawna i finansowanie systemu krwiodawstwa w Polsce**

Choć zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi Centra mogą prowadzić działalność jako spółki kapitałowe<sup>58</sup> (spółki akcyjne lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością) lub jako jednostka budżetowa w przypadku Wojskowego Centrum<sup>59</sup>, **wszystkie Centra w Polsce są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej**<sup>60</sup> tworzonymi odpowiednio przez Skarb Państwa reprezentowany przez **ministra właściwego do spraw zdrowia** (regionalne Centra<sup>61</sup>), **Ministra Obrony Narodowej** (Wojskowe Centrum<sup>62</sup>), **ministra właściwego do spraw wewnętrznych** (Centrum MSWiA<sup>63</sup>). Centra są dofinansowywane w formie **dotacji z budżetu państwa**<sup>64</sup> odpowiednio z części będącej

57 *Ambassadeurs de crise, Croix-Rouge de Belgique*, <https://www.donneurdesang.be/fr/entreprise/ambassadeur> (dostęp 08.03.2023).

58 Art. 23 ust. 3 pkt 1 i ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

59 Art. 23 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

60 Ustawą z dnia 26 listopada 2003 roku o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2215) dokonano dużej nowelizacji ustawy o publicznej służbie krwi i między innymi postanowiono, że regionalne centra, Wojskowe Centrum i Centrum MSWiA są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej tworzonymi i dofinansowywanymi odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych (art. 1 pkt 21 ustawy zmieniającej).

61 Art. 23 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

62 Art. 23 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

63 Art. 23 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

64 Ustawą z 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. poz. 756) dokonano zmiany art. 23 ust. 1 ustawy o publicznej służbie krwi, na podstawie której ustalono, że jednostki organizacyjne publicznej służby krwi są finansowane z budżetu państwa.

w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia<sup>65</sup>, Ministra Obrony Narodowej<sup>66</sup>, ministra właściwego do spraw wewnętrznych<sup>67</sup>, którzy mogą **finansować lub dofinansować** nakłady na inwestycje jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi służące realizacji zadań określonych w ustawie o publicznej służbie krwi oraz realizację przez te jednostki programów zdrowotnych z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do ich realizacji<sup>68</sup>. Centra, jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, prowadzą **gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej**<sup>69</sup> w oparciu o **plan finansowy** ustalany przez dyrektora Centrum<sup>70</sup> oraz pokrywają z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i regulują zobowiązania<sup>71</sup>. Centra mogą uzyskiwać środki finansowe, m.in. z **odpłatnej działalności leczniczej**, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej, innej z wydzielonej działalności, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności, z odsetek od lokat czy z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego<sup>72</sup>. **Centra utrzymują się jednak głównie z wymienionej dotacji z budżetu państwa, ze środków uzyskanych z wydawania za opłatą krwi i jej składników podmiotom leczniczym oraz nadwyżek osocza frakcjonatorom.** Centra wydają krew i jej składniki za opłatą, której wysokość jest ustalana na dany rok przez **Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia**<sup>73</sup>, przy czym ustawa o publicznej służbie krwi wprowadza **zasadę, że podmioty lecznicze są zaopatrywane przez właściwe Centrum, dla których miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych znajduje się na obszarze działania danego Centrum**, określonego w statucie nadanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia<sup>74</sup>. Jeśli nie jest to możliwe, to właściwe Centrum w pierwszej kolejności zwraca się do najbliższej jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi o wydanie zamówionej krwi lub jej składników<sup>75</sup>.

### **Konstrukcyjne zasady systemu krwiodawstwa**

Podobnie jak w innych państwach Unii Europejskiej, polski system krwiodawstwa opiera się na **zasadach dobrowolności i bezpłatności oddawania krwi i jej składników oraz anonimowości Dawcy krwi**, które mają charakter **konstrukcyjny** i wyznaczają granice dla ustawowych i statutowych działań Centrów jako jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, a także dla samego ustawodawcy, który wprowadzając określone przepisy dotyczące krwiodawstwa, jest zobowiązany je uwzględnić – nowoczesna

65 Art. 23 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

66 Art. 23 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

67 Art. 23 ust. 5 *in fine* ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

68 Art. 23 ust. 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi; przepis wprowadzono ustawą z 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 742).

69 Art. 51 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

70 Art. 53 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

71 Art. 52 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

72 Art. 55 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

73 Art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi; aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 roku w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz. U. poz. 2817).

74 Art. 23 ust. 3a ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

75 Art. 27 ust. 2 w zw. z ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.



praktyka transfuzji krwi opiera się na zasadach dobrowolnego oddawania krwi, anonimowości zarówno Dawcy, jak i biorcy, dobrej woli Dawcy i nieobecności zysków po stronie podmiotów zajmujących się transfuzją krwi<sup>76</sup>. Polska, jako kraj członkowski Unii Europejskiej, co trzy lata przedkłada Komisji sprawozdania w sprawie stosowania zasady dobrowolnego nieodpłatnego oddawania krwi<sup>77</sup>.

Obecny kształt i rozumienie tych zasad stanowi odzwierciedlenie postanowień dyrektywy bazowej 2002/98/WE, poprzedzających ją rezolucji z 14 września 1993 roku, 18 listopada 1993 roku, 14 lipca 1995 roku i 17 kwietnia 1996 roku Parlamentu Europejskiego, które – zwracając uwagę na **zasadę dobrowolnego niedopłatnego oddawania krwi – podkreślały jej znaczenie jako narzędzia dla zapewnienia samowystarczalności**<sup>78</sup> oraz wypracowanej przez Radę Europy definicji, w myśl której **oddawanie krwi, osocza lub składników krwi jest uważane za dobrowolne i nieodpłatne, jeżeli jest dokonywane przez osobę z jej własnej woli i nie daje podstaw do jakiegokolwiek zapłaty w formie pieniężnej lub jakiegokolwiek równoważnej postaci. Wyłącza to również przyznanie wynagrodzenia w formie wypoczynku, który wykracza poza czas konieczny do oddania krwi i dojazdu. Drobne dowody uznania, napoje i zwrot kosztów podróży są zgodne z pojęciem dobrowolnego i nieodpłatnego oddawania krwi**<sup>79</sup>.

Polska, jako kraj członkowski Unii Europejskiej, jest zobowiązana podejmować niezbędne środki zachęcania do dobrowolnego nieodpłatnego oddawania krwi, zapewnienia Dawcom krwi większego uznania opinii publicznej w celu zwiększenia zaopatrzenia w krew i składniki krwi<sup>80</sup>, bo dobrowolne nieodpłatne oddawanie krwi jest czynnikiem sprawczym podnoszenia norm bezpieczeństwa odnoszących się do krwi i jej składników i przyczynia się do ochrony zdrowia ludzi<sup>81</sup>. **W systemie dopuszczającym opłacanie Dawcy niektóre osoby mogą uznać wynagrodzenie pieniężne za tak ważne, że mogłyby nie ujawniać istotnych informacji dotyczących zdrowia lub zachowania. Przeprowadzenie dodatkowych badań przesiewowych i testów może przyczynić się do zmniejszenia prawdopodobieństwa przeniesienia choroby z Dawcy na biorcę, ale nie może go całkowicie wyeliminować**<sup>82</sup>.

**Opisywane zasady dobrowolności i bezpłatności oddawania krwi nie są przy tym w polskim systemie krwiodawstwa nowe – przeciwnie, od kilkudziesięciu lat są jego częścią.** Już w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców<sup>83</sup> wskazano, że **krwem mogła być pobierana wyłącznie od krwiodawców, czyli osób dobrowolnie zarejestrowanych w tym charakterze, zastrzegając, w przypadkach wyjątkowych, gdy zwłoka zagrażała życiu chorego, a w danej miejscowości nie**

76 Motyw 20 dyrektywy 2002/98/WE.

77 Art. 20 dyrektywy 2002/98/WE.

78 Motyw 9 dyrektywy 2002/98/WE.

79 Zalecenie nr R (95), 14 Komitetu Ministrów Rady Europy do państw członkowskich w sprawie ochrony zdrowia dawców i biorców w ramach transfuzji, przyjęte w dniu 12 października 1995 roku.

80 Art. 20 dyrektywy 2002/98/WE.

81 Motyw 23 dyrektywy 2002/98/WE.

82 Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie wykonania dyrektyw 2002/98/WE, 2004/33/WE, 2005/61/WE i 2005/62/WE ustanawiających normy jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do krwi ludzkiej i składników krwi, Bruksela, dnia 21.4.2016 r. COM(2016) 224 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0224&from=PL> (dostęp 10:03.2023 r.)

83 Dz. U. 1952 poz. 104.

było stacji krwiodawstwa, możliwość pobrania krwi do natychmiastowego przetoczenia od osoby niebędącej krwiodawcą, o odpowiednim stanie zdrowia stwierdzonym przez lekarza (§1 rozporządzenia). W uchwale nr 148 Rady Ministrów z 11 sierpnia 1969 roku w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa **po raz pierwszy użyto i zdefiniowano pojęcie „honorowego dawcy krwi”**, którym była osoba bezpłatnie oddająca krew na potrzeby służby zdrowia (§1 uchwały).

**W Polsce do 1958 roku krwiodawstwo nie było honorowe**, a za oddanie krwi przysługiwało wynagrodzenie np. w 1950 i 1951 roku Dawcom krwi za dostarczanie krwi przysługiwało wynagrodzenie w wysokości 1 zł 35 groszy za 1 mililitr<sup>84</sup>, natomiast od 1952 roku 1 zł<sup>85</sup>. **Rok 1958 jest traktowany jako oficjalny początek honorowego krwiodawstwa w Polsce**<sup>86</sup>.

Syntetycznie rzecz ujmując, krwiodawstwo w Polsce jest zatem:

- **dobrowolne**, co oznacza, że nikt nie może zostać przymuszony, żeby oddać krew lub jej składniki,
- **bezpłatne**, co oznacza, że Dawcy krwi nie otrzymują wynagrodzenia za oddanie krwi lub jej składników oraz, co ma pierwszorzędne znaczenie w kontekście zapewnienia prywatności Dawcom krwi,
- **anonimowe**, co oznacza, że dane osobowe Dawcy krwi zna tylko Centrum jako jednostka organizacyjna publicznej służby krwi i bez zezwolenia niedopuszczalne jest ujawnienie tożsamości Dawcy krwi, informacji dotyczących stanu zdrowia Dawcy krwi oraz wyników przeprowadzonych badań.

W sposób dobitny i celny istotę opisywanych zasad konstrukcyjnych oddaje powszechnie używane lakoniczne wyrażenie „**dar krwi**”. Jednocześnie, do zadań Centrów należy propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie Dawców krwi, a realizowanie działań promocyjnych mających na celu pozyskiwanie Dawców krwi jest w kontekście zasad dobrowolności i nieodpłatności wbudowanych w system krwiodawstwa **szczególnie trudne i wymaga wielopłaszczyznowego spojrzenia**. Wiąże się to przede wszystkim ze stosowaniem przez Centra środków zachęcających do oddawania krwi, które w Polsce przyjmują postać **uprawnień przysługujących Dawcom krwi** i stanowią **dowody uznania dla prospołecznej postawy, nie będąc przy tym zapłatą za oddaną krew i jej składniki**. Konieczność stosowania niepieniężnych instrumentów zachęcających do oddawania krwi polski ustawodawca dostrzegł już w latach **pięćdziesiątych XX wieku** – na mocy **pisma okólnego nr 188 Prezesa Rady Ministrów z 11 grudnia 1951 roku w sprawie zwolnień od pracy krwiodawców**<sup>87</sup> ustalono jednolite zasady **zwalniania od pracy pracowników będących Dawcami krwi**.

Uprawienie do zwolnienia od pracy w dniu oddania krwi zostało podtrzymane w **uchwale nr 148 Rady Ministrów z 11 sierpnia 1969 roku w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa**<sup>88</sup>. Cel tej uchwały, wyrażający się w stworzeniu bodźców do udziału w akcji honorowego krwiodawstwa oraz jej organizowania, dobrze uwidacznia jedno z podstawowych zadań i jednocześnie ukazuje trudności wynikające z samej

84 Uchwała Prezydium Rządu z 29 listopada 1950 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1950 r. poz. 1612).

85 Uchwała nr 931 Prezydium Rządu z 28 grudnia 1951 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1952 r. poz. 17).

86 Polski Czerwony Krzyż, *Historia honorowego krwiodawstwa*, Historia honorowego krwiodawstwa – Polski Czerwony Krzyż (pck.pl) (dostęp 10.03.2023 r.).

87 M.P. z 1951 r. poz. 1509.

88 M.P. z 1969 r. poz. 276.

istoty honorowego krwiodawstwa polegające na konieczności stałego pozyskiwania nowych Dawców krwi i utrzymywaniu doczasowych. Wśród bodźców, będących uprawnieniami skorelowanymi z obowiązkami stacji krwiodawstwa i innych podmiotów, przewidziano **posiłek w dniu oddania krwi, świadczenia zakładów otwartej opieki zdrowotnej poza kolejnością, legitymację „Honorowego Dawcy Krwi”, a także wyróżnienia w postaci brązowej, srebrnej i złotej odznaki „Honorowego Dawcy Krwi” oraz odznaki „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”** (§ 3 ust. 1 uchwały).

Bardzo podobne rozwiązanie dotyczące zwolnień przyjęto w **rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1974 roku w sprawie regulaminów pracy oraz zasad usprawiedliwiania nieobecności w pracy i udzielania zwolnień z pracy**<sup>89</sup>, zgodnie z którym zakład pracy był obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą w celu oddania krwi i na okresowe badania lekarskie na czas wyznaczony przez stację krwiodawstwa. Zwolnienie następowało z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (w Tabeli 1.7. przedstawiono uprawnienia Dawców krwi w ujęciu historycznym). **Ciekawe rozwiązanie**, aktywizujące pracowników stacji krwiodawstwa, przewidywał § 6 przywołanej wyżej uchwały nr 148, zgodnie z którym z kredytów przeznaczanych na wydatki na akcję honorowego krwiodawstwa ustalanych w planach finansowych stacji krwiodawstwa i Instytutu Hematologii mogły być wypłacane **nagrody dla pracowników** zakładów służby zdrowia, zatrudnionych przy pobieraniu krwi, jej konserwacji i przetwarzaniu, oraz dla innych osób, które wyróżniły się w werbowaniu honorowych Dawców krwi.

**Tab. 1.7. Uprawnienia Dawców krwi – ujęcie historyczne**

Akt prawny	Przedmiot regulacji
<p>Pismo okólne nr 188 Prezesa Rady Ministrów z 11 grudnia 1951 roku w sprawie zwolnień od pracy krwiodawców.</p>	<p>Jednolite zasady zwalniania od pracy pracowników będących krwiodawcami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. urzędy, instytucje i dyrekcje przedsiębiorstw zostały zobowiązane do zwalniania od pracy pracowników zarejestrowanych jako krwiodawcy przez stację (punkt) krwiodawstwa w celu oddania krwi i poddania się okresowym badaniom lekarskim, jeżeli dostarczenie krwi lub przeprowadzenie badań nie mogło odbyć się poza godzinami pracy (pkt 1);</li> <li>2. zwolnienie było udzielane przez kierownika zakładu na podstawie przedstawionego przez pracownika zaświadczenia stacji (punktu) krwiodawstwa stwierdzającego, że stacja wzywała określonego pracownika na określony dzień i godzinę (lub określone dni i godziny) w celu oddania krwi lub poddania się badaniu lekarskiemu. W zaświadczeniu konieczne było podanie przyczyn, dla których stawienie się pracownika jest konieczne w godzinach jego pracy (pkt 2);</li> <li>3. pracownik był zobowiązany przedstawić po powrocie do pracy zaświadczenie potwierdzające pobranie krwi lub przeprowadzenie badania lekarskiego w danym dniu i określające zużyty czas z uwzględnieniem niezbędnego po oddaniu krwi posiłku. Jeśli stacja krwiodawstwa uznała, że stan zdrowia krwiodawcy pod oddaniem krwi uniemożliwia mu wykonywanie pracy jeszcze przez pewną liczbę godzin lub ewentualnie do końca danego dnia okoliczność ta była stwierdzana w zaświadczeniu i stanowiła usprawiedliwioną nieobecność pracownika przy pracy w tym czasie (pkt 3);</li> <li>4. pracownicy zwalniani od pracy dla wykonania obowiązków krwiodawcy zachowywali prawo do wynagrodzenia od zakładu pracy na czas zwolnienia od pracy (pkt 4).</li> </ol>

Akt prawny	Przedmiot regulacji
Uchwała nr 148 Rady Ministrów z 11 sierpnia 1969 roku w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa	<p>Wybrane rozwiązania:            uprawnienie do zwolnienia od pracy w dniu oddania krwi;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. po raz pierwszy użyto i zdefiniowano w niej pojęcie „honorowego dawcy krwi”, którym była osoba bezpłatnie oddająca krew na potrzeby służby zdrowia (§1);</li> <li>2. posiłek w dniu oddania krwi, świadczenia zakładów opieki zdrowotnych otwartej poza kolejnością, legitymacja „Honorowego Dawcy Krwi”, wyróżnienia w postaci brązowej, srebrnej i złotej odznaki „Honorowego Dawcy Krwi” oraz odznaki „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” (§ 3 ust. 1).</li> <li>3. z kredytów przeznaczanych na wydatki na akcję honorowego krwiodawstwa ustalanych w planach finansowych stacji krwiodawstwa i Instytutu Hematologii mogły być wypłacane nagrody dla pracowników zakładów służby zdrowia, zatrudnionych przy pobieraniu krwi, jej konserwacji i przetwarzaniu, oraz dla innych osób, które wyróżniły się w werbowaniu honorowych Dawców krwi (§ 6)</li> </ol>
Rozporządzenie Rady Ministrów z 20 grudnia 1974 roku w sprawie regulaminów pracy oraz zasad usprawiedliwiania nieobecności w pracy i udzielania zwolnień z pracy	Obowiązek zwolnienia z zachowaniem prawa do wynagrodzenia przez zakład pracy od pracy pracownika będącego krwiodawcą w celu dania krwi i na okresowe badania lekarskie na czas oznaczony przez stację krwiodawstwa.

Obecnie zasłużonemu honorowemu dawcy krwi i honorowemu dawcy krwi przysługują:

- **bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, zaopatrzenie w leki**, w tym leki, które Dawca krwi może stosować w związku z oddawaniem krwi – na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną posiadającą prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawiania recept<sup>90</sup>;
- **prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;**
- **zwolnienie od pracy w dniu, w którym oddaje krew i w dniu następnym oraz na czas okresowego badania lekarskiego Dawców krwi** na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- **zwrot utraconego zarobku** na zasadach wynikających z przepisów prawa pracy;
- **zwrot kosztów przejazdu do jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi na zasadach określonych w przepisach w sprawie diet i innych należności z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju** – koszt przejazdu ponosi jednostka organizacyjna publicznej służby krwi;
- **posiłek regeneracyjny;**

90 Art. 43 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- **ulga podatkowa** – możliwość odliczenia od dochodu darowizny na cele krwiodawstwa w wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew (odliczenia w ramach darowizn limitowanych w wysokości nie większej niż 6% dochodu<sup>91</sup>);
- **zniżki na przejazdy komunikacją publiczną i miejską.**

Przegląd uprawnień Dawców krwi wskazuje, że część z nich jest od dawna w polskim systemie krwiodawstwa, zatem ich zmiana lub likwidacja nie wydaje się celowa, a wszystkie przywileje mają na celu zachęcanie do oddawania krwi i są zgodne z zasadami dobrowolności i bezpłatności dawstwa krwi. **W kontekście obsługi Dawców należy wymagać od pracowników Centrów, żeby umieli wyjaśnić Dawcom krwi, w jaki sposób mogą oni korzystać z przywilejów, np. jak ubiegać się o bezpłatne leki, jak egzekwować prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, jak odliczać darowizny na cele krwiodawstwa oraz czy korzystając z dnia lub dni wolnych Dawca krwi pozostaje w okresie składkowym.**

### **System zapewnienia jakości z uwzględnieniem problemu braku kadry medycznej**

Z kwestiami jakości, w tym jakości obsługi Dawców krwi, bezpośrednio związany jest **nakaz przyjęcia przez Centra – jako podmioty odpowiedzialne za gospodarkę krwią i jej składnikami – systemu jakości.** Ustawodawca, dostosowując polskie regulacje prawne do wymagań wynikających z dyrektywy bazowej 2002/98/WE i dyrektyw wykonawczych, w szczególności dyrektywy 2005/62/WE oraz zaleceń Rady Europy, wprowadził w ustawie o publicznej służbie krwi obowiązek opracowania, wdrożenia i utrzymywania systemu jakości opartego na wymaganiach dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu<sup>92</sup>. Na system jakości składają się:

- **zarządzanie jakością, system zapewnienia jakości oraz stałe jego doskonalenie;**
- **wymagania dotyczące personelu, pomieszczeń, sprzętu<sup>93</sup>, dokumentacji, pobierania krwi i jej składników, badań, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu, kontroli niezgodności, kontroli wewnętrznych, kontroli jakości, wycofywania krwi i jej składników oraz działania naprawcze i zapobiegawcze;**
- **wymagania dotyczące podnoszenia kwalifikacji personelu przez udział w systematycznych szkoleniach z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa;**
- **kontrole jakości.**

**Rozporządzeniem z dnia 7 marca 2017 roku Minister Zdrowia uszczegółowił regulację ustawową ustanawiając minimalne wymagania dotyczące systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości w zakresie krwi i jej składników.**

**System jakości dotyczy całej działalności Centrów, podporządkowanej celom i obowiązkowi wynikającym z polityki jakości, które Centra spełniają planując,**

91 Art. 26 ust. 1 pkt 9 lit. c ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2647, 2687, 2745 oraz z 2023 r. poz. 28, 185, 326, 605, 641, 658, 825, 1059, 1114, 1130, 1407, 1414, 1429, 1523, 1672, 1667, 1675, 1705, 1723, 1787 i 1843).

92 Art. 14b ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

93 Z wymaganiami dotyczącymi pomieszczeń i sprzętu związanymi z systemem jakości koresponduje treść załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022 poz. 402), w którym określono szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

kontrolując, gwarantując oraz podnosząc jakość w ramach tego systemu z uwzględnieniem zasad dobrej praktyki wytwarzania i wspólnotowego systemu oceny zgodności<sup>94</sup>. Co najmniej raz w roku system jakości podlega przeglądom, w celu sprawdzenia jego skuteczności i wprowadzenia środków usprawniających jego działanie. Za przeprowadzenie przeglądów odpowiada dyrektor Centrum, jako kierownik jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi.

W ustawie o publicznej służbie krwi zdefiniowano pojęcia systemu zarządzania jakością i systemu zapewnienia jakości, które zostały uszczegółowione w obwieszczeniu z 30 marca 2021 roku<sup>95</sup>. I tak **system zarządzania jakością oznacza skoordynowane działania związane z kierowaniem Centrum i nadzorem nad nim, które są decydujące w określaniu i wdrażaniu polityki jakości**, a dyrekcja – zobowiązana do zarządzania jakością – określa koszty jakości, zarządza personelem, prowadzi politykę marketingową oraz politykę rozwoju i inwestycji, stale doskonaląc system (Ryc. 1.4. przedstawia schemat zarządzania jakością w Centrum).

**System zapewnienia jakości oznacza natomiast wszelkie działania – od rekrutacji i kwalifikacji Dawców krwi do przetoczenia krwi lub jej składników – mające na celu zapewnienie, że jakość krwi i składników odpowiada normom jakości, zgodnie z przeznaczeniem.** Wśród zadań związanych z zapewnieniem jakości, które mają wpływ na jakość obsługi Dawców krwi są, m.in. organizacja pracy personelu i szkolenia, nadzór nad zapewnieniem jakości w procesach rejestracji i kwalifikacji Dawców krwi, pobierania krwi i jej składników, wykonywania badań, zarządzanie kontraktami czy przegląd kwalifikacji i dyskwalifikacji Dawców krwi.



**Ryc. 1.4. Schemat systemu zarządzania jakością**

Źródło: opracowanie własne

94 Motyw 6 dyrektywy 2002/98/WE.

95 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.



W obwieszczeniu z 30 marca 2021 roku<sup>96</sup> dość szczegółowo opisano obowiązki związane z zapewnieniem jakości w konkretnych procesach, w tym:

- **w procesie otrzymywania składników krwi** – ustanowiono obowiązek opracowania procedur zapewnienia jakości i bezpieczeństwa na każdym etapie otrzymywania składników krwi, zaczynając od rekrutacji Dawcy krwi oraz procedur dotyczących obsługi aparatur, procesów i personelu;
- **w procesie rejestracji** – ustanowiono nakaz wprowadzania do systemu teleinformatycznego aktualnych, zweryfikowanych danych osobowych i teleadresowych (zadawanie pytań otwartych), umożliwiających jednoznaczną identyfikację Dawcy krwi oraz sprawdzanie jego danych w systemie Krajowego Rejestru Dawców Krwi;
- **w procesie kwalifikacji do pobrania krwi** – szczególny nacisk położono na weryfikację kwestionariusza Dawcy krwi przez kwalifikującego lekarza lub pielęgniarkę oraz personel mający uprawnienia dostępu do dokumentacji medycznej;
- **w procesie pobierania krwi i jej składników** – jako krytyczny etap pobierania krwi wskazano czas trwania donacji;
- **w procesie wykonywania badań** – zwrócono uwagę na obowiązek prawidłowego przyjmowania próbek do badań i konieczność używania odczynników i aparatury posiadających oznakowanie CE, a w przypadku badań immunohematologicznych i wirusologicznych CE IVD.

Na Centra został nałożony również **obowiązek zorganizowania pomieszczeń**, w tym mobilnych punktów pobierania krwi, **zapewniając wykonywanie czynności w logicznej kolejności, gwarantującej bezpieczeństwo zarówno Dawcom krwi, jak i personelowi**, w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia błędów oraz ułatwienia wykonywania czynności pomocniczych, takich jak sprzątanie, dezynfekcja czy prowadzenie prac serwisowych.

Co szczególnie istotne, we wdrażaniu i utrzymywaniu systemu jakości uczestniczą **wszyscy pracownicy Centrum**, co łączy się z obowiązkiem zapewnienia odpowiednio licznej wykwalifikowanej kadry. Obowiązek podnoszenia kwalifikacji wynika zresztą nie tylko z przepisów ustawy o publicznej służbie krwi i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2017 r. w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek dotyczących systemu jakości<sup>97</sup>, ale też z ustaw regulujących wykonywanie zawodu lekarza<sup>98</sup> i pielęgniarki<sup>99</sup>. Dodać przy tym należy, że jedną z zalecanych cech, jakimi powinny charakteryzować się systemy informatyczne wykorzystywane przez Centra jest **zapewnienie możliwości rejestrowania informacji o podnoszeniu kwalifikacji pracowników**, w tym ukończeniu szkoleń wymaganych na danym stanowisku pracy.

Właściwa obsada kadrowa i kwalifikacje personelu, stanowiące istotny element systemu zapewnienia jakości, wiążą się z dotyczącym – nie tylko krwiodawstwa, ale całego sektora ochrony zdrowia – **systemowym problemem braku kadry lekarskiej i pielęgniarskiej**, który nasiliła dodatkowo epidemia COVID-19. Jednym z rozwiązań

96 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

97 Dz. U. poz. 1724.

98 Art. 18 ustawy z dnia 6 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

99 Art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

tęgo problemu była liberalizacja przepisów – ustawa o publicznej służbie krwi pierwotnie zastrzegała, że zarówno obowiązki informacyjne przed wyrażeniem zgody na zabieg pobrania i kwalifikowanie Dawcy krwi spoczywają na lekarzu, następnie nowelizacją z 2016 roku wdrażającą dyrektywę bazową i dyrektywy wykonawcze umożliwiono przekazywanie informacji pielęgniarkom, natomiast w związku z epidemią COVID i chcąc zmniejszyć negatywny wpływ braku lekarzy dokonano zmiany ustawy o publicznej służbie krwi i **umożliwiono kwalifikowanie kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi pielęgniarkom, które mają prawo wykonywania zawodu i przeprowadziły, pod nadzorem lekarza, co najmniej 100 kwalifikacji Dawców krwi do oddania<sup>100</sup> krwi lub jej składników<sup>101</sup>.**

Rozwiązanie umożliwiające kwalifikowanie Dawców krwi pielęgniarkom jest **uzasadnione i słuszne**, ale **jedynie częściowo** usprawnia pracę Centrów, co wprost wynika z przepisów ustawy o publicznej służbie krwi wymagającej, żeby pobrania krwi dokonywał lekarz albo wykwalifikowana osoba w obecności lekarza lub w okolicznościach umożliwiających niezwłoczne wezwanie i stawienie się lekarza<sup>102</sup>. Gdy krew i jej składniki są pobierane w siedzibie Centrów lub w oddziałach terenowych, zapewnienie nadzoru lekarza nad zabiegiem pobrania krwi jest łatwiejsze, zatem kwalifikowaniem i pobieraniem mogą zajmować się same pielęgniarki. Inaczej jest na wyjazdowych akcjach pobierania krwi – mimo zmiany przepisów na akcji wyjazdowej w zasadzie

100 Art. 15 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi – w przepisie użyto wyrażenia „kwalifikacji do oddania krwi”, choć analiza systemowa przepisów ustawy o publicznej służbie krwi i rozporządzenia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi przemawia za wyrażeniem „kwalifikacji do pobrania krwi” – Dawca krwi wyraża zgodę na pobranie krwi, a nie oddanie krwi (art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy), a lekarz lub pielęgniarka, którzy kwalifikują Dawców wpisują w orzeczeniu „kwalifikuje się do pobrania krwi” albo „nie kwalifikuje się do pobrania krwi” (§ 5 ust. 1 rozporządzenia). Ustawodawca nie jest konsekwentny – w art. 15 ustawy określa warunki dopuszczalności pobierania krwi lub jej składników, a w art. 16 ust. 7 ustawy udziela Ministrowi Zdrowia delegacji do wydania rozporządzenia określającego m.in. kryteria dopuszczenia Dawców krwi do oddawania krwi i jej składników i jednocześnie przeciwwskazania do pobrania krwi i jej składników.

101 Art. 16a ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi dodany art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 567, 695, 1493 i 1747) - uchylony ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650), tą ostatnią ustawą zmieniono również brzmienie art. 15 ust. 1 pkt 1 i art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (uprawnienia związane z pobieraniem krwi przysługujące pielęgniarkom posiadającym tytuł magistra pielęgniarstwa, które przeprowadziły, pod nadzorem lekarza, co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi lub jej składników); historycznie rzecz ujmując rozporządzenie z dnia 5 sierpnia 1937 roku dopuszczało rejestrację kandydata na dawcę krwi na jego prośbę przez upoważnione instytucje wyłącznie na podstawie jednomyślnego orzeczenia stwierdzającego, że kandydat nadaje się na krwiodawcę (§ 3 ust. 1 rozporządzenia) wydawanego przez 3-osobową komisję lekarską, której zadaniem było badanie stanu zdrowia krwiodawców (i kandydatów na krwiodawców (§ 2 rozporządzenia), a także ustalanie grupy krwi kandydatów, a zabiegu przetoczenia krwi dokonywał lekarz po przedłożeniu przez krwiodawcę ważnej legitymacji, w której po przetoczeniu krwi lekarz wypełniał i podpisywał rubrykę „protokół przetoczenia krwi” (§ 5 rozporządzenia), natomiast rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców wymagało, żeby stan zdrowia krwiodawcy był odpowiedni, co stwierdzała stacja krwiodawstwa po przeprowadzeniu badań lekarskich (§ 2 ust. 1 rozporządzenia).

102 Art. 15 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.



zawsze konieczna jest obecność lekarza, który – albo czuwa nad pobraniem krwi na miejscu, albo stawiając się niezwłocznie na wezwanie – udziela niezbędnej pomocy medycznej.

Ponadto:

- tylko w obecności lekarza może zostać **wyrażona pisemna zgoda osoby niepełnoletniej powyżej 17 roku życia i jej przedstawiciela ustawowego**, żeby taka osoba mogła zostać dopuszczona do pobrania krwi;
- tylko lekarz, wspólnie z osobą o ograniczonej możliwości komunikowania się, **ustala sposób wymiany niezbędnych informacji**;
- tylko lekarz **przekazuje informacje o istocie zabiegu i przeprowadza badania kwalifikacyjne, w przypadku gdy pobranie krwi ma zostać poprzedzone zabiegiem uodpornienia lub innym zabiegiem wykonywanym w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych**;
- tylko lekarz, w zależności od ogólnego stanu zdrowia Dawcy krwi, **może ustalić inną dopuszczalną ilość krwi i jej składników oddawanych w ciągu roku oraz częstotliwość jej oddawania przez Dawcę krwi**;
- **tylko lekarz, upoważniony przez dyrektora Centrum, może wyrazić zgodę na pobranie krwi Dawców krwi i kandydatów na Dawców krwi, którzy na podstawie kryteriów kwalifikowania nie spełniają wymagań do oddania krwi.**

Wykonanie powyższych czynności przez pielęgniarkę, czyli osobę wykonującą inny zawód medyczny, jako niezgodne z ustawą o publicznej służbie krwi, jest niedopuszczalne i może skutkować odpowiedzialnością centrów krwiodawstwa jako podmiotów leczniczych. Konsekwencją braków kadrowych, czy niewłaściwej organizacji pracy Centrów wynikającą z tych braków, może być **błąd organizacyjny** – wadliwa organizacja pracy podmiotu leczniczego negatywnie oddziaływująca na stan zdrowia kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi. **Przykładami takiego błędu w systemie krwiodawstwa są:**

- **zorganizowanie wyjazdowej akcji pobierania krwi bez zapewnienia możliwości niezwłocznego stawienia się na miejscu lekarza w celu udzielenia pomocy, w wyniku czego Dawca krwi ponosi szkody zdrowotne**;
- **skierowanie do pracy na wyjazdowej akcji pobierania krwi zbyt małej liczby pielęgniarek pobierających krew i niezapewnienie właściwego nadzoru nad przebiegiem pobierania krwi, w wyniku czego Dawca krwi ponosi szkody zdrowotne**;
- **niewłaściwe przygotowanie pobierania krwi w mobilnych punktach pobierania krwi, w szczególności nieprzestrzeganie obowiązku utrzymania funkcjonalnej drogi Dawcy krwi od stanowiska rejestracji do stanowisk pobierania (minimalizującej możliwość popełnienia błędów) i narażenie Dawców krwi i pracowników Centrów na ryzyko przeniesienia czynników zakaźnych.**

Szukając rozwiązania problemu braków kadrowych, szczególnie odczuwalnych w związku z organizacją wyjazdowych akcji pobierania krwi, można sięgnąć po przykład z Francji – na podstawie dwóch dekretów z 2019 roku wprowadzono tam rozwiązanie o nazwie **Téléassistance Médicale en Collecte (TMC)** polegające na **zdalnym nadzorze lekarza nad wyjazdowymi akcjami pobierania krwi** odbywającymi się w tym samym czasie<sup>103</sup>. Dawcy krwi są kwalifikowani przez pielęgniarki, a **lekarz może zostać w każdej**

103 *Testée avec succès, La Téléassistance Médicale en Collecte se déploie!*, Établissement Français du Sang, Rapport d'activité 2021, s. 8, Rapport d'activité\_EFS\_2021\_WEB.pdf (sante.fr) (dostęp 10.03.2023).

chwili wezwany, w szczególności w przypadku niepożądanych reakcji u Dawców krwi. Skuteczność TMC była sprawdzana w 29 pilotażowych punktach krwiodawstwa, a w ramach pilotażu **przeprowadzono prawie 900 wyjazdowych akcji** pobierania krwi. W marcu 2021 roku dokonano pierwszego podsumowania, które wykazało, że **pobieranie krwi przebiegało bez zakłóceń**, liczba reakcji niepożądanych u Dawców krwi była na bardzo zbliżonym poziomie jak w przypadku akcji pobierania krwi z udziałem lekarza, a **w 90% przypadków zdarzenia niepożądane nie wymagały interwencji lekarza**. Od czerwca 2021 roku do stycznia 2022 roku **dzięki TMC zostało przeprowadzonych 685 akcji wyjazdowych**, które w związku z brakiem lekarzy musiałyby być odwołane, gdyby akcje były organizowane w sposób klasyczny. Pod koniec 2022 roku całościowa ocena rozwiązania potwierdziła wstępne wnioski o jego skuteczności oraz **pozytywnym wpływie na zapewnienie samowystarczalności w krew przy zachowaniu takiego samego poziomu bezpieczeństwa Dawców krwi**. Co więcej, korzystanie z TMC **wzmacnia kompetencje pielęgniarek i lekarzy** oraz wyraźnie odgranicza (różnicuje) pełnione funkcje, sprzyjając specjalizacji. Wydaje się, że po niewielkiej zmianie ustawowej i odpowiednim dostosowaniu rozwiązanie francuskie mogłoby zostać wprowadzone w Polsce z korzyścią dla systemu – Dawców, biorców i samych Centrów.

Zawsze można również przeciwdziałać brakom kadrowym stosując zachęty finansowe, w tym dodatki. Takie rozwiązania były już stosowane:

- Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1966 r. w sprawie dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy zatrudnionych w stacjach krwiodawstwa<sup>104</sup> przyznano tym lekarzom dodatek na zasadach przewidzianych w § 10 ust. 1-4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 roku w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyków oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. Nr 20, poz. 122).
- W zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu obniżania lub cofania dodatkowego wynagrodzenia miesięcznego lekarzom i lekarzom dentykom za pracę w lecznictwie otwartym, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych i w stacjach krwiodawstwa<sup>105</sup> określono, że warunkiem pobierania dodatkowego wynagrodzenia miesięcznego w stacjach krwiodawstwa jest należyte wykonywanie przez lekarza jego obowiązków (§ 1 zarządzenia), a obniżenie lub cofnięcie tego wynagrodzenia mogło nastąpić w związku z naruszeniem przez lekarza obowiązków określonych w regulaminie pracy, na przykład gdy lekarz opuszczał pracę bez usprawiedliwienia, nie przestrzegał ustalonego czasu pracy, nie wykonywał na odpowiednim poziomie swoich zadań z zakresu zapobiegania, rozpoznawania i leczenia, uchylał się od udziału w szkoleniu mającym na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych, nie dopełniał obowiązku należytego prowadzenia dokumentacji lekarskiej (§ 2 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 5, 6 zarządzenia).
- Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 listopada 1968 r. w sprawie dodatkowego wynagradzania pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa<sup>106</sup> przyznano pracownikom z wyższym wykształceniem

104 M.P. z 1967 r. poz. 38.

105 M.P. z 1967 r. poz. 258.

106 M.P. z 1968 r. poz. 363.

zatrudnionym w stacjach krwiodawstwa dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 300 złotych miesięcznie (§1), które zostało podwyższone do 600 złotych od 1 stycznia 1972 roku na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 stycznia 1972 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie dodatkowego wynagrodzenia pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa<sup>107</sup>.

### **Ochrona danych osobowych**

Bardzo istotnym blokiem przepisów wprost związanych z obsługą Dawców krwi są regulacje prawne dotyczące **bezpieczeństwa informacji, w tym w szczególności ochrony danych osobowych. Zapewnienie prywatności kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi oraz poufności, integralności i dostępności danych osobowych tych osób jest jednym z podstawowych obowiązków spoczywających na Centrach jako podmiotach zarządzających tymi danymi osobowymi (administratorach)**. Osoba chcąca oddać krew musi mieć pewność, że przekazywane dane osobowe są bezpieczne, a dostęp do tych danych mają tylko ci pracownicy lub współpracownicy Centrów, którzy dla wykonania nałożonych na nich obowiązków muszą przetwarzać te dane osobowe.

Głównym aktem prawnym wyznaczającym obowiązki Centrów w dziedzinie ochrony danych osobowych jest **rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**<sup>108</sup>, określane dalej jako „**RODO**”. Przepisy tego rozporządzenia stanowią szkielet całego systemu ochrony danych osobowych w Unii Europejskiej i ujednolicając zasady przetwarzania danych osobowych są punktem odniesienia dla regulacji krajowych.

Wśród polskich aktów prawnych normujących kwestie przetwarzania danych osobowych Dawców krwi (**tajemnica lekarska, wywiad z Dawcą krwi przeprowadzany w sposób zapewniający poufność, zakaz ujawniania bez zezwolenia tożsamości Dawcy krwi, informacji dotyczących stanu zdrowia Dawcy krwi oraz wyników przeprowadzonych badań**), bez znajomości których nie da się zidentyfikować obowiązków spoczywających na Centrach, są przywołane wyżej: ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania czy akty wykonawcze dotyczące uprawnień Dawców krwi, a także ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych<sup>109</sup>.

Bez przetwarzania danych osobowych **nie jest możliwe** pobieranie krwi i jej składników, a rodzaj przetwarzanych danych (dane dotyczące zdrowia, dane genetyczne) determinuje konieczność ich wzmożonej ochrony, na co uwagę zwraca **dyrektywa bazowa 2002/98/WE**<sup>110</sup>. Ustawodawca europejski kładzie nacisk na **zasadę**

107 M.P. z 1972 r. poz. 67.

108 Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119/1.

109 Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

110 Motyw 25 dyrektywy 2002/98/WE.

anonimowości Dawcy krwi i konieczność zapewnienia środków bezpieczeństwa uniemożliwiających zidentyfikowanie Dawców krwi przez podmioty trzecie, czemu w Polsce służy w szczególności **niewpowtarzalne oznakowanie** w postaci składającego się z trzech części trzynastoznakowego numeru donacji<sup>111</sup>, będącego praktycznym zastosowaniem preferowanej przez RODO **pseudonimizacji**. **Niezbędne jest również zapewnienie zabezpieczeń przed nieupoważnionymi dodatkowymi informacjami, usuwaniem informacji lub zmianami w aktach Dawców lub odnośnych zapisów oraz przed przekazywaniem informacji, zastosowanie procedur rozstrzygania rozbieżności w danych, a także uniemożliwienie nieupoważnionego ujawnienia takich informacji, z jednoczesną gwarancją możliwości identyfikacji Dawcy krwi**<sup>112</sup>.

Istotnym aktem prawnym jest również **rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 roku w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych**<sup>113</sup>, które zobowiązuje Centra, jako podmioty realizujące zadania publiczne, do ustanowienia systemu **zarządzania bezpieczeństwem informacji**. Wdrożenie i utrzymywanie tego systemu przekłada się na bezpieczeństwo informacji, w tym danych osobowych kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi, w szczególności gdy dane te są przetwarzane w systemach teleinformatycznych<sup>114</sup>.

Kwestie związane z ochroną danych osobowych w wielu miejscach **reguluje i konkretyzuje** obwieszczenie Ministra Zdrowia z 30 marca 2021 roku<sup>115</sup> w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (np. zapewnienie anonimowości, wymagania dotyczące systemów informatycznych, zawiadamianie Dawców krwi, procedura *look-back*).

Wydaje się również, że w przyszłości Centra zostaną włączone w ramy krajowego systemu cyberbezpieczeństwa zgodnie z **ustawą z dnia 5 lipca 2018 roku o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa**<sup>116</sup>.

111 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników (Dz. U. poz. 1845).

112 Art. 24 dyrektywy 2002/98/WE.

113 Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

114 Na obsługę Dawców krwi wpływ mają również zalecane cechy i funkcje systemu informatycznego używanego przez Centra, zwłaszcza umożliwienie komunikacji z Dawcami i dokumentowanie preferencji Dawców w tym preferowanych rodzajów zabiegów oraz informacji o Dawcach, istotnych z punktu widzenia personelu Centrum.

115 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

116 Dz. U. z 2023 r. poz. 913 i 1703.

## Rozdział 2.

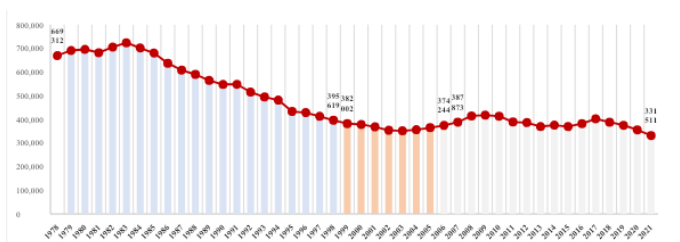
# Dawca jako serce systemu krwiodawstwa – charakterystyka

### 2.1. Demograficzny obraz Dawców krwi w Polsce

Systematyczny rozwój medycyny, nowoczesnych procedur i sposobów leczenia **jest dodatkowo powiązany ze wzrostem zapotrzebowania na krew** i jej składniki. Kluczowe znaczenie mają tu w szczególności obszary takie jak: transplantologia, onkologia, hematologia, chirurgia sercowo-naczyniowa, kardiologia czy medycyna ratunkowa, gdzie od szybkiej i trafnej oceny lekarza lub ratownika medycznego oraz decyzji o przetoczeniu krwi lub jej składników może zależeć życie pacjenta.

Sytuacja w krwiodawstwie jest dynamiczna i ściśle związana z demografią, co wymaga zachowania szczególnej ostrożności w kontekście działań podejmowanych przez publiczną służbę krwi. Dokonując bieżącej analizy zachodzących zmian demograficznych, niezależnych od publicznej służby krwi, warto zwrócić uwagę, że **w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, systematycznie rośnie średnia długość życia, przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczebności grupy potencjalnych Dawców krwi**<sup>117</sup>. Aktualna sytuacja demograficzna oraz zachodzące w tym aspekcie zmiany powodują, że jednocześnie wzrasta liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych, co również wpływa na zapotrzebowanie i wykorzystanie krwi i jej składników. Ponadto, określone standardy postępowania z Dawcami krwi, a także zalecenia w zakresie kryteriów ich kwalifikacji, powodują, że niejednokrotnie, pomimo dużej liczby osób zgłaszających się do oddania krwi, nie wszystkie osoby mogą zostać Dawcami krwi.

Na Rycinie 2.1. przedstawiono liczbę urodzeń w latach 1978-2021 r.



Ryc. 2.1. Liczba urodzeń w latach 1978-2021

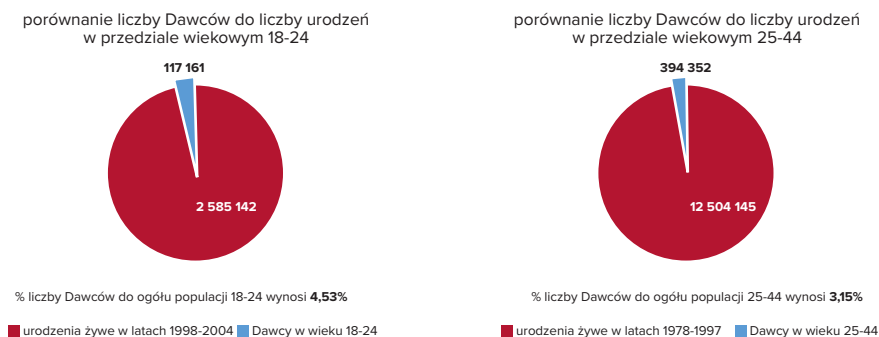
Źródło: opracowanie własne

117 S. Twaróg, J. Szołtysek, J. Majewska, S. Gadomski, M. Lorek, K. Grudzień, Influence of demographic change on the blood services in Poland – logistics as a remedy for the future. Gospodarka materiałowa i logistyka, 2019, LXXI, (3).

Kolorem pomarańczowym została zaznaczona grupa osób urodzonych w latach 1999-2005, która stanowi najmłodszą grupę potencjalnych Dawców krwi z przedziału wiekowego 18-24 lata. Kolorem niebieskim zaznaczono liczbę urodzeń w latach 1978-1998 (obecnie najliczniejsza grupa wiekowa Dawców krwi w przedziale wiekowym 25-44 lata).

Przedstawione dane pokazują stopniowy spadek liczby urodzeń w kolejnych latach, co wpływa na zmniejszenie się grupy osób, które w przyszłości będą mogły zostać potencjalnymi Dawcami krwi.

W latach 1998-2004 odnotowano znacznie mniejszą średnią liczbę urodzeń niż w latach 1978-1997, mimo tego Dawcy krwi w grupie wiekowej 18-24 lata stanowią 4,53% ogólnej populacji w wieku 18-24, natomiast Dawcy w przedziale 25-44 lata stanowią 3,15% (Ryc. 2.2.).



**Ryc. 2.2. Porównanie liczby Dawców do liczby urodzeń w podanych przedziałach wiekowych**

Źródło: opracowanie własne

Utrzymywanie podobnej liczby Dawców krwi i oddanych donacji krwi lub jej składników **świadczy o prowadzeniu prawidłowej komunikacji ze społeczeństwem i dostosowywaniu przekazu do docelowej grupy odbiorców i bieżących potrzeb, zmieniających się w zależności od zaistniałej sytuacji.** Istotnym elementem kształtującym postawy w zakresie honorowego krwiodawstwa jest również kierowanie działań edukacyjnych do najmłodszych, aby pozyskać w przyszłości jak najwięcej regularnych Dawców krwi, na których opierać się będzie zabezpieczenie polskiego systemu krwiolecznictwa.

Reasumując, obecna oraz prognozowana sytuacja demograficzna, charakteryzująca się starzejącym społeczeństwem, wywiera dość mocny wpływ na sytuację w krwiodawstwie. Obserwowany trend ma miejsce nie tylko w Polsce, ale w Europie.

Kompleksowe procedury terapeutyczne, stanowiące opcję leczenia coraz to większego odsetka pacjentów w podeszłym wieku, wymagają nowatorskiego podejścia po obu stronach procesu zaopatrzenia w krew lub jej składniki. **Wymusza to podjęcie określonych, zaplanowanych w czasie i przemyślanych działań zmierzających do motywowania ludzi w każdym wieku do oddawania krwi oraz zwiększenia odsetka młodszych osób – „odmłodzenia” populacji Dawców które staną się stałymi Dawcami.** Dlatego też ze strony publicznej służby krwi konieczna jest stała ocena populacji Dawców: regularnych (stałych i powtórnych), jak i pierwszorazowych (jednorazowych i wielokrotnych) poprzez prowadzenie bieżącej analizy statystycznej



## **bazy Dawców krwi i jej składników w korelacji z szeroko zakrojoną akcją edukacyjną oraz promocyjną.**

Uzyskanie szerokiej wiedzy na temat Dawców krwi jest niezbędne nie tylko po to, by określić działania marketingowe, które możliwe są do podjęcia w omawianym obszarze, ale także by wykluczyć te, które mogłyby wyrzucić niekorzystny wpływ na postrzeganie honorowego krwiodawstwa. Kluczem do pozyskania i utrzymania jak największej liczby krwiodawców jest szeroko rozumiana edukacja, podejmowana już od najmłodszych lat, mająca na celu uświadomienie społeczeństwu jak ważne jest honorowe oddawanie krwi. Wobec powyższego działania skierowane do obywateli powinny w dalszym ciągu podkreślać, że krwi nie można ani kupić, ani wyprodukować, że może ją ofiarować wyłącznie człowiek, akcentować znaczenie systematycznego oddawania krwi, promować postawy prozdrowotne ze szczególnym uwzględnieniem zdrowego sposobu odżywiania i aktywności fizycznej. W komunikacji należy pokazywać i eksponować, jak ważną rolę pełnią osoby, które z dobroci serca dzielą się własną krwią, by nieść pomoc drugiemu człowiekowi.

Krwiodawstwo w Polsce oparte jest na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Pamiętać jednak należy, że nie każdy może oddać krew, natomiast potencjalnie każdy człowiek może być biorcą krwi. Samowystarczalność Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki może być zapewniona wyłącznie dzięki aktywności Dawców krwi. Zagwarantowanie należytego szacunku i uznania ludziom oddającym honorowo krew muszą być budowane i utrwalane na każdym etapie związanym z honorowym krwiodawstwem.

Istotnym elementem w zapewnieniu wymaganej liczby Dawców w Polsce oraz zabezpieczeniu liczby krwi i jej składników do leczenia pacjentów są także osoby, które z różnych przyczyn (przeważnie zdrowotnych) nie mogą oddawać krwi. Należy podkreślić, że choć same nie oddają krwi, to jednak mają duży wkład w budowanie wizerunku honorowego krwiodawstwa i w edukację społeczeństwa. Ich niezastąpioną rolę i ogromny potencjał należy dostrzec także na tym gruncie, budując i rozwijając znaczenie bezinteresownego dzielenia się częścią siebie dla ratowania zdrowia i życia innych. Niejednokrotnie to właśnie na skutek ich pracy i dzięki osobistemu zaangażowaniu, do centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa zgłaszają się osoby, które chcą oddać krew lub jej składniki. Najczęściej osoby te zostają już z krwiodawstwem na wiele lat. **Dzięki zdyswersyfikowanym działaniom i współpracy z różnymi środowiskami w zakresie propagowania honorowego krwiodawstwa, możliwe jest dotarcie do jak najszerzej grupy docelowej, celem powiększenia liczby krwiodawców.**

Analizując strukturę Dawców krwi w Polsce należy przyjąć, że bardzo ważne jest inicjowanie, podejmowanie i kontynuowanie wszelkich możliwych działań mających na celu zwiększenie liczby osób oddających krew lub jej składniki. Szczególna uwaga powinna być skierowana na młodszą część populacji, na grupę – która poprzez zaszczepienie w niej wiedzy z zakresu honorowego krwiodawstwa – w perspektywie czasu poszerzy i zasili grono Dawców krwi. Patrząc w przyszłość należy przyjąć, że skoro ogromny potencjał w zabezpieczeniu potrzeb krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest w najmłodszych, działania promocyjne powinny coraz szerzej i z większym natężeniem obejmować właśnie tę grupę ludności. Pomocnym w tym obszarze może być Internet. Rewolucja internetowa otworzyła nowe możliwości i ułatwiła dotarcie do szerokiej grupy odbiorców. Dziś nie wyobrażamy sobie życia bez Internetu – dotyczy to wielu obszarów funkcjonowania. Poprzez wykorzystanie w komunikacji nowoczesnych technologii możliwe jest dotarcie do interesującej nas grupy odbiorców. Dzieci i młodzież z łatwością poruszają się po wirtualnym świecie i jest to dla nich naturalne

środowisko. Dlatego należy coraz większą uwagę kierować na tę grupę docelową i podejmować działania dostosowane do odbiorcy przy jednoczesnym zastosowaniu nowoczesnych technologii.

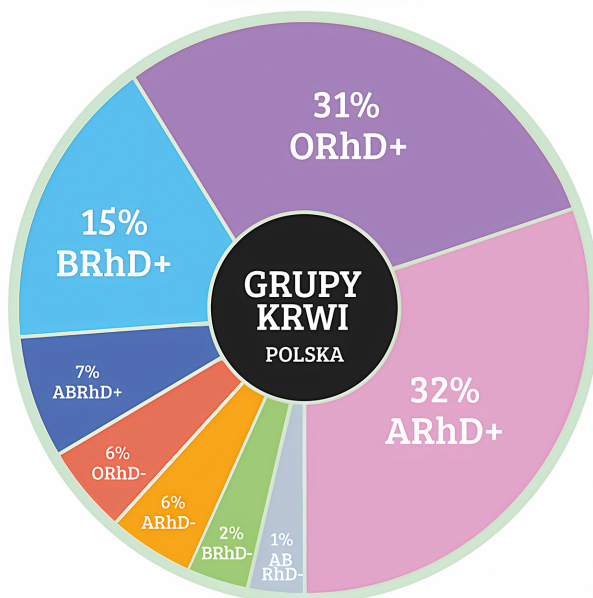
Pobierana obecnie ilość krwi w Polsce zapewnia dostateczne zaopatrzenie podmiotów leczniczych w krew i jej składniki. W tym zakresie osiągamy stan samowystarczalności, co oznacza, że zapotrzebowanie szpitali na krew i jej składniki pokrywane jest w 100%, jednakże w poszczególnych regionach kraju zdarzają się niedobory składników krwi, zazwyczaj w okresie wakacyjnym i zwykle są to niedobory jakościowe, a nie ilościowe. Jednak analizując dynamikę wzrostu zapotrzebowania na krew i jej składniki, prognozuje się dalszy wzrost zapotrzebowania na krew i jej składniki w najbliższych latach. W 2022 roku ogólna liczba pobrań wyniosła ponad 1,4 mln. Jednocześnie co roku wykonywanych jest około 1,5 mln przetoczeń krwi i jej składników.

**Reasumując, wszelkie czynności w zakresie poszerzenia liczby Dawców krwi w Polsce należy przygotowywać przede wszystkim z uwzględnieniem zmian demograficznych (w szczególności przyrostu naturalnego, migracji ludności, struktury społecznej) i rozwoju medycyny, wraz z rosnącą liczbą wykonywanych zabiegów, do których wykorzystuje się coraz większą liczbę jednostek krwi lub jej składników.** Celem podejmowanych działań powinno być niezmiennie pozyskanie bezcennego leku – krwi. Przy czym koniecznym jest stwarzanie wszelkich możliwych warunków, by zagwarantować Dawcom krwi w Polsce bezpieczeństwo i należyty autorytet społeczny.

## 2.2. Profil Dawców krwi w Polsce

Celem przedstawienia profilu Dawców krwi koniecznym jest odniesienie się do rozkładu procentowego grup krwi w populacji polskiej (Ryc. 2.3.).

TABLICA UDZIAŁU PROCENTOWEGO GRUP KRWI W POLSCE



*twoja krew  
może żyć*

Ryc. 2.3. Rozkład procentowy grup krwi w Polsce

Źródło: opracowanie własne na potrzeby ogólnopolskiej kampanii społecznej „Twoja krew, moje życie”.

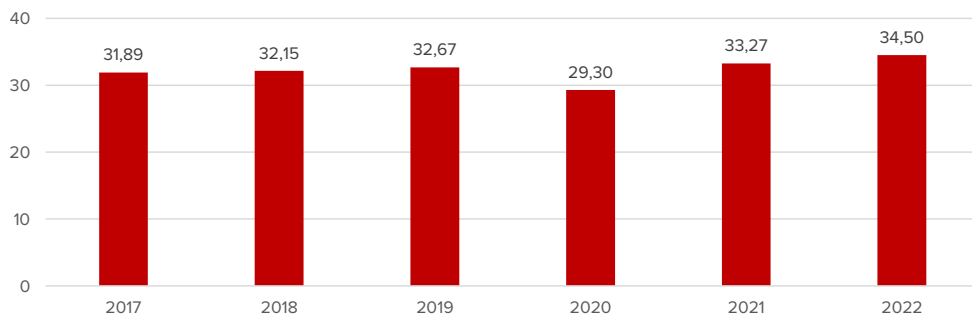


Rycina 2.3. wskazuje, że trzy grupy krwi (ARhD+; ORhD+; BRhD+) stanowią 78% udziału rozkładu procentowego wszystkich grup krwi w Polsce. Świadczy to o nierównomiernym rozkładzie procentowym grup krwi w populacji i **konieczności prowadzenia celowanego doboru Dawców krwi na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego ze strony podmiotów leczniczych.**

Jednakże nie należy pomijać pozostałych grup krwi. Wszystkie są potrzebne, ponieważ istnieją biorcy o różnych grupach krwi. Z użytecznego punktu widzenia najbardziej deficytowa jest krew grupy ORhD–, ponieważ w nagłych wypadkach, przy braku krwi właściwej grupy, może być przetoczona każdemu bez ryzyka odrzucenia przez biorcę. Problem polega na tym, że jest to jedna z rzadziej występujących grup krwi. Posiada ją zaledwie ok. 6% Polaków. Statystyka ta jest podobna na całym świecie – odsetek osób z grupą krwi ORhD– waha się w różnych populacjach od 4 do 9%.

Biorąc natomiast pod uwagę poziom dostępności do krwi istnieje wyraźna różnica pomiędzy krajami o niskich i wysokich dochodach. **Liczba donacji krwi pełnej jest wskaźnikiem ogólnej dostępności krwi w danym kraju.** Mediana wskaźnika oddawania krwi w krajach o wysokim dochodzie wynosi 31,5 donacji na 1000 osób. Dla porównania w krajach o średniowysokich dochodach notuje się 16,4 donacji na 1000 osób, w krajach o średnio-niskich dochodach – 6,6 donacji na 1000 osób, a w krajach o niskich dochodach – 5,0 donacji na 1000 osób<sup>118</sup>.

W Polsce współczynnik pobranych donacji krwi pełnej na 1000 mieszkańców kształtuje się na stosunkowo wysokim poziomie (Ryc. 2.4.).



**Ryc. 2.4. Liczba pobranych donacji krwi pełnej na 1000 mieszkańców**

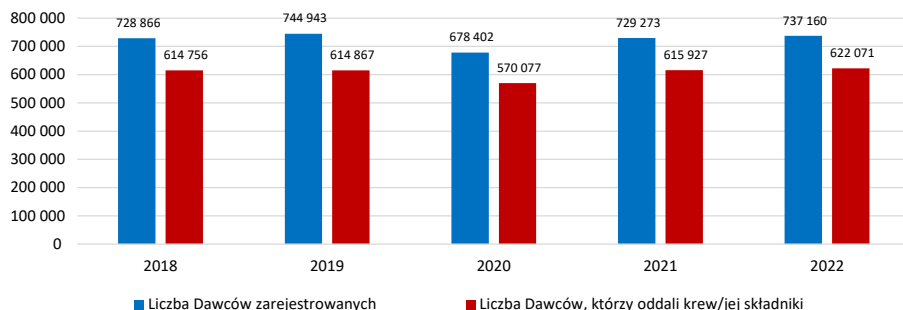
Źródło: opracowanie własne

Zauważyć należy, że współczynnik pobranych donacji krwi pełnej z roku na rok sukcesywnie wzrasta, co dowodzi regularności donacji Dawców krwi i zrozumieniu jak ważne jest jej systematyczne oddawanie. Wyjątek stanowi 2020 rok – czas wybuchu pandemii COVID-19, kiedy to liczba Dawców a przez to liczba donacji krwi i jej składników była mniejsza z uwagi na wprowadzone ograniczenia w przemieszczaniu się, konieczność zachowania reżimu sanitarnego, jak i obowiązkowa izolacja osób chorych czy kwarantanna w przypadku osób z kontaktu.

Świadczy to o ciągłym zapotrzebowaniu na krew i jej składniki niezależnie od różnych sytuacji, w tym także od sytuacji epidemiologicznej.

118 World Health Organization. (2022, 26 maja). Blood safety and availability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>.

Potencjalnie biorcą krwi może być każdy człowiek, niezależnie od wieku czy aktualnego stanu zdrowia. Dlatego też należy podejmować ciągłe działania z zakresu promocji i edukacji, aby utrzymać stałe zainteresowanie honorowym krwiodawstwem i zachęcać jak największą liczbę osób do regularnego oddawania krwi i jej składników. Należy przy tym podkreślać, że krwi nie można kupić ani wyprodukować, może ją ofiarować wyłącznie człowiek – Dawca krwi.

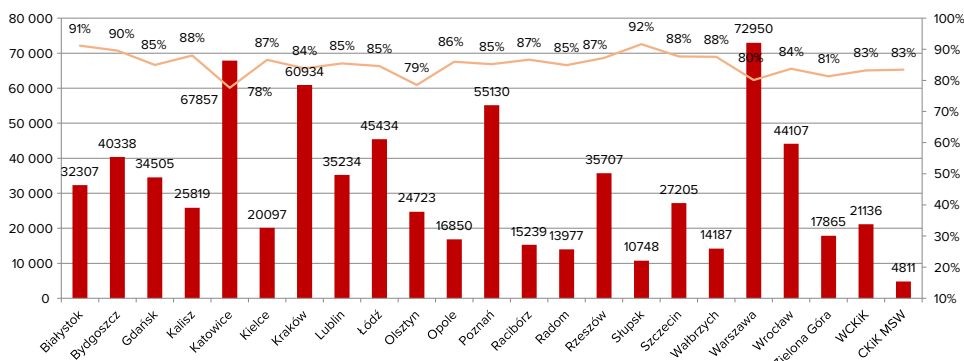


**Ryc. 2.5. Liczba Dawców zarejestrowanych oraz tych, którzy oddali krew i jej składniki w latach 2018-2022**

Źródło: opracowanie własne

Rycina 2.5. przedstawia liczbę Dawców krwi zarejestrowanych w systemie oraz tych, którzy oddali krew i jej składniki w latach 2018-2022. Różnica pomiędzy statystykami jest wypadkową wielu czynników, takich jak dyskwalifikacje czasowe, stałe, samodyskwalifikacje itp. O ile na część ze wspomnianych czynników publiczna służba krwi nie ma wpływu, o tyle **wciąż dostrzegalna jest przestrzeń do podejmowania działań, w efekcie których różnica ta będzie coraz mniejsza, poprzez sukcesywny wzrost liczby Dawców krwi.**

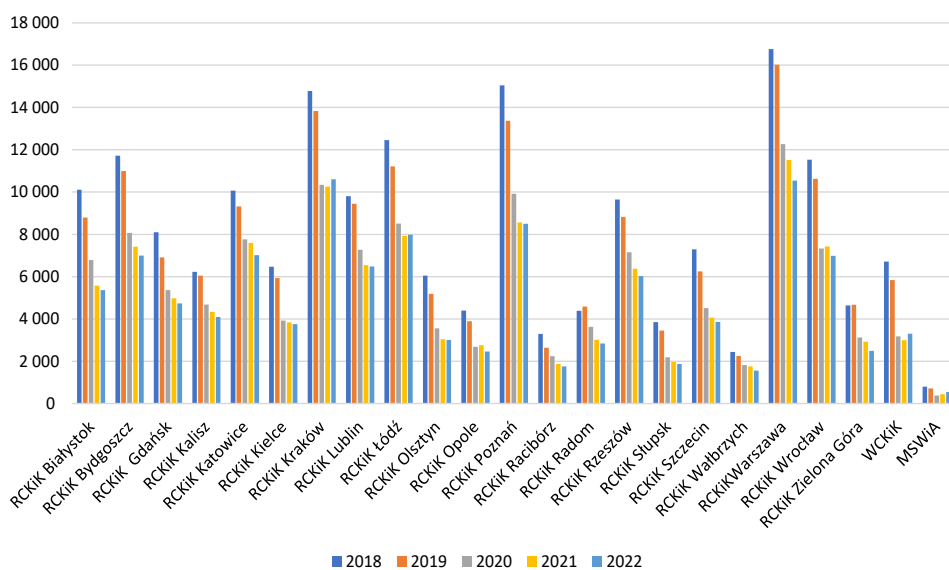
Potwierdzenie stanowi analiza odnosząca się do 2022 r., w której wykazano, że w poszczególnych CKiK procent Dawców krwi, którzy oddali krew i jej składniki w stosunku do ogólnej liczby Dawców krwi zarejestrowanych w systemie osiąga wartości powyżej 90% (Ryc. 2.6.).



**Ryc. 2.6. Liczba Dawców zarejestrowanych oraz procent, jaki stanowią Dawcy, którzy oddali krew i jej składniki w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne

Należy zauważyć, że grupa docelowa w odniesieniu do honorowego krwiodawstwa jest bardzo liczna i obejmuje osoby w wieku od 18 do 65 roku życia. Statystycznie największą grupę Dawców krwi stanowią osoby młode, głównie mężczyźni w przedziale wiekowym 25-44 lata. Z analizy profilu Dawców krwi na przestrzeni lat 2018-2022 wynika, że należy zwrócić szczególną uwagę na grupę wiekową 18-24 lata. Niestety, odsetek Dawców krwi w tej kategorii wiekowej spada z roku na rok (Ryc. 2.7.). Niewątpliwie ma to związek z głęboką depresją urodzeniową, która trwa już prawie 30 lat i nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń<sup>119</sup>. W 2003 roku urodziło się najmniej dzieci, biorąc pod uwagę cały okres powojenny<sup>119</sup>. Najniższy wówczas wskaźnik urodzeń i dzietności ma swoje odzwierciedlenie w zmniejszającej się liczbie Dawców krwi z przedziału wiekowego 18-24 lata, gdyż właśnie obecni 20-latkowie to osoby urodzone w 2003 roku. Co więcej, z analizy wynika, że odnotowany w 2020 r. spadek liczby urodzeń potwierdza, że Polska wkroczyła w okres kolejnego kryzysu demograficznego (który miał już przejściowo miejsce w latach 1997-2007), ale obecny prawdopodobnie może mieć charakter dłuższej tendencji<sup>119</sup>.



**Ryc. 2.7. Liczba Dawców krwi w CKiK w przedziale wiekowym 18-24 w latach 2018-2022**

Źródło: opracowanie własne

Publiczna służba krwi musi zatem mieć świadomość następujących zmian i na bieżąco dostosowywać działania do bieżącej i perspektywicznej sytuacji populacyjnej, aby móc zapewnić solidne fundamenty systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

<sup>119</sup> Główny Urząd Statystyczny. (2021, grudzień). Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja\\_demograficzna\\_polski\\_do\\_2020\\_r.\\_zgony\\_i\\_umieralnosc.\\_publikacja\\_w\\_formacie\\_pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja_demograficzna_polski_do_2020_r._zgony_i_umieralnosc._publikacja_w_formacie_pdf).

Tab. 2.1. Podział Dawców ze względu na wiek w latach 2018-2022. Dane obejmują 23 CKiK

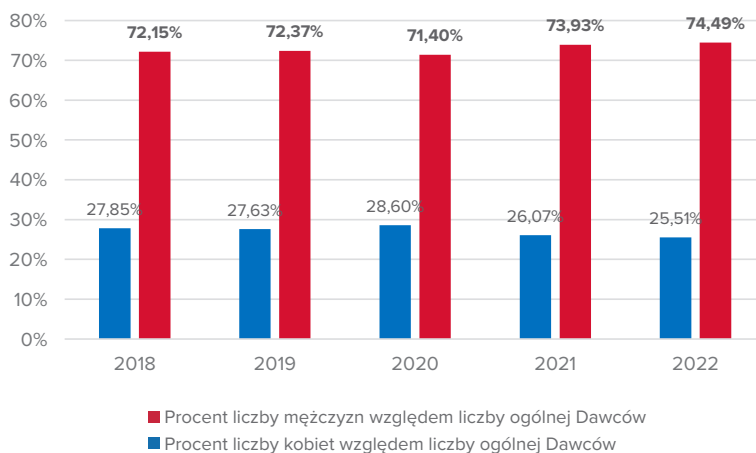
Rok	18-24		25-44		45-65	
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
2018	69 327	117 207	83 135	265 694	18 598	60 481
	186 534		348 829		79 079	
	30%		57%		13%	
2019	63 069	107 767	85 966	272 898	20 729	64 166
	170 836		358 864		84 895	
	28%		58%		14%	
2020	48 141	78 539	90 463	262 617	24 377	65 753
	126 680		353 080		90 130	
	22%		62%		16%	
2021	41 262	75 899	91 937	302 417	27 330	76 847
	117 161		394 354		104 177	
	19%		64%		17%	
2022	37 443	75 310	91 048	306 096	30 099	81 825
	112 753		397 144		111 924	
	18%		64%		18%	

Źródło: opracowanie własne

W Polsce liczba mieszkańców oscyluje w granicach 38 mln, a liczba osób w przedziale wiekowym 18-65 lat stanowi około 60% ludności. **Biorąc pod uwagę liczbę Dawców krwi stanowią oni zaledwie 1,6% ogółu społeczeństwa oraz 2,61% grupy docelowej, czyli osób w przedziale wiekowym 18-65 lat (Tab. 2.1).**

Dane dotyczące profilu płci Dawców krwi wskazują, że na całym świecie 33% Dawców krwi to kobiety, choć odsetek ten jest bardzo zróżnicowany. W 15 ze 113 państw składających sprawozdania w zakresie honorowego krwiodawstwa kobiety stanowią mniej niż 10% Dawców krwi. Profil wiekowy Dawców krwi pokazuje, że proporcjonalnie więcej młodych ludzi oddaje krew w państwach o niskich i średnich dochodach niż w państwach o wysokich dochodach<sup>120</sup>.

120 World Health Organization. (2022, 26 maja). Blood safety and availability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>.

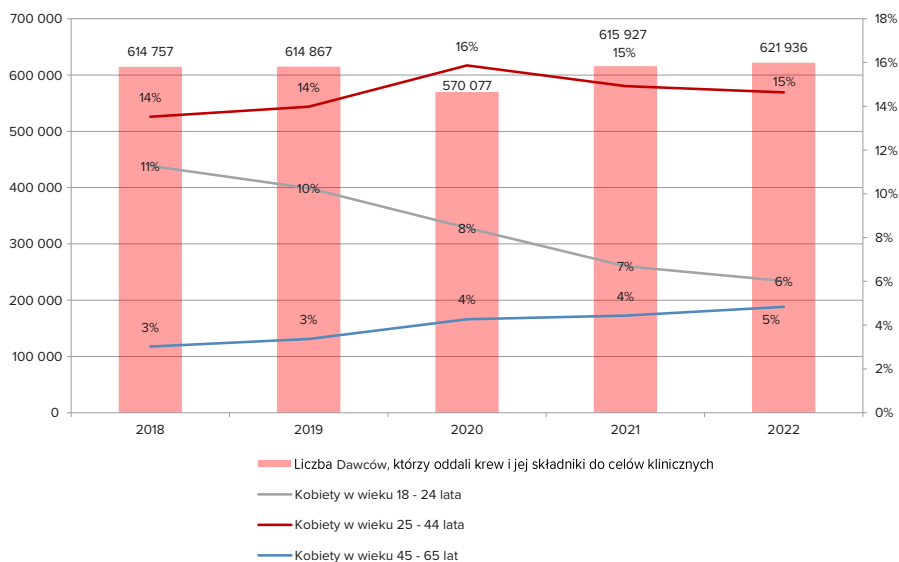


**Ryc. 2.8. Procent kobiet i mężczyzn w stosunku do ogólnej liczby Dawców, którzy oddali krew i jej składniki**

Źródło: opracowanie własne

Badając dane statystyczne z lat 2018-2022, **w Polsce procent liczby kobiet będących Dawcami krwi oscyluje w granicach 27,6%** (Ryc. 2.8.). Proporcja kobiet oraz mężczyzn w ogólnej populacji Dawców krwi rokrocznie utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

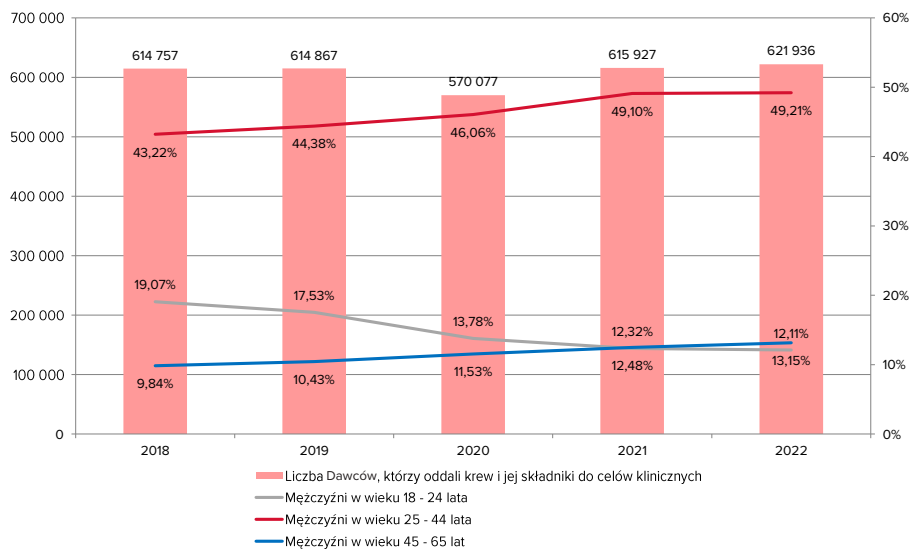
Analizując rozkład procentowy liczby kobiet w poszczególnych grupach wiekowych zauważyć należy, że największy udział procentowy przypada na przedział wiekowy 25-44 lata. Sukcesywnie rośnie również udział procentowy kobiet w wieku 45-65 lat. Maleje natomiast udział kobiet w wieku 18-24 lata (Ryc. 2.9.).



**Ryc. 2.9. Procent, jaki stanowią kobiety w poszczególnych grupach wiekowych w stosunku do ogólnej liczby Dawców, którzy oddali krew i jej składniki**

Źródło: opracowanie własne

W przypadku mężczyzn sytuacja kształtuje się podobnie. Maleje udział mężczyzn w wieku 18-24 lata. Rośnie natomiast udział mężczyzn zarówno w grupie wiekowej 25-44 lata, jak również 45-65 lat. Powyższe świadczą może o regularności Dawców krwi (Ryc. 2.10.).

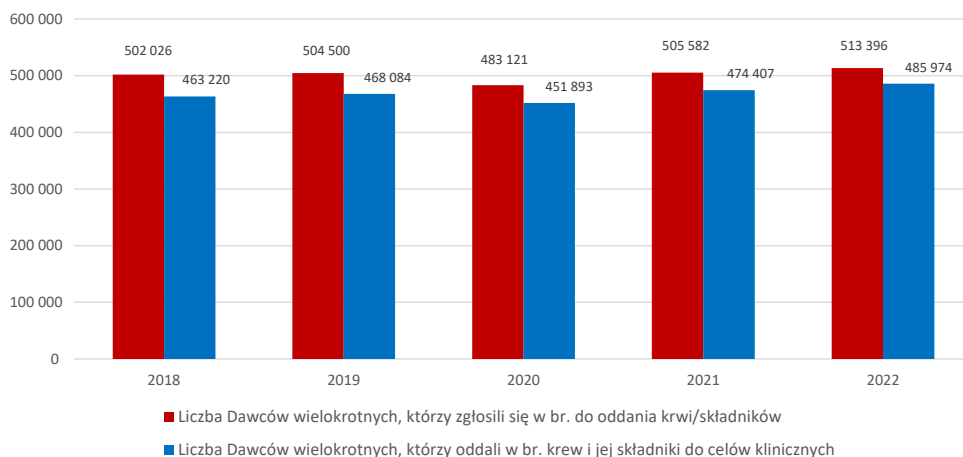


**Ryc. 2.10. Procent, jaki stanowią mężczyźni w poszczególnych grupach wiekowych w stosunku do ogólnej liczby Dawców, którzy oddali krew i jej składniki**

Źródło: opracowanie własne

Aby zachęcić Dawców krwi do utrzymania regularności w jej oddawaniu, w komunikacji ze społeczeństwem warto podkreślać, jak ważną rolę w systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa pełnią Dawcy krwi. Przyjmując taki mechanizm postępowania uświadamiamy odbiorcy przekazu różnorodność sytuacji, w których potrzebna jest krew, kierujemy uwagę na aspekt wielkiej idei honorowego krwiodawstwa, który jest szczególnie znaczący, motywujący i inspirujący do działania. Wiadomym jest, że gotowość do oddania krwi zależy od cech osobistych, przekonań i wewnętrznych motywacji (patrz: rozdziały 5.2. i 6.3).

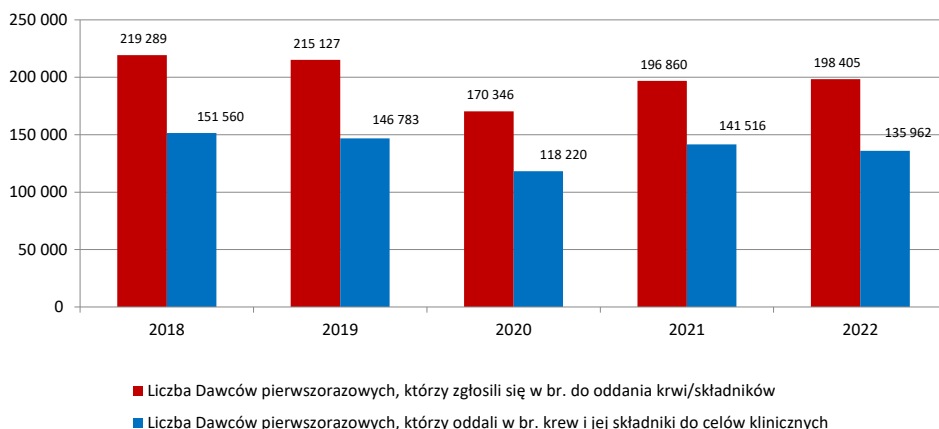
**Niezwykle istotne jest jednak, aby w podejmowanych działaniach wykorzystać szeroki potencjał Dawców wielokrotnych, którzy są ambasadorami honorowego krwiodawstwa.** I w takich kategoriach należy ich postrzegać. Stanowią oni źródło praktycznej wiedzy o honorowym krwiodawstwie oraz prezentują pozytywny przykład dla osób, które dotychczas nie zdecydowały się na oddanie krwi. Dawcy wielokrotni doskonale zdają sobie sprawę z tego, jak ważną rolę pełnią w systemie leczenia krwią i jej składnikami. Każdorazowo decyzję o oddaniu krwi podejmują bardzo rozważnie, mając na względzie dobro swoje i biorcy krwi. Regularność w oddawaniu krwi wynika z wysokiej świadomości i odpowiedzialności wielokrotnych Dawców krwi oraz z misji czynienia dobra.



**Ryc. 2.11. Liczba Dawców wielokrotnych, którzy zgłosili się do oddania krwi i jej składników oraz liczba Dawców wielokrotnych, którzy oddali krew i jej składniki do celów klinicznych**

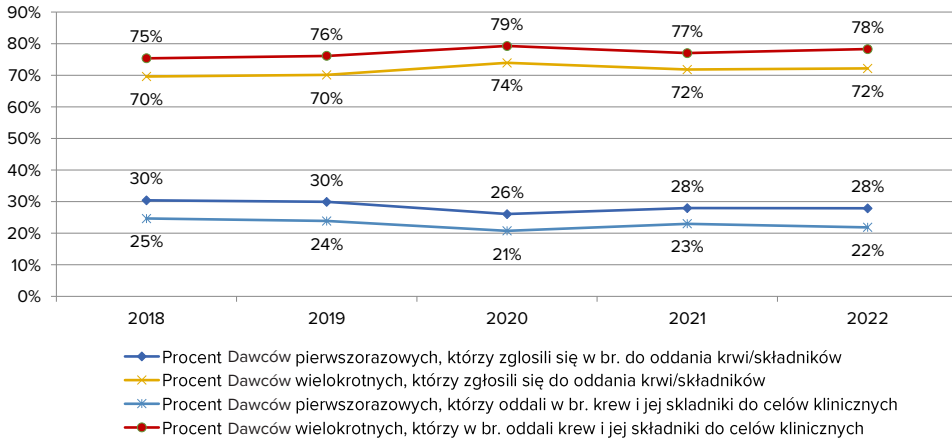
Źródło: opracowanie własne

Analizując dane statystyczne systemu krwiodawstwa w Polsce dotyczące liczby Dawców wielokrotnych szczególnie wyróżnia się 2020 rok (czas wybuchu pandemii COVID-19 i rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2). W analizowanym okresie obserwowany był wzrost liczby Dawców wielokrotnych, którzy zgłosili się do oddania krwi lub jej składników oraz związany z tym wzrost liczby Dawców wielokrotnych, którzy oddali krew lub jej składniki do celów klinicznych (Ryc. 2.11.). Jednocześnie obserwowany jest spadek liczby Dawców pierwszorazowych (Ryc. 2.12.).



**Ryc. 2.12. Liczba Dawców pierwszorazowych, którzy zgłosili się do oddania krwi i jej składników oraz liczba Dawców pierwszorazowych, którzy oddali krew i jej składniki do celów klinicznych**

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 2.13. Procent, jaki stanowią Dawcy pierwszorazowi oraz wielokrotni, w stosunku do Dawców którzy zgłosili się do oddania krwi i jej składników oraz którzy oddali krew i jej składniki do celów klinicznych**

Źródło: opracowanie własne

**Większy udział Dawców regularnych, którzy stanowią trzon ogólnej populacji Dawców i decydują o bezpieczeństwie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, świadczy o tym, że jest to kierunek działań, w którym należy podążać (Ryc. 2.13.).** Ale działania podejmowane na polu honorowego krwiodawstwa muszą być odpowiednio zdywersyfikowane. Z jednej strony – powinny być skierowane na pozyskiwanie nowych Dawców, bądź ich powrót po okresie czasowej dyskwalifikacji, z drugiej zaś – stanowić „ukłon” w stronę Dawców wielokrotnych (regularnych), aby jak najdłużej zatrzymać ich w systemie i podtrzymywać motywację do oddawania krwi lub jej składników. Priorytetem działania publicznej służby krwi jest zapewnienie dostępności krwi i jej składników dla celów leczniczych, a to jest możliwe wyłącznie dzięki gotowości obywateli do oddawania krwi.

Istotne znaczenie w tym aspekcie mają akcje „na apel”. **Oddawanie krwi na apel, czy to związane z jakimś konkretnym wydarzeniem, społeczną akcją oddawania krwi, czy też symbolicznym wspieraniem – solidaryzowaniem się z chorym znajdującym się w szpitalu, jest działaniem propagującym honorowe krwiodawstwo.** Tego rodzaju akcje, apele, zwiększają liczbę Dawców pierwszorazowych, którzy poznają w praktyce na czym polega oddawanie krwi i jak bardzo potrzebne jest niesienie pomocy potrzebującym. W następstwie takich wydarzeń pojawiają się nowe osoby, które stają się regularnymi Dawcami krwi na następne lata.

Współpraca w zakresie akcji „na apel” umożliwia także podejmowanie w czasie rzeczywistym działań wspierających działalność publicznej służby krwi w odniesieniu do zapewnienia odpowiednich stanów magazynowych krwi i jej składników, celem zabezpieczenia potrzeb lecznictwa w tym zakresie.

Podstawową zasadą współczesnego krwiodawstwa jest oddawanie krwi przez osoby w pełni zdrowe, pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Dodatkowo, zgodnie z obowiązującym prawodawstwem, krew lub jej składniki mogą oddawać osoby, u których w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie wykonano akupunktury, tatuażu, przekłucia uszu lub innych części ciała, nie miały wykonanych



żadnych zabiegów operacyjnych, endoskopowych i innych diagnostycznych badań (np. gastrokopii, panendoskopii, artroskopii, laparoskopii) oraz nie były leczone krwią i jej składnikami.

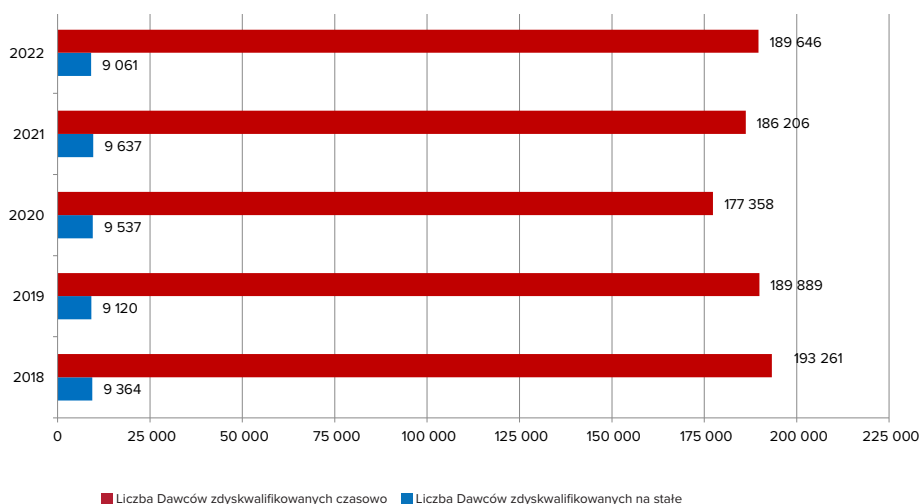
Istnieje kilka podstawowych wymagań, które należy spełnić, aby zostać Dawcą krwi. Katalog czynników, które powodują dyskwalifikację stałą lub czasową ma na celu zapewnić bezpieczeństwo zarówno Dawców krwi, którzy stanowią fundament krwiodawstwa i krwiolecznictwa, jak i biorców krwi. **Dzięki zaangażowaniu wszystkich jednostek publicznej służby krwi w Polsce i systematycznej pracy polegającej na krzewieniu wiedzy w zakresie honorowego krwiodawstwa możliwe jest dokonywanie trafnej oceny przez kandydata na Dawcę krwi w zakresie zdolności do oddania krwi (dotyczy to wstępnej samooceny aktualnego stanu zdrowia).** Dzięki pozyskanej wiedzy w zakresie honorowego krwiodawstwa, znajomości źródeł publikujących rzetelne i aktualne informacje na temat, np. kwalifikacji do oddania krwi, kandydat na Dawcę krwi potrafi ocenić lub odszukać informacje, czy np. przeziębienie, przyjmowanie antybiotyków, leków antykoncepcyjnych lub wykonanie tatuażu, dyskwalifikują z możliwości oddania krwi i na jak długi okres. Powyższe ma przełożenie na zmniejszenie się odsetka osób zdyskwalifikowanych w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa z możliwości oddania krwi z przyczyn, które są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. z 2022 r., poz. 1279) wydanym na podstawie art. 16 ust. 7 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r., poz. 318).

Dyskwalifikacje Dawców i kandydatów na Dawców krwi stanowią bardzo istotny aspekt działalności publicznej służby krwi. Przy czym pamiętać należy, że ugruntowana praktyka w zakresie oddawania krwi jest ważnym czynnikiem w zapewnieniu bezpiecznego i trwałego zaopatrzenia w krew<sup>121</sup>. Badania przeprowadzone w Austrii wskazują, że czasowe dyskwalifikacje mają wpływ na przyszłe zachowania Dawców krwi. Efekt ten jest zależny od dotychczasowych doświadczeń Dawcy krwi, w tym również od liczby dyskwalifikacji. Wyniki badań wskazują, że Dawcy lepiej radzą sobie z dyskwalifikacjami przy większej liczbie donacji. Jednakże efekt ten wzmacnia się z czasem, a każda dodatkowa dyskwalifikacja zmniejsza prawdopodobieństwo kolejnej donacji<sup>122</sup>.

W Polsce liczba Dawców zdyskwalifikowanych czasowo z roku na rok maleje – świadczy to o wzrastającej wiedzy społeczeństwa w zakresie zasad, jakie obowiązują w krwiodawstwie (Ryc. 2.14.), w tym **w zakresie stałego zapotrzebowania na krew, jednak zmiennego w odniesieniu do poszczególnych grup krwi, jak i składników krwi, co daje możliwość prowadzenia racjonalnej gospodarki krwią i jej składnikami.**

121 European Blood Alliance. (2016, październik). EBA fact sheet on Blood Donor Selection. [https://europeanbloodalliance.eu/wp-content/uploads/2016/11/EBA\\_Pos\\_Paper-Donor\\_selection-1.pdf](https://europeanbloodalliance.eu/wp-content/uploads/2016/11/EBA_Pos_Paper-Donor_selection-1.pdf).

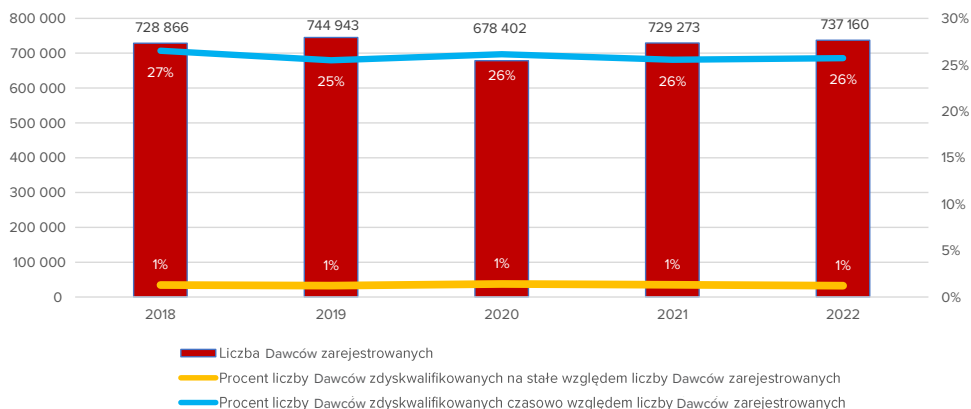
122 Clement M., Shehu E., Chandler T. (2021). The impact of temporary deferrals on future blood donation behaviour across the donor life cycle. *The Journal of AABB Transfusion*, 61(6). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/trf.16387>.



**Ryc. 2.14. Liczba Dawców zdyskwalifikowanych na stałe vs. liczba Dawców zdyskwalifikowanych czasowo**

Źródło: opracowanie własne

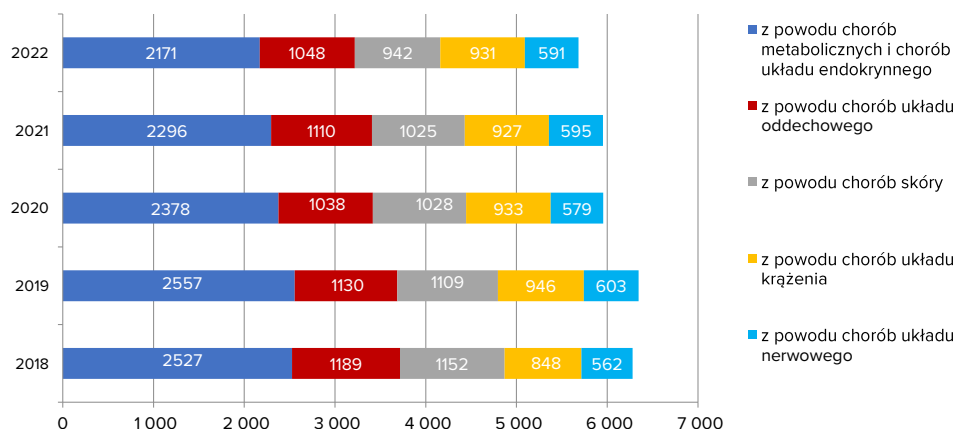
Wskazać jednocześnie należy, że na przestrzeni lat 2018-2022 wzrasta liczba Dawców zdyskwalifikowanych na stałe (Ryc. 2.15.). Ma to niewątpliwie związek z rozprzestrzenianiem się chorób cywilizacyjnych, nazywanych potocznie epidemią XXI wieku. Choroby układu krążenia, nowotwory i choroby endokrynologiczne **są główną przyczyną zgonów na świecie. Choroby te coraz częściej dotyczą osób w młodym wieku, niestety również dzieci. Dlatego też profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia jest tak ważnym aspektem działalności również publicznej służby krwi.**



**Ryc. 2.15. Procent liczby Dawców zdyskwalifikowanych na stałe i czasowo względem liczby Dawców zarejestrowanych**

Źródło: opracowanie własne

Wśród najczęstszych przyczyn stałych dyskwalifikacji Dawców krwi należy podkreślić choroby metaboliczne i choroby układu endokrynnego, które są pokłosiem wspomnianego powyżej rozwoju cywilizacyjnego oraz związanym z nim progresem chorób cywilizacyjnych (Ryc. 2.16.). Rozwój cywilizacji ma istotne znaczenie dla krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Z jednej strony coraz większe możliwości technologiczne, innowacyjne i dostęp do nowoczesnych technik zwiększających jakość oferowanych usług, a z drugiej strony dynamiczne tempo życia, ciągły stres, siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta i sposób odżywiania przekładają się na wzrost liczby zdyskwalifikowanych Dawców krwi. Niestety pandemia COVID-19 również przełożyła się na wzrost liczby dyskwalifikacji (zarówno czasowej jak i stałej). Prawdą jest, że rozwoju cywilizacji nie da się uniknąć, dlatego należy podejmować wszelkie działania, aby utrzymać zdrowie i kondycję fizyczną w jak najlepszym stanie. W tym celu konieczna jest dbałość o systematyczne wykonywanie badań, unikanie stresu, napięcia nerwowego, prawidłowe odżywianie, uprawianie sportu itp.

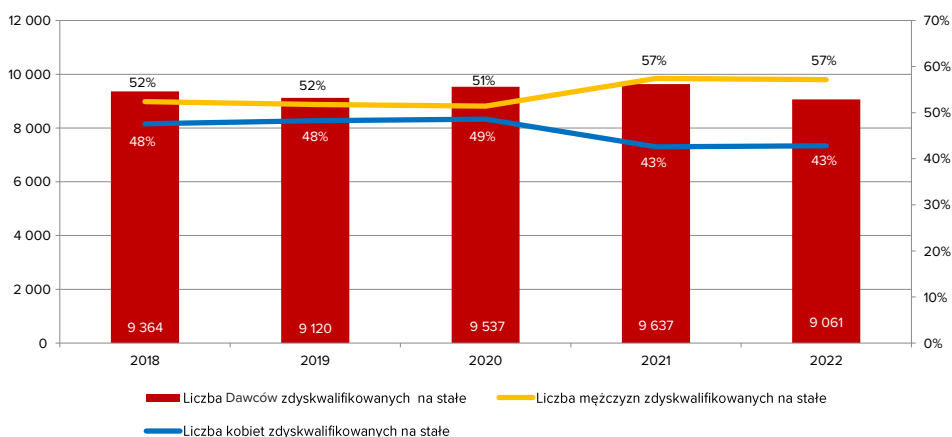


**Ryc. 2.16. Najczęstsze przyczyny stałych dyskwalifikacji wśród Dawców**

Źródło: opracowanie własne

W obliczu powyżej przedstawionych informacji tak ważne jest edukowanie społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia. Zgodnie z opracowanymi przez Marca Lalonda determinantami, czynniki z obszaru zachowań i stylu życia mają aż 50% wpływ na zdrowie człowieka. Wśród nich wyróżnić możemy aktywność fizyczną i sposób odżywiania się.

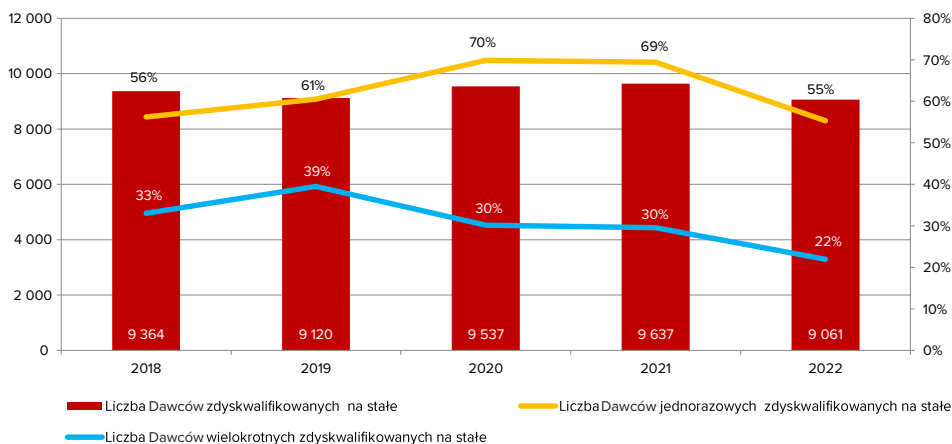
Analizując liczbę Dawców zdyskwalifikowanych na stałe na uwagę zasługuje fakt, że **pomimo, iż mężczyźni stanowią ponad 70% ogólnej liczby Dawców krwi to liczba zdyskwalifikowanych kobiet i mężczyzn jest na zbliżonym poziomie** (Ryc. 2.17).



**Ryc. 2.17. Liczba Dawców zdyskwalifikowanych na stałe z podziałem procentowym na kobiety i mężczyzn**

Źródło: opracowanie własne

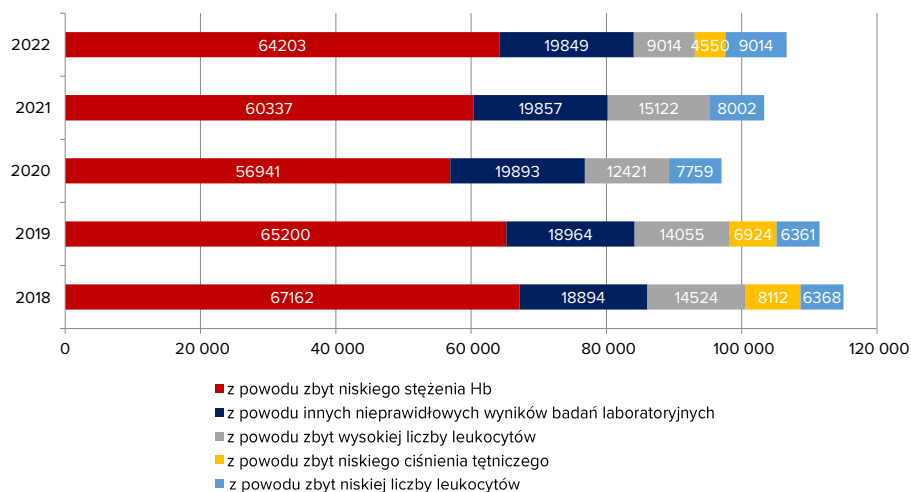
**Dodatkowo odsetek zdyskwalifikowanych Dawców krwi jest wyższy wśród kandydatów na Dawców. Po raz kolejny potwierdza to decydującą rolę Dawców wielokrotnych w systemie krwiodawstwa (Ryc. 2.18.).**



**Ryc. 2.18. Liczba Dawców zdyskwalifikowanych na stałe z podziałem na Dawców jednorazowych i wielokrotnych**

Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z europejskimi i krajowymi regulacjami jednym z podstawowych kryteriów umożliwiających oddanie krwi lub jej składników przez Dawcę jest oznaczenie poziomu stężenia hemoglobiny. Przyjmuje się, że u kobiet stężenie hemoglobiny nie powinno być niższe niż 12,5 g/dl, natomiast u mężczyzn 13,5 g/dl. Należy podkreślić, że wystąpienie niedokrwistości u Dawcy krwi związane jest z czasową dyskwalifikacją z możliwości oddania krwi. W wielu przypadkach może to mieć przełożenie na nastawienie krwiodawcy do oddawania krwi, a także przyczynić się może do rezygnacji z oddawania krwi. Może mieć to również wpływ na postrzeganie krwiodawstwa poprzez wyrażanie opinii publicznej na ten temat w obecności potencjalnych kandydatów na Dawców krwi.



**Ryc. 2.19. Najczęstsze przyczyny czasowych dyskwalifikacji wśród Dawców**

Źródło: opracowanie własne

Wśród przyczyn najczęstszych dyskwalifikacji czasowych wśród Dawców krwi wymienić można (Ryc. 2.19.):

- zbyt niskie stężenie hemoglobiny,
- nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych,
- zbyt wysoką liczbę leukocytów,
- niskie ciśnienie tętnicze,
- niską liczbę leukocytów.

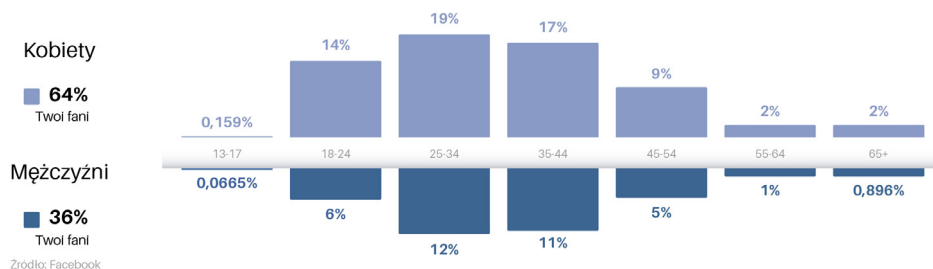
Część z powyższych przyczyn można wyeliminować. Dlatego też, kierując się troską o utrzymanie zdrowia Dawcy w doskonałym stanie, konieczne jest zachęcanie do zdrowego odżywiania i dbałości o aktywność ruchową. Dzięki szerokiej promocji i edukacji w tym zakresie coraz większa część społeczeństwa świadomie i rozważnie podejmuje decyzje o zdrowym odżywianiu i uprawianiu sportu. Świadomość na temat wpływu aktywności fizycznej na zdrowie zwiększa się z roku na rok, dzięki czemu w społeczeństwie jest coraz więcej zwolenników aktywnego spędzania czasu. Kiedyś sport był traktowany głównie jako narzędzie do kształtowania sylwetki, dzisiaj jest to sposób na życie, z którym nierozdzielnie łączy się zdrowa dieta oraz dobrostan emocjonalny. **Dostrzegając ten trend publiczna służba krwi odpowiada na potrzeby i zainteresowanie społeczeństwa poprzez promocję postaw prozdrowotnych i wspólne spędzanie czasu przy uprawianiu sportów (np. eventy biegowe, aktywności sportowe). Działania realizowane na szczeblu ogólnopolskim oraz regionalnym wpisują się w nurt promocji honorowego krwiodawstwa przez połączenie go ze zdrowym sposobem odżywiania się i z aktywnością fizyczną.**

Edukacja w zakresie dbałości o zdrowie poprzez ruch i właściwą dietę – bogatą w żelazo i witaminy, odgrywa istotną rolę w codziennym życiu Dawców krwi i stanowi odpowiedź publicznej służby krwi na wyzwanie, jakim jest liczba dyskwalifikacji czasowych spowodowanych, np. niewystarczającym poziomem stężenia hemoglobiny we krwi. Budowanie świadomości znaczenia zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej stanowi więc realne działanie, które w perspektywie czasu przełoży się na zmniejszenie odsetka dyskwalifikacji czasowych bezpośrednio związanych ze sposobem odżywiania się Dawcy krwi (patrz: Rozdział 9).

Wychodząc naprzeciw sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, warto wykorzystać potencjał social mediów. **Biorąc pod uwagę rosnący ich zasięg i udział w życiu codziennym, stanowią one często pierwszą formę kontaktu z odbiorcami. Sprzyja to wykorzystaniu tych narzędzi, jako istotnego kanału komunikacji z grupami docelowymi i pozwala na inicjowanie dialogu na ważne tematy, jakimi są krwiodawstwo, pomaganie innym i wpływ stylu życia na zdrowie.** Głównym celem działań prowadzonych w social mediach jest zachęcenie użytkowników do honorowego krwiodawstwa, zaproszenie i zmotywowanie do oddawania krwi, powiększenie społeczności Dawców krwi.

Analizując zaangażowanie użytkowników profilu ogólnopolskiej kampanii społecznej promującej honorowe krwiodawstwo na portalu społecznościowym Facebook, uwagę zwraca fakt „odwróconego” profilu Dawcy krwi – wśród odbiorców zarejestrowanych na Facebooku „Twoja krew, moje życie” aż 67% stanowią kobiety, a mężczyźni stanowią jedynie 33% fanów (2021 r.). Na uwagę zasługuje także informacja o wieku użytkowników – główną grupę stanowią osoby w wieku 18-24 lat.

Pierwotnie, kiedy social media dopiero się rozwijały, rzeczywiście były popularniejsze wśród młodych użytkowników. Jednak teraz, mając na uwadze szeroki dostęp do nowoczesnych technologii, obserwowane są zmiany. Prezentuje to analiza profilu użytkowników w kampanii z 2023 r. (Ryc. 2.20.) Dostrzegalne są niewielkie zmiany w zakresie udziału kobiet w życiu profilu, jak i wzrost wieku użytkowników. W dalszym ciągu jednak przeważającą grupę stanowią osoby młode – do 34 roku życia.



**Ryc. 2.20. Udział kobiet i mężczyzn na profilu „Twoja krew, moje życie” na Facebooku (2023 r.)**

Źródło: Facebook

Dlatego też należy wykorzystać szansę, jaką stwarzają nowe media w dotarciu do osób młodych, tak ważnych dla publicznej służby krwi.

## 2.3. Mity i stereotypy oraz ich wpływ na gotowość do oddawania krwi

Mity i stereotypy stanowią jedną z barier i przesłankę powstrzymującą potencjalnego Dawcę krwi o podjęciu decyzji w zakresie honorowego krwiodawstwa. Zarówno mity, jak i stereotypy, cechują się tym, że są jednakowo interpretowane, a następnie powielane przez grupę ludzi. Nasze wyobrażenia o rzeczywistości w znacznej mierze składają się z cudzych opinii, najbardziej zakorzenionych w naszej świadomości<sup>123</sup>. Ta

123 W. Lippmann, *Public opinion*. The New York Macmillan Company, 1961, p. 50.

prawidłowość ma również swoje odzwierciedlenie w krwiodawstwie. Dlatego też eliminacja mitów i stereotypów, z uwagi na dość mocne zakorzenienie w świadomości społecznej, stanowi wyzwanie dla publicznej służby krwi.

Niewątpliwie jednym z kluczowych działań jest ustawiczna edukacja dotycząca honorowego krwiodawstwa. **Tylko regularne przekazywanie społeczeństwu faktów, realnych danych i informacji opartych o wiarygodne źródła przyczyni się w perspektywie czasu do zmiany postrzegania honorowego krwiodawstwa oraz doprowadzi do obalenia mitów i stereotypów.** Zaowocuje to wzrostem liczby Dawców pierwszorazowych, którzy odkładali decyzję o honorowym krwiodawstwie z uwagi na brak wystarczającej wiedzy.

W Tabeli 2.2. zestawiono najczęściej pojawiające się mity i stereotypy odnoszące się do krwiodawstwa wraz z rzetelną informacją podważającą ich funkcjonowanie:

**Tabela 2.2. Mity i stereotypy oraz fakty na temat krwiodawstwa**

Mity i stereotypy	Fakty
Obawa przed zarażeniem podczas oddawania krwi.	Stosowany sterylny sprzęt jednorazowego użytku jest odpakowywany i przygotowywany do użycia bezpośrednio przy Dawcy krwi.
Obawa przed bólem.	Jedyny ból jaki się odczuwa podczas pobierania krwi, to moment ukłucia, nic poza tym. Nad całym procesem pobierania krwi czuwa wykwalifikowany personel.
Brak znajomości swojej grupy krwi.	Dawca krwi nie musi znać swojej grupy krwi, jest ona każdorazowo oznaczana przy pobieraniu krwi. Dodatkowo krew jest badana w kierunku markerów zakażenia wirusem HIV, wirusami zapalenia wątroby typu B i C oraz kiły.
Konieczność poświęcenia całego dnia na wizytę w Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.	Szacunkowy czas potrzebny na rejestrację, wypełnienie kwestionariusza, badanie kwalifikacyjne i oddanie krwi to zaledwie 2 godziny – pozostały czas można przeznaczyć na regenerację.
Wykonanie w przeszłości tatuażu (lub piercingu) wyklucza możliwość oddawania krwi.	Wykonanie tatuażu lub piercingu, jak i inwazyjne badania diagnostyczne dyskwalifikują z możliwości oddawania krwi jedynie na 6 miesięcy od momentu ich wykonania.
Przyjmowanie suplementów diety wyklucza możliwość oddawania krwi.	Większość suplementów diety nie stanowi przeciwwskazania do oddawania krwi i jej składników, podczas wizyty w CKiK osoba kwalifikująca rozwieje wszelkie wątpliwości.
Brak możliwości oddawania krwi przez wegetarian i wegan.	Dieta nie dyskwalifikuje z możliwości oddania krwi. Ważne jest, czy dostarcza organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych, dzięki czemu kandydat na Dawcę jest zdrowy i parametry jego morfologii krwi są w normie (minimalne stężenie hemoglobiny u mężczyzn wynosi 135 g/l, a u kobiet 125 g/l).

Mity i stereotypy	Fakty
Akupunktura wyklucza z honorowego krwiodawstwa.	Zgodnie z obowiązującym prawem zabieg akupunktury, o ile nie została wykonana przez wykwalifikowanego lekarza przy użyciu jałowych jednorazowych igieł wiąże się z dyskwalifikacją z możliwości oddawania krwi na 6 miesięcy.
Oddawanie krwi prowadzi do jej nadprodukcji.	Organizm człowieka produkuje tyle krwi, ile potrzebuje – dlatego regularne oddawanie krwi nie powoduje jej nadprodukcji i nie uzależnia.
Dyskwalifikacja czasowa na stałe wyklucza z możliwości oddawania krwi.	W krwiodawstwie występuje dyskwalifikacja czasowa (na określony czas) oraz stała. Dyskwalifikacja czasowa, jak sama nazwa wskazuje umożliwia powrót do oddawania krwi po upływie określonego czasu.

Źródło: opracowanie własne

Mając na uwadze powyższe, w ramach programu polityki zdrowotnej, którego założeniem jest zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki, już od 2009 roku podejmowane są działania promocyjne i edukacyjne skierowane do różnych grup docelowych. Podkreślić należy, że działania te muszą być kontynuowane i powielane przez wszystkie jednostki publicznej służby krwi.

**W podejmowanych działaniach w dalszym ciągu należy podkreślać dobre emocje, a także pozytywne treści, tak aby zachęcić jak największą liczbę osób do przyłączenia się do grona Dawców krwi.** Poprzez prezentację cech charakteru Dawców krwi i emocjonalnych wartości płynących z krwiodawstwa, należy motywować odbiorców do oddawania krwi oraz docenić wszystkich tych, którzy dotychczas „chwycili czerwony nit”. Istotne jest, aby Dawcy krwi czuli się dumni z faktu, do jakiej wyjątkowej społeczności należą.

Pamiętać należy też, że centralne miejsce w systemie krwiodawstwa zajmuje człowiek – Dawca krwi. **I dlatego działania muszą być nakierowane na zapewnienie jak najlepszej obsługi w Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, tak aby – z jednej strony Dawca krwi utożsamiał się ze społecznością Honorowych Dawców Krwi, a z drugiej zaś – był ambasadorem honorowego krwiodawstwa w swoim otoczeniu.**

Szczegółowe informacje na temat społeczno-komunikacyjnych wniosków i rekomendacji dotyczących obsługi Dawcy krwi na najwyższym poziomie przedstawiono w Rozdziałach 6.3. oraz 10.



## Rozdział 3.

# Droga Dawcy krwi – podejście problemowe

### 3.1. Etapy drogi Dawcy krwi

Dostępność krwi i składników krwi wykorzystywanych w celach leczniczych zależy przede wszystkim od gotowości do jej oddawania<sup>124</sup>, dlatego podstawowym zadaniem centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest pozyskiwanie nowych Dawców i utrzymywanie dotychczasowych. Odczucia związane z oddawaniem krwi i jej składników mają decydujące znaczenie dla podtrzymania decyzji o oddaniu krwi i jej składników<sup>125</sup>, i dlatego wszelkie czynności podejmowane wobec Dawców krwi – zarówno przed, w trakcie jak i po oddaniu krwi, czyli jak przyjęto się mówić: na „**drodze Dawcy krwi**” – muszą spełniać wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa. **Wykonywanie wszystkich tych czynności profesjonalnie, rzetelnie, z należytą starannością i w sposób transparentny dla kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi stanowi o jakości obsługi tych osób i jednocześnie kształtuje społeczny odbiór centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jako instytucji godnej zaufania (renoma, lub używając języka marketingu: silna marka).**

Samą drogę Dawcy krwi można ujmować **wąsko albo szeroko**. W ujęciu wąskim droga Dawcy to proces, którego początek wyznacza wejście przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi do Centrum (siedziby głównej, oddziału terenowego, mobilnego punktu pobierania krwi lub miejsca, w którym prowadzona jest wyjazdowa akcja pobierania krwi), żeby oddać krew lub jej składniki, a koniec następuje w chwili opuszczenia tego miejsca. **Ujęcie szerokie (całościowe)** uwzględnia istotne czynniki mające wpływ na samą decyzję o oddaniu krwi i na jej podtrzymanie – jeszcze przed faktycznym rozpoczęciem interakcji z kandydatem na Dawcę krwi lub z Dawcą krwi, centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa podejmują działania obejmujące: planowanie pobierania krwi, prowadzenie akcji służących propagowaniu honorowego krwiodawstwa i pozyskiwaniu Dawców krwi, poszukiwanie organizatorów akcji pobierania krwi i współpracę z tymi organizatorami, a po oddaniu krwi otrzymują informacje o niepokojących sygnałach związanych z oddaniem krwi i zarządzają nimi, zawiadamiają kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi o nieprawidłowych wynikach badań (w tym

---

124 Motyw 2 dyrektywy 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniającą dyrektywę 2001/83/WE (Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003, str. 30 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 7, str. 346, Dz. Urz. UE L 230 z 04.08.2006, str. 12, Dz. Urz. UE L 188 z 18.07.2009, str. 14 oraz Dz. Urz. UE L 98 z 15.04.2015, str. 11).

125 W. Drozd, *Marketing społeczny w krwiodawstwie. Jak rozmawiać z ludźmi, żeby oddawali krew*, Warszawa 2016, s. 75-78.

badania wirusologicznych), wydają wyniki badań, wydają zaświadczenia o ilości oddanej krwi lub przekazują te informacje Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi.

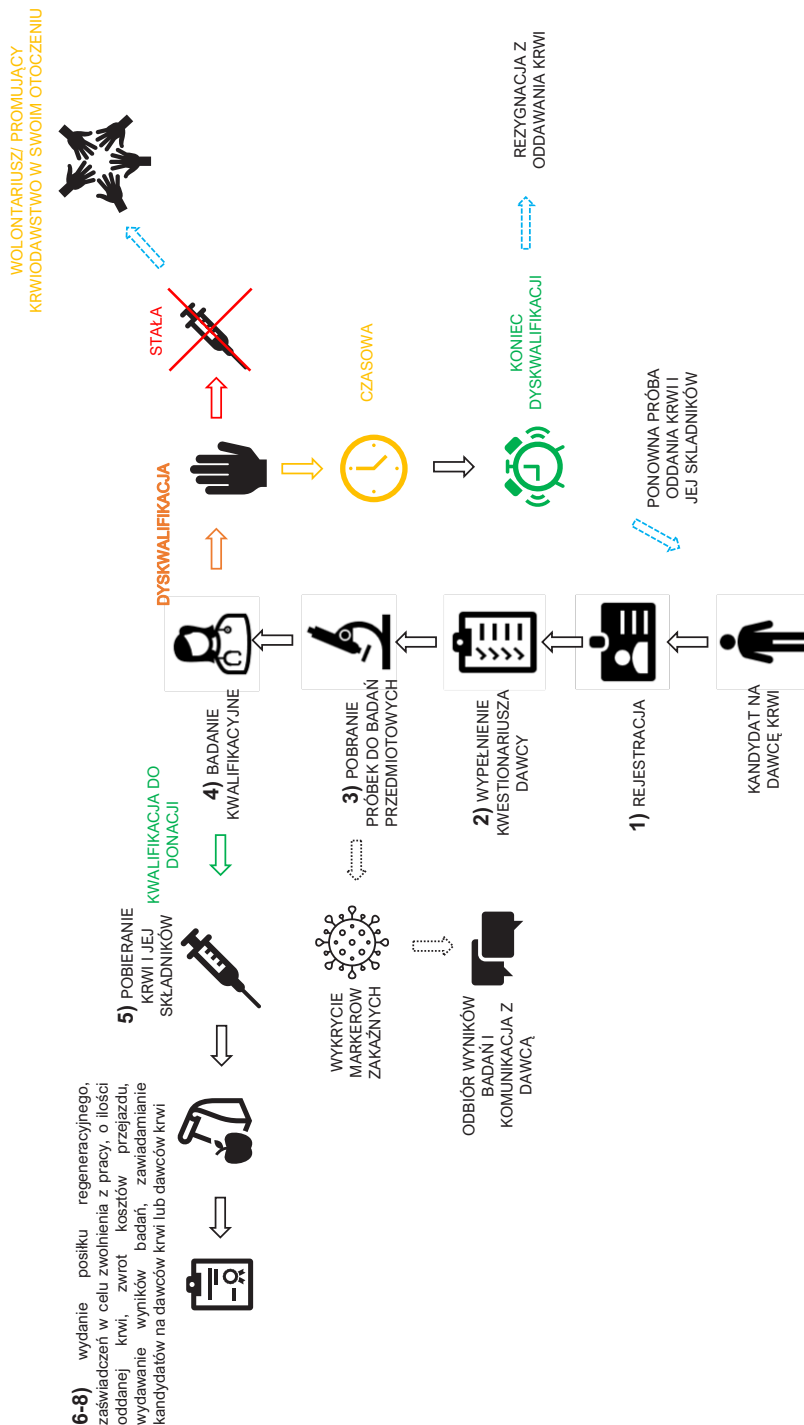
Czynności, które powinny być podejmowane przez pracowników Centrów, w związku z procesem pobierania krwi i jej składników, są precyzyjnie opisane (przynajmniej w ujęciu wąskim) w **obwieszczeniu**<sup>126</sup> (rozdział 2, 3, 5, 6 i częściowo 8, 9 i 10) oraz w **standardowych procedurach operacyjnych** zawierających szczegółowy opis typowego sposobu postępowania i wykonywania działań dotyczących krwiodawstwa, które funkcjonują jako szczegółowe, pisemne wytyczne dotyczące wykonania wszystkich ważnych operacji lub czynności. Dlatego też, w celu uniknięcia powtórzeń i zbędnego cytowania, po syntetycznym przedstawieniu etapów drogi Dawcy krwi w ujęciu wąskim<sup>127</sup> zostanie ona omówiona i opisana w formie pytań i odpowiedzi (lub wyjaśnień) w kontekście najczęstszych problemów, jakie pojawiają się, lub z jakimi mogą zetknąć się, zarówno pracownicy bezpośrednio obsługujący kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi, jak i kadra zarządzająca. Odpowiedzi lub wyjaśnienia mają różny charakter – niektóre z nich stanowią wskazówki, pomysły do wykorzystania lub zalecenia, inne natomiast są bardziej stanowcze – dotyczy to przede wszystkim zagadnień prawnych. Określono również adresata odpowiedzi, którym w zależności od rozpatrywanej kwestii jest kadra zarządzająca, pracownicy działu marketingu (promocji), pracownicy rejestracji, pracownicy pracowni analitycznej, lekarze i pielęgniarki kwalifikujące.

Na drodze Dawcy krwi (w ujęciu wąskim) można wyróżnić osiem elementów. (poszczególne etapy drogi Dawcy krwi przedstawiono na Rycinie 3.1.):

1. **Rejestracja** – kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi jest rejestrowany na podstawie dokumentu stwierdzającego tożsamość lub publicznej aplikacji mobilnej i otrzymuje kwestionariusz Dawcy krwi do wypełnienia.
2. **Wypełnianie kwestionariusza Dawcy krwi** – należy odpowiedzieć na pytania samodzielnie, rzetelnie i zgodnie z prawdą.
3. **Pobranie próbek do badań przedmiotowych**, w tym oznaczenie stężenia hemoglobiny.
4. **Badanie kwalifikacyjne (wywiad medyczny, badanie lekarskie)** dokonywane przez lekarza lub pielęgniarkę w oparciu o wypełniony kwestionariusz Dawcy krwi – wydanie orzeczenia, że kandydat na Dawcę lub Dawca krwi „kwalifikuje się do pobrania krwi” albo „nie kwalifikuje się do pobrania krwi” (dyskwalifikacja czasowa lub stała – w przypadku dyskwalifikacji stałej konkretna osoba nie może oddawać krwi, ale może zaangażować się w krwiodawstwo zostając wolontariuszem lub ambasadorem krwiodawstwa).
5. **Pobieranie krwi lub jej składników.**
6. **Wydanie posiłku regeneracyjnego, zaświadczeń o ilości oddanej krwi, zaświadczeń w celu zwolnienia z pracy, zwrot kosztów przejazdu.**
7. **Wydanie wyników badań.**
8. **Zawiadamianie kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi o konieczności osobistego stawiennictwa w Centrum w celu odbioru wyników badań.**

126 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 28 ze zm.).

127 Zagadnienia składające się na drogę Dawcy krwi w ujęciu szerokim, w szczególności dotyczące prowadzenia akcji służących propagowaniu honorowego krwiodawstwa i pozyskiwaniu Dawców krwi zostały omówione w innych częściach tej publikacji.





Ryc. 3.1. Droga Dawcy w ujęciu wąskim

Źródło: opracowanie własne

## 3.2. Reakcja na wątpliwości na drodze Dawcy krwi w CKiK

**Jak postąpić, jeśli osoba niepełnoletnia chce zostać Dawcą krwi lub jej składników?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu

W Polsce zasadą jest, że krew oddają **osoby pełnoletnie**<sup>128</sup>, czyli osoby które ukończyły **18 lat**<sup>129</sup>. Od tej zasady ustawodawca przewidział wyjątek, dopuszczając możliwość oddania krwi przez osobę nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych, powyżej 17 roku życia, jeżeli przemawiają za tym względy fizjologiczne lub lecznicze, po wyrażeniu przez tę osobę oraz przez jej przedstawiciela ustawowego, w obecności lekarza, w formie pisemnej, zgody na pobranie, a zgodę przedstawiciela ustawowego poprzedza informacja o istocie zabiegu pobrania i o możliwych następstwach dla stanu zdrowia kandydata na Dawcę krwi oraz o możliwym sposobie wykozystania krwi i jej składników, w tym o możliwości ich przetworzenia (Ryc. 3.2.).



**Ryc. 3.2. Warunki dopuszczalności pobierania krwi lub jej składników (opracowanie własne na podstawie art. 15 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi)**

Źródło: opracowanie własne

Zatem, by osoba niepełnoletnia mogła oddać krew muszą być spełnione warunki:

- osoba niepełnoletnia musi mieć **co najmniej 17 lat**,

<sup>128</sup> Art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318 i 650).

<sup>129</sup> Załącznik nr 2 Kryteria kwalifikowania kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi do pobierania krwi oraz przeciwwskazania do pobierania krwi do rozporządzenia z 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. z 2022 poz. 1279).

- lekarz ocenia, że **względy fizjologiczne lub lecznicze** przemawiają za oddaniem krwi przez osobę niepełnoletnią,
- osoba niepełnoletnia i jej przedstawiciel ustawowy wyrażają **zgoda na pobranie**, w formie **pisemnej** w obecności lekarza,
- **przed** wyrażeniem zgody **przez przedstawiciela ustawowego** lekarz informuje go o **istocie zabiegu pobrania** i o **możliwych następstwach dla stanu zdrowia** kandydata na Dawcę krwi oraz o **możliwym sposobie wykorzystania krwi i jej składników**, w tym o **możliwości ich przetworzenia**.

Z powyższej regulacji wynika, że:

- **zasadniczym warunkiem dopuszczalności do pobrania krwi jest ukończenie określonego wieku, a nie pełna zdolność do czynności prawnych** – jeśli kobieta wyjdzie za mąż po ukończeniu 16 lat, a przed ukończeniem 17 to choć uzyska pełną zdolność do czynności prawnych do chwili ukończenia 17 lat nie będzie mogła oddać krwi,
- choć zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi informacji o istocie pobrania krwi i o możliwych następstwach dla stanu zdrowia kandydata na Dawcę krwi oraz o możliwym sposobie wykorzystania krwi i jej składników, w tym o możliwości ich przetworzenia, udziela lekarz albo pielęgniarka posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa, która przeprowadziła, pod nadzorem lekarza, co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi lub jej składników, którzy spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 1 i ustawy o publicznej służbie krwi, to ze względu na fakt, że zgodę na zabieg wyraża się **w obecności lekarza**, to właśnie **na lekarzu spoczywają obowiązki informacyjne i to lekarz ocenia ryzyko zdrowotne związane z pobraniem krwi**,
- dopuszczenie do zabiegu pobrania od osoby niepełnoletniej na wyjazdowej akcji pobierania krwi **będzie możliwe jedynie wtedy, gdy w akcji bierze udział lekarz** – jeśli nie ma lekarza, a sama akcja jest zorganizowana w okolicznościach umożliwiających niezwłoczne wezwanie i stawienie się lekarza, to do czasu przyjazdu **lekarza** i przeprowadzenia przez niego wyżej opisanych czynności (**ocena ryzyka zdrowotnego, obowiązki informacyjne, zgoda osoby niepełnoletniej i przedstawiciela ustawowego w formie pisemnej w obecności lekarza**) pobranie **nie jest dopuszczalne**; zgoda wyrażona w obecności pielęgniarki nie umożliwia oddania krwi przez osobę niepełnoletnią, a pobranie krwi w takim przypadku jest **naruszeniem przepisów ustawy o publicznej służbie krwi i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a wykonanie zabiegu pobrania krwi jest bezprawne (bo nie uzyskano zgody) i może być podstawą do pociągnięcia pielęgniarki do odpowiedzialności zawodowej, cywilnej lub karnej**.

Decyzja o dopuszczeniu osoby niepełnoletniej do pobrania krwi ma charakter **indywidualny** i opiera się na ocenie okoliczności konkretnego przypadku. Lekarz, odmawiając dopuszczenia osoby niepełnoletniej, jest **zobowiązany do dokładnego wyjaśnienia powodów niedopuszczenia do pobrania krwi nie zniechęcając jej do podejmowania próby oddania krwi po uzyskaniu pełnoletniości**. Wyjaśnienie musi uwzględniać cechy niepełnoletniego kandydata na Dawcę krwi **jako odbiorcy komunikatu**, zostać **przekazane w zwięzłej, przejrzystej, zrozumiałej i łatwo dostępnej formie i przy użyciu jasnego i prostego języka** (na wzór RODO<sup>130</sup>) i zostać precyzyjnie **odnotowane w dokumentacji medycznej**.

130 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119/1).

Ciekawostką jest fakt, że rozporządzenie z 5 sierpnia 1937 roku<sup>131</sup> ustanawia dolną i górną granicę wiekową warunkującą dopuszczenie do oddania krwi – były to, odpowiednio: **ukończone 21 lat i nieprzekroczone 45 lat** (§ 3 ust. 2 rozporządzenia), a rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców modyfikowało granice wiekowe dopuszczalności oddania krwi – **jako krwiodawca mogła być zarejestrowana osoba, która ukończyła 18 lat w przypadku kobiet i 20 lat w przypadku mężczyzn.**

***Jak postąpić, jeśli osoby niepełnosprawne – niewidome, niedowidzące, niesłyszące, niedosłyszące – chcą zostać Dawcami krwi lub jej składników? Jak pozyskiwać niezbędne do kwalifikacji informacje?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Kadra zarządzająca
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu

Problem osób niewidomych, niedowidzących, niesłyszących i niedosłyszących chcących oddać krew dostrzegł polski ustawodawca wskazując, że **w przypadku kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi o ograniczonej możliwości porozumiewania się spowodowanej niepełnosprawnością, lekarz decyduje wspólnie z tą osobą o sposobie wymiany niezbędnych informacji, jak również o sposobie przeprowadzenia zabiegu zgodnie z obowiązującymi procedurami**<sup>132</sup>. Brzmienie przywołanego przepisu przesądza, że w przypadku osób o ograniczonej możliwości porozumiewania się, **kwalifikacji do pobrania będzie dokonywał wyłącznie lekarz, a nie pielęgniarka**. Decyzja o określonym sposobie wymiany informacji nie opiera się na swobodnym uznaniu lekarza i jest ograniczona z jednej strony zdaniem osoby niepełnosprawnej, a z drugiej obowiązującymi regulacjami prawnymi, w szczególności ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami<sup>133</sup>, która określa minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. W zakresie **dostępności informacyjno-komunikacyjnej** obejmują one w szczególności **instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia i zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku**<sup>134</sup>. Jeżeli zastosowanie wymienionych środków nie byłoby możliwe, konieczne jest zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami **wsparcia innej osoby, wsparcia technicznego, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii lub wprowadzeniu**

131 Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 5 sierpnia 1937 roku o krwiodawcach (Dz. U. 1937 nr 66 poz. 504).

132 Art. 16 ust. 2 ustawy o publicznej służbie krwi.




133 Dz. U. z 2022 r. poz. 2240.

134 Art. 6 pkt 3 ustawy z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

takiej organizacji podmiotu publicznego, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnym zakresie dla tych osób<sup>135</sup>. Podobne rozwiązanie przewiduje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>136</sup> w odniesieniu do przekazywania informacji pacjentom ze szczególnymi potrzebami w sposób zrozumiały, w szczególności z wykorzystaniem rozwiązań lub usług wspierających komunikowanie się<sup>137</sup>, w tym m.in. **przesyłanie wiadomości tekstowych, w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS, MMS lub komunikatorów internetowych, oraz komunikację audiowizualną, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych**<sup>138</sup>. W przyszłości można rozważyć zaadaptowanie rozwiązania stosowanego w innych krajach i przykładowo, **wzorem kanadyjskiej służby krwi<sup>139</sup>, zachęcać osoby niesłyszące lub niedosłyszące do regularnego oddawania krwi i jej składników, umożliwiając takim osobom pomoc certyfikowanego tłumacza języka migowego (na koszt jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi) podczas oddawania krwi**. Dawca krwi o szczególnych potrzebach na 3 tygodnie przed planowanym oddaniem krwi zgłasza za pośrednictwem czatu na stronie [www.blood.ca](http://www.blood.ca) lub przez bezpłatną infolinię, że chciałby skorzystać z pomocy tłumacza języka migowego. Podczas zbierania wywiadu medycznego obecny może być wyłącznie tłumacz certyfikowany – korzystanie z własnego tłumacza lub czytanie z ruchu warg nie jest w Kanadzie dopuszczalne.

**W przypadku osób niewidomych lub niedowidzących właściwe jest korzystanie z aktualnego kwestionariusza Dawcy krwi w języku Braille’a lub umożliwienie jego wypełnienia z wykorzystaniem komputera wyposażonego w specjalne oprogramowanie, w szczególności w głosowe przewodniki.**

***Jak wyjaśnić potrzebę pozyskania adresu zamieszkania, adresu do korespondencji, numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej, zwracając uwagę na obowiązek przekazania tych danych przez dawcę krwi?***

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Lekarz lub pielęgniarka
	Pracownicy Działu Marketingu

Zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi jednym z **warunków koniecznych**, poprzedzających każde pobranie krwi lub jej składników, jest uzyskanie danych kontaktowych Dawcy krwi w postaci **adresu do korespondencji, numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej**<sup>140</sup>. Są to dane niezbędne i wymagane przez ustawę – wykorzystując te własnie dane Centrum komunikuje się z Dawcami krwi i w szczególności może zawiadamiać o konieczności stawiennictwa w siedzibie Centrum w związku z nieprawidłowymi wynikami badań, w tym badań wirusologicznych (zawiadomienie w związku z dyskwalifikacją

135 Art. 7 ust. 1 i 2 ustawy z 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

136 Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675 i 1692.

137 Art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

138 Art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20).


139 *Services d'interprétation en langue des signes pour les personnes sourdes et malentendantes, Société canadienne du sang, <https://www.blood.ca/fr/sang/services-dinterpretation-en-langue-des-signes-pour-les-personnes-sourdes-et-malentendantes> (dostęp 14.03.2023).*

140 Art. 16 ust. 3 ustawy z 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi.



stałą jest wysyłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej zapewniających dowody wysłania i otrzymania danych oraz chroniących przesyłane dane przed ryzykiem utraty, kradzieży, uszkodzenia lub jakiegokolwiek nieupoważnionej zmiany). Odstąpienie od ich pozyskania dotyczy wyłącznie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej, ale tylko wtedy, gdy kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi tych danych nie posiada, tzn. nie ma telefonu lub nie korzysta z adresu poczty elektronicznej, jeśli zaś ma telefon lub adres poczty elektronicznej, to jest zobowiązany je podać. **Podstawą prawną przetwarzania tych danych osobowych są przepisy prawa**, a nie zgoda – kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi nie dysponuje w tym zakresie swobodą. Jeśli zatem kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi odmawia przekazania tych danych i oświadcza, że nie godzi się na przetwarzanie przez Centrum danych osobowych w postaci numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej, **pracownik Centrum jest zobowiązany rzeczowo wyjaśnić, że obowiązek podania tych danych wynika z ustawy o publicznej służbie krwi oraz do czego te dane są wykorzystane**. Zaniechanie pozyskania danych kontaktowych stanowi **naruszenie** ustawy o publicznej służbie krwi i może skutkować odpowiedzialnością pracownika Centrum, w tym także związaną z poniesieniem przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi szkód zdrowotnych będących wynikiem zwłoki w podjęciu leczenia ze względu na brak zawiadomienia.

***Jak wyjaśnić, że dokumenty potwierdzające tożsamość nie pozwalają na dopuszczenie do pobrania krwi (zdarza się, że osoby zgłaszające się do Centrum nie mają ze sobą dokumentu stwierdzającego tożsamość ani aplikacji mObywatel tylko, np. prawo jazdy albo legitymację studencką)?***

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Pracowni Analitycznej
	Lekarz lub pielęgniarka
	Pracownicy Działu Marketingu

Zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi oraz z obwieszczeniem<sup>141</sup>, **w celu rejestracji** kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi musi przedstawić **dokument stwierdzający tożsamość** (w tym także za pomocą **publicznej aplikacji mobilnej** – mDowód w aplikacji mObywatel zainstalowanej na smartfonie<sup>142</sup>), zawierający **zdjęcie** oraz **numer PESEL**. **Taki sam obowiązek związany ze sprawdzeniem tożsamości spoczywa na pracownikach pracowni analitycznej, kwalifikujących lekarzach lub pielęgniarkach oraz pobierających lekarzach lub pielęgniarkach.**

Centra są prawnie zobowiązane, w szczególności w związku z **koniecznością czuwania nad losami krwi i jej składników i procedurą look-back, do jednoznacznej identyfikacji Dawcy krwi, do czego służą dokumenty stwierdzające tożsamość.**

141 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 28 ze zm.).

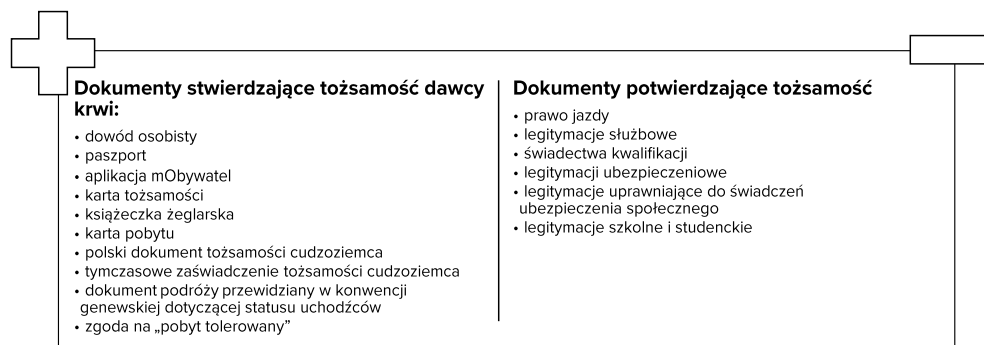
142 Zgodnie z art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel (Dz. U. poz. 1234) "Jeżeli z przepisu prawa wynika obowiązek stwierdzenia tożsamości lub obywatelstwa polskiego na podstawie dokumentu tożsamości, w szczególności na podstawie dowodu osobistego, obowiązek ten uznaje się za spełniony w przypadku stwierdzenia tożsamości lub obywatelstwa polskiego na podstawie dokumentu mObywatel".



Posłużenie się przez ustawodawcę pojęciem „dokument stwierdzający tożsamość” **przesądza**, że musi to być jeden z poniżej wymienionych dokumentów<sup>143</sup>:

1. W przypadku **Polaków – dowód osobisty, cyfrowy dowód osobisty – mDowód w aplikacji mObywatel (który nie stanowi cyfrowej wersji fizycznego dowodu osobistego – różni się serią, numerem, datą wydania i ważności), dokument paszportowy, karta tożsamości, książeczka żeglarska.**
2. W przypadku **cudzoziemców, którzy nie mają nadanego numeru PESEL dokument stwierdzający tożsamość zawierający: zdjęcie, serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość, czyli dowód osobisty, dokument paszportowy, książeczka żeglarska, karta pobytu, polski dokument tożsamości cudzoziemca, dokument „zgoda na pobyt tolerowany”, tymczasowe zaświadczenie tożsamości cudzoziemca lub dokument podróży przewidziany w konwencji genewskiej dotyczącej statusu uchodźców.**

W tym kontekście warto przywołać zachowujący wciąż aktualność pogląd wyrażony w decyzji nr GI-DEC-DS-157/04 Generalnego Inspektora Danych Osobowych z dnia 3 sierpnia 2004 roku<sup>144</sup>, w myśl którego za **dokumenty tożsamości nie uznaje się takich dokumentów jak prawo jazdy, legitymacje służbowe, świadectwa kwalifikacji, legitymacje ubezpieczeniowe, legitymacje uprawniające do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, legitymacje szkolne czy studenckie.** Dokumenty te zawierają wprawdzie dane o osobach, które są ich posiadaczami, **jednak nie mają charakteru dokumentów stwierdzających tożsamość, a jedynie potwierdzają określone uprawnienia tych osób.** Skoro zatem w treści ustawy i cytowanego obwieszczenia posłużono się pojęciem „dokumentów stwierdzających tożsamość” i „dokument tożsamości”, to **weryfikowanie tożsamości osób na podstawie dokumentów, które nie są dokumentami zaklasyfikowanymi przez ustawodawcę jako dokumenty tożsamości będzie stanowiło nieuprawnione i bezpodstawne odejście od prawnie ustanowionych rygorów dotyczących ustalania tożsamości Dawców krwi.**





**Ryc. 3.3. Dokumenty stwierdzające tożsamość (niezbędne do dopuszczenia do pobrania krwi lub jej składników) i dokumenty potwierdzające tożsamość (niewystarczające dla dopuszczenia do pobrania krwi lub jej składników)**

**Nie jest dopuszczalne pobranie krwi od Dawcy krwi, który przedstawia zdjęcie dowodu osobistego, okazując telefon.**

143 K. Banasik, Dokumenty stwierdzające tożsamość, Prokuratura i Prawo nr 6/2018, <https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/numer-6-2018> (dostęp 08.03.2023 r.).


144 Decyzja Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych z dnia 3 sierpnia 2004 r. GI-DEC-DS.-157/04, <https://atchiwum.giodo.gov.pl> (dostęp 08.03.2023 r.).

***Jak weryfikować znajomość języka polskiego i jak odmówić dopuszczenia do oddania krwi ze względu na niedostateczną znajomość języka polskiego?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Rejestracji

Jednym z **ustawowych warunków dopuszczalności** pobrania krwi jest **znajomość języka polskiego w stopniu umożliwiającym wypełnienie kwestionariusza Dawcy krwi, przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego i wywiadu medycznego bez udziału osób trzecich**. Kandydat na Dawcę krwi musi zatem nie tylko rozumieć treść pytań zawartych w kwestionariuszu Dawcy krwi, żeby móc udzielić zgodnych ze stanem rzeczywistym odpowiedzi (**czytanie i rozumienie tekstu pisanego, bierna znajomość języka**), ale też rozumieć język mówiony i komunikować się w języku polskim (**czynna znajomość języka**). Choć przepisy nie stawiają wymogu posiadania certyfikatu znajomości języka polskiego, można przyjąć, że w sześciostopniowej skali znajomości języka kandydat na Dawcę krwi powinien znać język polski **co najmniej w stopniu średnio-zaawansowanym (poziom B2)**. Jeśli kandydat na Dawcę krwi nie zna języka polskiego, to w takim przypadku po zarejestrowaniu nie powinien zostać dopuszczony do oddania krwi, a w systemie informatycznym należy odnotować przyczynę niedopuszczenia do oddania krwi (decyzję o niedopuszczeniu podejmuje kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka).

***Czy kandydaci na Dawców krwi lub Dawcy krwi mogą nagrywać personel Centrów podczas wykonywania obowiązków służbowych, a w szczególności czy mogą nagrywać przebieg badania kwalifikacyjnego? Jaka powinna być właściwa reakcja personelu?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Lekarz lub pielęgniarka

Powierzchnowa analiza uprawnienia do nagrywania personelu medycznego i przebiegu badania kwalifikacyjnego przez kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi może sugerować, że takie uprawnienie nie przysługuje, bo stanowi nieuzasadnioną ingerencję w prywatność personelu medycznego i nasuwa skojarzenia z przestępstwem bezprawnego uzyskania dostępu do informacji nieprzeznaczonej dla nagrywającego. Jest to rozumowanie niesłuszne, a **odpowiedź na postawione pytanie jest jednoznacznie twierdząca – kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi może nagrywać przebieg badania kwalifikacyjnego**. Uzasadnieniem uprawnienia do nagrywania przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi jest przysługujące mu jako pacjentowi i – wynikające z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – **prawo do informacji o stanie zdrowia**. Obowiązek udzielenia informacji **spoczywa na osobie wykonującej zawód medyczny**, czyli przede wszystkim na kwalifikującym lekarzu i pielęgniarence, którym **nie przysługuje prawo do odmowy udzielenia informacji o stanie zdrowia ze względu na brak ich zgody na nagrywanie**. Decyzja o nagrywaniu należy wyłącznie do kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi, który może, ale nie musi informować kwalifikujących go osób (lekarza lub pielęgniarkę), że

będzie nagrywał przebieg badania kwalifikacyjnego. Inaczej mówiąc, **zgoda osób kwalifikujących (lekarza lub pielęgniarki) na nagrywanie nie ma znaczenia i nie jest warunkiem dopuszczalności skorzystania przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi z tego uprawnienia**. Choć nagrywanie może wywoływać odruchy sprzeciwu, to **kwalifikujący lekarze i pielęgniarki muszą respektować to uprawnienie**. Podobnie jest w przypadku pozostałego personelu – **kandydat na Dawcę lub Dawca krwi może nagrywać osoby rejestrujące, pobierające próbki, pobierające krew lub jej składniki (gdy sam się rejestruje i od niego są pobierane próbki lub krew lub jej składniki), a te są zobowiązane uwzględnić to uprawnienie**. Samo nagranie może być użyte jako dowód w postępowaniu sądowym w sprawach o odszkodowanie lub zadośćuczynienie związane z błędem medycznym albo w postępowaniach związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy i pielęgniarek.

Jeśli jednak kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi chciałby **opublikować nagranie w Internecie lub w inny sposób je rozpowszechnić**, to musi uzyskać **zezwole nie osób nagranych**<sup>145</sup>. **Rozpowszechnienie wizerunku bez zezwolenia jest bezprawne, a osobom nagrany m przysługuje: roszczenie z tytułu naruszenia dóbr osobistych, o zaniechanie naruszeń, o dopełnienie czynności związanych z usunięciem skutków naruszeń, o zadośćuczynienie lub o zobowiązanie bezprawnie rozpowszechniającego wizerunek do uiszczenia odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny**.

Podsumowując, kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi **może nagrywać** przebieg badania kwalifikacyjnego **bez zgody** kwalifikujących go lekarza lub pielęgniarki, **w tym nawet nie informując tych osób**, że nagrywa. Może także **przechowywać i wykorzystać** nagranie, w szczególności **dochodząc roszczeń** przed sądem, **ale dla zgodnego z prawem rozpowszechnienia nagrania musi uzyskać od nagranych osób zezwolenie**.

**Czy dziennikarze (media) mogą nagrywać pracowników Centrów i Dawców krwi oddających krew i publikować zarejestrowane nagrania lub zdjęcia? Jaka powinna być właściwa reakcja personelu?**

#### Adresaci odpowiedzi



Lekarz lub pielęgniarka

Media mogą nagrywać personel Centrów podczas wykonywania obowiązków służbowych, o ile **nie prowadzi to do zakłócenia organizacji procesu pracy**. Wykonywanie zdjęć lub nagrań Dawcom krwi oddającym krew lub jej składniki jest **ograniczone przez prawo do poszanowania intymności i godności – pobranie krwi jest zabiegiem medycznym, który powinien być wykonywany z zachowaniem prywatności, tym samym od zgody Dawcy krwi zależy możliwość samego utrwalenia jego wizerunku**. W przypadku mediów nie chodzi jednak o samo utrwalenie wizerunku, lecz o jego publikację, a to wymaga uzyskania **zezwole nia**<sup>146</sup>, co koresponduje z obowiązkiem uzyskania zgody na publikowanie lub rozpowszechnianie w inny sposób informacji utrwala nych za pomocą zapisów fonicznych i wizualnych<sup>147</sup>. Ponadto, bez zgody osoby zainteresowanej nie można publikować informacji oraz danych dotyczących prywatnej sfery życia,


145 Art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509).

146 Art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

147 Art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914).

chyba że wiąże się to bezpośrednio z działalnością publiczną danej osoby<sup>148</sup>. Oddawanie krwi bezsprzecznie należy do spraw należących do prywatnej sfery życia, toteż bez zgody Dawcy krwi publikacja jego wizerunku, jako bezprawna, jest niedopuszczalna.

**Czy Centrum, w celach propagowania honorowego krwiodawstwa i pozyskiwania Dawców krwi, może robić zdjęcia i nagrywać organizowane imprezy, w tym połączone z pobieraniem krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka



Jednym z najważniejszych zadań ustawowych spoczywających na centrach krwiodawstwa jako jednostkach publicznej służby krwi jest **propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie Dawców krwi**<sup>149</sup>. Bardzo często Centra wykonują to zadanie organizując różne imprezy – **Światowy Dzień Krwiodawcy** (14 czerwca), Dni Honorowego Krwiodawstwa (obchodzone od 1972 roku w dniach 22 do 26 listopada), uroczyste obchody podczas, których wręczane są odznaczenia Dawcom krwi czy biegi promujące honorowe krwiodawstwo. Na imprezach są wykonywane zdjęcia lub nagrywane filmy, które następnie są publikowane przez Centra na własnych stronach internetowych czy w profilach na portalach społecznościowych. Zasadniczo, propagując honorowe krwiodawstwo i pozyskując Dawców krwi Centra przetwarzają dane osobowe w **wykonaniu zadań w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego**<sup>150</sup> i nie muszą pozyskiwać zgody na przetwarzanie – pracownicy Centrum mogą robić zdjęcia i nagrywać uczestników organizowanych imprez. W konkretnych okolicznościach może się jednak okazać, że zgoda będzie właściwą podstawą przetwarzania danych osobowych uczestników imprezy organizowanej przez Centrum (np. zdjęcia lub nagrania osób podczas oddawania krwi) i w takim przypadku konieczne jest pozyskanie dwóch oświadczeń – **zgody na przetwarzanie danych osobowych i zezwolenia na rozpowszechnienie wizerunku**. Są to dwie różne instytucje prawne należące do różnych dziedzin prawa i mają odmiennie regulacje. Rozpowszechnianie zdjęć i nagrań wymaga uzyskania **zezwoleń** osób przedstawionych na zdjęciach lub nagraniach, które nie ma zastrzeżonej formy i może być elementem **regulaminu wydarzenia** albo **być pozyskiwane od każdego uczestnika w formie pisemnej** (ta druga forma jest najwłaściwsza, jeśli Centrum chciałoby umieścić w Internecie zdjęcia Dawcy krwi podczas oddawania przez niego krwi lub jej składników). **Zezwolenie można cofnąć i w takiej sytuacji opublikowane zdjęcie bądź nagranie należy usunąć**. Zezwolenie nie jest potrzebne, jeśli rozpowszechnia się wizerunek osoby powszechnie znanej, jeżeli wizerunek wykonano w związku z pełnieniem przez nią funkcji publicznych, w szczególności politycznych, społecznych, zawodowych, albo osoby stanowiącej jedynie szczegół całości, takiej jak zgromadzenie, krajobraz czy publiczna impreza. **Opublikowanie zdjęcia dyrektora Centrum, posłów, senatorów czy radnych nie będzie zatem wymagało co do zasady zezwolenia, podobnie zbiorowego zdjęcia przedstawiającego kilkudziesięciu uczestników imprezy**.

148 Art. 14 ust. 6 z dnia 26 stycznia 1984 r. ustawy Prawo prasowe.

149 Art. 27 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

150 Art. 6 ust. 1 lit. e RODO w zw. z art. 27 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

**Czy kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka może nagrywać kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi w celu obrony przed ewentualnymi roszczeniami lub w celach szkoleniowych związanych z podnoszeniem kwalifikacji personelu i doskonalenia jakości obsługi dawców krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania



Można by sądzić, że skoro kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi może nagrywać przebieg badania kwalifikacyjnego bez konieczności uzyskania zgody personelu medycznego, to tożsame uprawnienie przysługuje również samemu kwalifikującemu lekarzowi lub pielęgniarce, **jednak pogląd ten jest jaskrawo sprzeczny z prawem kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi jako pacjenta do poszanowania intymności i godności**, w szczególności podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Ponadto przyznanie takiego uprawnienia kwalifikującym lekarzom lub pielęgniarkom uderza w relację wiążącą osoby kwalifikujące z kandydatem na Dawcę krwi lub Dawcą krwi, której podstawą jest zaufanie, a także wywołuje dyskomfort, co może prowadzić do nieprzekazywania wszystkich mających istotne znaczenie informacji zdrowotnych i w konsekwencji może zagrażać zdrowiu i życiu Dawcy i biorcy krwi. Co więcej, wydaje się, że nie pozostałoby to bez wpływu na populację Dawców krwi, powodując jej istotne zmniejszenie. Problem ten był poruszany w orzecznictwie<sup>151</sup> w związku ze stosowaniem przez podmiot leczniczy monitoringu na salach operacyjnych i zabiegowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Sąd orzekający stwierdził, że, po pierwsze – konieczne jest poinformowanie o stosowaniu monitoringu, a po drugie – uzyskanie zgody na monitorowanie, a zaniechanie tych czynności stanowi naruszenie zbiorowych praw pacjentów do poszanowania intymności i godności. Takich samych zasad należy przestrzegać przy kwalifikowaniu kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi – żeby nagrywanie tych osób było zgodne z prawem i dopuszczalne, to konieczne jest uzyskanie zgody tych osób<sup>152</sup>. Jeśli taka zgoda zostanie udzielona, to **całe nagranie stanowi element dokumentacji medycznej** i podlega udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobie jej przetwarzania.

Natomiast w odniesieniu do wykorzystania nagrań badań kwalifikacyjnych do celów szkoleniowych konieczne jest również uzyskanie zgody na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, czyli uzyskanie zezwolenia od kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi na odstąpienie przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę od obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z kandydatem na Dawcę krwi lub Dawcą krwi, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Zgoda musi mieć charakter konkretny – kandydat na Dawcę krwi lub Dawcy krwi musi wiedzieć na co się zgadza i do czego informacje zostaną wykorzystane.

151 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 13 września 2019 r., VII SA/Wa 1545/19, LEX nr 2728947.

152 *Ibidem*.

***Jak informować o awarii systemu i konieczności prowadzenia dokumentacji papierowej, co ma bezpośrednie przełożenie na czas wizyty w Centrum?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu

W zależności od rozmiarów awarii i czasu potrzebnego na jej usunięcie, konieczne może być przekazywanie przez pracowników Rejestracji lub Działu Marketingu stosownych informacji, wskazujących że kandydaci na Dawców krwi lub Dawcy krwi będą rejestrowani z wykorzystaniem **dokumentacji papierowej**. Niezbędne może okazać się również **poinformowanie o awarii na stronie internetowej lub mediach społecznościowych**. Centra są zobowiązane do opracowania procedury awaryjnej zawierającej informacje o sposobie i trybie postępowania podczas awarii systemu teleinformatycznego. Po usunięciu awarii wszystkie dane zawarte w dokumentacji papierowej **muszą zostać przeniesione do systemu teleinformatycznego**, a narzędziem usprawniającym proces przenoszenia tych danych i minimalizującym ryzyko błędu jest stosowanie standardowych formularzy odwzorowujących pola w systemie informatycznym.




## **Wypełnianie kwestionariusza Dawcy krwi**

***Czy dopuszczalne jest umożliwienie Dawcom krwi wypełniania kwestionariuszy jeszcze przed zarejestrowaniem?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu

Dawca krwi otrzymuje kwestionariusz z numerem donacji dopiero po zarejestrowaniu. Wypełnianie kwestionariusza przed zarejestrowaniem kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi może przyspieszyć proces pobrania krwi, jednak to rozwiązanie nie jest zgodne z obowiązującymi przepisami.

**Czemu służy kwestionariusz Dawcy krwi i czy jego zawartość lub wygląd może być zmieniany przez Centra (jako jednostki publicznej służby krwi)?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Rejestracji
	Dział Zapewnienia Jakości

Warunkiem dopuszczenia do pobrania krwi i jej składników jest **wypełnienie kwestionariusza Dawcy krwi**, a warunkiem jej pobrania jest jego **weryfikacja przez osoby kwalifikujące (lekarza lub pielęgniarkę)**. Kwestionariusz w części obejmującej ankietę zdrowotną jest zbiorem **oświadczeń wiedzy** kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi i stanowi wstępną pulę informacji podlegającą **za każdym razem weryfikacji i analizie** oraz, co jeszcze ważniejsze, ukierunkowującą wywiad medyczny, do którego przeprowadzenia zobowiązanie są osoby kwalifikujące (lekarz lub pielęgniarka). Fakt, że kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi złoży w kwestionariuszu oświadczenie o określonej treści, **nie zwalnia** lekarza lub pielęgniarki z obowiązku **wnikliwego i skrupulatnego zbadania**, czy oświadczenie to jest zgodne ze stanem rzeczywistym, w szczególności, jeśli informacje posiadane z innych źródeł, w tym z dokumentacji medycznej, budzą wątpliwości dotyczące prawdziwości tego oświadczenia.




Zawartość kwestionariusza została określona ogólnie, a sam katalog wymaganych informacji **nie ma charakteru zamkniętego**. Kwestionariusz zawiera między innymi **istotne dane mogące mieć wpływ na stan zdrowia kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi oraz bezpieczeństwo biorcy krwi**<sup>153</sup>, zakres tych danych jest kształtowany w oparciu o **stan aktualnej wiedzy medycznej w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecництва**. Regulację ustawową konkretyzuje obwieszczenie<sup>154</sup>, które określa wzór kwestionariusza Dawcy krwi, nie wykluczając jednocześnie, co bezpośrednio nawiązuje do regulacji ustawowej, że wzór **można w uzasadnionych przypadkach uzupełnić o dodatkowe pytania, np. w związku ze szczególną sytuacją epidemiologiczną**. **Także układ graficzny wzoru nie jest obowiązujący**.

153 Art. 16 ust. 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

154 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.



**Jak zapewnić pomoc pracownikom weryfikującym kwestionariusze (automatyzacja procesu) i usprawnić ten proces, ograniczając ryzyko nieprawidłowych kwalifikacji i dyskwalifikacji?**

Adresaci odpowiedzi	
	Kadra zarządzająca
	Lekarz lub pielęgniarka
	Dział Zapewnienia Jakości

Usprawnienie procesu weryfikacji kwestionariusza dawcy krwi i wykorzystanie zawartych w nim informacji, podczas wywiadu medycznego zbieranego przez lekarza lub pielęgniarkę, ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów dyskwalifikacji, jest możliwe przez:

- **Opracowanie narzędzia informatycznego na kształt systemu ekspertowego automatyzującego procesy decyzyjne** – złożenie określonych oświadczeń przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi uruchamiałoby zaprogramowany uprzednio algorytm, który sugerowałby zadanie określonych pytań lub wprost dyskwalifikację czasową lub stałą (tzw. system oparty na wiedzy – system wykorzystuje przepisana mu bazę wiedzy do rozwiązywania problemów na podstawie wnioskowania<sup>155</sup> – wydaje się, że w związku ze specyfiką krwiodawstwa stosowanie takiego rozwiązania byłoby najbardziej właściwe<sup>156</sup>). W dalszej przyszłości takie narzędzie mogłoby opierać się na uczeniu maszynowym – po zdefiniowaniu celu (spełnianie wymagań zdrowotnych do pobrania krwi) i nasyceniu odpowiednio dużą ilością danych treningowych, narzędzie samodzielnie zbuduje właściwy algorytm identyfikujący związki przyczynowe i korelacje. Powyższe wymagałoby zmian organizacyjnych i – w pierwszej kolejności – wyartykułowanie w obwieszczeniu zalecenia, które umożliwiłoby kandydatom na Dawców krwi i Dawcom krwi elektroniczne wypełnianie kwestionariusza dawcy krwi podczas wizyty w Centrach, co automatyzowałoby też proces przenoszenia danych z kwestionariuszy do systemu teleinformatycznego<sup>157</sup>. Narzędzie to nie stanowiłoby przy tym systemu opartego na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji w rozumieniu art. 22 RODO, bowiem w każdym przypadku decyzję o zakwalifikowaniu lub dyskwalifikacji do pobrania krwi podejmowałby lekarz.
- **Uniwersalizację standardowej procedury operacyjnej dotyczącej sposobu weryfikacji kwestionariuszy Dawców krwi** – obecnie wymóg opracowania takiej procedury dotyczy każdego Centrum oddzielnie<sup>158</sup>, a ujednoclenie tego elementu

155 M. Dymitruk, *Podstawy prawne automatycznego przetwarzania danych osobowych dotyczących zdrowia przy wykorzystaniu narzędzi uczenia maszynowego w ogólnym rozporządzeniu o danych osobowych* [w:] *Jakość w opiece zdrowotnej. Zastosowanie nowoczesnych technologii w czasie pandemii*. red. J. Greser, K. Kokocińska, Warszawa 2021, s. 160.

156 Narzędzie wspomagające pracę lekarza kwalifikującego można również opracować w arkuszu kalkulacyjnym, wiążąc określone odpowiedzi z kwestionariusza Dawcy krwi z potencjalnymi przeciwwskazaniami do pobrania krwi oraz z informacją o objawach, o które należy zapytać.


157 Punkt 2.2.4 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

158 Punkt 1.16.2 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.





procesu kwalifikowania do pobrania krwi na szczeblu centralnym i wypracowanie wspólnego dla wszystkich jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi standardu postępowania pozwoliłoby obniżyć poziom ryzyka odpowiedzialności kwalifikujących lekarzy lub pielęgniarek i w konsekwencji podmiotu leczniczego, bo zasadniczo ścisłe trzymanie się wytycznych jest korzystne dowodowo<sup>159</sup>.

**Jak wyjaśnić kandydatom na Dawców krwi lub Dawcom krwi potrzebę podawania prawdziwych informacji, bez zatajania istotnych informacji o zdrowiu?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka

Kwalifikujący lekarze lub pielęgniarki powinni **rzeczowo wyjaśnić**, że pobranie krwi przy istnieniu przeciwwskazań rodzi ryzyko zdrowotne zarówno dla Dawcy, jak i biorcy krwi, ze śmiercią włącznie.

**Jak przekonywająco informować o obowiązku stawiania się na wezwania Centrum?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Pracownicy Rejestracji

Obowiązek stawiania się na wezwania Centrum jest jednym z **podstawowych obowiązków** Dawców krwi i jednocześnie jest też historycznie jednym z pierwszych takich obowiązków, bo już rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 1952 r. w sprawie krwiodawców<sup>160</sup> stanowiło, że krwiodawcy byli zobowiązani do: stawiania się na każde wezwanie stacji, w której byli zarejestrowani, w celu przeprowadzenia badań lekarskich lub w celu oddania krwi, niezwłocznego zgłaszania stacji zmiany miejsca pobytu mającej trwać ponad 15 dni oraz informowania stacji w ciągu tygodnia o każdej zmianie miejsca zamieszkania, informowania stacji o każdorazowym oddaniu krwi poza jej obrębem, zawiadamiania stacji o wszelkich zauważonych objawach chorobowych i przestrzegania regulaminu stacji i innych jej zarządzeń wewnętrznych (§ 3 rozporządzenia). Stawiennictwo na wezwanie Centrum jest **obowiązkowe** i wynika z obowiązujących przepisów<sup>161</sup>, ponadto w kwestionariuszu Dawcy krwi **zobowiązuje się on do terminowego stawiennictwa** – jest to związane z **nieprawidłowymi wynikami Dawcy krwi i koniecznością podjęcia czynności służących ochronie zdrowia i życia tej osoby** (w zależności od rodzaju wykrytego zakażenia – rozmowa z lekarzem lub z dyrektorem Centrum, wyjaśnienie, co oznacza wynik, przeprowadzenie rozszerzonej ankiety epidemiologicznej, protokolarne wydanie wyników, skierowanie do placówki świadczącej opiekę ambulatoryjną dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS lub odpowiedniego oddziału szpitalnego).




159 A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019, s. 64.

160 Dz. U. 1952, poz. 104.

161 § 5 ust. 3 i ust. 7-9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi i pkt 3.4 i 3.5 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

## Pobranie próbek krwi – badania przedmiotowe

**W jaki sposób udostępniać prawidłowe wyniki badań kandydatom na Dawców krwi lub Dawcom krwi, legitymacje Dawców krwi, karty identyfikacyjnej grup krwi oraz zaświadczenia o ilości oddanej krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Pracowni Analitycznej
	Lekarz lub pielęgniarka



Prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi mogą być wydawane w Centrum lub w oddziałach terenowych **osobiście** Dawcy krwi albo **upoważnionej przez niego osobie**. Prawidłowe wyniki mogą być przesyłane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, o ile dopuszczono to w **regulaminie organizacyjnym**. Legitymacje Honorowego Dawcy Krwi i karty identyfikacyjne grupy krwi mogą być wydawane w Centrum lub w oddziałach terenowych **osobiście** Dawcy krwi albo **upoważnionej przez niego osobie**. Prawidłowe wyniki, legitymacje Honorowego Dawcy Krwi i karty identyfikacyjne grupy krwi **nie są przesyłane za pośrednictwem poczty**. Zaświadczenia o ilości oddanej krwi są wydawane **osobiście** Dawcy krwi albo **osobie przez niego upoważnionej** lub **przesyłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru** lub **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej po odpowiednim zabezpieczeniu (weryfikacja tożsamości adresata i szyfrowanie przesyłanego w załączniku zaświadczenia)**. Przekazanie przez Centrum danych o ilości oddanej krwi i jej składników Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi wymaga **zgody Dawcy krwi** wyrażonej w formie **pisemnej**.

W celu zapewnienia poufności danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi Centra powinny opracować **procedury udostępniania dokumentacji medycznej** i prowadzić **regularne szkolenia z zasad prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej** z uwzględnieniem odrębności cechujących Centra w stosunku do innych podmiotów leczniczych.

**Tab. 3.1. Udostępnianie dokumentacji medycznej, legitymacji Honorowego Dawcy Krwi, kart identyfikacyjnych grup krwi i zaświadczeń o ilości oddanej krwi**

Przedmiot wydania	Osoba uprawniona do otrzymania	Sposób wydania
Wyniki badań laboratoryjnych	Dawca krwi lub upoważniona przez niego osoba	osobiście w RCKiK lub w OT, prawidłowe wyniki za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej
Legitymacja Honorowego Dawcy Krwi	Dawca krwi lub upoważniona przez niego osoba	osobiście w RCKiK lub w OT
Karta identyfikacyjna grupy krwi	Dawca krwi lub upoważniona przez niego osoba	osobiście w RCKiK lub w OT
Zaświadczenie o ilości oddanej krwi	Dawca krwi lub upoważniona przez niego osoba	osobiście w RCKiK, w OT, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej



### ***Dlaczego należy informować Dawców krwi o wykonywanych czynnościach, np. po co są pobierane dwie próbki od kandydatów na Dawców krwi i Dawców pierwszorazowych?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Pracownicy Pracowni Analitycznej
	Pracownicy Rejestracji

Kandydaci na Dawców krwi lub Dawcy krwi powinni być informowani o podejmowanych czynnościach, ponieważ w ten sposób będą bardziej **świadomi** udziału w procesie kwalifikacji i pobierania krwi lub jej składników, co **zmniejszy stres** związany z tym procesem, zwłaszcza u kandydatów na Dawców krwi i Dawców pierwszorazowych. Jeśli zatem nie wykonano badań immunohematologicznych, od kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy pierwszorazowego należy pobrać 2 próbki krwi żyłnej, z których jedna powinna zostać wykorzystana do **badania hematologicznych**, a druga przesłana działowi immunologii transfuzjologicznej w celu oznaczenia **antygenów układu ABO i RhD**.

### **Badania kwalifikacyjne**

#### ***Jakie są zasady wyrażania zgody na wykonanie zabiegu pobrania krwi i kiedy kwestionariusz dawcy krwi jest podpisywany?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Lekarz lub pielęgniarka
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Dział Zapewnienia Jakości
	Dział Prawny


Warunkiem dopuszczalności pobrania krwi jest każdorazowe wyrażenie przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi, w obecności osób kwalifikujących (lekarza lub pielęgniarki), **pisemnej zgody** na pobranie krwi lub jej składników i jej wykorzystanie zgodnie z celami ustawy<sup>162</sup>. Zgoda dla swej ważności musi być **świadoma** – kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi muszą wiedzieć, na co się decydują, z czym koresponduje inny warunek dopuszczalności pobrania krwi: **obowiązek zrozumiałego poinformowania** przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę o istocie zabiegu pobrania i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia oraz o możliwym sposobie wykorzystania krwi i jej składników, w tym o możliwości ich przetworzenia. Ponadto kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka są obowiązani, przed oddaniem krwi przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi, do przekazania im informacji, których zakres jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia z 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi, a kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi **potwierdza na piśmie**, że został zapoznany z informacjami, których zakres jest określony w tym załączniku, oraz że je rozumie, a także miał możliwość wyjaśnienia wszelkich wątpliwości.

162 Art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

Samo uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o dostępnych metodach, ryzyku i następstwach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieobjaśniona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz lub pielęgniarka działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.<sup>163</sup> Tym samym wyrażenie przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi zgody na zabieg pobrania krwi bez przekazania mu wymaganych informacji przez lekarza lub pielęgniarkę ma ten skutek, że zabieg jest wykonywany **bezprawnie**. Obowiązek informacyjny trzeba spełnić **za każdym razem**, bez względu na to, czy ktoś oddaje krew regularnie czy pierwszy raz. Jednocześnie, ze względów **praktycznych**, przekazując wszystkie wymagane prawem informacje **treść komunikatu trzeba dostosowywać do kategorii odbiorcy** – komunikat **bardziej szczegółowy** należy skierować do kandydatów na Dawców krwi lub Dawców pierwszorazowych, a **mniej szczegółowy** do Dawców regularnych. Najważniejsze jest zatem korzystanie z **mieszanego modelu informowania** stanowiącego połączenie **modelu racjonalnego pacjenta** (zorientowanego na pewien wzorzec przeciętnego, racjonalnie myślącego Dawcy krwi) i **modelu subiektywistycznego** (dostosowanie komunikatu do indywidualnych, osobniczych uwarunkowań danego Dawcy krwi)<sup>164</sup>. Zgoda ma zostać wyrażona **w obecności lekarza lub pielęgniarki** po poinformowaniu, zatem sekwencja zdarzeń przedstawia się następująco:

- Kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi wypełnia kwestionariusz Dawcy krwi w części obejmującej ankietę zdrowotną.
- Po wezwaniu do gabinetu lekarskiego lekarz lub pielęgniarka przekazuje wymagane informacje, dostosowując szczegółowość komunikatu do potrzeb Dawcy krwi.
- Po poinformowaniu kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi składa oświadczenie o wyrażeniu zgody na pobranie krwi lub jej składników i wykorzystanie zgodnie z celami ustawy o publicznej służbie krwi lub jej składników oraz podpisuje kwestionariusz w obecności kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki.

**Jakie czynności powinni podejmować kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka, żeby ich postępowanie odpowiadało wzorcowi należytej staranności?**

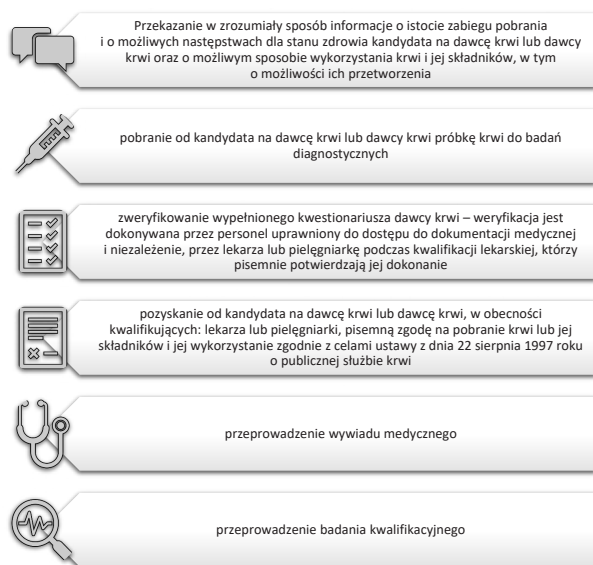
Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka

Do oceny zachowania kwalifikujących lekarza i pielęgniarki wykorzystywany jest **abstrakcyjny wzorzec należytej staranności zawodowej** budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza lub pielęgniarki należy ocenić negatywnie<sup>165</sup>. Dla zrekonstruowania wzorca należytej staranności kluczowe znaczenie ma treść ustawy o publicznej służbie krwi wraz z konkretyzującymi je przepisami rozporządzenia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi, które doprecyzowując ogólny wzorzec należytej staranności, uzupełniają go o dodatkowe elementy – konieczne jest zatem:

163 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, LEX nr 157493 i wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r., I ACA 443/12, LEX nr 1237851.

164 R. Kubiak, *Sposób i forma przekazania informacji medycznej*, „Medycyna Paliatywna” 2021 13(4), 207-216, file:///C:/Users/Administracja/Downloads/MP\_Art\_46578-10.pdf, s. 209-210.

165 Wyrok Sądu Najwyższego z 29 października 2003 roku, III CK 34/02, LEX nr 145226.



**Ryc. 3.4. Obowiązkowe czynności poprzedzające pobranie krwi lub jej składników wyznaczające wzorzec należytej staranności kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki**

Źródło: opracowanie własne

- **przekazanie w zrozumiały sposób informacji o istocie zabiegu pobrania i o możliwych następstwach dla stanu zdrowia kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi oraz o możliwym sposobie wykorzystania krwi i jej składników, w tym o możliwości ich przetworzenia,**
- **pobranie od kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi próbki krwi do badań diagnostycznych<sup>166</sup>,**
- **zweryfikowanie wypełnionego kwestionariusz Dawcy krwi** – weryfikacja jest dokonywana przez personel uprawniony do dostępu do dokumentacji medycznej i – niezależnie – przez lekarza lub pielęgniarkę podczas kwalifikacji lekarskiej, którzy pisemnie potwierdzają dokonanie weryfikacji,
- **pozyskanie od kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi, w obecności kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki, pisemnej zgody na pobranie krwi lub jej składników i jej wykorzystanie** zgodnie z celami ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi;
- **zebranie wywiadu medycznego<sup>167</sup>,**
- **przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego<sup>168</sup>,**

w celu ustalenia, czy spełnia on wymagania zdrowotne i czy pobranie krwi lub jej składników, nie spowoduje ujemnych skutków dla jego zdrowia lub stanu zdrowia

166 § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

167 § 3 ust.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

168 § 3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

biorcy krwi<sup>169</sup>. Każdy z tych warunków jest **konieczny**<sup>170</sup> – dopiero **spełnienie wszystkich tych warunków** przesądza, że pobranie krwi i jej składników jest możliwe. Tym samym weryfikacja kwestionariusza Dawcy krwi, będąc istotnym elementem procesu kwalifikowania do pobrania krwi<sup>171</sup>, uwzględnianym przy ocenie dochowania należytej staranności przez lekarza kwalifikującego, nie wystarczy do uznania, że wymagany standard należytego zachowania został spełniony.

Wśród wymienionych obowiązków związanych z kwalifikowaniem do pobrania krwi **pierwszoplanowe znaczenie ma przeprowadzenie dokładnego, wnikliwego i jak najpełniejszego wywiadu medycznego**. Kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka są zobowiązani przeprowadzić wywiad medyczny w sposób zapewniający uzyskanie danych pozwalających na ustalenie braku stałych lub czasowych przeciwwskazań do pobrania krwi, określonych na podstawie kryteriów kwalifikowania kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi do pobierania krwi oraz przeciwwskazań do pobierania krwi zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, nazywanych kryteriami kwalifikowania.

**Głównym źródłem informacji o stanie zdrowia** w procesie kwalifikowania do pobrania krwi lub jej składników jest **kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi**, dlatego **rzetelny i skrupulatny wywiad medyczny** (badanie podmiotowe) stanowi podstawę uzyskania **zasadniczych informacji o faktycznym stanie zdrowia, o dolegliwościach, niepokojących objawach, okolicznościach ich wystąpienia i czasie trwania**. Od tego, jakiej staranności dołożą kwalifikujący lekarz i pielęgniarka oraz jak bardzo będą cierpliwi i dociekliwi przy zbieraniu informacji o stanie zdrowia kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi zależy rozpoznanie przeciwwskazań i bezpieczeństwo zarówno Dawcy, jak i biorcy krwi<sup>172</sup>.

Kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka muszą być również **świadomi**, że kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi może podawać **informacje fałszywe** w celu zatajenia prawdziwych lub w ogóle nie podać określonych informacji, uznając je za niemające znaczenia dla procesu pobierania krwi lub jej składników<sup>173</sup>. Mimo trudności w wyeliminowaniu tego czynnika kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka powinni **niwelować jego wpływ** przez staranne działanie, dostępnymi metodami i środkami, dążąc do poznania faktycznego stanu zdrowia Dawcy krwi. **Kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka nie mogą poprzestać na przyjęciu od pacjenta wywiadu, co do przebytych przez niego chorób i operacji także wtedy, kiedy zapewnia, że był i jest zdrowy**<sup>174</sup>. Punktem wyjściowym dla wywiadu medycznego jest właśnie **kwestionariusz Dawcy krwi**

169 Z regulacjami ustawowymi korespondują przepisy rozporządzenia – kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi musi spełniać wymagania zdrowotne pozwalające na ustalenie, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla ich stanu zdrowia lub stanu zdrowia biorców krwi (§ 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi), a o spełnianiu przez kandydata na dawcę krwi lub dawcę krwi wymagań zdrowotnych, o których mowa w orzeka lekarz po przeprowadzeniu badania lekarskiego, które obejmuje elementy wymienione w art. 15 ust. 1 pkt 3 ustawy (§ 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi).

170 *Conditio sine qua non*.

171 Punkt 1.16.2 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

172 M. Sadowska, Zapobieganie błędom medycznym w praktyce, Warszawa 2019, s. 110.

173 *Ibidem*, s. 108.

174 Wyrok Sądu Najwyższego z 8 lutego 2017 roku, III KK 226/16, LEX nr 2224610.



oraz informacje zawarte w dokumentacji medycznej Dawcy krwi, w szczególności o przebytych chorobach, dolegliwościach, nietypowych objawach, przyjmowanych lekach, przyczynach dyskwalifikacji czasowej czy reakcjach związanych z pobraniem krwi. Wszystkie te elementy muszą być przedmiotem analizy lekarskiej, a niezapoznanie się z dokumentacją medyczną lub pobieżne i rutynowe zapoznanie się z wpisami w tej dokumentacji może być kwalifikowane jako **błąd diagnostyczny** (wyrok Sądu Rejonowego w Otwocku Kp 95/76<sup>175</sup>). Kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka, uzyskując informacje o niepokojących objawach czy dolegliwościach, zgodnie z wymaganym standardem należytej staranności, nie mogą poprzestać na samym przyjęciu do wiadomości tej informacji, lecz są zobligowani **zebrać dokładny wywiad medyczny** związany z tymi niepokojącymi objawami, **zadając pytania pozwalające na poznanie ich przyczyny i w konsekwencji podjęcie właściwej decyzji o zakwalifikowaniu lub dyskwalifikacji do pobrania krwi**. Wszystkie te okoliczności powinny być uwzględniane, analizowane i weryfikowane przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę, którzy podchodząc do każdego przypadku w sposób **zindywidualizowany** powinni zadawać właściwe pytania.

Postępowanie według opisanych wyżej zasad nie tylko pozwala na **zmniejszenie ryzyka wystąpienia błędów medycznych i odpowiedzialności Centrów jako podmiotów leczniczych**, ale przede wszystkim **zwiększa jakość obsługi kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi – będąc jednocześnie wyrazem troski i szacunku dla nich, co stanowi istotny element przyczyniający się do zapewnienia prawidłowej gospodarki krwią** (równowagi między podażą krwi a zapotrzebowaniem na krew).

Podsumowując, kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka powinni przestrzegać:

**Zasady wnikliwości i zindywidualizowanego podejścia** wyrażającej się:

- **we wnikliwej i skrupulatnej weryfikacji kwestionariusza Dawcy krwi** – zarówno przez personel medyczny uprawniony do dostępu do dokumentacji medycznej, jak i – przede wszystkim – przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę,
- **w dokładnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi**, w tym szczególności z informacjami dotyczącymi wcześniejszych dyskwalifikacji czasowych, a także w **skrupulatnym prowadzeniu dokumentacji medycznej, która odzwierciedla stan faktyczny**,
- **we wnikliwym i skrupulatnym wywiadzie medycznym** – poprzedzającym lub zbieranym równoległe z badaniem kwalifikacyjnym, przy zapewnieniu prywatności i intymności kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi, opartym na relacji zaufania lekarz-pacjent w warunkach umożliwiających udzielanie swobodnych odpowiedzi na pytania często dotyczące bardzo osobistych sfer życia, w tym życia seksualnego.


**Zasady informowania wyrażającej się w dokładnym, rzeczowym i zrozumiałym przekazywaniu informacji** – zgodnie z Załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi oraz, co bardzo istotne, przekazywanie informacji o przyczynach dyskwalifikacji ze szczególnym naciskiem na **wyjaśnienie ryzyka zdrowotnego dla samego Dawcy krwi, jak i biorcy**.

**Zasady rozstrzygnięcia niedających się usunąć wątpliwości na niekorzyść kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi** – dyskwalifikacja i skierowanie kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi do jednostki podstawowej opieki zdrowotnej<sup>176</sup>.

175 Wyrok Sądu Rejonowego w Otwocku Kp 95/76, cyt. za M. Sadowska, *Zapobieganie błędom medycznym w praktyce*, Warszawa 2019, s. 110 cyt. za A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 64.

176 § 5 ust.4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

**Jak postępować w przypadkach trudnych, np. w przypadkach gdy po weryfikacji kwestionariusza Dawcy krwi, przeprowadzeniu badań kwalifikacyjnych i zebraniu wywiadu medycznego kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka nie są w stanie z pewnością orzec, czy kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi kwalifikuje się (lub nie) do pobrania krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka

Niekiedy zdarza się, że kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka, nie są w stanie stwierdzić, czy ktoś może oddać krew i jej składniki czy nie. Są to **przypadki trudne**, a podjęcie każdej z alternatywnych decyzji (kwalifikacja lub dyskwalifikacja) wiąże się z ryzykiem niedopuszczenia do oddania krwi osoby zdrowej, która może być Dawcą krwi i ewentualnej trwałej rezygnacji tej osoby z bycia Dawcą krwi, albo z ryzykiem dopuszczenia do oddania krwi osoby, która ze względów zdrowotnych nie może być Dawcą krwi i może doprowadzić do utraty zdrowia lub życia Dawcy lub biorcy krwi. **W przypadkach wątpliwych, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek kontrolować dokładność swojej diagnozy wszelkimi dostępnymi jej środkami<sup>177</sup> oraz powinna powtórzyć badanie<sup>178</sup>.** Dotyczy to nie tylko badania fizykalnego, ale także wywiadu. Jeżeli podczas rozmowy (wywiadu medycznego) z kandydatem na Dawcę krwi lub Dawcą krwi uzyskane informacje okażą się **niewystarczające, niepełne lub wątpliwe**, kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka powinni **wywiad pogłębić przez powtórne zadanie pytań<sup>179</sup>**. Na potrzeby krwiodawstwa można skonstruować wytyczne postępowania w sytuacjach wątpliwych<sup>180</sup>, którymi powinni kierować się kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka, a które sprowadzają się do **nakazu dyskwalifikacji kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi, gdy po weryfikacji kwestionariusza Dawcy krwi, przeprowadzeniu badań kwalifikacyjnych i po zebraniu wywiadu medycznego lekarz lub pielęgniarka mają uzasadnione wątpliwości, czy kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi spełnia wymagania zdrowotne i czy pobranie krwi lub jej składników nie spowoduje ujemnych skutków dla jego zdrowia lub stanu zdrowia biorcy krwi<sup>181</sup>**. Wymienione wątpliwości, dotyczące spełniania kryteriów kwalifikowania, muszą być **uzasadnione**, a kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka **nie są w stanie tych wątpliwości rozstrzygnąć** przy dochowaniu standardu należytej staranności wymaganej od osób zawodowo zajmujących się wykonywaniem działalności określonego rodzaju (udzieleniem świadczeń zdrowotnych). Sformułowane wytyczne postępowania nie mogą jednak stanowić uzasadnienia dla **zachowań unikających (avoidance behaviour)**,

177 M. Sadowska, *Zapobieganie błędom medycznym w praktyce*, Warszawa 2019, s. 106 cyt. za M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2004, s. 233.

178 *Ibidem* – cyt. za A. Sienko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak unikać kosztownych pułapek*, Warszawa 2015, s. 68.

179 *Ibidem* s. 106.

180 Nie dotyczy to wyjątku przewidzianego w § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, bo dla skorzystania z tego przepisu lekarz dopuszczający do oddania krwi musi nie tylko wiedzieć, że kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi nie spełnia konkretnych kryteriów kwalifikowania, które są znane w chwili dopuszczenia, ale też z przeprowadzonej analizy ryzyka zdrowotnego dawcy i biorcy wynika, że poziom tego ryzyka jest pomijalny.

181 *In dubio contra donatorem (donationem) sanguinis*.



będących istotą **negatywnej medycyny defensywnej** (*negative defensive medicine*), sprowadzających się do dyskwalifikowania kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi nie ze względów medycznych, lecz z obawy przed odpowiedzialnością karną, cywilną lub zawodową<sup>182</sup>.

**Kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka, podejmując decyzję o dopuszczeniu określonej osoby do pobrania krwi nie może mieć wątpliwości, co do stanu zdrowia tej osoby, ani co do wpływu pobrania krwi na ten stan lub stan zdrowia biorcy krwi, a jeśli takie uzasadnione wątpliwości się pojawiają i nie ma możliwości ich rozwiązania, to w konsekwencji lekarz lub pielęgniarka powinni dokonać dyskwalifikacji czasowej lub stałej**<sup>183</sup>. Zaniechanie tej czynności i dopuszczenie do **pobrania** krwi może być identyfikowane jako **błąd medyczny** lub w skrajnych przypadkach jako **przestępstwo**<sup>184</sup> i jednocześnie może być podstawą pociągnięcia lekarza<sup>185</sup> lub pielęgniarki<sup>186</sup> do odpowiedzialności zawodowej.

**Błędem medycznym jest postępowanie sprzeczne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej, niedołożenie odpowiedniej staranności lub przekroczenie kompetencji**<sup>187</sup>. Ustalenie błędu medycznego zależy od uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza lub pielęgniarki w konkretnej sytuacji, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności istniejących w chwili kwalifikowania kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, było zgodne z wymaganiami obowiązującej wiedzy medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki<sup>188</sup>. Ze względu na specyfikę badania kwalifikacyjnego do pobrania krwi, błędem medycznym stanowiącym podstawę odpowiedzialności będzie **błąd diagnostyczny polegający na tym, że z objawów chorobowych lekarz wnioskuje odmiennie niż wskazuje na to aktualny stan wiedzy medycznej, nie rozpoznaje niektórych objawów, wadliwie przeprowadza badania lub całkowicie pomija ich przeprowadzenie, nie wykorzystuje katalogu badań możliwych do wykonania, mało wnikliwie lub niedbale bada chorego, nieprawidłowo zbiera wywiad medyczny lub nie zapoznaje się z dokumentacją medyczną**<sup>189</sup>.

182 D. Bieńkowska, *Medycyna defensywna a kryzys odpowiedzialności lekarskiej. Analiza zjawiska na przykładzie systemu ochrony zdrowia w USA*, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichoćka, M. Zdyb, Warszawa 2018, s. 204.

183 Podstawą dla skonstruowanej dyrektywy postępowania jest art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi w związku z § 5 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców i dawców krwi.

184 W zależności od skutków błędu byłyby to przestępstwa stypizowane w: art. 155 ustawy z 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339, 2600 oraz z 2023 r. poz. 289, 403, 818, 852, 1234 i 1834) – nieumyślne spowodowanie śmierci; art. 156 kk – spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, art. 157 kk – spowodowanie lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu, art. 160 kk – narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

185 Rozdział 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234).

186 Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położonych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628).

187 Z. Marek, *Błąd medyczny*, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999, s. 83.

188 Wyrok Sądu Najwyższego z 10 grudnia 2012 r., V KK 33/02, LEX nr 75498.

189 A. Lichosik, *Istota i rodzaje błędu medycznego. Zagadnienia wybrane*, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie op. cit.*, s. 219.

Dla przyjęcia odpowiedzialności cywilnej musi wystąpić **szkoda** po stronie Dawcy krwi, **wina** lekarza lub pielęgniarki (przy czym wystarczy każdy stopień winy, choćby najmniejszy – *culpa levissima*, jeżeli zatem lekarz lub pielęgniarka powinni i mogli zrobić więcej niż przewidują standardy medyczne, to można postawić zarzut winy<sup>190</sup>) oraz **związek przyczynowy** między zachowaniem lekarza lub pielęgniarki a powstałą szkodą (w sprawach medycznych jednoznaczne i pewne ustalenie związku przyczynowego zwykle nie jest możliwe, ale pomimo to osoba wykonująca zawód medyczny lub podmiot leczniczy może ponosić odpowiedzialność cywilną)<sup>191</sup>.

Innym uzasadnieniem dla opisanych wytycznych postępowania w przypadkach uzasadnionych wątpliwości, których nie da się usunąć, jest wymagana przez ustawę<sup>192</sup> **analiza ryzyka zdrowotnego Dawcy krwi i biorcy krwi**. Zdecydowanie wyższe ryzyko wiąże się z popełnieniem przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę **negatywnego błędu diagnostycznego**, czyli przyjęcie, że określona osoba może oddać krew lub jej składniki, mimo że nie spełnia ona wymagań zdrowotnych i występują określone przez rozporządzenie w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi przeciwwskazania, niż **pozytywnego błędu diagnostycznego**, czyli nieprawidłowego ustalenia, że kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi nie spełnia wymagań zdrowotnych i są przeciwwskazania, choć w rzeczywistości nie ma medycznych przeszkód, żeby określona osoba oddała krew lub jej składniki. W przypadku pozytywnego błędu diagnostycznego kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi zostanie zdyskwalifikowany, zatem ryzyko zdrowotne biorcy związane z transfuzją krwi lub jej składników nie występuje, a ryzyko zdrowotne Dawcy jest względnie niskie – osoba zdyskwalifikowana może odczuwać dyskomfort psychiczny, mieć poczucie odrzucenia i żalu, może poświęcić czas na weryfikację rozpoznania dokonanego przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę, czy wreszcie czuć złość w związku z wpisaniem w system informatyczny używany przez Centrum przyczyny dyskwalifikacji, która w jej ocenie jest nieprawdziwa i ją osmiesza lub obniża jej poczucie wartości. Wszystkie wymienione konsekwencje, bezsprzecznie przykre, są jednak zdecydowanie mniej dotkliwe i niebezpieczne niż skutki zdrowotne, jakie mogą nastąpić w przypadku pobrania krwi, gdy występowały przeciwwskazania.

Oceniając pozytywny błąd diagnostyczny przez pryzmat prawa karnego trafnie stwierdza się w literaturze, że ma on znaczenie dla odpowiedzialności karnej tylko wówczas, gdy u pacjenta pojawiają się negatywne skutki działań terapeutycznych, na podstawie wadliwie postawionej diagnozy. **Jeżeli zatem kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi z powodu choroby, której w istocie nie ma, nie doznał deficytu na zdrowiu i nie znalazł się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa, to kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka nie poniosą odpowiedzialności karnej, ale mogą być pociągnięci do odpowiedzialności zawodowej<sup>193</sup>. Negatywny błąd diagnostyczny (zakwalifikowanie do pobrania krwi mimo występowania przeciwwskazań) może natomiast, w zależności od skutków poniesionych przez kandydata na Dawcę krwi, Dawcę krwi lub biorcę krwi, skutkować odpowiedzialnością karną, cywilną i zawodową.**




190 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 28 stycznia 2019 roku, I ACa 314/18, LEX nr 2637811.

191 K. Izdebski, A. Korkut, K. Kolankiewicz, *Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2021, s. 341.

192 Art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

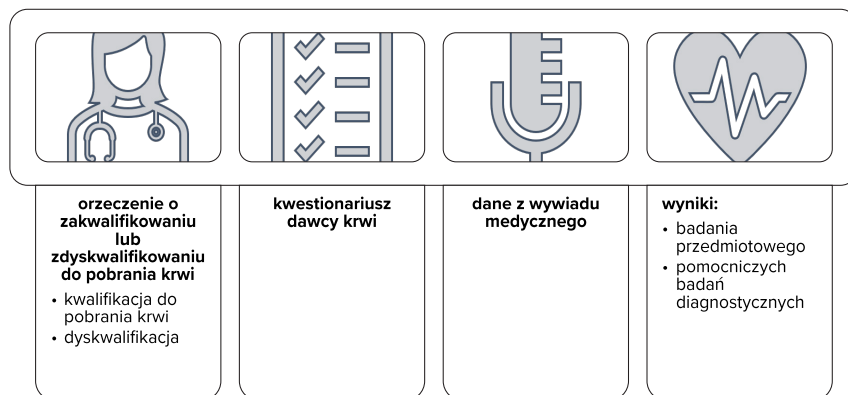
193 A. Fiutak, *Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawno-karna*, [w:] *Medyczne prawo karne*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, Warszawa 2016, s. 53-54.

**Jak zapewnić prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej Dawców krwi, w szczególności dokonywanie dokładnych, rzeczowych wpisów ilustrujących przebieg badania kwalifikacyjnego i stan zdrowia Dawcy krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Kadra zarządzająca
	Lekarz lub pielęgniarka
	Dział Zapewnienia Jakości

Wszystkie uzyskane przez kwalifikujących lekarza lub pielęgniarkę informacje, w szczególności przyczyny dyskwalifikacji czasowej powinny znaleźć **odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej**<sup>194</sup>, na którą zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 września 2017 r. o warunkach pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi składają się (Ryc. 3.5.):

- **Orzeczenie o zakwalifikowaniu lub zdyskwalifikowaniu do pobrania krwi.**
- **Kwestionariusz Dawcy krwi.**
- **Dane z wywiadu medycznego.**
- **Wyniki:**
  - **badania przedmiotowego**, o którym mowa w § 3 ust. 4 pkt 3 tego rozporządzenia,
  - **pomocniczych badań diagnostycznych**, o których mowa w § 4 tego rozporządzenia.



**Ryc. 3.5. Elementy dokumentacji medycznej, na podstawie której powinna być podejmowana decyzja o kwalifikacji dawcy krwi do pobrania krwi i jej składników**


Źródło: opracowanie własne

194 Ogólny obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wynika z art.41 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z którym koresponduje art. 28 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazujący czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem, natomiast zgodnie z § 5 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi informacje dotyczące kandydata na dawcę krwi lub dawcy krwi są umieszczane w dokumentacji medycznej kandydata na dawcę krwi lub dawcy krwi w sposób umożliwiający identyfikację osób, które je wprowadziły.

**Wpisy w dokumentacji powinny być dokładne i rzeczowe**, bowiem – jak słusznie stwierdza R. Kubiak – dokumentacja medyczna **odgrywa istotną rolę jako środek dowodowy w różnych postępowaniach dotyczących pracowników medycznych**, zwłaszcza w związku z popełnieniem błędu medycznego, a ewentualne **braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta**<sup>195</sup>, co oznacza, że jeśli kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka chce wykazać daną okoliczność dla swej obrony, np. że występowały lub nie występowały przeciwwskazania do pobrania krwi, a w dokumentacji medycznej nie ma wpisów to potwierdzających, to będzie musiała wykorzystać inne środki dowodowe, w tym zeznania świadków<sup>196</sup>, co zdecydowanie utrudni obronę twierdzeń kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki (bo w badaniu kwalifikacyjnym uczestniczy lekarz lub pielęgniarka oraz kandydat na Dawcę krwi lub Dawca krwi). Jednocześnie nie można tracić z pola widzenia, że na kwalifikującym lekarzu lub pielęgniarence spoczywa **obowiązek ustnego przekazania informacji o przyczynie przeciwwskazania do pobrania krwi, dokładnym powodzie dyskwalifikacji oraz czasie jej trwania** (§ 5 ust. 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. o warunkach pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi). **Prawidłowa realizacja tego obowiązku, a przede wszystkim zaś rzeczowe wyjaśnienie, dlaczego ktoś nie może oddać krwi, w wielu przypadkach może skutecznie odwieść od podnoszenia roszczeń lub zarzutów dotyczących dyskwalifikacji.**

Niezbędne jest prowadzenie dla kwalifikujących lekarzy i pielęgniarek regularnych szkoleń dotyczących zasad prowadzenia i zabezpieczania dokumentacji medycznej.

***Jak informować o dyskwalifikacji czasowej, ze szczególnym uwzględnieniem Dawców pierwszorazowych?***

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka

W przypadku **dyskwalifikacji czasowej** kwalifikujący lekarz lub pielęgniarka **informują ustnie** kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi **o przyczynie przeciwwskazania do pobrania krwi** (z odniesieniem do przeciwwskazań określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi), **dokładnym powodzie dyskwalifikacji oraz czasie jej trwania** (wskazane jest podanie dokładnej daty kończącej okres dyskwalifikacji). **Należy wyjaśnić, że przeszkoda w pobraniu krwi ma charakter tymczasowy i zachęcić do podjęcia ponownej próby po upływie okresu dyskwalifikacji.** Ponadto należy wyjaśnić, że **informacja o dyskwalifikacji czasowej zostanie umieszczona w systemie informatycznym prowadzonym przez Centrum.** Informacje dotyczące kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi **są umieszczane w dokumentacji medycznej kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi w sposób umożliwiający identyfikację osób, które je wprowadziły.**

<sup>195</sup> R. Kubiak, *Dokumentacja medyczna – podstawy prawne*, [w:] *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, red. J. Zajdel-Całkowska, Warszawa 2021, s. 232.

<sup>196</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z 15 października 1997 roku, III CKN 226/97. LEX nr 1110924.

**Jak wyjaśnić dyskwalifikowanej osobie długość okresu dyskwalifikacji, w szczególności jeśli okres ustalony przez lekarza jest dłuższy od okresu wskazanego w załączniku nr 2 do rozporządzenia z 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka



Załącznik 2 do rozporządzenia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi **określa przyczyny i okresy dyskwalifikacji czasowej, których co do zasady trzeba przestrzegać**. Rozporządzenie przewiduje **wyjątek od tej zasady – lekarz, w zależności od ogólnego stanu zdrowia Dawcy krwi, może ustalić inną dopuszczalną ilość krwi i jej składników oddawanych w ciągu roku oraz częstotliwość jej oddawania przez Dawcę krwi. Do dokumentacji medycznej kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi dołącza się stosowne uzasadnienie**<sup>197</sup>. Lekarz jest zobowiązany **rzeczowo i precyzyjnie wyjaśnić przyczyny odstępstwa od okresów wskazanych w załączniku nr 2** (decyzja lekarza opiera się na uznaniu, które nie może być swobodne), żeby nie zniechęcić Dawcy krwi do oddawania krwi. Dodać należy przy tym, że w szczególnych przypadkach **można pobrać krew** od kandydatów na Dawców krwi lub Dawców krwi, którzy **na podstawie kryteriów kwalifikowania nie spełniają wymagań do pobrania krwi**, pod warunkiem wyrażenia **każdorazowo zgody przez lekarza upoważnionego przez dyrektora Centrum jako kierownika jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi. Przypadki takiego pobrania są wpisywane przez tę jednostkę do dokumentacji medycznej kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi**<sup>198</sup>.

## Pobieranie krwi

**Jak, bez wzbudzania niepokoju u Dawcy, informować o trudnościach związanych z pobraniem krwi lub jej składników?**

Adresaci odpowiedzi	
	Lekarz lub pielęgniarka




Należy **rzeczowo i spokojnie** wyjaśnić, z czym związany jest problem. **W przypadku niepowodzenia dopuszczalne jest ponowne wkłucie w innym miejscu, przy użyciu nowej igły z nowego zestawu pojemników**<sup>199</sup>. Jeśli nie udaje się uzyskać dostępu do żyły, należy odstąpić od pobrania krwi lub jej składników, przepraszając Dawcę krwi i zapraszając do podjęcia kolejnej próby oddania krwi lub jej składników. Należy również przekazać informacje, jak przygotować się do zabiegu pobrania krwi, zwracając uwagę na konieczność odpowiedniego nawodnienia.

197 § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców i dawców krwi.

198 § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców i dawców krwi.

199 Podrozdział 6.1.2. pkt 4 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, s. 59.



### **Jak postępować w przypadku Dawców, którzy zastąpił w trakcie lub po pobraniu krwi?**

Adresaci odpowiedzi	
	Wszyscy pracownicy

Przed wszystkim należy **rygorystycznie przestrzegać procedury pobierania krwi**, bo niedokładność i pośpiech mogą być przyczyną występowania niepożądanych reakcji u Dawców krwi. **Należy niezwłocznie udzielić pomocy medycznej (wszyscy pracownicy powinni być przeszkoleni z zasad pierwszej pomocy medycznej), postępując zgodnie ze standardowymi procedurami operacyjnymi i – w zależności od okoliczności konkretnego przypadku – wezwać pogotowie ratunkowe.**

### **Wydawanie zaświadczeń**

#### **Jak informować o zasadach zwolnienia od pracy lub szkoły?**

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Dział Prawny

Należy odwołać się do przepisów **rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy**<sup>200</sup> (§12 rozporządzenia)<sup>201</sup>, a także **wyjaśnić, że mimo użycia przez ustawodawcę wyrazu „zwolnienie” nie jest to zwolnienie lekarskie, tylko zaświadczenie wydawane przez Centrum**, które stanowi dowód przedstawiany pracodawcy w celu usprawiedliwienia nieobecności w pracy. **W ramach jakościowej obsługi Dawców krwi należy wyjaśnić, że Dawca krwi może zrezygnować z drugiego dnia wolnego (nie może natomiast zrezygnować z pierwszego i skorzystać z drugiego)<sup>202</sup>, że zwolnienie przysługuje niezależnie od podstawy nawiązania stosunku pracy (umowa o pracę, powołanie, mianowanie, wybór, spółdzielcza umowa o pracę<sup>203</sup>), że w trakcie zwolnienia Dawca krwi pozostaje w okresie składkowym<sup>204</sup>, że Dawca krwi zatrudniony u różnych pracodawców może otrzymać zaświadczenia dla każdego z nich<sup>205</sup>.**

200 Dz. U. z 2014 r. poz. 1632.

201 § 12 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy „Pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas oznaczony przez stację krwiodawstwa w celu oddania krwi. Pracodawca jest również obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas niezbędny do przeprowadzenia zaleconych przez stację krwiodawstwa okresowych badań lekarskich, jeżeli nie mogą one być wykonane w czasie wolnym od pracy”.

202 *Czy mogę skorzystać tylko z jednego dnia wolnego?*, <https://krwiodawcy.org/czy-moge-skorzystac-tylko-z-jednego-dnia-wolnego> (dostęp 15.03.2023).




203 *Pracownik mianowany a dzień wolny za oddawanie krwi*, <https://krwiodawcy.org/pracownik-mianowany-a-dzien-wolny-za-oddawanie-krwi> (dostęp 15.03.2023).

204 *Odpowiedź podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Głowiak z 14 grudnia 2016 roku na interpelację nr 7401 z dnia 13 listopada 2016 r., złożoną przez Panią Elżbietę Stępień, Posła na Sejm RP. Honorowy dawca krwi w dniu w którym oddaje krew pozostaje w okresie ubezpieczenia (składkowym)* (2018, 15 marca), <https://krwiodawcy.org/honorowy-dawca-krwi-w-dniu-w-ktorym-oddaje-krew-pozostaje-w-okresie-ubezpieczenia-skladkowym> (dostęp 15.03.2023).

205 *Pismo Narodowego Centrum Krwi NCK-WWKS/88/23-sw/JG/16 z 21 stycznia 2016 roku*, <https://krwiodawcy.org/wp-content/uploads/2016/01/dwa-zaswiadczenia-dwoch-pracodawcow.pdf> (dostęp 15.03.2023).





***Jak skutecznie i w zgodzie z obowiązującymi przepisami informować o zasadach oddawania krwi i jej składników (krew do wspólnego banku krwi a nie dla konkretnego człowieka)?***

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu
	Lekarz lub pielęgniarka

Oprócz stałego zwracania uwagi na zasadę dobrowolności i bezpłatności honorowego krwiodawstwa oraz zasadę anonimowości Dawcy, na których opiera się polski system krwiodawstwa, konieczne jest prowadzenie **akcji uświadamiającej wśród kandydatów na Dawców krwi i Dawców krwi i informowanie**, że krew i jej składniki są **oddawane do wspólnego banku krwi, a nie dla konkretnego pacjenta**, co jest związane z **ustawowym zakazem uzależniania przez podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne zastosowania w leczeniu krwi od oddania krwi przez inną osobę**. Przywołany zakaz **uniemożliwia wydawanie imiennych zaświadczeń, że dla konkretnej osoby została oddana krew**, które byłyby następnie okazywane w szpitalach, warunkując udzielenie świadczeń zdrowotnych. Wskazanie przez Dawcę krwi, że oddaje krew dla konkretnej osoby (dawstwo rodzinne) **zostanie odnotowane w systemie informatycznym** przez pracownika Centrum, ale **nie oznacza, że ten konkretnie wskazany pacjent otrzyma od tego konkretnego Dawcy krew, bo o tym decydują czynniki o charakterze medycznym**<sup>206</sup>.

***Jak wyjaśnić potrzebę pozyskiwania zgody dawcy krwi na udostępnienie danych Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi?***

Adresaci odpowiedzi	
	Pracownicy Rejestracji
	Pracownicy Działu Marketingu





**Uzyskanie zgody w formie pisemnej na przekazanie danych osobowych Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi jest wymogiem ustawowym**. Choć wydaje się to rozwiązaniem zbyt rygorystycznym, to brzmienie przepisów przesądza, że zgoda na przekazanie danych w celu wydania brązowej, srebrnej i złotej odznaki **musi być wyrażona przez odrębne podpisanie stosownego oświadczenia albo podpisanie go w formie elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym**. Tym samym, z formalnego punktu widzenia, przekazanie danych na podstawie oświadczenia przesłanego w formie dokumentowej, np. e-mailem, nie jest dopuszczalne, bo nie dochowano zastrzeżonej dla przekazania formy zgody i może być kwalifikowane jako udostępnienie danych osobowych Dawcy krwi bez podstawy prawnej. Regulacja ta wymaga zmiany i **dopuszczenia dokumentowej formy zgody na przekazanie danych**, bo obecnie obowiązująca nie odpowiada praktyce i może mieć niekorzystne skutki wizerunkowe dla Centrów. **Jeśli bowiem Dawca krwi w sposób niebudzący wątpliwości wyraża zgodę na przekazanie swoich własnych danych Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi,**

<sup>206</sup> Pismo Narodowego Centrum Krwi NCK-WWKS/128/27-sw/DP/2014 z 23 stycznia 2014 roku, <https://krwiodawcy.org/wp-content/uploads/2014/01/DOC230114.pdf> (dostęp 15.03.2023).

a Centrum odmawia ze względu na niedochowanie właściwej formy zgody, to Dawca krwi może takie postępowanie uznawać za tworzenie przeszkód dla skorzystania przez niego z uprawnień przysługujących Dawcom krwi i w konsekwencji osłabić jego zaufanie do Centrum.

## Informowanie o nieprawidłowych wynikach badań, w tym wirusologicznych

*W jaki sposób informować o nieprawidłowych wynikach badań, w tym wirusologicznych?*

Adresaci odpowiedzi	
	Kadra zarządzająca
	Pracownicy Działu Laboratoryjnego
	Pracownicy Rejestracji
	Lekarz lub pielęgniarka

W przypadku **nieprawidłowych wyników pomocniczych badań diagnostycznych**<sup>207</sup>, będących podstawą do dyskwalifikacji stałej albo czasowej, **zawiadamia się o tym kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi. Informację o terminie i sposobie dokonania powiadomienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej.** W przypadku stwierdzenia **istotnych odchyień** od prawidłowego stanu zdrowia kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi **kieruje się** do lekarza sprawującego nad nimi opiekę zdrowotną, **wraz z wynikami badań**, w celu dalszej diagnostyki lub leczenia. Informacje dotyczące kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi są umieszczane w dokumentacji medycznej **w sposób umożliwiający identyfikację osób, które je wprowadziły.**

W przypadku dyskwalifikacji:

- **stałej** – Centrum **niezwłocznie wysyła zawiadomienie** do kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi o konieczności zgłoszenia się do Centrum w celu odebrania wyników badań, a następnie – **w momencie zgłoszenia** – **informuje** kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi **o przyczynie przeciwwskazania do pobrania krwi, dokładnym powodzie dyskwalifikacji oraz czasie jej trwania,**
- **czasowej** – lekarz lub pielęgniarka **informuje ustnie** kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi o **przyczynie przeciwwskazania do pobrania krwi, dokładnym powodzie dyskwalifikacji oraz czasie jej trwania.**






**Zawiadomienie jest wysyłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej** przekazany podczas rejestracji w sposób zapewniający dowody wysłania i otrzymania danych oraz chroniących przesyłane dane przed ryzykiem utraty, kradzieży, uszkodzenia lub jakiegokolwiek nieupoważnionej zmiany. **W przypadku nieodebrania zawiadomienia** przez kandydata na Dawcę krwi lub Dawcę krwi, **jest ono wysyłane po raz drugi, po raz trzeci, a gdy zachodzi taka potrzeba, to po raz czwarty (ponowne**

<sup>207</sup> § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.



zawiadomienia są wysyłane co najmniej trzy razy, w odstępach nie dłuższych niż miesiąc), a po bezskutecznym 4-krotnym wysłaniu zawiadomienia jest ono wraz z dowodami nadania dołączane do dokumentacji medycznej kandydata na Dawcę krwi lub Dawcy krwi<sup>208</sup>.

***Jak zapewnić prawidłowość prowadzenia dokumentacji zawiadomień Dawców krwi ze szczególnym uwzględnieniem konieczności zabezpieczenia jej poufności, integralności i dostępności?***

<i>Adresaci odpowiedzi</i>	
	Pracownicy Działu Laboratoryjnego
	Lekarz lub pielęgniarka
	Dział Zapewnienia Jakości
	Kierownik Działu Dawców i Pobierania
	Pracownicy Działu Marketingu

Wśród środków organizacyjnych, służących zapewnieniu prawidłowości i bezpieczeństwa dokumentacji zawiadomień Dawców, należy wyróżnić:

- **obowiązek wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za nadzór nad procedurą zawiadamiania Dawców krwi,**
- **obowiązek prowadzenia ewidencji wysłanych zawiadomień umożliwiającej w jednoznaczny sposób uzyskanie informacji o aktualnym stanie procedury.**

Dokumentacja musi być gromadzona **w jednym konkretnie ustalonym miejscu** w Dziale Dawców i Pobierania, a w terenowych oddziałach pod nadzorem kierownika oddziału terenowego lub upoważnionego pracownika i **zabezpieczona przed dostępem nieuprawnionych** (nadanie upoważnień i dostęp wyłącznie zgodnie z zasadą wiedzy koniecznej). Niezbędne jest też prowadzenie **regularnych szkoleń z bezpieczeństwa informacji, w tym danych osobowych ze szczególnym uwzględnieniem organizacyjnych, fizycznych i technicznych środków służących bezpieczeństwu**<sup>209</sup>.

208 § 5 ust. 6-9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi i podrozdział 10.12 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, s. 156.

209 Podrozdział 3.4 obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, s. 47.



## Rozdział 4.

# Odnaczenia i uprawnienia Dawców krwi

### 4.1. Tytuły i odznaczenia Dawców krwi

Nieustannie podejmowane są różnego rodzaju działania mające na celu edukowanie społeczeństwa w zakresie honorowego krwiodawstwa, jak i zapewnienia odpowiedniego prestiżu honorowym Dawcom krwi. Krwiodawstwo w Polsce, podobnie jak w całej Europie, jest honorowe i dobrowolne, i co do zasady – nie może ono pociągać za sobą jakiegokolwiek gratyfikacji finansowej. Dlatego też każda decyzja o ewentualnym rozszerzeniu uprawnień przysługujących honorowym Dawcom krwi podejmowana jest w kontekście obowiązujących przepisów prawa krajowego i europejskiego. Stąd, uprawnienia dla honorowych dawców krwi należy rozpatrywać przede wszystkim w kontekście dowodów uznania i wdzięczności za oddaną krew i jej składniki. Drobne dowody uznania, napoje i zwrot kosztów podróży są zgodne z pojęciem dobrowolnego i nieodpłatnego oddawania krwi.<sup>210</sup> Również dodatkowym dowodem uznania i wdzięczności dla honorowych dawców krwi za oddaną krew lub jej składniki są wyróżnienia w postaci tytułów i odznaczeń.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami<sup>211</sup>, honorowym Dawcom krwi nadawana jest odznaka:

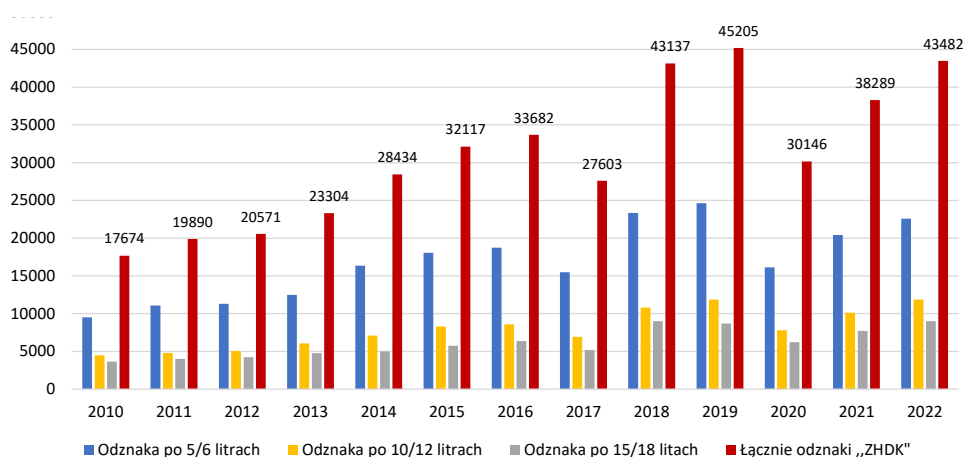
- „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” – wydawana przez Polski Czerwony Krzyż,
- „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” – nadawana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Liczba nadanych odznak w latach 2010-2022 wskazuje tendencję wzrostową, choć w roku 2017 oraz 2020 odnotowano spadek liczby nadań odznak „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” (Ryc. 4.1.).

---

210 Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, w celu podnoszenia norm bezpieczeństwa odnoszących się do krwi i składników krwi, Zalecenie nr R (95), 14 Komitetu Ministrów Rady Europy do państw członkowskich w sprawie ochrony zdrowia dawców i biorców w ramach transfuzji krwi, przyjętego w dniu 12 października 1995 roku.

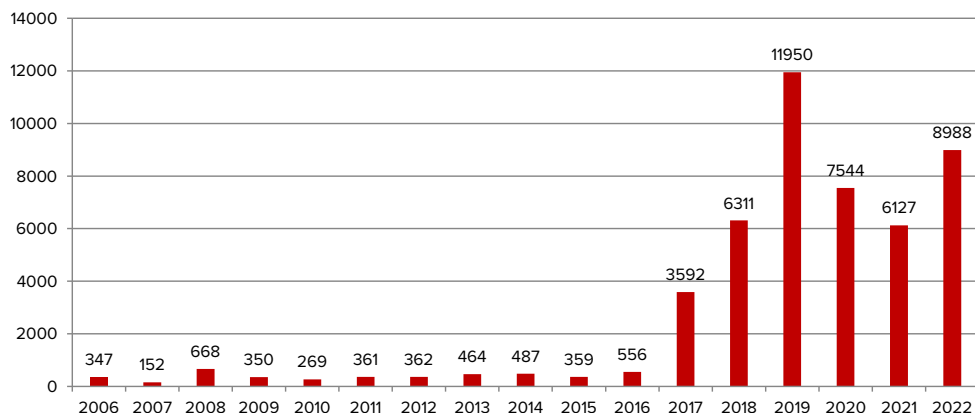
211 Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” (Dz. U. poz. 1677)



**Ryc. 4.1. Liczba nadanych odznak „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” w latach 2010-2022**

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NCK

Od roku 2017 zaczęła wzrastać liczba nadanych odznak „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”, co jest spowodowane zmianą w ustawie o publicznej służbie krwi i przyjęciem, że podstawą nadania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” od roku 2017 jest objętość oddanej krwi lub równoważnych jej składników (Ryc. 4.2.). W ocenie ustawodawcy obowiązek opisywania we wniosku zasług na rzecz propagowania honorowego krwiodawstwa w poprzednich latach był zbędny, bo już samo oddanie 20 litrów krwi (lub równoważnej jej ilości) stanowi dostateczny powód do otrzymania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”. Nie bez znaczenia była również trudność w weryfikowaniu opisywanych zasług na rzecz krwiodawstwa, która mogła skutkować uznaniowością w przyznawaniu odznak.



**Ryc. 4.2. Liczba nadanych odznak „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” w latach 2006-2022**

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NCK

W Tabeli 4.1. przedstawiono liczbę nadanych odznak „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” w latach 2017-2022 z podziałem na województwa.

**Tab. 4.1. Liczba nadanych odznak „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” w latach 2017-2022 z podziałem na województwa**

Województwo	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dolnośląskie	272	391	809	524	458	601
Kujawsko-pomorskie	376	722	888	374	377	538
Lubelskie	151	80	190	493	278	342
Lubuskie	118	98	291	162	122	148
Łódzkie	227	163	358	352	174	312
Małopolskie	184	471	922	550	567	821
Mazowieckie	521	628	1657	1161	955	1382
Opolskie	37	172	368	58	157	182
Podkarpackie	134	310	944	280	278	396
Podlaskie	224	293	508	517	115	259
Pomorskie	468	490	820	581	550	841
Śląskie	314	901	1613	1102	701	1494
Świętokrzyskie	30	115	344	143	118	138
Warmińsko-mazurskie	99	61	326	244	214	268
Wielkopolskie	229	1031	1207	794	681	922
Zachodnio-pomorskie	208	385	705	209	382	344
Łącznie	<b>3592</b>	<b>6311</b>	<b>11950</b>	<b>7544</b>	<b>6127</b>	<b>8988</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NCK

### **„Honorowy Dawca Krwi”**

Każdemu Dawcy krwi przysługuje tytuł „Honorowy Dawca Krwi”. Honorowy Dawca Krwi otrzymuje legitymację „Honorowego Dawcy Krwi” wydaną przez jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, w której Dawca krwi oddawał krew lub jej składniki.

### **„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”<sup>212</sup>**

Odznakę, wraz z legitymacją „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, wydaje Polski Czerwony Krzyż, na podstawie danych przekazanych przez jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, w której Dawca krwi oddał krew lub jej składniki o objętości

<sup>212</sup> Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.( Dz. U. z 2023 r. poz. 318 i 650), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz.1259)

uprawniającej do nadania tej odznaki. O wydaniu odznaki (wraz z legitymacją) Polski Czerwony Krzyż zawiadamia jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, która przekazała dane, będące podstawą jej nadania. Przekazanie danych przez jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi do Polskiego Czerwonego Krzyża wymaga zgody Dawcy krwi wyrażonej w formie pisemnej (patrz: Rozdział 3). Polski Czerwony Krzyż, w ramach realizacji zadania, prowadzi centralną ewidencję wydanych odznak i legitymacji oraz ich duplikatów.

### **Kto może otrzymać odznakę „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”?**

W Tabelach 4.2.-4.4. przedstawiono informacje dotyczące wymaganego litrażu oddanej krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość jej składników, uprawniającego do uzyskania poszczególnych odznak „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” (I, II i III stopnia), a Ryc. 4.3.-4.5. przedstawiają ich wzory.

**Tab. 4.2. Wymagania do uzyskania odznaki „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” III stopnia**

<b>„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”</b>		
<b>Rodzaj odznaki</b>	<b>Dawca krwi</b>	<b>Litraż oddanej krwi lub odpowiadająca tej objętości ilość jej składników</b>
„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” III stopnia	kobieta	5 litrów
	mężczyzna	6 litrów

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi



**Ryc. 4.3. Wzór odznaki i legitymacji „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” III stopnia**

Źródło: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259)

**Tab. 4.3. Wymagania do uzyskania odznaki „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” II stopnia**

„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”		
Rodzaj odznaki	Dawca krwi	Litraż oddanej krwi lub odpowiadająca tej objętości ilość jej składników
„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” II stopnia	kobieta	10 litrów
	mężczyzna	12 litrów

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

**Ryc. 4.4. Wzór odznaki i legitymacji „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” II stopnia**

Źródło: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259)

**Tab. 4.4. Wymagania do uzyskania odznaki „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” I stopnia**

„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”		
Rodzaj odznaki	Dawca krwi	Litraż oddanej krwi lub odpowiadająca tej objętości ilość jej składników
„Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” I stopnia	kobieta	15 litrów
	mężczyzna	18 litrów

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi



**Ryc. 4.5. Wzór odznaki i legitymacji „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” I stopnia**

Źródło: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259)

Wzory odznak i legitymacji wydawanych przez Polski Czerwony Krzyż w związku z honorowym dawstwem krwi określone były aktami wykonawczymi: *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 9 września 1999 roku w sprawie określenia wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki honorowej „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”<sup>213</sup>*, następnie *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki honorowej „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi”<sup>214</sup>* oraz obecnie obowiązującym *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259).

Dodatkowo, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi i niektórych innych ustaw<sup>215</sup> legitymacje „Honorowego Dawcy Krwi”, „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” I, II i III stopnia oraz „Honorowego Dawcy Krwi – Zasłużonego dla Zdrowia Narodu” wydane przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują ważność po tym dniu.

Wydana przez Polski Czerwony Krzyż legitymacja powinna być czytelna. W przypadku jej uszkodzenia czy zniszczenia, należy zwrócić się do Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, który – zgodnie z kompetencjami oraz dostępem do bazy danych – zweryfikuje nadanie legitymacji oraz wyda duplikat.

213 Dz. U. poz. 939

214 Dz. U. poz. 1324.

215 Dz. U. z 2016 r. poz. 823, z 2017 r. poz. 1524, z 2019 r. poz. 1590 oraz z 2020 r. poz. 1493.



### „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”

Odznakę „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”<sup>216</sup> nadaje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek:

- kierownika jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w której Dawca krwi oddał krew lub jej składniki o objętości uprawniającej do nadania odznaki;
- organów ogólnopolskich stowarzyszeń honorowych Dawców krwi.

W Tabeli 4.5. przedstawiono informacje dotyczące niezbędnego litrażu oddanej krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość jej składników uprawniającego do uzyskania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”, z kolei Rycina 4.6. przedstawia wzór odznaki i legitymacji.

**Tab. 4.5. Wymagania do uzyskania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”**

**Kto może otrzymać odznakę „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”?**

„Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”		
Rodzaj odznaki	Dawca krwi	Litraż oddanej krwi lub odpowiadająca tej objętości ilość jej składników
„Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”	kobieta	20 litrów
	mężczyzna	

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi

Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi, który oddał co najmniej 20 litrów krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość jej składników, może zostać nadana odznaka wraz z legitymacją „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

### **Wzór wniosku o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” przedstawiono w Załączniku nr 4**

Dotychczas wnioski o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” składane były w formie papierowej, opatrzone odręcznymi podpisaniami w poz. 7, 8 i 9. W przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego, w polu 7 Dawca krwi składa kwalifikowany podpis elektroniczny (w zakresie prawdziwości danych osobowych i wyrażenia zgody na wnioskowanie o odznaczenie), w polu 8 wpisuje się oznaczenie centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a w polu 9 oznaczenie wnioskodawcy.

<sup>216</sup> Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi. (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” (Dz. U. poz. 1677).



**Ryc. 4.6. Wzór odznaki i legitymacji „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”**

Źródło: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

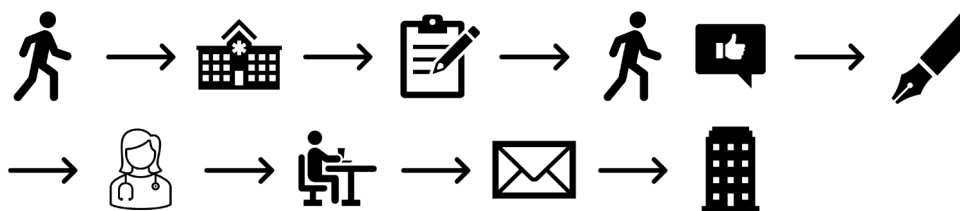
### **Procedura nadania odznaki Ministra Zdrowia „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”**

Istnieje kilka dróg/sposobów wnioskowania o odznakę „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”: za pośrednictwem Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (CKiK), co zostało zilustrowane graficznie na Rycinach 4.7. i 4.8., a także poprzez organy ogólnopolskich stowarzyszeń Honorowych Dawców Krwi (w tym PCK), co przedstawiono na Rycinach 4.9. i 4.10.

### **Graficzne przedstawienie drogi otrzymania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”**

**I sposób** – za pośrednictwem CKiK

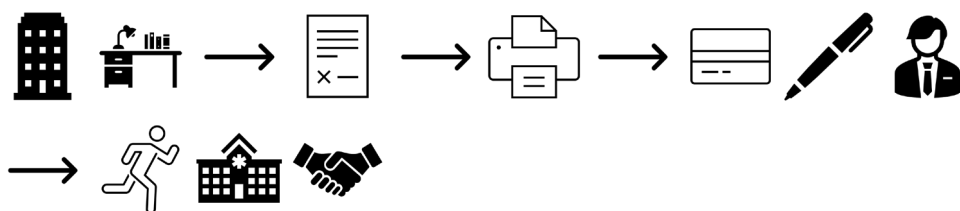
1. Dawca krwi → CKiK → wypełnienie wniosku → sprawdzenie danych przez Dawcę krwi → podpis Dawcy krwi → potwierdzenie litrażu przez osobę upoważnioną z Centrum → podpis wnioskodawcy → przekazanie wniosku do NCK



Ryc. 4.7. Droga wniosku od Dawcy do NCK (za pośrednictwem CKiK)

Źródło: opracowanie własne

2. NCK – wprowadzenie wniosku do systemu → weryfikacja wniosku → wydruk legitymacji → przekazanie do podpisu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia → przekazanie odznaki i legitymacji wnioskodawcy → w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia wnioskodawca lub osoba przez niego upoważniona wręcza odznakę Dawcy krwi



Ryc. 4.8. Droga wniosku/legitymacji i odznaki od NCK do Dawcy Krwi

Źródło: opracowanie własne

**II sposób** – organy ogólnopolskich stowarzyszeń honorowych Dawców krwi (w tym PCK)

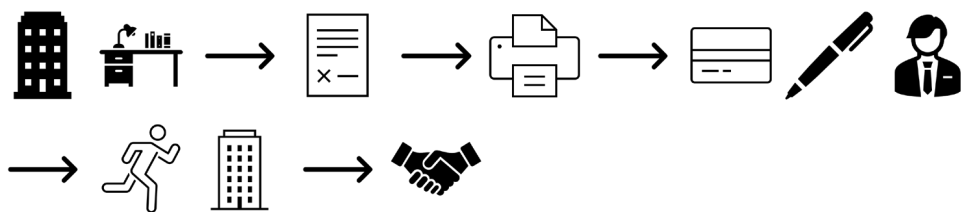
1. Dawca krwi → stowarzyszenie honorowych Dawców krwi → wypełnienie wniosku → sprawdzenie danych przez Dawcę krwi → podpis Dawcy krwi → przekazanie CKiK-owi wniosku w celu weryfikacji i potwierdzenia litrażu → CKiK po potwierdzeniu zwraca wniosek stowarzyszeniu honorowych Dawców krwi → podpis wnioskodawcy → przekazanie wniosku do NCK



Ryc. 4.9. Droga wniosku od Dawcy do NCK (za pośrednictwem organów ogólnopolskich stowarzyszeń honorowych Dawców krwi, w tym PCK)

Źródło: opracowanie własne

2. NCK – wprowadzenie wniosku do systemu → weryfikacja wniosku → wydruk legitymacji → przekazanie do podpisu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia → przekazanie odznaki i legitymacji wnioskodawcy → w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia wnioskodawca lub osoba przez niego upoważniona wręcza odznakę dawcy krwi



Ryc. 4.10. Droga wniosku/legitymacji i odznaki od NCK do Dawcy krwi

Źródło: opracowanie własne

#### O czym należy pamiętać:

- Wydruk aktualnego (zgodnego z obowiązującymi aktami prawnymi) wniosku o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.
- Wniosek musi być wypełniony prawidłowo żeby nie budził wątpliwości (w przypadku wypełniania odręcznie prosba o wyraźne, czytelne pismo).
- W przypadku składania wniosku w formie papierowej – własnoręczny podpis krwiodawcy w polu 7. W przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny Dawcy krwi (w zakresie prawdziwości danych osobowych i wyrażenia zgody na wnioskowanie o odznaczenie).
- Zweryfikowanie i potwierdzenie litrażu oddanej przez Dawcę krwi lub równoważnych ilości jej składników (w przeliczeniu na krew pełną) przez upoważnionego pracownika centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa zgłoszonego przez kierownika jednostki NCK-owi, podpis wraz z pieczętką. W przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
- Podpis oraz pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji wnioskodawcy. W przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie wnioskodawcy **Uwaga!** Wniosek złożony bezpośrednio **przez osobę**, której dotyczy **nie podlega rozpatrzeniu**, jako niezgodny z ustawą o publicznej służbie krwi. Krwiodawca nie może być Wnioskodawcą (Wnioskodawcami mogą być: kierownik jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w której Dawca krwi oddał krew lub jej składniki o objętości uprawniającej do nadania odznaki, organy ogólnopolskich stowarzyszeń honorowych Dawców krwi).
- Weryfikacja poprawności całego wniosku i wysłanie do NCK.
- Po otrzymaniu zwrotnie z NCK podpisanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia legitymacji i odznak należy pamiętać, żeby każdorazowo zapewnić uroczysty charakter wręczenia odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

#### Rekomendacje/propozycje usprawnień

- Należy pytać każdego Dawcę krwi, który oddał 20 litrów krwi lub jej składników, czy chce, aby CKiK wystąpiło o nadanie Dawcy odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” – po stronie CKiK. Wśród Dawców krwi znajdują się bowiem osoby, które oczekują zainteresowania w tym zakresie. Niezwykle istotne jest dla nich, aby to ze strony centrum krwiodawstwa pojawiła się propozycja i zapytanie, czy przygotować w imieniu Dawcy wniosek o przyznanie odznaczenia „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.

- Należy regularnie, raz na miesiąc lub na 2 miesiące, przekazywać wnioski do NCK, w celu skrócenia okresu rozpatrywania wniosku o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”.
- Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu to Zasłużony Honorowy Dawca Krwi, który oddał co najmniej 20 litrów krwi lub odpowiadającą tej objętości ilość jej składników, wobec czego należą mu się takie same uprawnienia jak Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi.

### **Duplikat legitymacji „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”**

Dawca krwi posiadający odznakę „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” wraz z legitymacją, nadaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w przypadku jej zniszczenia bądź utracenia może otrzymać jej duplikat.

W przypadku bezpośredniego zgłoszenia przez Dawcę krwi do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa zniszczenia lub utracenia legitymacji „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” należy zweryfikować dane Dawcy krwi, a następnie zwrócić się pisemnie do NCK, które zweryfikuje i potwierdzi nadanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia odznaki wraz z legitymacją „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”, a następnie wyda duplikat (o ile będą przesłanki, tj. poprawna weryfikacja i potwierdzenie). W przypadku bezpośredniego zgłoszenia przez Dawcę krwi Narodowemu Centrum Krwi zniszczenia lub utracenia legitymacji „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”, NCK zwróci się do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z prośbą o weryfikację danych Dawcy krwi, a następnie potwierdzi nadanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia odznaki wraz z legitymacją „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” i wyda duplikat (o ile będą przesłanki, tj. poprawna weryfikacja i potwierdzenie).

## **4.2. Uprawnienia Honorowych Dawców Krwi**

Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi i Honorowemu Dawcy Krwi przysługuje:

- zwolnienie od pracy oraz zwolnienie od wykonywania czynności służbowych w dniu, w którym oddaje krew, oraz w dniu następnym, a także na czas okresowego badania lekarskiego Dawców krwi<sup>217</sup>;
- zwrot utraconego zarobku na zasadach wynikających z przepisów prawa pracy;
- zwrot kosztów przejazdu do jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi na zasadach określonych w przepisach w sprawie diet i innych należności z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju; koszt przejazdu ponosi jednostka organizacyjna publicznej służby krwi;
- posiłek regeneracyjny<sup>218</sup>;
- możliwość odliczenia od podatku dochodowego darowizny w wysokości iloczynu kwoty rekompensaty<sup>219</sup>;

217 Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318).

218 *Ibidem*.

219 Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2647, 2687, 2745 oraz z 2023 r. poz. 28, 185 i 326).

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami do wysokości limitu finansowania – dotyczy Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi<sup>220</sup>;
- uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (w tym do leczenia sanatoryjnego) oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach – dotyczy Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi<sup>221</sup>.

### ***Dodatkowe przywileje: bezpłatne lub ulgowe korzystanie z komunikacji miejskiej***

W zależności od rozwiązań przyjętych w aktach prawa miejscowego, Honorowym Dawcom Krwi, Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi lub Honorowym Dawcom Krwi – Zasłużonym dla Zdrowia Narodu, mogą przysługiwać zwolnienia lub ulgi od opłat w korzystaniu z komunikacji miejskiej. Prawo do bezpłatnego lub ulgowego przejazdu funkcjonuje niemal w każdym większym, polskim mieście posiadającym publiczną komunikację miejską. Powyższy przywilej jest uregulowany na podstawie uchwał odpowiedniego organu stanowiącego (właściwej rady miasta). Każdy organ stanowiący niezależnie ustala zasady przyznawania ulg i zniżek na przejazdy komunikacją miejską, w tym dla Honorowych Dawców Krwi wraz z określeniem litrażu krwi lub składników krwi, jego sposób dokumentowania etc. Decyzję w zakresie powyższego uprawnienia podejmują organy samorządu publicznego autonomicznie w porozumieniu z lokalnym przewoźnikiem na podstawie analizy kosztów i ich wpływu na budżet danego miasta. Warto również zaznaczyć, że niektóre miasta mają zapewnioną komunikację miejską przez prywatnych przewoźników. Stąd, warto **weryfikować obowiązujące uprawnienia na danym terenie.**

### ***Najczęstsze zagadnienia związane z uprawnieniami Dawców krwi***

#### ***Zagadnienie 1. Dwa dni wolnego***

Uprawnienie to, czyli zwolnienie od pracy oraz zwolnienie od czynności służbowych **w dniu, w którym oddał krew lub jej składniki oraz w dniu następnym**, przysługuje wszystkim Honorowym Dawcom Krwi i jej składników, niezależnie od rodzaju donacji.

#### ***Zagadnienie 2. Usprawiedliwienie nieobecności w pracy z powodu oddawania krwi – w przypadku gdy nie doszło do oddania krwi***

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy<sup>222</sup> wydanym na podstawie art. 298 Kodeksu pracy, pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas oznaczony przez centrum krwiodawstwa w celu oddania krwi. Pracodawca jest również obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas niezbędny do przeprowadzenia

220 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 277), Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2555 i 2674.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” (Dz. U. z 2022 r. poz. 1211).

221 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 277).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 787).

222 Dz. U. z 2014 r., poz. 1632.

zaleconych przez centrum krwiodawstwa okresowych badań lekarskich, jeżeli nie mogą one być wykonane w czasie wolnym od pracy. Jednakże, **w przypadku gdy nie doszło do oddania krwi, pracodawca jest zobowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą wyłącznie na czas niezbędny do przeprowadzenia szczegółowego wywiadu lekarskiego i ewentualnych niezbędnych badań oraz dojazdu do najbliższego punktu pobierania krwi.**

### Zagadnienie 3. Wynagrodzenie za nieobecność w pracy Honorowego Dawcy Krwi

Zasady zwrotu zarobku dla Honorowych Dawców Krwi zostały określone w ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zgodnie z którą, Honorowemu Dawcy Krwi przysługuje zwrot utraconego zarobku na zasadach wynikających z przepisów prawa pracy. Jego wysokość ustala się w taki sam sposób, jak przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, czyli według zasad uregulowanych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 stycznia 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop<sup>223</sup>.

Ponadto, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 maja 1996 r. w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie pracy<sup>224</sup>: „Przy ustalaniu wynagrodzenia za czas zwolnienia od pracy oraz za czas niewykonywania pracy, gdy przepisy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia, stosuje się zasady obowiązujące przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop, z tym że składniki wynagrodzenia ustalone w wysokości przeciętnej oblicza się z miesiąca, w którym przypadło zwolnienie od pracy lub okres niewykonywania pracy”.

**Wobec powyższego wynagrodzenie pracownika za czas jego nieobecności w celu oddania krwi lub jej składników powinno być na takim samym poziomie, jakie w ramach stosunku pracy należne jest za urlop wypoczynkowy.**

### Zagadnienie 4. Wynagrodzenia za usprawiedliwioną nieobecność w pracy w związku z honorowym oddawaniem krwi przy nagrodach typu „13”

Do podstawy ustalenia wysokości nagrody rocznej nie dolicza się wynagrodzenia za czas usprawiedliwionej nieobecności w pracy nie będącej urlopem wypoczynkowym. W przypadku innej usprawiedliwionej nieobecności pracownik zachowuje prawo do należnego mu za ten dzień wynagrodzenia, jednak usprawiedliwiona nieobecność nie oznacza faktycznego (efektywnego) wykonywania pracy, a tylko świadczy o pozostawaniu w stosunku pracy. W uchwale z dnia 25 lipca 2003 r. (sygn. akt III PZP 7/03, OSNP 2004 r./2/26), w ocenie Sądu Najwyższego jakakolwiek inna usprawiedliwiona nieobecność w pracy z innych przyczyn nie uprawnia pracownika do zaliczenia tego dnia do podstawy ustalenia nagrody rocznej. W omawianym przypadku Honorowy Dawca Krwi, który korzysta z przywileju wolnego od pracy, otrzymuje za ten czas należne mu wynagrodzenie, jednak czas ten traktowany jest jak usprawiedliwiona nieobecność w pracy.

<sup>223</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 stycznia 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop (Dz. U. Nr 2 poz. 14, z późn. zm.).

<sup>224</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 927.



Jak już wyjaśniano wcześniej, przy ustalaniu wynagrodzenia za czas zwolnienia od pracy oraz za czas niewykonywania pracy, gdy przepisy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia, stosuje się zasady obowiązujące przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop, z tym że składniki wynagrodzenia ustalane w wysokości przeciętnej oblicza się z miesiąca, w którym przypadło zwolnienie od pracy lub okres niewykonywania pracy. Powyższy pogląd znajduje potwierdzenie w stanowisku Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wynagrodzeń za usprawiedliwioną nieobecność w związku z honorowym oddaniem krwi przy wyliczaniu dodatkowego wynagrodzenia rocznego, tzw. trzynastki, z dnia 31 sierpnia 2016 r. (K8INT4990/16), gdzie wskazano, że **nie ma podstaw prawnych do uwzględnienia wynagrodzenia za czas usprawiedliwionej nieobecności w pracy, w tym nieobecności związanej z honorowym oddawaniem krwi, przy obliczaniu dodatkowego wynagrodzenia rocznego.**

#### Zagadnienie 5. Dni wolne z tytułu honorowego krwiodawstwa w kontekście emerytury.

Mając na względzie przedstawione w Zagadnieniach 2, 3 i 4 informacje, Honorowy Dawca Krwi, korzystając ze zwolnienia od pracy w dniu, w którym oddaje krew, nadal pozostaje w okresie ubezpieczenia (składkowym). **Tym samym dzień wolny udzielony przez pracodawcę pracownikowi będącemu krwiodawcą nie powoduje dla pracownika negatywnych skutków w zakresie emerytur i rent. Okres ten jest bowiem uwzględniany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarówno przy ustalaniu prawa do świadczeń emerytalno-rentowych, jak i ich wysokości.**

#### Zagadnienie 6. Zwrot kosztów przejazdu, sposób obliczenia trasy, środek transportu, ustalanie wysokości zwrotu kosztów przejazdu

Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi i Honorowemu Dawcy Krwi przysługuje zwrot kosztów przejazdu do jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi na zasadach określonych w przepisach w sprawie diet i innych należności z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju, a koszt przejazdu ponosi CKiK.

Ponadto, zgodnie z zasadami zwrotu kosztów przejazdu do CKiK, wypracowanymi przez Zespół ds. ujednoczenia zasad zwrotów kosztów przejazdu Dawcy do CKiK, Dawcy krwi przysługuje zwrot kosztów przejazdu z miejsca stałego pobytu (miejsca zamieszkania) do najbliższego CKiK i z powrotem.

**Sposób obliczenia trasy:** najbliższe CKiK – adres zamieszkania Dawcy krwi podany podczas rejestracji. Zwrot przysługuje również Dawcom oddającym krew w czasie wyjazdowych akcji pobierania krwi (z wyłączeniem akcji organizowanych w miejscach pracy lub nauki), na tych samych zasadach: miejsce zamieszkania – miejsce akcji wyjazdowej jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi (jopsk). Wysokość kosztów zwrotu przejazdu ustalana jest na podstawie przedłożonego biletu komunikacji publicznej (miejskiej, PKS, II klasa PKP), przy czym przyjmuje się, iż podróż powinna odbywać się najtańszym dostępnym dla Dawcy krwi środkiem komunikacji.

Dopuszcza się dokonanie zwrotu kosztów przejazdu innymi środkami transportu, np. samochodem, na podstawie decyzji dyrektora CKiK, podjętej w uzgodnieniu z Dawcą, w szczególności:

- gdy Dawca ma utrudniony dojazd środkami publicznego transportu do Centrum,
- gdy nie może oddać krwi lub jej składników w godzinach i dniach, które obowiązują w najbliższym CKiK (oddział terenowy, ekipa wyjazdowa) oraz
- w wyjątkowych, uzasadnionych medycznie, przypadkach związanych z pilnym zapotrzebowaniem na krew lub jej składniki na ratunek życia.

### Zagadnienie 7. W jaki sposób dokonać odliczenia darowizny na cele krwiodawstwa?

Honorowy Dawca Krwi ma możliwość odliczenia od podatku dochodowego darowizny w wysokości iloczynu kwoty rekompensaty, określonej przepisami wydanymi na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, i litrów oddanej krwi lub równoważnej ilości jej składników przeliczonej zgodnie z art. 8 tej ustawy – w wysokości dokonanej darowizny, nie więcej jednak niż kwoty stanowiącej 6% dochodu. W tym celu należy wystąpić do centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa o wystawienie zaświadczenia o ilości oddanej krwi celem odliczenia od podatku dochodowego darowizny w wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew. Odliczenia z tytułu oddania krwi dokonuje się w stosownym zeznaniu podatkowym (zwykle PIT-36, PIT-37 lub PIT-28) oraz należy dodatkowo wypełnić załącznik PIT/O, w którym wykazuje się kwotę odliczenia w ramach darowizny krwi oraz dane obdarowanego. W przypadku tej ulgi, obdarowanym jest centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w którym podatnik oddał krew. Wysokość ulgi oblicza się mnożąc ilość faktycznie oddanej honorowo krwi przez przyjęty dla tej ulgi przelicznik, w postaci obowiązującej kwoty rekompensaty za litr pobranej krwi (130 zł), zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2017 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi lub jej składników wykonania zabiegu uodpornienia Dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości rekompensaty, wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332 oraz z 2016 r. poz. 823).<sup>225</sup>

### Zagadnienie 8. Leki refundowane – wysokość refundacji oraz limity ceny leku

Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami do wysokości limitu finansowania określonego w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych<sup>226</sup>. Zgodnie z art. 6 ust. 2 wymienionej ustawy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny, dla którego wydana została decyzja administracyjna o objęciu refundacją w zakresie nadanej kategorii dostępności refundacyjnej, jest wydawany świadczeniobiorcy:

- bezpłatnie,
- za odpłatnością ryczałtową,
- za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania – do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania.

Zgodnie z art. 37 wzmiankowanej ustawy minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, wykaz refundowanych: leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Wymienione obwieszczenie jest ogłaszane raz na 2 miesiące w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Limit ceny leku jest górną granicą kwoty refundowanej za dany lek. Jeżeli cena detaliczna leku refundowanego jest wyższa od ustalonej wysokości limitu finansowania

<sup>225</sup> Dz. U. 2017.235 z dnia 2017.02.09.

<sup>226</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022.2561 t.j. z dnia 2022.12.09), Dz. U. z 2022 r. poz. 463, 583, 974.

tego leku, pacjent dopłaca różnicę między ceną leku a limitem. Wysokość refundacji oraz limity ceny leku przysługujące z tytułu posiadania dodatkowych uprawnień, np. dla Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi można sprawdzić na portalu informacyjnym <http://bil.aptek.pl>.

Należy również zauważyć, że świadczeniobiorcom, którzy posiadają tytuł „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” lub „Zasłużony Dawca Przeszczepu” przysługują bezpłatne leki regenerujące układ krwiotwórczy do wysokości limitu. Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” uwzględnia preparaty witaminowe, kwasu foliowego oraz żelaza.

### Zagadnienie 9. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>227</sup>, Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi przysługują uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej (w tym do leczenia sanatoryjnego) oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Należy dodać, że „prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością dotyczy wyłącznie przypadków, gdy świadczeniobiorca po raz pierwszy zgłasza się z danym problemem zdrowotnym do świadczeniodawcy (art. 19a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje możliwość uzyskania terminu poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, tylko przy ustalaniu pierwszego terminu udzielenia świadczenia). W przypadku, gdy świadczeniobiorca jest już objęty leczeniem, przy wyznaczaniu kolejnych terminów traktowany jest jako osoba kontynuująca leczenie, i jedynie wskazania medyczne (plan leczenia) powinny mieć wpływ na wyznaczenie terminu kolejnego świadczenia”.

Jak stanowi art. 5 pkt 1 tej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej rozumieć należy udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Z kolei świadczeniami specjalistycznymi, w rozumieniu art. 5 pkt 36 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zatem reguły wynikające z przepisów art. 47c ust. 2, odnoszą się do świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w szpitalu. Wobec powyższego oraz zgodnie z § 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

227 Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, i 658.

z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>228</sup>, podmioty medyczne są zobowiązane wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na ich podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów, określonymi przez Prezesa NFZ. Ustęp 3 przywołanego przepisu zobowiązuje świadczeniodawców do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów. Zatem, respektowanie prawa do korzystania ze świadczeń poza kolejnością przez osoby wymienione w art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest oczywistym obowiązkiem świadczeniodawców. Podmioty lecznicze są odpowiedzialne za przyjęcie w swoich jednostkach rozwiązań organizacyjnych umożliwiających tej grupie pacjentów korzystanie ze świadczeń poza kolejnością. Zasada ta powinna dotyczyć zarówno etapu rejestracji, jak również ustalania czasu oczekiwania na dane świadczenie. Działania o charakterze informacyjnym, a także przypominającym o obowiązku podejmowania przez świadczeniodawców działań wynikających z prawa pierwszeństwa w korzystaniu ze świadczeń przez osoby wymienione w art. 47c ustawy o świadczeniach, prowadzi również Narodowy Fundusz Zdrowia. Komunikaty dotyczące kwestii szczególnych uprawnień, jak również wynikających z nich obowiązków świadczeniodawców, dostępne są na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W przypadku nieprzestrzegania przez podmioty lecznicze uprawnień przysługujących Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi, należy interweniować bezpośrednio u kierowników placówek, w których realizowane są świadczenia. Ponadto, informacje o nieprzestrzeganiu przez placówki NFZ przepisów dotyczących uprawnień tej grupy pacjentów, można złożyć do Sekcji Skarg i Wniosków w oddziale wojewódzkim NFZ, właściwym ze względu na siedzibę świadczeniodawcy: pocztą, faksem, e-mailem lub za pośrednictwem e-PUAP. Dane kontaktowe do oddziałów dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/kontakt/oddzialy-nfz](http://www.nfz.gov.pl/kontakt/oddzialy-nfz).



## Rozdział 5.

# Obraz krwiodawstwa w świetle wyników badań

### 5.1. Na jakiej podstawie opieramy wnioski?

We wstępie i rozdziałach poprzedzających zidentyfikowaliśmy uwarunkowania oraz szereg wyzwań stojących przed systemem krwiodawstwa i krwiolecznictwa, ze szczególnym uwzględnieniem centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, jako istotnego elementu systemu.

Głównym celem niniejszego projektu, w ramach którego powstała ta publikacja, jest doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W Rozdziale 5 skupiamy się na obsłudze Dawców, tak by przybliżyć się do spełnienia ich oczekiwań w zakresie aspektów pozamedycznych.

Aby zbadać sytuację w interesującym nas obszarze przeprowadziliśmy interdyscyplinarne, rzetelne, wiarygodne badania o charakterze ilościowym i jakościowym. Warunkiem uznania badań za prawdziwe jest zastosowanie odpowiedniej procedury prowadzenia badań, zgodnej z naukową metodyką.

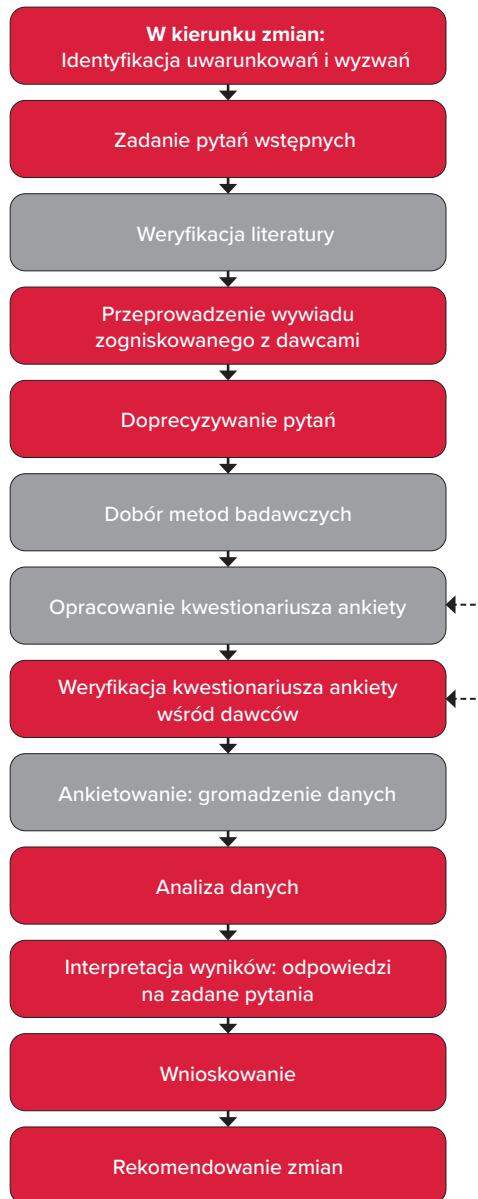
Wymóg interdyscyplinarności badań mógł być zrealizowany dzięki licznemu zespołowi badawczemu, reprezentującemu różne obszary nauki: humanistyczne, społeczne: ekonomia i zarządzanie, medyczne i o zdrowiu. W skład zespołu wchodziłi specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, zarządzania, logistyki, marketingu, psychologii, transfuzjologii klinicznej oraz statystyki.

Poznanie poglądów i opinii Dawców, którzy są najważniejszym podmiotem systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, stanowi podstawę do zaproponowania zmian wynikających z tych badań oraz z opinii ekspertów.

Poszukiwaliśmy odpowiedzi na następujące pytania:

- *Jak Dawcy oceniają wymiar materialny, profesjonalizm, kulturę osobistą, budowanie i utrzymywanie relacji, empatię i indywidualne podejście, z punktu widzenia stanu faktycznego oraz ich oczekiwań zmiany, w stosunku do wymienionych aspektów analizy?*
- *Jakie są główne:*
  - *motywy przyłączania się do grona krwiodawców?*
  - *korzyści niematerialne i materialne bycia krwiodawcą?*
  - *przyczyny braku decyzji innych osób o oddawaniu krwi?*
- *Co, kiedy i jak należałoby zmienić w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa?*

Rycina 5.1. przedstawia, co dokładnie i w jakiej kolejności zrobiliśmy oraz w jaki sposób pomogło to nam w interpretacji wyników, formułowaniu wniosków oraz w rekomendacji zmian. Kolorem niebieskim zaznaczyliśmy te elementy procesu badawczego, w których doświadczenie poszczególnych członków Zespołu było ważnym aspektem.



**Ryc. 5.1. Procedura badań**

Źródło: opracowanie własne

Ostateczny kształt kwestionariusza ankiety powstał po wcześniejszych rozmowach z pracownikami centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, wywiadach zogniskowanych z Dawcami i organizatorami pobierania krwi w akcjach wyjazdowych.

W wyniku tych działań udało się sprawdzić, czy pytania zawarte w ankiecie są zrozumiałe dla respondentów, czy odpowiadają na sformułowane przez nas pytania badawcze oraz czy są wystarczająco precyzyjne, by być poddane następnie badaniom analizy ilościowej i jakościowej. Po uwzględnieniu wniosków wynikających z tych działań powstał gotowy kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części merytorycznych



oraz pytań metryczkowych (socjometrycznych, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania itp.). O ile części merytoryczne zazwyczaj nie wywołują kontrowersji, o tyle pytania metryczkowe często pobudzają do refleksji w zakresie pozyskiwanych informacji o charakterze osobistych dotyczących osób wypełniających ankietę. Zakres gromadzonych informacji dostosowaliśmy wyłącznie do potrzeb przyszłego wnioskowania i uzyskania odpowiedzi na pytania o preferencje różnych grup<sup>229</sup>. Tak przygotowaną ankietę poddaliśmy dodatkowo testowi kompletności i odporności<sup>230</sup> na przypadkowe błędne interpretacje, żeby mieć pewność, że opracowane narzędzie jest adekwatne do założonego celu. Na podstawie tych działań dokonaliśmy jeszcze drobnych doprecyzowań, a po ich zakończeniu rozpoczęliśmy ogólnopolskie badania, które przeprowadzali koordynatorzy, zgłoszeni przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W badaniu uwzględniono strukturę demograficzną Dawców (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) oraz częstotliwość oddawania krwi, jak również preferowane miejsce oddawania krwi i jej składników. Liczba Dawców, których poproszono o wypełnienie ankiety w każdym z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa zależna była od liczby Dawców krwi i jej składników w danym RCKiK w uprzednim roku<sup>231</sup>. W ten sposób spodziewaliśmy się, że pozyskane opinie i poglądy są bliskie faktycznym poglądom krwiodawców, a sylwetki poszczególnych Dawców krwi w zidentyfikowanych kohortach można uznać za wzorcowe dla badanych grup.

Badania ankietowe, przeprowadzone zostały we wszystkich 21 regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce. W badaniu łącznie uczestniczyło 2500 respondentów, a ogólnopolskie badanie zostało przeprowadzone w grudniu 2022 r.<sup>232</sup>. Liczba respondentów, którzy udzielili odpowiedzi, w podziale na województwa została przedstawiona na Ryc. 5.2. Liczba przebadanych jest pochodną wielkości obszaru geograficznego, na którym dane centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa działa (właściwość miejscowa). W województwach dolnośląskim, mazowieckim, pomorskim, śląskim oraz wielkopolskim działają po dwa centra krwiodawstwa, jednak dla ujednolicenia prezentacji i możliwości przedstawienia liczebności w podziale administracyjnym liczebność krwiodawców z działających w województwie Centrów została zsumowana.

---

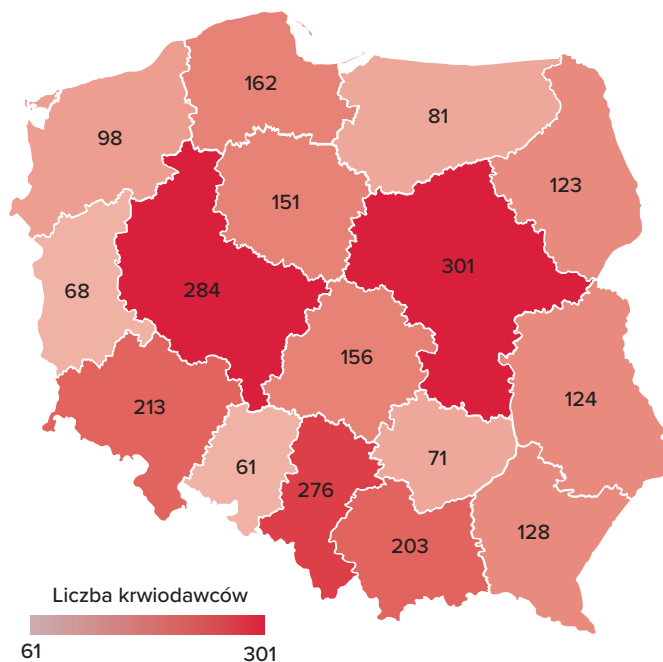
229 Termin stosowany w statystyce i naukach stosujących ją (demografia, medycyna), oznaczający zbiór obiektów, grup (najczęściej ludzi), wyodrębniony z populacji z uwagi na zachodzące jednocześnie dla całego zbioru wydarzenie lub proces w celu przeprowadzenia analizy.

230 W tym celu zaproszono wybranych (z uwzględnieniem charakterystyk demograficznych) Dawców, do wypełnienia ankiety i rozpoznania, czy interpretacja pytań jest zgodna z oczekiwaniami twórców ankiety. Ponadto, po dokonaniu pierwszej korekty ankiety, ze względów przezorności badawczej dodatkowo przeprowadziliśmy badanie w jednym wybranym Centrum, żeby upewnić się, że większa grupa respondentów nie zgłasza problemów interpretacyjnych.

231 Pod uwagę braliśmy procentowy udział Dawców w konkretnym regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa względem ogólnej populacji Dawców w Polsce w systemie cywilnego krwiodawstwa. Dane pochodziły z formularza MZ-42 za rok 2021.

232 Warto wskazać, że badania te wypełniają ogromną lukę, ponieważ w Polsce – jak do tej pory – brakuje kompleksowych analiz i badań charakteryzujących sylwetki krwiodawców oraz identyfikujących kluczowe działania mające na celu zwiększenie częstotliwości donacji u Dawców dotychczasowych oraz pozyskanie nowych Dawców.

RCKiK	Liczba ankiet
Białystok	123
Bydgoszcz	151
Gdańsk	122
Kalisz	95
Katowice	221
Kielce	71
Kraków	203
Lublin	124
Łódź	156
Olsztyn	81
Opole	61
Poznań	189
Racibórz	55
Radom	51
Rzeszów	128
Słupsk	40
Szczecin	98
Wałbrzych	53
Warszawa	250
Wrocław	160
Zielona Góra	68
<b>RAZEM</b>	<b>2 500</b>



**Ryc. 5.2. Liczba krwiodawców, którzy wypełnili kwestionariusz ankiety w poszczególnych województwach**

Źródło: opracowanie własne

Zgromadzone dane poddaliśmy analizie ilościowej z wykorzystaniem metod statystycznych oraz jakościowych.

## 5.2. Czego dowiedzieliśmy się z badań?

Dawcy krwi w swojej grupie są różnorodni pod wieloma względami, tak jak to możemy obserwować w dowolnej społeczności. Niemniej z punktu widzenia kształtowania długotrwałych relacji z nimi, warto poznać ich charakterystykę i preferowany

przez nich model zachowań prospołecznych. To jedna z przyczyn poszukiwania pewnego „wzorca” (profilu) Dawcy – to pierwszy powód naszych wysiłków badawczych. Drugim powodem jest śledzenie zmian, które mogą powodować, że z czasem ten „wzorec” będzie ulegał zmianom i być może trzeba będzie zweryfikować, czy dotychczasowe narzędzia, w tym komunikacyjne, równie dobrze spełniają swoje zadania, jak to było dotychczas.

Na zmianę postaw Dawcy może mieć wpływ wiele czynników, np. zmiany obserwowane w populacji polskiej – demograficzne, psychograficzne oraz behawioralne. Ponadto, pojawiające się czasowe dyskwalifikacje wśród Dawców również mogą kształtować ich postawę. Do najczęstszych powodów dyskwalifikacji czasowej można zaliczyć: zbyt niskie stężenie hemoglobiny, wysoka/niska liczba leukocytów, przyjmowanie leków, niskie ciśnienie tętnicze itp. czy też przebywanie na terenie endemicznego występowania chorób zakaźnych<sup>233</sup>.

Celem opracowania jest określenie działań, które – kształtując długotrwałe relacje z Dawcami – zapewniły jednocześnie cel funkcjonowania systemu krwiodawstwa. Bezpieczeństwo zdrowotne państwa określane dostępnością odpowiedniej grupy krwi, spełniając kryteria opisujące dostępność logistyczną, musi uwzględniać przesłanki różnicowania typów Dawców<sup>234</sup>.

Dawców krwi łączy wspólnota w oddawaniu krwi. Ustalenie sylwetki (wzorca) oraz modelu zachowań pozwoli wyszukiwać w grupie osób, które nie mają jeszcze za sobą doświadczenia w oddawaniu krwi potencjalnych Dawców.

W procesie podziału (segmentacji<sup>235</sup>) Dawców krwi, biorąc pod uwagę przede wszystkim kryterium demograficzne, uwzględnić należy wiek, który zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi<sup>236</sup> wynosi 18-65 lat<sup>237</sup>, przy czym najczęściej w celach statystycznych i sprawozdawczych Dawców krwi dzieli się na trzy grupy wiekowe: (1) 18-24, (2) 25-44 oraz (3) 45-65 lat<sup>238</sup>. Wśród próby badawczej liczebność w poszczególnych grupach wiekowych zaprezentowano na Ryc. 5.3.

---

233 na podstawie: Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021- 2026, Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia, Warszawa 2020 r. oraz danych ze sprawozdań, o których mowa w art. 27 ustawy o publicznej służbie krwi.

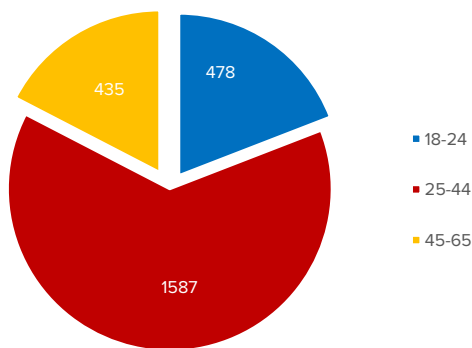
234 Krew lub jej składniki powinny być dostępne we właściwym: czasie, miejscu, ilości, jakości, dla właściwego pacjenta, we właściwej grupie. Jest to transformacja zasady 7W z logistyki gospodarczej (w tym przypadku dodajemy kwestie ceny i właściwego produktu). Przy podejściu charakterystycznym dla logistyki społecznej z zestawu warunków eliminujemy składnik cenowy, szczególnie gdy mamy do czynienia z ratowaniem życia i zdrowia pacjenta (a nie z planowanym zabiegiem).

235 Segmentacja jest procesem polegającym na podziale Dawców na względnie jednorodny grupy, na których oddziaływać należy odmiennymi instrumentami (np. różnymi kanałami komunikacji). Wyodrębnienie segmentów Dawców krwi pozwala łatwiej do nich dotrzeć z komunikatami propagującymi honorowe krwiodawstwo, co w konsekwencji służy pozyskiwaniu Dawców krwi.

236 Dz. U. z 2022 r. poz. 1279.

237 Załącznik nr 2 Kryteria kwalifikowania kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi do pobierania krwi oraz przeciwwskazania do pobierania krwi do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1279).

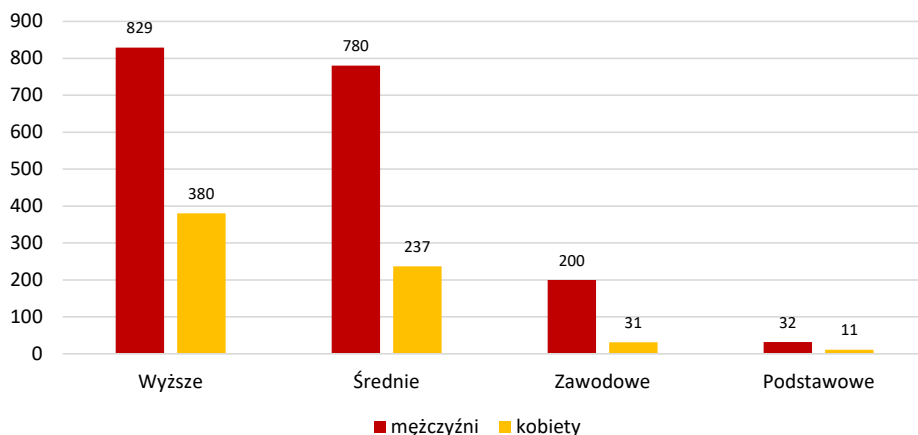
238 Podział tak zdefiniowanych grup wiekowych wynika z *Global status report on blood safety and availability*.



**Ryc. 5.3. Struktura próby badawczej ze względu na wiek respondentów**

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że istnieje istotna zależność (potwierdzona testem statystycznym chi-kwadrat<sup>239</sup>) między wiekiem a częstotliwością oddawania krwi (Ryc. 5.3.). Najwięcej wielokrotnych Dawców krwi jest w grupie wiekowej 25-44 lat. Ta grupa to osoby w wieku produkcyjnym, zazwyczaj posiadające ustabilizowane życie zawodowe i osobiste. Ponadto, osoby w tym wieku mają silne poczucie odpowiedzialności i chęć pomagania innym, co może stanowić istotny czynnik stymulujący do oddawania krwi. Warto zwrócić również uwagę na to, że osoby z tego przedziału wiekowego są świadome potrzeb zdrowotnych i zachowania zdrowego stylu życia. Wśród tej grupy badanych przeważały osoby z wykształceniem wyższym, niewiele mniej osób posiadało wykształcenie średnie. Wykształcenie może być zatem przesłanką świadomego krwiodawstwa i poczucia odpowiedzialności za siebie i społeczeństwo (Ryc. 5.4.).

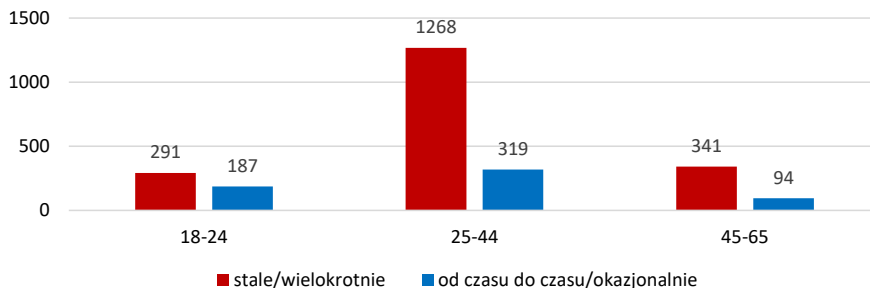


**Ryc. 5.4. Struktura próby badawczej ze względu na płeć i wykształcenie**

Źródło: opracowanie własne

<sup>239</sup> Test niezależności chi-kwadrat ma na celu ustalenie istnienia zależności pomiędzy dwiema zmiennymi kategorialnymi. W teście tym poddaje się weryfikacji hipotezę o występowaniu lub braku zależności pomiędzy zmiennymi.

Wraz z wiekiem pojawiają się problemy zdrowotne (np. choroby układu krążenia, w tym choroby serca czy nadciśnienie tętnicze), które utrudniają, a czasem uniemożliwiają oddawanie krwi. Stąd odnotowywany spadek skłonności do oddawania krwi wraz z wiekiem wydaje się być zjawiskiem naturalnym (Ryc. 5.5.). Z wiekiem maleje także mobilność ludzi, co może ograniczać możliwość dotarcia do centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.



**Ryc. 5.5. Wiek a częstotliwość oddawania krwi**

Źródło: opracowanie własne

Badania ujawniły również motywy jakimi kierowali się Dawcy oddając krew, a mianowicie:

1. Chęć czynienia dobra.
2. Zachęta poprzez kampanie promujące honorowe krwiodawstwo na plakatach, billboardach, ulotkach, reklamach w mediach społecznościowych i tradycyjnych.
3. Chęć naśladownictwa Dawców krwi, bo ci budzą szacunek i uznanie.
4. Zachęty cenionych osób publicznych (aktorów, sportowców, muzyków).
5. Tradycje rodzinne.
6. Odpowiedź na zorganizowane akcje oddawania krwi w pobliżu miejsca zamieszkania, szkoły lub pracy.
7. Chęć zyskania poszanowania i uznania społecznego.

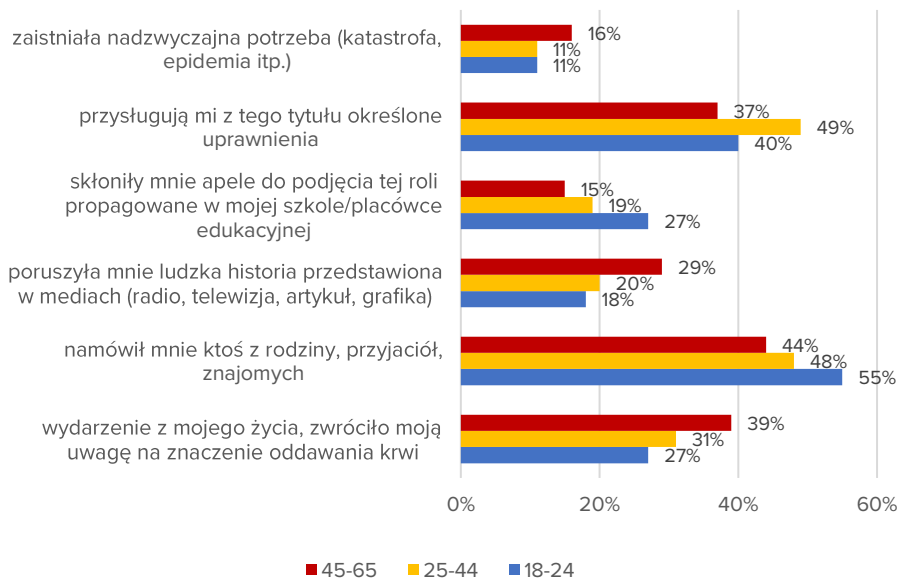
Powyższe motywy stanowią specyficzną mieszankę grup zarówno prospołecznych (1), jak i kierowanych budowaniem reputacji w środowisku (3, 5), z otrzymywaniem samolubnej przyjemności z „czynienia dobra” (7), są reakcją na apel/wezwanie (2, 6), czy tworzeniem wizerunku (3), naśladownictwem idoli (4). Taki stan rzeczy z jednej strony wskazuje na zróżnicowanie sylwetek Dawców, z drugiej zaś pozwala na wyodrębnienie istotnych elementów ich charakteryzujących. Taka wiedza pozwala na świadome kształtowanie narzędzi komunikacyjnych spełniających oczekiwania Dawców i maksymalizujących korzyści systemu krwiodawstwa. Na tym tle zaskakującym może być wrażenie braku postaw altruistycznych (kierowania się w postępowaniu, którego celem jest niesienie pomocy innym i bezinteresowna gotowość do poświęceń), które *de facto* nie są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania systemu. Istotne natomiast są zachowania prospołeczne Dawców, czyli postępowania, które mają przynieść korzyść innej osobie lub grupie osób. Pojęcie altruizmu jest węższe niż zachowanie prospołeczne i odnosi się do sytuacji, w której osoba pomagająca nie doświadcza widocznych korzyści za swoje zachowanie<sup>240</sup>. Część Dawców oddając krew kieruje się również możliwością wykorzystania przysługujących im dodatkowych uprawnień.

240 <https://openstax.org/books/psychologia-polsreakcją-na-apelka/pages/12-8-zachowania-pomocne> (dostęp 15.06.2023).

Wiek jest dodatkowym czynnikiem różnicującym motywów oddawania krwi. Takie motywacje mogą pojawiać się w związku z (Ryc. 5.6.):

- wydarzeniami z życia, które zwróciły uwagę na znaczenie oddawania krwi;
- wpływem bliskich osób na decyzje o oddawaniu krwi;
- historiami przedstawionymi w mediach, które poruszyły wrażliwość, współczucie i inne przesłanki pobudzające do oddania krwi;
- apelami o oddawanie krwi, ogłaszanymi w szkole lub jednostce edukacyjnej;
- zaistniałymi nadzwyczajnymi potrzebami wymagającymi wspólnego wysiłku w celu ratowania życia i zdrowia ludzi (katastrofy, epidemie). Niemniej nie są one bardziej istotne niż wpływ najbliższych oraz możliwość skorzystania z przysługujących Dawcom uprawnień.

Ponadto, wspomniane powyżej uprawnienia, które przysługują z tytułu oddawania krwi mogą być motywem do mobilizacji w zakresie oddawania krwi.



**Ryc. 5.6. Motywy oddawania krwi w podziale na grupy wiekowe**

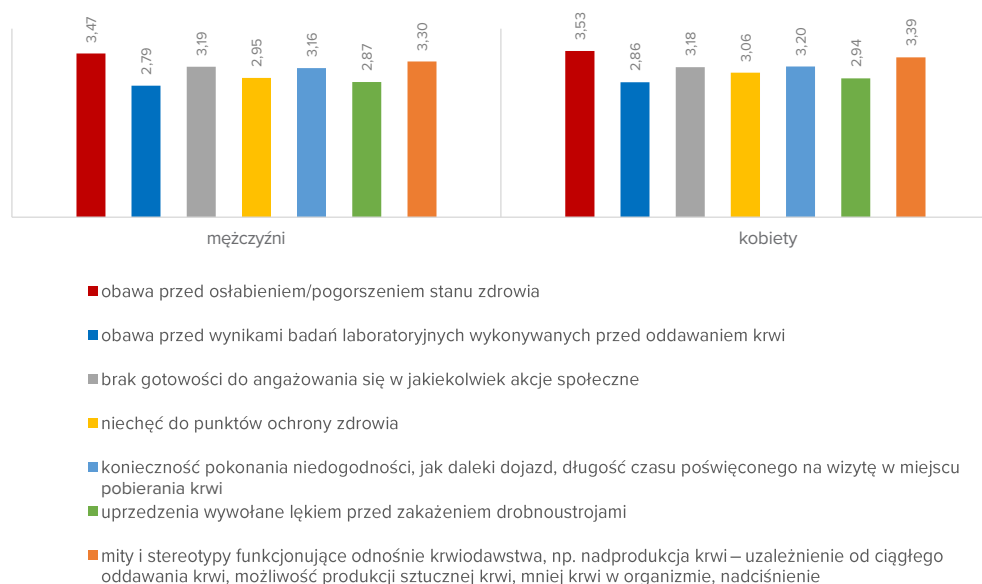
Źródło: opracowanie własne

Wśród powyżej omówionych motywów warto zwrócić uwagę na dwie grupy, których udział w podjęciu decyzji o oddaniu krwi jest najmniejszy: katastrofy, epidemie i inne nadzwyczajne zdarzenia (11-16%) oraz działania edukacyjne (15-27%). W tych dwóch grupach jedna może być kształtowana w sposób celowy – zwiększenie wiedzy i świadomości na temat potrzeb krwi oraz korzyści płynących z jej oddawania, może pomóc w pozyskiwaniu Dawców z różnych grup wiekowych. Kampanie edukacyjne i akcje informacyjne (które są realizowane) pomagają w budowaniu pozytywnego wizerunku oddawania krwi oraz w uświadamianiu, że każda jednostka krwi jest cenna i może uratować ludzkie życie.

Komunikując się z konkretnymi grupami docelowymi Dawców należy wykorzystać różne kanały komunikacji, dostosowane do profilu danych grup, wykorzystując portale społecznościowe, strony internetowe, ulotki, plakaty, spoty telewizyjne i radiowe. Niezależnie od grupy wiekowej budowanie zaufania do centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa powinno bazować na informacjach przedstawiających standardy bezpieczeństwa

Dawców i jakości ich obsługi oraz prezentujących korzyści dla jednostki i społeczeństwa, przekazywanych zrozumiałym dla danej grupy docelowej językiem, wykorzystując właściwe kody kulturowe.

Niezależnie od wieku badani odczuwali podobne obawy w zakresie negatywnych skutków oddawania krwi. Respondenci najbardziej obawiali się osłabienia i pogorszenia stanu zdrowia oraz zagrożeń rozpowszechnianych w rozmaitych mitach i stereotypach dotyczących negatywnych skutków oddawania krwi (Ryc. 5.7). Co ciekawe, zarówno Dawcy pierwszorazowi oraz Ci, którzy dysponują już pewnym bagażem doświadczeń odczuwają te obawy w ten sam sposób. Jednak można by domniemywać, wraz z rosnącym doświadczeniem w oddawaniu krwi obawy o wystąpienie negatywnych skutków przewidywanych w mitach i stereotypach (więcej w Rozdziale 2.) powinny zmniejszać się, a poczucie bezpieczeństwa być coraz wyższe. To, że jest inaczej (jak to wynika z badań) może wskazywać na istotną rolę pracowników CKiK w zakresie zmniejszania obaw np. poprzez ich (pracowników) postawy i zachowania w zakresie niwelować tych uprzedzeń i budowanie pozytywnych relacji z Dawcami.



**Ryc. 5.7. Obawy przed oddawaniem krwi**

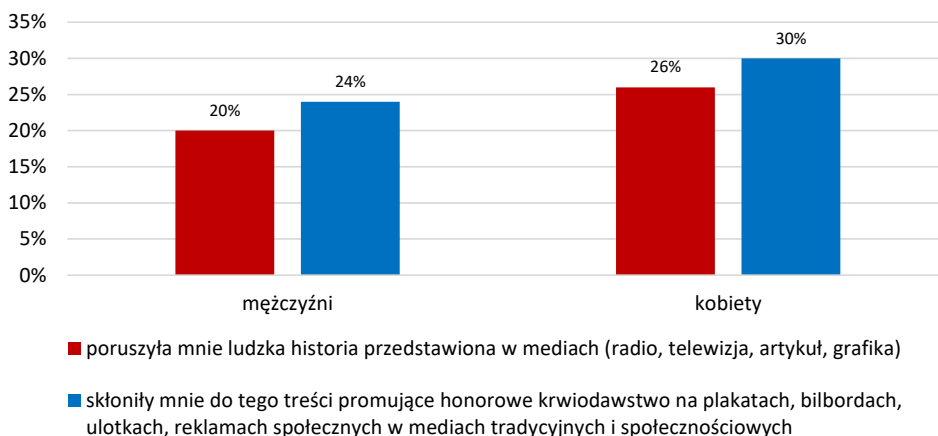
Źródło: opracowanie własne

Rozróżnienie postaw Dawców ze względu na ich płeć może być źródłem kolejnych użytecznych informacji dla zarządzających systemem krwiodawstwa. Jak wynika z badań, obawy o wystąpienie niekorzystnych skutków oddawania krwi w przypadku obu płci są bardzo podobne. Niemniej badania pokazują, że częściej krew oddają mężczyźni niż kobiety. W każdym Centrum kobiety stanowią tylko około 25% wszystkich Dawców krwi (zdecydowaną większość Dawców wielokrotnych stanowią mężczyźni, i to niezależnie od wieku). Związane z płcią uwarunkowania biologiczne z natury rzeczy decydują o tym, że kobiety rzadziej oddają krew niż mężczyźni. Na przykład, kobiety w wieku rozrodczym często mają niższe stężenie hemoglobiny we krwi, co



może prowadzić do czasowego dyskwalifikacji. Istnieją także ograniczenia związane z ciążą i okresem poporodowym, które mogą wpływać na możliwość oddania krwi.

Powyższe uzasadnia mniejszą liczbę donacji oddawanych przez kobiety w stosunku do mężczyzn, niemniej nie tłumaczy powodu niskiego procentowego udziału kobiet w populacji Dawców krwi w Polsce. Poszukując przesłanek motywujących kobiety do oddania krwi można zauważyć dyskretnie różnice w stosunku do motywów, które kierują mężczyznami w zakresie oddawania krwi. Na przykład w większym stopniu, kobiety porusza ludzka historia. Niemniej głównym motywem oddawania krwi, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn jest chęć robienia czegoś dobrego i poszukiwanie drogi ku temu (odpowiedni 76% i 77%), jak również naśladowanie Dawców krwi, którzy darzeni są szacunkiem (62%). Do honorowego krwiodawstwa skłaniają treści je promujące, a to oznacza konieczność kontynuowania propagowania idei oddawania krwi, a zarazem korzyści z niego płynących, zarówno dla krwiodawców, jak i całego społeczeństwa (Ryc. 5.8.).



**Ryc. 5.8. Motywy oddawania krwi różnicujące respondentów ze względu na płeć**

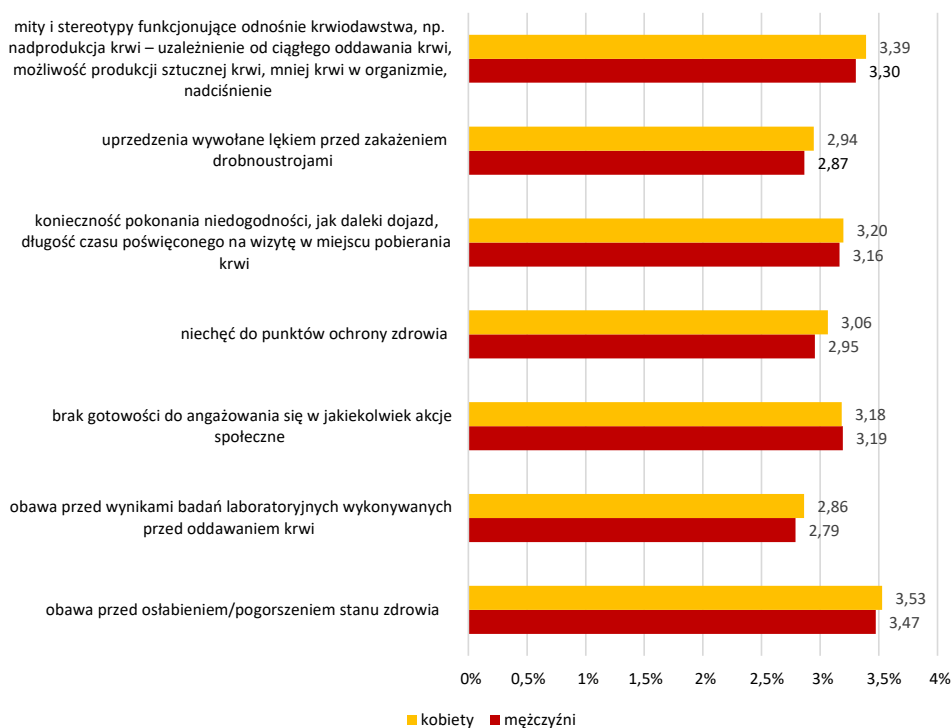
Źródło: opracowanie własne

W badaniach nie stwierdzono różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie występowania lęków i obaw przed oddaniem krwi. Największe znaczenie respondenci przypisali obawom przed zasłabnięciem i pogorszeniem stanu zdrowia. Najmniejsze zaś, uprzedzeniom wywołanym lękiem przed zakażeniem drobnoustrojami. Stosunkowo duże znaczenie respondenci (bez względu na płeć) przypisali mitom i stereotypom związanym z krwiodawstwem, takim jak np. nadprodukcja krwi – uzależnienie od ciągłego oddawania krwi, mniej krwi w organizmie, nadciśnienie tętnicze. Fakt ten stwarza konieczność walki z tymi stereotypami przez odwoływanie się do dowodów naukowych i podawanie rzetelnych informacji.

W walce ze stereotypami podstawowe znaczenie ma edukacja, oparta na rzetelnych wynikach naukowych i właściwie dobrany sposób komunikacji, która ma zapobiegać negatywnym skutkom niewiedzy i przekonań (por. Ryc. 5.9.). Można to zrealizować przez organizację spotkań i wykładów, w ramach których eksperci będą dzielić się swoją wiedzą na temat krwiodawstwa i jego wpływu na zdrowie ludzi. Eksperti i osoby znane o dużej wiedzy oraz kompetencjach mają największą siłę przekonywania, a zarazem docierania do szerokiego grona potencjalnych Dawców krwi. Centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa mogą również publikować artykuły naukowe oraz popularno-naukowe

na temat krwiodawstwa i jego wpływu na zdrowie. Tego rodzaju publikacje są wiarygodnym źródłem wiedzy, bo zawierają informacje poparte rzetelnymi wynikami badań opisanymi przez specjalistów z danej dziedziny wiedzy.

Działania te powinny być kierowane do wszystkich obecnych Dawców krwi jak i potencjalnych Dawców krwi, bez względu na wiek i płeć. Ważne jest, żeby pracownicy Centrum pozostawali w kontakcie z Dawcami krwi i odpowiadali na ich pytania, wątpliwości by przeciwdziałać szkodliwemu szerzeniu się mitów i stereotypów oraz zachęcić do regularnego oddawania krwi. W podniesieniu świadomości społecznej służy organizowanie akcji informacyjnych np. w ramach Światowego Dnia Krwiodawcy czy Dni Honorowego Krwiodawstwa. Stąd, ważne jest zintensyfikowanie „wyjścia” do społeczeństwa i organizowanie np. akcji informacyjnych w szkołach i placówkach edukacyjnych, które podnoszą świadomość najmłodszych co do zasadności oddawania krwi.

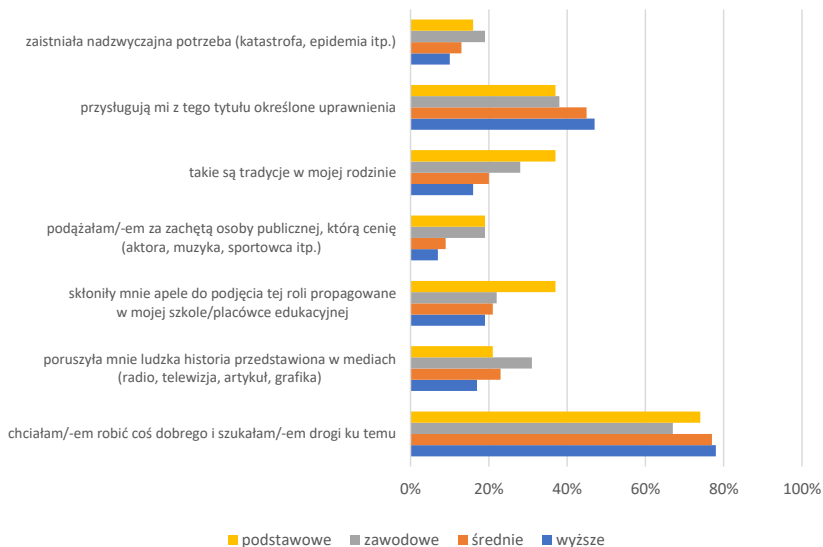


**Ryc. 5.9. Obawy przed oddaniem krwi w podziale na płeć respondentów**

Źródło: opracowanie własne

Wiek i płeć Dawców, podobnie jak miejsce zamieszkania są to dane, które Centra gromadzą automatycznie. Pozostałe dane dotyczące charakterystyki Dawcy, jak np. wykształcenie, wykonywany zawód czy zainteresowanie nie są gromadzone. Jak pokazują uzyskane wyniki badań wykształcenie nie różnicuje respondentów w zakresie motywów oddawania krwi (Ryc. 5.10.), które są analogicznie oceniane zarówno przez poszczególne grupy wiekowe, jak i w podziale na wiek. Dla wszystkich respondentów kluczowa jest chęć czynienia dobra, przy czym najmniejsze znaczenie miało to dla osób z wykształceniem zawodowym. Ta grupa społeczna najbardziej podatna

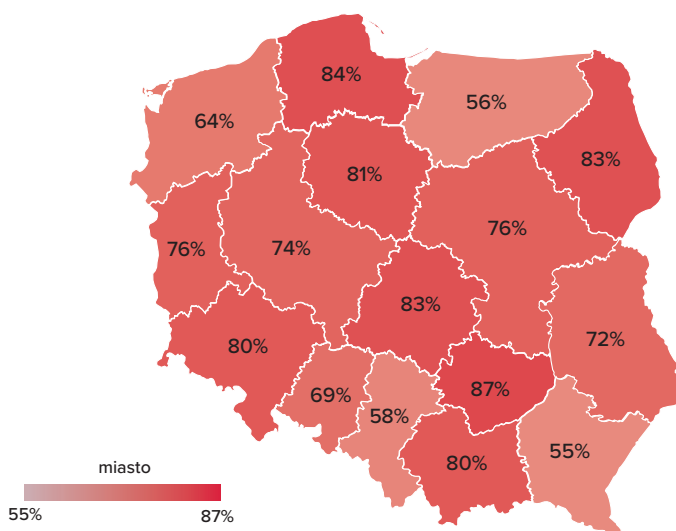
jest jednak na ludzkie historie przedstawiane w mediach. Dla osób z wykształceniem podstawowym najważniejsze były apele ogłaszane w szkole oraz tradycje rodzinne. Warto rozważyć możliwość i celowość gromadzenia tych dodatkowych charakterystyk Dawców by komunikacja z nimi była bardziej spersonalizowana i uwzględniała te ich charakterystyki, które są najbardziej podatne na wywołanie chęci oddania krwi.



**Ryc. 5.10. Motyw oddawania krwi w zależności od wykształcenia respondentów**

Źródło: opracowanie własne

Według kryterium geograficznego Dawców można podzielić na mieszkańców miast i wsi. Wśród badanych 23,8% stanowili mieszkańcy wsi (Ryc. 5.11.).



**Ryc. 5.11. Procentowy udział mieszkańców miast w populacji respondentów**

Źródło: opracowanie własne

Mniejsza liczba donacji wśród mieszkańców wsi może wynikać przede wszystkim z faktu, że stałe punkty pobierania krwi i jej składników zlokalizowane są z reguły w miastach, a brak dogodnego miejsca oddawania krwi wydaje się głównym czynnikiem ograniczającym chęć i gotowość do oddawania krwi. Tym samym Dawcy krwi mieszkający na wsi w obliczu rzadszej sposobności oddawania krwi rzadziej ją oddają. Uwzględniając zaś fakt, że społeczności wiejskie charakteryzują się silniejszymi więzami rodzinnymi można sądzić, że jest to grupa osób, dla których potrzeba wzajemnego wspierania się, przybierająca postać oddawania krwi może być bardzo ważna. Jest to zatem grupa osób, w której należałoby upatrywać dużego potencjału i możliwości pozyskania nowych Dawców krwi i dlatego akcje wyjazdowe powinny być częściej organizowane na obszarach pozamiejskich. Miejsce zamieszkania nie jest czynnikiem różnicującym Dawców krwi w odniesieniu do obaw względem oddawania krwi. Wśród mieszkańców wsi zaobserwowano nieco większą niechęć do punktów ochrony zdrowia. Ze względu na cechy osobnicze respondentów takie jak wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie zaobserwowano zróżnicowania postaw wobec obaw przed oddawaniem krwi. Braku zróżnicowania obaw można upatrywać w tym, że są one zazwyczaj związane z ogólnymi kwestiami zdrowotnymi oraz bezpieczeństwem procesu pobierania krwi takimi jak ryzyko chorób przenoszonych drogą krwi, obawy związane z igłami, ból i dyskomfort podczas pobierania krwi, a także obawy związane z procesem rejestracji oraz informacjami, które muszą zostać udzielone przed oddaniem krwi. Zatem, mimo lokalnego zróżnicowania dostępności placówek służby krwi i stopnia poinformowania społeczności miejskich i wiejskich, wpływających na decyzje o oddawaniu krwi, to obawy związane z samym procesem oddawania krwi są bardziej powszechne i niezależne od miejsca zamieszkania. Dlatego ważna jest kontynuacja edukacji społeczności na temat bezpieczeństwa i korzyści wynikających z oddawania krwi oraz zapewnienie odpowiednich rozwiązań, które zminimalizują obawy Dawców krwi i zwiększą ich zaangażowanie w krwiodawstwo. Biorąc z kolei pod rozwagę średnią ocenę korzyści materialnych<sup>241</sup> widoczne jest zróżnicowanie Dawców krwi w Łodzi i Warszawie ze względu na wykształcenie i płeć – są to miasta duże charakteryzujące się znacznym zróżnicowaniem społecznym. Natomiast w ocenie tych samych korzyści różnią się ze względu na wiek respondenci w Bydgoszczy, Kielcach, Opolu, Rzeszowie i Warszawie. Wiek jest również kategorią różnicującą Dawców krwi w Łodzi w ocenie korzyści niematerialnych.

Odpowiednia populacja Dawców krwi jest warunkiem koniecznym zapewnienia dostatecznej liczby donacji krwi. Kluczowa wydaje się możliwość bazowania na stałej puli Dawców krwi, oddających krew regularnie. Sytuacja taka jest korzystna zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa krwi, jak i rekrutacji nowych Dawców. Koszt pozyskania nowego klienta zdecydowanie wyższy, niż utrzymanie klienta dotychczasowego – nie tylko w aspekcie kosztu finansowego ale również poświęconego czasu, energii itp. *Per analogiam* możemy przyjąć, że koszty pozyskania nowych Dawców znacznie przewyższają koszty utrzymania dotychczasowych. A to oznacza, że znajomość dotychczasowych Dawców jest niezwykle istotna, a w ich utrzymanie należy „inwestować” co najmniej tyle samo, co w pozyskanie nowych. Dlatego za satysfakcjonujący uznać należy fakt, że wśród badanych respondentów przeważali Dawcy wielokrotni i to zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (Tab. 5.1.).

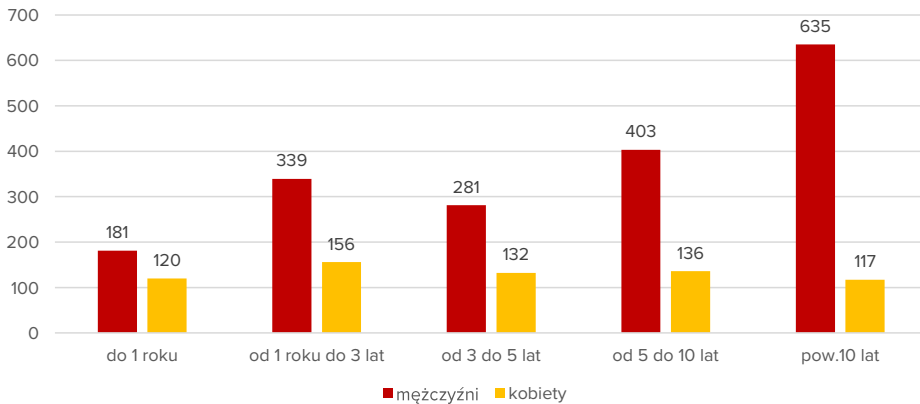
---

241 Korzyści materialne to wszelkie zachęty, które otrzymuje Dawca krwi, np. w postaci posiłku regeneracyjnego (czekolady), dwóch dni zwolnienia od pracy lub nauki, uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością, bezpłatnej komunikacji miejskiej, uprawnienia do bezpłatnych leków, gadżetów reklamowych.

**Tab. 5.1. Częstotliwość oddawania krwi wg płci**

Płeć	stale, wielokrotnie	od czasu do czasu/okazjonalnie
Mężczyzna	1486	355
Kobieta	414	245

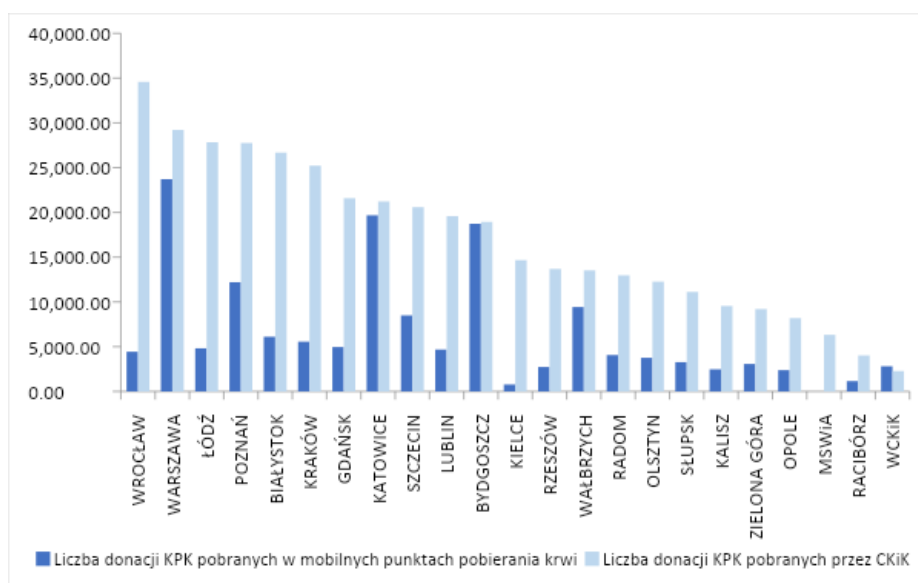
Liczba stałych Dawców krwi wśród mężczyzn rośnie wraz z czasem oddawania krwi, a to oznacza, że ich lojalność wzrasta. Tendencji tej nie zaobserwowano u kobiet, których odsetek jest względnie stały, niezależnie od długości oddawania krwi (Ryc. 5.12.).

**Ryc. 5.12. Staż Dawcy krwi**

Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość respondentów oddaje krew w siedzibie Centrów. Około 10%, zwykle oddających krew w centrach krwiodawstwa zadeklarowało dokonywanie donacji także w oddziałach terenowych, a około 5% podczas akcji wyjazdowych (np. w szkole, miejscu pracy).

Biorąc pod uwagę istotność akcji wyjazdowych jako źródło poboru krwi (Ryc. 5.13.), w niektórych miastach (np. Bydgoszcz i Katowice) liczba donacji w punktach CKiK jest prawie taka sama jak tych zrealizowanych w punktach mobilnych i podczas akcji wyjazdowych. Mając powyższe na uwadze należy dokładać wszelkich starań, żeby organizować akcje wyjazdowe i przekonywać Dawców do takiej formy oddawania krwi.



**Ryc. 5.13. Liczba donacji zrealizowanych w CKiK oraz w akcjach wyjazdowych i punktach mobilnych**

Źródło: Dane NCK

W celu zwiększenia skuteczności akcji wyjazdowych, w każdej akcji warto byłoby aby uczestniczył pracownik albo wolontariusz, który informowałby o:

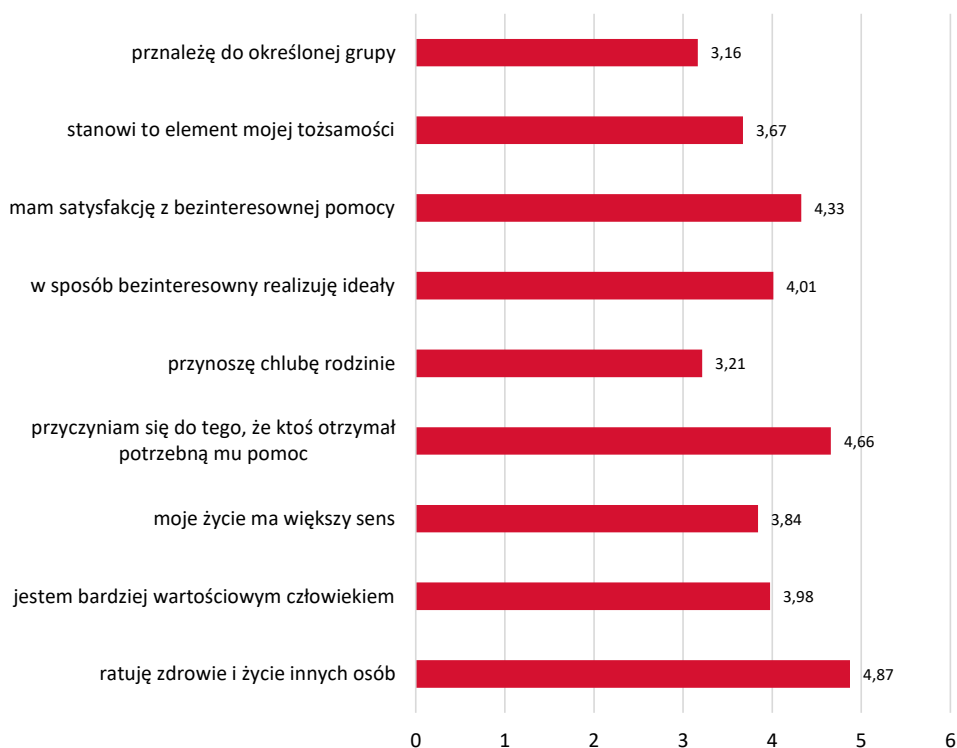
- wyjątkowości konkretnych grup krwi,
- prowadzonej działalności przez Centra, ze szczególnym uwzględnieniem działań promocyjnych,
- o przysługujących uprawnieniach oraz jak z nich korzystać (np. jak uzyskać bezpłatne leki na receptę albo świadczenie zdrowotne poza kolejnością czy lokalne przywileje związane ze zniżkami na komunikację).

Ważnym zadaniem takiego pracownika byłoby również rozwiewanie obaw kandydatów na Dawców krwi związanych z oddawaniem krwi. Istotne jest także rozpropagowanie akcji, czyli zadbanie o odpowiednią promocję wydarzenia. W tym celu można wykorzystać media społecznościowe, reklamy w prasie, plakaty, ulotki, dzięki którym można również podnieść świadomość Dawców i bardziej zaangażować społeczeństwo. Istotnym czynnikiem zwiększającym udział ludności w akcjach krwiodawstwa jest łatwa, przyjazna Dawcom atmosfera rejestracji. Czynnikiem stymulującym oddawanie krwi w trakcie akcji wyjazdowych może być możliwość kontaktu z wykwalifikowanymi pracownikami medycznymi, którzy nie tylko będą pomocni w procesie oddawania krwi, ale również udzielą odpowiedzi na nurtujące Dawców pytania.

Z obserwacji wynika, że Dawcy krwi oczekują w zamian przede wszystkim korzyści niematerialnych, którymi mogą być m.in. szacunek do samego siebie, prestiż społeczny, redukcja poczucia winy czy uczucia niepokoju. Dla wypracowania spójnej i skutecznej struktury korzyści dla Dawców kluczowa wydaje się znajomość czynników motywujących do oddawania krwi. Te poznać można prowadząc wywiady indywidualne z Dawcami krwi lub wywiady grupowe (tzw. badania fokusowe). W ich ramach można uzyskać szczegółowe informacje nie tylko na temat motywacji, ale także kontekstu i historii ich decyzji. Choć wywiady są stosunkowo skomplikowaną i czasochłonną

metodą badawczą to pozwalają na uzyskanie wyczerpujących informacji. Inną metodą dotarcia do wiedzy jest analiza danych zastanych (statystyk) dotyczących oddawania krwi. Na ich podstawie można ocenić, jakie grupy ludzi najczęściej oddają krew, jak często oddają i w jakich przedziałach czasowych.

Dla Dawców ważne są wartości pozamaterialne takie jak samorealizacja – także działania na rzecz dobra społecznego są ważniejsze niż wartości materialne. W wielu przypadkach korzyści niematerialne są błędnie utożsamiane z motywami altruistycznymi, bo korzyść niematerialna może również oznaczać np. nadzieję na społeczne uznanie i podziw. Oddawanie krwi stanowi jedno z wielu działań altruistycznych, jakie każdy człowiek może podejmować. Powszechne rozumienie motywacji altruistycznej zakłada, że altruista poprzez sprawę wtedy, gdy istnieje perspektywa, że wsparcie to poprawi stan osoby w potrzebie. Zachowania altruistyczne dają ludziom coś jeszcze [...] oszczędzają altruistom przyszłego cierpienia w reakcji na przyszłe wydarzenia, które wynikły z tego, że nie zachowali się altruistycznie. Z przeprowadzonych badań wynika, że i Dawcy chętnie otrzymują korzyści w zamian za krew. Te mogą być zarówno materialne, jak i niematerialne. Wśród tych niematerialnych dla Dawców najważniejsza jest świadomość ratowania zdrowia i życia innych osób oraz to, że dzięki oddanej krwi, ktoś mógł uzyskać pomoc, której oczekiwał. Ważną korzyścią jest również satysfakcja z bezinteresownej pomocy (Ryc. 5.14.). Elementy te są istotne dla Dawców bez względu na cechy ich opisujące.

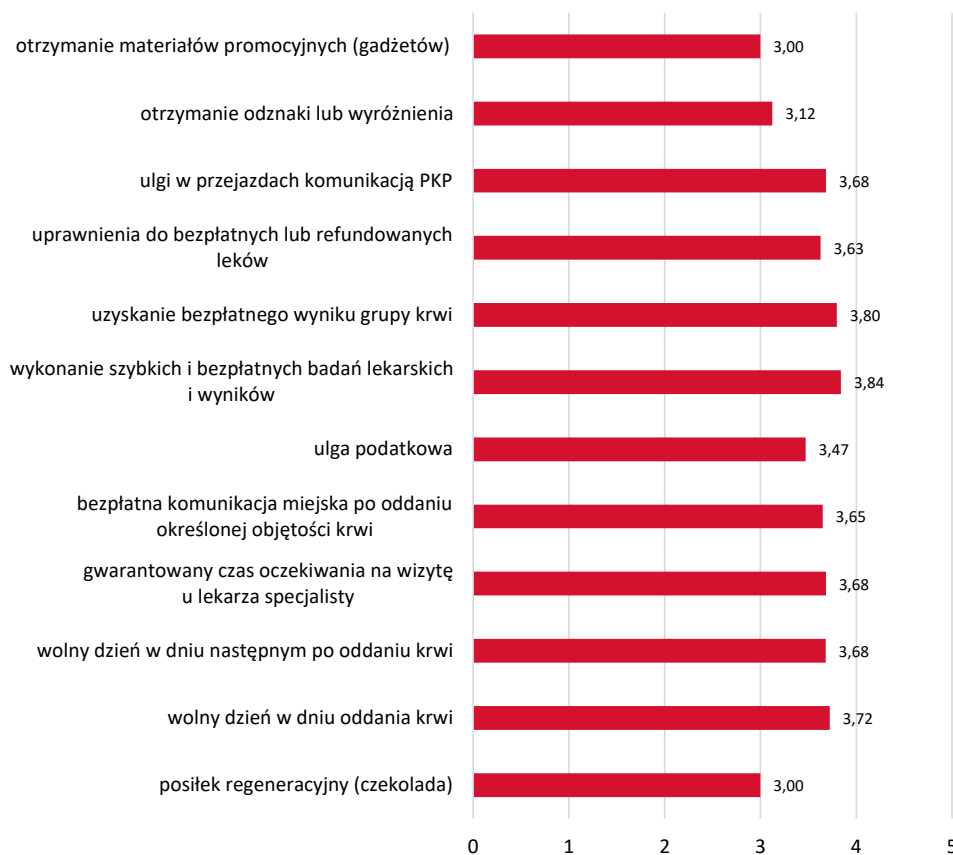


**Ryc. 5.14. Korzyści niematerialne ważne dla krwiodawców**

Źródło: opracowanie własne



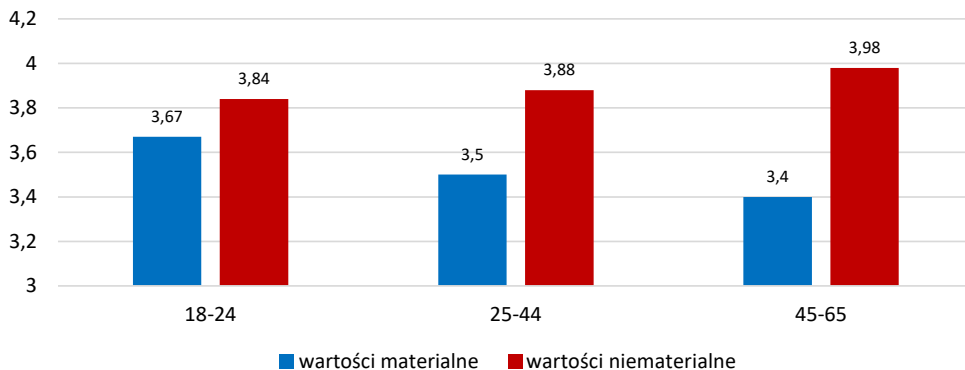
Podobnie sytuacja kształtuje się w odniesieniu do korzyści materialnych, stanowiących zachętę do oddawania krwi (Ryc. 5.15.). Uprawnienia te są wyrazem docenienia trudu i poświęcenia Dawcy. Jednym z najwyżej ocenianych uprawnień przez Dawców krwi jest zwolnienie od pracy.



**Ryc. 5.15. Korzyści materialne ważne dla krwiodawców**

Źródło: opracowanie własne

Z danych zawartych na Ryc. 5.14. oraz 5.15. wynika, że wartościom niematerialnym respondenci przypisują znacznie większe znaczenie niż wartościom materialnym. Dla jednych fakt pomocy innym jest ważnym źródłem satysfakcji i spełnienia. Dla innych jest to sposób wyrażenia swojej empatii i altruizmu, a także nauczanie innych wartości, takich jak solidarność i odpowiedzialność społeczna. Wartości niematerialne również stymulują do regularnego oddawania krwi. Dzięki empatii i poczuciu odpowiedzialności społecznej Dawcy krwi mogą czuć, że mają ważną rolę do odegrania w społeczeństwie i mogą przyczynić się do poprawy zdrowia i jakości życia innych ludzi, co jest ważnym źródłem spełnienia i satysfakcji. Dlatego kluczowe wydaje się kontynuowanie kampanii promujących honorowe krwiodawstwo i podnoszących świadomość społeczną.



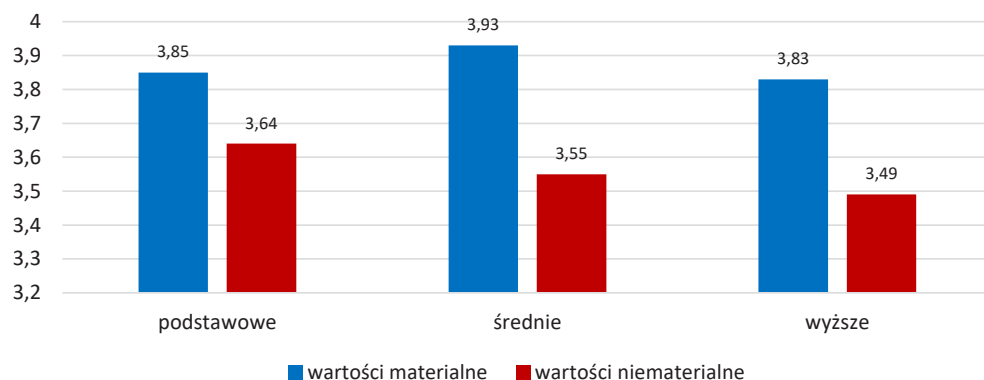
**Ryc. 5.16. Średnie oceny wartości materialnych i niematerialnych w podziale respondentów wg wieku**

Źródło: opracowanie własne

Zauważalny jest również wzrost znaczenia wartości niematerialnych wraz z wiekiem Dawców krwi (Ryc. 5.16.). Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać w większej świadomości osób starszych co do ich roli i miejsca w społeczeństwie oraz wpływu, jaki mogą mieć na innych ludzi. Z tego też powodu wraz z wiekiem może wzrastać potrzeba pomagania innym i przyczyniania się do poprawy jakości życia innych. Oddawanie krwi wydaje się być jednym ze sposobów na spełnienie tej potrzeby i nauczanie innych ludzi wartości niematerialnych, takich jak empatia i altruizm. Ponadto wraz z wiekiem rośnie doświadczenie i umiejętność zrozumienia potrzeb innych ludzi. Fakt ten znajduje również uzasadnienie w piramidzie potrzeb Masłowa, który potrzeby uporządkował hierarchicznie i wyodrębnił potrzeby:

- fizjologiczne: takie jak jedzenie, picie, sen, schronienie, oddychanie,
- bezpieczeństwa: poczucie bezpieczeństwa fizycznego, emocjonalnego i materialnego,
- przynależności i miłości: potrzeba przynależności do społeczności, miłości, akceptacji i więzi społecznych,
- uznania i szacunku: potrzeba uznania, szacunku, docenienia, sukcesu i prestiżu,
- samorealizacji: dążenie do realizacji własnego potencjału, rozwoju osobistego i spełnienia.

Analizując potrzeby i motywacje Dawców w kontekście wspomnianej piramidy potrzeb można stwierdzić, że dla najmłodszych Dawców kluczowe jest zaspokojenie potrzeb podstawowych (np. dzień wolny od pracy), a wraz z wiekiem wzrasta potrzeba przynależności społecznej i altruizmu. Dlatego z wiekiem wzrasta potrzeba niesienia pomocy innym, co pozwala na tworzenie i umacnianie więzi społecznych. Dla osób dojrzałych, posiadających określony status społeczny oddawanie krwi może być postrzegane jako aktywność godna uznania i szacunku ze względu na poświęcenie i bezinteresowność Dawcy. Może to również przyczynić się do wzrostu poczucia własnej wartości i prestiżu.

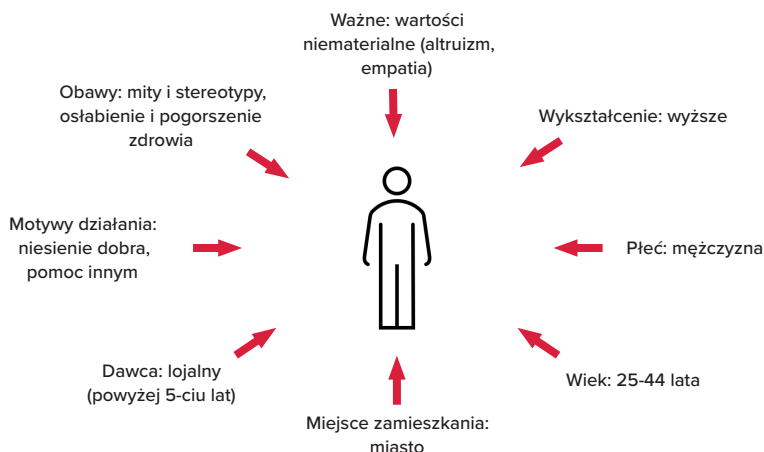


**Ryc. 5.17. Średnie oceny wartości materialnych i niematerialnych w podziale wg wykształcenia**

Źródło: opracowanie własne

Z danych zawartych na Ryc. 5.17. możemy, z kolei odczytać, że najmniejsze znaczenie zachęt zarówno materialnych i niematerialnych deklarują osoby z wykształceniem wyższym. Może być to konsekwencją zazwyczaj ustabilizowanej sytuacji i pozycji społeczno-ekonomicznej. Tym samym kontekst społeczno-ekonomiczny kraju i regionu można wykorzystać w kształtowaniu kampanii promujących honorowe krwiodawstwo (kampanii lokalnych), żeby lepiej dostosować przekaz do charakterystyk grupy docelowej.

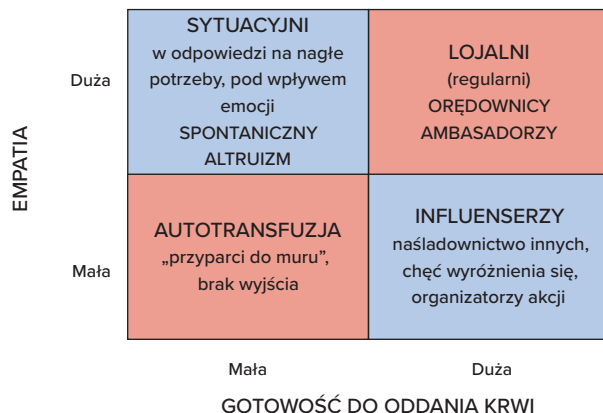
Na podstawie uzyskanych wyników badań można podjąć próbę sporządzenia profilu Dawcy. W Polsce Dawcy krwi są grupą względnie homogeniczną, której przyświeca przede wszystkim chęć pomagania innym, czynienia dobra i które czerpią satysfakcję z bezinteresownej pomocy. Są to najczęściej mężczyźni w wieku 25-44 lat, z wykształceniem wyższym lub średnim. Typowy Dawca to osoba, dla której wartości niematerialne (empatia i altruizm) są ważniejsze od korzyści materialnych, a wśród obaw wymienia głównie mity i stereotypy oraz obawę przed osłabieniem i pogorszeniem stanu zdrowia (Ryc. 5.18.).



**Ryc. 5.18. Profil Dawcy krwi**

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone wśród Dawców krwi badania skłaniają również do wskazania pewnych typów zachowań. Przypomnijmy, że krwiodawstwo opiera się na dobrowolnym i bezpłatnym oddawaniu krwi, które może być realizowane w sposób regularny (planowany) lub *ad hoc*, tzn. w sytuacjach wzmożonego zapotrzebowania na krew, wynikającego z nagłych sytuacji, np. katastrofy, o których informują media<sup>242</sup>. W tym drugim przypadku potencjalnych Dawców krwi może motywować m.in. niezwykle apel o oddawanie krwi. Oddawanie krwi *ad hoc* wyraża się w znacznym wzroście oddawania krwi w sytuacji wojny, klęski żywiołowej i poważnych wypadków drogowych czy kolejowych. Ten rodzaj donacji może być wspierany przez Centra, np. poprzez informowanie Dawców o terminach oddawania krwi oraz różnych akcjach z tym związanych.



**Ryc. 5.19. Typologia Dawców krwi**

Źródło: opracowanie własne

Zachowania Dawców, a tym samym ich typologia może być pochodną wielu czynników, takich jak: motywacje, częstotliwość oddawania krwi, czy jego kontekst. Mając powyższe na uwadze można wyodrębnić cztery typy Dawców krwi:

1. Dawcy lojalni/regularni – oddający krew od dłuższego czasu, kilka razy w roku. Dawcy tacy mają zazwyczaj silne poczucie solidarności społecznej i chęć pomagania innym, robią to zazwyczaj z pobudek altruistycznych, dążą do pozytywnych zmian społecznych, często stają się ambasadorami honorowego dawstwa krwi.
2. Dawcy sytuacyjni – oddający krew w przypadku wystąpienia nagłej potrzeby, np. wypadek lub choroba osoby najbliższej czy jakaś katastrofa o dużym zasięgu. Zazwyczaj są to Dawcy pierwszorazowi lub jednokrotni (okazjalni). Są to osoby o dużej empatii, jednak w zdecydowanej liczbie o niskiej gotowości do oddawania krwi. Może w nich drzeć duży potencjał, wymagający jednak aktywizacji, np. poprzez kampanie angażujące emocjonalnie.
3. Influenserzy – Dawcy zmotywowani korzyściami – oddający krew w związku z uzyskaniem określonych korzyści, zarówno materialnych, jak i niematerialnych. Dla tej grupy Dawców należy opracować atrakcyjny pakiet ofert, które skłonią ich do regularnego oddawania krwi. Ważne jest również budowanie w tej grupie Dawców świadomości istoty i znaczenia krwiodawstwa nie tylko dla ratowania życia, ale także poprawy jego jakości.

242 B. Schlegelmilch, Spendenmarketing, in: Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre, Stuttgart, 1995, Wyd. 2, s. 2331.

4. Dawcy w sytuacji „bez wyjścia” – gdy zmuszeni są do oddania krwi na własne potrzeby – autotransfuzja.

Działania systemu krwiodawstwa na różnych szczeblach powinny prowadzić do przemieszczenia Dawców z dolnej części macierzy, charakteryzowanej niską empatią Dawców (lub potencjalnych Dawców) w górę macierzy. Rozwijanie empatii to proces, który wymaga czasu, cierpliwości i praktyki. Nie można oczekiwać, że osoba od razu stanie się bardzo empatyczna, ale regularne stosowanie specjalnych strategii może pomóc w budowaniu większej empatii w jej relacjach z innymi ludźmi. W tym obszarze istotna jest edukacja i świadomość, perspektywa i współdzielenie doświadczeń, medytacje życzliwości (*loving-kindness meditation*). Być może są to zadania dla realizacji przez innych Dawców krwi lub byłych Dawców, którzy z różnych powodów nie mogą aktywnie oddawać krwi. Ideałem dla systemu krwiodawstwa byłoby przesunięcie jak największej liczby Dawców do pola LOJALNI, bo na tej grupie Dawców można budować stabilne strategie zapewnienia właściwych zasobów krwi.

Badając proces podejmowania decyzji Dawców o oddaniu krwi należy zwrócić uwagę na rodzaj decyzji<sup>243</sup>. Te są elementem zachowań oraz związane są z celem ich postępowania, sposobami działania doborem środków osiągnięcia celu<sup>244</sup>. W literaturze marketingowej spotyka się różne klasyfikacje dotyczące decyzji<sup>245</sup>. Odwołując się do nich możemy dokonać klasyfikacji Dawców krwi. I tak ze względu na czas potrzebny do podjęcia decyzji wyróżnia się cztery grupy Dawców:

1. Rozważnych (planujących) – tzn. takich, którzy świadomie i odpowiedzialnie podejmują decyzje dotyczące oddawania krwi, cechują się dbałością o zdrowie i spełnianiem wymagań zdrowotnych, uprawniających do oddawania krwi (nieprzyjmowanie leków z grupy dyskwalifikującej do pobrania krwi, odpowiednia dieta) to Dawcy poszukujący informacji, żeby lepiej zrozumieć proces oddawania krwi oraz korzyści z niego płynące, to Dawca wykazujący empatię i troskę o innych. Są to osoby, które planują regularne oddawanie krwi i świadomie umawiają się na terminy oddawania krwi z wyprzedzeniem. Mogą mieć ustalone harmonogramy oddawania krwi i długoterminowe zaangażowanie w proces.
2. Nawykowych (zaangażowanych), którzy regularnie oddają krew, zgodnie z określonym harmonogramem lub cyklem. To osoby, które przyjęły oddawanie krwi, jako część swojego stylu życia i robią to regularnie, nie tylko w sytuacjach nagłych czy w momencie specjalnych potrzeb, ale również w stałych odstępach czasowych. Są gotowi oddać krew bez większych opóźnień, ponieważ zdają sobie sprawę z korzyści, jakie to przynosi dla innych i dla siebie.
3. Impulsywnych (spontanicznych), którzy podejmują decyzję o oddaniu krwi spontanicznie lub w reakcji na sytuację nagłej potrzeby krwi lub apelu o Dawców. Charakteryzują się tym, że pod wpływem impulsu i chęci pomocy reagują szybko i podejmują działania, nie odkładają oddawania krwi na później, są elastyczni

---

243 C. Aldamiz-Echevarria, M. Aguirre-Garcia, Analysis and proposal of a donor behavior model applied to development organizations in Spain. Proceedings of the 3rd Annual International Conference on Enterprise Marketing and Globalization; 2013, s. 37-46.

244 M.K. Hyde, S.R. Knowles, K. White, Donating blood and organs: using an extended theory of planned behavior perspective to identify similarities and differences in individual motivations to donate. Health Education Research, 2 8(6), 2013, s. 1092-104.

245 E. Kieźel, *Rynkowe zachowania konsumentów*, AE Katowice, 2000, s. 84, L. Garbarski, *Zachowania nabywców*, PWE, 2001, s. 82, M. Janoś-Kresło, B. Mróz, *Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce*, SGH Warszawa, 2006.

i gotowi do dostosowania się do zmieniających się okoliczności, mogą podjąć decyzję o oddawaniu krwi nawet wtedy, gdy nie jest to idealnie wygodne lub zgodne z ich planami.

4. Zmotywowanych – są to osoby, które potrzebują pewnego czasu na przemyślenie i zdecydowanie się na oddanie krwi. Mogą być zainteresowane oddawaniem krwi, ale wymagają dodatkowych informacji, zachęty lub czasu na zastanowienie się przed podjęciem ostatecznej decyzji.

Ze względu na stopień zaangażowania się w rozważania przed podjęciem decyzji<sup>246</sup> możemy wyodrębnić Dawców podejmujących decyzje nowe (autentyczne, nierutynowe) oraz rutynowe (nawykowe, automatyczne). W pierwszej grupie znajdują się Dawcy, którzy sami zauważają potrzebę oddania krwi lub inspirują się konkretną sytuacją, wydarzeniem lub historią, która wytwarza u nich silne pragnienie pomocy, elastycznie reagują i są gotowi dostosowywać się do zmieniających się okoliczności. W drugiej grupie mamy Dawców regularnie oddających krew, którzy zapewniają regularne zaopatrzenie w krew, co jest gwarantem zapewnienia odpowiedniej krwi. Zdaniem W. Schneider decyzje Dawców mają z reguły charakter mieszany, co oznacza, że nawet w przypadku decyzji przede wszystkim racjonalnych, możemy mieć do czynienia z elementami impulsywności i przyzwyczajenia. Wskazuje on, że typologia ta może służyć jako punkt wyjścia do segmentacji Dawców i identyfikacji zachowań związanych z oddawaniem krwi. Nie wskazuje jednak na motywy podejmowania decyzji przez Dawców<sup>247</sup>.

Centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, chcąc odnaleźć strategiczną drogę w czasach rosnącego zapotrzebowania na krew i niewystarczającej liczby Dawców krwi powinny ich poznać i respektować ich zachowania, dostosowując odpowiednie kanały komunikacji oraz materiały edukacyjne czy zachęcające do wymogów poszczególnych grup Dawców krwi (szerzej w następnym punkcie).

Wyniki przeprowadzonych badań (nie tylko w omawianym zakresie, lecz generalnie w zakresie społecznym) warto, dla oceny ich rzetelności i prawdopodobieństwa wystąpienia, porównać z podobnymi badaniami prowadzonymi (najlepiej) w podobnym środowisku społeczno-kulturowym. I tak, na podstawie doniesień literaturowych można stwierdzić:

Z badań motywów oddawania krwi Dawców z Wielkiej Brytanii (z roku 2020)<sup>248</sup> wynika, że zdecydowana większość kieruje się postawami prospołecznymi („By zrobić dobry uczynek”), pomaganiem innym z otrzymywaniem samolubnej przyjemności z „czynienia dobra” („By poczuć się dobrze”), egoizmem („By zbadać krew”, „by dowiedzieć się, jaką mam grupę krwi”), reputacją w swoim środowisku („Mój kolega/współpracownik/rodzina poszli oddać krew”), presją rówieśniczą, kontekstem płciowym („Mój partner/partnerka” szedł oddać krew”, by mój partner/partnerka oddał krew”), reakcją na apel, przypadkiem – spontaniczny altruizm („po prostu przechodziłem obok/nie miałem nic więcej do roboty”). Jak widać z powyższych zadeklarowanych motywatorów, przesłanki oddawania krwi nie są wyłącznie prospołeczne, mimo że z pobieżnego oglądu z zewnątrz tak może wynikać – oddanie krwi jest honorowe i ma na celu pomoc innym. Niemniej wydaje się, że takie rozpoznanie powodów może

246 J.F. Engel, R.D. Blackwell, P.W. Miniard, *Consumer Behavior*. 10th. ed. Boston, 2005, Thomson/South-Western International.

247 W. Schneider, *Die Akquisition von Spenden als eine Herausforderung für das Marketing*, Berlin, 1996, s. 87.

248 E. Ferguson, A. Hill, M. Lam, C. Reynolds, K. Davison, C. Lavrence, S.R. Breilsford, *A typology of blood donors motivations*, *Transfusion*, Wiley Periodicals, 2020, s.3.

być istotne dla budowania programów mających na celu uświadomienie i zachęcenie do oddawania krwi, szczególnie tych, którzy jeszcze nie mają za sobą doświadczenia pierwszorazowego oddania krwi.

Obawy przed oddawaniem krwi powodują, że osoby które mogłyby być Dawcami nimi nie są. Tymczasem zapewne istnieje szereg innych wytłumaczeń, które uzasadniają nie oddawanie krwi. Ze stosunkowo odległych w czasie badaniach, bo z marca 2006 r. wynika szereg ciekawych spostrzeżeń dotyczących tego, dlaczego wybrana grupa osób z Wielkiej Brytanii nie oddawała krwi. Autorzy tegoż badania podzielili te tłumaczenia na kilka grup<sup>249</sup>:

### 1. Niepokój

Jednym z powodów nieoddawania krwi, było odniesienie do lęku, na przykład:

- *Ludzie są często onieśmieleni nieznanym otoczeniem i procesami. Jeśli dobrze znają lokalizację i otrzymają wiele informacji na temat tego, co się wydarzy, są bardziej skłonni by tam pójść.*
- *Myszę, że gdyby od samego początku przeprowadzono demonstrację pokazującą, co się dzieje, a ktoś przekazałby werbalnie, jak to wygląda, byłbym bardziej skłonny do oddania krwi.*

### 2. Trudności praktyczne

Drugim tematem poruszonym przez uczestników niebędących Dawcami były praktyczne trudności związane z oddawaniem krwi. Również w tym przypadku wielu uczestników wskazywało na brak odpowiednich informacji:

- *Pomocna może być reklama miejsca, w którym można oddać krew. Nie mam pojęcia, gdzie się udać. Akcje krwiodawstwa w tej okolicy są tak rzadkie, że nigdy nie jestem dostępny, kiedy się odbywają.*
- *Nie mam nic przeciwko oddawaniu krwi, po prostu kiedy przyjeżdża ambulans do [nazwa miejscowości], nie ma mnie w pobliżu. Nie jestem zbyt dobrze poinformowany. Myszę, że powinno być więcej informacji o tym, kiedy mobilne jednostki będą w mieście i tym podobne. Ponadto w mediach powinno być więcej informacji o ludziach, o tym, jak ludzie mogą przyjść i oddać krew.*
- *Pomogłoby, gdyby było to wygodniejsze, odwiedzając miejsca pracy. Być może pomogłoby również wyjaśnienie, że ludzie są uprawnieni do oddawania krwi w czasie pracy, a nie w czasie wolnym. Zawsze mam zamiar oddać krew, ale nigdy nie udaje mi się dotrzeć do miejsca pobierania krwi.*

Nie wszystkie czynniki zakłócające muszą jednak podlegać reakcji. Wiele osób niebędących Dawcami odczuwało niepokój związany z obowiązującymi procedurami. Niektóre z tych obaw można rozwiązać, na przykład poprzez włączenie większej ilości informacji do kampanii zachęcających do oddawania krwi. Obawy dotyczące postrzeganej niepewności i strachu odczuwanego przez inne osoby niebędące Dawcami są jednak trudniejsze do rozwiania. Kwestią otwartą pozostaje, w jakim stopniu życzenia te można przekształcić w intencje i późniejsze włączenie się tych osób do grona oddających krew i jej składniki.

Można zauważyć, że niektóre czynniki powielają się w przypadku obywateli Wielkiej Brytanii i Polski, chociaż w naszym badaniu nie dociekaliśmy wyjaśnień powodów, które „stawałyby na drodze” do skutecznego oddania krwi.

---

249 Ch. McVittie, L. Harris, N. Tiliopoulos, "I intend to but..." non-donors' views of blood donation in the UK, Psychology Health and Medicine, March 2006, s. 1-11.





## Rozdział 6.

# Logistyka i marketing a jakość obsługi Dawców – wnioski z badań i rekomendacje

### 6.1. Wielowymiarowość jakości obsługi Dawców

Na jakość obsługi Dawców składa się nie tylko jakość procesów głównych (bezpośrednio związanych z realizowaną przez CKiK misją – kwalifikowanie, pobieranie itp.), ale także zarządczych i pomocniczych, ze szczególnym uwzględnieniem procesów logistycznych i marketingowych. W tym kontekście warto zastanowić się nad strukturą i cechami usług świadczonych przez Centra (ich specyfiką i złożonością).

Chcąc zdefiniować, wyznaczyć i opisać jakość obsługi Dawców należy wyraźnie oprzeć istotę tego pojęcia na specyfice usług świadczonych przez CKiK. Usługi te charakteryzują się relatywnie wysokim poziomem pracochłonności i wymagają od personelu wysokich kwalifikacji i kompetencji – wiedzy oraz umiejętności. Istotna jest także obecność i zaangażowanie wszystkich pracowników danego Centrum, którzy mają kontakt z Dawcami oraz współpraca między pracownikami działalności podstawowej (medycznymi), administracyjnymi, technicznymi, ekonomicznymi oraz gospodarczymi. Strukturę usługi świadczonej przez CKiK, można przedstawić w postaci uproszczonego, 3-stopniowego modelu, na który składają się:

1. **Rdzeń usługi** – czyli preparatyka i dystrybucja krwi oraz jej składników, merytoryczny nadzór nad szpitalnymi bankami krwi, pracownikami serologicznymi oraz gospodarką krwi w oddziałach szpitalnych.
2. **Usługa podstawowa (namacalna)**, na którą składają się: rejestracja, diagnostyka (szybka, dokładna, wiarygodna, pełna), pobór krwi i jej składników, wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej, wysoko wykwalifikowany personel (lekarze, pielęgniarki), używanie sprzętu jednorazowego, zaplecze materialne, szacunek dla Dawcy, kultura osobista personelu, wysoki stan higieny pomieszczeń CKiK, dostępność informacji o wynikach badań itp.
3. **Usługa rozszerzona**, którą mogą stanowić: konsultacje medyczne, poradnictwo, możliwość otrzymania materiałów edukacyjnych, komunikacja marketingowa z Dawcami aktualizacja informacji na stronie internetowej CKiK (np. na temat prowadzonych programów, akcji itp.).

Jakość obsługi Dawców, jej istota i konstrukcja jest zatem nie tylko funkcją potrzeb Dawców i biorców, ale także możliwości ich spełnienia przez konkretne CKiK. Na jakość obsługi wpływają bowiem liczne uwarunkowania: infrastrukturalne, organizacyjne, proceduralno-funkcjonalne. W kontekście oceny jakości obsługi Dawców istotne są także charakterystyczne cechy świadczonych przez CKiK usług, które powinno się uwzględnić przy projektowaniu systemu monitorującego jakość w danej placówce (Tab. 6.1.).

**Tab. 6.1. Cechy usług świadczonych Dawcy przez CKiK**

Cechy	Charakterystyka usług
Niematerialność	Dawca nie może zobaczyć usługi przed jej „otrzymaniem”. Dawcy poszukują różnych przejawów (dowodów) wysokiej jakości, wśród takich elementów jak: wygląd personelu, wygląd rejestracji i pozostałych pomieszczeń CKiK, wyposażenie, sprzęt medyczny, infrastruktura, zachowania i wypowiedzi pracowników itd. W tym celu korzystają również z opinii uzyskanych od innych osób, w tym z Internetu (np. media społecznościowe).
Niepodzielność	Dawca musi być zawsze obecny podczas pobierania krwi i jej składników.
Nietrwałość (nieprzewidywalność)	Usługi CKiK są bardzo podatne na wahania popytu (zapotrzebowania na krew i preparaty krwiopochodne). Centra muszą być w stałej gotowości na przyjęcie większej liczby Dawców. Trudno jest zaplanować liczbę Dawców, którzy zostaną przyjęci w danym dniu.
Zmienność	Usługi mogą być przez Dawców różnie oceniane, w zależności od tego kto, kiedy i w jaki sposób je wykonuje. Różnice wynikają także z odmienności stanów (samopoczucia) Dawców, pory dnia, nastroju lekarza czy pielęgniarki.
Asymetria informacji	Dawcy nie mają wystarczających informacji i wiedzy do samodzielnego podejmowania decyzji odnośnie kwalifikacji do pobrania krwi. Przy tym nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby ocenić, czy proces ten przebiega prawidłowo.
Niepewność i ryzyko	Niepewność i ryzyko dotyczą zarówno czasu przybycia potencjalnych Dawców do CKiK, jak i wyników związanych z ich kwalifikacją do pobrania krwi
Kwalifikacje personelu	Zgodnie z przepisami czynności medyczne może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach. Szkolenie i podnoszenie kwalifikacji jest niezbędne i powinno być procesem ciągłym.
Złożoność procesów zaspokajania potrzeb Dawców i biorców	Złożoność różnych procesów – kwalifikacji zawodowych personelu, realizowanych procesów i procedur postępowania, wymaganej jakości aparatury, sprzętu medycznego itp.

Źródło: opracowanie własne

Obsługę Dawców należy zatem rozpatrywać jako całość składającą się z wielu elementów (zbioru wielu dóbr i usług). Praktyczny sposób analizowania jej jako wiązki elementów zaprezentowano na Rycinie 6.1., która pokazuje nie tylko zawartość w usługach CKiK elementów materialnych i niematerialnych, ale również ich złożoność.



**Ryc. 6.1. Koncepcja wiązki elementów w ramach analizy obsługi dawców w CKiK**

Źródło: opracowanie własne

Koncepcja zaprezentowanej na Rycinie 6.1. wiązki elementów może być z powodzeniem stosowana nie tylko w analizie struktury usług CKiK, ale także w procesie oceny jakości obsługi Dawców. Przy tym poszczególne elementy świadczonych usług mogą być klasyfikowane według dwóch kryteriów: konieczności oraz specyfiki. Przykład klasyfikacji elementów obsługi Dawcy przedstawiono na Rycinie 6.2.

SPECYFIKA ELEMENTÓW OBSŁUGI DAWCÓW	Niespecyficzne	<p><b>Grupa I</b> telewizja, radio biblioteka</p>	<p><b>Grupa II</b> administracja sprzątnie dostęp do WC woda/napoje dla dawców</p>
	Specyficzne	<p><b>Grupa III</b> materiały edukacyjne dla dawców filmy edukacyjne dla dawców</p>	<p><b>Grupa IV</b> rejestracja diagnostyka pobór krwi obsługa lekarska i pielęgniarska</p>
		Niekonieczne	Konieczne
		KONIECZNOŚĆ ELEMENTÓW OBSŁUGI DAWCÓW	

**Ryc. 6.2. Przykład klasyfikacji elementów obsługi dawcy w CKiK**

Źródło: opracowanie własne

W wyniku takiego podziału elementów, które składają się na obsługę Dawcy, wyodrębnić można przykładowe cztery ich grupy, które mogą być rozszerzane o kolejne elementy:

- Grupa I – elementy, które są niekonieczne i niespecyficzne, np. dostęp do TV, radia, biblioteki.
- Grupa II – elementy, które są konieczne, ale niespecyficzne, np. administracja, usługi związane z utrzymaniem czystości, dostęp do WC, woda, napoje dla Dawców.
- Grupa III – niekonieczne, ale specyficzne elementy, np. materiały edukacyjne dla Dawców.
- Grupa IV – elementy konieczne, jak i specyficzne dla danego CKiK, np. rejestracja, diagnostyka, pobór krwi, obsługa lekarska i pielęgniarska.

Uwzględniając mnogość definicji jakości, jak i specyfikę obsługi Dawców, trudno jest jednoznacznie zdefiniować jakość obsługi Dawców. Uogólniając można stwierdzić, że jest to **stopień spełnienia oczekiwań Dawców oraz pozostałych grup interesariuszy danego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa**. Jakość tę możemy oceniać uwzględniając wiele kryteriów, przykładowe kryteria oceny jakości obsługi Dawców w CKiK zamieszczono w Tabeli 6.2.

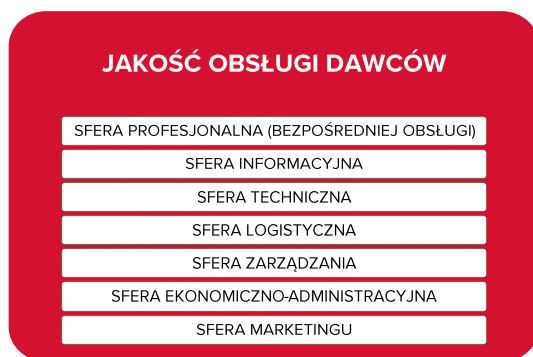
**Tab. 6.2. Przykładowe kryteria oceny jakości obsługi Dawców w CKiK**

Kryteria	Elementy oceny
<b>Wymiar materialny (estetyczno-funkcyjny)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• łatwość dotarcia do miejsca pobierania związana z jego lokalizacją;</li> <li>• łatwość dotarcia do miejsca pobierania dla osób z niepełnosprawnościami;</li> <li>• wygląd zewnętrzny/estetyka miejsca pobierania;</li> <li>• wygląd wewnętrzny/estetyka miejsca pobierania;</li> <li>• informacja wizualna/graficzna służąca orientacji w pomieszczeniach miejsca pobierania;</li> <li>• wyposażenie w sprzęt medyczny;</li> <li>• komfort pobytu Krwiodawcy w miejscu pobierania – miejsca siedzące, wyposażenie poczekalni (telewizor, materiały drukowane);</li> <li>• czystość pomieszczeń miejsca pobierania;</li> <li>• dostępność toalet.</li> </ul>
<b>Profesjonalizm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lekarze w miejscu pobierania wykazują profesjonalizm;</li> <li>• personel pielęgniarski w miejscu pobierania wykazuje profesjonalizm;</li> <li>• możliwość wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi lub jej składników (by unikać czekania w kolejce);</li> <li>• czas trwania i sposób rejestracji Krwiodawcy;</li> <li>• czas trwania kwalifikacji Krwiodawcy;</li> <li>• zachowanie poufności danych osobowych Krwiodawcy;</li> <li>• informacje udzielane przez personel są wyczerpujące.</li> </ul>
<b>Kultura osobista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szacunek dla Krwiodawcy;</li> <li>• uprzejmość i kultura lekarzy;</li> <li>• uprzejmość i kultura pielęgniarek;</li> <li>• uprzejmość i kultura pozostałych pracowników (niemedycznych) np. w rejestracji;</li> <li>• tworzenie przez personel życzliwej i przyjaznej atmosfery.</li> </ul>

Kryteria	Elementy oceny
<b>Budowanie i utrzymywanie relacji</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przystępność i zrozumiałość informacji przekazywanych w CKiK, w tym medycznych dot. stanu zdrowia, możliwości bycia Krwiodawcą lub dotyczące sposobu pobierania krwi;</li> <li>• dostosowanie sposobów kontaktowania się do potrzeb i preferencji Krwiodawcy;</li> <li>• budowanie i utrzymywanie kontaktu CKiK z Krwiodawcami jest satysfakcjonujące.</li> </ul>
<b>Empatia i indywidualne podejście</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indywidualne podejście do Krwiodawców – umiejętność wczuwania się w sytuację Krwiodawcy;</li> <li>• dbanie o moje potrzeby;</li> <li>• poświęcanie uwagi i cierpliwość w stosunku do Krwiodawcy.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne

Wielowymiarowość jakości usług świadczonych przez CKiK można również zaprezentować w postaci **modelu siedmiu sfer determinujących jakość obsługi Dawców** (Ryc. 6.3.). Model ten uwzględnia następujące sfery: profesjonalną (związaną z bezpośrednią obsługą Dawców przez pracowników CKiK), informacyjną, techniczną, logistyczną, zarządczą, ekonomiczno-administracyjną oraz marketingową.



**Ryc. 6.3. Model siedmiu sfer determinujących jakość obsługi Dawców**

Źródło: opracowanie własne

Według amerykańskiej Komisji JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) jakość usług medycznych (a także usługi świadczą CKiK) jest „**stopniem, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych**”<sup>250</sup>. Komisja ta podkreśla znaczenie kompetencji personelu medycznego oraz konieczności zapobiegania wszelkim ryzykom. Jasno wskazuje przy tym, że głównym obiektem zainteresowania personelu (medycznego, pomocniczego, administracyjnego) musi być zawsze pacjent – jego zdrowie i życie. Dlatego, szczegółowe cele placówki medycznej (w tym zarządcze i organizacyjne) powinny być ukierunkowane przede wszystkim na pacjentów, a w przypadku Centrów Krwiodawstwa na Dawców.

250 M.L. Moffett, A. Bohara, Hospital quality oversight by the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Eastern Economic Journal*, 2005, No. 31, pp. 629-633.

Jakość obsługi Dawców to rezultat jakości wielu procesów. Dlatego, wdrożenie w CKiK skutecznego i efektywnego systemu zarządzania jakością wymaga szczegółowego rozpoznania i zaprojektowania realizowanych w danej placówce procesów (odnoszą się do tego, m.in. wymagania normy ISO 9001:2015). W tym kontekście należy zastanowić się nad istotą i sposobem rozumienia pojęcia jakości procesów w usługach świadczonych przez Centra Krwiodawstwa. Możemy przyjąć, że jakość tych procesów to stopień ich zgodności z wymaganiami interesariuszy<sup>251</sup>. Przy tym jakość **tę można rozpatrywać z punktu widzenia interesariuszy zewnętrznych (Dawców, biorców, szpitali, partnerów strategicznych, organów założycielskich itp.) oraz wewnętrznych (pracowników medycznych, pomocniczych i administracyjnych).**

**Jakość obsługi Dawców możemy rozpatrywać analizując kolejno elementy (obszary), które się na nią składają.** Elementy te można sklasyfikować następująco:

- **jakość systemu (struktury)** – obejmująca strukturę organizacyjną, strukturę wykształcenia pracowników, wyposażenie placówki itp.,
- **jakość procesów** – rozumiana jako stopień zgodności z wymaganiami Dawców i pozostałych interesariuszy, odnosząca się m.in. do sprawności i efektywności realizowanych w CKiK procesów (działań),
- **jakość wyniku** – jako stopień w jakim obsługa spełnia, z jednej strony oczekiwania Dawcy (ocena subiektywna), a z drugiej – przynosi oczekiwane wyniki, adekwatnie do potrzeb zgłaszanych przez podmioty lecznicze.

Komplementarnym i w pewnym sensie bazowym elementem realizacji celów jakościowych, dotyczących procesów, a także osiąganym przez Centra Krwiodawstwa wyników jest ich struktura organizacyjna – z jej obszarami społeczno-technicznymi: kompetencjami personelu, wyposażeniem placówek, więziami organizacyjnymi itd. Zwracają na to uwagę, m.in. R. Staszewski i M. Kautsch pisząc, że dopiero połączenie dwóch wymiarów – **profesjonalizmu działania** (sfery technicznej) i **profesjonalizmu relacji** (sfery funkcjonalnej) – może sprawić, że usługa medyczna spełni jakościowo oczekiwania i potrzeby pacjenta i będzie można mówić o rzeczywistej jakości<sup>252</sup>. Podejście przyjęte przez tych autorów można z powodzeniem odnieść do specyfiki działalności prowadzonej przez Centra Krwiodawstwa.

## 6.2. Logistyka – jak możemy ją udoskonalić?

Przedstawione wnioski i rekomendacje, dotyczące logistycznej obsługi Dawców rozpatrywane są przez pryzmat jakości procesów oraz jakości usług świadczonych przez CKiK. W literaturze przedmiotu przyjmuje się bowiem założenie, że jakość rezultatów (efekty) pochodzi bezpośrednio od jakości procesów<sup>253</sup>, w tym procesów logistycznych jako wspomagających proces podstawowy (główny).

251 J.D. Martín-Santana et al. Donor orientation and service quality: Key factors in active blood donors' satisfaction and loyalty. PLoS ONE, 2021, 16(7), DOI: 10.1371/journal.pone.0255112.

252 R. Staszewski, M. Kautsch. Jakość i zarządzanie jakością. M. Kautsch (red.) Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, s. 430-451.

253 S.A. Albliwi et al. Critical literature review on maturity models for business process excellence. IEEE International conference on industrial engineering and engineering management, 2014, No. 9-12, pp. 79-83, DOI: 10.1109/IEEM.2014.7058604; P. Grajewski. Organizacja procesowa, PWE, 2016, Warszawa.

## Specyfika procesów logistycznych w CKiK

W kontekście doskonalenia jakości obsługi Dawców duże znaczenie ma analiza i krytyczna **ocena rzeczywistej drogi Dawców** – zarówno do CKiK, jak również w jego siedzibie, czy w oddziale terenowym. Drogę tę poprzedzają działania pracowników CKiK obejmujące planowanie i organizowanie pobierania krwi, w tym także akcji wyjazdowych. Drogę Dawcy szczegółowo opisano w Rozdziale 3. wraz z jej poszczególnymi etapami w graficznej postaci.

Śledząc poszczególne etapy na drodze Dawcy widzimy, że sprawność całego procesu w dużej mierze uzależniona jest od dobrego zarządzania, w tym od podejmowanych działań i decyzji w obszarze logistycznym oraz marketingowym. Kolejki potencjalnych Dawców pojawiają się zwykle na etapie rejestracji (potwierdzanie danych osobowych, wydawanie kwestionariusza ankiety, oczekiwanie na pobranie próbki krwi do badania), ale również na etapie oczekiwania na zaproszenie do gabinetu lekarskiego, czy też w czasie oczekiwania na wejście do sali pobrań (już po pozytywnej kwalifikacji Dawcy). Problemy natury logistycznej mogą dotyczyć obsługi osób z niepełnosprawnościami – na co również należy zwrócić uwagę w kontekście doskonalenia jakości obsługi Dawców w CKiK.

Złożoność problemów i pojawiających się na drodze Dawców dylematów przedstawia Tabela 6.3. Zestawiono w niej najczęściej występujące sytuacje problemowe w procesie obsługi Dawców, które stanowią wyzwania dla pracowników CKiK. Poszukiwania odpowiedzi na nurtujące pracowników pytania stanowią niezbędny element, by w sposób systematyczny i odpowiedzialny, w coraz lepszym stopniu odpowiadać na indywidualne potrzeby Dawców. W tym kontekście pracownicy powinni być wspierani przez swoich przełożonych, np. przez pomoc w trudnych, niestandardowych sytuacjach, organizację spotkań, „kół jakości”, szkoleń itp.

**Tab. 6.3. Przykłady sytuacji problemowych występujących w poszczególnych etapach procesu obsługi Dawców**

Etapy	Problemy	Dylematy do rozwiązania
Rejestracja, w tym wypełnianie kwestionariusza Dawcy krwi	Nadmiar krwi	Jak wyjaśnić odmowę dopuszczenia do pobrania krwi? Zdarza się, że osoba zgłaszająca się do CKiK jest informowana, że nie może oddać krwi, ponieważ w tym momencie Centrum dysponuje dużym zapasem krwi grupy, którą posiada dany Dawca krwi.
	Identyfikacja Dawcy krwi	Jak wyjaśnić, że dokumenty potwierdzające tożsamość nie pozwalają na dopuszczenie do pobrania krwi? Zdarza się, że osoby zgłaszające się do CKiK nie mają ze sobą ani dokumentu stwierdzającego tożsamość, ani aplikacji mObywatel, tylko np. prawo jazdy lub legitymację studencką.
	Niepełnosprawność Dawcy krwi	Jak włączyć osoby z niepełnosprawnościami (np. niewidome, niedowidzące czy niesłyszące) do systemu krwiodawstwa? Jak pozyskiwać niezbędne do kwalifikacji informacje?
	Awaria systemu	Jak informować o awarii systemu i konieczności prowadzenia dokumentacji papierowej, co ma bezpośrednie przełożenie na czas wizyty w CKiK?

Etapy	Problemy	Dylematy do rozwiązania
Rejestracja, w tym wypełnianie kwestionariusza Dawcy krwi	Przedterminowe zgłoszenie się Dawcy	Jak informować Dawców krwi o niemożliwości oddania krwi ze względu na niezakończony okres karencji?
	Odbiór wyników badań przez osoby upoważnione oraz przesyłanie wyników drogą elektroniczną	Jak w zgodzie z przepisami prawa zorganizować proces wydawania wyników badań, w tym odbieranie wyników przez osoby upoważnione, i przesyłanie ich za pośrednictwem poczty elektronicznej?
	Poprawne wypełnienie kwestionariusza Dawcy krwi	Jak wyjaśnić kandydatom na Dawców krwi potrzebę podawania prawdziwych informacji, bez zatajania istotnych informacji o zdrowiu?
		Jakie metody stosować, by wypełnienie kwestionariuszy Dawcy krwi było jak najbardziej przyjazne dla dawców krwi?
	Konieczność zapewnienia prywatności Dawcom wypełniającym kwestionariusze Dawcy krwi	Jak zorganizować miejsce, w którym wypełniane są kwestionariusze Dawcy krwi (poczekalnie, korytarze), by skutecznie chronić prywatność dawców?
	Konieczność przeniesienia danych z dokumentacji papierowej do systemu elektronicznego	Jak zapewnić prawidłowość danych przenoszonych z dokumentacji papierowej do systemu po usunięciu awarii?
	Konieczność zapewnienia prywatności Dawcom podczas badania kwalifikacyjnego	Jak zapewnić intymność i poufność podczas badania kwalifikacyjnego, w szczególności na wyjazdowych akcjach?
Pobranie próbki krwi do badania – pracownia analityczna	Konieczność pobrania dwóch próbek krwi u dawców pierwszorazowych	Jak informować Dawców krwi o wykonywanych czynnościach, np. po co są pobierane dwie próbki u dawców pierwszorazowych?
	Udostępnianie wyników badań	W jaki sposób udostępniać Dawcom krwi wyniki badań?
	Konieczność weryfikacji kwestionariusza Dawcy krwi	Jak weryfikować kwestionariusz Dawcy krwi? Czy są ujednocnione zasady? Jak zapewnić pomoc pracownikom weryfikującym kwestionariusze Dawcy krwi (np. przez automatyzację procesu)?
Badanie kwalifikacyjne – gabinet lekarski	Konieczność dokumentacji badania kwalifikacyjnego	Jak zapewnić prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej Dawców krwi, w szczególności dokonywanie dokładnych, rzeczowych wpisów ilustrujących przebieg badania kwalifikacyjnego i stan zdrowia Dawcy krwi?
Badanie kwalifikacyjne – gabinet lekarski	Dyskwalifikacja z obawy przed odpowiedzialnością	Jak ograniczyć liczbę przypadków, w których lekarz lub pielęgniarka kwalifikująca dyskwalifikuje Dawcę z obawy przed odpowiedzialnością (cywilną, karną, zawodową), a nie ze względów medycznych (przy wątpliwościach dotyczących spełniania kryteriów kwalifikacji)?



Etapy	Problemy	Dylematy do rozwiązania
Badanie kwalifikacyjne – gabinet lekarski	Dyskwalifikacja stała Dawcy krwi	Jak rozmawiać z Dawcą krwi zgłaszającym się po zawiadomieniu o dyskwalifikacji stałej?
	Niepełnoletni kandydat na Dawcę	W jakich przypadkach kwalifikujący lekarz może dopuścić do pobrania krwi od osoby po ukończeniu 17 roku życia? Jak przekonująco uzasadniać odmowę?
	Złożoność i niezrozumiałość przekazywanych Dawcy krwi informacji	W jaki sposób przekazywać informacje, aby Dawca krwi je zrozumiał?
	Konieczność przeprowadzenia wywiadu medycznego	W jaki sposób przeprowadzić wywiad medyczny, by ograniczyć ryzyko negatywnego i pozytywnego błędu diagnostycznego?
	Dyskwalifikacja czasowa Dawcy krwi	Jak informować o dyskwalifikacji czasowej, ze szczególnym uwzględnieniem dawców pierwszorazowych?
	Wykrycie zakażenia u Dawcy krwi	Jak prowadzić rozmowę w przypadku wykrycia zakażenia u Dawcy krwi?
	Odbiór wyników badań przez Dawcę krwi	Jak skutecznie (przekonywująco) informować o obowiązku odbioru wyników badań?
Pobór krwi – sala pobrań	Organizacja procesu pobierania krwi	W jaki sposób zorganizować proces pobierania krwi, aby informacje o istocie pobrania krwi i możliwych następstwach dla stanu zdrowia Dawcy krwi były przekazane w odpowiednim momencie?
	Konieczność weryfikacji tożsamości	Jak wyjaśnić Dawcom krwi potrzebę ponownej weryfikacji tożsamości? Jak wyjaśnić potrzebę ponownej weryfikacji tożsamości osobom pobierającym krew (lekarzom i pielęgniarkom)?
	Trudność w pobraniu krwi	Jak bez wzbudzenia niepokoju u Dawcy krwi informować o trudnościach związanych z pobraniem krwi lub jej składników?
	Zastąpienie Dawcy krwi	Jak postępować w przypadku Dawców krwi, którzy zasłabli w trakcie lub po oddaniu krwi?
Rejestracja	Wystawienie zwolnienia z pracy lub szkoły	Jak informować o zasadach zwolnienia od pracy lub szkoły, w szczególności w przypadku gdy Dawca krwi został zdyskwalifikowany (zwolnienie godzinowe)?
	Zwrot kosztów podróży	Jak odpowiadać na skargi Dawców krwi dotyczące wysokości zwracanych kosztów podróży?

W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie procesów logistycznych w kształtowaniu jakości usług medycznych, np. zaopatrzenia, zapasów, transportu, przepływu ludzi, informacji itp.<sup>254</sup>. Specyfikę wybranych procesów logistycznych, które w syntetyczny sposób opisują uwarunkowania prowadzonej w CKiK działalności przedstawia Tabela. 6.4.

**Tab. 6.4. Specyfika procesów logistycznych w CKiK – przykłady w wybranych obszarach podejmowania decyzji**

Obszar podejmowania decyzji	Specyfika procesów logistycznych
System zaopatrzenia i sterowania poziomem zapasów	Koniczność występowania zapasu bieżącego oraz bezpieczeństwa materiałów i środków szczególnie ważnych dla zapewnienia ciągłości działania CKiK. Regulacje dotyczące systemu zaopatrzenia oraz sterowania poziomem i strukturą zapasów wynikające ze specyfiki działalności.
Składowanie	Rygorystyczne warunki przechowywania krwi i jej składników (w różnym czasie) oraz materiałów niezbędnych dla zapewnienia ciągłości realizacji wszystkich procesów. Posegregowane wg grup krwi z dokładnym oddzieleniem i opisaniem miejsca składowania. Ciągły pomiar temperatury i wilgotności. Ciągły dostęp do informacji o stanach zapasów wraz z alertami związanymi z koniecznością pozyskania nowych zasobów.
Transport	Decyzje dotyczące posiadania transportu własnego lub korzystania z outsourcingu. Rygorystyczne standardy przewozu krwi i jej składników, ze szczególnym uwzględnieniem pojemników transportowych.
Zarządzanie logistyczne	Funkcje operacyjna (logistyczna) i marketingowa zarządzania realizowane są równocześnie. Zarządzający CKiK są koordynatorami wszystkich procesów mających wpływ na jakość obsługi Dawców, jej sprawność, a także efektywność prowadzonej działalności – zarządzający kreują bowiem przepływy: ludzi, materiałów, krwi i produktów krwiopochodnych, informacji itd. oraz oddziałują na pracowników sfery realnej (operacyjnej) tak aby cel i misja zostały zrealizowane. Instytucjami nadzorującymi system publicznej służby krwi jest: Ministerstwo Zdrowia, Narodowe Centrum Krwi oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii.

254 J. Szołtysek, S. Twaróg. Korzyści ze stosowania logistyki w zarządzaniu systemem cywilnego krwiodawstwa w Polsce. *Logistyka*, 2010, nr 6, s. 15-17.; B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2011, s. 47-65; 133-141; A. Torrado, A. Barbosa-Póvoa. Towards an Optimized and Sustainable Blood Supply Chain Network under Uncertainty: A Literature Review. *Cleaner Logistics and Supply Chain*, Vol. 3, March 2022, DOI: 10.1016/j.clscn.2022.100028.

Obszar podejmowania decyzji	Specyfika procesów logistycznych
Łańcuch logistyczny	<p>Konieczność sterowania przepływem krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjnych (ICT).</p> <p>Konieczność wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w całej sieci interesariuszy CKiK, w szczególności w podmiotach leczniczych.</p> <p>Funkcjonowanie Krajowego Rejestru Dawców Krwi.</p> <p>e-krew – Centrum e-Zdrowie realizuje projekt budowy systemu informatycznego, odpowiadający na potrzeby wszystkich interesariuszy: Dawców i kandydatów na Dawców krwi, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, CKiK oraz instytucji nadzorujących system publicznej służby krwi.</p>
Kanały logistyczne w ramach łańcucha logistycznego	<p>Kanały o wąskim przekroju dla specjalistycznej wiązki usług.</p> <p>Występują tzw. synchroniczne kanały logistyczne, tzn. takie, w których symbioza – pomiędzy ogniwem dostaw, np. aparatury medycznej, a CKiK – powstaje na podstawie nowoczesnych technik informatycznych oraz środków łączności.</p> <p>Nowoczesne systemy IT umożliwiają 24-godzinne dostosowanie podaży krwi i jej składników do wielkości zgłaszanego popytu.</p>
Informacje	<p>Gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie bardzo dużej ilości danych medycznych i pozamedycznych.</p> <p>Wykorzystanie systemów informacyjnych do rozpoznania zapotrzebowania na krew i jej składniki oraz określenia standardów realizacji potrzeb.</p> <p>Monitorowanie działalności operacyjnej CKiK.</p> <p>Niezbędne bazy danych.</p>

Źródło: opracowanie własne

Z przeglądu literaturowego oraz przeprowadzonych badań empirycznych (2022-2023) wynika, że lista uwarunkowań oraz determinant zarządzania CKiK, w tym zarządzania logistycznego jest bardzo długa. Cała złożoność systemu zarządzania danym Centrum wpływa na złożoność pojęcia jakości obsługi Dawcy. Systematyczna ocena skuteczności podejmowanych w CKiK działań powinna przynieść z czasem korzyści nie tylko w postaci podniesienia świadomości pracowników na temat organizacji, w której pracują, ale także systematycznego doskonalenia sposobów funkcjonowania, w tym systemu zarządzania jakością.

Specyfika procesów logistycznych wynika także z przeprowadzanych przez CKiK wyjazdowych akcji pobierania krwi, a także prowadzenia działalności statutowej w oddziałach terenowych. Realizowane przez Centra procesy, szczególnie logistyczne, są coraz bardziej z informatyzowane. Niezbędne jest przy tym posiadanie odpowiedniego sprzętu, oprogramowania, systemów teleinformatycznych, ale również stale podnoszącego swoje kwalifikacje personelu, który ten sprzęt obsługuje.

Na niezbędną w CKiK infrastrukturę systemu informatycznego, najczęściej składają się:

- serwery i hosty, w tym systemy operacyjne i sprzęt bazodanowy,
- infrastruktura sieci wewnętrznej, którą można określić jako systemy komunikacyjne, w tym: przełączniki, routery, okablowanie i sieć narzędzi do monitorowania prowadzonej działalności,

- interfejsy użytkownika: stacje robocze, laptopy, narzędzia dostępu do sieci,
- zewnętrzne interfejsy, sieci i komponenty bezpieczeństwa.

Działania w ramach procesów logistycznych wspomagane są wieloma narzędziami IT. Istotna w tym kontekście jest treść aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

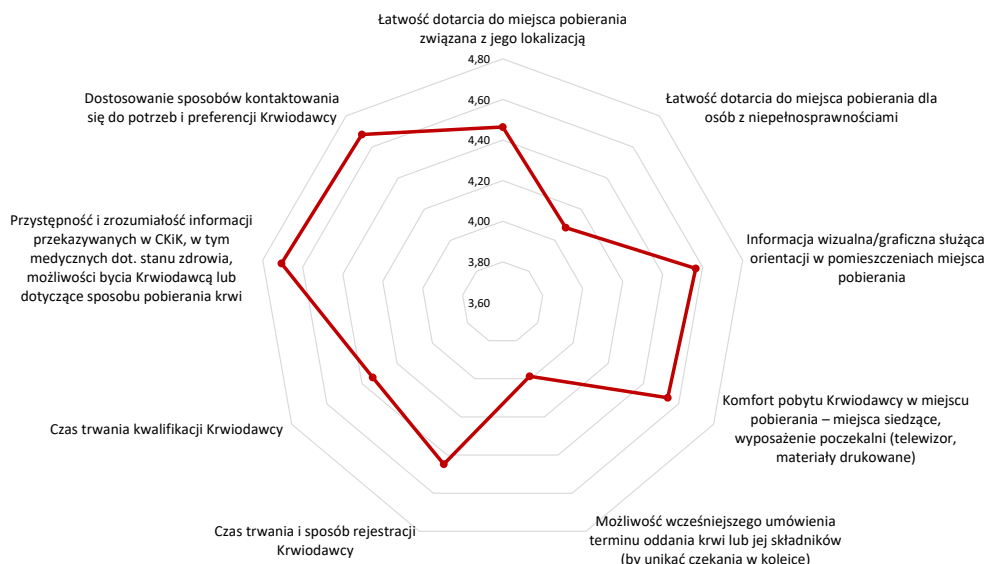
W kontekście procesów logistycznych niezwykle ważnym obszarem jest także zarządzanie bazą Dawców, w tym utrzymanie tej bazy i prawidłowe pozyskiwanie z niej danych. W tym przypadku niezbędna jest często pomoc personelu IT, np. informatyków i programistów.

## Jakość procesów logistycznych a jakość obsługi Dawców – wyniki badań

Praktyka działań podejmowanych przez CKiK pokazuje, że kolejki Dawców (w tym potencjalnych) pojawiają się najczęściej na trzech etapach: rejestracji, poczekalni przed gabinetem lekarskim oraz poczekalni przed wejściem do sali pobrań. Pewne problemy natury organizacyjnej oraz komunikacyjno-logistycznej ujawniły się w toku badań przeprowadzonych w latach 2022-2023. Badania te prowadzone były we wszystkich 21 Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Polsce, a uczestniczyło w nich 2500 respondentów, którzy reprezentowali trzy grupy wiekowe. Najliczniejszą reprezentację stanowili Dawcy w wielu 25-44 lat (63,48%). Dawcy w wieku 18-24 lat stanowili 19,12%, a w wielu 45-65 lat 17,40%. Za pomocą kwestionariusza ankietowego Dawcy mogli odnieść się i ocenić (w skali od 1 do 5) szereg aspektów składających się na jakość ich obsługi, w tym odnoszących się do jakości procesów logistycznych. Oceniane były następujące elementy:

- łatwość dotarcia do miejsca pobierania związana z jego lokalizacją;
- łatwość dotarcia do miejsca pobierania dla osób z niepełnosprawnościami;
- informacja wizualna (graficzna) służąca orientacji w pomieszczeniach miejsca pobierania;
- komfort pobytu Dawcy w miejscu pobierania – miejsca siedzące, wyposażenie poczekalni (telewizor, materiały drukowane) itp.;
- możliwość wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi lub jej składników (aby unikać czekania w kolejce);
- czas trwania i sposób rejestracji Dawcy;
- czas trwania kwalifikacji Dawcy;
- przystępność i zrozumiałość informacji przekazywanych w CKiK, w tym medycznych dotyczących stanu zdrowia, możliwości bycia krwiodawcą lub dotyczących sposobu pobierania krwi;
- dostosowanie sposobów kontaktowania się do potrzeb i preferencji Dawców.

Na wykresie radarowym (Ryc. 6.4.) widoczne są te obszary, które zostały najslabiej ocenione przez respondentów. Są to: **możliwość wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi lub jej składników** (śr. ocena dla wszystkich respondentów 3,99), **łatwość dotarcia do miejsca pobierania dla osób z niepełnosprawnościami** (śr. 4,08). Opinie dotyczące tych elementów wyraźnie odstają (różnią się) od pozostałych ocen, które są relatywnie wysokie.



**Ryc. 6.4. Ocena jakości obsługi Dawcy – aspekty komunikacyjno-logistyczne (średnie wyniki dla wszystkich respondentów)**

Źródło: opracowanie własne

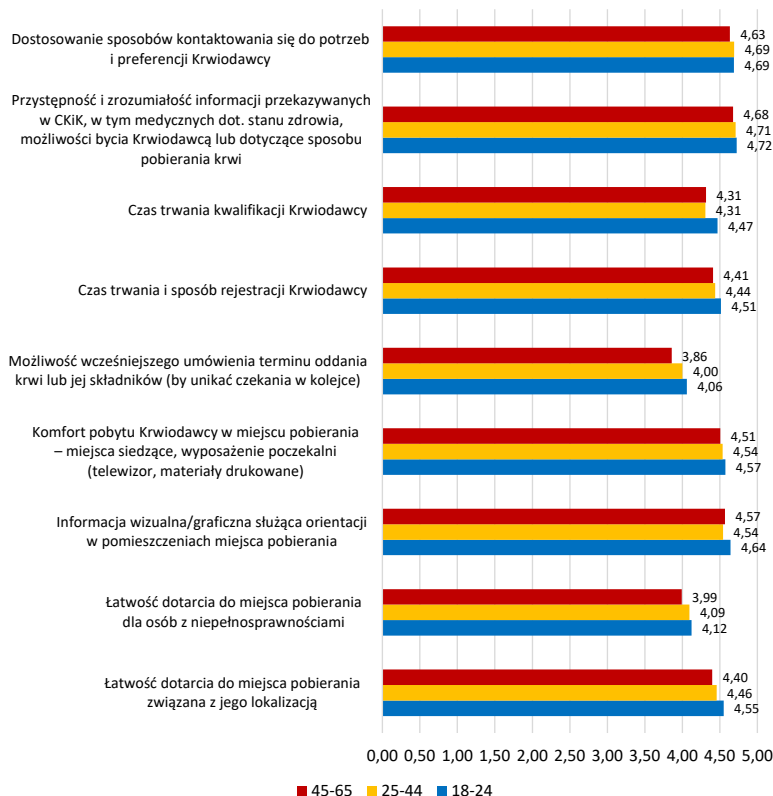
Najlepiej ocenianymi aspektami natury komunikacyjno-logistycznej były: przystępność i zrozumiałość przekazywanych w CKiK informacji, w tym dotyczących stanu zdrowia, możliwości bycia Dawcą, sposobu pobierania krwi itp. (śr. 4,71); dostosowanie sposobów kontaktowania się do potrzeb i preferencji Dawców (śr. 4,68); informacje wizualne/graficzne służące orientacji w pomieszczeniach CKiK (śr. 4,57); komfort pobytu Dawcy w miejscu pobierania, w tym miejsca siedzące, wyposażenie poczekalni itp. (śr. 4,54); łatwość dotarcia do miejsca pobierania związana z jego lokalizacją (śr. 4,46); czas trwania i sposób rejestracji Dawcy (śr. 4,45). Nieco niżej oceniony został czas trwania kwalifikacji Dawcy krwi (śr. 4,34) – co warto odnotować w kontekście stałego doskonalenia jakości obsługi Dawców. Analiza zaprezentowanych na Rycinie 6.4. wyników może być podstawą sformułowania wielu pytań problemowych, przykładowo:

- W jaki sposób, w tym za pomocą jakich metod i narzędzi usprawnić proces wcześniejszego umawiania terminu oddania krwi przez potencjalnych Dawców?
- Jak poprawić dostępność miejsc poboru krwi dla osób z niepełnosprawnościami?
- W jaki sposób usprawnić proces kwalifikowania Dawców do pobrania krwi, a tym samym skrócić czas trwania kwalifikacji?

Odpowiedź na te i inne pytania powinna stać się początkiem podjęcia konkretnych działań na rzecz poprawy obszarów, które według Dawców tego wymagają. Warto uważnie „wsłuchiwać” się w głos Dawców celem identyfikacji ich potrzeb i próby ich skutecznej realizacji.

Analiza wyników badań ujawniła, że czas trwania kwalifikacji Dawców jest tym elementem, którego oceny są – mocniej niż w przypadku pozostałych ocenianych kategorii – uzależnione od wielu Dawców. Zależności te pokazano na Rycinie 6.5. Dawcy w wieku 18-24 lat ocenili ten aspekt średnio na poziomie 4,47, natomiast osoby w wieku 25-44 lata oraz 45-65 lat na poziomie niższym – 4,31. Podobna sytuacja ma miejsce

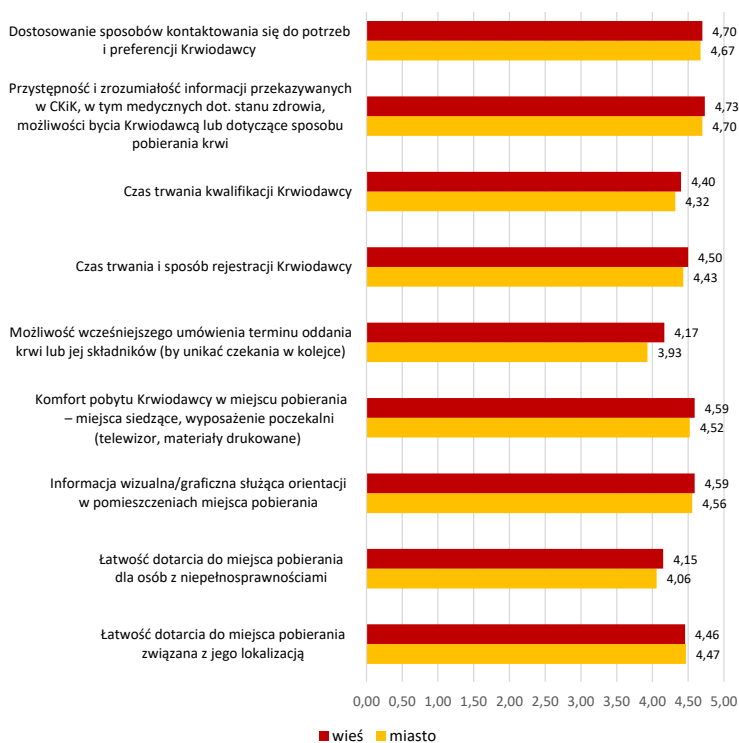
w przypadku oceny możliwość wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi, żeby uniknąć czekania w kolejce. Najniższą ocenę (śr. 3,86) wystawili Dawcy w najstarszej grupie wiekowej (45-65 lat), a najwyższą (śr. 4,06) przyznały osoby najmłodsze (18-24 lata). Analogicznie, łatwość dotarcia do miejsc poboru krwi dla osób z niepełnosprawnościami najniżej ocenili respondenci w wieku 45-65 lat (śr. 3,99). Przykłady te pokazują, jak **ważne w obsłudze Dawców jest indywidualne podejście**, w tym dostosowanie do potrzeb związanych z wiekiem czy z niepełnosprawnością. Łatwość dotarcia do miejsc poboru krwi dla osób z niepełnosprawnościami najniżej ocenili respondenci w wieku 45-65 lat (śr. 3,99).



**Ryc. 6.5. Ocena jakości obsługi Dawcy – aspekty komunikacyjno-logistyczne (średnie wyniki z podziałem na grupy wiekowe respondentów)**

Źródło: opracowanie własne

Pewne różnice w ocenach jakości obsługi Dawców uwidoczniły się podczas analizy wyników z uwzględnieniem miejsca zamieszkania respondentów (Ryc. 6.6.). Oceniając możliwość wcześniejszego umawiania terminu oddania krwi niższą notę za realizację tego elementu wystawili mieszkańcy miast (śr. 3,93). Mieszkańcy gmin wiejskich wskazali nieco wyższą ocenę (śr. 4,17). Warto w tym kontekście zastanowić się nad przyczynami takich odpowiedzi. Dawcy, którzy dysponują możliwościami zdalnego komunikowania się prawdopodobnie oczekują, że będą mogli z tej możliwości korzystać. Aspekt ten niewątpliwie wymaga pogłębionych analiz ze strony CKiK, by w sposób bardziej przystający do potrzeb Dawców móc się z nimi sprawnie i efektywnie komunikować.



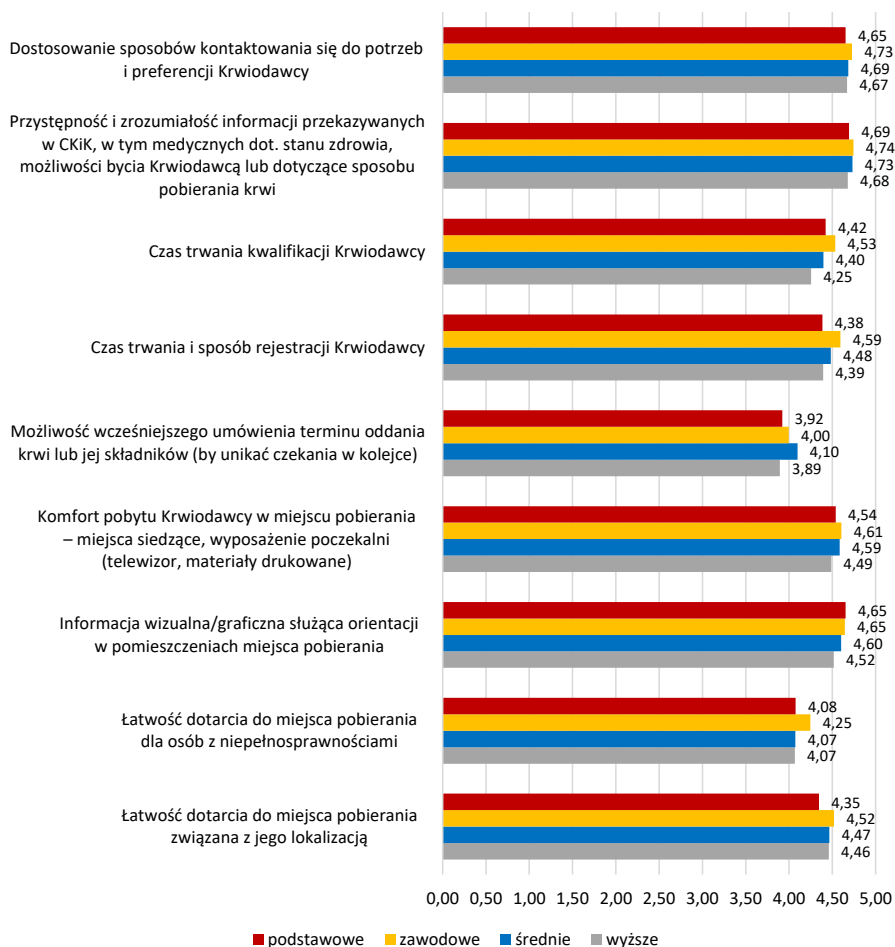
**Ryc. 6.6. Ocena jakości obsługi Dawcy – aspekty komunikacyjno-logistyczne (średnie wyniki z podziałem na miejsce zamieszkania respondentów)**

Źródło: opracowanie własne

Relatywnie największe różnice w ocenach respondentów związane są z ich wykształceniem – co przedstawiono na Rycinie 6.7. Widoczne różnice odnotowano w takich obszarach jak:

- możliwość wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi;
- łatwość dotarcia do miejsca pobierania dla osób z niepełnosprawnościami;
- łatwość dotarcia do miejsca pobierania związana z jego lokalizacją;
- czas trwania i sposób rejestracji Dawcy;
- czas trwania kwalifikacji Dawcy;
- informacja wizualna służąca orientacji w pomieszczeniach miejsc pobierania;
- komfort pobytu Dawcy w miejscu pobierania.

W przypadku możliwości wcześniejszego umówienia terminu oddania krwi najniższą ocenę (śr. 3,89) wystawili badanym CKiK Dawcy z wykształceniem wyższym. Grupa ta najniżej oceniła także: łatwość dotarcia do miejsc poboru krwi dla osób z niepełnosprawnościami (śr. 4,07), czas trwania kwalifikacji Dawcy (śr. 4,25), czas trwania i sposób rejestracji Dawcy (śr. 4,39) oraz informacje wizualną służącą orientacji w pomieszczeniach miejsc poboru (śr. 4,52). Relatywnie często najwyższe noty CKiK uzyskiwały od respondentów z wykształceniem zawodowym. Ta grupa wyżej niż pozostałe oceniła następujące elementy: informację wizualną służącą orientacji w pomieszczeniach miejsc pobierania (śr. 4,65), komfort pobytu w miejscu pobierania (śr. 4,61), czas trwania i sposób rejestracji (śr. 4,59), czas trwania kwalifikacji (śr. 4,53), a także łatwość dotarcia do miejsca pobrania dla osób z niepełnosprawnościami (śr. 4,25).



**Ryc. 6.7. Ocena jakości obsługi Dawcy – aspekty komunikacyjno-logistyczne (średnie wyniki z podziałem na wykształcenie respondentów)**

Źródło: opracowanie własne

**Wiedza na temat rozkładu wyników badań odnoszących się do poszczególnych grup Dawców (wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia itp.) powinna stać się podstawą kierowanych dla poszczególnych grup strategii doskonalenia jakości obsługi – w tym podejmowanych działań doskonalących.** Takie podejście powinno zwiększyć szanse na indywidualizację oferty skierowanej do Dawców, a tym samym wpłynąć na poprawę poziomu zadowolenia Dawców z usług CKiK.



## Działania na rzecz doskonalenia jakości obsługi Dawców – rekomendacje

Jednym z wyzwania natury logistycznej jest tzw. „kontrola tłumu” – szczególnie podczas wyjazdowych akcji pobierania krwi<sup>255</sup>. **Zaleca się, aby centra krwiodawstwa przygotowywały się do obsługi dużej liczby potencjalnych Dawców za pomocą następujących środków:**

- utrzymywania częstej komunikacji z oczekującymi, potencjalnymi Dawcami;
- w niektórych (uzasadnionych) przypadkach zamykanie wybranych oddziałów terenowych, żeby móc się skoncentrować na innych, w których zapewniona będzie obsługa na odpowiednim poziomie (bez zbędnych kolejek, długich przestojów);
- przeniesienie głównego miejsca poboru krwi, jeżeli nie odpowiada ono potrzebom Dawców i możliwościom CKiK;
- dokładne analizowanie, ocenianie i wybieranie lokalizacji wyjazdowych akcji pobierania krwi;
- zapewnienie miejsc parkingowych dla potencjalnych Dawców;
- ustalanie i właściwe komunikowanie czasu pracy danego punktu poboru krwi;
- odpowiednie „sterowanie” kampanią promującą oddawanie krwi w danym punkcie<sup>256</sup>.

W kontekście tego tematu niezwykle istotne jest podjęcie **działań na rzecz personelu i wolontariuszy** pracujących na akcjach wyjazdowych pobierania krwi. Zaleca się, żeby przede wszystkim:

- opracować zrozumiałe, jednolite (dla wszystkich CKiK) oraz precyzyjne „Regulaminy akcji wyjazdowych” – z podaniem w nich szczegółowych zasad organizacji tych akcji – regulaminy te powinny być „łatwe” do pobrania ze stron internetowych CKiK;
- podejmować kroki w celu zapobiegania wypaleniu pracowników i wolontariuszy, co przejawiać się może zniechęceniem, obojętnością oraz barakiem zaangażowania;
- organizowania spotkań zespołów pracowników i wolontariuszy w celu odpraw przed wyjazdem i spotkań podsumowujących – np. na koniec wyjazdowej akcji pobierania krwi, przed powrotem – w ten sposób członkowie zespołu dzielą się informacjami, spostrzeżeniami i zacieśniają więzi, tworząc „ducha zespołu”;
- zapewniać wystarczającą ilość wody;
- zapewniać odpowiedni do pory roku system ogrzewania, wentylacji, ochrony przed deszczem oraz klimatyzacji (np. poprzez instalacje HVAC);
- zapewniać dostęp do toalet;
- wydawać wolontariuszom tymczasowe identyfikatory bezpieczeństwa;
- przydzielać pracownikom i wolontariuszom precyzyjnie określone zadania;
- wyznaczyć osobę kontaktową dla wolontariuszy (koordynującą ich działania);
- szkolić pracowników i wolontariuszy w zakresie pełnionych przez nich obowiązków;
- dbać o komunikację z wolontariuszami – dysponując ich nazwiskami, numerami telefonów, a także informacjami na temat statusu wolontariuszy w kontekście ukończonych przez nich szkoleń;
- prowadzić rejestr obowiązków każdego wolontariusza.

255 W. de Kort W. (ed.). Donor Management Manual. DOMAINE project. Sanquin Blood Supply Foundation, Nijmegen, 2010, s. 133, 194, 226-233.

256 *Ibidem*, s. 194

Przykładową listę działań na rzecz doskonalenia procesów rozwoju pracowników Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a także doskonalenia jakości obsługi Dawców, w tym dla bezpieczeństwa wszystkich zainteresowanych, przedstawiono w Tabeli 6.5.

**Tab. 6.5. Przykładowe działania na rzecz doskonalenia procesów rozwoju pracowników CKiK oraz jakości obsługi Dawców**

Obszary działań	Przykładowe działania
Tworzenie strategii rozwoju CKiK	Integracja strategii placówki ze strategią personalną (dotyczącą rozwoju pracowników) – z uwzględnieniem długoterminowych celów dotyczących obszaru zarządzania zasobami ludzkimi. Wskazanie obszarów strategicznych zarządzania zasobami ludzkimi – z jednoczesnym opracowaniem zestawu konkretnych działań w zakresie rozwoju potencjału kadrowego.
Zaangażowanie zarządzających na rzecz rozwoju pracowników	Systematyczna analiza i krytyczna ocenie potencjału kadrowego, w tym potrzeb CKiK w odniesieniu do zasobów ludzkich.
Tworzenie planów szkoleń	Tworzenie np. planów rocznych, które uwzględniałyby faktyczne potrzeby CKiK oraz samych pracowników, z jednoczesnym pomiarem i oceną przeprowadzonych szkoleń (ewaluacją ich efektywności).
Monitorowanie poziomu stresu wśród pracowników medycznych – lekarzy i pielęgniarek	Systematyczne (np. raz w roku) monitorowanie poziomu stresu wśród pracowników medycznych mogłoby pomóc w likwidowaniu barier ograniczających aktywność zatrudnionych – w tym w zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu symptomów wypalenia zawodowego.
Włączanie wszystkich pracowników CKiK, a także wolontariuszy do działań na rzecz rozwoju CKiK, w tym doskonalenia jakości obsługi Dawców	Powołanie specjalnych zespołów – „kół jakości”, których zadaniem byłoby poszukiwanie skutecznych sposobów doskonalenia obsługi Dawców, w tym wykorzystywanych przez CKiK metod i narzędzi. Prowadzenie działań na rzecz integracji pracowników CKiK oraz wolontariuszy
Zmniejszanie obciążeń psychicznych związanych z wykonywaniem zawodu medycznego	Organizowanie szkoleń, grup wsparcia, warsztatów psychologicznych ze specjalistami. Wzmocnienie wsparcia pracowników przez przełożonych.
Tworzenie systemów motywacyjnych	Wdrażanie efektywnych systemów motywacyjnych, w tym: wynagrodzeń, premii, urlopów, bezpłatnej oferty szkoleniowej itp. Wdrażanie systemu nagradzania za szczególnie wkład i zaangażowanie w rozwój CKiK, a także popularyzowanie idei honorowego krwiodawstwa, za długoletnią wzorową pracę. Tworzenie systemów motywacyjnych z uwzględnieniem zarówno możliwości placówki, jak i potrzeb pracowników.
Zapobieganie nadmiernemu wyczerpaniu fizycznemu	Działania w kierunku optymalizacji liczby pracujących pielęgniarek i lekarzy na dyżurach, analiza czasu pracy, właściwe układanie dyżurów, odpowiednie planowanie urlopów, racjonalne przydzielanie obowiązków służbowych.
Współpraca zespołu obsługującego Dawców	Doprecyzowanie zakresów obowiązków pracowników; Szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej. Rozwiązywanie lub osłabianie konfliktów pomiędzy pracownikami, z jednoczesną dokładną analizą ich przyczyn.

Akcje wyjazdowe wymagają także wcześniejszego **zaplanowania i organizacji transportu – zarówno ludzi, jak i materiałów i sprzętu medycznego**. Zaleca się, aby:

- zorganizować transport pracowników w komfortowych warunkach;
- przygotowywać listy niezbędnego sprzętu i materiałów na każdą akcję wyjazdową – przy tym oszacować ich ilość zgodnie z przewidywaną liczbą Dawców (w tym przygotować się na ewentualną większą liczbę Dawców);
- zaplanować dostosowane do warunków (potrzeb i możliwości) sposoby pakowania i rozładowywania sprzętu i materiałów;
- zorganizować dostosowany do ładunku transport, przy uwzględnieniu czasu podróży między miejscem wyjazdowej akcji pobierania krwi, a siedzibą Centrum;
- zapewnić podczas transportu krwi i jej składników odpowiednią temperaturę, zgodnie z jej specyfikacją.

Przegląd literatury oraz przeprowadzone w CKiK badania empiryczne (2022-2023) pozwalają na sformułowanie następujących **wniosków i rekomendacji**:

1. Jednym z podstawowych problemów oceny jakości obsługi Dawców przez Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (w tym procesów) jest **wielowymiarowość pojęcia „jakość”, a także złożoność realizowanych w CKiK procesów i działań**.
2. Do sfer (wymiarów) determinujących jakość obsługi Dawców należą przede wszystkim sfery: profesjonalna (bezpośredniej obsługi Dawców), techniczna, logistyczna, informacyjna, zarządzania, ekonomiczno-administracyjna oraz marketingu.
3. Jakość obsługi w poszczególnych CKiK może być różnie oceniana przez Dawców oraz przez inne grupy interesariuszy, np. przez podmioty lecznicze zamawiające krew i jej składniki (co wynikać może z różnych potrzeb). Przemawia to za **koniecznością indywidualnego podejścia do Dawców**.
4. Pewne różnice w ocenie jakości obsługi Dawców mogą wynikać ze zdarzeń przypadkowych (losowych), np. ze stanu emocjonalnego lekarza lub pielęgniarki, absencji danego pracownika, awarii środka transportu itp. Dlatego, **istotne jest klasyfikowanie przyczyn niższej oceny jakości obsługi Dawców na przyczyny losowe i systemowe**, które (w przeciwieństwie do tych przypadkowych) wymagają działań korygujących.
5. Ciągłe doskonalenie jakości obsługi Dawców (w tym jakości obsługi logistycznej) nie jest możliwe bez dokładnego rozpoznania specyfiki procesów realizowanych przez CKiK, ich uwarunkowań, znajomości wymaganych i stosowanych procedur i standardów, jak również **rozpoznania oczekiwań Dawców** i pozostałych grup interesariuszy.
6. Do niezbędnych warunków doskonalenia jakości obsługi Dawców zalicza się: wiedzę o systemach jakości (w tym o metodach i narzędziach jej doskonalenia), rzeczową ocenę potrzeb i możliwości w zakresie wprowadzanych koncepcji i realizowanych procedur i standardów, inwestowanie w rozwój pracowników, odpowiedzialność i zaangażowanie zarządzających oraz wszystkich pracowników CKiK, właściwą komunikację, a także efektywny system pomiaru i oceny jakości, odpowiadający potrzebom Dawców i pozostałych grup interesariuszy.
7. Doskonalenie procesów i jakości obsługi Dawców wymaga systematycznego monitorowania wybranych w danym Centrum mierników i wskaźników, we wszystkich obszarach prowadzonej działalności – monitorowania procesów głównych, zarządczych oraz pomocniczych, ze szczególnym uwzględnieniem tych o charakterze logistycznym, a także właściwego wykorzystania zbieranych danych.

8. W procesie monitorowania dokonania CKiK istotne znaczenie ma dostosowana do potrzeb Dawców i pracowników infrastruktura, w tym systemy informatyczne.
9. Niezbędnym działaniem podczas projektowania systemu doskonalenia jakości obsługi Dawców jest wyłonienie procesów kluczowych, które w sposób istotny wpływają na wartość oferowaną Dawcom i pozostałym interesariuszom oraz powiązanych z nimi procesów wspierających (np. logistycznych).
10. **W łańcuchu wartości danego CKiK znajdują się przede wszystkim dwa rodzaje procesów: operacyjne i prorozwojowe.**<sup>257</sup> Do operacyjnych możemy zaliczyć: procedury i standardy zachowań pracowników Centrum, a także obsługę Dawców na oczekiwanym, profesjonalnym poziomie. Do procesów prorozwojowych zaliczamy natomiast procesy innowacyjne.
11. CKiK powinny wypracować łańcuch procesów, tworzących wartość dla Dawców i pozostałych grup interesariuszy.
12. **Znaczącą rolę w zapewnieniu właściwej jakości obsługi Dawców mają właściciele procesów, czyli osoby za nie odpowiedzialne.** Przykładowo wśród personelu medycznego CKiK mamy właścicieli procesów głównych bezpośrednio związanych z pobieraniem krwi i jej składników, badaniem, preparatyką, przechowywaniem itp. Wśród pracowników administracyjnych i pomocniczych mamy natomiast właścicieli procesów: zaopatrzeniowych, inwestycyjnych, logistycznych itp.
13. Do najistotniejszych form pracy w koncepcji ciągłego doskonalenia procesów i jakości należy zespołowość i współdziałanie z interesariuszami tworzącymi system krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Należy przy tym zaznaczyć, że zespół musi być nie tylko kompetentny do realizacji powierzonych zadań, ale także zmotywowany i świadomy swojej odpowiedzialności za realizowane w CKiK procesy.

Jakość obsługi Dawców jest pojęciem wielowymiarowym, które należy odnosić do struktury usług świadczonych przez CKiK i ich specyfiki, w tym różnych kryteriów oceny: kryteriów zawodowych (świadczących o profesjonalizmie pracowników), dostępności, kultury osobistej pracowników, empatii, indywidualnego podejścia, budowania i utrzymywania relacji itp. Jest to przy tym rezultat wielu procesów: bezpośredniej obsługi Dawców, procesów techniczno-informatycznych, logistycznych, ekonomiczno-administracyjnych, marketingowych oraz zarządczych.

### 6.3. Marketing w pozyskiwaniu i utrzymaniu Dawców krwi

Każda wymiana rynkowa realizowana jest w warunkach marketingu, świadomego bądź nieświadomego, determinuje zachowania uczestników. To stwierdzenie ma również zastosowanie do stosunków rynkowych między uczestnikami systemu krwiodawstwa. Jednak stosowane tu pojęcia: rynek i stosunki rynkowe, nie mogą być utożsamiane z pojęciami z rynku dóbr konsumpcyjnych. Dlatego, w funkcjonowaniu systemu krwiodawstwa powinniśmy sięgać do narzędzi marketingowych uwzględniających specyfikę krwiodawstwa. Marketing ma wiele znaczeń, ale stosowany w praktyce gospodarowania krwią znacznie różni się od tego, co jest w „klasycznym” ujęciu. Marketing w krwiodawstwie polega na promowaniu oddawania krwi i utrzymywaniu długotrwałych relacji z Dawcami<sup>258</sup>. Marketing dostarcza społeczeństwu informacji

<sup>257</sup> Łańcuch wartości w danym CKiK możemy rozumieć jako sekwencję działań podejmowanych przez organizację, aby w efekcie dostarczyć usługi spełniające wymagania Dawców, biorców i pozostałych interesariuszy.

<sup>258</sup> W. de Kort (ed.), Donor Management Manual, DOMAINE Project, Netherlands 2010.

o potrzebach w zakresie krwiodawstwa oraz zmierza do zmiany nastawienia stosunku do oddawania krwi, w taki sposób, żeby więcej członków społeczności zostawało Dawcami krwi. Marketing jest potężnym narzędziem w przekonywaniu Dawców do systematycznego oddawania krwi.

Zatem marketing w krwiodawstwie nie dotyczy sprzedaży lub oferowania produktów, ale dotyczy sprzedaży „dobrych odczuć” Dawcom. Dąży on do ustanowienia „dożywotniej” relacji między Dawcą a służbą krwi, ponieważ zwiększa to efektywność i bezpieczeństwo zdrowotne<sup>259</sup>.

Marketing operuje różnymi modelami, które są odzwierciedleniem konkretnych pomysłów na zwiększenie skuteczności funkcjonowania systemów, w tym również systemu krwiodawstwa. Przykładowo, model „czterofazowego cyklu”, wprowadzony w 2004 r. przez Blood Services of Québec (Héma-Québec) oraz przez Donor Loyalty Group, obejmuje<sup>260</sup>:

**Marketing pozycjonujący**, rozwijający świadomość społeczną – ma na celu podniesienie świadomości społecznej<sup>261</sup> na temat potrzeby oddawania krwi, biorąc pod uwagę korzyści dla społeczności. Idealnie byłoby stworzyć szereg pozytywnych wyobrażeń na temat krwiodawstwa w świadomości społeczeństwa, wzmacniając poczucie przynależności i społecznego znaczenia bycia Dawcą krwi.

- **Marketing operacyjny**, wzywający do działania – ma na celu zwiększenie liczby Dawców krwi<sup>262</sup> na obszarze obsługiwanym przez placówkę służby krwi. Główne pytanie brzmi: w jaki sposób możemy zwiększyć liczbę osób zgłaszających się do oddania krwi? Operacyjne działania marketingowe mogą różnić się zarówno kształtem, jak i treścią, ale muszą być regularnie powtarzane. Opracowując strategię zachęcającą ludzi do oddania krwi, należy pamiętać, że nie wszyscy Dawcy są tacy sami. Sposobem na odniesienie sukcesu jest dostosowanie narzędzi komunikacji i komunikatów do różnych segmentów Dawców.

---

259 *Ibidem*.

260 *Ibidem*.

261 Ciekawym rozwiązaniem w ramach budowania świadomości społecznej w zakresie krwiodawstwa, byłoby sięgnięcie po narzędzia neuromarketingu\*, które pozwoliłyby zidentyfikować wzajemne relacje między nieekonomiczną obietnicą korzyści, a motywującą reakcją Dawcy. Badanie reakcji emocjonalnych Dawców na bodźce marketingowe takie jak plakaty, reklamy czy kampanie społeczne mogą pozwolić na identyfikację emocji, jakie wywołują poszczególne elementy przekazu, a co za tym idzie dokonanie wyboru tych, które będą najskuteczniejsze. Swoją wiedzą i doświadczeniem mogą oni pomóc w wyborze takich elementów wizualnych i werbalnych, które najskuteczniej będą oddziaływać na świadomość i podświadomość ludzi, a tym samym najlepiej będą promować krwiodawstwo.

\*Neuromarketing obejmuje ogół sposobów pomiaru aktywności mózgu człowieka związanych z bodźcami marketingowymi, takimi jak produkt, marka, opakowanie, cena, dystrybucja i promocja. Jest to „gałąź nauki badająca reakcje poznawcze, emocjonalne i sensomotoryczne na bodźce marketingowe. To także nauka o tym, jak ludzie używają mózgu do podejmowania decyzji. Celem neuromarketingu jest zrozumienie funkcjonowania mózgu konsumenta i identyfikacja czynników determinujących wybory konsumenckie, po to by lepiej dostosować ofertę marketingową do ich potrzeb.

262 Ciekawym rozwiązaniem w ramach pozyskiwania Dawców byłoby prowadzenie badań psychologicznych i behawioralnych, których rola w ekonomii stale rośnie. Na fakt ten wskazuje m.in., D. Kahneman, psycholog eksperymentalny, twórca neuroekonomii, który w roku 2002 otrzymał nagrodę Nobla. Jego dorobek naukowy podał w wątpliwość paradygmat ekonomii „homo economicus” – człowieka racjonalnie podejmującego decyzje. Kahneman D., 2012, Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.

- **Marketing relacji**, rozwijający lojalność – ma na celu uzyskanie wielokrotnych donacji od Dawców. Można go zdefiniować jako wymierną komunikację biznesową mającą na celu ustanowienie indywidualnych, bezpośrednich, interaktywnych i trwałych relacji między służbą krwi a Dawcami.
- **Uznanie**, mające na celu docenienie niezwykłych gestów Dawców i utrzymanie ich motywacji do ponownego oddawania krwi. Uznanie pozwala służbom krwi rozwijać bliskie i długotrwałe relacje. Docenianie Dawców obejmuje również fazę 2 i 3.

Szczególna rola marketingu w działaniach opisanych w powyższych fazach związana jest z tym, że zapotrzebowanie na krew rośnie szybciej niż liczba Dawców krwi. Jest to konsekwencją starzenia się społeczeństwa, emigracją młodego pokolenia oraz pogarszającym się stanem zdrowia Polaków (choroby cywilizacyjne). Zadaniem systemu krwiodawstwa jest dopasowanie ilości oddawanej krwi do zapotrzebowania na nią.

Zgodnie z modelem czterofazowego cyklu marketingu:

1. Projektowanie działań marketingowych wymaga wiedzy o tym, co sprawia, że człowiek staje się Dawcą krwi i jak dochodzi do podjęcia takiej decyzji.
2. Dla wypracowania spójnej i skutecznej struktury zachęt dla Dawców krwi kluczowa wydaje się znajomość czynników motywujących do oddawania krwi.
3. Marketing relacyjny może zawierać użyteczne narzędzia w zakresie szczególnych więzi pomiędzy Dawcami a służbą krwi.
4. Z przeprowadzonych badań własnych (potwierdzonych obserwacjami) wynika, że Dawcy krwi zwracają szczególną uwagę na korzyści niematerialne, którymi mogą być: szacunek do samego siebie, prestiż społeczny, wyróżnienie się w grupie oraz różne potrzeby – imponowania, naśladownictwa, wywołania poczucia wdzięczności, manipulacji emocjonalnej.

Bliskim idei czterofazowego cyklu marketingu jest marketing społeczny. Jego rola sprowadza się do informowania, uczenia, nakłaniania, perswazji i inspiracji. Głównym narzędziem realizacyjnym jest tu komunikacja marketingowa, która ma istotne znaczenie w fazie drugiej (marketing operacyjny), a przede wszystkim w trzeciej (marketing relacji).

Komunikacja marketingowa, która w literaturze przedmiotu określana jest jako wymiana informacji między organizacją a jej otoczeniem, służąca realizacji określonej strategii działania<sup>263</sup>, ma bezpośredni wpływ na postawy i zachowania aktualnych oraz potencjalnych Dawców, a także na ich decyzje o oddaniu lub ponownym, regularnym oddaniu krwi. Jej głównym zadaniem jest wpływanie na postawy i zachowania ludzi w kwestiach społecznych, jest narzędziem do informowania, edukowania oraz przekonywania ludzi do podejmowania działań o pozytywnych efektach społecznych. Do głównych zadań komunikacji w marketingu społecznym zalicza się:

- budowanie świadomości społecznej;
- edukację społeczną;
- motywowanie do działań społecznie użytecznych;
- budowanie zaangażowania społecznego.

Komunikacja marketingowa, dzięki jej szerokiemu zasięgowi (kampanie reklamowe, media społecznościowe, spoty telewizyjne) pozwala na dotarcie do dużego grona odbiorców, a jej treści powinny zwracać uwagę na ważne problemy społeczne, a takim niewątpliwie jest zdrowie.

263 A. Czarnecki, Product placement. Niekonwencjonalny sposób promocji, PWE, Warszawa, 2003.



Jednym z zadań marketingu społecznego jest edukowanie społeczeństwa, aby ludzie mogli zrozumieć istotę problemów społecznych i uświadomić sobie korzyści, jakie płyną z honorowego krwiodawstwa. Właściwa edukacja pociąga za sobą chęć do podejmowania pozytywnych działań społecznych. Dzięki przekazom reklamowym, spotom telewizyjnym czy akcjom w mediach społecznościowych, ludzie mogą zostać zainspirowani do działania i mogą dostrzec realny ich wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz całego społeczeństwa, a tym samym kształtować otaczający ich świat. W efekcie zaangażowanie społeczne może przyczynić się do poprawy jakości życia. Stąd, komunikacja marketingowa nie jest jednorazowym działaniem, a pewnym procesem, składającym się z kilku etapów.

Praktyka funkcjonowania krwiodawstwa w Polsce, jak również doświadczenia zagraniczne, wskazują na konieczność podejmowania działań utrwalających oraz poszerzających zakres świadomości społeczeństwa co do konieczności honorowego oddawania krwi, dostarczając również nowych bodźców skłaniających do oddawania krwi (po raz pierwszy lub kolejny). Każde takie działanie obejmuje następujące fazy:

1. Analizę sytuacji.
2. Określenie celów komunikacji.
3. Projektowanie przekazu.
4. Wybór kanałów komunikacji.
5. Ustalenie budżetu.
6. Wybór instrumentów promocji mix.
7. Ocenę działań w zakresie komunikacji.
8. Organizowanie i zarządzanie procesem komunikacji.

**Analiza sytuacji** prowadzi do identyfikacji docelowej grupy odbiorców i jest związana z procesem segmentacji Dawców krwi<sup>264</sup>. Jak wynika z naszych badań największą grupę Dawców krwi stanowią osoby w wieku 25-44 lat. Osoby młodsze i starsze rzadziej oddają krew. Motywy takich zachowań są zróżnicowane, z jednej strony związane są z reakcją na zachęty do oddawania krwi, z drugiej zaś na przykład stanem zdrowia. Jedną i drugą grupę należy aktywizować, co oznacza konieczność kształtowania działań promocyjnych dostosowanych do poszczególnych grup wiekowych.

Zmotywowanie najmłodszej grupy Dawców krwi może być wyzwaniem, bo wielu z nich może nie zdawać sobie sprawy z potencjalnych korzyści i potrzeb, związanych z krwiodawstwem. Dlatego zwiększanie ich zaangażowania wymaga działań edukacyjnych. Ważne jest, żeby dzieci i młodzież miały odpowiednią wiedzę na temat krwiodawstwa i znaczenia oddawania krwi. Warto organizować prelekcje i warsztaty, które pomogą dzieciom zrozumieć, jakie korzyści wynikają z oddawania krwi i jak proces krwiodawstwa działa. Dobrym miejscem edukacji i motywowania młodych do aktywnego krwiodawstwa są szkoły i organizacje młodzieżowe, wraz z którymi można organizować różnego rodzaju wydarzenia o łatwej dostępności dla młodego pokolenia. W odniesieniu do najmłodszych kampanie powinny mieć charakter edukacyjny, podnoszący ich świadomość w zakresie pomocy innym i znaczenia krwiodawstwa w ratowaniu życia. Edukowanie dzieci może zaowocować ich zaangażowaniem się w krwiodawstwo, po osiągnięciu wieku uprawniającego do oddawania krwi. W odniesieniu do tej grupy Dawców krwi należy przede wszystkim wykorzystać język i kody kulturowe, którymi się posługują. Należy unikać skomplikowanych słów i pojęć, które mogą być dla nich niezrozumiałe. Należy zastosować kolorowe

---

264 Segmentacja jest to podział rynku na względnie homogeniczne grupy nabywców, które w odmienny sposób reagują na ofertę marketingową.

i atrakcyjne grafiki. Na najmłodszych najczęściej pozytywnie oddziałują kolorowe postaci kreskówek, zwierzęta lub ulubione zabawki. Kolorowe plakaty lub ulotki z takimi grafikami mogą zainteresować dzieci i zachęcić je do oddawania krwi w przyszłości lub zachęcić do oddawania krwi dorosłych członków rodziny. Istotnym miejscem takich promocji kierowanych do starszej młodzieży są media społecznościowe. W tym kontekście plasowanie działań promujących oddawanie krwi na profilu Facebooku, Instagramie lub TikToku może okazać się skuteczne w szczególności, gdy jest działaniem systematycznie prowadzonym. Nie należy zapominać o odpowiadaniu (reagowaniu) na pojawiające się komentarze oraz aktywne zachęcanie do udziału w akcjach krwiodawstwa. Uatrakcyjnieniem przekazu oraz zwiększeniem jego skuteczności jest ciekawa infografika.

Natomiast kształtowanie kampanii reklamowych dla starszej grupy krwiodawców (45-65 lat) wymaga zastosowania innych strategii i przekazów, pamiętając, że powodem do mniejszej aktywności oddawania krwi mogą być problemy zdrowotne, które w ich przekonaniu uniemożliwiają oddanie krwi. Przekaz adresowany do takich Dawców, poza zachętą do oddawania krwi, może również rozwiewać wątpliwości w zakresie „własnej” zdolności do oddania krwi w konkretnym stanie zdrowotnym.

Kształtując kampanię adresowaną do tej grupy należy podkreślać jej rolę w społeczeństwie, ponieważ osoby w tym wieku zwykle cenią sobie poczucie przynależności do społeczeństwa i chętniej angażują się w działania, które pomagają innym.

Najstarsza grupa wiekowa (seniorzy – powyżej 65 roku życia), która formalnie traci możliwość bycia Dawcą krwi, powinna być traktowana jako cenny zasób dla programów krwiodawstwa, m.in. ze względu na czas, którym dysponuje i który mogą poświęcić w zaangażowanie się w programy promowania krwiodawstwa. Wiele osób w tym wieku cieszy się dobrym stanem zdrowia i może aktywnie promować idee krwiodawstwa odnosząc je do własnych doświadczeń życiowych. Seniorzy mogą być także inspiracją dla innych i pomagać w budowaniu kultury krwiodawstwa. Ich zaangażowanie w krwiodawstwo może zachęcać młodsze pokolenia do oddawania krwi i wzmacniać społeczne przekonanie o ważności takiego postępowania. Często też, w szczególności byli aktywni krwiodawcy, posiadają wiedzę na temat krwiodawstwa, co pozwala im udzielać wsparcia i porad osobom, które mają wątpliwości dotyczące bycia Dawcą. Szczególnie cenni są seniorzy w zakresie rozwiewania mitów i stereotypów dotyczących „szkodliwych” skutków oddawania krwi – ich przykład jest realnym dowodem na to, że utrwalone w społeczeństwie mylne przekonania są nieprawdziwe. Aby zachęcić najstarszą grupę wiekową do aktywnego wspierania idei krwiodawstwa warto wziąć pod uwagę ich potrzeby i zainteresowania.

Poza podziałem na grupy wiekowe na Dawców można spojrzeć z punktu widzenia ich faktycznego zaangażowania w proces oddawania krwi. Można wyróżnić potencjalnych Dawców oraz Dawców pierwszorazowych i wielokrotnych. Komunikacja Centrum Krwiodawstwa z nimi może różnić się pod względem kilku kluczowych elementów:

- Wiedzy – kandydaci na Dawcę krwi zazwyczaj nie mają wiedzy na temat krwiodawstwa i procesu oddawania krwi – dlatego ważne jest, by komunikacja była jasna i zawierała niezbędne informacje zwiększające ich świadomość i zmniejszające obawy. W przypadku wielokrotnych Dawców krwi, informacje powinny być bardziej skondensowane i ukierunkowane na aktualne kwestie, takie jak aktualne potrzeby w zakresie zapotrzebowania na krew i jej składniki.
- Motywacji – kandydaci na Dawcę krwi często są motywowani do oddawania krwi ze względu na chęć pomagania innym, natomiast wielokrotni Dawcy krwi mają już doświadczenie z oddawaniem krwi i często są bardziej zmotywowani przez swoje osobiste przekonania i wartości.



- Zaufania – wiele osób, które oddają krew po raz pierwszy, może mieć obawy dotyczące bezpieczeństwa i higieny procesu oddawania krwi – dlatego ważne jest, by komunikacja była skierowana na uzyskanie ich zaufania i zwiększenie ich pewności siebie. Wielokrotni Dawcy krwi mają już doświadczenie z procesem oddawania krwi i są bardziej zaznajomieni z procedurami i ich bezpieczeństwem.
- Zachęt – kandydaci na Dawcę krwi mogą potrzebować dodatkowej zachęty, żeby zdecydować się na oddanie krwi, np. takiej jak materiały promocyjne czy drobne upominki, natomiast wielokrotni Dawcy krwi często są zmotywowani przez swoje osobiste przekonania i wartości – dla nich motywacja materialna ma istotnie mniejsze znaczenie.

Istotną przesłanką skuteczności prowadzenia działań promujących jest dostosowanie strategii komunikacji marketingowej do preferencji zróżnicowanych grup wiekowych, zrozumienie ich zachowań i preferencji. W tym celu przydatne są: analiza danych, badanie zachowań społecznych i stałe monitorowanie trendów. Wśród **kanałów komunikacji** należy wymienić:

- Media społecznościowe, takie jak Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn czy TikTok, które są szeroko stosowane przez różne grupy wiekowe. Młodsze pokolenia, takie jak Millenials<sup>265</sup> i pokolenie Z<sup>266</sup>, są często aktywni na Instagramie i TikToku, podczas gdy starsze grupy, takie jak Baby Boomers<sup>267</sup>, preferują Facebooka. Wykorzystanie mediów społecznościowych pozwala na interakcję z różnymi grupami wiekowym, na dostarczanie treści w formie wideo, obrazów i tekstu, a także umożliwia bezpośrednią komunikację z odbiorcami.
- Marketing influencerów  
Wykorzystanie influencerów może być skutecznym sposobem dotarcia do różnych grup wiekowych. Młodsze pokolenia często śledzą popularnych influencerów na platformach, takich jak YouTube czy Instagram, więc współpraca z nimi może przyciągnąć uwagę i zaufanie tych grup. Jednak również starsze grupy wiekowe mogą być zainteresowane specjalistycznymi influencerami, którzy posiadają wiedzę w danej dziedzinie. Warto również odwoływać się do postaci lokalnie rozpoznawanych i obdarzonych zaufaniem.
- Personalizacja i automatyzacja  
Nowoczesne narzędzia marketingowe umożliwiają personalizację komunikacji z odbiorcami na podstawie ich przynależności do różnych grup wiekowych. Dzięki analizie danych i segmentacji można dostosować treści reklamowe i oferty do wieku odbiorców. Automatyzacja komunikacji, na przykład poprzez systemy CRM (*Customer Relationship Management*), pozwala na dostarczanie spersonalizowanych wiadomości i ofert w odpowiednim czasie.

---

265 Millenials, znani również jako Pokolenie Y, to grupa ludzi urodzonych pomiędzy około 1981 a 1996 rokiem. Termin „millenials” został wprowadzony jako opis pokolenia dorastającego w okresie przejścia do nowego tysiąclecia. Termin ten obejmuje szeroką grupę osób w różnym wieku, ale łączy je wspólny kontekst społeczny i technologiczny.

266 Pokolenie Z, czasami określane również jako „Centennials” lub „Digital Natives”, to grupa ludzi urodzonych po 1996 roku. Są to młodzi ludzie, którzy dorastali w pełnym rozkwicie nowoczesnych technologii, takich jak Internet, smartfony i media społecznościowe.

267 „Baby boomers” to pokolenie osób urodzonych w okresie powojennym, zazwyczaj między 1946 a 1964 rokiem. Nazwa „baby boomers” wynika z gwałtownego wzrostu liczby urodzeń po zakończeniu II wojny światowej.

- Aplikacje mobilne – są popularne we wszystkich grupach wiekowych. Można wykorzystać aplikacje mobilne do dostarczania treści marketingowych, ofert specjalnych, gier i interaktywnych doświadczeń, które odpowiadają preferencjom różnych grup wiekowych. Aplikacje mobilne mogą być szczególnie atrakcyjne dla młodszych grup wiekowych, które są bardziej aktywne w korzystaniu z urządzeń mobilnych.
- Marketing wideo online – jest powszechnie wykorzystywany we wszystkich grupach wiekowych. Zarówno młodsze, jak i starsze pokolenia często korzystają z platform, takich jak YouTube, Netflix czy platformy streamingowe, aby oglądać treści wideo. Wykorzystanie marketingu wideo online pozwala na pokazanie przekonującej historii, wzbudzenie emocji i dotarcie do różnych grup wiekowych za pomocą odpowiednio dobranych treści wideo.

Wymienione kanały komunikacji nie obejmują wszystkich możliwości – inwencja pracowników marketingu centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa w tym zakresie może być cennym poszerzeniem dróg porozumiewania się z Dawcami krwi i istotnie zwiększać skuteczność w zakresie pozyskiwania i utrzymywania Dawców.

**Komunikacja centrum krwiodawstwa** z kandydatem na Dawcę i Dawcą wielorazowym, ponieważ obie grupy mają różne potrzeby i oczekiwania, powinna być zróżnicowana. Komunikacja z kandydatem na Dawcę powinna mieć bardziej edukacyjny i zachęcający charakter. W przekazie należy wyważyć racje społeczne i osobiste Dawcy, korzyści płynące z oddania krwi – te o charakterze niematerialnym i materialnym, przygotowanie się Dawcy do oddania krwi, należne mu świadczenia po procesie oddania krwi. W szczególności przydatne dla takiego Dawcy może być przekazywanie dokładnych informacji na temat procesu oddawania krwi, a także odpowiedzenie na wszystkie pytania i wątpliwości, jakie mogą pojawić się u kandydata na Dawcę. Ważne jest także, żeby przyszły Dawca czuł się zauważony i doceniony. Warto mieć świadomość, że od jakości tego kontaktu zależy to, czy taka relacja będzie kontynuowana w przyszłości i doprowadzi do wielokrotnego oddawania krwi. W przypadku Dawców wielorazowych, komunikacja powinna być bardziej spersonalizowana i skoncentrowana na budowaniu długotrwałych relacji, na zachęcaniu ich do ponownego oddania krwi i na podkreślaniu, jak ważne jest ich zaangażowanie w krwiodawstwo. Wielorazowi Dawcy są już zaznajomieni z procesem oddawania krwi i z reguły wiedzą, czego mogą się spodziewać. Budując komunikację z Dawcą wielokrotnym warto skorzystać z wiedzy dotyczącej ich historii oddawania krwi, podkreślać ich wkład w ratowanie życia innych osób oraz nieustannie zapraszać do regularnego oddawania krwi.

Wielorazowi Dawcy są za ich ponadprzeciętne zaangażowanie doceniani, np. poprzez programy lojalnościowe, dyplomy czy odznaczenia. Warto zastanawiać się nad urozmaicaniem tych programów. Stąd warto wsłuchiwać się w sugestie Dawców i zgłaszać je do zespołu kształtującego programy lojalnościowe funkcjonującego w ramach Narodowego Centrum Krwi.

Dodatkowo, w procesie komunikacji marketingowej bardzo istotnym elementem są cele, wśród których można wymienić:

- Cele biznesowe – zwiększenie ilości oddawanej krwi, a także świadomości ludzi o istocie i znaczeniu honorowego krwiodawstwa.
- Cele behawioralne – nakłonienie ludności do podjęcia konkretnych działań, przejawiających się np. w pierwszym zgłoszeniu do Centrum krwiodawstwa lub kolejne donacje, czyniące z Dawcy krwi lojalnego Dawcy.
- Cele komunikacyjne/medialne – nakłonienie ludzi do zmiany zachowań oraz postaw względem krwiodawstwa.

- Ponadto, istotnym celem jest także budowanie pozytywnego wizerunku centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, co może prowadzić do zwiększenia wiarygodności oraz zaufania grupy docelowej. Nie bez znaczenia jest też zachęcanie do aktywnej partycypacji w wydarzeniach propagujących krwiodawstwo.

Formułowanie celów komunikacji marketingowej powinno przebiegać zgodnie z regułą SMART<sup>268</sup>, która jest akronimem słów tworzących nazwę koncepcji: S – *Specific*, M – *Measurable*, A – *Achivable*, R – *Relevant*, T – *Time-bound*. Jest to koncepcja składająca się z postulatów, które powinny charakteryzować poprawnie sformułowany cel.

Precyzyjny ( <i>Specific</i> )	Cel powinien być jednoznaczny i precyzyjnie zdefiniowany tak by wszyscy mieli jasność co do jego osiągnięcia
Mierzalny ( <i>Measurable</i> )	Cel powinien być łatwy do zmierzenia tak by można było określić czy i w jakim zakresie został osiągnięty
Osiągalny ( <i>Achievable</i> )	Cel powinien być realistyczny i możliwy do osiągnięcia w określonym przewidywalnym czasie
Realistyczny ( <i>Realistic</i> )	Cel powinien być zgodny z celami ogólnymi organizacji i jej strategią na przykład marketingową
Określony w czasie ( <i>Time-bound</i> )	Cel powinien mieć wyznaczone ramy czasowe w innym przypadku zachodzi niebezpieczeństwo braku jasnych wskaźników sukcesu

### Ryc. 6.8. Reguła SMART w określaniu celów komunikacji marketingowej

Źródło: opracowanie własne

Na poziomie biznesowym do reguły SMART nawiązują cele zawarte w Programie Polityki Zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalność RP w krew i jej składniki na lata 2021-2026”, które obejmują<sup>269</sup>: (1) utrzymanie stałej liczby świadomych Dawców krwi i jej składników, (2) zwiększenie świadomości społecznej w zakresie honorowego krwiodawstwa, (3) zwiększenie świadomości zdrowego odżywiania wśród krwiodawców. Dla wszystkich celów opracowane zostały mierniki, takie jak<sup>270</sup>: (1) liczba donacji krwi i jej składników na poziomie 1,3 mln rocznie (+/- 5%), (2) liczba Dawców krwi na poziomie 590 tys. w skali roku (+/- 5%), wzrost o 10% odsetka osób, u których podniósł się poziom świadomości społecznej w zakresie honorowego krwiodawstwa.

Kolejnym etapem procesu komunikacji **jest projektowanie przekazu**, co wiąże się z koniecznością poszukiwania odpowiedzi na pytania związane z treścią i formą przekazu, osobami, które należy wykorzystać w przekazie, a także zastosowana symboliką. Warto przy tym zadbać o spójność przekazu z celami kampanii i dopasowaniem go do grupy docelowej. Aby skutecznie pozyskiwać i utrzymywać Dawców krwi, ważne jest, aby komunikacja była jasna, zrozumiała i skierowana do odpowiedniej grupy

268 C. Fill, Marketing Communications. Interactivity, communities and content. Prentice Hall, 2009.

269 Zapewnienie samowystarczalność Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026, Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia, Warszawa 2020, s. 15.

270 Zapewnienie samowystarczalność Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026, Program Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia, Warszawa 2020, s. 16.

odbiorców. Jednocześnie przekaz nie powinien być przesadnie dramatyczny czy szokujący, ponieważ może to zniechęcić odbiorców do oddawania krwi. W komunikacji marketingowej w systemie krwiodawstwa ważnym elementem jest empatia – przekaz powinien ukazywać, w jaki sposób oddanie krwi może pomóc innym oraz jak wiele radości i satysfakcji może przynieść osobom, które pomagają. W ten sposób można przekonać potencjalnych Dawców do oddania krwi i zachęcić ich do działań powtórnych. Oznacza to, że w systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa komunikacja marketingowa powinna przybierać przede wszystkim formę edukacyjną, a jednocześnie przekonywującą i motywującą do działania, tzn. do oddawania krwi.

W systemie krwiodawstwa możemy posłużyć się różnymi **formami przekazu**, które powinny być nadal aktywnie wykorzystywane przez CKiK. Poniżej wymieniamy kanały kontaktu – te już wykorzystywane przez centra krwiodawstwa, jak i dotychczas niestosowane, które mogą być inspiracją:

1. Kontakt bezpośredni

Może być to bezpośredni kontakt telefoniczny lub mailowy, w ramach którego pracownicy CKiK osobiście zwracają się do Dawców krwi z prośbą o wzięcie udziału w akcji krwiodawstwa. Kontakt bezpośredni jest skutecznym instrumentem kształtowania pozytywnych relacji z Dawcami krwi oraz budowania więzi, które mogą zaowocować pozyskaniem lojalnych Dawców.

2. Plakaty i ulotki

Krótkie i zwięzłe hasła z obrazkami i grafikami, które łatwo zapadają w pamięć, powinny być łatwo dostrzegalne i zawierać proste i przejrzyste informacje na temat krwiodawstwa. Mogą one wykorzystywać kolory, grafiki i nagłówki, które przyciągają uwagę i zachęcają ludzi do oddawania krwi. Plakat powinien także zawierać informacje o tym, jak i gdzie można oddać krew, a także o tym, jakie są wymagania dotyczące Dawców krwi.

3. Spoty reklamowe

Krótkie filmiki, które pokazują, jak ważne jest oddawanie krwi i jakie korzyści niesie ze sobą dla Dawcy i biorcy krwi.

4. Kampanie na portalach społecznościowych

Krótkie filmy lub grafiki, które przyciągają uwagę odbiorców i zachęcają do udostępniania oraz ukazują, jak ważne jest krwiodawstwo i że każdy może w nich uczestniczyć.

5. Wydarzenia na żywo

Eventy, pikniki krwiodawstwa, gdyż są skutecznym sposobem na zachęcanie do oddawania krwi. Wydarzenia te pozwalają ludziom na bezpośrednie doświadczenie krwiodawstwa i uzyskanie informacji od specjalistów.

6. Edukacja

Prowadzenie szkoleń i warsztatów służących uświadamianiu, jak ważne jest oddawanie krwi i jakie są jego korzyści.

7. Programy lojalnościowe – nagrody i premie

Systemy nagród i przywilejów dla regularnych Dawców krwi, które zachęcają do regularnego oddawania krwi.

Ponadto, warto rozważyć:

- Lokowanie idei krwiodawstwa w produkcjach telewizyjnych, filmowych.
- Badania pierwotne: organizowanie cyklicznych badań fokusowych, do wzięcia udziału w których zapraszano by Dawców krwi i/lub potencjalnych Dawców. Wywiady takie mogą stanowić cenne źródło wiedzy o postawach i motywach oddawania krwi.

- Wpisywanie wątków związanych z krwiodawstwem do współcześnie realizowanych gier społecznych, np. gier miejskich. Stąd warto nawiązać kontakt z organizatorami takowych gier.
- Próby wykorzystywania sztucznej inteligencji (AI) np. w postaci umożliwienia na stronach Centrum kontaktu z wirtualnym doradcą, który mógłby odpowiedzieć na wszelkie pytania zainteresowanych związane z krwią i jej wykorzystaniem.
- Poszukiwanie sposobów łączenia idei krwiodawstwa z nośnymi projektami społecznymi np. w zakresie zrównoważonego rozwoju, budowania miasta inkluzywnego, tworzenia przestrzeni społecznych itp.

Do skutecznych narzędzi budowania trwałych relacji z Dawcami krwi należy również marketing bezpośredni. Dla wielu Dawców krwi bezpośredni kontakt może stanowić istotny impuls do oddania krwi. Jak pokazują badania marketing bezpośredni (kontakt) jest ważny, ponieważ osoby, które jeszcze nigdy nie oddawały krwi, na pytanie dlaczego najczęściej udzielają odpowiedzi, że nie zostały o to poproszone<sup>271</sup>. W tym obszarze można wykorzystać wysyłanie regularnych newsletterów z informacjami na temat najnowszych akcji krwiodawstwa, sukcesów i wyzwań, co pomaga w budowaniu pozytywnej i długotrwałej relacji z Dawcami krwi. W newsletterze można również podziękować za wcześniejsze oddanie krwi i zachęcić do regularnego oddawania. Można także wysłać sms-y z przypomnieniami o nadchodzących terminach oddawania krwi, a także podziękowania za wcześniejsze oddanie krwi – może być to skutecznym sposobem na utrzymanie regularnej komunikacji z Dawcami krwi. Nie należy również zapominać o datach istotnych dla Dawcy krwi, np. jego urodzinach, obchodzonych świętach czy rocznicach (np. staż w oddawaniu krwi, tj. pierwsza, piąta itp. rocznica oddawania krwi). Ważnym narzędziem mogą być też spersonalizowane karty Dawcy, które zawierają informacje o historii oddawania krwi, dyplom, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zaangażowanie Dawcy, które mogą budować satysfakcję i zwiększyć poczucie przynależności do Centrum krwiodawstwa. Centra krwiodawstwa mogą również przeprowadzać ankiety satysfakcji, w których Dawcy mogą wyrazić swoje opinie na temat procesu oddawania krwi oraz zaproponować pomysły i sugestie dotyczące poprawy jakości usług Centrum krwiodawstwa.

Choć marketing bezpośredni może być skutecznym sposobem na budowanie relacji z Dawcami krwi, to należy działać zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych i zadbać o to, by ilość wysyłanych wiadomości<sup>272</sup> była rozsądna i wyważona.

Wszystkie formy przekazu w krwiodawstwie powinny być spójne ze strategią marketingową systemu krwiodawstwa. Ponieważ wiele form komunikacji marketingowej opiera się na słowie pisanym, to warto w tym miejscu wskazać podstawowe reguły komunikacyjne tekstu pisanego, stanowiące zbiór zasad i wytycznych, które powinny być stosowane przy pisaniu tekstów, aby były one jasne, zrozumiałe i skuteczne w komunikowaniu się z odbiorcami. Do podstawowych reguł komunikacyjnych tekstu pisanego należy:

- jasność i zrozumiałość – tekst powinien być napisany w jasny i zrozumiały sposób, tak żeby był czytelny dla jak największej liczby odbiorców;

---

271 W. Drozd, *Marketing społeczny w krwiodawstwie. Jak rozmawiać z ludźmi, żeby oddawali krew*. Warszawa 2016, s. 86.

272 Potwierdzeniem istotności kontaktów bezpośrednich z krwiodawcami są wyniki badań przeprowadzone w Królestwie Niderlandów w roku 2009, z których wynika, że – po otrzymaniu pisemnego zaproszenia przesłanego na ich adres – spośród 4901 Dawców, w okresie miesięcznym aż 55% ponownie oddało krew (Dupin, Deubelbeiss, Rodrigues, De Oliveira, Quilleau 2019, s. 16-19).

- struktura – powinna być uporządkowana i zrozumiała, z wyraźnie zdefiniowanymi sekcjami i nagłówkami;
- skróty i skróty myślowe – należy unikać skrótów i skrótów myślowych, jeśli nie są one powszechnie znane i zrozumiałe;
- unikanie trudnych słów – ważne jest unikanie używania trudnych i nieznanych słów, jeśli nie są one konieczne do wyrażenia myśli;
- dostosowanie do odbiorcy – tekst powinien być dostosowany do poziomu wiedzy, doświadczenia i zainteresowania odbiorcy;
- unikanie nieporozumień – należy wystrzegać się niejasności i nieporozumień, tak żeby odbiorca mógł łatwo zrozumieć przekazywaną informację;
- słownictwo i styl – teksty powinny być odpowiednie do sytuacji i odbiorcy;
- poprawność językowa – konieczna jest zgodność z regułami gramatycznymi i ortograficznymi.

Kluczowym elementem komunikacji marketingowej jest **ewaluacja i monitorowanie efektów**, ponieważ uzyskane z pomiaru wyniki mogą stanowić punkt odniesienia dla dalszych decyzji zarządczych. Pozwala to śledzić skuteczność kampanii i dostosować działania tak, aby zaangażować jak najszersze kręgi aktualnych i potencjalnych krwiodawców. **Monitorowanie** kampanii pozwala na uzyskanie informacji o skali i zakresie wpływu podjętych przedsięwzięć na liczbę donacji. **Natomiast ewaluacja** pozwala na weryfikację stopnia realizacji celu i może, a raczej powinna być przeprowadzana na poziomie reakcji grupy do której skierowano komunikaty oraz całego społeczeństwa. W pierwszym przypadku dotyczy to identyfikacji skali i zakresu zmian zachowań, natomiast w drugim – oddziaływania grupy na zachowania całej społeczności. Uwzględniając fakt, że głównym celem kampanii marketingowych w systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest zachęcenie jak największej grupy ludzi do oddawania krwi, to podstawowym wskaźnikiem skuteczności kampanii marketingowych jest liczba donacji krwi, co pozwala określić, czy kampania przyciągnęła satysfakcjonującą liczbę Dawców. Monitorowanie liczby nowych Dawców krwi pozwala określić skuteczność kampanii w zachęcaniu ludzi do oddawania krwi po raz pierwszy. Taka ewaluacja i monitorowanie powinny być dokonywane w skali roku.

Do użytecznych mierników zaliczyć można:

- liczbę donacji krwi i jej składników, w tym z podziałem na miejsce pobierania w danym roku;
- liczbę wejść na portale społecznościowe w danym roku;
- liczbę emisji spotów promujących honorowe krwiodawstwo w danym roku;
- liczbę wydarzeń promujących honorowe krwiodawstwo w danym roku;
- liczbę prelekcji, audycji w danym roku;
- liczbę Dawców aktywnych w danym roku;
- liczbę Dawców pierwszorazowych w danym roku;
- odsetek pierwszorazowych do wielokrotnych w danym roku;
- odsetek liczby nowozarejestrowanych Dawców w stosunku do całkowitej liczby Dawców w danym roku;
- zmiany liczby donacji krwi i jej składników w danym roku.

Ponieważ centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa współpracują z różnymi podmiotami zewnętrznymi, takimi jak szkoły, uczelnie, zakłady pracy czy organizacje pozarządowe, ważne jest monitorowanie efektów tej współpracy, tak aby można było zidentyfikować partnerstwa przynoszące najlepsze efekty, oraz działania, które należałoby podjąć, aby zwiększyć efektywność i skuteczność kampanii marketingowych. Monitorowanie efektów komunikacji marketingowej powinno być realizowane zarówno



w perspektywie krótko- i średnioterminowej, jak i długofalowej. Przykładowe wskaźniki monitorowania kampanii marketingowych przedstawione na Rycinie 6.9. nie zawierają wszystkich możliwych mierników, natomiast pokazują ich wzajemne związki, gdyż dotyczą wyników funkcjonowania systemu krwiodawstwa w danym roku. Analiza konkretnego wskaźnika w oderwaniu od pozostałych może prowadzić do błędnych wniosków.



**Ryc. 6.9. Przykładowe wskaźniki monitorowania kampanii marketingowej w systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa**

Źródło: opracowanie własne

Prowadzenie działań marketingowych przez centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa związane są zazwyczaj z ograniczonym **budżetem**, a to znacznie utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia ewaluację długoterminową. Dlatego podstawową kwestią wartościującą efektywność kampanii marketingowych są precyzyjnie określone ich cele ogólne i szczegółowe wraz z miernikami ich realizacji. Monitorowanie kampanii marketingowych powinno odnosić się do obserwacji rzeczywistych zachowań społeczności docelowej. Skuteczność działań promujących i rekrutujących Dawców nie jest łatwa do oceny, z uwagi, iż wiele działań marketingowych przebiega równolegle, co komplikuje interpretację poszczególnych kampanii<sup>273</sup>. Cele zawarte w Programie Polityki Zdrowotnej, spełniają kryteria mierzalności, co pozwala na monitorowanie efektów podjętych działań, przy czym do monitorowania i ewaluacji kampanii marketingowych należy podchodzić nie z perspektywy pojedynczych przedsięwzięć, a raczej z perspektywy strategicznej, ponieważ osiągnięcie zmian społecznych i wywołanie pożądanych zachowań społecznych wymaga czasu.

Na podstawie powyższych rozważań można sformułować kilka podsumowujących rekomendacji dla publicznej służby krwi. Część z nich uznajemy za działania konieczne a dla części rekomendujemy ich kontynuację bądź intensyfikację. Do najistotniejszych rekomendacji zaliczamy:

- Kontynuowanie i tworzenie programów lojalnościowych, aby zachęcić aktualnych i potencjalnych Dawców krwi do donacji pierwszorazowych i powtórnych, dzięki czemu możliwe będzie zbudowanie bazy lojalnych Dawców.

273 W. de Kort (ed.), Donor Management Manual, DOMAIN Project, Netherlands 2010.

- Budowanie dobrych relacji z lokalnymi podmiotami gospodarczymi i organizacjami pozarządowymi, by móc zapewnić dodatkowe miejsce akcyjnego oddawania krwi, takie jak biura czy siedziby firm.
- Kształtowanie relacji z jednostkami oświatowymi i uczelniami wyższymi, aby zachęcać młodzież do stawiania się Dawcami krwi i zbudować nawyk oddawania krwi już w młodości.
- Zacieśnianie współpracy z organizacjami społecznymi, by wykorzystać ich sieć kontaktów i dotrzeć do szerokiej grupy odbiorców, a także z organizacjami charytatywnymi, żeby wykorzystać ich sieć kontaktów i dotrzeć do szerokiej grupy odbiorców.
- Organizowanie wydarzeń i akcji, takich jak pikniki czy festiwale, w celu zachęcenia ludzi do oddawania krwi.
- Wdrażanie kampanii promocyjnych, opartych nie tylko na emocjach, ale także na racjonalnych argumentach, propagowanych w mediach społecznościowych, tak by dotrzeć do młodszych odbiorców i zwiększyć świadomość na temat znaczenia krwiodawstwa, a także w lokalnych mediach, takich jak gazety i radio, żeby dotrzeć do szerokiego grona odbiorców.
- Ukierunkowanie przekazów reklamowych na specyficzne dla określonego obszaru geograficznego specyficzne potrzeby społeczności lokalnych, a tym samym zróżnicowanie kampanii w zależności od grupy docelowej.
- Zintensyfikowanie wykorzystania metod heurystycznych (jak „burza mózgów”) w pracy działów marketingowych.
- Wykorzystanie narzędzi internetowych, takich jak strony internetowe i aplikacje, do udostępniania informacji i zachęcania do oddawania krwi.
- Wykorzystanie dobrych praktyk marketingowych stosowanych w innych krajach, co mogłoby być impulsem do wdrożenia benchmarkingu i skorzystania ze sprawdzonych wzorców.
- Rozpoczęcie współpracy z organizacjami angażującymi społeczność do rozmaitych użytecznych działań, by włączyć ideę krwiodawstwa do wspólnych działań.
- Obserwowanie trendów kształtujących przyszłość, by w możliwie szybki sposób wykorzystać potencjał jaki niosą te trendy i dostosowywać narzędzia komunikacji do działań promująco-uświadamiających (np. sztuczna inteligencja itp.).

Organizując działania w tym zakresie niezbędnym jest łączenie często ciekawych inicjatyw oddolnych (realizowanych przez centra krwiodawstwa lokalnie) z istniejącymi działaniami na szczeblu krajowym (realizowanych przez Narodowe Centrum Krwi). Dzięki temu zostanie zachowana spójność przekazu komunikacji marketingowej.



# Rozdział 7.

## W kierunku dojrzałości procesowej – inspiracje dla zarządzających

### 7.1. Założenia do modelu dojrzałości procesowej CKiK

Według wielu autorów kluczową determinantą – zarówno jakości, jak i efektywności – jest dojrzałość organizacji, niezależnie od profilu jej działalności<sup>274</sup>. Dojrzałość ta oznacza pewien poziom umiejętności (doskonałości) i może być rozpatrywana jako: dojrzałość zarządcza, procesowa, projektowa, w obszarze technologii, jakości, wiedzy, kultury itp.<sup>275</sup>. Przykładowo, E. Skrzypek przedstawia w swoich badaniach istotę i znaczenie dojrzałości jakościowej organizacji, wykazując zależności zachodzące pomiędzy dojrzałością jakościową a efektywnością finansową i ekonomiczną<sup>276</sup>. Podobnie zagadnienie to przedstawia Łukasiński, skupiający się na dojrzałości organizacji zarządzanej projakościowo<sup>277</sup>. Analiza polskiego i światowego piśmiennictwa wskazuje, że dominującym obszarem badawczym w tym zakresie jest dojrzałość organizacyjna, rozpatrywana w kontekście podejścia procesowego<sup>278</sup>. Ma to niewątpliwie związek ze wzrostem zainteresowania wielu organizacji (w tym świadczących usługi medyczne), wdrażaniem standardów zarządzania jakością, w tym normy ISO 9001:2015<sup>279</sup>. W tym kontekście warto podkreślić, że celem zarządzania procesowego jest standaryzacja i integracja działań danej organizacji, umożliwiającą przewidywanie realizowanych procesów, np. świadczenia usług, zmienności otoczenia itd.<sup>280</sup>. Przy tym, **do cech dojrzałości procesowej CKiK możemy zaliczyć:**

274 T.B. Kalinowski. Dojrzałość procesowa a wyniki organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2017, nr 463, s. 171-182; R. Brajer-Marczak. Czynniki determinujące doskonalenie procesów – wyniki badań empirycznych. *Przegląd Organizacji*, 2018, nr 8, s. 25-33, DOI: 10.33141/po.2018.08.04.

275 W.B. Cieśliński i wsp. Dojrzałość projektowa i procesowa przedsiębiorstw – aspekty metodologiczne. *Marketing i Rynek*, 2014, nr 5 (CD), s. 26-32.; A. Skrzypek. Uwarunkowania funkcjonowania i doskonalenia organizacji zorientowanej na jakość w nowej gospodarce. *Problemy Jakości*, 2020, nr 4, s. 7-12.

276 E. Skrzypek. Dojrzałość organizacji i jej wpływ na doskonalenie zarządzania przedsiębiorstwem. *Problemy Jakości*, nr 11, s. 8-10.

277 W. Łukasiński. Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo. PWE, 2016, Warszawa.

278 P. Grajewski. Organizacja procesowa. Projektowanie i konfiguracja. 2007, PWE, Warszawa; Tarhan et al. Business process maturity models: A systematic literature review. *Information and Software Technology*, 2016, Vol. 75, s. 122–134, DOI: 10.1016/j.infsof.2016.01.010

279 B. Mutafelija, H. Stromberg. Capability Maturity Model Integration (CMMI). Process improvement with CMMI® v1.2 and ISO Standards, 2008, pp. 25-63, DOI: 10.1201/9781420052848.ch3

280 A. Bitkowska. Od klasycznego do zintegrowanego zarządzania procesowego. 2019, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.

- zdolność do budowy i usprawniania świadczonych usług, jako efektu współpracy, a nie jedynie indywidualnych pracowników;
- procesy są w pełni zidentyfikowane, a wiedza o nich jest skutecznie przekazywana wszystkim pracownikom (pracownikom działalności podstawowej, administracji, pracownikom technicznym, ekonomicznym gospodarczych);
- prace związane z projektowaniem procesów są planowane;
- procesy są walidowane, monitorowane i usprawniane, w tym w kontekście analiz relacji nakładów do osiągniętych efektów;
- podział ról i odpowiedzialności jest jasno zdefiniowany, zarówno w ramach całej organizacji, jak i poszczególnych procesów oraz projektów;
- jakość obsługi Dawców podlega monitorowaniu;
- istnieje obiektywna (ilościowa) baza do oceny jakości świadczonych usług i działań.

Listę tę można uzupełnić o **parametry, które świadczą o procesowym charakterze zorganizowania CKiK:**

- występują wielofunkcyjne łańcuchy wartości, stanowiące układ dynamiczny złożony z wyraźnie rozróżnialnych procesów zarządzania i operacyjnych (wykonawczych);
- występuje specyficzny i uwarunkowany przebieg procesów;
- procesy są realizowane zgodnie z ich naturalną kolejnością – zadania są realizowane w logicznym, naturalnie uporządkowanym ciągu;
- funkcjonuje szeroko rozwinięty system komunikacji poziomej ukierunkowanej na kompleksową obsługę Dawcy;
- struktura organizacji z hierarchicznej przeszła transformację w układ „wejście-wyjście” i jest połączona ze specjalizacją według kryterium przedmiotowo-procesowego;
- w związku z architekturą organizacji opartą o układy „wejść-wyjść” często występują sekwencje zdarzeń o charakterze sprzężeń sterująco-regulujących, informacyjnych i operacyjnych;
- instrumenty zarządzania i technik operacyjnych, jako składniki procesów znajdują szerokie zastosowanie i są powszechnie wykorzystywane;
- praca jest zorganizowana w oparciu o zespoły procesowe – wykorzystuje się łączenie różnych stanowisk pracy w celu usprawnienia przebiegu procesu i maksymalizacji jego efektywności;
- kładziony jest nacisk na usamodzielnienie decyzyjne pracowników obsługujących proces, a kierownik (menadżer/przełożony) w większym stopniu pełni rolę doradczą niż nadzorczą;
- procesy i wchodzące w ich skład zadania realizowane są w najbardziej optymalnych, wygodnych i dogodnych do tego warunkach i miejscach, dużą wagę przywiązuje się do elastyczności i innowacyjności podejmowanych działań<sup>281</sup>.

Jak przy tym zdefiniować dojrzałość procesową CKiK? Można przyjąć, że **dojrzałość procesowa centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa** – to zdolność danej placówki (CKiK) do odpowiedzialnego, elastycznego i efektywnego zarządzania procesami zarządczymi, głównymi i wspomagającymi, wyrażająca się w osiąganiu coraz lepszych wyników prowadzonej działalności (celów strategicznych, taktycznych i operacyjnych), w tym zaspokajaniu potrzeb i oczekiwań Dawców oraz pozostałych interesariuszy (podmiotów leczniczych, pracowników CKiK). To także zorientowanie CKiK na przyszłość i kompleksowy, stały rozwój (ciągłe doskonalenie), stanowiące swoisty wyznacznik dojrzałości całej organizacji<sup>282</sup>.

281 A. Stabryła. Metodyka analizy i projektowania systemów zarządzania procesowego. A. Stabryła (red.) Analiza i projektowanie systemów zarządzania przedsiębiorstwem, Wydawnictwo Mfiles. pl, 2010.

282 B. Detyna. Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2020.

Zaproponowany wielowymiarowy model oceny dojrzałości procesowej CKiK może stanowić narzędzie do coraz lepszego i skuteczniejszego zarządzania Centrami – **do identyfikacji rzeczywistego poziomu rozwoju całej organizacji w kierunku zarządzania procesowego**. Określając poziom dojrzałości procesowej możemy określić poziom rozwoju organizacji jako całości – od organizacji tzw. funkcjonalnej do procesowej.

W ramach proponowanego modelu rekomenduje się połączenie ewaluacji dojrzałości procesowej CKiK z ewaluacją jakości usług. Model pozwala na dokonanie porównania wyników organizacji w tych dwóch płaszczyznach. Ma to swoje uzasadnienie w nadrzędności potrzeb Dawców oraz biorców (realizowanej przez Centra misji) nad pozostałymi działaniami placówki.

Podstawowe założenia, jakie przyjęto do modelu to jego: wielowymiarowość, kompatybilność, prostota, spójność, elastyczność, użyteczność, oddziaływanie motywujące na pracowników CKiK (medycznych, administracyjnych, pomocniczych), a także wspierające znaczenie tego narzędzia w doskonaleniu jakości usług. Krótką charakterystykę tych założeń przedstawiono w Tabeli 7.1.

**Tab. 7.1. Założenia do modelu oceny dojrzałości procesowej CKiK**

<b>Założenia do modelu</b>
<b>Wielowymiarowość</b>
<p>Wynikająca z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uwzględnienia w modelu specyfiki struktur organizacyjnych CKiK, w tym istniejących więzi służbowych i funkcjonalnych;</li> <li>• uwzględnienia realizowanych w CKiK procesów: zarządzania, głównych i pomocniczych, które stanowią wymiary (płaszczyzny) oceny dojrzałości procesowej – każda organizacja w sposób autonomiczny powinna określić ile procesów (wymiarów) będzie poddawała systematycznej analizie i ocenie;</li> <li>• ocenianych w procesie ewaluacji, jednocześnie: obszarów procesowych, celów i praktyk ogólnych, a także uwzględnienia kryteriów oceny dojrzałości procesowej rozwoju pracowników CKiK;</li> <li>• ocenianych dwuwymiarowo kluczowych czynników wpływających na realizację procesów w CKiK;</li> <li>• uwzględnienie siły oddziaływania wybranych czynników na jakość obsługi Dawców oraz oceny tych czynników (ich zdolności do realizacji procesów), model umożliwia zbudowanie tzw. mapy zdolności organizacyjnej CKiK w zakresie realizacji procesów, a także tzw. radarów zdolności organizacyjnej;</li> <li>• ocenianej dwuwymiarowo realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością – przy uwzględnieniu siły oddziaływania na jakość obsługi Dawców, a także oceny ich faktycznej realizacji, co umożliwia prezentację wyników w postaci map i radarów;</li> <li>• uwzględnienia w procesie ewaluacji oceny dojrzałości odnoszącej się do właścicieli procesów;</li> <li>• uwzględnienia w modelu wskaźników jakości obsługi Dawców, co pozwala na porównanie wyników oceny dojrzałości procesowej z wynikami dotyczącymi jakości (np. z dostępnością do usług świadczonych przez CKiK, czasem oczekiwania Dawców na pobranie krwi, oceną personelu medycznego i administracyjnego, poziomem satysfakcji Dawców).</li> </ul>
<b>Kompatybilność z wymaganiami normy iso 9001:2015</b>
<p>Wynikająca z przystawania modelu do międzynarodowych wymagań dotyczących systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015, która relatywnie często obowiązuje w CKiK. Kompatybilność przejawia się m.in. w ocenie dojrzałości procesów zidentyfikowanych i opisanych, np. w postaci map procesów, tabelarycznych zestawień procesów i ich powiązań w Systemem Zarządzania Jakością (SZJ). Model uwzględnia powszechnie wykorzystywane w CKiK praktyki, dotyczące identyfikacji i opisu procesów.</p>

<b>Prostota</b>
<p>Z uwagi na specyfikę CKiK oraz ich najczęstsze problemy, związane z kadrą i obsadą stanowisk (szczególnie niedoborem pracowników medycznych – pielęgniarek i lekarzy), zaproponowany model oceny dojrzałości procesowej charakteryzuje się prostotą. Wyraża się ona m.in. w relatywnie prostym sposobie oceny poziomu dojrzałości poszczególnych wymiarów (procesów), w którym liczba kryteriów została zminimalizowana. W zależności od potrzeb i realnych możliwości CKiK liczba kryteriów może zostać powiększona (być bardziej szczegółowa). Raczej będzie to kilka lub kilkanaście procesów, a nie kilkadziesiąt.</p>
<b>Spójność z misją i strategią CKiK</b>
<p>Wynikająca z przystawania modelu do misji każdego CKiK. Misja i wynikające z niej cele strategiczne determinują sposób oceniania sprawności, efektywności i jakości w danym Centrum. Najważniejszym „punktem odniesienia” jest Dawca – jego samopoczucie, opinia na temat świadczonych usług, dostępność do CKiK itp. Dlatego komplementarną częścią zaproponowanego modelu oceny dojrzałości procesowej w CKiK powinny być pytania, dotyczące jakości obsługi (np. czasu oczekiwania Dawców, oceny dostępności, oceny pracowników medycznych i administracyjnych, stopnia zadowolenia Dawców). Połączenie oceny dojrzałości procesowej z oceną jakości obsługi Dawców pozwoli CKiK na refleksję, nad kierunkiem rozwoju organizacji, w tym nad efektami doskonalenia procesów.</p>
<b>Elastyczność</b>
<p>Wnikająca z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwości wyboru przez CKiK obszarów (procesów) podlegających ocenie poziomu dojrzałości;</li> <li>• możliwości wnoszenia poprawek, modyfikowania modelu jako narzędzia – w zależności od potrzeb i priorytetów ewaluacji, np. uwzględnienia innych elementów oceny;</li> <li>• możliwości zwiększenia liczby kryteriów do oceny poziomu dojrzałości procesowej poszczególnych wymiarów (uszczegółowienia kryteriów), w zależności od potrzeb danego CKiK.</li> </ul>
<b>Użyteczność</b>
<p>Model docelowo ma pomagać potencjalnym użytkownikom (CKiK) na ścieżce dojścia od organizacji funkcjonalnej do organizacji procesowej (dojrzałej procesowo). Stanowi on praktyczną „listę sprawdzającą” dla organizacji, zainteresowanych ciągłym doskonaleniem procesów. Użyteczny charakter modelu wyraża się, m.in. w jego wielowymiarowości, kompatybilności, prostocie, spójności, elastyczności, oddziaływaniu motywującym i wspierającym na rzecz ciągłego doskonalenia jakości obsługi Dawców.</p>
<b>Oddziaływanie motywujące pracowników</b>
<p>Model jako narzędzie motywujące wszystkich pracowników CKiK – wpływające na poprawę świadomości na temat istoty i znaczenia podejścia procesowego w danym Centrum, znaczenia dobrej współpracy, komunikacji, pracy zespołowej itp. W zaproponowanym modelu podkreślono znaczenie rozwoju pracowników, wskazując 16 kryteriów dojrzałości tego rozwoju.</p>
<b>Narzędzie doskonalenia jakości obsługi Dawców</b>
<p>Model jako narzędzie wspierające CKiK w ciągłym doskonaleniu procesów i jakości obsługi Dawców. Konstrukcja modelu zakłada, że istnieje zależność pomiędzy jakością obsługi Dawców a dojrzałością procesową CKiK.</p>

Źródło: opracowanie własne

Z przeglądu literatury oraz z przeprowadzonych przez Narodowe Centrum Krwi badań empirycznych (2022-2023) wynika, że model oceny dojrzałości procesowej CKiK powinien być: wielowymiarowy, spójny z misją i strategią, komplementarny z wymaganiami normy ISO 9001:2015 (w przypadku, gdy organizacja funkcjonuje według

wymagań tej normy), prosty, elastyczny, pozytywnie oddziałujący na motywację pracowników, a **przede wszystkim użyteczny jako narzędzie doskonalenia jakości obsługi Dawców.**

## 7.2. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej CKiK

Kluczowe kryteria oceny dojrzałości procesowej podzielone zostały na kilka grup. Należą do nich: cele ogólne (CO), obszary procesowe (OP), praktyki ogólne (PO), kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej rozwoju pracowników CKiK (RPC), a także kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej w odniesieniu do właścicieli procesów (WP).

Do wyłonionych w modelu celów ogólnych CKiK, które są wspólne dla wielu obszarów procesowych, zaliczono:

- CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów – właściwe dla 2 poziomu dojrzałości (zarządzanego).
- CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów – właściwe dla 3 poziomu dojrzałości (zdefiniowanego).
- CO3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych ilościowo – właściwe dla 4 poziomu dojrzałości (zarządzanego ilościowo).
- CO4: Zinstytucjonalizowanie procesów optymalizujących – właściwe dla 5 poziomu dojrzałości (optymalizującego).

Spełnienie przez CKiK poszczególnych celów ogólnych decyduje o tzw. instytucjonalizacji wdrażanego obszaru procesowego w placówce – potwierdzona jest tym samym faktyczna realizacja procesów (i ich kwalifikacja do konkretnego poziomu dojrzałości procesowej).

Poszczególne kryteria oceny, jakie zastosowano w modelu odnoszą się także do jedenastu obszarów procesowych Centrów, wśród których znajdują się:

- OP1: Planowanie
- OP2: Monitoring i kontrola
- OP3: Miary i analizy
- OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług
- OP5: Szkolenia
- OP6: Koncentracja na procesach
- OP7: Definicja procesów
- OP8: Przebieg procesów
- OP9: Ilościowe zarządzanie procesami
- OP10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia
- OP11: Analiza przyczyn i rozwiązań

Uwzględniając specyfikę CKiK i warunki w jakich funkcjonują, w modelu wyróżnia się dwie podstawowe kategorie obszarów procesowych:

1. **Zarządzanie procesem** – do którego przypisano osiem obszarów, które dotyczą definiowania, planowania, wdrażania oraz monitorowania procesów (OP1, OP2, OP5, OP6, OP7, OP8, OP9, OP10).
2. **Wsparcie procesu** – w którym wyodrębniono trzy obszary, które porządkują procesy związane z zarządzaniem zmianą w Centrach, zapewnieniem jakości, zbieraniem i analizą miar, wskaźników oraz mechanizmami podejmowania decyzji (OP3, OP4, OP11).

Kryteria oceny, jakie w modelu odnoszą się do poszczególnych wymiarów (procesów), to tzw. praktyki ogólne, które są wspólne dla wielu obszarów procesowych. Od ich realizacji zależy spełnienie określonych celów ogólnych, a co za tym idzie instytucjonalizacja wdrażanego obszaru procesowego w danym CKiK. Kryteria oceny dojrzałości procesowej z podziałem na obszary procesowe, cele i praktyki ogólne przedstawiono w Tabeli 7.2. (pola zacienione w Tabeli oznaczają spełnienie danego kryterium).

**Tab. 7.2. Kryteria oceny dojrzałości procesowej CKiK według proponowanego modelu – podział na obszary procesowe, cele ogólne i praktyki ogólne**

Obszary procesowe OP	Cele ogólne CO	Praktyki ogólne PO	Poziom dojrzałości				
			1	2	3	4	5
			wstępny	zarządzany	zdefiniowany	zarządzany ilościowo	optymalizujący
OP1: Planowanie	CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów	PO1: Procesy są planowane					
		PO2: Zapewniono zasoby					
		PO3: Przydzielono odpowiedzialności					
		PO4: Organizowane są szkolenia					
		PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy					
OP2: Monitoring i kontrola		PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy					
		PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane					
	PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem						

OP3: Miary i analizy	CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów	PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane						
OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług		PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów						
OP5: Szkolenia		PO4: Organizowane są szkolenia						
OP6: Koncentracja na procesach	CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów	PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane						
		PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów						
OP7: Definicja procesów		PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane						
		PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów						
OP8: Przebieg procesów	CO3: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych ilościowo	PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów						
OP9: Ilościowe zarządzanie procesami		PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów						
OP10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia	CO4: Zinstytucjonalizowanie procesów optymalizujących	PO12: Zapewniono ciągłe doskonalenie procesów						
OP11: Analiza przyczyn i rozwiązań		PO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów						

Źródło: opracowanie własne

Za podstawę określenia poziomu dojrzałości procesowej CKiK uznano trzynaście kryteriów, stanowiących praktyki ogólne:

PO1: Procesy są planowane

PO2: Zapewniono zasoby

PO3: Przydzielono odpowiedzialności

PO4: Organizowane są szkolenia

PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy

- PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane
- PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem
- PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów
- PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane
- PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów
- PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów
- PO12: Zapewniono ciągłe doskonalenie procesów
- PO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów

Model przewiduje wielowymiarową analizę i ocenę dojrzałości procesów, z uwzględnieniem identyfikacji właściwej dla wypełniania wymagań normy ISO 9001:2015. Jak wspomniano we wcześniejszych rozdziałach w ramach funkcjonowania CKiK wyróżnia się trzy podstawowe grupy: procesy zarządcze, procesy główne i pomocnicze. W ich ramach można wyróżnić kilka lub kilkanaście procesów (wymiarów oceny poziomu dojrzałości procesowej danego Centrum) – w zależności od potrzeb i specyfiki. **Przykładowo CKiK może wprowadzić samoocenę dojrzałości procesowej dotyczącej takich procesów jak:**

**1. Procesy zarządcze:**

- Doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością
- Zarządzanie ogólne
- Zarządzanie zasobami finansowymi

**2. Procesy główne (stanowiące domenę działalności CKiK – wynikające z pełnionej misji):**

- Świadczenie usług – pobór krwi i jej składników, preparatyka krwi, przechowywanie krwi, transport krwi – są to usługi na rzecz Dawców oraz innych grup interesariuszy, w tym biorców, podmiotów leczniczych itp.
- Diagnostyka – procesy związane z kwalifikacją Dawców, pracą laboratoriów, pracowni analitycznych, pracą lekarzy i pielęgniarek kwalifikujących Dawców

**3. Procesy wspomagające:**

- Propagowanie honorowego oddawania krwi
- Nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym
- Nadzór nad bezpieczeństwem i higieną pracy
- Zarządzanie zasobami ludzkimi – w tym organizacja pracy personelu
- Zarządzanie infrastrukturą
- Zakupy i zaopatrzenie – które CKiK może rozpatrywać odrębnie lub w ramach procesów logistycznych
- Procesy logistyczne – związane z przepływem materiałów, ludzi oraz informacji im towarzyszących, w tym procesy związane z rejestracją, dostępnością CKiK dla wszystkich zainteresowanych, działaniami komunikacyjno-marketingowymi itp.
- Nadzór nad aparaturą medyczną – w tym walidacja pomieszczeń, aparatury i sprzętu
- Analiza danych
- Nadzór nad udokumentowaną informacją – w tym ochrona danych osobowych

Proponuje się, aby poszczególne procesy realizowane w CKiK oceniać pod względem ich dojrzałości odrębnie – oceniając poziom realizacji PO (Tab. 7.3.). W celu uproszczenia procedury zastosowano trzy warianty odpowiedzi (Tak, Częściowo, Nie). Przy tym pola zacienione w Tabeli 7.3. oznaczają określony poziom spełnienia danego kryterium oceny.



**Tab. 7.3. Kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej badanego wymiaru (procesu) – realizacji praktyk ogólnych w danym CKiK**

Kryteria oceny	Poziom spełnienia	Poziom dojrzałości				
		1	2	3	4	5
PO1: Procesy są planowane	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO2: Zapewniono zasoby	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO3: Przydzielono odpowiedzialności	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO4: Organizowane są szkolenia	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
SPO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane	Tak					
	Częściowo					
	Nie					

Kryteria oceny	Poziom spełnienia	Poziom dojrzałości				
		1	2	3	4	5
PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO12: Zapewnione jest ciągłe doskonalenie procesów	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
PO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów	Tak					
	Częściowo					
	Nie					

Źródło: opracowanie własne

Wśród kluczowych czynników umożliwiających realizację procesów w organizacjach są wykonawcy, a wśród niezbędnych zdolności organizacyjnych kompetencje pracowników<sup>283</sup> – proponowany dla CKiK model pozwala na klasyfikację dojrzałości procesowej pod względem rozwoju pracowników (RP). W Tabeli 7.4. przedstawiono wymagania, które dane Centrum musi spełniać, aby osiągnąć określony poziom dojrzałości w tym zakresie. W tym przypadku, podobnie jak poprzednio, pola zacienione oznaczają określony poziomu spełnienia danego kryterium oceny.

**Tab. 7.4. Kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej rozwoju pracowników CKiK**

Kryteria oceny	Poziom spełnienia	Poziom dojrzałości				
		1	2	3	4	5
RP1: Środowisko pracy w Centrum spełnia wyłącznie rolę obsadzenia stanowisk	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń	Tak					
	Częściowo					
	Nie					

283 B. Detyna. Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, 2020.

RP3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP4: Funkcjonuje system komunikacji	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP5: Centrum posiada program szkoleń i rozwoju pracowników	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR – rozwoju pracowników	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP8: Istnieje system planowania pracy w zespołach	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
R9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RPS10: Wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP11: Rozszerza się uprawnienia zespołom	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP12: Wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością	Tak					
	Częściowo					
	Nie					

RP13: Kompetencje pracowników traktowane są jako kluczowe zasoby Centrum	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP14: Centrum stale udoskonala swoje możliwości	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP15: Pracownicy Centrum zachęceni są do innowacji	Tak					
	Częściowo					
	Nie					
RP16: Osiągnięcia organizacji są zbieżne z potrzebami Dawców/biorców	Tak					
	Częściowo					
	Nie					

Źródło: opracowanie własne

Wśród kryteriów oceny poziomu dojrzałości procesowej znajdują się także pytania, odnoszące się do roli właścicieli procesów (WP), czyli komórek i osób odpowiedzialnych za procesy. Kryteria te, w formie pytań, zaprezentowano w Tabeli 7.5. Najwyższy, piąty poziom dojrzałości osiągają te CKiK, w których właściciele procesów, nie tylko zapewniają niezbędne zasoby, monitorują realizację celów procesów i są z nich rozliczani, ale także są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach i sami mają na te zmiany rzeczywisty wpływ. Odpowiedź na pytanie w formie „nie wiem” traktowana jest w procesie oceny poziomu dojrzałości jako symptom niespełnienia kryterium.

**Tab. 7.5. Kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej w odniesieniu do właścicieli procesów**

Pytania Czy właściciele procesów w CKiK:	Odpowiedzi	Poziom dojrzałości				
		1	2	3	4	5
WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów?	Zdecydowanie tak					
	Raczej tak					
	Raczej nie					
	Zdecydowanie nie					
	Nie wiem					

WP2: Monitorują realizację celów swoich procesów?	Zdecydowanie tak					
	Raczej tak					
	Raczej nie					
	Zdecydowanie nie					
	Nie wiem					
WP3: Są rozliczani z realizacji celów swoich procesów?	Zdecydowanie tak					
	Raczej tak					
	Raczej nie					
	Zdecydowanie nie					
	Nie wiem					
WP4: Są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach?	Zdecydowanie tak					
	Raczej tak					
	Raczej nie					
	Zdecydowanie nie					
	Nie wiem					
WP5: Mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów?	Zdecydowanie tak					
	Raczej tak					
	Raczej nie					
	Zdecydowanie nie					
	Nie wiem					

Źródło: opracowanie własne

Stosując kryteria zaproponowanego modelu, **CKiK może samodzielnie ocenić, na którym poziomie dojrzałości procesowej znajduje się obecnie cała organizacja, a także jego poszczególne procesy (wymiary)**, co w przypadku systematycznej ewaluacji może stanowić skuteczne narzędzie doskonalenia procesów w ramach ściśle zdefiniowanej ścieżki rozwoju. Ścieżkę tę wyznacza **pięć poziomów dojrzałości**, których charakterystykę, właściwą dla warunków CKiK przedstawia Tabela 7.6. Z każdym kolejnym, osiąganym poziomem procesy zarządzane są bardziej proaktywnie, a cała organizacja dużo lepiej zarządzana. Przy tym warunkiem osiągnięcia wyższego poziomu jest spełnienie wszystkich kryteriów, odpowiadających poziomowi niżej (przykładowo Centrum znajdujące się na 5 poziomie musiało osiągnąć wszystkie cele właściwe dla poziomów 2, 3 i 4).

**Tab. 7.6.1. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa według proponowanego modelu – Poziom 1**

Poziom 1				
Charakterystyka poziomu dojrzałości				
<p>Procesy nie są zidentyfikowane, mają charakter chaotyczny, brakuje świadomości w zakresie korzyści z wykorzystywania podejścia procesowego, trudno przypisać odpowiedzialność za poszczególne działania, organizacja uczy się jak zarządzać swoimi procesami, wyniki Centrum zależą od indywidualnego wysiłku pracowników, obserwuje się brak stabilizacji i ciągłe zmiany podczas realizacji projektów, na tym etapie organizacja znajduje się na początku swojego rozwoju – w kierunku dojrzałości procesowej.</p>				
Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
<p>CO1: Brak instytucjonalizowania zarządzanych procesów CO2: Brak instytucjonalizowania zdefiniowanych procesów CO3: Brak instytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo CO4: Brak instytucjonalizowania procesów optymalizujących</p>	<p>PO1: Procesy nie są planowane lub jedynie częściowo PO2: Nie zapewniono w pełni zasobów PO3: Nie przydzielono odpowiedzialności lub jedynie częściowo PO4: Nie są organizowane szkolenia lub jedynie okazjonalnie PO5: Nie zidentyfikowano i nie zaangażowano (lub jedynie częściowo) interesariuszy PO6: Procesy nie są monitorowane i kontrolowane lub jedynie częściowo SPO7: Przebieg procesów nie jest przeglądany z kierownictwem lub jedynie częściowo PO8: Nie jest przeprowadzana ewaluacja wdrożonych procesów lub jedynie częściowo</p>	<p>Brak podejmowanych działań w OP5</p>	<p>RP1: Środowisko pracy spełnia wyłącznie rolę obsadzenia stanowisk RP2: Program wynagrodzeń nie jest zdefiniowany lub jest tylko częściowo RP3: Polityka zarządzania efektywnością nie funkcjonuje lub tylko częściowo RP4: System komunikacji nie funkcjonuje lub tylko częściowo RP5: Centrum nie posiada programu szkoleń i rozwoju pracowników (lub jedynie częściowo) RP6: Nie funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR – rozwoju pracowników RP7: Nie są opracowywane plany rozwoju kariery dla pracowników</p>	<p>WP1: Nie zapewniają lub raczej nie zapewniają zasobów niezbędnych do usprawniania procesów WP2: Nie monitorują realizacji celów swoich procesów WP3: Nie są rozliczani z realizacji celów swoich procesów WP4: Nie są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach WP5: Nie mają rzeczywistego wpływu na kształt swoich procesów</p>

Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
	PO9: Procesy nie są zdefiniowane i opisane PO10: Nie są gromadzone informacje na temat doskonalenia procesów PO11: Nie wyznaczono ilościowych celów dla procesów PO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów PO13: Nie są suwane podstawowe przyczyny problemów		RP8: Nie istnieje system planowania pracy w zespołach RP9: Szkolenia nie są planowane są w oparciu o analizę kompetencji RP11: Nie rozszerza się uprawnień zespołom RP12: Nie są wykorzystywane metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością RP13: Kompetencje pracowników nie są traktowane jako kluczowe zasoby Centrum RPS14: Centrum nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły RPS15: Pracownicy nie są zachęceni do innowacji RPS16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami Dawców/biorców	

**Tab. 7.6.2. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa według proponowanego modelu – Poziom 2**

Poziom 2				
Charakterystyka poziomu dojrzałości				
<p>Procesy są planowane i realizowane zgodnie z przyjętą polityką organizacyjną, procesy objęte są monitorowaniem i kontrolą, których wyniki analizuje się z kierownictwem, pracownicy mają świadomość wzajemnego wpływu poszczególnych czynników na siebie, brak formalnych opisów procesów, w tym miar ich oceny, zaczyna się jednak dokumentować podstawowe parametry procesów, w Centrum wdrożono podstawowe procesy związane z zarządzaniem projektami, a ich instytucjonalizacja możliwa jest dzięki realizacji ogólnych celów i praktyk przewidzianych dla tego poziomu, zatrudniane są osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zapewnia się wszystkie niezbędne zasoby umożliwiające realizację celów projektowych, pracownicy uczestniczą w niezbędnych szkoleniach, definiuje się punkty, które wyznaczają główne (istotne) zdarzenia dla realizacji projektów</p>				
Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podjęmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
<p>CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów CO2: Brak zinstytucjonalizowania zdefiniowanych procesów CO3: Brak zinstytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących</p>	<p>PO1: Procesy są planowane PO2: Zapewniono zasoby PO3: Przydzielono odpowiedzialności PO4: Organizowane są szkolenia PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane jedynie częściowo</p>	<p>OP1: Planowanie OP2: Monitoring i kontrola OP3: Miary i analizy OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług OP5: Szkolenia</p>	<p>RP1: Środowisko pracy nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk RP2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń RP3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością RP4: Funkcjonuje system komunikacji RP5: Centrum posiada program szkoleń i rozwoju pracowników RP6: System HR – rozwoju pracowników, oparty na kompetencjach funkcjonuje jedynie częściowo RP7: Jedynie częściowo opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników</p>	<p>WP1: Zapewniają (lub raczej zapewniają) zasoby niezbędne do usprawniania procesów WP2: Raczej nie monitorują realizacji celów swoich procesów WP3: Raczej nie są rozliczani z realizacji celów swoich procesów WP4: Raczej nie są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach WP5: Raczej mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów</p>



Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
	PO10: Informacje na temat doskonalenia procesów gromadzone są jedynie częściowo PO11: Nie wyznaczono ilościowych celów dla procesów PO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów PO13: Nie są usuwane podstawowe przyczyny problemów		RP8: System planowania pracy w zespołach istnieje tylko częściowo RP9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji jedynie częściowo RP10: Nie jest wdrożony system monitorujący rozwój pracowników RP11: Nie rozszerza się uprawnień zespołom RP12: Nie są wykorzystywane metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością RP13: Kompetencje pracowników nie są traktowane jako kluczowe zasoby RP14: Centrum nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły RP15: Pracownicy nie są zachęceni do innowacji RP16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami Dawców/biorców	

**Tab. 7.6.3. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa według proponowanego modelu – Poziom 3**

<b>Poziom 3</b>				
<b>Charakterystyka poziomu dojrzałości</b>				
<p>Procesy są dobrze zdefiniowane i precyzyjnie opisane, prace projektowe w ramach procesów są standaryzowane, procesy są powtarzalne, u pracowników występuje pełna świadomość prowadzenia działalności zgodnej z podejściem procesowym, procesy opisane są w postaci map, brak jednak systemu pomiaru realizacji celów procesów – ilościowe cele dla procesów wyznaczone są jedynie częściowo, organizacja osiągnęła wszystkie cele dla poziomu 2. W strukturze opisanych procesów zauważa się takie elementy jak: cel, aktywności, wejścia, wyjścia, kryteria wejściowe, kryteria wyjściowe, role, kontekst procesu (np. hierarchia), procedury. Procesy zarządzane są bardziej proaktywnie, a cała organizacja dużo lepiej niż na poziomie 2, na tym etapie Centrum zyskuje poczucie własnej tożsamości</p>				
<b>Realizacja celów ogólnych (CO)</b>	<b>Realizacja praktyk ogólnych (PO)</b>	<b>Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)</b>	<b>Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)</b>	<b>Rola właścicieli procesów (WP)</b>
CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów CO3: Brak zinstytucjonalizowania procesów zarządzanych jakościowo CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących	PO1: Procesy są planowane PO2: Zapewniono zasoby PO3: Przydzielono odpowiedzialności PO4: Organizowane są szkolenia PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów	OP1: Planowanie OP2: Monitoring i kontrola OP3: Miary i analizy OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług OP5: Szkolenia OP6: Koncentracja na procesach OP7: Definicja procesów	RP1: Środowisko pracy nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk RP2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń RP3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością RP4: Funkcjonuje system komunikacji RP5: Centrum posiada program szkoleń i rozwoju pracowników RP6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR – rozwoju pracowników RP7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników RP8: Istnieje system planowania pracy w zespołach	WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów WP2: Monitorują (lub raczej monitorują) realizację celów swoich procesów WP3: Raczej są rozliczani z realizacji celów swoich procesów WP4: Raczej są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach WP5: Raczej nie mają rzeczywistego wpływu na kształt swoich procesów

Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
	PO11: Ilościowe cele dla procesów wyznaczono jedynie częściowo PO12: Nie zapewniono ciągłego doskonalenia procesów PO13: Nie są usuwane podstawowe przyczyny problemów		RP9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji RP10: Jedyne częściowo wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników RP11: Jedyne częściowo rozszerza się uprawnienia zespołom RP12: Jedyne częściowo wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością RP13: Kompetencje pracowników nie w pełni traktowane są jako kluczowe zasoby Centrum RP14: Centrum nie udoskonala swoich możliwości w sposób ciągły RP15: Pracownicy nie są zachęceni do innowacji RP16: Osiągnięcia organizacji nie są zbieżne z potrzebami Dawców/biorców	

**Tab. 7.6.4. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa według proponowanego modelu – Poziom 4**

<b>Poziom 4</b>				
<b>Charakterystyka poziomu dojrzałości</b>				
<p>Procesy są w pełni opisane i zarządzane ilościowo, śledzony jest ich przebieg, analizowane są przyczyny zmienności, z wykorzystaniem narzędzi SPC (Statistical Proces Control). Przebieg procesów jest przewidywalny, jednak pomiary nie są wykorzystywane do podejmowania decyzji zarządczych, a jedynie do korygowania przebiegu procesów, brak jeszcze systemowego doskonalenia, organizacja osiągnęła wszystkie cele właściwe dla poziomów 2. i 3, podstawowa różnica pomiędzy poziomami 3. i 4. polega na większej przewidywalności przebiegu procesów</p>				
<b>Realizacja celów ogólnych (CO)</b>	<b>Realizacja praktyk ogólnych (PO)</b>	<b>Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)</b>	<b>Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)</b>	<b>Rola właścicieli procesów (WP)</b>
<p>CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów CO3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych jakościowo CO4: Brak zinstytucjonalizowania procesów optymalizujących</p>	<p>PO1: Procesy są planowane PO2: Zapewniono zasoby PO3: Przydzielono odpowiedzialności PO4: Organizowane są szkolenia PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów</p>	<p>OP1: Planowanie OP2: Monitoring i kontrola OP3: Miary i analizy OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług OP5: Szkolenia OP6: Koncentracja na procesach OP7: Definicja procesów OP8: Przebieg procesów OP9: Ilościowe zarządzanie procesami</p>	<p>RP1: Środowisko pracy nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk RP2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń RP3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością RP4: Funkcjonuje system komunikacji RP5: Centrum posiada program szkoleń i rozwoju pracowników RP6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR – rozwoju pracowników RP7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników RP8: Istnieje system planowania pracy w zespołach</p>	<p>WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów WP2: Monitorują realizację celów swoich procesów WP3: Są rozliczani z realizacji celów swoich procesów WP4: Są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach WP5: Raczej mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów</p>

Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
	PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów PO12: Ciągłe doskonalenie procesów zapewniono jedynie częściowo PO13: Podstawowe przyczyny problemów są usuwane jedynie częściowo		RP9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji RP10: Wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników RP11: Rozszerza się uprawnienia zespołom RP12: Wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością RP13: Kompetencje pracowników traktowane są jako kluczowe zasoby Centrum RP14: Centrum nie w pełni udoskonala swoje możliwości RP15: Pracownicy jedynie częściowo zachęceni są do innowacji RP16: Osiągnięcia organizacji są tylko częściowo zbieżne z potrzebami Dawców/biorców	

**Tab. 7.6.5. Główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa według proponowanego modelu – Poziom 5**

Poziom 5				
Charakterystyka poziomu dojrzałości				
<p>Procesy są ciągle doskonalone na podstawie metod SPC, analizowane są przyczyny zmienności procesów, podejmuje się działania korygujące. Organizacja wdraża innowacyjne rozwiązania oraz technologie w zakresie doskonalenia procesów, wyniki monitorowania wykorzystywane są w procesie podejmowania decyzji zarządczych, w Centrum funkcjonuje zasada ciągłego doskonalenia procesów, organizacja osiągnęła wszystkie cele właściwe dla poziomów 2., 3. i 4., definiowane są mierzalne cele doskonalenia procesów, które na bieżąco podlegają aktualizacji, zdiagnozowane przyczyny pojawiających się błędów są na bieżąco eliminowane</p>				
Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
CO1: Zinstytucjonalizowanie zarządzanych procesów CO2: Zinstytucjonalizowanie zdefiniowanych procesów CO3: Zinstytucjonalizowanie procesów zarządzanych jakościowo CO4: Zinstytucjonalizowanie procesów optymalizujących	PO1: Procesy są planowane PO2: Zapewniono zasoby PO3: Przydzielono odpowiedzialności PO4: Organizowane są szkolenia PO5: Zidentyfikowano i zaangażowano odpowiednich interesariuszy PO6: Procesy są monitorowane i kontrolowane PO7: Przebieg procesów przeglądany jest z kierownictwem PO8: Przeprowadzana jest ewaluacja wdrożonych procesów PO9: Procesy są zdefiniowane i opisane PO10: Gromadzone są informacje na temat doskonalenia procesów	OP1: Planowanie OP2: Monitoring i kontrola OP3: Miary i analizy OP4: Zapewnienie jakości procesów i usług OP5: Szkolenia OP6: Koncentracja na procesach OP7: Definicja procesów OP8: Przebieg procesów OP9: Ilościowe zarządzanie procesami OP10: Innowacje organizacyjne i wdrożenia OP11: Analiza przyczyn i rozwiązań	RP1: Środowisko pracy nie spełnia wyłącznie roli obsadzenia stanowisk RP2: Zdefiniowany jest program wynagrodzeń RP3: Funkcjonuje polityka zarządzania efektywnością RP4: Funkcjonuje system komunikacji RP5: Centrum posiada program szkoleń i rozwoju pracowników RP6: Funkcjonuje oparty na kompetencjach system HR – rozwoju pracowników RP7: Opracowywane są plany rozwoju kariery dla pracowników RPS8: Istnieje system planowania pracy w zespołach RP9: Szkolenia planowane są w oparciu o analizę kompetencji;	WP1: Zapewniają zasoby niezbędne do usprawniania procesów WP2: Monitorują realizację celów swoich procesów WP3: Są rozliczani z realizacji celów swoich procesów WP4: Są otwarci na wprowadzanie zmian w procesach WP5: Mają rzeczywisty wpływ na kształt swoich procesów

Realizacja celów ogólnych (CO)	Realizacja praktyk ogólnych (PO)	Podejmowane działania w obszarach procesowych (OP)	Spełnienie kryteriów dotyczących rozwoju pracowników (RP)	Rola właścicieli procesów (WP)
	PO11: Wyznaczono ilościowe cele dla procesów PO12: Zapewnione jest ciągłe doskonalenie procesów PO13: Usuwane są podstawowe przyczyny problemów		RP10: Wdrożony jest system monitorujący rozwój pracowników RP11: Rozszerza się uprawnienia zespołom RP12: Wykorzystywane są metody ilościowe w zarządzaniu efektywnością RP13: Kompetencje pracowników traktowane są jako kluczowe zasoby Centrum RP14: Centrum stale udoskonala swoje możliwości RP15: Pracownicy zachęceni są do innowacji RP16: Osiągnięcia organizacji są zbieżne z potrzebami biorców	

Źródło: opracowanie własne

### 7.3. Elementy uzupełniające główne kryteria oceny poziomu dojrzałości procesowej CKiK

#### Mapa zdolności organizacyjnych

Zakładając, że istnieją kluczowe czynniki (w tym zdolności organizacyjne) umożliwiające realizację procesów CKiK proponuje się (wstępnie) dwanaście czynników, które w modelu podlegają dwuwymiarowej ocenie:

- siły oddziaływania na jakość usług – w skali od 1 do 5, gdzie 1 – to siła oddziaływania najmniejsza, a 5 – siła oddziaływania największa, wyróżniono pięć poziomów siły (*force*): F-1, F-2, F-3, F-4, F-5,
- oceny zdolności czynników do realizacji procesów w Centrum – w skali od 1 do 5, gdzie: gdzie 1 – to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa, wyróżniono pięć poziomów zdolności (*capacity*): C-1, C-2, C-3, C-4, C-5.

Oceniane aspekty to: planowanie (P), zarządzanie (M), kultura organizacyjna (OC), kompetencje kadry zarządzającej (MC), kompetencje pracowników medycznych (CM), administracyjnych (CA) i pomocniczych (CS), właściwa obsada stanowisk (W), komunikacja (C), infrastruktura, w tym IT (I), nadzór (S) oraz finanse (F). Na podstawie wyników przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest zbudowanie swoistej **mapy zdolności organizacyjnej** Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w zakresie realizacji procesów. To relatywnie proste narzędzie pozwala na identyfikację tych czynników, które wymagają pilnej interwencji (działań doskonalących), na rzecz poprawy sprawności i efektywności procesów, a w konsekwencji na rzecz poprawy jakości świadczonych usług. Model pozwala na rozpoznanie czynników, których siła wpływu (oddziaływania) na jakość usług jest największa, a także tych, których potencjał nie jest w pełni realizowany. Graficzna prezentacja wyników w postaci mapy możliwa jest po przeprowadzeniu obliczeń: średniej siły (śr. F) i średniej oceny (śr. C) dla każdego z wybranych czynników (Tab. 7.7).

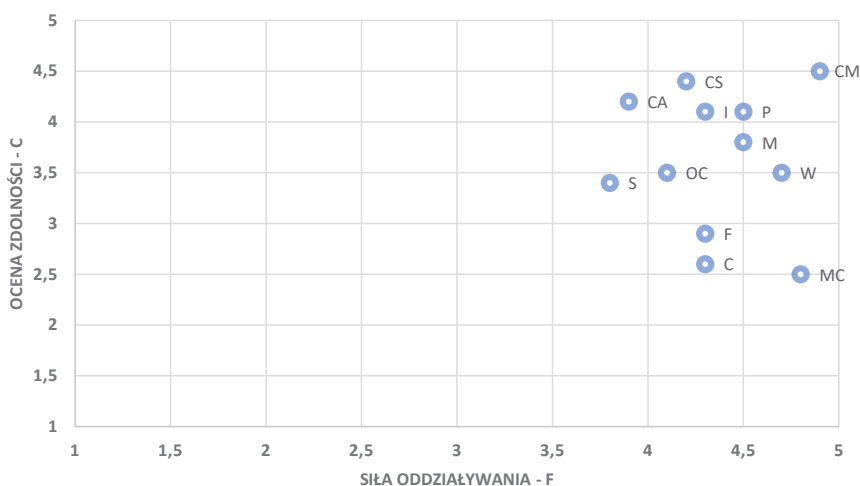
**Tab. 7.7. Arkusz oceny siły oddziaływania oraz zdolności wybranych czynników do realizacji procesów w CKiK**

Średnia siła	Siła oddziaływania (F)					Czynniki umożliwiające realizację procesów w Centrum	Ocena zdolności (C)					Średnia ocena
	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	
						Planowanie, projektowanie						
						Zarządzanie						
						Kultura organizacyjna						
						Kompetencje kadry zarządzającej						
						Kompetencje pracowników medycznych						
						Kompetencje pracowników administracyjnych						
						Kompetencje pracowników pomocniczych						
						Właściwa obsada stanowisk						
						Komunikacja						
						Infrastruktura, w tym IT						
						Nadzór						
						Finanse						



Na mapie (Ryc. 7.1.) zaznaczono przykładowe współrzędne dwunastu punktów: P, M, OC, MC, CM, CA, CS, W, C, I, S, F – odpowiadających uzyskanym średnim arytmetycznym w dwóch badanych wymiarach (siły oddziaływania i oceny zdolności).

Największa zdolność organizacyjna w zakresie realizacji procesów dotyczy tych czynników, które na przykładowej mapie zdolności organizacyjnej znajdują się w prawej, górnej ćwiartce – czyli reprezentują aspekty o największej sile oddziaływania (większej od F-3) i najwyższej ocenie zdolności (większej od C-3). W obszarze tym znalazły się punkty: CM, CS, CA, P, I, M, W, OC, S. Najlepiej ocenione, a jednocześnie posiadające największą siłę oddziaływania (w przedstawionym przykładzie) są kompetencje pracowników medycznych (CM). Trzy punkty znajdują się w prawej, dolnej części mapy (MC, C, F) – co oznacza, że na tych czynnikach, w pierwszej kolejności powinny skupić się działania doskonalące. Są to aspekty, które posiadają relatywnie dużą siłę oddziaływania na jakość usług (powyżej F-3), ale uzyskały najniższe oceny zdolności (poniżej C-3).



**Ryc. 7.1. Przykładowa mapa zdolności organizacyjnej CKiK w zakresie realizacji wybranych procesów**

Źródło: opracowanie własne

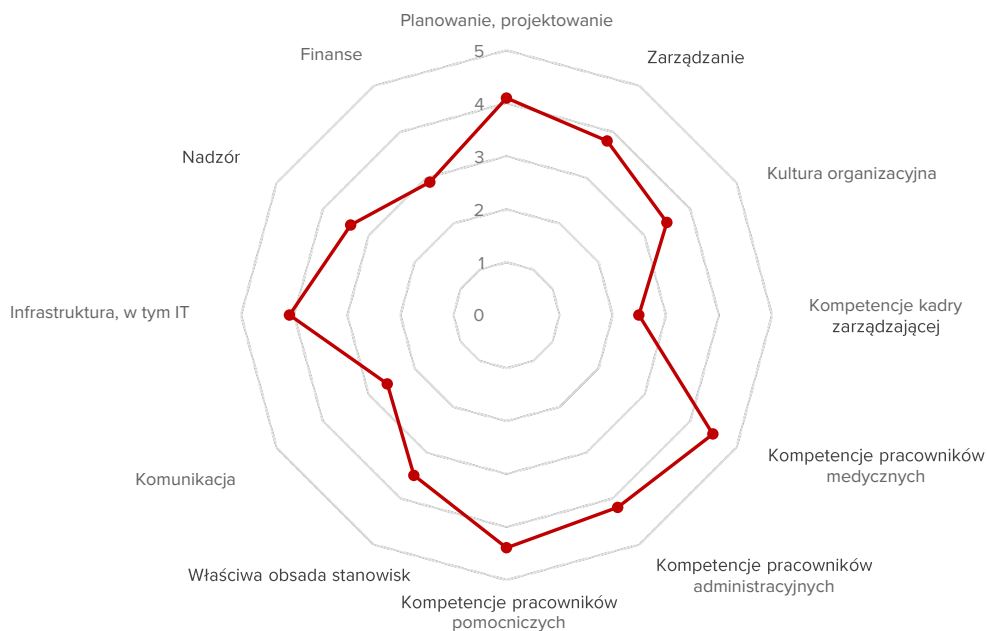
### Jak interpretować wyniki na mapie zdolności organizacyjnej?

Instrukcja w tym przypadku jest relatywnie prosta. Gdy punkty znajdują się:

1. W prawej, górnej części ( $F > 3$ ,  $C > 3$ ) – badane czynniki mają dużą siłę oddziaływania i są wysoko ocenione, co nie oznacza sytuacji, która nie wymaga stosownych działań doskonalących, w kierunku poprawy zdolności do realizacji procesów.
2. W prawej, dolnej części ( $F > 3$ ,  $C < 3$ ) – badane czynniki mają dużą siłę oddziaływania, ale są nisko oceniane, to oznacza konieczność pilnych działań korygujących, sytuacja bowiem niekorzystnie wpływa na realizację procesów i jakość usług (aspekty wymagają poprawy w pierwszej kolejności).
3. W lewej, dolnej części ( $F < 3$ ,  $C < 3$ ) – badane czynniki są nisko oceniane, ale mają też relatywnie małą siłę oddziaływania na jakość usług (aspekty wymagają poprawy w drugiej kolejności).
4. W lewej, górnej części ( $F < 3$ ,  $C > 3$ ) – badane czynniki są wysoko oceniane, ale posiadają relatywnie małą siłę oddziaływania (aspekty wymagają poprawy w trzeciej kolejności).

## Radar zdolności organizacyjnych

W modelu zaproponowano, aby wyniki oceny poszczególnych czynników umożliwiających realizację procesów w CKiK przedstawiać nie tylko w postaci map zdolności organizacyjnej, ale także w postaci **diagramów radarowych**. Forma prezentacji graficznej wyników oceny działań CKiK powinna bowiem umożliwić relatywnie szybkie (przemawiającego do świadomości pracowników) porównanie wyników w czasie (np. rocznych raportów oceny dojrzałości procesowej). Przykład tzw. **radaru zdolności organizacyjnej** Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w zakresie realizacji procesów przedstawia Rycina 7.2. **Przy tym należy podkreślić, że prezentowane wyniki nie są ocenami pochodzącymi z rzeczywistych badań – są to jedynie przykłady i służą prezentacji sposobu wykorzystania i interpretacji zaproponowanych narzędzi.**



**Ryc. 7.2.** Przykładowy radar zdolności organizacyjnej CKiK w zakresie realizacji procesów

Źródło: opracowanie własne

### Jak interpretować wyniki na radarze zdolności organizacyjnych?

Analiza wyników przedstawionych w postaci radaru zdolności organizacyjnej pozwala zidentyfikować priorytety w procesie doskonalenia procesów – na drodze do jak najlepszego wykorzystania posiadanych przez dane Centrum zasobów – ludzkich, finansowych, rzeczowych i niematerialnych. Przykładowo, szczególnie niepokojącym wynikiem, obserwowanym na Rycinie 7.2. jest niska ocena kompetencji kadry zarządzającej, które to wyraźnie odbiegają od poziomu kompetencji pozostałych grup pracowników. Podobnie niskie oceny dotyczą obszaru komunikacji i finansów. W przypadku rzeczywistego zaistnienia takiej sytuacji, te trzy obszary wymagałyby największego zaangażowania i energii, aby w sposób zdecydowany wpłynąć na poprawę zdolności organizacyjnej badanego CKiK.

### Mapa oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością

Uwzględniając popularność w placówkach medycznych normy ISO 9001:2015, proponuje się w ramach modelu analizę i ocenę podejmowanych działań w zakresie doskonalenia systemu zarządzania jakością (którego istota opiera się na podejściu procesowym). Wychodząc z założeń przyjętych także w modelach dojrzałości, zawartych w normach PN-ISO 10014:2008<sup>284</sup> oraz PN-EN ISO 9004:2018-16<sup>285</sup> – gdzie wśród kryteriów oceny dojrzałości wyróżniono: zarządzanie, strategię, politykę, zarządzanie zasobami, zarządzanie procesami, monitorowanie, pomiary, doskonalenie, innowacje, a także uczenie się<sup>286</sup> – proponuje się, aby przeprowadzić **dwuwymiarową ocenę realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością** (w odniesieniu do specyfikacji CKiK):

1. **Zasada: Orientacji na dawcę/biorcę** – w tym realizacji misji Centrum (OP).
2. **Zasada: Przywództwa** – w tym motywowania personelu do angażowania się w realizację założonych celów (P).
3. **Zasada: Zaangażowania wszystkich pracowników Centrum** – w tym właściwego doboru pracowników do stanowisk (ZP).
4. **Zasada: Podejścia procesowego** – uwzględniającego procesy główne (operacyjne), pomocnicze i zewnętrzne (PP).
5. **Zasada: Ciągłego doskonalenia** – z uwzględnieniem warunków wewnętrznych i zewnętrznych (CD).
6. **Zasada: Podejmowania decyzji opartych na dowodach** – w tym rozumienia zależności przyczyny i skutku (PD).
7. **Zasada: Wzajemnych korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami** – w tym dbania o relacje z interesariuszami zewnętrznymi (IZ).

Podobnie jak w przypadku analizy i oceny dwunastu czynników umożliwiających realizację procesów (Tab. 7.7., Ryc. 7.1. i Ryc. 7.2.), poszczególne zasady podlegają w modelu dwuwymiarowej ocenie:

- siły oddziaływania na jakość usług – w skali od 1 do 5, gdzie 1 – to siła oddziaływania najmniejsza, a 5 – siła oddziaływania największa; wyróżniono pięć poziomów siły (*force*): F-1, F-2, F-3, F-4, F-5;
- oceny realizacji – w skali od 1 do 5, gdzie: gdzie 1 – to ocena najniższa, a 5 – ocena najwyższa; wyróżniono pięć poziomów zdolności (*implementation*): I-1, I-2, I-3, I-4, I-5.

Na podstawie wyników przeprowadzonej ewaluacji możliwe jest opracowanie dla CKiK:

- arkusza oceny siły oddziaływania oraz realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością (Tab. 7.8.);
- mapy oddziaływania i poziomu realizacji siedmiu zasad (Ryc. 7.3.);
- radaru poziomu realizacji siedmiu zasad zarządzania jakością (Ryc. 7.4.).

284 Norma PN-ISO 10014:2008. *Zarządzanie jakością – Wytyczne do osiągnięcia korzyści finansowych i ekonomicznych.*

285 Norma PN-EN ISO 9004:2018-16. *Zarządzanie jakością – Jakość organizacji – Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.*

286 <https://www.iso.org/standard/70397.html> (dostęp: 15.02.2022).

Tab. 7.8. Arkusz oceny siły oddziaływania oraz realizacji zasad zarządzania jakością w CKiK

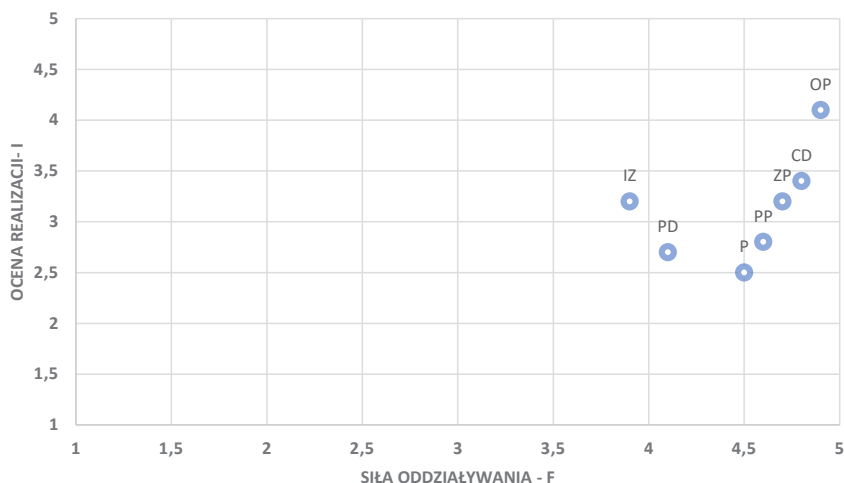
Średnia siła	Siła oddziaływania (F)					Siedem zasad zarządzania jakością według ISO 9001:2015	Ocena realizacji (I)					Średnia ocena
	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	
						Orientacja na dawcę/biorcę – w tym realizacja misji Centrum						
						Przywództwo – w tym motywowanie personelu						
						Zaangażowanie wszystkich pracowników Centrum – w tym właściwa obsada stanowisk						
						Podejście procesowe – uwzględniające także procesy zewnętrzne						
						Ciągłe doskonalenie – uwzględniające także warunki zewnętrzne						
						Podejmowanie decyzji opartych na dowodach – w tym rozumienie zależności przyczyny i skutku						
						Wzajemne korzyści w stosunkach z zainteresowanymi stronami – dbanie o relacje z interesariusza						

Źródło: opracowanie własne

Wyniki średniej siły (śr. F) i średniej oceny (śr. I) z realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością są podstawą do prezentacji mapy (Ryc. 7.3.), na której przedstawionych jest siedem punktów, odnoszących się do poszczególnych zasad zarządzania jakością (OP, P, ZP, PP, CD, PD, IZ).

### **Jak interpretować wyniki na mapie oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością?**

W tym przypadku interpretacja wyników jest podobna do tej, którą opisano w części dotyczącej mapy zdolności organizacyjnej. Interpretując przykładowe wyniki zestawione na Rycinie 7.3. możemy stwierdzić, że oceniane CKiK powinno w pierwszej kolejności zaangażować się w poprawę realizacji trzech zasad: podejścia procesowego, przywództwa oraz podejmowania decyzji opartych na dowodach. Pozostałe zasady, pomimo relatywnie wysokich ocen ( $I > 3$ ) także wymagają działań doskonalących, gdyż tylko jedna z nich (OP) uzyskała ocenę powyżej 4,0. Interpretacja wyników przedstawionych na mapie jest tożsama ze sposobem dotyczącym zdolności organizacyjnej w zakresie realizacji procesów (Ryc. 7.1.).

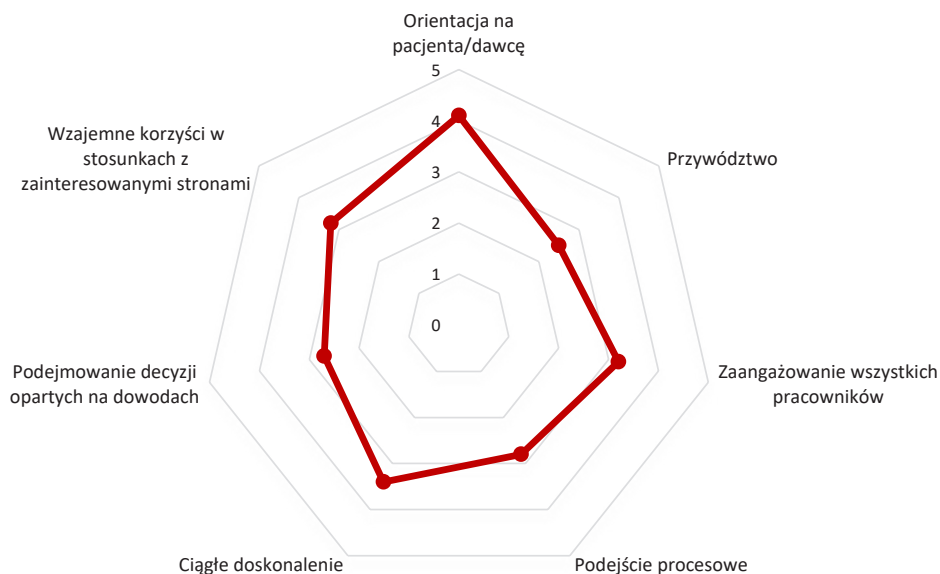


**Ryc. 7.3. Przykładowa mapa oddziaływania i poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w CKiK**

Źródło: opracowanie własne

### Radar poziomu realizacji zasad zarządzania jakością

Średnie oceny poziomu realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością warto zwizualizować także w formie radaru (Ryc. 7.4.). CKiK, które doskonalili swoje procesy w ramach systemu zarządzania jakością powinny dążyć do tego, żeby wielokąt utworzony przez linie łączące siedem punktów (zasad) na tego typu grafice miał jak największą powierzchnię, żeby oceny coraz bardziej zbliżały się do wartości maksymalnej  $I=5,0$ .



**Ryc. 7.4. Przykładowy radar poziomu realizacji zasad zarządzania jakością w CKiK**

Źródło: opracowanie własne

## Jak interpretować wyniki na radarze poziomu realizacji zasad zarządzania jakością?

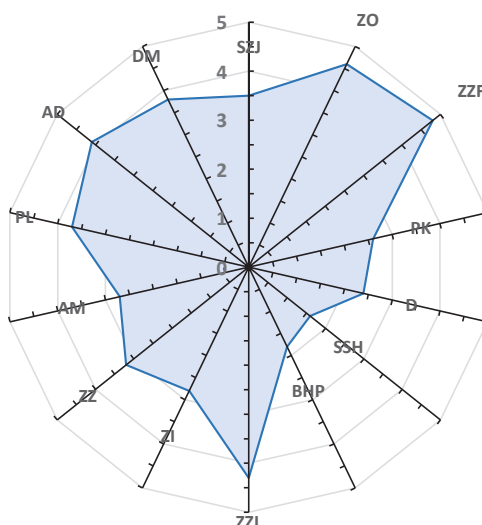
Interpretacja ocen realizacji poszczególnych zasad zarządzania jakością jest analogiczna jak w przypadku radaru zdolności organizacyjnej (Ryc. 7.2.). Jednocześnie przy skali od 1 do 5 możemy przyjąć, że wyższa ocena – oznacza wyższy poziom dojrzałości w zakresie podejmowanych działań doskonalących SZJ (bardziej dojrzały poziom rozwiązań). Prezentowany na Rycinie 7.4. przykład wskazuje, że oceny te są relatywnie niskie. Szczególnie widoczne są deficyty w realizacji takich zasad jak: przywództwo, podejście procesowe, podejmowanie decyzji opartych na dowodach oraz zaangażowanie wszystkich pracowników. Zatem analiza wyników przedstawionych w postaci radaru poziomu realizacji zasad zarządzania jakością pozwala także zidentyfikować i zwizualizować priorytety w procesie doskonalenia realizacji (spełniania) tych zasad. Z opisanego przykładu wynika, że wśród tych priorytetów powinno znaleźć się doskonalenie realizacji zasady przywództwa, podejścia procesowego, a także podejmowania decyzji opartych na dowodach.

### *Radar natężenia problemów w badanych procesach*

Integralną częścią zaproponowanego do wykorzystania modelu dojrzałości procesowej jest ocena procesów (wybranych wymiarów) w kontekście występujących i zgłaszanych przez pracowników CKiK problemów. W skali od 1 do 5 wartość 1 oznacza brak problemów, a 5 problemy występujące praktycznie stale. Diagram radarowy (Ryc. 7.5.) ilustruje przykładowe wyniki dla 14 procesów (których listę można dowolnie modyfikować):

- doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością (SZJ);
- zarządzania ogólnego (ZO);
- zarządzania zasobami finansowymi (ZZF);
- świadczenia usług (PK);
- diagnostyki (D);
- nadzoru nad stanem sanitarno-higienicznym (SSH);
- nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pracy (BHP);
- zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL);
- zarządzania infrastrukturą (ZI);
- zakupów i zaopatrzenia (ZZ);
- nadzoru nad aparaturą medyczną (AM);
- procesów logistycznych (PL);
- analizy danych (AD);
- nadzoru nad udokumentowaną informacją (DM).

Lista ta jest jedynie przykładowym zestawem procesów. W zależności od zidentyfikowanych na wstępie potrzeb i realnych możliwości, każde CKiK powinno ustalić, jakie procesy powinny być systematycznie monitorowane, w tym także pod kątem występujących podczas ich realizacji problemów).



**Ryc. 7.5. Przykładowy radar natężenia problemów w badanych procesach CKiK**

Źródło: opracowanie własne

### **Jak interpretować wyniki na radarze natężenia problemów w badanych procesach?**

Wykorzystanie narzędzia w postaci radaru natężenia problemów w badanych procesach Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa pozwala na wizualizację i relatywnie szybkie porównanie wyników w czasie (np. porównanie raportów rocznych). Na przykładzie danych przedstawionych graficznie (Ryc. 7.5.) można dosyć jednoznacznie stwierdzić, że największe problemy zgłaszane są przez pracowników w procesach dotyczących: zarządzania zasobami finansowymi, zarządzania ogólnego, zarządzania zasobami ludzkimi, analizy danych, nadzoru nad dokumentacją oraz procesów logistycznych. Korzystnym symptomem, możliwym do względnie szybkiej weryfikacji podczas kolejnych badań – będzie zmniejszanie się wypełnionego „obszaru” na diagramie radarowym, co będzie świadczyło o zmniejszeniu się skali problemów w poszczególnych obszarach.

## **7.4. Uwarunkowania zarządzania procesowego oraz implementacji modelu oceny dojrzałości procesowej w CKiK**

Analiza i ocena poziomu dojrzałości procesowej CKiK wymaga głębokiej analizy zarówno czynników, które determinują funkcjonowanie zarządzania procesowego, jak i specyficznych dla tych organizacji uwarunkowań. Do czynników najsilniej wpływających na skuteczność i efektywność zarządzania procesowego, a tym samym implementacji modelu oceny dojrzałości procesowej zaliczane są:

- świadomość wymagań i oczekiwań klientów zewnętrznych i wewnętrznych (w przypadku CKiK Dawców, pracowników, innych grup interesariuszy);
- struktura organizacyjna;
- elastyczność organizacji (w tym realizowanych procesów);
- praca zespołowa;

- kultura organizacyjna, w tym świadomość procesowa wszystkich pracowników;
- rozwój pracowników (system szkoleń itp.);
- formalna identyfikacja (w tym zdefiniowanie i wizualizacja) procesów;
- standaryzacja i ciągłe doskonalenie procesów;
- wykorzystywane narzędzia (metody, techniki) doskonalenia prowadzonej działalności,
- pomiar rezultatów procesów, w tym dobór mierników i wskaźników do badania (systematyczna analiza i ocena efektywności i skuteczności procesów);
- funkcje właścicieli procesów;
- system motywacyjny pracowników;
- system zarządzania jakością;
- zarządzanie wiedzą, w tym dotyczącą procesów<sup>287, 288, 289</sup>.

Osiągnięcie najwyższego poziomu dojrzałości procesowej nie jest możliwe z dnia na dzień i wymaga od CKiK sformułowania strategii ewolucji organizacji – w kierunku: od zarządzania funkcjonalnego do zarządzania procesowego. Filozofia ciągłego doskonalenia musi być nie tylko akceptowaną ideą, ale przede wszystkim rzeczywistym, codziennym i uświadomionym wysiłkiem wszystkich pracowników zatrudnionych w danym Centrum. O konieczności stopniowego (etapowego) osiągania dojrzałości przez organizację pisał m.in. K. Nowosielski, podkreślając że nie ma możliwości, żeby w tym obszarze osiągnięto od razu najwyższy poziom rozwoju<sup>290</sup>. Według P. Grajewskiego powinien być to program działania, określający kolejne etapy realizacji przedsięwzięć, zwiększających zdolność systemu do osiągnięcia trwałej poprawy konkurencyjnej, dzięki możliwości stałej aktywacji potencjału rozwojowego we wszystkich obszarach (wymiarach) prowadzonej działalności<sup>291</sup>.

---

287 P. Grajewski. *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, 2012, Warszawa.

288 A. Wąsowska. Zarządzanie wiedzą w organizacjach pożytku publicznego czynnikiem ich sukcesu. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie*, nr 31, s. 282-293, DOI: 10.17512/znpcz.2018.3.24

289 B. Detyna. *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, 2020.

290 K. Nowosielski. *Controlling Maturity Model*, Wrocław 2013, [http://www.controlling.ue.wroc.pl/5icomm\\_pl.html](http://www.controlling.ue.wroc.pl/5icomm_pl.html) (dostęp: 15.02.2022).

291 P. Grajewski. *Organizacja procesowa. Projektowanie i konfiguracja*, PWE, 2016, Warszawa.



## Rozdział 8.

# Patofizjologia krwiodawstwa i reakcje niepożądane mające związek z oddawaniem krwi

Spostrzeżenia w dziedzinie patofizjologii krwiodawstwa stwarzają możliwość wniesienia wielu cennych informacji do zagadnień związanych z profilaktyką i ochroną zdrowia zarówno samych Dawców, jak i pacjentów. Krwiodawcą może być każdy zdrowy człowiek w wieku 18-60 lat. Przez pojęcie zdrowia w odniesieniu do Dawcy krwi lub jej składników rozumie się stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak objawów choroby lub niedomagania. Dawca powinien zatem, odpowiadać wymaganiom osoby klinicznie zdrowej, charakteryzującej się pewnymi przeciętnymi (wzorcowymi) wartościami fizjologicznymi, anatomicznymi i biochemicznymi, stanowiącymi kryterium oceny zdrowia i przydatności dla służby krwi. Badania dotyczące zmian zachodzących w ustroju krwiodawcy odnoszą się przede wszystkim do zmian i zaburzeń w gospodarce żelaza, a ponadto dotyczą wpływu oddawania krwi na odnowę elementów upostaciowanych, hemoglobiny oraz białek osoczowych<sup>292</sup>.

### **Patofizjologia krwiodawstwa**

Ubytek objętości krwi w następstwie oddawania krwi pełnej lub jej składników zwykle nie wpływa na dobrostan Dawcy. Jednorazowy upust krwi nie przekracza 10% objętości krwi krążącej i zmniejsza ją o 1/12-1/15<sup>293</sup>. Fizjologiczne mechanizmy kompensacyjne zapewniają utrzymanie homeostazy ustrojowej w sytuacji zmniejszenia objętości krwi krążącej i zaburzeń w transporcie tlenu. Zależą one od: rzutu serca, przepływu wieńcowego, zmiany w przepływach narządowych, zwiększenia ekstrakcji tlenu i zwiększenia ilości 2,3-difosfoglicerynianu w krwinkach czerwonych. Reakcją na obniżenie objętości krwi i parametrów morfologicznych jest zwiększenie rzutu serca<sup>294</sup>. Pobudzenie układu współczulnego przyspiesza akcję serca, a obniżenie lepkości krwi zwiększa objętość

---

292 Wiersun-Osselton JC., Marijt van der Kreck T., de Kort WL.: Donor vigilance, what are we doing about it? *Bid J Int Assoc Bid Stand* 2012;40:176-179. Jorgensen J., Sorensen BS.: Donor vigilance. *ISBT Sci Ser* 2008;3:48-53.

293 de Farias Cassino G., Bassolli L., Mendrone-Junior A. et al.: The impact of immediate adverse donation reactions on the return of volunteers undergoing platelet apheresis. *Transfusion and Apheresis Sci* 2022;61:19-23; Custer B, Bravo M, James RC, Cusick RM, Tomasulo P.: Associations between collection procedure type and donor adverse events. *Transfusion*, 2009;49(ss):52A.

294 Custer B, Bravo M, James RC, Cusick RM, Tomasulo P.: Associations between collection procedure type and donor adverse events. *Transfusion*, 2009;49(ss):52A; Menitove JE.: Red Cell Transfusion Therapy in Anemia. W Mintz PD. (red.): *Transfusion Therapy. Clinical Principles and Practice*. 3rd ed. AABB Press 2011:37-54.

wyrzutową dzięki nasileniu napływu żylnego i zwiększeniu obciążenia następczego. Przyspieszenie akcji serca nie jest regułą, ale może powodować skrócenie rozkurczu, co ma niekorzystny wpływ na ukrwienie mięśnia sercowego. W przypadku Dawcy krwi częstość tętna może być znacząco obniżona. Objaw ten najlepiej różnicuje reakcję wazowagalną od wstrząsu hipowolemicznego lub kardiogennego, w których częstość akcji serca przyspiesza. Zmniejszenie objętości krwi krążącej powoduje z reguły normowolemiczne rozcieńczenie krwi i wyraźne obniżenie jej lepkości. Ułatwia to z kolei przepływ żylny<sup>295</sup>.

W efekcie rzut serca zwiększa się. Równocześnie wzrost napięcia układu współczulnego zwiększa kurczliwość mięśnia sercowego, a poprzez pobudzenie receptorów mięśni gładkich naczyń krwionośnych pozwala utrzymać odpowiednie ciśnienie krwi<sup>4</sup>.

Z krwi przepływającej przez krążenie wieńcowe uwalnia się do mięśnia sercowego od 60 do 75% tlenu, co znacznie przekracza odsetek tlenu uwalnianego w innych narządach. W związku z tym zwiększenie dostarczania tlenu do mięśnia sercowego jest możliwe tylko przez wzrost przepływu wieńcowego. U młodego, zdrowego mężczyzny obniżenie stężenia hemoglobiny, nawet do niskiego poziomu, jest dobrze tolerowane<sup>296</sup>.

W czasie obniżenia parametrów morfologicznych występują zmiany w przepływach narządowych. Wzrasta przepływ mózgowy. Inne narządy o wysokich przepływach a niskim zapotrzebowaniu, mają dopływ ograniczony, a główny nurt krwi jest kierowany do tkanek o wyższym zapotrzebowaniu na tlen. Jest to znakomita rezerwa tkankowa organizmu – taka zmiana w przepływach narządowych wyrównuje ubytek 1/3 rzutu serca i pozwala pokryć nawet 50% wzrost zapotrzebowania na tlen.

W warunkach prawidłowych w tkankach obwodowych uwalnia się około 25% przenoszonego przez krew tlenu. W czasie stresu, a takim może być decyzja o oddaniu krwi, odsetek ten może wzrastać nawet 3-krotnie. W mięśniach szkieletowych w czasie wyczerpującej pracy fizycznej odsetek ekstrakcji tlenu może osiągać 80-90% całkowitej zawartości tego gazu we krwi tętniczej<sup>297</sup>.

Wzmożona produkcja 2,3-difosfoglicerynianu w krwinkach czerwonych przesuwają prawo krzywą dysocjacji oksyhemoglobiny, co zwiększa uwalnianie tlenu do tkanek. Do przesunięcia krzywej dysocjacji w prawo przyczynia się również zmniejszenie pH, które z kolei, może być skutkiem nadmiernej hiperwentylacji Dawcy<sup>297</sup>.

W Tabeli 8.1. zebrano podstawowe mechanizmy wyrównawcze uruchamiane w przypadku obniżenia parametrów morfologicznych związanych z donacją krwi pełnej.

**Tab. 8.1. Mechanizmy wyrównawcze w przypadku donacji krwi**

- Zwiększenie rzutu serca – przyspieszenie częstości uderzeń serca (w przypadku donacji krwi pełnej częstość akcji serca może nie ulegać zmianie lub nawet zwalniać)
- Zwiększenie wieńcowego przepływu tętniczego
- Zmiany przepływu przez poszczególne narządy – ograniczenie przepływu przez dobrze ukrwione narządy o małym zużyciu tlenu, a zwiększenie przepływu przez narządy o wysokim zapotrzebowaniu na tlen
- Zwiększenie ekstrakcji tlenu – współczynnik ekstrakcji tlenu może wzrastać z 25% do 75%
- Wzrost stężenia 2,3-difosfoglicerynianu w krwinkach czerwonych – przesunięcie krzywej dysocjacji oksyhemoglobiny w prawo zwiększa uwalnianie tlenu w tkankach

295 Menitove J.E.: Red Cell Transfusion Therapy in Anemia. W: Mintz P.D. (red.): Transfusion Therapy. Clinical Principles and Practice. 3rd ed. AABB Press 2011:37-54.

296 Kamel H., Tomasulo P., Bravo M., Wiltbank T., et al.: Delayed adverse reactions to blood donation. Transfusion 2010;50:556-65.

297 Madjdpour C., Spahn D., Weiskopf R.: Anemia and perioperative red blood cell transfusion: A matter of tolerance. Crit Care Med 2006;34:S102-S108.

Jednorazowe oddanie 450 ml krwi powoduje zmniejszenie liczby krwinek czerwonych o około 6-10%, co w badaniu morfologicznym krwi obniża liczbę erytrocytów o 0,35 mln/ml i stężenie hemoglobiny o około 1 g/dl, a wartość hematokrytu obniża się o około 2%.

Następujące po donacji zmniejszenie liczby krwinek czerwonych uruchamia mechanizmy kompensacyjne – krzywa dysocjacji hemoglobiny przesuwają się w prawo<sup>298</sup>.

Bezpośrednio po oddaniu krwi następuje wzrost syntezy erytropoetyny i pobudzenie erytropoezy. W zależności od zdolności regeneracyjnych ustroju Dawcy wartości krwinek czerwonych mogą powrócić do wartości wyjściowych już po 2-3 dniach (maksymalnie w ciągu 7-10 dni od dnia pobrania), natomiast odnowa stężenia hemoglobiny zależna jest od zasobów żelaza w ustroju i zwykle trwa 4-6 tygodni<sup>299</sup>. Obserwacje dynamiki odnowy hemoglobiny u Dawców wielokrotnych wskazują, że po pobraniu 450 ml krwi stężenie hemoglobiny obniża się osiągając najniższe wartości piątego dnia po pobraniu. Po dwóch tygodniach od oddania krwi, stężenie hemoglobiny nie osiąga jeszcze wartości z dnia pobrania. U stałych, wielokrotnych Dawców krwi w następstwie częstych donacji obserwuje się przejściowe stany niedoboru hemoglobiny i krwinek czerwonych, które mogą być przyczyną dyskwalifikacji czasowych. Stwierdzono natomiast, że regularne, wielokrotne oddawanie krwi nie wpływa na zmiany stężenia związków fosforowych (ATP, NAD, NADP), a więc nie powoduje zmian w metabolizmie krwinki czerwonej i stabilności błony komórkowej<sup>300</sup>.

Badania parametrów morfologicznych u Dawców wielokrotnych, stanowią pewne kryterium oceny wydolności ich układu krwiotwórczego, ale nie pozwalają jednak na pełną ocenę dynamiki odnowy tych wartości w okresie po donacji. Dotyczy to głównie stężenia hemoglobiny i wynika ze zmian w gospodarce żelazem – jedna donacja krwi pełnej prowadzi do utraty około 230 mg żelaza, a jego odnowa trwa 40-50 dni. Oddawanie krwi z częstością 4 jednostek w roku zwiększa u mężczyzny dobowe zapotrzebowanie na żelazo do 2,5-3,5 mg, które może być niewystarczające do uzupełnienia normalną dietą<sup>301</sup>.

Narastanie niedoboru żelaza w organizmie Dawcy można podzielić na trzy etapy. Pierwszym etapem jest czas zmniejszenia zasobów żelaza bez zmiany jego stężenia w surowicy. Drugi etap, to okres utajonego niedoboru żelaza. W tym czasie postępuje zmniejszanie się zasobów żelaza przy prawidłowych wartościach stężenia hemoglobiny. Dla Dawcy, taka syderopenia utajona, z prawidłową liczbą krwinek czerwonych i stężeniem hemoglobiny jest dużo groźniejsza niż niedokrwistość objawowa, ponieważ kolejne oddanie krwi naraża Dawcę na długi okres dyskwalifikacji konieczny do odbudowy układu krwiotwórczego. Etap trzeci – narastania niedoboru żelaza, to objawowa niedokrwistość syderopeniczna charakteryzująca się spadkiem stężenia hemoglobiny oraz obniżonymi parametrami czerwonokrwinkowymi, takimi jak: średnia objętość krwinek czerwonych (MCV), średnie stężenie hemoglobiny w krwince (MCHC) czy średnia

298 Madjpour C., Spahn D., Weiskopf R.: Anemia and perioperative red blood cell transfusion: A matter of tolerance. *Crit Care Med* 2006;34:S102-S108.

299 Custer B., Bravo M., James R.C., Cusick R.M., Tomasulo P.: Associations between collection procedure type and donor adverse events. *Transfusion*, 2009; 49(ss):52A. Kamel H., Tomasulo P., Bravo M., Wiltbank T., et al.: Delayed adverse reactions to blood donation. *Transfusion*;2010;50:556-65.

300 Kamel H, Tomasulo P, Bravo M, Wiltbank T, Cusick.; Delayed adverse reactions to blood donation. *Transfusion*, 2010;50:556-65; Kakaiya R., Aronson CA., Julleis J.: Whole Blood Collection and Component Processing. In: Robach JD. et al.: Technical manual. XVI ed. AABB, 2008.

301 Newman B.H.: Blood donor complications after whole blood donation. *Curr Opin Hematol* 2004;11:339-345; Amrein K., Valentin A., Lanzer G., et al.: Adverse event and safety issues in blood donation a comprehensive review. *Blood Rev* 2012;26:30-42.

masa hemoglobiny w komórce (MCH). Stan ten wpływa na stopniowe pogarszanie się samopoczucia Dawcy i wystąpienie objawów klinicznych niedokrwistości<sup>302</sup>.

Rozważając patofizjologię krwiodawstwa należałoby również wspomnieć o odnowie białek osoczowych. Jednorazowa donacja krwi pełnej o objętości 450 ml powoduje utratę około 75 g białka, z czego 15 g stanowią białka osocza, a 60 g białka hemoglobiny. Przyjmując, że u mężczyzny ważącego 70 kg objętość krwi krążącej wynosi 5 litrów, to jednorazowa donacja związana jest z utratą 6% białek osocza i 8% białka hemoglobiny. Po upływie 2 godzin po oddaniu krwi następuje obniżenie stężenia białka osoczowego o około 10%. Nasilenie tego zjawiska uzależnione jest od nawodnienia ustroju oraz objętości i szybkości utraty krwi. Ta obserwowana przejściowa hipoproteinemia może być spowodowana przejściem płynu międzykomórkowego do krwioobiegu, co powoduje efekt hemodilucji. Stan ten może stymulować syntezę albumin w wątrobie, które warunkują prawidłowe ciśnienie onkotyczne osocza i utrzymanie prawidłowej objętości krwi krążącej. Całkowity powrót stężenia białek do wartości wyjściowych następuje po 10-14 dniach. Wydaje się, że regularne oddawanie krwi nie wpływa niekorzystnie na zachowanie się białek osoczowych i proteinopoezę, zarówno w sensie ilościowym, jak i jakościowym<sup>303</sup>.

## Zdarzenia i reakcje niepożądane u Dawców krwi

Według Światowej Organizacji Zdrowia Dawcy krwi stanowią 6,5% ziemskiej populacji. Krew od Dawców można pobrać dwoma różnymi technikami: grawitacyjnie, po nakłuciu żyły (krew pełna) oraz metodą aferezy (osocze, płytki krwi, krwinki czerwone i kombinacje wymienionych składników)<sup>304</sup>.

Donacja krwi lub jej składników jest zwykle całkowicie bezpieczna i dająca satysfakcję, bezpieczne są również procedury związane z samym pobraniem.

Jednak obserwowane są, rzadko występujące, niepożądane reakcje lub zdarzenia, które mają bezpośredni związek z pobieraniem krwi. Występują one głównie u kobiet, u młodych Dawców oraz u Dawców pierwszorazowych<sup>305</sup>. Są to reakcje i zdarzenia na ogół o łagodnym przebiegu, jak np. małych rozmiarów krwiaki w miejscu wkłucia, opisywane u 1/3 wszystkich Dawców<sup>306</sup>. Newman i wsp. przebadali 7 mln Dawców krwi pełnej i stwierdzili występowanie niepożądanych reakcji, objawiających się w czasie donacji lub bezpośrednio po niej, u 3,5% wszystkich pobranych jednostek krwi. Wystąpienie reakcji wymagającej interwencji medycznej stwierdzono u 1 na 3400 Dawców<sup>307</sup>. Rodzaj i częstość występowania niepożądanych zdarzeń i reakcji przedstawia Tabela 8.2.

302 Conrad ME., Umbreit JN., Moore EG.: Iron absorption and transport. *Am J Med Sci* 1999;318:213-229.

303 Custer B., Bravo M., James R.C., Cusick R.M., Tomasulo P.: Associations between collection procedure type and donor adverse events. *Transfusion*, 2009; 49(ss):52A; Kamel H., Tomasulo P., Bravo M., Wiltbank T., et al.; Delayed adverse reactions to blood donation. *Transfusion*, 2010; 55:6-65; Newman BH: Blood donor complications after whole blood donation. *Curr Opin Hematol* 2004;11:339-345.

304 Conrad M.E., Umbreit J.N., Moore E.G.: Iron absorption and transport. *Am J Med Sci* 1999;318:213-229.

305 Amrein K., Valentin A., Lanzer G., et al.: Adverse event and safety issues in blood donation a comprehensive review. *Blood Rev* 2012;26:30-42; World Health Organization. Blood Safety – Key global fact and figures in 2011. Fact Sheet N0 279 2011; France C.R., France J.L., Roussos M., Ditto B.: Mild reactions to blood donation predict a decreased likelihood of donor return. *Transfus Apher Sci*, 2004;30:17-22.

306 Tomasulo P., Kemel H., Bravo M., James R.C.: Interventions to reduce the vasovagal reaction rate in young whole blood donors. *Transfusion*, 2011;51:1511-21.

307 Newman B.H: Blood donor complications after whole blood donation. *Curr Opin Hematol* 2004;11:339-345.

**Tab. 8.2. Częstość występowania niepożądanych zdarzeń i reakcji u Dawców krwi<sup>290</sup>**

Rodzaj zdarzenia lub reakcji	Częstość obserwacji lub skargi Dawców	Częstość obserwacji lub dane z wywiadu	Częstość interwencji medycznej lekarza
miejscowe: siniak, ból ręki, porażenie, uszkodzenie nerwu, miejscowa zmiana alergiczna, uszkodzenie tętnicy, krwiak, zakrzepowe zapalenie żyły, miejscowe zakażenie	0,002% przypadków zakrzepowe zapalenia żyły, 0,35% krwiaków	0,9% przypadków porażenie lub uszkodzenie nerwu 22,7% Dawców zgłosiło krwiaki przedramienia po poprzedniej donacji	1:20000 Dawców z powodu krwiaka lub uszkodzenia nerwu 1:225000 z powodu miejscowych zakażeń
ogólnoustrojowe: zmęczenie, reakcje wazowagalne, omdlenie z utratą przytomności i uszkodzeniem ciała, nudności, wymioty	0,01% omdlenia z utratą przytomności i uszkodzeniem ciała 2,5% reakcje wazowagalne	0,4% nudności, wymioty 7,8% skargi na zmęczenie	1:9000 z powodu reakcji wazowagalnych

W innych badaniach stwierdzono, że umiarkowane lub poważne reakcje wazowagalne występują w 4 na 1000 donacji (licząc razem donacje krwi pełnej i donacje aferezy). Około 2 na 1000 donacji wiąże się z uszkodzeniem ciała, a około 8% Dawców z umiarkowanymi lub poważnymi reakcjami po oddaniu krwi wymaga interwencji medycznej lekarza. Uszkodzenie naczynia związane z uzyskaniem dostępu do żyły występuje dużo częściej w przypadkach pobierania składników krwi technikami aferezy niż donacji krwi pełnej. Dawcy, zatem, wymagają obserwacji i dokładnej analizy badań wykonywanych w czasie kwalifikacji ich do oddania krwi lub jej składników, aby ograniczyć częstość zdarzeń po donacji i ich następstwa<sup>308</sup>.

Za pięć głównych kategorii zdarzeń i reakcji niepożądanych związanych bezpośrednio z donacją krwi odpowiadają:

- hipotensja;
- fizyczne szkodenia związane z nakłuciem żyły;
- działania uboczne płynów infuzyjnych (aferezy);
- reakcje alergiczne;
- metabolizm żelaza<sup>309</sup>.

Kategoryzację reakcji niepożądanych związanych z donacją krwi przedstawia Tabela 8.3.

308 European Directorate for the Quality of Medicine, Health care of the Council of Europe (EDQM). Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Working Group on Complications Related to Blood Donation International Society of Blood Transfusion Working Party on Haemovigilance European Haemovigilance Network. 2008.

309 Amrein K., Valentin A., Lanzer G., et al.: Adverse event and safety issues in blood donation a comprehensive review. *Blood Rev* 2012;26:30-42; European Directorate for the Quality of Medicine, Health care of the Council of Europe (EDQM). Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Working Group on Complications Related to Blood Donation International Society of Blood Transfusion Working Party on Haemovigilance European Haemovigilance Network. 2008.

**Tab. 8.3. Kategoryzacja reakcji niepożądanych bezpośrednio związanych z oddawaniem krwi lub jej składników (AABB Donor Hemovigilance Working Group)<sup>291</sup>**

Typ reakcji niepożądaney	Kategoria reakcji
Hipotensja	reakcja wazowagalna
	omdlenie, bez utraty przytomności
	utrata przytomności, trwająca różnie długo, połączona z uszkodzeniem ciała
Miejscowe uszkodzenie związane z wkłuciem do żyły	porażenie nerwu
	krwaki w miejscu wkłucia
	uszkodzenie tętnicy
Wlewy dożylny (afereza)	toksyczne działanie cytrynianu
	hemoliza
	zator powietrzny
	krwaki w miejscu wkłucia
	reakcja alergiczna
Reakcje alergiczne	miejskowa
	reakcja uogólniona, wstrząs anafilaktyczny
Obniżenie stężenia hemoglobiny	niedokrwistość
	niedobór żelaza

Każda z kategorii reakcji niepożądanych może zostać sklasyfikowana jako lekka, umiarkowana lub poważna. Powinny być one analizowane osobno biorąc pod uwagę odległe następstwa, ponieważ reakcja umiarkowana, łagodnie przebiegająca, może w następstwie objawiać się zdarzeniami poważnymi, np. sercowo-krążeniowymi<sup>310</sup>.

### **Reakcje wazowagalne**

Reakcje wazowagalne, najczęściej występujące objawiają się zawrotami głowy, nadmiernym poceniem się, nudnościami, wymiotami, osłabieniem, niepokojem, blednością skóry, hipotensją i bradykardią. Rzadko może wystąpić omdlenie z utratą przytomności i drgawkami. W reakcji wazowagalnej czynność serca jest często obniżona, w przeciwieństwie do przyspieszonego tętna charakterystycznego dla znacznego ubytku objętości krwi krążącej. U części Dawców, u których wystąpiły poważne reakcje (omdlenie z utratą przytomności i drgawkami) lub przedłużające się inne reakcje wazowagalne

<sup>310</sup> European Directorate for the Quality of Medicine, Health care of the Council of Europe (EDQM). Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Working Group on Complications Related to Blood Donation International Society of Blood Transfusion Working Party on Haemovigilance European Haemovigilance Network. 2008.

mogą wymagać obserwacji i/lub podania dożylnego płynów. Powtarzające się tego typu reakcje skutkują dyskwalifikacją stałą Dawców<sup>311</sup>.

Reakcje wazowagalne występują dużo częściej u młodych Dawców, Dawców z niską masą ciała, kobiet i Dawców pierwszorazowych<sup>312</sup>. Stosowane leki antyhypertensyjne nie są czynnikiem ryzyka omawianych reakcji<sup>313</sup>. Reakcje o przebiegu łagodnym występują 25 razy częściej niż omdlenia Dawców z utratą przytomności. Te ostatnie niosą za sobą dodatkowe ryzyko uszkodzenia ciała, szczególnie głowy, twarzy lub kończyn<sup>314</sup>.

U Dawców, od których pobierane są składniki krwi metodami automatycznymi, reakcje wazowagalne obserwowane są dużo rzadziej. Spowodowane jest to prawdopodobnie stosowaniem płynów uzupełniających w czasie procedur. Podobnie, podawanie Dawcom krwi pełnej doustnie płynów przed i bezpośrednio po donacji, redukuje częstość występowania tych reakcji<sup>315</sup>. W przeciwieństwie, badania przeprowadzone przez Kamela i wsp., a następnie przez Grocco i wsp. oraz Kargerę i wsp. stwierdzają, że częstość reakcji wazowagalnych w przypadku pobrań aferezowych jest podobna lub nawet wyższa od towarzyszących donacjom krwi pełnej<sup>316</sup>. Tłumaczą to znacznie wyższą, bo nawet 20%, objętością krwi znajdującą się pozaustrojowo, szczególnie u kobiet i osób z niską masą ciała<sup>317</sup>. Karger i wsp. twierdzą nawet, że podczas zabiegów aferezy zmiany hemodynamiczne u Dawców mogą przypominać bezobjawową fazę wstrząsu hipowolemicznego, a stężenie peptydu natiuretycznego typu B (*brain natriuretic peptide*) może wzrosnąć nawet o 35%<sup>318</sup>.

Picie kawy przed donacją może również zredukować częstość reakcji wazowagalnych, ale może także zmniejszyć przepływ krwi podczas pobierania, ponieważ kawa jest środkiem powodującym zwężenie naczyń (*vasoconstrictor*). Prawie jedna trzecia Dawców zgłasza uczucie zmęczenia po donacji. Dotyczy to głównie Dawców pierwszorazowych i kobiet.

### **Uszkodzenie nerwów obwodowych**

Inną reakcją niepożądaną związaną z oddawaniem krwi lub jej składników jest przypadkowe uszkodzenie nerwów obwodowych. W 40% przypadków uszkodzenia nerwów, wkłucie do żyły było prawidłowe i wykonane bez trudności technicznych. Dawcy skarżą się na zmiany czucia w miejscu wkłucia, w całym przedramieniu, nadgarstku

311 Tomasulo P., Kemel H., Bravo M., James R.C.: Interventions to reduce the vasovagal reaction rate in young whole blood donors. *Transfusion*, 2011;51:1511-21.

312 Wiltbank T.B., Giordano G.F., Kemel H., Tomasulo P.: Faint and pre-faint in whole blood donors; analysis of predictive value. *Transfusion*, 2008;48:1799-1808.

313 Pisciotto P., Sataro P., Blumerg N.: Incidence of adverse reactions in blood donors taking anti-hypertensive medications. *Transfusion*, 1982;22:530-531.

314 Eder A.F., Hillyer C.D., Dy B.A., Notary E.P., Benjamin R.J.: Adverse reactions to allogeneic whole blood donation by 16- and 17-years olds. *JAMA*, 2008;299:2279-86.

315 de Farias Cassino G., Bassolli L., Mendrone-Junior A. et al.: The impact of immediate adverse donation reactions on the return of volunteers undergoing platelet apheresis. *Transfusion and Apheresis Sci* 2022;61:19-23.

316 Kamel H., Tomasulo P., Bravo M., Wiltbank T., et al.: Delayed adverse reactions to blood donation. *Transfusion*, 2010;50:556-65.

317 Grocco I., Franchchini M., Garozzo G. et al.: Adverse reactions in blood i apheresis donors: experience from two Italian transfusion centres. *Blood Transfus.* 2009;7:35-38.

318 Karger R., Kretschmer V.: Maximum donation volumes per session in donor plasmapheresis. *Vox Sang* 2006;91:350-352.



lub dłoni. Odczuwane przez Dawców zaburzenia czucia szybko ustępują, czasem po zmianie pozycji kończyny górnej, z której pobierana jest krew. Jednak u 7% Dawców zaburzenia czucia mogą utrzymywać się przez 3-9 miesięcy<sup>319</sup>.

Uszkodzenie nerwów może być skutkiem bezpośredniego uszkodzenia igłą, co objawia się różnie nasilonym bólem już w czasie wykonywania wkłucia, często połączonym z parestezją. Reakcja może występować z lekkim nasileniem, z objawami utrzymującymi się do 2 tygodni, z umiarkowanym – objawy trwają powyżej 2 tygodni, ale nie dłużej niż 1 rok, lub z poważnym nasileniem, gdy objawy utrzymują się powyżej jednego roku i wymagają interwencji lekarza neurologa<sup>320</sup>.

Innym rodzajem uszkodzenia nerwów obwodowych jest uszkodzenie wywołane narastającym krwiakiem. Objawy neurologiczne wywołane są uciskiem nerwu przez krwiak i przebiegają pod postacią bólu i parastezji narastających w czasie. Podobnie jak w bezpośrednim uszkodzeniu nerwu wyróżnia się postać lekką, umiarkowaną i poważną, zależnie od czasu utrzymywania się objawów i interwencji medycznej<sup>28</sup>.

### **Uszkodzenie tętnicy**

Jaskrawo czerwony kolor krwi podczas pobierania, bardzo krótki czas donacji (około 4 minut), pulsująca igła wkłuta do żyły sugerują nakłucie tętnicy promieniowej. Następstwem tej reakcji o umiarkowanym nasileniu, jest krwawienie, dużych rozmiarów krwiak, który po czasie całkowicie ustępuje. W niektórych przypadkach (reakcja poważna) tworzy się tętniak rzekomy – występują wtedy objawy bólowe, dyskomfort, ograniczenie ruchu kończyny, a postępowanie z reguły wymaga interwencji lekarza specjalisty<sup>321</sup>.

### **Niedobór żelaza**

Każde oddanie krwi pełnej, jak wynika z patofizjologii krwiodawstwa, powoduje obniżenie stężenia żelaza. Nasilenie niedoboru zależy od częstości oddawania krwi pełnej lub krwinek czerwonych metodą aferezy. Stężenie ferrytyny obniża się wraz ze wzrostem częstości donacji i jest bardziej nasilone u mężczyzn. Intensywność donacji, płeć, masa ciała i wiek są ważnymi predyktorami niedoboru żelaza, szczególnie jego utajonego niedoboru. Prawidłowe wartości stężenia hemoglobiny i liczby krwinek czerwonych w czasie narastania niedoboru żelaza nie dyskwalifikują Dawcy, a kolejne donacje mogą doprowadzić do niedokrwistości z następową długą dyskwalifikacją i interwencją medyczną<sup>322</sup>.

319 European Directorate for the Quality of Medicine, Health care of the Council of Europe (EDQM). Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Working Group on Complications Related to Blood Donation International Society of Blood Transfusion Working Party on Haemovigilance European Haemovigilance Network. 2008.

320 Newman B.H.: Arm complication after manual whole blood donations and their impact. *Transfus Med. Rev* 2013;27:44-49.

321 de Farias Cassino G., Bassolli L., Mendrone-Junior A. et al.: The impact of immediate adverse donation reactions on the return of volunteers undergoing platelet apheresis. *Transfusion and Apheresis Sci* 2022;61:19-23.

322 Newman B.H.: Blood donor complications after whole blood donation. *Curr Opin Hematol* 2004;11:339-345; Amrein K., Valentin A., Lanzer G., et al.: Adverse event and safety issues in blood donation a comprehensive review. *Blood Rev* 2012;26:30-42; Conrad M.E., Umbreit J.N., Moore E.G.: Iron absorption and transport. *Am J Med Sci* 1999;318:213-229.



## Podsumowanie

Znajomość patofizjologii krwiodawstwa sprawia, że grupa Dawców krwi powinna, z punktu widzenia ochrony zdrowia, być objęta troską i wnikliwą obserwacją. Potencjalny okres oddawania krwi lub jej składników może wynosić dziesiątki lat, trudno więc przewidywać odległe skutki. Dlatego też oddawanie krwi ujęte jest w ramy przepisów określających wymagane kwalifikacje zdrowotne i regulujących objętość pobieranej krwi oraz przerwy między donacjami.

Reakcje i zdarzenia niepożądane u Dawców krwi lub jej składników występują bardzo rzadko, ale mogą powodować poważne następstwa. Wymagają one wnikliwej analizy, dokładnego zbierania danych i programów dbania o bezpieczeństwo Dawców (*donor vigilance*). Ponadto, personel pobierający krew powinien dokładnie informować Dawców o ewentualnych reakcjach i zdarzeniach niepożądanych. Ma to nie tylko wymiar etyczny, ale może wpływać na motywacje Dawców do dalszego oddawania krwi i jej składników<sup>323</sup>.

---

323 de Farias Cassino G., Bassolli L., Mendrone-Junior A. et al.: The impact of immediate adverse donation reactions on the return of volunteers undergoing platelet apheresis. *Transfusion and Apheresis Sci* 2022;61: 19-23; France C.R., France J.L., Roussos M., Ditto B.: Mild reactions to blood donation predict a decreased likelihood of donor return. *Transfus Apher Sci*, 2004;30:17-22.



## Rozdział 9.

# Rola żywienia w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia Dawców krwi

### 9.1. Żywienie Dawców krwi w profilaktyce niedokrwistości i niedoboru białka

Donacja wiąże się z utratą pewnej objętości krwi i do jej odnowy potrzeba składników odżywczych. W rozdziale omówione są główne składniki pokarmowe, o najważniejszym znaczeniu w procesie krwiotwórczym.

#### *Niedokrwistość z niedoboru żelaza*

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje niedokrwistość (anemię) za jeden z globalnych problemów zdrowotnych, który dotyka zarówno kraje rozwijające się, jak i rozwinięte. Szacuje się, że na anemię cierpi około 25% światowej populacji. Główną przyczyną niedokrwistości, odpowiedzialną za ponad połowę przypadków jest niedobór żelaza. W dużo mniejszym stopniu wynika ona z niedoboru witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego<sup>324</sup>.

Żelazo jest pierwiastkiem niezbędnym do tworzenia krwinek czerwonych w szpiku kostnym i jest składnikiem hemoglobiny, która umożliwia przenoszenie tlenu z płuc do komórek organizmu. Pula żelaza w organizmie mężczyzn wynosi około 50 mg/kg m.c., co dla mężczyzny ważącego 70 kg daje około 3500 mg żelaza. U kobiet ilość ta jest mniejsza (około 35 mg/kg m.c.) i przy wadze 60 kg wynosi około 2100 mg. U osób, które nie cierpią na niedobór tego pierwiastka 70-80% żelaza ustrojowego zawarte jest w krwinkach czerwonych, a pozostałe zmagazynowane jest jako zapas w postaci ferrytyny, głównie w wątrobie i śledzionie. W jednym z badań oszacowano, że tkankowe zapasy żelaza wynoszą średnio 776±313 mg u młodych mężczyzn i 309±346 mg u młodych kobiet. **Donacja 450 ml krwi powoduje utratę 200-300 mg żelaza, a pobranie osocza lub płytek krwi utratę 20-25 mg, co prowadzi do uszczuplenia zapasów tego mikroelementu, zwłaszcza u Dawców wielokrotnych**<sup>325</sup>. Badanie duńskie, obejmujące

324 Skolmowska D., Głąbska D.: Analysis of heme and non-heme iron intake and iron dietary sources in adolescent menstruating females in a national polish sample. *Nutrients*, 2019; 11(5): 1049; Macher S., Herster C., Holter M. et al.: The effect of parenteral or oral iron supplementation on fatigue, sleep, quality of life and restless legs syndrome in iron-deficient blood donors: a secondary analysis of the IronWoMan RCT. *Nutrients*, 2020; 12: 1313.

325 Macher S., Herster C., Holter M. et al.: The effect of parenteral or oral iron supplementation on fatigue, sleep, quality of life and restless legs syndrome in iron-deficient blood donors: a secondary analysis of the IronWoMan RCT. *Nutrients*, 2020; 12: 1313; Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603.

grupę ponad 14700 Dawców wykazało, że każda dodatkowa donacja w ciągu roku powoduje redukcję zapasów żelaza u mężczyzn średnio o 28%, u kobiet przed menopauzą o 12%, a u kobiet po menopauzie o 18%<sup>326</sup>. W odpowiedzi na tak duże straty organizm uruchamia mechanizmy kompensacyjne, zwiększając wchłanianie spożywanego żelaza, nawet dwukrotnie oraz uwalniając żelazo z rezerw zgromadzonych przede wszystkim w wątrobie<sup>327</sup>. **Odbudowanie zapasów żelaza po donacji wyłącznie za pomocą tradycyjnej diety (bez suplementacji żelaza) to proces trwający do około 6 miesięcy**<sup>328</sup>. W Polsce, podobnie jak w wielu krajach europejskich dopuszczalna częstotliwość donacji krwi pełnej w ciągu roku w przypadku mężczyzn wynosi 6, a kobiet 4, w odstępie czasowym nie krótszym niż 8 tygodni<sup>329</sup>. W świetle danych literaturowych wśród Dawców wielokrotnych niedobory dotyczą około 20% mężczyzn i 40% kobiet<sup>330</sup>.

Obecnie, podstawowym kryterium diagnostyki niedokrwistości jest stężenie hemoglobiny, oznaczane we krwi pobranej z palca. W Polsce warunkiem zakwalifikowania Dawcy do oddania krwi jest stężenie hemoglobiny  $\geq 12,5$  g/dl u kobiet i  $\geq 13,5$  g/dl u mężczyzn, i takie same wartości przyjęte są w niektórych krajach Europy<sup>331</sup>. W USA i Kanadzie Dawcy mogą oddać pełną krew co 56 dni, jeżeli stężenie hemoglobiny wynosi co najmniej 13,0 g/dl u mężczyzn i 12,5 g/dl u kobiet<sup>332</sup>. Z analizy danych w Polsce za lata 2019-2022 wynika, że obniżone stężenie hemoglobiny było powodem dyskwalifikacji 31% zgłaszających się Dawców krwi. Skutkuje to przede wszystkim zmniejszeniem ilości pobieranej krwi, ale eksperci zwracają też uwagę, że czasowe wykluczenie może zniechęcić do kontynuowania krwiodawstwa<sup>333</sup>.

326 Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796.

327 Sadowska J., Sacharczuk O.: Ocena wpływu sposobu żywienia na możliwość oddania krwi przez krwiodawców wielokrotnych. *Roczn. PZH*, 2011; 62(2): 193-198.

328 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Mast A.E., Białkowski W., Bryant B.J. et al.: A randomized, blinded, placebo-controlled trial of education and iron supplementation for mitigation of iron deficiency in regular blood donors. *Transfusion*, 2016; 56(6): 1588-1597; Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.

329 Rosiek A., Łętowska M.: Zasady kwalifikowania kandydatów na dawców oraz dawców do oddania krwi lub jej składników. *Journal of Transfusion Medicine*, 2009; 2(1): 1-13.

330 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796; Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221.

331 Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406; Rosiek A., Łętowska M.: Zasady kwalifikowania kandydatów na dawców oraz dawców do oddania krwi lub jej składników. *Journal of Transfusion Medicine*, 2009; 2(1): 1-13.

332 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603.

333 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Raport Ministra Zdrowia „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020”, Warszawa, 2015, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

W literaturze naukowej istnieje jednak zgodność poglądów, że stężenie hemoglobiny nie jest optymalnym wskaźnikiem wysycenia organizmu w żelazo. Jego niedobory stwierdza się bowiem u Dawców z prawidłowym jeszcze poziomem hemoglobiny, a obniżone stężenie hemoglobiny jest późną konsekwencją wyczerpujących się w organizmie rezerw żelaza<sup>334</sup>. Dobrze obrazuje to badanie niemieckie, w którym obniżone stężenie ferrytyny, wskazujące na niedobór żelaza stwierdzono u 26% wielokrotnych Dawców krwi, ale tylko 12% miało poziom hemoglobiny oznaczający anemię<sup>335</sup>. W badaniu francuskim niedobór żelaza dotyczył nawet 30% Dawców krwi, u których stężenie hemoglobiny było wyższe niż 13,0 g/dl w przypadku kobiet i 13,5 g/dl w przypadku mężczyzn<sup>336</sup>. Badanie w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa w Bydgoszczy także wykazało, że Dawcy krwi mieli znacznie obniżone zapasy żelaza, pomimo prawidłowego stężenia hemoglobiny<sup>337</sup>.

Najlepszym miernikiem puli żelaza w organizmie jest stężenie ferrytyny, czyli białka magazynującego żelazo. W skali światowej nie ma ściśle ustalonego stężenia ferrytyny znamionującego niedobór żelaza, ale WHO zaleca przyjmowanie wartości poniżej 15 ng/ml<sup>338</sup>. Ze zbiorczego opracowania danych światowych wynika, że w USA takie stężenie ferrytyny u Dawców wielokrotnych stwierdza się u 14,3% mężczyzn i 8,9% kobiet, w Australii u 12,0% mężczyzn i 26,4% kobiet, a w Danii u 9% mężczyzn, 38,7% kobiet przed menopauzą i 21,7% kobiet po menopauzie<sup>339</sup>. Jednakże, w niektórych badaniach naukowych niedobór żelaza definiowany był jako stężenie ferrytyny <26 ng/ml i takie stężenie dotyczyło około 30% Dawców krwi, a w badaniu francuskim przy takim progu odcięcia odsetek Dawców wielokrotnych z niedoborem żelaza dochodził aż do 72%<sup>340</sup>. W polskim badaniu wśród Dawców krwi kryterium obniżonego stężenia ferrytyny był poziom <12 ng/ml (interpretowany jako wyczerpanie zapasów żelaza w organizmie), który stwierdzano u 63% mężczyzn i 84% kobiet<sup>341</sup>. Jednocześnie nie

334 Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796.

335 Alvarez-Ossorio L., Kirchner H., Klüter H. et al.: Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation: strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. *Transfus Med.*, 2000; 10(2): 107-112.

336 Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221.

337 Boinska J., Sury M., Zawacka D. et al.: Iron metabolism parameters in regular blood donors – a gender related analysis. *J. Elem.*, 2019; 24(4): 1395-1407.

338 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Kotze S.R., Pedersen O.B., Petersen M.S. et al.: Predictors of hemoglobin in Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2015; 55(6): 1303-1311.

339 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796.

340 Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221; Fillet A.M., Martinaud C., Malard L. et al.: Iron deficiency among French whole-blood donors: first assessment and identification of predictive factors. *Vox Sang.*, 2021; 116(1) :42-52.

341 Boinska J., Sury M., Zawacka D. et al.: Iron metabolism parameters in regular blood donors – a gender related analysis. *J. Elem.*, 2019; 24(4): 1395-1407.

należy zapominać, że na stężenie ferrytyny mają wpływ także czynniki genetyczne. Poza kwestią kwalifikacji Dawców do oddania krwi, niedobór żelaza (nawet bez anemii) związany jest z pogorszeniem wydolności fizycznej, uczuciem zmęczenia, „zespołem niespokojnych nóg” i pogorszeniem funkcji poznawczych<sup>342</sup>.

### **Żelazo jako składnik żywności**

W produktach spożywczych żelazo występuje w dwóch formach chemicznych – żelazo hemowe i niehemowe, przy czym większość spożywanego żelaza (85-90%) przez osoby na diecie tradycyjnej stanowi żelazo niehemowe<sup>343</sup>. Najbogatszym źródłem żelaza hemowego jest mięso i jego przetwory, niemniej jednak tylko około 40% całkowitej ilości żelaza w tych produktach to żelazo hemowe, a pozostałe 60% to żelazo niehemowe<sup>270</sup>. Drugim źródłem żelaza niehemowego są produkty pochodzenia roślinnego. Biodostępność żelaza zawartego w żywności jest zróżnicowana i wynika, m.in. z jego formy chemicznej. W przewodzie pokarmowym wchłaniane są tylko jony żelaza  $Fe^{+2}$  i taką formę na żelazo hemowe. Szacuje się, że z puli spożytego żelaza hemowego wchłania się w organizmie 15-35% jego ilości. Żelazo niehemowe występuje w formie jonów  $Fe^{+3}$  i – aby mogło być wykorzystane przez organizm – wymaga redukcji do żelaza  $Fe^{+2}$ . Z uwagi na fizjologiczną wydajność tego procesu wchłania się ono w mniejszym stopniu (1-20%), a ponadto biodostępność żelaza niehemowego pogarszają występujące w produktach roślinnych składniki, takie jak: fityniany, błonnik czy polifenole. Z tego powodu **w trakcie posiłków lub bezpośrednio po posiłkach należy unikać picia kawy i herbaty, które zawierają dużo związków polifenolowych i mogą hamować wchłanianie żelaza nawet o 80%**<sup>284</sup>. **Przyswajalność żelaza wzrasta w połączeniu z witaminą C, która sprzyja redukcji jonów  $Fe^{+3}$  do  $Fe^{+2}$ . W związku z tym zaleca się, aby w składzie posiłków występowały jednocześnie produkty bogate w witaminę C, a więc warzywa i owoce.**

Duże zróżnicowanie we wchłanianiu żelaza, zarówno hemowego jak i niehemowego wynika głównie z rezerw żelaza w organizmie. Największe wchłanianie ma miejsce u osób z małymi zasobami tego pierwiastka<sup>344</sup>. Szacuje się, że u mężczyzn z prawidłową pulą żelaza wchłanianie około 1 mg dziennie wystarcza do utrzymania prawidłowego bilansu w organizmie. U kobiet miesiączkujących, ze względu na straty,

342 Macher S., Herster C., Holter M. et al.: The effect of parenteral or oral iron supplementation on fatigue, sleep, quality of life and restless legs syndrome in iron-deficient blood donors: a secondary analysis of the IronWoMan RCT. *Nutrients*, 2020; 12: 1313; Rosiek A., Łętowska M.: Zasady kwalifikowania kandydatów na dawców oraz dawców do oddania krwi lub jej składników. *Journal of Transfusion Medicine*, 2009; 2(1): 1-13; Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221.

343 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018;181: 590-603; Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.

344 Skolmowska D., Głąbska D.: Analysis of heme and non-heme iron intake and iron dietary sources in adolescent menstruating females in a national polish sample. *Nutrients*, 2019; 11(5): 1049; Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796; Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.

ilość wchłanianego żelaza jest większa i wynosi 1,3-1,5 mg/dzień. Wielokrotni Dawcy krwi, zagrożeni dużym ryzykiem niedoborów mogą wchłaniać z diety nawet 4-5 mg żelaza w ciągu dnia<sup>345</sup>.

**Tab. 9.1. Przykłady produktów spożywczych o największej zawartości żelaza<sup>346</sup>**

(podana zawartość żelaza dotyczy 100 g produktu, co należy brać pod uwagę przy ilości spożywanych produktów, takich jak liście pietruszki, orzechy czy nasiona słonecznika)

Rodzaj produktu	Średnia zawartość żelaza (mg/100 g)
wątróbka wieprzowa (smażona)	17,0
orzechy pistacjowe	6,7
pietruszka (liście)	5,3
nasiona słonecznika	4,2
płatki owsiane	3,9
pasztet wieprzowy	3,7
orzechy laskowe	3,4
szpinak (surowy)	2,8
sardynka w oleju	2,7
soczewica (gotowana)	2,6
chleb żytni razowy	2,3
fasola biała (gotowana)	2,3
wołowina (pieczeń)	2,3
jaja (gotowane)	2,2
kasza jaglana (gotowana)	1,5
tuńczyk (w puszcze)	1,4
buraki (gotowane)	1,3
porzeczki czarne	1,2
kasza gryczana (gotowana)	1,0

### **Spożycie żelaza**

Zgodnie z normami żywienia zapotrzebowanie na żelazo w diecie u dorosłych mężczyzn wynosi 10 mg dziennie, u kobiet w okresie rozrodczym 18 mg, a u kobiet po

345 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? British Journal of Haematology, 2018;181: 590-603

346 Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I. i wsp.: Tabele składu i wartości odżywczej żywności. PZWL, Warszawa, 2017.

menopauzie 10 mg<sup>347</sup>. W świetle Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ II) przeprowadzonego na grupie 4979 Polaków, spożycie żelaza wśród dorosłych mężczyzn wynosiło średnio – w zależności od grupy wiekowej – od 11,9 mg/dzień do 13 mg/dzień, co pokrywało zapotrzebowanie organizmu. Mniejsze spożycie miało miejsce u kobiet (średnio od 9,4 do 9,6 mg/dzień), a zatem u kobiet w wieku rozrodczym było znacznie niedoborowe<sup>348</sup>. W badaniu wśród krwiodawców wielokrotnych, przeprowadzonym w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie w 2009 r. stwierdzono, że Dawcy, u których lekarz stwierdził przeciwwskazania do oddania krwi spożywali mniej żelaza (średnio 11,6 mg dziennie) niż Dawcy zakwalifikowani (średnio 17,4 mg dziennie). U osób odroczonych mniejsze było także spożycie innych składników biorących udział w krwiotworzeniu, w tym folianów (średnio 277 µg dziennie – 69% normy, w porównaniu do 499 µg – 124% normy u osób zakwalifikowanych) i witaminy C (średnio 54 mg – 60% vs. 195 mg – 217%)<sup>271</sup>. Holenderskie badanie wśród Dawców krwi wykazało, że mężczyźni spożywają średnio 10,8 mg żelaza/dzień, a kobiety 8,8 mg i udowodniło korzystny wpływ większego spożycia żelaza z dietą na stężenie ferrytyny. Wzrost spożycia żelaza hemowego o 1 mg dziennie powodował wzrost stężenia ferrytyny o 1,33 mmol/l u mężczyzn i o 1,25 mmol/l u kobiet, a wzrost spożycia żelaza niehemowego o 1 mg skutkowało wzrostem stężenia ferrytyny u mężczyzn i kobiet odpowiednio o 0,98 mmol/l i 0,97 mmol/l<sup>349</sup>. Dwa inne cytowane w literaturze badania nie wykazały związku pomiędzy spożyciem produktów bogatych w żelazo u Dawców a zapasami tego pierwiastka lub ze stężeniem hemoglobiny, a jeszcze inne wykazało taki związek tylko w przypadku spożycia mięsa<sup>350</sup>. **Mimo niejednoznacznych wyników badań wielu ekspertów uważa jednak, że dieta bogata w żelazo nie ma dużego wpływu na tempo odbudowy zapasów żelaza u Dawców krwi, a niektórzy twierdzą, że dotychczasowe badania nie są wystarczające do sformułowania rzetelnych wniosków**<sup>351</sup>.

347 Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie (red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Chrzewska J.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2020.

348 Janowska-Miasik E., Waśkiewicz A., Witkowska A.M. et al.: Diet quality in the population of Norway and Poland: differences in the availability and consumption of food considering national nutrition guidelines and food market. *BMC Public Health*, 2021; 21: 319.

349 Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.

350 Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796; Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.

351 Mast A.E., Białkowski W., Bryant B.J. et al.: A randomized, blinded, placebo-controlled trial of education and iron supplementation for mitigation of iron deficiency in regular blood donors. *Transfusion*, 2016; 56(6): 1588-1597; Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406; Kotze S.R., Pedersen O.B., Petersen M.S. et al.: Predictors of hemoglobin in Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2015; 55(6): 1303-1311; Cable R.G., Glynn S.A., Kiss J.E. et al.: Iron deficiency in blood donors: The REDS-II Donor Iron Status Evaluation (RISE) Study. *Transfusion*, 2012; 52(4): 702-711.



Zwiększone ryzyko niedoboru żelaza mają wegetarianie, a więc osoby wykluczające z diety mięso, dostarczające najbardziej przyswajalnego żelaza. Szacuje się, że spożycie żelaza u wegetarian powinno być 1,8 razy większe, niż u nie wegetarian. Grupa wegetarian wśród Dawców krwi jest jednak na tyle mała, że trudno jest w wiarygodny metodycznie sposób ocenić stopień niedoboru tego składnika. W badaniu duńskim na grupie 14737 Dawców wegetarianie stanowili jedynie 0,9%. Jednakże w Polsce, pilotażowe badanie stężenia ferrytyny u wielokrotnych Dawców krwi nie wykazało różnic w jej stężeniu u Dawców stosujących i nie stosujących diety wegetariańskiej lub wegańskiej.

W nauce o żywieniu mięso czerwone jest od kilku lat przedmiotem ożywionej dyskusji. W wyniku obszernych analiz, na podstawie ponad 800 badań naukowych, ocenionych niezależnie przez 22 ekspertów z 10 krajów świata **Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Rakiem uznała mięso czerwone za „prawdopodobnie rakotwórcze dla ludzi” (grupa 2A), a mięso przetworzone za rakotwórcze (grupa 1). Mięso czerwone oznacza wszystkie rodzaje mięsa ssaków, a więc wieprzowinę, wołowinę, cielęcinę, jagnięcinę i baraninę. Z kolei mięso przetworzone to mięso peklowane, wędzone, fermentowane lub podane innym procesom konserwowania. Uważa się, że istnieje związek pomiędzy wielkością spożycia takich mięs a rozwojem nowotworów, zwłaszcza jelita grubego, żołądka i trzustki<sup>352</sup>. Ponadto duże spożycie mięsa czerwonego może mieć inne niekorzystne skutki i zwiększać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, oraz zespołu metabolicznego<sup>353</sup>. Dlatego też wszystkie zalecenia w krajach rozwiniętych podkreślają, że spożycie mięsa przetworzonego wymaga szczególnej samokontroli. W Polsce jedna z zasad prawidłowego żywienia brzmi: „Unikaj spożycia mięsa przetworzonego, ogranicz spożycie mięsa czerwonego”.**

Przypuszcza się, że negatywny wpływ czerwonego mięsa na zdrowie wynika z dużej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych, żelaza hemowego oraz substancji, które tworzą się podczas obróbki termicznej mięsa, takich jak heterocykliczne aminy aromatyczne<sup>354</sup>. **W większości krajów europejskich wytyczne dotyczące żywienia zalecają ograniczenie spożycia mięsa do 300-600 g w tygodniu oraz rezygnację z jedzenia mięsa codziennie. W Polsce rekomenduje się, aby spożycie mięsa czerwonego i jego przetworów nie przekraczało tygodniowo 500 g<sup>355</sup>. Według najnowszych danych z budżetów gospodarstw domowych w Polsce spożycie mięsa czerwonego (przetworzonego i nieprzetworzonego) w 2020 r. wynosiło średnio 3,1 kg na statystycznego mieszkańca/miesiąc, przy czym w stosunku do 2000 r. zanotowano korzystny spadek spożycia o 15%<sup>356</sup>.**

**W związku z powyższym udział mięsa czerwonego w diecie Dawców krwi, podobnie jak całej populacji wymaga ostrożności. Należy zatem zachować równowagę,**

352 IARC (International Agency for Research on Cancer). Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat. 2015, [www.iarc.who.int](http://www.iarc.who.int); Huang Y., Cao D., Chen Z. et al.: Red and processed meat consumption and cancer outcomes: umbrella review. *Food Chem.*, 2021; 356: 129697.

353 Papier K., Knuppel A., Syam N. et al.: Meat consumption and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*, 2021; 20: 1-12.

354 IARC (International Agency for Research on Cancer). Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat. 2015, [www.iarc.who.int](http://www.iarc.who.int).

355 Wolnicka K.: Talerz Zdrowego Żywienia <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia>.

356 Stoś K., Rychlik E., Woźniak A. et al.: Red and processed meat consumption in Poland. *Foods*, 2022; 11: 3283.

**pomiędzy potrzebą spożycia mięsa w profilaktyce anemii z niedoboru żelaza, a profilaktyką innych chorób cywilizacyjnych. Alternatywą dla spożycia mięsa powinny być ryby, jaja, rośliny strączkowe i warzywa, które poza żelazem dostarczają wielu innych cennych składników odżywczych. Dobrym sposobem zwiększenia spożycia żelaza jest wybór produktów wzbogaconych w ten pierwiastek.** Z oszacowania ilości takich produktów na rynku polskim wynika, że najczęściej wzbogacane są płatki śniadaniowe (27 asortymentów) oraz ciastka i batony zbożowe (25 asortymentów). Dla przykładu: porcja miusli z suszonymi owocami z dodatkiem żelaza pokrywa 24% referencyjnej wartości spożycia żelaza w ciągu dnia (RWS), natomiast porcja takiego rodzaju płatków bez wzbogacenia tylko 7% RWS<sup>357</sup>.

### **Suplementacja żelaza u Dawców krwi**

Poza oznaczaniem stężenia ferrytyny, pozwalającego wykryć wczesny etap niedoboru żelaza, czy też wydłużeniem odstępów pomiędzy donacjami, by odbudować jego zapasy, częstą strategią zapobiegania niedoborom żelaza jest suplementacja<sup>358</sup>. W USA, na grupie prawie 54000 Dawców krwi oszacowano, że w latach 2015-2016 suplementację żelaza stosowało 21,4% osób, głównie w postaci preparatów witaminowo-mineralnych<sup>359</sup>. W Danii jednoskładnikowe preparaty żelaza zażywało 3,5% mężczyzn, 36,2% kobiet w wieku przedmenopauzalnym i 19,6% kobiet po menopauzie<sup>278</sup>. **Ogólnie w piśmiennictwie istnieje pogląd, że suplementacja 19-38 mg elementarnego żelaza dziennie, przez 60 dni utrzymuje bilans żelaza w organizmie Dawców krwi, jest to dawka dobrze wchłaniana, która jednocześnie ogranicza efekty uboczne (nudności, bóle brzucha, zaparcia)**<sup>360</sup>.

Jednym z wysokiej jakości badań, które wskazuje na skuteczność przyjmowania preparatów żelaza przez Dawców krwi jest badanie „Strategies To Reduce Iron Deficiency” (STRIDE), przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych. Było to badanie z randomizacją, w którym wzięło udział 393 Dawców ze stężeniem hemoglobiny  $\geq 12,5$  g/dl i z okresem pomiędzy donacjami wynoszącym minimum 56 dni. Uczestnicy badania zostali losowo podzieleni na trzy grupy, którym przez 2 lata podawano różne dawki żelaza (19 mg lub 38 mg elementarnego żelaza dziennie) albo placebo, czyli tabletkę nie zawierającą żelaza, przy czym Dawcy krwi nie byli informowani co otrzymują (tzw. próba ślepa). Po zakończeniu badania stwierdzono, że u osób otrzymujących 19 mg żelaza stężenie ferrytyny wzrosło średnio o 18,3 ng/ml, u osób otrzymujących 38 mg o 16,7 ng/ml, zaś istotnych statystycznie różnic nie zanotowano w grupie placebo. W grupach przyjmujących żelazo odsetek osób ze stężeniem ferrytyny  $< 26$  ng/ml spadł o 50%, a ze

357 Żuk E., Skrypnik K., Suliburska J.: Analiza wybranych grup produktów spożywczych wzbogaconych w żelazo. Forum Zaburzeń Metabolicznych, 2018; 9(3): 103-111.

358 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? British Journal of Haematology, 2018;181: 590-603; Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. Transfusion Clinique et Biologique, 2020; 27(4): 218-221; Alvarez-Ossorio L., Kirchner H., Klüter H. et al.: Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation: strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. Transfus Med., 2000; 10(2): 107-112.

359 Cable R.G., Spencer B.R.: Iron supplementation by blood donors: demographics, patterns of use, and motivation. Transfusion, 2019; 59: 2857-2864.

360 Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? British Journal of Haematology, 2018;181: 590-603; Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. Transfusion Clinique et Biologique, 2020; 27(4): 218-221.

stężeniem <12 ng/ml o 70%. Jednocześnie, w efekcie suplementacji nastąpił wzrost stężenia hemoglobiny (średnio o 0,3 g/dl przy dawce 38 mg żelaza i o 0,4 g/dl przy dawce 19 mg żelaza)<sup>361</sup>.

Poza poprawą wskaźników biochemicznych suplementacja żelaza u Dawców z niedoborem tego pierwiastka sprzyja redukcji zmęczenia, poprawia jakość snu, zmniejsza bóle głowy i uczucie kołatania serca, a także obniża odsetek osób odczuwających „zespół niespokojnych nóg”<sup>362</sup>. We francuskim badaniu poglądów Dawców krwi na temat suplementacji żelaza 46% osób stwierdziło, że w przypadku niedoboru chcieliby otrzymywać odpowiednie preparaty żelaza, natomiast 49% osób wolałoby otrzymać informację o konieczności kontaktu z lekarzem, celem ustalenia leczenia niedoboru wraz z 6-miesięcznym odroczeniem pobierania krwi. Wraz ze wzrostem liczby donacji w ciągu ostatniego roku wzrastał jednak odsetek zwolenników otrzymywania żelaza. Przy jednej donacji w roku było to 45% osób, a przy więcej niż trzech donacjach 67%<sup>363</sup>.

### **Niedokrwistość z niedoboru witaminy B<sub>12</sub>**

Witamina B<sub>12</sub> (nazywana także kobalaminą), podobnie jak żelazo jest niezbędna w procesie tworzenia krwinek czerwonych w szpiku kostnym. W organizmie dorosłego człowieka pula witaminy B<sub>12</sub> wynosi średnio 2-3 mg, przy czym połowa tej ilości jest zmagazynowana w wątrobie. Niedobór witaminy B<sub>12</sub> w diecie lub jej upośledzone wchłanianie z przewodu pokarmowego powoduje zaburzenia w dojrzewaniu erytrocytów, prowadząc do powstawania dużych prekursorów krwinek czerwonych (megaloblastów) i dużych dojrzałych krwinek (megalocytów, makrocytów), co określane jest jako niedokrwistość megaloblastyczna.

Do wchłaniania witaminy B<sub>12</sub> w jelicie cienkim niezbędny jest tzw. czynnik wewnętrzny, produkowany przez komórki okładzinowe żołądka. Po 50. roku życia spada produkcja tego czynnika, co tym samym zwiększa ryzyko niedokrwistości.

Jedną z przyczyn niedokrwistości z niedoboru witaminy B<sub>12</sub> jest też choroba Addisona-Biermera, która polega na produkcji przeciwciał przeciwko czynnikowi wewnętrznemu. Szacuje się, że choroba ta stanowi 15-25% przyczyn niedoboru witaminy B<sub>12</sub> u osób starszych. Niedobory tej witaminy w organizmie mogą wystąpić także u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, celiakią, z zakażeniem *Helicobacter pylori*, przyjmujących niektóre leki, w tym inhibitory pompy protonowej, kwas acetylosalicylowy, czy metforminę stosowaną powszechnie w leczeniu cukrzycy. Należy mieć na uwadze, że duże spożycie kwasu foliowego może maskować neurologiczne objawy niedoboru tej witaminy, ponieważ w takiej sytuacji możliwa jest dalsza synteza DNA, co zapobiega rozwojowi niedokrwistości. Zaburzenia neurologiczne przy braku anemii stwierdzano w 20-30% przypadków niedoboru witaminy B<sub>12</sub><sup>364</sup>.

361 Mast A.E., Białkowski W., Bryant B.J. et al.: A randomized, blinded, placebo-controlled trial of education and iron supplementation for mitigation of iron deficiency in regular blood donors. *Transfusion*, 2016; 56(6): 1588-1597.

362 Macher S., Herster C., Holter M. et al.: The effect of parenteral or oral iron supplementation on fatigue, sleep, quality of life and restless legs syndrome in iron-deficient blood donors: a secondary analysis of the IronWoMan RCT. *Nutrients*, 2020; 12: 1313.

363 Chueca M., Bouvet G., Duron-Martinaud S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221.

364 Zabrocka J., Wojszel Z.: Niedobory witaminy B<sub>12</sub> w wieku podeszłym – przyczyny, następstwa, podejście terapeutyczne. *Geriatrics*, 2013; 7: 24-32; Kośmider A., Czaczek K.: Witamina B<sub>12</sub> – budowa, biosynteza, funkcje i metody oznaczania. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2010; 5(72): 17-32.

### **Witamina B<sub>12</sub> jako składnik żywności**

Witamina B<sub>12</sub> występuje tylko w produktach pochodzenia zwierzęcego, w wyniku jej syntezy przez bakterie przewodu pokarmowego zwierząt. Niektóre rośliny (np. owoce rokitnika zwyczajnego, grzyby Shiitake, liście herbaty, algi) mogą zawierać niewielkie ilości tej witaminy, na skutek bytowania na ich powierzchni określonych gatunków bakterii, ale prawdopodobnie nie są to formy bioaktywne<sup>365</sup>. Dla przykładu, w przypadku spiruliny około 80% witaminy B<sub>12</sub>, to tzw. pseudowitamina, która nie jest przyswajalna i z tego powodu zdaniem Amerykańskiej Akademii ds. Żywienia i Dietetyki alga ta nie może być uważana za dobre źródło kobalaminy w diecie wegetariańskiej. **Największą zawartość witaminy B<sub>12</sub> mają podroby (np. wątróbka z kurcząt smażona średnio 33 µg/100 g), ryby (np. śledź w oleju – 13 µg/100 g, makrela – 8 µg/100 g), sery żółte (około 2 µg/100 g) i jaja gotowane (1,2 µg/100 g).** Przyjmuje się, że u osób zdrowych absorpcja witaminy B<sub>12</sub> z żywności wynosi 50-60%<sup>366</sup>.

Odrębną grupę żywności dostarczającej witaminy B<sub>12</sub> stanowią produkty wzbogacane w ten składnik. Na rynku polskim w 2011 r. znajdowało się około 220 takich produktów, w tym największą grupę stanowiły płatki śniadaniowe (40% puli produktów wzbogacanych w tę witaminę), następnie soki, nektary i napoje (30%) i w mniejszym stopniu napoje roślinne i margaryny. Oszacowano, że spożycie porcji produktów wzbogacanych może dostarczyć 0,2-0,5 µg kobalaminy<sup>367</sup>. Niektórzy eksperci proponują jeszcze bardziej powszechne wzbogacanie żywności, np. mąki i drożdży, a ponadto jej dodatek do pasty do zębów, ponieważ wchłanianie witaminy B<sub>12</sub> zaczyna się już w jamie ustnej (po kontakcie ze śliną)<sup>368</sup>. Wraz z rozwojem wegetarianizmu istnieje potrzeba wzbogacania żywności imitującej produkty pochodzenia zwierzęcego. Jednakże w USA, na przełomie lat 2021/22, na 245 obecnych w sprzedaży produktów seropodobnych tylko 5,7% miało dodatek witaminy B<sub>12</sub> i dlatego zdaniem ekspertów niemleczne alternatywy sera nie mogą być traktowane żywieniowo jako zamienniki sera. Lepszą sytuację stwierdzono w 2020 r. w Wielkiej Brytanii, gdzie spośród 299 analogów mleka, serów i jogurtów w witaminę B<sub>12</sub> było wzbogacane 37% asortymentu<sup>369</sup>.

### **Spożycie witaminy B<sub>12</sub>**

Zapotrzebowanie organizmu na witaminę B<sub>12</sub> u osób dorosłych – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – wynosi **2,4 µg dziennie**<sup>371</sup>. Badania dotyczące jej spożycia w populacji ogólnej nie wykazują problemów z pokryciem zapotrzebowania. W świetle ogólnopolskiego badania WOBASZ u dorosłych kobiet spożycie wyniosło średnio 3,3 µg dziennie, a u mężczyzn nawet 5,9 µg, co wynika z większej objętości spożywanych przez mężczyzn posiłków<sup>370</sup>.

365 Nakosa M., Pepelanovaa I., Beutela S., et al.: Isolation and analysis of vitamin B<sub>12</sub> from plant samples, *Food Chem.*, 2017; 216: 301-308.

366 Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie (red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2020.

367 Sicińska E., Cholewa M.: Ocena potrzeb i możliwości zwiększenia zawartości witaminy B<sub>12</sub> w diecie. *Rocz. Państw. Zakł. Hig.*, 2012; 1: 67-71.

368 Mziray M., Domagała P., Żuralska R., i wsp.: Witamina B<sub>12</sub> – skutki niedoboru, zasadność terapii i suplementacji diety u osób w wieku podeszłym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016; 3: 295-301

369 Craig W., Mangels A.R., Fresan U. et al.: The safe and effective use of plant-based diets with guidelines for health professionals. *Nutrients*, 2021; 13(11): 4144.

370 Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G.: Dietary intake of vitamins B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> and folate in relation to homocysteine serum concentration in the adult Polish population – WOBASZ Project. *Kardiologia Pol.*, 2010; 68(3): 275-282.

Wydaje się zatem, że wystarczające spożycie tej witaminy dotyczy także Dawców krwi na diecie tradycyjnej, uwzględniającej produkty pochodzenia zwierzęcego. Niedoborów witaminy B<sub>12</sub> w zwyczajowej diecie nie stwierdza się również w krajach europejskich, gdzie oszacowane spożycie wśród osób dorosłych wynosi 4,2-8,6 µg/dzień.

**Przejście na pewnym etapie życia na wegetariański model żywienia zmniejsza podaż witaminy B<sub>12</sub> i stopniowo obniża dotychczasowe zapasy w organizmie, ale szybkość tego procesu zależy od rodzaju diety. Najłagodniejszą formą jest lakto-owowegetarianizm, który dopuszcza spożywanie mleka i jego przetworów oraz jaj – wówczas z tymi produktami dostarczana jest witamina B<sub>12</sub>. Laktowegetarianie czerpią ją tylko z nabiału, a owowegetarianie z jaj. W diecie wegańskiej, która wyklucza wszystkie produkty pochodzenia zwierzęcego, nie ma żadnych naturalnych źródeł przyswajalnej witaminy B<sub>12</sub>. W świetle aktualnej wiedzy, w przypadku zaprzestania spożywania witaminy B<sub>12</sub> lub wystąpienia zaburzeń wchłaniania jej zapasy ustrojowe wystarczają na ogół na 2-4 lata (maksymalnie 10 lat).** W zależności od specyfiki diety roślinnej i okresu jej stosowania niedobór witaminy B<sub>12</sub> w organizmie (wg WHO stężenie we krwi <150 pmol/l) występuje u 11-90% wegetarian. Jedną z możliwości dostarczania witaminy B<sub>12</sub> z dietą wegetariańską jest stosowanie produktów wzbogaconych, co pozwala na wolniejszy spadek stężenia, w porównaniu do osób nie jedzących takich produktów<sup>371</sup>.

### **Suplementacja witaminy B<sub>12</sub>**

W przypadkach zdiagnozowanego niedoboru witaminy B<sub>12</sub> w organizmie najbardziej efektywną formą uzupełnienia diety jest suplementacja. Niezależnie od przyczyny niedoboru witaminy B<sub>12</sub> dawki powinny być ustalane indywidualnie, biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną pacjenta i nasilenie niedoboru. Jednak przyjmowanie witaminy B<sub>12</sub> w formie doustnej jest skuteczne tylko wtedy, gdy dawki są odpowiednio wysokie<sup>373</sup>. W suplementacji zaleca się stosowanie pojedynczych preparatów witaminy B<sub>12</sub>, ponieważ w preparatach witaminowo-mineralnych inne składniki, takie jak witamina C i miedź, mogą zaburzać jej wchłanianie. W przypadku niedokrwistości złośliwej witaminę B<sub>12</sub> podaje się najczęściej w formie domięśniowej, ale niektóre dane wskazują, że przy stosowaniu dużych dawek skuteczne może być przyjmowanie jej także drogą doustną, ponieważ 1-5% tej witaminy wchłania się biernie bez udziału czynnika wewnętrznego<sup>372</sup>.

### **Niedokrwistość z niedoboru folianów**

Foliany to grupa związków zaliczanych do witamin z grupy B. Składniki te są niezbędne, m.in. do metabolizmu kwasów nukleinowych, metylacji DNA i procesów krwiotwórczych. Ich niedobór prowadzi do zaburzeń podziałów komórkowych, a eryocyty mają nienaturalnie dużą wielkość. Podobnie jak w przypadku witaminy B<sub>12</sub>, deficyt folianów skutkuje rozwojem niedokrwistości megaloblastycznej. Konsekwencji deficytu folianów jest jednak znacznie więcej, w tym przede wszystkim wady cewy nerwowej płodu, wzrost ryzyka chorób sercowo-naczyniowych związany z hiperhomocysteinemią,

371 Pawlak R., Parrott S., Raj S., et al.: How prevalent is vitamin B<sub>12</sub> deficiency among vegetarians? *Nutrition Reviews*, 2013; 71(2): 110-117.

372 Zabrocka J., Wojszel Z.: Niedobory witaminy B<sub>12</sub> w wieku podeszłym – przyczyny, następstwa, podejście terapeutyczne. *Geriatrics*, 2013; 7: 24-32; Mziray M., Domagała P., Żuralska R., i wsp.: Witamina B<sub>12</sub> – skutki niedoboru, zasadność terapii i suplementacji diety u osób w wieku podeszłym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016; 3: 295-301.

zaburzenia układu nerwowego czy nawet niektóre nowotwory<sup>311</sup>. Wczesnym wskaźnikiem niedoboru folianów w organizmie jest obniżone stężenie w surowicy krwi i w krwinkach czerwonych. Badanie we Włoszech, przeprowadzone wśród Dawców krwi nie stosujących suplementacji witamin z grupy B, wykazało że tylko 22,5% z nich miało prawidłowe stężenie folianów w surowicy, określone przez autorów jako stężenie >15 nmol/l. **Autorzy wykazali też, że stężenie folianów miało bezpośredni związek ze spożyciem warzyw i owoców. Osoby spożywające co najmniej 3 porcje produktów z tej grupy w ciągu dnia miały prawie 4-krotnie częściej prawidłowe stężenie folianów, niż spożywający 1-2 porcje. Istotnie statystycznie wyższe stężenie folianów we krwi stwierdzano także u kobiet, co również wynikało z większego spożycia warzyw i owoców, w porównaniu do mężczyzn.**

**Negatywny wpływ na stężenie folianów ma palenie tytoniu.** W niektórych krajach wykazano, że niedobór kwasu foliowego we krwi krwiodawców palących więcej niż 15 papierosów dziennie występuje bardzo często, co prowadzi tym samym do podwyższonego stężenia homocysteiny. Niektórzy eksperci proponują zatem, aby stężenie folianów we krwi było badane u Dawców, zwłaszcza palących tytoń. Niedokrwistość z niedoboru folianów może występować również w przypadku zespołu złego wchłaniania, stanów zapalnych jelit (jak choroba Leśniowskiego-Crohna, celiakia) oraz przy stosowaniu leków przeciwpadaczkowych<sup>373</sup>.

### **Foliany jako składniki żywności**

Foliany występują naturalnie w żywności, a kwas foliowy jest produktem otrzymanym wyłącznie syntetycznie. Zapotrzebowanie organizmu na foliany u dorosłych kobiet i mężczyzn wynosi 400 µg dziennie, ale znacznie wzrasta u kobiet w okresie ciąży (600 µg). **Najlepszym źródłem folianów są warzywa i nasiona roślin strączkowych. Przede wszystkim zaleca się spożywanie ciemnozielonych warzyw liściastych, w postaci surowej, ponieważ witamina ta jest bardzo wrażliwa na działanie wysokiej temperatury i jej straty w czasie obróbki termicznej mogą sięgać 50-80%. Przykładem produktów o dużej zawartości folianów, które można jeść na surowo jest szpinak, zawierający średnio 149 µg folianów/100 g, jarmuż – 74 µg/100 g i sałata – 54 µg/100 g. Drugim źródłem folianów są produkty pochodzenia zwierzęcego. Spośród nich największą ilość ma wątróbka wieprzowa smażona – średnio 90 µg/100 g, jaja gotowane – 31 µg/100 g i sery żółte – około 20 µg/100 g. Wchłanianie folianów w organizmie jest ograniczone i wynosi około 50%<sup>311</sup>.**

### **Spożycie folianów i suplementacja**

Spożycie folianów w populacji polskiej od lat jest niewystarczające. W badaniu ogólnopolskim oszacowano, że mężczyźni spożywają średnio 259 µg folianów/dzień, a kobiety 211 µg. Ogółem, zbyt małe spożycie tych związków stwierdzono u 90% badanej populacji<sup>315</sup>. W odniesieniu do spożycia folianów przez Dawców krwi opublikowanych badań jest niewiele. W badaniu przeprowadzonym w Polsce na małej grupie (40 regularnych Dawców krwi) spożycie folianów wynosiło średnio 277 µg dziennie, co stanowiło 69% zapotrzebowania<sup>271</sup>.

373 Zappacosta B., Persichilli S., Iacoviello L. et al.: Folate, vitamin B<sub>12</sub> and homocysteine status in an Italian blood donor population. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.*, 2013; 23(5): 473-480; Cafollaa A., Dragoni F., Girelli G. et al.: Effect of folic acid and vitamin C supplementation on folate status and homocysteine level: a randomised controlled trial in Italian smoker–blood donors. *Atherosclerosis*, 2002; 163: 105-111.



Aktualnie suplementacja kwasu foliowego bez wskazań medycznych, w dawce 400 µg dziennie zalecana jest kobietom w wieku rozrodczym i ciężarnym w pierwszym trymestrze ciąży<sup>371</sup>. Dla pozostałej populacji **podstawowym elementem profilaktyki niedoborów folianów w organizmie jest spożywanie dużej ilości produktów pochodzenia roślinnego, zwłaszcza warzyw**. Poza zawartością witamin warzywa są doskonałym źródłem składników mineralnych i innych związków o działaniu antyoksydacyjnym i przeciwzapalnym, przy jednocześnie niewielkiej wartości energetycznej. **W zaleceniach żywieniowych warzywa i owoce (nie uwzględniając ziemniaków) są traktowane jako jedna kategoria żywności i powinny być spożywane 5 razy dziennie, w ilości minimum 400 g (3/4 tej ilości to warzywa, 1/4 owoce)**. Spożycie warzyw i owoców w Polsce wciąż jest zbyt małe, pomimo dostępności szerokiego całorocznego asortymentu<sup>374</sup>.

### **Żywnie w profilaktyce niedoboru białka**

Białko jest podstawowym składnikiem odżywczym. Jego rolą jest zaopatrzenie organizmu w azot białkowy i aminokwasy, zwłaszcza w tzw. aminokwasy egzogenne, których organizm człowieka nie potrafi syntetyzować.

Zgodnie z normami żywienia zalecane dzienne spożycie białka wynosi 0,9 g/kg m.c., co dla osoby ważącej 70 kg stanowi 63 g. **W przypadku regularnych Dawców krwi i osocza ilość białka powinna być nieco większa**. Pokrycie zapotrzebowania organizmu na białko u osób zdrowych nie następuje trudności, ponieważ składnik ten występuje zarówno w żywności pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego. W typowej diecie w krajach rozwiniętych średnie spożycie białka u osób dorosłych nawet przekracza zalecenia i wynosi około 1,3 g/kg m.c./dzień. Dlatego też, nie u wszystkich Dawców krwi i osocza istnieje potrzeba zwiększenia ilości zazwyczaj spożywanego białka i do wielkości jego spożycia należy podchodzić indywidualnie. Warto pamiętać, że zawartość białka w 100 g produktu podawana jest obecnie na opakowaniach żywności, co może ułatwiać komponowanie diety.

Białka zawarte w żywności mają jednak różną wartość odżywczą, o czym decyduje stopień wykorzystania ich przez organizm do syntezy białek ustrojowych. **Do białek pełnowartościowych (czyli takich, które zawierają największą ilość aminokwasów egzogennych) należą białka odzwierzęce**. Pod względem odżywczym w pierwszej kolejności są białka zawarte w jajach oraz w mleku i produktach mlecznych, a następnie w mięsie i jego przetworach oraz rybach. Białka pochodzenia roślinnego, z uwagi na mniejszą zawartość niezbędnych dla organizmu aminokwasów, zalicza się do białek niepełnowartościowych. Źródłem białek roślinnych są przede wszystkim produkty zbożowe, soczewica, fasola, groch, soja, orzechy. Jednakże, łącząc w jednym posiłku produkty będące źródłem białka zwierzęcego i roślinnego (np. mięso i kasza, ser i pieczywo) można poprawiać wartość odżywczą białka, dzięki wzajemnemu uzupełnianiu się aminokwasów.

W przypadku zbyt małego spożycia białka należy pamiętać, aby wzrost jego spożycia nie powodował wzrostu wartości energetycznej diety. Nie zaleca się bowiem diety wysokobiałkowej i jednocześnie wysokokalorycznej, ponieważ w takiej sytuacji białko może być przekształcane w tkankę tłuszczową. Oznacza to, że produktami zawierającymi białko należy zastępować produkty kaloryczne o ubogiej wartości odżywczej,

374 Wolnicka K.: Talerz Zdrowego Żywnienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywnienia/talerz-zdrowego-zywnienia/>.

czyli najczęściej te z dużą ilością cukru. Uzupełnieniem spożycia białka mogą być dostępne na rynku batony proteinowe, czy koktajle białkowe<sup>375</sup>.

**Szczegółnej uwagi, w odniesieniu do ilości i jakości białka, wymaga dieta wegańska i wegetariańska.** Chociaż badania prowadzone w Europie nie wykazują niedoborów białka w diecie osób na dietach roślinnych, mimo że spożycie tego składnika jest niższe niż w grupie osób jedzących mięso (średnie dzienne spożycie białka przez wegan wynosi 0,99 g/kg m.c., przez wegetarian 1,04 g/kg m.c., a przez osoby na diecie tradycyjnej 1,28 g/kg m.c.), to należy pamiętać, że są to badania prowadzone w populacji ogólnej. Dużym źródłem białka dla laktowegetarian są zazwyczaj sery, a dla wegan napoje roślinne, produkty seropodobne (np. tofu) i orzechy. Brak jest aktualnie badań na temat ilości białka w diecie Dawców krwi wykluczających produkty pochodzenia zwierzęcego, ale na pewno na ten składnik, podobnie jak na żelazo i witaminę B<sub>12</sub> należy zwracać szczególną uwagę<sup>376</sup>.

**Tab. 9.2. Zawartość białka w wybranych produktach spożywczych<sup>375</sup>**

Rodzaj produktu	Średnia zawartość białka (w g/100 g)
<b>produkty pochodzenia zwierzęcego</b>	
schab (pieczony)	32
ser żółty	26
połędwica sopocka	19
makrela (wędzona)	19
ser biały	17
jaja (gotowane)	11
mleko	3
<b>produkty pochodzenia roślinnego</b>	
orzechy arachidowe	26
płatki owsiane	12
soczewica (gotowana)	11
fasola biała (gotowana)	7
chleb baltonowski	7
brukselka (gotowana)	4
ryż (gotowany)	2

375 Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I. i wsp.: Tabele składu i wartości odżywczej żywności. PZWL, Warszawa, 2017; Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie (red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2020.

376 Sobieski J. et al.: High compliance with dietary recommendations in a cohort of meat eaters, fish eaters, vegetarians, and vegans: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition – Oxford study. *Nutr. Res.*, 2016; 36(5): 464-477; Mariotti F. et al.: Dietary protein and amino acids in vegetarian diets – a review. *Nutrients*, 2019; 11(11): 2661.



Mając na uwadze utrzymanie optymalnego stanu zdrowia Dawców krwi należy ich informować o potrzebie odżywiania bogatego w składniki krwiotwórcze, szczególnie w żelazo, kwas foliowy oraz w odpowiednią ilość białka.

Zgodnie z warunkami pobierania krwi od Dawców krwi (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r.*) osoby z obniżonym stężeniem hemoglobiny, zdyskwalifikowani w danym dniu do oddania krwi powinni być kierowani do lekarza sprawującego nad nimi opiekę zdrowotną, wraz z wynikami badań, w celu dalszej diagnostyki lub leczenia niedokrwistości.

## 9.2. Zalecenia żywieniowe dla Dawców przed i po oddaniu krwi

Zarówno dla optymalnego przebiegu donacji, jak i późniejszej regeneracji organizmu szczególnie ważne w tym okresie są nawyki związane z żywnością. W związku z tym należy zwrócić uwagę na warunki, jakie muszą być spełnione przez Dawców krwi.

Przygotowanie się Dawcy do donacji ma wpływ na jakość krwi, a tym samym możliwość jej wykorzystania dla osób wymagających leczenia krwią. **Na krótko przed oddaniem krwi należy wypić około ½ litra płynów (dwie szklanki), w celu odpowiedniego nawodnienia organizmu, nawet jeśli nie czuje się pragnienia.** Najbardziej wskazana jest woda niegazowana, ale nie wyklucza się też innych napojów, takich jak sok czy lekki napar herbaty. Wypicie płynów powoduje rozrzedzenie krwi, która po kilku godzinach niespożywania płynów (np. po nocy) jest bardziej gęsta niż w przypadku regularnego picia czy jedzenia płynnych posiłków w ciągu dnia. Takie postępowanie będzie sprzyjać donacji, gdyż krew wówczas ma mniejszą lepkość i łatwiej płynie. Ponadto, utrata płynów ustrojowych (prawie połowa krwi to roztwór wodny) może powodować spadek ciśnienia tętniczego, prowadząc do zawrotów głowy i omdleń.

**Bez względu na porę dnia, na oddanie krwi nie należy przychodzić na czczo** (w przeciwieństwie do wielu rutynowych badań krwi w diagnostyce medycznej). **Przed donacją należy zjeść lekkostrawny posiłek, zwracając szczególną uwagę na ograniczenie tłuszczów.** Duża ilość spożytego tłuszczu negatywnie wpływa na parametry krwi, skutkując lipemicznym, czyli tłustym osoczem<sup>377</sup>. W przetłuszczonej krwi kwasy tłuszczowe mogą uniemożliwiać wykonanie badań pod kątem chorób zakaźnych. W takim przypadku krew nie może być wykorzystana do celów leczniczych i w konsekwencji przekazywana jest do utylizacji. Zatem koliduje to z misją honorowego krwiodawstwa. Prawidłowe skomponowanie posiłku nie powinno nastęrczać szczególnych trudności, ponieważ **wyбір zalecanych produktów jest dość szeroki (pieczywo, chuda wędlina, chudy twaróg, warzywa, płatki zbożowe, niskotłuszczowe mleko, kasze, ryż, makaron, dżem, owoce, herbata, kawa, sok, woda<sup>378</sup>).** Dobrze byłoby, gdyby podstawowym elementem takiego posiłku były tzw. węglowodany złożone (skrobia), ponieważ ich trawienie przebiega wolniej, niż węglowodanów prostych, co na dłużej zabezpiecza podaż glukozy. Może to mieć szczególne znaczenie dla Dawców dojeżdżających z daleka. Węglowodany złożone zawarte są głównie w produktach zbożowych, a w drugiej kolejności w warzywach. Jeśli od ostatniego posiłku minęły ponad trzy godziny, to

377 World Health Organization. (2012). Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76724>; <https://krwiodawcy.org/dieta-krwiodawcy>.

378 <https://krwiodawcy.org/dieta-krwiodawcy>.

przed oddaniem krwi zalecana jest jeszcze niewielka przekąska. Odpowiednie przygotowanie się do pobrania krwi, poprzez zjedzenie prawidłowego posiłku i wypicie płynów, zmniejsza ryzyko niekorzystnych zdarzeń, jak omdlenia lub zawroty głowy.

**Należy podkreślić, że – z uwagi na czas metabolizmu składników pokarmowych w organizmie – ważna jest również jakość posiłków spożywanych w dniu poprzedzającym donację. Podobnie, jak w dniu oddawania krwi, niewskazane są produkty z dużą zawartością tłuszczu,** zarówno pochodzenia zwierzęcego (np. tłuste mięsa, tłuste wędliny, tłuste ryby, rosół, żółte sery, masło, tłuste mleko, śmietana), jak i pochodzenia roślinnego (np. oleje, majonez, margaryna, orzechy). W szczególności należy unikać spożywania produktów typu fast food, potraw smażonych na tłuszczu, ciast z kremem, pączków, chipsów, lodów). W ciągu ostatniej doby przed oddaniem krwi trzeba pić dużo płynów, a 24 godz. (a najlepiej 48 godz.) przed donacją nie należy pić alkoholu<sup>379</sup>.

Po donacji, po tak humanitarnym geście, Dawca powinien teraz zadbać o siebie, gdyż prozdrowotny styl życia niewątpliwie jest potrzebny do regeneracji organizmu. **Ważną czynnością jest szybkie spożycie posiłku,** w celu uniknięcia problemu z niskim poziomem glukozy we krwi<sup>324</sup>. Najbardziej wygodna może okazać się kanapka, drożdżówka lub nawet ulubiona przekąska, w tym czekolada. Nie jest wystarczająco poznane, jakie są koszty energetyczne oddania krwi, ale na pewno dodatkowe kalorie będą niezbędne do syntezy białek krwi. Aby organizm w optymalny sposób mógł odnawiać utraconą krew kolejną kwestią jest uzupełnienie płynów. Oznacza to, że – **poza zwyczajowo wypijaną ilością wody, czy innych napojów – zaleca się w tym dniu wypicie dodatkowo jednego litra płynów.** Warto wspomnieć, że źródłem wody dla organizmu są także niektóre posiłki (np. zupy) oraz produkty spożywcze składające się głównie z wody (np. ogórki – 96% wody, arbuz – 91% wody, mleko – 88% wody). Dla optymalnej regeneracji organizmu nie zaleca się picia napojów alkoholowych w ciągu 24 godzin po donacji. Negatywne skutki alkoholu mogą być bardziej nasilone, ponieważ w organizmie jest mniej krwi do rozcieńczenia alkoholu.

**Począwszy od dnia donacji dieta Dawcy powinna być bogata w żelazo.** Straty żelaza przy regularnym oddawaniu krwi, to znaczy ubytek tego pierwiastka. U kobiet miesiączkujących może to stanowić nawet 70-80% zapasów tkankowych<sup>380</sup>. Organizm potrzebuje zatem odbudowy żelaza do wytwarzania hemoglobiny w nowych krwinkach czerwonych. Sposób żywienia, sprzyjający uzupełnianiu niedoborów żelaza, został omówiony w rozdziale dotyczącym profilaktyki niedokrwistości.

### 9.3. Żywienie Dawców krwi w profilaktyce wybranych chorób

Badania naukowe wskazują, że styl życia, w tym sposób żywienia ma niepodważalny wpływ na ryzyko rozwoju wielu chorób. Obecnie, do najbardziej rozpowszechnionych schorzeń dietozależnych w krajach rozwiniętych należy otyłość, choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2 i nowotwory.

#### Otyłość

Otyłość stała się najczęściej występującą chorobą niezakaźną, z którą współistnieją inne choroby przewlekłe, jak cukrzyca typu 2 czy choroby układu krążenia. W Polsce brak jest danych na temat stanu odżywienia Dawców krwi, ale w populacji

379 <https://www.healthline.com/health/what-to-eat-before-donating-blood>.

380 World Health Organization. (2012). Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76724>.

ogólnej nadmierną masę ciała (nadwagę lub otyłość) ma obecnie 69% mężczyzn i 48% kobiet<sup>381</sup>. Wśród Dawców krwi w USA nadwagę lub otyłość ma prawie 67% mężczyzn i 55% kobiet, we Włoszech 70% mężczyzn i 23% kobiet, a w Chorwacji 66% Dawców ogółem. Zatem, można przypuszczać, że ryzyko nadmiernej masy ciała i jej niekorzystnych skutków zdrowotnych jest u Dawców krwi jest porównywalne do ryzyka dla ogółu populacji osób dorosłych. Podłoże otyłości ma charakter złożony, ale główną przyczyną jest to brak równowagi pomiędzy pobieraniem energii z diety a wydatkowaniem energii przez organizm. Do przyrostu masy ciała mogą prowadzić też niektóre choroby (np. niedoczynność tarczycy) oraz leki (np. przeciwdepresyjne), a kolejną przyczyną są predyspozycje genetyczne.

Zapotrzebowanie energetyczne (kaloryczne) organizmu zależy od płci, wieku, stanu fizjologicznego i stopnia aktywności fizycznej. Dla przykładu, mężczyźni o prawidłowej masie ciała przy umiarkowanej aktywności fizycznej, w wieku 31-50 lat potrzebują w ciągu doby około 3300 kcal, a kobiety 2600 kcal. W przypadku stylu życia nie wymagającego znacznego ruchu wartości te są mniejsze o około 600 kcal<sup>382</sup>.

**Jedną z kluczowych zasad prawidłowego żywienia, która sprzyja utrzymaniu masy ciała jest regularność spożywanych posiłków (4-5 posiłków w ciągu dnia, równomiernie rozłożonych w czasie).** Zapewnia to organizmowi proporcjonalny dowóz energii i składników odżywczych oraz zmniejsza ochotę na podjadanie, z powodu dużego spadku stężenia glukozy we krwi. Ponadto, długie przerwy pomiędzy posiłkami powodują, że porcje spożywanych posiłków są większe, co wymusza większą produkcję insuliny, a organizm „uczy się” odkładać energię w postaci tkanki tłuszczowej.

W celu utrzymania masy ciała nie należy zapominać o potrzebie zbilansowanego spożycia składników pokarmowych. **Prawie połowę wielkości posiłków powinny stanowić warzywa, natomiast owoce i soki, z uwagi na zawartość cukru, nie są produktami zalecanymi w dużych ilościach (prawidłowe spożycie to 1-2 porcje dziennie).** W prozdrowotnej diecie powinny dominować pełnoziarniste produkty zbożowe, które zawierają znacznie więcej błonnika niż produkty z mąki białej. Błonnik, pęczniąc w żołądku, na dłużej zwiększa uczucie sytości po posiłku, a ponadto wspomaga pracę układu pokarmowego.

W racjonalnej diecie ważną grupą produktów jest mleko i jego przetwory. W przypadku przetworów mlecznych uwagę należy zwracać nie tylko na zawartość tłuszczu, ale i dodatek cukru. Analiza 189 asortymentów jogurtów, obecnych na rynku w Polsce wykazała, że średnia zawartość cukru wynosiła 11 g/100 g, przy czym w tzw. jogurtach smakowych dochodziła nawet do 23 g. Powoduje to, że zjedzenie 200 ml jogurtu (z wyjątkiem jogurtu naturalnego) dostarcza 4-9 łyżeczek cukru<sup>383</sup>. Racjonalna dieta nie oznacza zupełnej rezygnacji z przekąsek. Są one dozwolone pod warunkiem, że pozostałe spożywane danego dnia produkty mają odpowiednią wartość odżywczą.

W dobie narastających problemów z utrzymaniem prawidłowej masy ciała, wiele osób ucieka się do popularyzowanych w mediach diet, iluzyjnie określanych

381 Stoś K., Rychlik E., Woźniak A. et al.: Prevalence and sociodemographic factors associated with overweight and obesity among adults in Poland: a 2019/2020 nationwide cross-sectional survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022; 19(3): 1502.

382 Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie (red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J.) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2020.

383 Wierzejska R., Siuba-Strzelińska M., Jarosz M.: Evaluation of dairy products available on the Polish market in the context of nutrient profiles. Clear arguments for reformulation of foodstuffs. *Rocz. Panstw. Zakł. Hig.*, 2017; 68(1): 43-50.

w terminologii żywieniowej jako „diety cud”. Kompozycja takich diet nie ma żadnego uzasadnienia naukowego i prawie w każdym przypadku redukcja masy ciała jest krótkotrwała, a po zaprzestaniu diety, podyktowanym jej uciążliwością, dochodzi do ponownego przybierania na wadze (efekt jojo). **Aktualnie, środowiska naukowe nie rekomendują żadnej diety opartej na wąskiej grupie produktów (m.in. dieta jajeczna, kapuściana) ani diety z odwróconą proporcją składników energetycznych (m.in. dieta wysokotłuszczowa, niskowęglowodanowa). Zatem wciąż jedyną i najlepszą metodą profilaktyki otyłości jest dieta oparta o różnorodne grupy produktów i długoterminowe dopasowanie ilości spożywanych kalorii do zapotrzebowania organizmu, wynikającego w dużej mierze z rodzaju wykonywanej pracy.**

W tym miejscu należy podkreślić, że mając na uwadze skalę problemu otyłości, uruchomiono w Polsce Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (<https://ncez.pzh.gov.pl>) finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, gdzie – w przeciwieństwie do wielu sprzecznych informacji w mediach – można zdobyć rzetelną wiedzę. Ponadto funkcjonuje Centrum Dietetyczne Online (<https://cdo.pzh.gov.pl>), w którym na bieżąco możliwe są indywidualne i darmowe porady żywieniowe.

### **Choroby układu krążenia**

Choroby sercowo-naczyniowe odpowiadają za około 30% zgonów na świecie. Szacuje się, że – ze względu na rozpowszechnienie otyłości i cukrzycy – poprawa sytuacji może nie być możliwa, pomimo dużego postępu w leczeniu tych chorób. Eksperci zgodnie wskazują, że **pierwszym krokiem do ograniczenia zachorowań musi być zmiana stylu życia, w tym odpowiednia dieta, a dowody na korzyści zdrowotne, wynikające z prawidłowego odżywiania są niepodważalne.**

W dyskusji nad rolą diety w profilaktyce chorób układu krążenia od lat centralne miejsce zajmują tłuszcze. Aktualnie uważa się, że rodzaj spożywanego tłuszczu, a tym samym profil kwasów tłuszczowych, ma większe znaczenie niż całkowita ilość tłuszczu w diecie. **W świetle zaleceń Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego należy zmniejszyć spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych i zastąpić je tłuszczami nienasyconymi, co pomaga w utrzymaniu prawidłowego poziomu cholesterolu we krwi.** Badania wykazują, że zmiana nasyconych kwasów tłuszczowych na kwasy wielonienasycone prowadzi do spadku ryzyka choroby niedokrwiennej serca o 25%, a zamiana na kwasy jednonienasycone o 15%. Głównym źródłem tłuszczów nasyconych są produkty pochodzenia zwierzęcego oraz powszechnie stosowane obecnie oleje tropikalne (palmowy, kokosowy). Szacuje się, że olej palmowy jest składnikiem ponad połowy produktów spożywczych, a z badań prowadzonych w Polsce wynika, że w produktach typu batoniki, ciasteczka, zupki w proszku występuje w 80-95% asortymentu. Warto pamiętać, że informacja o ilości kwasów tłuszczowych nasyconych zawarta jest w tabeli wartości odżywczej na etykietach produktów. Najlepszym źródłem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z grupy omega-3 są tłuste ryby (np. łosoś, śledź, makrela) oraz olej lniany i rzepakowy. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że duże spożycie kwasów tłuszczowych omega-3 z ryb i owoców morza zmniejsza zachorowalność na choroby układu krążenia i dlatego **ryby zaleca się spożywać dwa razy w tygodniu**<sup>384</sup>.

384 Innes J.K., Calder P.C.: Marine omega-3 (n-3) fatty acids for cardiovascular health: an update for 2020. *Int. J. Mol. Sci.*, 2020; 21: 1362; Zock P.L., Blom W.A., Nettleton J.A. et al.: Progressing insights into the role of dietary fats in the prevention of cardiovascular disease. *Curr. Cardiol. Rep.*, 2016; 18: 1-13.

**Składnikiem diety, którego spożycie należy ograniczać, tak bardzo jak jest to tylko możliwe, są kwasy tłuszczowe typu trans.** Taki rodzajów kwasów tłuszczowych nie tylko negatywnie wpływa na gospodarkę lipidową, zwiększając ryzyko chorób serca, ale także nasila w organizmie procesy zapalne, insulinooporność i zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju nowotworów. Kwasy typu trans powstają głównie podczas przemysłowego przekształcania płynnych olejów roślinnych w formę półstałą (częściowe utwardzanie tłuszczów) oraz podczas obróbki termicznej olejów, np. podczas smażenia. Jeśli w składzie produktu, podanym na opakowaniu występują częściowo utwardzone (synonim: uwodornione) tłuszcze lub oleje oznacza to, że produkt jest źródłem tłuszczów trans. **W przemyśle spożywczym tłuszcze częściowo utwardzone stosuje się najczęściej do produkcji ciast, ciasteczek oraz zup w proszku.**

**Reasumując, w codziennej praktyce należy odżywiać się na wzór diety śródziemnomorskiej, charakteryzującej się dużym spożyciem warzyw, owoców, nasion strączkowych, ryb, orzechów i rzadkim spożywaniem tłustego mięsa.** Zbiorcza analiza danych wskazuje, że stosowanie takiej diety przez 5 lat wiąże się ze spadkiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych o 30%.

### **Cukrzyca typu 2**

Na cukrzycę choruje w Polsce około 8% populacji, co oznacza, że występuje częściej niż w innych krajach Unii Europejskiej (średnia 6,3%). Szacuje się, że do 2040 r. zachorowalność na cukrzycę wzrośnie jeszcze o ponad 30%. **Prawidłowa masa ciała, aktywny tryb życia, zbilansowana dieta i niepalenie tytoniu to najważniejsze czynniki w profilaktyce tej choroby.** Jednakże, w świetle najnowszego badania świadomości Polaków na temat ryzyka cukrzycy, 38% ankietowanych nie miało wiedzy, że czynnikiem ryzyka jest mała aktywność fizyczna, a 25% że takim czynnikiem jest zła dieta<sup>385</sup>.

**Jednym z najważniejszych składników diety, powiązanych z zachorowaniem na cukrzycę typu 2, jest cukier.** Obecnie wiadomo, że skutki zdrowotne dużego spożycia cukru daleko wykraczają poza znany od dziesięcioleci problem próchnicy. Choć w ostatnich latach w gospodarstwach domowych nastąpił spadek zużycia cukru (m.in. mniej pieczemy ciast), to jednak notuje się duży wzrost spożycia produktów przemysłowych, którymi m.in. są właśnie dostępne w każdym sklepie ciasta gotowe. Stosowanie cukru w przemyśle spożywczym jest obecnie powszechne i szacuje się, że 70-75% produktów zawiera w recepturze różne formy cukru, określanego przez naukowców, jako tzw. cukier dodany. W świetle zaleceń żywieniowych cukier dodany nie powinien dostarczać więcej niż 10% całodiennej energii z diety, co przy zapotrzebowaniu na poziomie 2000 kcal stanowi 50 g, czyli około 10 łyżeczek. **Największym źródłem cukru dodanego w diecie są napoje słodzone. Z podsumowania światowych badań wynika, że wypijanie 250 ml takich napojów dziennie (około 25 g cukru) zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2 o 21%**<sup>386</sup>. Celem zmniejszenia spożycia tych produktów w 2021 r. wprowadzono w Polsce opłatę cukrową od napojów słodzonych (tzw. podatek cukrowy). Analiza składu 198 takich samych asortymentów napojów

385 Sękowski K., Grudziąż-Sękowska J., Pinkas J. et al.: Public knowledge and awareness of diabetes mellitus, its risk factors, complications, and prevention methods among adults in Poland – a 2022 nationwide cross-sectional survey. *Front. Public Health*, 2022, 10:1029358.

386 Toi P., Anothaisintawee T., Chaikledkaew U. et al.: Preventive role of diet interventions and dietary factors in type 2 diabetes mellitus: an umbrella review. *Nutrients*, 2020; 12: 2722.

przed podatkiem i po opodatkowaniu wykazała korzystną zmianę receptur, a ilość napojów zawierających w 100 ml więcej, niż 5 g cukrów spadła z 70,2% do 44,4%<sup>387</sup>.

**Kolejnym elementem diety, zwiększającym ryzyko zachorowania na cukrzycę, jest mięso przetworzone. U osób spożywających duże ilości takiego mięsa prawdopodobieństwo wystąpienia cukrzycy jest prawie o 30% większe, niż u osób jedzących małe ilości. Do składników diety o ewidentnie korzystnym wpływie na zmniejszenie ryzyka tej choroby są pełnoziarniste produkty zbożowe, niskotłuszczowe produkty mleczne, warzywa i orzechy.** Badania z ostatnich 20 lat wskazują, że elementem profilaktyki cukrzycy może być też umiarkowane picie kawy (3-5 filiżanek dziennie)<sup>388</sup>.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego osoby obciążone wysokim ryzykiem cukrzycy należy poddać odpowiedniej edukacji na temat zdrowego stylu życia, w tym diety. Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy powinno być przeprowadzone raz na 3 lata u wszystkich osób powyżej 45. roku życia. Ponadto, niezależnie od wieku, co roku badanie to należy wykonać u osób z grup ryzyka, w tym u osób z nadwagą lub otyłością, z cukrzycą występującą w najbliższej rodzinie, u osób mało aktywnych fizycznie czy z chorobą układu sercowo-naczyniowego<sup>389</sup>.

### **Nowotwory złośliwe**

W ciągu ostatnich 20 lat zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce wzrosła o około 40%. Obecnie u kobiet najczęściej występuje nowotwór piersi, a następnie płuc i jelita grubego, a u mężczyzn nowotwory prostaty, płuc i jelita grubego<sup>390</sup>. Szacuje się, że wśród czynników ryzyka rozwoju nowotworów sposób żywienia może odpowiadać nawet za 35% zachorowań, co jest bardzo niepokojące w kontekście danych, że prawie połowa badanych Polaków nie ma świadomości znaczenia diety w rozwoju chorób nowotworowych<sup>391</sup>.

**Grupą produktów związanych z rozwojem nowotworów jest mięso i jego przetwory (temat ten poruszono już w rozdziale „Żywienie Dawców krwi w profilaktyce niedokrwistości”).** Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Rakiem uważa, że spożywanie 50 gramów przetworzonego mięsa dziennie (np. 4 paski bekonu lub jedna kiełbaska typu frankfurterka) zwiększa ryzyko raka jelita grubego o 18%, a spożycie mięsa czerwonego zwiększa ryzyko także innych nowotworów przewodu pokarmowego (dla lepszego rozumienia skali ryzyka chorób warto podać, że 10 lat palenia tytoniu zwiększa ryzyko raka płuc o 900%). **W miejsce mięsa przetworzonego i mięsa czerwonego, jako źródeł białka, należy wprowadzić mięso drobiowe, ryby, niskotłuszczowe produkty mleczne, rośliny strączkowe, orzechy i nasiona.**

387 Wierzejska R.: The impact of the sweetened beverages tax on their reformulation in Poland – the analysis of the composition of commercially available beverages before and after the introduction of the tax (2020 vs. 2021). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022; 19: 14464.

388 Toi P., Anothaisintawee T., Chaikledkaew U. et al.: Preventive role of diet interventions and dietary factors in type 2 diabetes mellitus: an umbrella review. *Nutrients*, 2020; 12: 2722; Basiak-Rasała A., Różańska D., Zatońska K.: Food groups in dietary prevention of type 2 diabetes. *Rocz. Panstw. Zakł. Hig.*, 2019; 70(4): 347-357.

389 Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Curr Top Diabetes*, 2022; 2 (1): 1-134.

390 Krajowy Rejestr Nowotworów. <https://www.zwrotnikraka.pl/nawotwory-zlosliwe-w-polsce-krajowy-rejestr-nowotworow/>.

391 Żarnowski A., Jankowski M., Gujski M.: Public awareness of diet-related diseases and dietary risk factors: a 2022 nationwide cross-sectional survey among adults in Poland. *Nutrients*, 2022; 14: 3285.



**Podobnie jak w profilaktyce innych chorób, niezbędnym elementem zdrowej diety są warzywa, owoce i produkty zbożowe otrzymane z mąki z pełnego przemiału.** Wieloletnie obserwacje wykazały, że u osób opierających dietę na produktach pochodzenia roślinnego nowotwory stwierdza się rzadziej, niż u osób spożywających duże ilości produktów odzwierzęcych. **Potencjał przeciwnowotworowy żywności pochodzenia roślinnego wynika przede wszystkim z obecności antyoksydantów, polifenoli i błonnika pokarmowego**<sup>392</sup>.

Wobec ogromnego rynku i reklamy suplementów diety wiele osób sięga po takie preparaty z myślą o poprawie zdrowia i ochronie przed zachorowaniem. W USA nawet 1/3 dorosłych Amerykanów przyjmuje suplementy diety m.in. aby zapobiec nowotworom. Obecnie wiadomo jednak, że nadmiar witamin i składników mineralnych w organizmie nie tylko nie przynosi żadnych korzyści, ale wręcz zwiększa ryzyko karcinogenezy. *Nadzieja, że suplementacja witamin sprzyja zdrowiu została podważona już w latach 80. ubiegłego wieku, kiedy to w wysokiej jakości badaniach klinicznych udowodniono, że przyjmowanie beta-karotenu przez palaczy tytoniu zwiększa ryzyko raka płuc.* Tak nieoczekiwane, wstępne obserwacje z tych badań, doprowadziły wręcz do przerwania badań ze względów etycznych. Późniejsze badania wykazały, że suplementacja witaminy E zwiększa ryzyko raka prostaty, a suplementacja selenu u osób z wysokim stężeniem selenu we krwi zwiększa ryzyko raka płuc. **W związku z tym istnieje ogólnoświatowa zgodność poglądów, że suplementy diety nie są zalecane w profilaktyce nowotworów u osób, które nie mają zdiagnozowanych niedoborów, lub u których zwyczajowa dieta nie jest deficytowa w składniki odżywcze.**

Nacisk należy zatem położyć na konieczność zmian w diecie, w tym m.in. na korzyści płynące ze spożywania większej ilości warzyw, w których witaminy i mikroelementy występują w połączeniu z innymi, niemożliwymi do odtworzenia w suplementach diety składnikami odżywczymi. Pomimo, iż nabycie suplementów diety nie wymaga recepty, to ich stosowanie powinno odbywać się w konsultacji z lekarzem. Osoby, które na własną rękę zamierzają przyjmować suplementy diety, nie powinni wybierać preparatów z najwyższą dawką składników odżywczych, ponieważ – w przeciwieństwie do zwykłej żywności – ich nadmierne spożycie może mieć poważne konsekwencje zdrowotne<sup>393</sup>.

## 9.4. Wartość odżywcza czekolad i warunki ich przechowywania

Od wielu lat Honorowi Dawcy Krwi, w ramach posiłku regeneracyjnego otrzymują pakiet czekolad. Wynika to głównie z ich wysokiej wartości energetycznej. Czekolady różnią się między sobą pod względem odżywczym, a ich najlepsza jakość jest zachowana tylko w przypadku właściwego przechowywania.

Wartość odżywcza czekolad ściśle uzależniona jest od składu, a największe znaczenie ma zawartość masy kakaowej i cukru. **Z dietetycznego punktu widzenia najlepsze są czekolady z dużym udziałem masy kakaowej i małą zawartością cukru.** Ziarno

392 Bail J., Meneses K., Demark-Wahnefried W.: Nutritional status and diet in cancer prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 2016; 32 (3): 206-214.

393 Bail J., Meneses K., Demark-Wahnefried W.: Nutritional status and diet in cancer prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 2016; 32 (3): 206-214; Wierzejska R.: Dietary supplements – for whom? The current state of knowledge about the health effects of selected supplement use. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021; 18: 8897.

kakaowe jest jednym z najbogatszych źródeł flawonoidów, czyli związków organicznych z grupy polifenoli. Wiele badań potwierdza, że dieta bogata we flawonoidy zmniejsza ryzyko chorób, w tym sercowo-naczyniowych i neurodegeneracyjnych. Biorąc pod uwagę dowody naukowe Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności uznał, że na opakowaniu czekolad, które zawierają odpowiednią ilość tych związków można zamieszczać informację: „*Flawanole kakao przyczyniają się do utrzymania elastyczności naczyń krwionośnych, co przyczynia się do prawidłowego przepływu krwi*”<sup>394</sup>.

Największą zawartość masy kakaowej mają czekolady gorzkie, a obecność flawonoidów decyduje o ich charakterystycznym, cierpkim smaku. Niemniej jednak rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań w zakresie jakości handlowej wyrobów kakaowych nie reguluje ilości masy kakaowej w czekoladzie gorzkiej. W czekoladach różnych producentów przedział ten jest bardzo szeroki i wynosi od 43% do 100%. Podobnie jest z nazewnictwem czekolad. Dla przykładu „czekoladą gorzką extra” określana jest zarówno czekolada, która zawiera 65% masy kakaowej, jak i ta, która ma jej 90%. Czekolady deserowe na rynku polskim mają 43-50% masy kakaowej, co pokrywa się z recepturą niektórych czekolad gorzkich. Zdefiniowana prawnie jest jedynie zawartość masy kakaowej w czekoladzie mlecznej, która musi wynosić co najmniej 25%<sup>395</sup>.

Udział masy kakaowej bezpośrednio wpływa na zawartość cukru. Wraz ze wzrostem ilości masy kakaowej zawartość cukru w czekoladach maleje. W dostępnych obecnie w Polsce czekoladach mlecznych zawartość ta wynosi 52-60 g/100 g, a w czekoladach gorzkich 0,5-48 g/100 g. Tak więc, porcja 3-4 kostek czekolady mlecznej pokrywa około 12% referencyjnego spożycia wszystkich cukrów w ciągu dnia (RWS).

Frację tłuszczową czekolad stanowi głównie tłuszcz kakaowy. Jego temperatura topnienia, niższa od temperatury ciała człowieka, odpowiada za topienie się czekolady w jamie ustnej lub w dotyku. W czekoladzie mlecznej obecny jest także tłuszcz mleczny, a jego ilość nie może być niższa niż 3,5%. Jednakże, zgodnie z przepisami do produkcji czekolad mogą być dodawane inne tłuszcze z roślin tropikalnych, takie jak olej palmowy, shea, sal, pod warunkiem, że ich zawartość nie przekroczy 5%. Producent stosujący w recepturze tego rodzaju tłuszcze ma obowiązek zamieszczenia na opakowaniu informacji, że czekolada – oprócz tłuszczu kakaowego – zawiera także tłuszcze roślinne. Takie zdanie powinno być napisane pogrubioną czcionką i umieszczone w pobliżu nazwy produktu, w tym samym polu widzenia co wykaz składników. Brak deklaracji obecności tego rodzaju tłuszczów w składzie czekolady (lub przekroczenie dopuszczalnej zawartości), to częste powody kwestionowania jakości niektórych czekolad i ich oznakowania<sup>396</sup>.

Wartość energetyczna czekolad mlecznych, deserowych i gorzkich jest porównywalna i na ogół mieści się w przedziale 500-600 kcal/100 g. Tak więc, czekolady gorzkie pomimo mniejszej zawartości cukru, mają wartość energetyczną podobną do czekolad mlecznych, co wynika z większej zawartości tłuszczu kakaowego.

Czekolada dostarcza także składników mineralnych – głównie magnezu, miedzi, potasu, żelaza. Ich zawartość, podobnie jak w przypadku polifenoli, zależy bezpośrednio od ilości masy kakaowej. W świetle danych literaturowych czekolada gorzka zawiera co najmniej o 50% więcej magnezu niż mleczna. Porcja kilku kostek czekolady gorzkiej pokrywa 8-18% dziennej normy na ten pierwiastek. Odwrotna sytuacja

394 Latham L., Hansen Z., Minor D.: Chocolate – guilty pleasure or healthy supplement? J. Clin. Hypertens., 2014; 16(92); 101-106.

395 Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju wsi z dnia 4 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych wymagań w zakresie jakości handlowej wyrobów kakaowych i czekoladowych. (Dz. U. nr 214, poz. 1813).



jest w odniesieniu do wapnia – czekolada mleczna o recepturowym dodatku mleka dostarcza go 6-krotnie więcej niż gorzka.

Czekolady są ponadto źródłem kofeiny, co wynika z obecności kakao. Typowa tabliczka czekolady gorzkiej dostarcza 60-70 mg kofeiny, co jest porównywane z ilością kofeiny zawartej w filiżance kawy. Znacznie mniej kofeiny zawiera czekolada mleczna (około 20 mg/100 g). W stosunku do zalecanej dawki kofeiny, która dla osób dorosłych wynosi do 400 mg dziennie, porcja czekolady wnosi zatem niewielką ilość tego składnika<sup>396</sup>.

**Podsumowując, omawiając wartość odżywczą czekolad należy podkreślić, że spośród wszystkich rodzajów najbardziej korzystna dla zdrowia jest czekolada gorzka. Taka czekolada, spożywana w racjonalnych ilościach, powinna zastępować inne słodkie lub słone przekąski.**

### **Przechowywanie czekolad**

O warunkach przechowywania każdego produktu spożywczego decyduje producent. Produkt zachowuje swoje właściwości tylko wtedy, gdy na każdym etapie jego obrotu oraz w warunkach domowych zachowane są określone przez producenta warunki przechowywania podane na opakowaniu. W odniesieniu do czekolad producenci zalecają na ogół, aby przechowywać je w suchym i chłodnym miejscu. Pojęcie to może wydawać się jednak mało precyzyjne, zwłaszcza w przypadku miejsca chłodnego, które może kojarzyć się także z lodówką. Jednakże „miejsce chłodne” nie oznacza „warunków chłodniczych”. **Czekoladę należy przechowywać w temperaturze 12-18°C oraz wilgotności nie większej niż 75%. Czekolada poddana dużym wahaniom temperatury i wilgotności może zmienić swój wygląd, a przede wszystkim stracić charakterystyczny połysk.** W przypadku narażenia na ciepło, na czekoladzie pojawia się szarobiały nalot (tzw. kwiat tłuszczowy), co wynika z nadtopienia się tłuszczu, który po ponownym ochłodzeniu krystalizuje na powierzchni czekolady. Z kolei w przypadku dużych wahań wilgotności na powierzchni czekolady może powstać „kwiat cukrowy”, na skutek rozpuszczającego się w takich warunkach cukru, a następnie jego powtórnego zastygnięcia. Powstałe w ten sposób zmiany nie powodują, że czekolada jest szkodliwa dla zdrowia, niewątpliwie jednak traci ona swój typowy, apetyczny wygląd. Ponadto należy pamiętać, aby czekoladę przechowywać w pomieszczeniach, gdzie nie ma innych intensywnych zapachów, w tym dymu tytoniowego<sup>397</sup>.

Wszystkie czekolady oznakowane są datą minimalnej trwałości, wyrażaną na opakowaniu sformułowaniem „najlepiej spożyć przed”. Zatem, w przeciwieństwie do produktów oznakowanych sformułowaniem „należy spożyć do”, upłynięcie wskazanej daty nie oznacza, że produkt nie nadaje się do spożycia. Czekolada jest produktem trwałym mikrobiologicznie, który po przekroczeniu daty nie może dalej znajdować się w obrocie, ale przechowując czekoladę w odpowiednich warunkach domowych można ją jeszcze bezpiecznie spożyć.

396 Jarosz M., Wierzejska r. i wsp.: Zawartość kofeiny w produktach spożywczych. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2009; 3: 776-781.

397 Zasady przechowywania produktów spożywczych. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Janowie Lubelskim. <https://www.gov.pl/web/psse-janow-lubelski/zasady-przechowywania-produktow-spozywczych>.



## Rozdział 10.

# Jak budować dobre relacje, podtrzymywać więzi i skutecznie pomagać Dawcy krwi

Ostatni rozdział książki ma odmienny charakter od poprzednich. Chcielibyśmy przedstawić w nim Dawcę krwi, i drogę jaką przebywa, w aspekcie psychologicznym, ze zwróceniem szczególnej uwagi na jego emocje i doznania.

Dawca krwi to postać ze wszech miar wyróżniająca się spośród innych osób. Wiemy jedno – na pewno prospołeczną, godną naśladowania postawą. Jako członek szlachetnej, cieszącej się uznaniem wspólnoty, honorowany jest – w celu wyrażenia należnego mu szacunku – ulicami noszącymi jego imię: ulice Honorowych Dawców Krwi możemy znaleźć w województwie kujawsko-pomorskim, mazowieckim i śląskim.

Honorowy Dawca Krwi jest jednym z ważniejszych podmiotów w systemie ochrony zdrowia i – używając języka oficjalnego – zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Szczególna jest też sytuacja w jakiej się znajduje, bo trafiając do placówki służby zdrowia, w której ma oddać krew, nie występuje w roli pacjenta. Nie jest też ani petentem, który trafia do urzędu, ani klientem, który z reguły o coś prosi, czegoś potrzebuje i chce coś otrzymać – występuje w roli Dawcy, a my chcemy, by jak najdłużej nim pozostawał i zachęcał innych do równie szczytnych zachowań. Dlatego też chcemy go jak najbardziej zadowolić i usatysfakcjonować.

Zwróćmy uwagę, że realizacja wysoko wartościowanych zamiarów Dawcy nie jest możliwa bez pomocy specjalnych jednostek zorganizowanych w systemie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Chcąc oddać krew Dawca musi stanąć u bram jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi (siedziby CKiK, oddziału terenowego CKiK lub mobilnego punktu pobierania krwi), jako osoba pełniąca rolę charytatywną, a więc związaną ze szczególnym szacunkiem, uznaniem i wdzięcznością, co ustawia Dawcę na zdecydowanie innej pozycji niż klienta (jak to ma miejsce np. w sklepie czy urzędzie).

Równocześnie Dawca krwi, rozpoczynając realizację swojej przygody, wymaga pomocy zarówno w płaszczyźnie poznawczej (w zakresie potrzebnych mu informacji), jak i emocjonalnej (odnoszącej się do sfery doznań o różnym znaku), a także interpersonalnej (dotykającej subtelnej materii wzajemnej komunikacji i wymiany zachowań z personelem jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi).

Cykl działań związanych z przebiegiem wizyty Dawcy, gościa w centrum krwiodawstwa, zawsze uruchamia gospodarz domu – dyrektor centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a w jego imieniu każdy pracownik mający kontakt z Dawcą, który na nią zaprosił. Jednostka zapraszająca i otwierająca swe podwoje przed Krwiodawcą, przyjmuje rolę takiego właśnie gospodarza. Wizyta taka ma wiele etapów, na których może być potrzebna pomoc, jakiej udzielają kolejni przedstawiciele gospodarza, którzy nie tylko przestrzegają zasad *savoir vivre*'u, ale prezentują określone postawy wobec gościa, wiedząc, że ich zachowanie ma wpływ i może prowadzić do nawiązania długotrwałej relacji.

Proces oddawania krwi wiąże się z ingerencją w ludzkie ciało, co często jest odruchowym źródłem napięć, niepokoju i możliwością odczuwania go czasem w sposób nie do końca uświadamiany przez obie zaangażowane w nim strony. To powoduje, że ten altruistyczny scenariusz może zawierać elementy sytuacji trudnej, w której jak w soczewce skupiają się wszystkie subtelne aspekty ludzkich interakcji, wymagających głębokiego zrozumienia pojawiających się uczuć, a także wszelkich konsekwencji własnych zachowań i sposobów myślenia o drugim człowieku, będącym z nami w relacji. Trzeba umieć sprostać tym wyzwaniom związanym z łagodzeniem napięć.

Tej tematyce będą poświęcone dalsze rozważania, poświęcone doskonaleniu kontaktów międzyludzkich oraz szlachetnej służbie, jaką jednostki organizacyjne publicznej służby krwi pełnią wobec Dawców.

## Oddawanie krwi jako proces rozpisany na sceny

Życie ludzkie jest pewną historią, której scenariusz jest pisany na bieżąco, codziennie przez każdego z nas. Przeżywamy swój czas na scenie życia, na której spotykamy się z innymi ludźmi, w różnych okolicznościach i scenerii, której forma i kształt wpływa na to, jak się w niej czujemy i jak ją odbieramy. Jednak najsilniej – na to co z nami się dzieje – wpływają występujący razem z nami współaktorzy, którzy mogą albo rozświetlić naszą codzienność, albo też ją utrudnić, wręcz zgasić. Możemy się nawzajem sobą pozytywnie zainteresować, możemy też zignorować czyjąś obecność. Możemy sobie nawzajem zagrażać, możemy też udzielać wsparcia. Koloryt naszego życia zależy w dużej mierze od relacji międzyludzkich zachodzących na tej scenie. Zainteresowanie drugim człowiekiem i uważność w byciu z nim, wzbogaca nasze istnienie. Na scenie życia dzieje się bowiem wtedy coś, na co mamy pewien wpływ i możemy, jak reżyser, kształtować pewne elementy realizującej się rzeczywistości.

Popatrzmy na wizytę Krwiodawcy w naszym Centrum jak na urywek naszego i jego życia, jeden z aktów, który rozgrywa się na naszej wspólnej scenie. I nie jest to gotowy i ostateczny scenariusz, gotowa sztuka napisana przez kogoś, ale są to kolejne wspólne epizody – w których występuje człowiek, który się tu (w Centrum) pojawia, i my sami – na które mamy realny wpływ.

Popatrzmy więc, jak można rozpisać kolejne sceny wizyty Dawcy w centrum krwiodawstwa, żeby zobaczyć, co można zrobić, aby były one bardziej udane i jak może nam w tym pomóc psychologia.

Na wstępie odnotujmy **ogólne, podstawowe zasady**:

- Na każdym etapie wizyty Dawcy krwi okazujemy mu zainteresowanie i poświęcamy dużo uwagi jako podmiotowi otaczanemu szacunkiem.
- Nawijujemy życzliwy kontakt z Dawcą, nie czekając na jego pytania. Możemy aktywnie je wyzwać, sami pytać o potrzebę wsparcia, pomocy czy wyjaśnienia pojawiających się wątpliwości lub po prostu grzecznościowo zaczynać rozmowę. Sposób dotarcia, samopoczucie, a nawet pogoda, są tu dobrym tematem. Miła rozmowa zawsze zmniejsza ogólne napięcie.
- Dawca krwi cały czas powinien obracać się wśród aktywnie zainteresowanych nim osób, poświęcających mu uwagę, a nie oczekujących, aż on o coś zapyta. Powinien czuć, że jest tu osobą ważną dla innych.

### Scena I. Wejście

Dawca wchodzi do budynku Centrum. Dla Dawcy pierwszorazowego, nowe i nieznane wnętrze jest źródłem wielu bodźców. Dobrze jest popatrzeć świeżym okiem na

to, co nasz gość w tej chwili spostrzega. Czy otoczenie będzie odbierał jako przyjazne, sprzyjające odczuwaniu pozytywnych emocji, a więc zadbane, w jasnych kolorach, łagodnie oświetlone. Czy po wejściu łatwo będzie się orientował, co do następnego kroku. Czy nie będzie czuć się zagubiony, gdy nie ma kogo spytać, a nie wiadomo co robić dalej. Przecież nikt z nas nie lubi sprawiać wrażenia osoby bezradnej. Dlatego warto zastosować wyraźne wskazówki graficzne, bądź umiejscowić recepcję (rejestrację) tak, aby nasz gość – Dawca, po wejściu był od razu widoczny, **witany i otoczony opieką**.

## **Scena II. Spotkanie w recepcji (rejestracji)**

Powiedzmy sobie od razu – pierwsze spotkanie nieznanym sobie osobom jest obszarem, w którym rządzi odczuwana przez nie atrakcyjność drugiej osoby. Tak właśnie: atrakcyjność rządzi, bo ulegamy wszyscy jej utartym prawom, często zresztą wiodącym nas na manowce. Jeśli wchodzący Krwiodawca zostanie oceniony przez osobę w recepcji (rejestracji) jako atrakcyjny fizycznie, to efekt aureoli – powodujący, że uroda promieniuje na pozostałe jego cechy – sprawi, że spotka się on z bardzo pozytywną reakcją emocjonalną pracownika recepcji. Zostanie to wykonane odruchowo. Jeśli natomiast docenienie jego wyglądu wymaga wysiłku (co skutkuje oceną „nieatrakcyjny”), wchodzący może spotkać się z omiatającym go chłodnym spojrzeniem. To życzliwe przyjęcie nie pojawi się samo, **ciepły uśmiech** musi być efektem woli osoby w recepcji, która powinna wiedzieć, że ktoś pojawiający się w nowym miejscu, potrzebuje serdecznego ośmielenia. Nie pozwalajmy, by mechanicznie działający psychologiczny efekt skutków atrakcyjności fizycznej decydował o naszym postępowaniu. Przy okazji, ileż to razy w życiu odsuwamy od siebie ciekawą być może osobę, tylko dlatego, że nie spełniła działających automatycznie wymogów fizycznej atrakcyjności, wsadzamy ją do szuflady „nie warto” i tracimy z oczu.

Jest tu jeszcze jedna bardzo ważna przyczyna wpływająca na zachowanie wobec nowo spotykanej osoby – jest nią podobieństwo. Ludzie, postrzegani jako do nas w jakiś sposób podobni, są oceniani pozytywnie. Niepodobieństwo wywołuje awersyjność, a więc odruchowy, niechętny stosunek do takiej osoby. Nie zdajemy sobie z tego sprawy, bo dzieje się to poza naszą świadomością. Wiedząc o tym musimy umieć uwzględniać tę naszą ludzką niedoskonałość. I brać na to poprawkę w naszym zachowaniu. Dlatego praca z ludźmi może być trudna, bo często przychodzi nam pokonywać samych siebie.

Dawcy, niezależnie od stopnia swej zewnętrznej atrakcyjności muszą poczuć, że nie są tutaj przypadkowymi osobami, że są tu mile oczekiwani, a wysyłane ku nim ciepłe sygnały – ton głosu, mowa ciała i uśmiech – pozwalają im potwierdzić słuszność decyzji o przyjeździe do Centrum. Przesłanie kierowane do Dawcy powinno brzmieć: **Jesteś dla nas ważny. Cienimy Twoją prospołeczną postawę. Cieszymy się z Twojego przybycia. Masz prawo czuć się swobodnie, jak u siebie. Nic złego tu Cię nie spotka**. Ale aby tak się stało, musimy świadomie pilnować, by sposób powitania Dawcy nie podlegał mechanizmom rządzącym naszymi odruchami, ale by wynikał z wypracowanej postawy.

**Stąd zalecenie:** Przed pojawieniem się w drzwiach kolejnej wchodzącej osoby, musimy wcześniej wywołać w sobie pewien sposób myślenia, który uruchomi nasze zachowanie wobec niej: „Oto za chwile będę witać osobę, która potrzebuje mojej życzliwości, niezależnie od tego, jak będzie wyglądać”. Przygotowuję z wyprzedzeniem życzliwe nastawienie do niej i kontroluję wyraz twarzy, by wchodząc nie zobaczyła na niej niechęci czy rozczarowania. Mam przygotowany ciepły ton, którym powiem z uśmiechem: „Dzień dobry, zapraszam serdecznie do mnie”.

Uwaga na mogące pojawić się na tym etapie trudności:

### **Niewłaściwy dzień wizyty**

- Może się zdarzyć, że potencjalny Dawca przyszedł w niewłaściwym dniu, to znaczy za wcześnie, gdy nie został zakończony okres karencji, czyli koniecznej przerwy między oddaniami. Powody tego mogą być różne, np. Dawca pomylił się lub zapomniał, kiedy był ostatnio.
- Dawca odruchowo zareagował na ogłoszenie o poszukiwaniu grupy krwi, którą posiada. W obu tych sytuacjach wyrażamy zrozumienie dla jego zakłopotania: „To się niestety czasem zdarza i świadczy o silnej chęci oddawania krwi. Tak, to Pana/Pani dobre intencje przyspieszyły decyzję o przyjeździe. Przykro mi, że kosztowało to Pana/Panią stratę czasu, ale niestety nie można oddawać krwi w zbyt krótkich okresach. To może być niebezpieczne dla zdrowia. Będziemy oczekiwać Pana/Pani następnego przyjeździe, następnej wizyty w odpowiednim czasie”.
- Centrum nie może przyjąć krwi Dawcy, bo ma duży zapas tej właśnie grupy krwi. Tu tłumaczymy: „Krwii nie można przechowywać zbyt długo, Centrum prowadzi racjonalną gospodarkę krwią i jej składnikami i dostosowuje ilość pobieranej krwi do rzeczywistych potrzeb, co pozwala na zmniejszenie liczby zniszczonych jednostek krwi. To jest obiektywny, racjonalny powód czasowego ograniczania pobierania krwi, której grupę Pan/Pani ma. Przykro nam, że tak się stało”.

### **Dawca nie spełnia warunków wymaganych do rejestracji**

Dawca nie posiada niezbędnego do rejestracji dokumentu stwierdzającego tożsamość i chce go zastąpić innym dokumentem, np. prawem jazdy. Tu należy wyjaśnić wagę stwierdzenia tożsamości Dawcy. Pewność, kto faktycznie jest Dawcą, pozwala na odszukanie go, gdy to konieczne.

W tej sytuacji stosujemy 4 kroki asertywnej odmowy:

- Pierwszy krok, to docenienie: „Pana/Pani decyzja o oddaniu krwi jest godna najwyższej pochwały i wiemy, że nastawił się Pan/ Pani, by to dzisiaj zrobić”.
- Drugi krok, to wyraźna odmowa: „Przykro mi, ale mimo najlepszych chęci nie możemy jednak Pana/Pani dzisiaj przyjąć”.
- Trzeci krok, to wyjaśnienie przyczyny: „Dokument stwierdzający tożsamość jest niezbędnie wymagany i ma to głębokie uzasadnienie proceduralne”.
- Czwarty krok, to rozwiązanie: „Jeśli Pan jeszcze dzisiaj z nim wróci, to możemy wtedy oczywiście dokonać rejestracji. Jeśli nie, to serdecznie zapraszamy w najbliższym możliwym terminie, bo bardzo cenimy Pana/Pani decyzję o oddaniu krwi”.

### **Chwilowe zakłócenia czasowe w procesie przyjmowania Dawców**

- Kolejka spowodowana dużym napływem Dawców wydłuża czas oczekiwania. Należy przeprosić, zasugerować sposób spędzenia czasu i podać orientacyjny czas rozładowania kolejki: „Szanowni Państwo, przepraszamy za opóźnienie, ale w dniu dzisiejszym ilość osób chcących oddać krew przeszła nasze najsmielsze oczekiwania. Zachęcamy do lektury materiałów informacyjnych i prasy w miejscu oczekiwania. Czas oczekiwania oceniamy na około ... minut”.
- Awaria systemu informatycznego powoduje konieczność prowadzenia dokumentacji papierowej, co ma bezpośrednie przełożenie na czas wizyty w Centrum: „Szanowni Państwo prosimy o chwilę cierpliwości, technologia czasem zawodzi, staramy się o jak najszybsze usunięcie tej awarii, będziemy Państwa na bieżąco o tym informować. W tej chwili przewidywane opóźnienie wynosi ... minut”.

W tej samej scenie Dawca **otrzymuje kwestionariusz**, wypełnia go siedząc wygodnie w przewidzianym do tego miejscu, które powinno zapewniać prywatność. Ludzie z reguły nie są nawykli do wypełniania formularzy i często konieczność zrobienia tego budzi obawy przed popełnieniem pomyłek i ewentualnych skreśleń. Warto wyrazić gotowość do ewentualnej pomocy: „W razie jakichkolwiek trudności proszę pytać. Po to tu jestem, by pomóc” oraz wspomóc komunikat słowny życzliwym spojrzeniem.

Kwestionariusz zawiera bardzo wiele intymnych pytań, co może budzić pewien opór u osoby wypełniającej. W razie zgłaszania takich zastrzeżeń trzeba zastosować **następujące wyjaśnienie:**

**Forma kwestionariusza jest obowiązująca dla wszystkich i dokładne jego wypełnienie jest bardzo ważne.** *Zdajemy sobie sprawę, że pytania są bardzo szczegółowe i wkraczają w najbardziej intymne sfery życia, ale jest to najskuteczniejszy sposób, żeby ograniczyć ryzyko związane z pobraniem krwi i przetoczeniem jej biorcy. Należy pamiętać, że istnieje pewien okres czasu, od momentu zakażenia do chwili, kiedy zakażenie będzie mogło zostać wykryte dostępnymi metodami i testami. Ryzyko związane z tym faktem, może zostać wyeliminowane tylko przez dokładne i zgodne z prawdą wypełnienie kwestionariusza. Wszystkie udzielone informacje podlegają ochronie danych osobowych i stanowią tajemnicę lekarską. Proszę mieć na uwadze to, że oddawaną przez Pana/Panią krew podajemy osobom ciężko chorym, w tym małym dzieciom. Cenny dar krwi nie może stawać się zagrożeniem. Prosimy Pana/Panią o zrozumienie wagi tej sytuacji.*

Jeśli chodzi o dotrzymywanie deklarowanego obowiązku stawiania się na wezwanie Centrum, to trzeba podkreślić jego znaczenie dla bezpieczeństwa Dawcy:

*Prosimy o nielekceważenie tego zobowiązania. Wezwanie takie związane jest zawsze z ważną informacją o Pana/ Pani zdrowiu, które może być zagrożone. Stawienie się w Centrum zapewni otrzymanie cennych wskazówek, co należy zrobić w takiej sytuacji.*

Podsumowanie wizyty:

W recepcji (rejestracji) Dawca powinien otrzymać informację (zapisaną na karteczce bądź wysłaną elektroniczną, np. w postaci smsa) z datą oddania krwi lub jej składników, długością przerwy i przypomnieniem o konieczności stawiania się na ewentualne wezwanie Centrum, a także radę, by przed wybraniem się na kolejną wizytę sprawdzić zapotrzebowanie na posiadaną grupę krwi. O takie udogodnienie powinna zadbać kadra zarządzająca.

### **Scena III. Badania kwalifikujące do pobrania krwi (przedmiotowe)**

Następnym miejscem, jakie odwiedza Dawca jest pracownia analityczna, w której pobierane są do badania próbki krwi. I choć sytuacja może wydawać się banalna, to jednak nie bagatelizujemy przeżyć, jakie mogą stać się udziałem Dawcy na tym etapie postępowania.

Po pierwsze, w tym momencie może wystąpić niepokój związany z wszelkimi badaniami, wynikający z obaw: „co się okaże”. Po drugie, narażeni jesteśmy na pewien dyskomfort, bo ktoś dotyka naszego ciała, ingeruje w nie (na dodatek igłą), co w naturalny sposób wywołuje reakcje obronne. Z psychologicznego punktu widzenia dochodzi też do naruszenia stref, jakie każdy z nas roztacza wokół swojego ciała – przekroczenie tych granic i bezpiecznego dystansu, do jakiego przywykliśmy jest zawsze niemile, bo zakłóca w pewien sposób naszą autonomię i poczucie bezpieczeństwa. Mówiąc obrazowo, ktoś przekracza płótek, który każdy z nas ustawia wokół siebie. Badania



akceptacji fizycznej bliskości innych ludzi pokazują, jak niezwykle silnie reagujemy na burzenie naszych preferencji w tym względzie.

W takich okolicznościach ważne jest, żeby Dawca czuł, że to on samodzielnie decyduje i wyraża zgodę na podejmowanie wobec niego pewnych czynności. Czyni to oczywiście po zapowiedzi, jakie to będą działania, i po potwierdzeniu, że są w tym momencie celowe i potrzebne. Dlatego zawsze konieczne jest uprzedzenie badanego o planowanych czynnościach: ***Będę za chwilę pobierać próbkę krwi, proszę usiąść, spokojnie się przygotować i dać mi znać, kiedy mogę zacząć. To będzie szybkie, jednorazowe uklucie, cienką, bardzo ostrą igłą, poczuje Pan/Pani tylko krótkie uklucie itd...***

Potrzebna jest rozmowa informująca w sposób spokojny i naturalny, jakie czynności będą wykonywane i zapewnienie o posiadanych kompetencjach i doświadczeniu, co wyraźnie zmniejsza obawy. Dawca czuje się podmiotem, gdy używa swojego ciała dopiero po uzyskaniu odpowiednich informacji i po zaakceptowaniu proponowanych działań – taki tryb postępowania pozwala mu zachować poczucie kontroli nad sytuacją, w jakiej się znajduje.

Pobranie krwi do badań zawsze powinno kończyć się **podziękowaniem skierowanym do Dawcy**, który dzielnie zniósł różne niedogodności (bo tak to może ze swego punktu widzenia oceniać). I choć dla pracownika publicznej służby krwi takie postępowanie przy rutynowych procedurach medycznych może się wydawać mało ważne, to jednak z perspektywy Dawcy ma to bardzo duże znaczenie.

#### **Scena IV. Czekanie na wyniki badań**

W ocenie Dawców często jest to nadmiernie przedłużający się etap, który znoszą z pewną niecierpliwością. Przyczynia się do tego stan niepewności, jakie będą wyniki, czy nie pokażą czegoś, co uniemożliwi oddanie krwi, bądź też w ogóle wskażą na problemy zdrowotne.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi też może być źródłem pewnego niepokoju. W chwilach napięcia, które zawsze towarzyszy takim sytuacjom, ciśnienie krwi może być nieco wyższe niż zwykle. Profesjonalista zna te prawidłowości i może uspokoić badanego, że nie ma powodu do istotnych obaw.

W tym momencie Dawca jest pozostawiony w pewnej pustce, sam ze sobą, bez wyraźnego zajęcia, zdany na wyczekiwanie. Ma poczucie, że jego czas jest cenny, a możliwości Centrum są niewystarczające. Być może możliwe jest zwiększenie przepustowości Centrum, ale – jeśli nie – to trzeba poszukiwać innego rozwiązania, np. zaproponować film, którego oglądanie można w każdej chwili przerwać, poczęstunek kawą lub herbatą. Podawanie na bieżąco zmniejszającego się czasu oczekiwania też odnosi pewien skutek, bo pozwala choć na trochę uzyskać poznawczą kontrolę nad sytuacją: *Przykro nam, ale ze względu na dużą liczbę Dawców, czas oczekiwania na wyniki wynosi około 2 godzin. Prosimy skorzystać z możliwości oglądania filmu ...* Także wystrój wnętrza, ułatwiający prowadzenie wzajemnych rozmów przez oczekujących, również poprawia komfort czekania.

Niezależnie od wszystkiego, pojawianie się od czasu do czasu członka personelu, który pyta: ***Czy wszystko w porządku? Czy mogę Państwu w czymś pomóc?*** świadczy o trosce i poprawia samopoczucie.

Można także rozważyć zawieszenie tablicy komunikacyjnej, na której można byłoby zamieszczać komunikaty Dawców kierowane do Centrum, np. w formie kartek przypinanych pineskami do korkowej tablicy. Umożliwiłoby to Dawcom pisemne wypowiedzenie się w istotnych dla nich sprawach i czyniłoby ich aktywnymi gośćmi budynku, a przekazane uwagi byłyby z pewnością cennym materiałem do analizy.



## Scena V. Informacja o wynikach badań

W kolejnej scenie Dawca krwi wchodzi do gabinetu, gdzie lekarz lub pielęgniarka przeprowadza badanie kwalifikacyjne, w trakcie którego weryfikuje również wypełniony przez Dawcę kwestionariusz. Osoba kwalifikująca, dysponując wynikami badań przedmiotowych przeprowadza wywiad medyczny, bada Dawcę, po czym przekazuje informację o dalszym postępowaniu.

W wypowiedziach Krwiodawców moment ten porównywany jest do chwili wydawania wyroku w sądzie. To pokazuje, jak silnym przeżyciem jest lęk przed ewentualnym wykluczeniem z dalszego procesu, które mogłoby wywołać poczucie bycia gorszym, nieprzydatnym, odrzuconym, ze swego rodzaju wybrakowaniem. Człowiek, który z byciem Dawcą wiązał określoną, ważną dla niego motywację, nagle zostaje pozbawiony możliwości jej realizacji. Motywy te, jak pokazały badania, to: chęć urzeczywistnienia i zaspokojenia potrzeby prospołeczności, dawania czegoś innym i ratowania ich, możliwość wyjścia z biernego tłumu osób, którym jest wszystko jedno, włączenie się w grupę tych, którzy chcą zmieniać świat i walczyć z cierpieniem, a nierzadko także pragnienie podtrzymania tradycji rodzinnych. Nie bez znaczenia jest też chęć uzyskania lepszego wizerunku społecznego, jak i wzmocnienie korzystnej samooceny, co w świetle wiedzy psychologicznej jest jedną z najsilniejszych tendencji znajdujących wyraz w zachowaniu człowieka.

Tak więc decyzja o tym, czy dana osoba chcąca być Dawcą będzie mogła oddać krew, dotyka podstawowych, bazowych potrzeb wpływających na jej dobrostan. Dlatego postępowanie osoby kwalifikującej wymaga w tej sytuacji delikatności, taktu oraz zrozumienia emocji i stanów poznawczych, których doznaje stojący przed nią człowiek. Nie można emocji, wahań i rozterek bagatelizować i uważać za efekt nadmiernej wrażliwości.

Sytuacja otrzymywania odmowy jest bowiem z gruntu – zawsze i dla wszystkich – sytuacją głęboko frustrującą i upokarzającą, niezależnie od okoliczności i obszaru, którego dotyczy. Zawsze uniemożliwia realizację potrzeby, narusza poczucie własnej wartości, uruchamia wizję niesprawiedliwego świata i wyrzuca nas poza margines grupy wybrańców w mroczny stan odrzucenia. Zrozumienie powodów odmowy – zwłaszcza wtedy, gdy jesteśmy przekonani, że chcieliśmy przecież służyć innym, a więc ewidentnie nieść dobro, a jednak unicestwiona została realizacja tej podstawowej dla nas w tej chwili wartości – jest trudne i bolesne. Ale jest to również moment przykry dla osoby odmawiającej.

Przyjrzyjmy się przedstawionej poniżej przykładowej typologii informacji udzielanych Dawcy, a także możliwym do zastosowania sposobom rozmowy. Lekarze podejmują decyzje zgodnie z obowiązującymi zaleceniami i zgodnie z własnym przekonaniem, a do każdego Dawcy należy podejść indywidualnie. Dlatego tak ważne jest odpowiednie i zrozumiałe dla niedosłzłego Dawcy wyjaśnienie odmowy i uczynienie tego w taki sposób, by nie poczuł się skrzywdzony i pozostawiony w niepewności. Dokonuje tego lekarz lub pielęgniarka o właściwych kompetencjach.

## Rozmowy z osobami zdyskwalifikowanymi czasowo

Chodzi tu o to, by nie stracić ich jako Dawców. Jak pokazują doświadczenia Centrów, kobiety wykazują szczególną wrażliwość na dyskwalifikację tymczasową i często tracą ochotę na powrót. Może pewnym sposobem byłoby wydawanie tym osobom specjalnego dokumentu, który upoważniałby je do pewnych przywilejów po powrocie, np. przyjęcie bez kolejki lub dodatkowy drobny bonus, pokazujący docenienie decyzji o powrocie. Zwiększenie szansy odzyskania Dawcy jest warte dodatkowego zachodu. W trakcie rozmowy osoba kwalifikująca powinna podkreślić, jak cenną osobą

jest rozmówca i wyrazić nadzieję, że nie zrezygnuje on ze swej wspaniałej prospołecznej działalności, która go tak korzystnie wyróżnia spośród tłumu obojętnych na dobro człowieka ludzi.

### **Rozmowy z niedoszłymi Dawcami, którzy nie chcą pogodzić się ze stałą dyskwalifikacją**

Są to często osoby, które niedawno przeszły zawał lub leczą się na cukrzycę, ale prowadzą bardzo aktywny tryb życia, np. uprawiają sport, i uważają, że przepisy nie uwzględniają osiągnięć współczesnej medycyny i niesłusznie lokują ich w grupie osób niezdrowych. Tu prawdopodobnie konieczne jest życzliwe uświadomienie Dawcy, że zbyt mało jest badań potwierdzających brak negatywnych konsekwencji oddawania krwi w takich przypadkach i w związku z tym istnieje pewien margines ryzyka. Odmowa, którą dobrze czujący się Dawca odbiera jako krzywdzącą, powinna być połączona z jednej strony z okazaniem mu zrozumienia i szacunku, ale z drugiej – z asertywnym pokazaniem możliwych, trudnych do przewidzenia negatywnych zdarzeń po pobraniu krwi w takich przypadkach. Warto także zaznaczyć, że Dawca musi mieć lepsze wyniki badań, np. hemoglobiny, niż dolne granice normy (o ile miało to miejsce).

### **Odmowy związane ze spożyciem alkoholu**

Osoby, u których został wykryty stan po spożyciu alkoholu tłumaczą, że to przecież nie ma wpływu na jakość oddanej krwi. I tu z zachowaniem wszelkich zasad grzeczności trzeba przekazać wiedzę o ryzyku wystąpienia negatywnych zdarzeń lub niepożądanych reakcji u Dawcy w czasie lub po oddaniu krwi (omdlenia, nudności wymioty, zawroty głowy), na które osoba kwalifikująca nie może go narażać, dopuszczając do pobrania krwi lub jej składników. Przy okazji można podsunąć refleksję dotyczącą walki z możliwym uzależnieniem. Dyskwalifikacja ma w tej sytuacji charakter czasowy.

Jest też wiele innych trudnych rozmów dotyczących wątpliwości Dawcy w słuszność braku zgody lekarza na oddawanie krwi. W niektórych sytuacjach pomocne jest wezwanie mediatora, który swoim autorytetem przekona Dawcę.

#### **Zasada ogólna dotycząca przekazywania odmowy na oddanie krwi**

Osoba chętna do oddawania krwi musi być zawsze, a więc także w sytuacji udzielania jej negatywnej decyzji, otoczona szacunkiem i zrozumieniem widocznym wyraźnie w zachowaniu personelu będącego z nią w kontakcie. Nie może być ignorowana, zbywana i traktowana, niezależnie od okoliczności, w sposób obojętny lub niegrzeczny. **Trzeba poświęcić jej uwagę, na którą – w ramach okazania należytego człowiekowi dobrej woli poważania – z pewnością zastuguje.**

### **Rozmowy dotyczące dyskwalifikacji stałej po przeprowadzeniu dodatkowych badań i wysłaniu zawiadomienia o konieczności zgłoszenia się do Centrum**

**Jest to najtrudniejsza grupa rozmów.** W tej sytuacji osoba kwalifikująca ma dwa ważne zadania: po pierwsze – przekazanie niedobrej informacji o stanie zdrowia, po drugie – wskazanie drogi dalszego postępowania leczniczego. Natomiast Dawca jest w niezwykle trudnej sytuacji. Dotychczas czuł się dobrze, bo inaczej nie podjąłby przecież decyzji o oddaniu krwi, i dlatego wiadomość o zagrożeniu zdrowotnym, o jakim się dowiaduje, jest niespodziewana, co potęguje lęk. Nie tylko może nigdy nie będzie już Dawcą, co samo w sobie jest frustrujące, ale jego dobrostan zostaje poważnie naruszony, czasem bezpowrotnie. W czasie rozmowy obie osoby powinny wygodnie usiąść, w spokojnej atmosferze, bez znamion pośpiechu (z pewnością potrzebne jest przygotowanie szklanki wody).

Wyróżnić można cztery etapy rozmowy:

1. Część przygotowawcza.

Lekarz wstaje i podchodzi do wchodzącego rozmówcy, wita się podając mu rękę i zaprasza do zajęcia wskazanego miejsca. Spokojnym głosem zapowiada konieczność poważnej rozmowy.

2. Część informująca o wynikach badań.

Na przykład: „Otrzymaliśmy wyniki pańskich badań, które wskazują, że Pana stan zdrowia wywołuje pewne zaniepokojenie, co pewnie jest dla Pana wiadomością zaskakującą. Uzyskanie takiej wiedzy jest oczywiście trudne do przyjęcia, ale pozwala szybko zareagować i podjąć leczenie. Na podstawie posiadanych wyników badań medycznych mogę powiedzieć, że stwierdzono u Pana ... (i tu pada nazwa zakażenia czy też choroby), co oznacza, że ... (tu bliższe wyjaśnienie przypadłości i jej konsekwencji zdrowotnych). Należy też dodać uspokajające informacje, przykładowo: „Odpowiednie leczenie pozwala z (chorobą, wirusem, czy też zaburzeniem) żyć w dobrym samopoczuciu, tylko trzeba ściśle przestrzegać określonych zasad”.

3. Wskazanie dalszego postępowania.

Konieczne jest zalecenie dalszych badań, opisanie postępowania w kwestii własnego zdrowia, a także wskazanie możliwych konsekwencji dla zdrowia osób z bliskiego otoczenia. Trzeba także udzielić informacji o placówkach, w których można i należy rozpocząć leczenie, a także zmotywować chorego do szybkiego podjęcia leczenia.

4. Podsumowanie rozmowy.

*W tej sytuacji z przykrością muszę poinformować o czasowej/stałej dyskwalifikacji do oddawania krwi, która byłaby niestety szkodliwa dla biorców. Rozumiem, że ma Pan/Pani silną i szlachetną motywację prospołeczną, ale oddawanie krwi nie jest w tej sytuacji możliwe. Równocześnie proszę o zastosowanie się do wskazanych tu kroków postępowania w sprawie dalszego leczenia. Proszę też o podpisanie odbioru wyników badań. Życzę powodzenia i wytrwałości w leczeniu choroby.*

### Scena VI. Punkt centralny – miejsce pobierania krwi

Osoby, które tu dotarły są najczęściej zadowolone z pozytywnego przejścia całej – prowadzącej do tego najważniejszego punktu – drogi. Tu osiągają swój cel. Mają więc poczucie pewnego sukcesu. Poprzednie czynności bywają odbierane jako swojego rodzaju marnowanie czasu przed aktem, który dopiero tu się odbywa. Wykwalifikowany personel też powinien z radością przyjmować nowego Krwiodawcę gotowego do poddania się ich działaniu, czemu najczęściej daje wyraz w zachowaniu. Dobrze, by witanie pozytywnym komunikatem stało się trwałym zwyczajem, na przykład: *Cieszymy się, że szczęśliwie dotarł Pan do nas, lub: Widzę, że wszystko poszło pomyślnie. Czekałismy na Pana.*

Tu, w przypadku pierwszej wizyty, potrzebna jest rzeczowa, pogodnie podawana informacja o planowanym zabiegu i procedurach, a także opiekuńcza, pełna szacunku postawa, wyrażana poprzez pytanie i realizowanie potrzeb Dawcy. Wszystko to służy stworzeniu atmosfery bezpieczeństwa. **Przez cały czas pobytu osoby w tym pomieszczeniu, konieczna jest dbałość o komfort fizyczny (czy nie za zimno, czy nie jest spragniony, czy jest wygodnie) i psychiczny – wyrażana w podchodzeniu do niej co pewien czas, interesowaniu się jej stanem, obdarzaniu życzliwością.**

Po zakończeniu oddawania krwi (lub jej składników) osoba zajmująca się Dawcą pyta go o samopoczucie. Jeśli ten nie czuje się dobrze, zostaje dalej pod opieką w tej samej sali. Jeśli wszystko jest w porządku, osobie opuszczającej salę pobrań należą się **podziękowania i serdeczne zaproszenie na następne spotkanie.** Tutaj także zaleca się jej, żeby po wyjściu z sali pobrań jeszcze przez chwilę odpoczęła.

### Scena VII. Odpoczynek po oddaniu krwi

Miejsce, w którym osoba oddająca krew ma odpocząć po zabiegu, powinno być spokojne, zaciszne, stwarzające możliwość relaksu, przeznaczone tylko dla tych, którzy oddali krew lub jej składniki. I takich miejsc najczęściej w Centrach brakuje, a jest ono bardzo potrzebne z wielu względów. Po pierwsze, musi faktycznie zapewniać komfortowy odpoczynek, bo ten jest potrzebny i należy wychodzącemu. Korytarz koło recepcji (rejestracji) czy też sali pobrań, nie spełnia takich warunków. Po drugie, stwarza szansę na spotkanie innych Dawców, spokojną rozmowę dającą poczucie więzi z podobnymi sobie, co jest bardzo ważne dla poczucia przynależności do tej dużej, wspaniałej rodziny, z uczestnictwa w której Dawcy są dumni. Tu można też wręczać im posiłek regeneracyjny (czekoladę), a także – co miałyby charakter pewnego uhonorowania i rytuału pożegnalnego – jakiś estetyczny bilecik czy kartonik ze zwięźle sformułowanym podziękowaniem i zaproszeniem na następną wizytę. O potrzebie takiego spokojnego miejsca relaksu mówili także sami Dawcy, którzy po wyjściu z pokoju pobrań często nie znajdują miejsca, gdzie mogliby się poczuć „jak u siebie”.

### Scena VIII. Klamra zamykająca pobyt w Centrum Krwiodawstwa

Ostatnim etapem pobytu w Centrum jest załatwianie formalności związanych ze zwrotem pieniędzy za przejazd i przynależnych zwolnień z pracy. Odbywa się to najczęściej w pobliżu recepcji (rejestracji). **Tutaj, wychodzący już Dawca krwi, powinien być – podobnie jak przy wejściu – serdecznie traktowany. Musi czuć, że jest nadal dla wszystkich ważny i otoczony wdzięcznością. Warto też zapytać, czy nie trzeba mu jeszcze w czymś pomóc.** Negatywnym odczuciem jest stan określany jako nagła zbędność, i poczucie, że zrobiłeś co należy i teraz nie ma już tu dla Ciebie miejsca. Odchodzący Krwiodawca to nasz dobroczyńca i tak powinien się czuć do końca pobytu w Centrum.

Recepcja (rejestracja), kasa i szatnia to ostatnie miejsca odwiedzane przez Dawcę. Miłe formułki pożegnalne mogą być podsuwane personelowi oraz powinny być omawiane już przy zatrudnianiu i ustalaniu jego warunków, w których przewidziane są warsztaty szkolące umiejętności potrzebne w pracy z ludźmi.. Parę propozycji: „Bardzo dziękujemy za wizytę i do następnego spotkania”, „Dziękujemy za oddanie krwi i życzymy powodzenia”, „Miło było Pana/Panią gościć u nas, z wdzięcznością żegnamy się do następnego spotkania”.

## Komunikowanie jako proces kształtujący dobre relacje między ludźmi

Komunikowanie jest sztuką. Rządzi się jednak pewnymi twardymi prawami, których poznanie ułatwia życie i pracę z ludźmi. Spróbujmy je poznać i stosować w różnych życiowych sytuacjach. *Pozwoli to nam uniknąć błędów i zdobywać życzliwość innych.*

### Podstawowe prawidłowości komunikowania się

- *Znaczenie komunikacji niewerbalnej*  
Podczas rozmowy tylko 35% informacji przekazywanych jest werbalnie, a niewerbalnie aż 65%. Komunikacja niewerbalna jest wieloznaczna. Dodatkowym utrudnieniem w komunikacji może być niezgodność między komunikatami słownymi, wyrażanymi często z obowiązku (np. „W czym mogę pomóc? Cieszę się, że Panią/Pana widzę”), i komunikatami wyrażanymi niewerbalnie (sposób spojrzenia, mimika twarzy).

Łatwiej panujemy nad komunikatami werbalnymi, bo najczęściej stosujemy je świadomie, a często też przygotowujemy to, co chcemy powiedzieć. Inaczej jest z komunikacją niewerbalną, rzadko o niej myślimy, stosujemy ją nieświadomie, spontanicznie i ona zdradza nasze prawdziwe emocje, a jest przy tym tak złożona, że trudno nad nią zapanować. Komunikacja niewerbalna wyraża się przez:

- Wyraz twarzy i żywą mimikę, np. uśmiechanie się, marszczenie brwi
- Ruchy ciała – sposób, w jaki chodzimy, siedzimy, stoimy
- Gestykulację
- Nasz wygląd ogólny – twarz, włosy, ciało, odzież, styl ubioru, męskość/kobiecość, makijaż, ozdoby, rekwizyty, zadbanie
- Odległość, jaką utrzymujemy od kogoś
- Ton głosu, sposób i tempo mówienia
- Dotyk

Wszystkie te elementy są natychmiastowo odbierane przez osobę, z którą jesteśmy w kontakcie i informują ją, jakie odczuwamy wobec niej emocje, co o niej myślimy i jak ją traktujemy.

### Triada komunikacyjna

Szczególnie ważna jest tu niewerbalna **triada komunikacyjna**, na którą składa się **wyraz oczu, ust i dotyk**, czyli najczęściej sposób podania ręki. Kobiety rzadko ją podają, ale miłym uściskiem dłoni przekazującym ciepło emocjonalne i serdeczność można wiele zyskać, więc warto to robić.

#### Zalecenie:

**W wyrazie oczu powinno być zawarte życzliwe zainteresowanie drugą osobą i nieprzypadkowość spojrzenia, czyli zatrzymanie na chwilę kontaktu wzrokowego (jakże inne od byle jak rzuconego spojrzenia). Łączymy to z uśmiechem.**

#### ● Pierwszy kontakt

To wszystko nabiera szczególnego znaczenia przy pierwszym spotkaniu, które zostawia niezatarty ślad w umyśle naszego rozmówcy (tak jak pierwszy ślad na świeżym śniegu). **Ten pierwszy kontakt** ma znaczenie ewolucyjne – w trakcie rozwoju naszego gatunku trzeba było często podejmować na jego podstawie natychmiastowe decyzje o dalszym działaniu: zbliżenie się, ucieczka lub walka. I ten schemat reagowania ludzi jest realizowany także współcześnie. Pierwszy kontakt często staje się ostatnim, gdy złe wrażenie, jakie zrobiliśmy, zniechęca do dalszych prób.

**Do pierwszego kontaktu należy się jak najlepiej przygotować. Najlepiej wzbudzić w sobie zainteresowanie osobą, którą mamy wkrótce spotkać- zacząć dobrze o niej myśleć i przygotować życzliwe spojrzenie. To człowiek, który przybywa do Centrum ze szczerym zamiarem oddania krwi i z pewnością nie sie w sobie coś interesującego i, co więcej, może potrzebować Twojej pomocy.**

#### ● Efekt bodźców wysłanych

Ważne spotkania z ludźmi wymagają od nas koncentracji i skupienia uwagi, by przekaz, który wysyłamy do nich, miał pozytywny charakter i nie zniechęcał ich do nas. Tym bardziej, że **efekt bodźców wysłanych** pokazuje, że nasze zachowanie wobec innych do nas wraca, tzn. druga osoba odpowiada nam w podobny sposób: uśmiech wywołuje uśmiech, niechęć rodzi niechęć. Jak w ludowym przysłowiu: „Jak Kuba bogu, tak bóg Kubie”.

- **Rola obrazu odbiorcy w umyśle nadawcy**

To, co wysyłamy do drugiej osoby, zależy w dużej mierze od tego, co o niej myślimy, jak ją oceniamy, jakie żywimy wobec niej uczucia i nadzieje. Dzieje się tak dlatego, że zdradza nas właśnie komunikacja niewerbalna. Inaczej patrzę na osobę, którą uważam za interesującą, inaczej na taką, którą uważam za nudziarza. Podziw i szacunek, ale również pogarda czy niechęć wypływa z nas każdym kanałem komunikacji niewerbalnej. Moje myśli i emocje znajdują odruchowo swój wyraz w zachowaniu i jeśli o kims źle myślę, to jest to natychmiast odbierane. Jeśli osoba dostrzega, że uważam ją za nudną i nieciekawą, to fakt ten odbiera jej wiarę w swoje możliwości i jej reakcje w relacji ze mną będą równie nudne i nieciekawe. Jej zachowanie staje się zgodne z tym, co ja rzeczywiście o niej myślę. Na tej właśnie zasadzie w eksperymencie psychologicznym uczniowie przedstawieni nauczycielom jako zdolni czynili postępy, a wskazani jako niezdolni niestety nie, ponieważ nauczyciele motywowali do nauki tylko tych pierwszych. W ten sposób myśli nauczycieli, ujawniając się w ich zachowaniu, stworzyły zgodną z nimi rzeczywistość. **Prawidłowość taka nazywana jest samosprawdzającą się przepowiednią.**

Wskazane powyżej prawidłowości wyjaśniają, jak to się dzieje, że nasze myśli o innych ludziach i zachowania kierowane do nich, często wracają do nas rykoszetem, czyli w efekcie sami jesteśmy w dużej mierze autorami tego, co spotyka nas ze strony innych. Warto o tym pamiętać. Jeśli jesteśmy pełni wiary w otaczających nas ludzi, dobrze o nich myślimy i to pokazujemy, to zwiększamy szanse na dobre relacje z nimi.

**Staraj się myśleć dobrze o ludziach. To uruchamia życzliwe zachowanie. Każdy ma w sobie coś dobrego, tylko trzeba umieć to dostrzec.**

- **Słuchanie**

Jest to niezwykle ważna umiejętność komunikacyjna. Około 50% czasu przeznaczonego na porozumiewanie się zajmuje słuchanie, a w każdym razie tyle powinno zajmować miejsca w dobrej komunikacji, bo wygłaszanie monologów bez słuchania rozmówcy komunikacją nie jest. Słuchanie pozwala zrozumieć jego potrzeby i oczekiwania, a także okazać rozmówcy zainteresowanie. Ludzie umiejący słuchać są bardziej lubiani. Jest ono trudne, bo wymaga skupienia i umiejętności koncentracji na drugiej osobie. Z reguły jesteśmy zbyt zajęci sobą, by to czynić, jednak gdy zaczynamy uważnie słuchać, inni stają się ciekawsi, a my zyskujemy w ich oczach. Każdy chce być wysłuchany. Ignorowanie mówiącego świadczy o braku szacunku, gdyż pokazujemy mu w ten sposób, że nie zasłużył na uwagę.

### **Pułapki i błędy komunikacyjne**

- **Złudzenie lustra**

Gdy wychodzimy ku innym ludziom, mamy poczucie, że wiemy, co oni widzą, gdy na nas patrzą, bo przecież stosunkowo niedawno oglądaliśmy siebie w lustrze. Zapominamy jednak, że patrząc na swoje odbicie w lustrze często uśmiechamy się do siebie i przyjmujemy miły, lub co najmniej neutralny, wyraz twarzy. Nie zdajemy więc sobie sprawy, że bez lustra wyglądamy inaczej. Napotkani ludzie mogą więc widzieć zmęczoną, zniechęconą lub napiętą twarz, podczas gdy w naszej pamięci pozostaje ciągle ta przyjazna twarz z lustra.



**Staraj się, by Twoja twarz wyrażała spokój, pogodę ducha i życzliwość dla spotykanych ludzi. Bardzo pomaga w tym uśmiech.**

- **Nieuwzględniana nieuchronność i permanentność komunikowania się**

Komunikujemy się z innymi nie tylko wtedy, gdy jesteśmy z nimi w bezpośrednim kontakcie. Inni ludzie widzą nas i obserwują w wielu sytuacjach, gdy patrzą na nas z boku, co często uchodzi naszej uwadze. Sposób kontaktowania się ze współpracownikami, niegrzeczne zachowanie czy grymas mogą zostać dostrzeżone i potraktowane jako stały element naszego sposobu bycia. Także wtedy, gdy jesteśmy nieobecni lub spóźnieni, komunikujemy innym swoją nieobowiązkowość lub brak szacunku dla oczekujących osób. Pamiętajmy, że zawsze i stale naszym zachowaniem przekazujemy różne komunikaty, chociaż często wcale nie jest to zamierzone. Nawet śpiąc dajemy otoczeniu znać, że jesteśmy zmęczeni, znudzeni, lub też pragniemy wyłączenia z obecnej sytuacji.

- **Błędy postawy przyjmowanej wobec osób z otoczenia**

Przyjęcie **postawy wyższości** – czyli bycia ponad innymi – sprawia, że patrząc z góry nikogo, tam w dole, nie dostrzegamy wyraźnie, bo z tej perspektywy wszystko wydaje się nam małe, niewiele warte i niegodne uwagi. Zostajemy sami w tej wieży wyższości. Postawa „nad” odcina nas od rzeczywistości. **Postawa niższości**, ustawiająca nas „pod” innymi, paraliżuje i ogranicza nasze możliwości. Korzystna jest natomiast postawa „do”, która jako równoległa, otwiera szerokie możliwości współdziałania.

**Przyjmowanie postawy sędziego** zazwyczaj zniechęca, krzywdzi innych i początkowo przeraża. Z czasem przyznawanie sobie prawa do osądzania staje się też nieco śmieszne. Stałe krytyczne uwagi i pouczenia stają się nieskuteczne i powodują tylko, że ludzie chcą jak najszybciej wycofać się z przykrego kontaktu i będą go unikać na przyszłość.

**Błąd maski**, jaką czasem obronnie nakładamy, tworzy barierę i budzi niepokój otoczenia, bo maska kłamie. Zachowywanie kamiennej twarzy i brak informacji zwrotnej w sytuacji, gdy ktoś jest od nas zależny, o coś pyta lub prosi, tworzy sytuację, w której ten ktoś czuje się odrzucony i zagubiony.

**Nie dzielimy spotykanych ludzi na gorszych i lepszych. Traktujemy wszystkich z podobnym szacunkiem i życzliwością. I starajmy się im to okazywać.**

- **Cztery płaszczyzny komunikatu, które umykają uwadze**

Dużo nieporozumień wynika z faktu, że nie zdajemy sobie sprawy, że ten sam komunikat może być, i często jest, odbierany na czterech poziomach:

1. Pierwszy poziom jest **rzeczowy** – np. gdy ktoś siedzący w poczekalni stwierdza: „Och, jak tu duszno” i powtarza to dwa razy, a jedyna siedząca obok osoba to słyszy.
2. I tu pojawia się u słuchającej osoby drugi poziom odbioru komunikatu – słyszy w nim skierowany do niej **apel** (choć nie został on wypowiedziany): „Otwórz okno”.
3. Równocześnie uruchamia się u niej **poziom odbioru intencji**, w którym odczytywane są uczucia nadawcy – słuchająca osoba zastanawia się: „Jest jej duszno i uważa, że to ja powinnam otworzyć to okno, wyraźnie zleca to mnie i powtarzając dwa razy wytyka mi, że jestem nieuczynna, wręcz niegrzeczna, jest na mnie jakoś zła”.
4. I wtedy, na czwartym poziomie, zaczyna działać u niej **płaszczyzna relacji**, na której ocenia sposób w jaki jest traktowana przez nadawcę komunikatu: „Traktuje mnie jakbym była na posyłki, dlaczego tak robi, przecież jest chyba

młodsza ode mnie i nie wygląda na chorą, a w ogóle to w takich przypadkach raczej się prosi niż nakazuje”.

Zobaczmy: osoba mówiąca o duchocie stwierdziła fakt i wcale nie wie, że zostało to odebrane jako apel niesłusznie kierowany do innej osoby z poczekalni, którą taka relacja podrzędności oburzyła.

Często nie zdajemy sobie sprawy, że wysłana przez nas informacja nie jest odbierana jedynie na poziomie rzeczowym, ale także może być rozumiana jako apel o coś, komunikatowi przypisywana jest pewna intencja i to wszystko razem wpływa na obraz wzajemnych stosunków.

Zauważmy, jeden komunikat nadawcy jest rozpatrywany przez odbiorcę na czterech poziomach: oprócz oczywistego poziomu rzeczowego niesie informację o żądaniu (apelu), jaki się za nim zdaniem słuchającego kryje, intencjach i uczuciach jakie odbiera ze strony nadawcy, a także o charakterze całej ich wzajemnej relacji w oczach tegoż odbiorcy. Aż tyle może mieścić się w jednym tylko komunikacie!

### Nieświadoma intonacja

*C'est le ton, qui fait la chanson* – ton czyni piosenkę – mówią Francuzi podkreślając znaczenie tonu głosu, jakim się do siebie nawzajem zwracamy, którego często jesteśmy nieświadomi, chociaż wynika on wprost z intencji i odczuwanych wobec rozmówców emocji. Przedstawiona powyżej sytuacja miałaby prawdopodobnie inny przebieg, gdyby uwaga o dusznym pomieszczeniu została powiedziana tonem delikatnej prośby. Ucho nastawione na intencje i relacje u siedzącej w poczekalni osoby oceniło jednak ton wypowiedzi jako nakazowy i stąd negatywny odbiór komunikatu. Zwracajmy uwagę na ton – on wszystko zmienia, cały sens wypowiedzi. Jeśli mówimy głośno, czy też bardzo szybko, może się zdarzyć, że nasz ton głosu zabrzmiał apodyktycznie. W pewnych zawodach taki rozkazujący ton może się utrwać. Szczególnie wrażliwe w tym względzie są kobiety. Oto typowy dialog:

K: „– Nie mów do mnie takim tonem!”

M: „– Jakim?”

K: „– No właśnie takim!”

Złe samopoczucie nadawcy komunikatów może wpływać negatywnie na wszystkie elementy procesu komunikacji, ale szczególnie silnie przejawia się w tonie głosu, który zmienia się niekorzystnie i ujawnia negatywne emocje. Dlatego w gorsze dni trzeba szczególnie uważać na ton naszych wypowiedzi, by nie stał się chłodny, twardy, nakazowy. Trzeba siebie nagrać, posłuchać i sprawdzić, jakim tonem zwykliśmy mówić. Nasz głos powinien mieć pozytywne i ciepłe brzmienie, a przekazywane komunikaty powinny być w trybie oznajmującym (z unikaniem trybu rozkazującego).

- **Czynniki sytuacyjne utrudniające proces komunikowania**

W trakcie przekazywania ważnych informacji nie powinno być czynników utrudniających skupienie, takich jak hałas, irytujące światło, niepożądana obecność osób trzecich, pośpiech, ruch w pomieszczeniu. Powinno się także unikać komunikowania połączonego z wykonywaniem innych czynności, np. z myciem rąk, patrzeniem w ekran telefonu, pakowaniem torebki czy teczki – zwykle przeceniamy swoją podzielność uwagi. Uwaga jest konieczna w trakcie całego procesu komunikowania. Dlatego nawet po miłych, ale długo trwających spotkaniach z ludźmi, zawsze występuje element zmęczenia wynikający ze stałej koncentracji uwagi, którą staramy się zachować.



- **Błędne założenia**

Błędnie zakładamy, że wszyscy komunikują się tak samo, czyli tak jak my. Jest wiele stylów komunikowania się i nie da się powiedzieć, że któryś jest najlepszy. Dlatego komunikowanie jest sztuką – wyrażamy siebie i możemy to robić na różne sposoby, ale nie może być to styl narzucony i sztuczny. Nasz styl komunikacji musi wyrastać z tego kim jesteśmy, jakimi dysponujemy narzędziami i umiejętnościami, np. czy potrafimy używać ironii lub metafor, czy też kurczowo trzymamy się dosłowności.

**Zapominamy, że nie ma komunikacji bez interpretacji**, która jest „ostatnim bastionem wolności odbiorcy”. Nie zastanawiamy się, jak mógł zrozumieć nasze przesłanie i sposób zachowania. Nie dowierzamy, że parafraza jest koniecznym elementem procesu komunikowania się i nie pytamy się, jak zostały odebrane nasze słowa. Ba, często zachowujemy się jak radio – nie dopuszczamy do dialogu i wymiany myśli. Nie doceniamy znaczenia responsywności (odpowiadania na wypowiedzi nadawcy) warunkującej satysfakcję z kontaktu.

**Uważamy również, że za komunikat odpowiedzialny jest głównie nadawca.**

Tymczasem proces komunikacji interpersonalnej ma charakter transakcyjny. Oznacza to, że każda ze stron interakcji jest zarówno nadawcą, jak i odbiorcą komunikatu. Podczas rozmowy człowiek będący odbiorcą komunikatu od innej osoby, słuchając wysyła sygnały pozawerbalne, którym pierwotny nadawca nadaje znaczenie i interpretuje je – staje się w ten sposób równocześnie i nadawcą, i odbiorcą komunikatu.

- **Niedocenie znaczenia przygotowania do kontaktu.**

**Dobre komunikowanie się wymaga przygotowania i to na różnych poziomach. Przede wszystkim, jeśli pracujemy z ludźmi, to musimy być do tego przygotowani mentalnie, zwłaszcza jeśli jest to praca o charakterze pomocowym (wspierającym proces podstawowy).** Musimy wypracować w sobie pozytywny obraz osób, dla których pracujemy. I to jest bardzo ważne przygotowanie, bo nasze zachowanie będzie wtedy w sposób naturalny życzliwe. Nie trzeba wówczas przełamywać siebie. Sylwetka osoby godnej, ale jednak zdecydowanie potrzebującej naszego wsparcia i uznania to obraz, który wprowadza nas we właściwy obszar kontaktu z odbiorcą.

Musimy kontrolować, **jak chcemy się pokazać przychodzącej do nas osobie.** Jaką przyjmujemy wobec niej rolę i jakie będą tego konsekwencje. Można górnolotnie stwierdzić, że każdy z nas jest grubą, nieprzeczytaną książką. Wiemy, jak wiele jest w niej treści. Ale z reguły oglądamy tylko ich okładki. Musimy się zastanowić, który rozdział chcemy przede wszystkim otworzyć przed naszym gościem wchodzącym na nasz teren i pamiętać, że on też jest niezwykle bogatym, złożonym i godnym zainteresowania obiektem, silnie w tej sytuacji z nami sprzężonym. Czy nie zamierzamy przypadkiem otworzyć przed nim rozdziału swojego tomu pod tytułem „Jest mnie za co uwielbiać”?

Jest jeszcze jeden rodzaj przygotowania do kontaktu, tzw. **bezpośrednie przygotowanie bieżące.** Gdy ktoś wchodzi w nasz obszar kontaktu, musimy być na to wewnętrznie przygotowani, tak aby wchodzący zobaczył w naszych oczach i na naszej twarzy to, co powinien zobaczyć, czyli życzliwe zainteresowanie, a nie przełotną konstatację: „O rany, ale gruby”, albo też: „Rany Julek, jak dziwnie ubrany”.

**Praca z ludźmi jest z pewnością trudna i odpowiedzialna, ale pamiętajmy, że możemy im ofiarowywać dobro – obdarzać ich radością, ciepłem, zadowoleniem i uznaniem. Czyż nie są to atrybuty boskości? Zostawiać w ludziach dobry ślad, to coś wspaiałego i o tym musimy pamiętać.**

## Zalecenia dla osób zarządzających Centrami

- Żeby w Centrum mogła istnieć wspólna, życzliwa atmosfera, personel obsługujący Dawców musi zostać odpowiednio przeszkolony. Stosowanie się do zaleceń, które zostały zamieszczone w tym rozdziale wymaga wielu umiejętności, które muszą zostać warsztatowo przećwiczone. Co więcej, tego typu praca, stale wymagająca okazywania zrozumienia, ciepła, uśmiechu i cierpliwości niezwykle wyczerpuje. Osoby ją wykonujące powinny mieć co pewien czas (najlepiej raz na kwartał) uczestniczyć w prowadzonej przez fachowców superwizji, która pozwala podzielić się problemami związanymi z pracą i poszukać odpowiednich rozwiązań. W codziennym rozkładzie dnia personelu powinny być przewidziane, odpowiednio rozplanowane, krótkie chwile na relaks i odprężenie, którego osiągnięcia też można nauczyć się na warsztatach.
- Dawca po odbyciu wizyty powinien otrzymać informację (w formie przygotowanego bileciku lub karteczki, bądź też elektronicznie, np. sms-em) o dacie odbytej wizyty i czasie trwania następującej po niej przerwy, a także z wyraźną radą, żeby przed następnym przybyciem do Centrum sprawdził, czy jest zapotrzebowanie na posiadaną przez niego grupę krwi. Wymaga to stworzenia odpowiedniego programu informatycznego, który będzie zapobiegał pomyłkom i chronił Dawcę przed niepotrzebnymi wizytami.
- Konieczne jest przygotowanie odpowiednich pomieszczeń w Centrum. Pierwszym z nich jest miejsce, gdzie Dawcy wypełniają kwestionariusz – konieczne jest zapewnienie im miejsca pozwalającego na wypełnianie go na osobności. Także w czasie zbierania wywiadu trzeba zadbać o prywatną przestrzeń dla Dawcy i stworzyć możliwość dyskretnego zadawania pytań i wysłuchania odpowiedzi.
- Osobnym pomieszczeniem powinien być pokój przeznaczony dla osób, które oddały krew, zapewniający możliwość spokojnego wypoczynku przed wyjściem, a także stwarzający okazję do spotkania innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji – ułatwia to tworzenie wzajemnych więzi w społeczności Krwiodawców.
- Ludzie mogą nie oddawać krwi dlatego, że nie zostali o to poproszeni. Warto rozważyć zachęcanie do oddawania krwi poprzez wysyłanie spersonalizowanych zaproszeń lub przez kontakt telefoniczny, a także akcje promocyjne w szkołach, uczelniach, towarzyszące ważnym wydarzeniom społecznym..
- Warto poszukiwać informacji zwrotnych od Dawców, poprzez kontakt bezpośredni lub pośredni, dotyczących ich doświadczeń z bytności w Centrum.

### **Uwaga końcowa – myślimy dobrze o innych, zaufanie i życzliwość są cennym kapitałem społecznym!**

#### **Zawsze pamiętajmy o czterech głównych filarach dobrego kontaktu:**

1. To jak czuje się Dawca w relacji z Tobą zależy od Twojego do niego nastawienia, dlatego:
  - myśl o nim dobrze,
  - pamiętaj, że jest osobą godną szacunku, bo ofiarowuje od siebie coś, co ratuje życie.
2. Wykazuj w kontakcie z nim życzliwe zainteresowanie:
  - uśmiechaj się,
  - patrz w oczy w trakcie rozmowy,
  - zadawaj pytania.
3. Ton głosu zdradza nasze emocje: zadbaj, by brzmiał ciepło i serdecznie.
4. Skupiaj uwagę na potrzebach Dawcy, uważnie go słuchaj i wykazuj gotowość do wszelkiej pomocy.

# Aneksy

## Załącznik 1

**Porozumienie o partnerstwie na rzecz propagowania honorowego krwiodawstwa**  
zawarte ... w ... między

**Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z siedzibą w ...** przy ul. ..., ..., Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ..., którego akta przechowywane są w Sądzie Rejonowym w ..., NIP ... i REGON ..., będącym czynnym podatnikiem podatku VAT, reprezentowanym zgodnie ze sposobem reprezentacji wskazanym w dziale 2 wymienionego Rejestru Stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego przez .....

..... – Dyrektora Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach nazywanym w treści porozumienia „**Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ...**”  
a

**Gminą ... z siedzibą w ...**, NIP ..., REGON ..., reprezentowaną przez .....  
Nazywaną w treści porozumienia „**Gminą**”  
a

**Polskim Czerwonym Krzyżem – ... Oddziałem Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża z siedzibą w ...** przy ul. ..., ..., inną osobą prawną będącą organizacją pożytku publicznego wpisaną do Rejestru Stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000225587, którego akta przechowywane są w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII wydziale gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego, NIP ... i REGON ..., będącym czynnym podatnikiem podatku VAT, reprezentowanym zgodnie ze sposobem reprezentacji wskazanym w dziale 2 wymienionego Rejestru Stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego przez .....

.....  
nazywanym w treści porozumienia „**Polskim Czerwonym Krzyżem**”

Centrum, Gmina i Polski Czerwony Krzyż łącznie nazywani **Partnerami** lub **Stronami**.

### **Preambuła**

W związku ze stałym zapotrzebowaniem na krew i jej składniki Gmina ..., popierając działania publicznej służby krwi, w wykonaniu normy programowej zawartej w art. 3 ust. 2 ustawy z 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi, zobowiązuje się wspierać Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ..., we współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem i klubami honorowych dawców krwi, w zakresie propagowania i rozwijania dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i jej składników oraz stwarzania sprzyjających do tego warunków. Gminie ... przysługuje uprawnienie do postępowania się oznaczeniem „Gmina ... Partnerem Krwiodawstwa”.

### **§ 1.**

#### **Cel porozumienia**

1. Porozumienie określa zasady i warunki partnerstwa między Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ..., Gminą ... i Polskim Czerwonym Krzyżem – ... Oddziałem Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża w celu propagowania honorowego krwiodawstwa.
2. Partnerstwo stanowi wykonanie zadania w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego i opierając się na zasadzie solidarności w żadnym przypadku nie jest źródłem zysku.

3. Partnerzy zobowiązują się propagować zasady honorowego krwiodawstwa obejmujące dobrowolność i bezpłatność krwiodawstwa i anonimowość kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi.

## § 2.

### Warunki partnerstwa

1. Gmina ..., potwierdzając swoje wsparcie na rzecz propagowania honorowego krwiodawstwa, zobowiązuje się do:
- 1) pomocy Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... w organizacji akcji pobierania krwi przez:
    - a) bezpłatne i coroczne udostępnianie pomieszczeń komunalnych na akcje pobierania krwi, zgodnie z potencjalną liczbą dawców krwi, zapewniając, że pomieszczenia te spełniają normy bezpieczeństwa i higieny oraz są odpowiednie do wykonywania czynności związanych z pobieraniem krwi (każdorazowe zatwierdzenie pomieszczeń przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ...),
    - b) bezpłatne udostępnienie sprzętu, w szczególności stołów, krzeseł, barierek, w zależności od dostępności (w porozumieniu z właściwymi służbami technicznymi),
    - c) ułatwianie kandydatom na dawców krwi lub dawcom krwi, pracownikom Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... i wolontariuszom dostępu do miejsc organizacji akcji pobierania krwi i mobilnego punktu pobierania krwi w celu oddania krwi, w miarę możliwości udostępniając bezpłatne miejsca parkingowe;
  - 2) informowania o akcjach pobierania krwi przez:
    - a) zezwolenie na umieszczanie oznakowania informującego o akcjach pobierania krwi, w szczególności banerów i paneli z plakatami, zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i porządku (oznakowanie usuwane po zakończeniu danej akcji pobierania krwi),
    - b) rozmieszczenie plakatów informujących o akcji pobierania krwi na terenach gminnych;
  - 3) informowanie i podnoszenie świadomości na temat krwiodawstwa wśród:
    - a) mieszkańców Gminy przez:
      - zainstalowanie przy wjeździe do miejscowości znaku „Gmina ... Partnerem Krwiodawstwa”, umieszczonego pod znakiem Gminy zgodnie z normami technicznymi przekazanymi przez Gminę,
      - umieszczenie oznaczenia „Gmina ... Partnerem Krwiodawstwa” na stronie internetowej,
      - stworzenie zakładki „Krwiodawstwo” na stronie internetowej Gminy z logo Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... i linkiem do stron internetowych ..., <https://www.gov.pl/web/nck>,
      - zamieszczanie artykułów w gazecie gminnej w porozumieniu z wydziałem komunikacji – przedstawienie informacji o działalności Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ..., wydarzeniach, potrzebach, terminach akcji pobierania krwi,
      - informowanie o planowanych akcjach pobierania krwi za pośrednictwem aplikacji miejskich lub w dokumentach publikowanych przez Gminę,
      - propagowanie krwiodawstwa przez przekazywanie materiałów promocyjnych i prowadzenie stoisk promocyjnych,
      - przekazywanie w ramach ogólnopolskich kampanii społecznych nadzorowanych przez Narodowe Centrum Krwi informacji o organizowanych akcjach pobierania krwi i wezwań do oddawania krwi na stronie internetowej, portalach społecznościowych lub tablicach informacyjnych,
      - bezpłatne udostępnienie miejskich powierzchni reklamowych dla organizowanych imprez takich jak Dni Honorowego Krwiodawstwa i Światowy Dzień Krwiodawcy,
      - zezwolenie na używanie systemów nagłaśniających oraz poruszanie się pojazdów nagłaśniających, zgodnie z przepisami, (samochód, wózek nagłaśniający, rower promocyjny) w przestrzeni publicznej, w celu promocji akcji pobierania krwi;

- b) pracowników samorządowych i instytucji oraz urzędów gminnych przez:
- rozprowadzanie wewnętrznymi kanałami, w szczególności pocztą elektroniczną, za pośrednictwem intranetu lub gazetki zakładowych materiałów przygotowanych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... pod nadzorem Narodowego Centrum Krwi (e-mailing, intranet, gazetka wewnętrzna) informacji o planowanych akcjach krwiodawstwa,
  - ułatwienie organizacji stoisk informacyjnych w celu podniesienia świadomości pracowników przed akcjami pobierania krwi.
2. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... zobowiązuje się do:
- 1) przekazywania z wyprzedzeniem Gminie ... wstępnego harmonogramu akcji pobierania krwi i danych statystycznych dotyczących krwiodawstwa w województwie ..., w celu monitorowania rozwoju sytuacji i optymalizacji działań propagujących honorowe krwiodawstwo;
  - 2) zapewnienia materiałów komunikacyjnych promujących oddawanie krwi, w szczególności w postaci plakatów, banerów, artykułów, ulotek, infografik, filmów, prezentacji;
  - 3) zorganizowania briefingu prasowego w celu sformalizowania partnerstwa objętego zawieranym porozumieniem;
  - 4) informowania o partnerstwie i oznaczeniu „Gmina Partnerem Krwiodawstwa” na portalach społecznościowych i w lokalnych mediach;
  - 5) umieszczenia logo Gminy ... na wizualizacjach wydarzeń i akcji pobierania krwi organizowanych na terenie Gminy.
3. Polski Czerwony Krzyż zobowiązuje się do:
- 1) zachęcania do tworzenia nowych klubów i stowarzyszeń honorowych dawców krwi;
  - 2) wspierania i nagłaśniania wszystkich inicjatyw podejmowanych w ramach partnerstwa wśród klubów i stowarzyszeń honorowych dawców krwi;
  - 3) mobilizowania mieszkańców do oddawania krwi przez prowadzenia akcji informacyjnych w szkołach, uczelniach, liceach, na targach, imprezach obywatelskich, sportowych lub kulturalnych, zdrowotnych;
  - 4) umieszczania logo Partnerów na swoich materiałach informacyjnych i promowanie partnerstwa wśród członków Polskiego Czerwonego Krzyża i opinii publicznej;
  - 5) wspieranie działań podejmowanych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ... na terenie Gminy, przez rozpowszechnianie informacji wśród mieszkańców;
  - 6) współpracy z Centrum w zakresie sprawnego prowadzenia akcji pobierania krwi oraz podnoszenia świadomości o honorowym krwiodawstwie;
  - 7) rozpowszechniania informacji i prowadzenia stoisk o honorowym krwiodawstwie na lokalnych imprezach;
  - 8) organizowania, w porozumieniu z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w ..., wręczenia dyplomów z podziękowaniami dla honorowych dawców krwi.

### § 3.

#### Komunikacja i promocja partnerstwa

1. Strony zobowiązują się, w każdych okolicznościach, nie szkodzić wizerunkowi lub reputacji pozostałych Stron.
2. Strony zobowiązują się do włączenia logo/etykiety stworzonej na tę okazję do swojej komunikacji, zgodnie z niniejszym porozumieniem.

### § 4.

#### Ubezpieczenie

1. Każda ze Stron zapewnia, że posiada ważne polisy ubezpieczeniowe obejmujące wszystkie zobowiązania wynikające z porozumienia.
2. Strony zobowiązują się do udzielania sobie niezbędnej pomocy w przypadku sporów związanych z wykonaniem porozumienia między nimi a osobami trzecimi.

**§ 5.****Wejście w życie porozumienia i okres obowiązywania porozumienia**

1. Porozumienie wchodzi w życie po podpisaniu przez wszystkie Strony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień dotyczących rozwiązania umowy, porozumienie zostaje zawarte na rok, z możliwością czterokrotnego przedłużenia na równoważny okres, przy czym łączny okres jej obowiązywania nie może przekroczyć 5 (pięciu) lat.
3. Odnowienie porozumienia jest milczące. O decyzji o nieprzedłużeniu porozumienia należy powiadomić pozostałe Strony listem poleconym za potwierdzeniem odbioru nie później niż 2 (dwa) miesiące przed datą rocznicy porozumienia.

**§ 8.****Rozwiązanie i wypowiedzenie porozumienia**

1. Porozumienie może być rozwiązane w każdym czasie za porozumieniem Stron.
2. W przypadku niewykonania jednego z obowiązków przewidzianych w warunkach porozumienia przez jedną ze Stron i po bezskutecznym zawiadomieniu wysłanym listem poleconym za potwierdzeniem odbioru, po upływie jednego miesiąca, pozostałe Strony mogą wypowiedzieć umowę bez zachowania terminu wypowiedzenia, bez prawa do odszkodowania.
3. W przypadku siły wyższej, gdy jedna ze Stron nie jest w stanie wypełnić swoich obowiązków, wykonanie porozumienia zostanie zawieszona na podstawie zgody wszystkich Stron. W przypadku przedłużających się przeszkód trwających co najmniej 2 (dwa) miesiące, każda ze Stron może wypowiedzieć umowę bez zachowania terminu wypowiedzenia.
4. Każda decyzja o rozwiązaniu umowy jest przekazywana listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.

**§ 8.****Poufność**

Strony zobowiązują się do przestrzegania i zapewnienia przestrzegania przez ich personel tajemnicy w odniesieniu do każdej informacji, którą mogą poznać lub która może im zostać przekazana w ramach porozumienia, niezależnie od jej charakteru i formy z wyjątkiem przypadków, w których udzielono wyraźnego zezwolenia na jej ujawnienie, oraz z wyjątkiem aktów i dokumentów przeznaczonych do publikacji w zgodności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami.

**§ 8.****Rozstrzygnięcie sporów**

Spory, które mogą powstać w związku z wykonaniem postanowień porozumienia, Strony zobowiązują się rozstrzygnąć polubownie. W razie braku możliwości polubownego załatwienia sporu, Strony skierują spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Gminy.

## Załącznik 2

<b>Historyczne akty prawne dotyczące krwiodawstwa (wybór)</b>
Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 roku o krwiodawcach (Dz. U. 1937 nr 66 poz. 504)
Uchwała Rady Ministrów z dnia 29 września 1948 roku w sprawie zorganizowania doraźnej pomocy leczniczej oraz akcji przetaczania i konserwacji krwi (M.P. z 1948 r. poz. 637)
Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 1949 roku w sprawie zaliczenia stacji konserwacji i przetaczania krwi prowadzonych przez Polski Czerwony Krzyż do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. rok 1949 poz. 359)
Uchwała Prezydium Rządu z dnia 29 listopada 1950 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1950 r. poz. 1612).
Pismo okólne nr 188 Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 grudnia 1951 roku w sprawie zwolnień od pracy krwiodawców (M.P. z 1951 r. poz. 1509)
Uchwała nr 931 Prezydium Rządu z dnia 28 grudnia 1951 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1952 r. poz. 17).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców (Dz. U. 1952 poz. 104)
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1966 r. w sprawie dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy zatrudnionych w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1967 r. poz. 38)
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu obniżania lub cofania dodatkowego wynagrodzenia miesięcznego lekarzom i lekarzom denty stom za pracę w lecznictwie otwartym, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych i w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1967 r. poz. 258)
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 listopada 1968 r. w sprawie dodatkowego wynagradzania pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1968 r. poz. 363)
Uchwała nr 148 Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 1969 roku w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa (M.P. z 1969 r. poz. 276)
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 stycznia 1972 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie dodatkowego wynagrodzenia pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1972 r. poz. 67).
Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1974 roku w sprawie regulaminów pracy oraz zasad usprawiedliwiania nieobecności w pracy i udzielania zwolnień z pracy (Dz. U. 1974, nr 49 poz. 299 ze zm)

### Załącznik nr 3

**Syntetyczny opis wybranych obowiązujących aktów prawnych dotyczących krwiodawstwa i centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa jako jednostek publicznej służby krwi**

Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
System krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce	Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi	<p>Podstawowy akt prawny regulujący:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zasady organizacji i zadania publicznej służby krwi;</li> <li>2. zasady:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. oddawania oraz pobierania krwi i jej składników w celach określonych w ustawie,</li> <li>b. badania i preparatyki pobranej krwi i jej składników,</li> <li>c. zapewnienia jakości pobranej krwi i jej składników,</li> <li>d. czuwania nad bezpieczeństwem krwi i jej składników,</li> <li>e. przechowywania, wydawania, zbywania oraz przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej krwi i jej składników;</li> </ol> </li> <li>3. organizację krwiolecznictwa.</li> </ol>
Warunki pobierania krwi	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi	<p>Podstawowy akt prawny regulujący:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kryteria dopuszczenia dawców krwi do oddawania krwi i jej składników</li> <li>2. kryteria dyskwalifikacji stosowane wobec kandydatów na dawców krwi i dawców krwi</li> <li>3. sposób informowania kandydata na dawcę krwi i dawcy krwi o dyskwalifikacji i jej przyczynie</li> <li>4. wykaz badań kwalifikacyjnych i badań diagnostycznych, którym poddaje się kandydata na dawcę krwi i dawcę krwi</li> <li>5. przeciwwskazania do pobrania krwi i jej składników;</li> <li>6. dopuszczalną ilość oddawanej krwi i jej składników oraz częstotliwość ich oddawania</li> <li>7. szczegółowe warunki dopuszczenia do zabiegu uodpornienia lub innych zabiegów wykonywanych w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych</li> <li>8. zakres informacji, które powinny być przekazane kandydatowi na dawcę krwi i dawcy krwi przed jej oddaniem, w szczególności dotyczących roli krwi w organizmie i jej znaczenia dla pacjenta, procedury pobrania krwi lub jej składników, konieczności przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i wywiadu medycznego, przebiegu pobrania krwi lub jej składników, możliwych następstw dla stanu zdrowia dawcy krwi, możliwości rezygnacji przez dawcę krwi z oddania krwi lub jej składników, możliwego sposobu wykorzystania krwi i jej składników, w tym możliwości ich przetworzenia, umożliwiających wyrażenie zgody na oddanie krwi lub jej składników.</li> </ol>



Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
Przetwarzanie krwi i jej składników w produkty krwiopochodne	Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne	Definicja produktów krwiopochodnych; obrót produktami krwiopochodnymi
Obowiązki kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki	<p>Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi</p> <p>Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry</p> <p>Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</p> <p>Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi</p> <p>Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi</p>	<p>Obowiązki kwalifikujących lekarza lub pielęgniarki, w tym m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. weryfikacja czy kandydat na dawcę krwi lub dawca krwi spełnia wymagania zdrowotne pozwalające na ustalenie, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla ich stanu zdrowia lub stanu zdrowia biorców krwi;</li> <li>2. spełnienie szerokiego zakresowo obowiązku informacyjnego wobec kandydatów na krwiodawców i dawców krwi;</li> <li>3. przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego, w tym wywiadu medycznego;</li> <li>4. prowadzenie dokumentacji medycznej kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi.</li> </ol>
Dokumentacja medyczna, w tym elektroniczna dokumentacja medyczna	<p>Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p>	Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej kandydatów na dawców krwi lub dawców krwi

Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
Wymagania dotyczące pomieszczeń i sprzętu	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi	Określa m.in. szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa
Forma prawna	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	Obowiązki i sposób funkcjonowania centrów krwiodawstwa jako podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
Programy polityki zdrowotnej	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Program polityki zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”
Uprawnienia dawców krwi	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 roku w sprawie recept Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”	Zaopatrzenie w leki Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach

Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
Uprawnienia dawców krwi	Ustawa z 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych	Ulga podatkowa
	Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy	Zwolnienie od pracy oraz zwolnienie od wykonywania czynności służbowych w dniu, w którym oddaje krew, oraz w dniu następnym, a także na czas okresowego badania lekarskiego dawców
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi	Posiłek regeneracyjny
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2017 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi lub jej składników wykonania zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości rekompensaty	Rekompensata za oddanie krwi rzadkich grup
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi	Odznaki i legitymacje dla honorowych dawców krwi
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu	Legitymacja i odznaka Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu

Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
Opłaty za krew	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r.	Określa wysokość opłat za krew i jej składniki wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, obowiązujących w następnym roku kalendarzowym, przy uwzględnieniu rodzajów kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem, a także przy uwzględnieniu średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego
Oznakowanie krwi i jej składników	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników	Określa sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania umożliwiającego identyfikację jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2–4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanych dalej „jednostkami”, dawcy krwi oraz sposób oznaczania krwi i jej składników za pomocą tego oznakowania
System zapewnienia jakości	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników	Określa minimalne wymagania dotyczące systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalne wyniki pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników
Kwalifikacje i staż pracy osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2017 r. w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek	kwalifikacje oraz wymagany staż pracy od osób zatrudnionych przy pobieraniu, badaniu i preparatyce oraz wydawaniu krwi lub jej składników w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2–4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanych dalej „jednostkami”; 2) wykaz stanowisk, w poszczególnych działach i pracowniach jednostek, związanych z pobieraniem, badaniem i preparatyką oraz wydawaniem krwi lub jej składników.
Zamówienia na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę	Określa wzór zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę

Przedmiot	Główny akt prawny/główne akty prawne	Opis
Prowadzenie gospodarki finansowej i rachunkowości	<p>Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych</p> <p>Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych</p> <p>Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości</p>	<p>Prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej i polityki rachunkowości, dokonując wydatków publicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,</li> <li>b. optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów;</li> </ol> </li> <li>2. w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;</li> <li>3. w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.</li> </ol>
Zamówienia publiczne	<p>Ustawa z 11 września 2019 roku</p> <p>Prawo zamówień publicznych</p>	<p>Prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego przestrzegając zasad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców;</li> <li>2. przejrzystości;</li> <li>3. proporcjonalności;</li> <li>4. efektywności ekonomicznej;</li> <li>5. jawności;</li> <li>6. pisemności.</li> </ol>
Ochrona danych osobowych	<p>Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE</p> <p>Ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych</p>	<p>Zapewnienie prywatności kandydatów na dawców krwi dawców krwi oraz poufności, integralności i dostępności danych osobowych tych osób.</p>
Bezpieczeństwo informacji i systemów informatycznych	<p>Rozporządzenie Rady Ministrów z 12 kwietnia 2012 roku w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych</p>	<p>Wymagania dotyczące opracowania, ustanowienia, wdrożenia, eksploataowania, monitorowania, przeglądania, utrzymywania i doskonalenia systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji zapewniającego poufność, dostępność i integralność informacji z uwzględnieniem takich atrybutów, jak autentyczność, rozliczalność, niezaprzeczalność i niezawodność.</p>

**Załącznik 4**

Wniosek o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi –  
Zasłużony dla Zdrowia Narodu”

<b>Wniosek o nadanie odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”<sup>1)</sup></b>	
1.	Imię (imiona):
2.	Nazwisko:
3.	Numer PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość):
4.	Adres zamieszkania:
5.	Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):
6.	Objętość oddanej krwi lub równoważnych ilości jej składników (w przeliczeniu na krew pełną) <sup>2)</sup> :
7.	..... Podpis dawcy krwi / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny dawcy krwi (w zakresie prawdziwości danych osobowych i wyrażenia zgody na wnioskowanie o odznaczenie)
8.	..... Oznaczenie i podpis upoważnionego pracownika centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa
9.	Data, nazwa i adres wnioskodawcy, w tym jego podpis osoby uprawnionej do jego reprezentacji / w przypadku wniosku składanego w formie dokumentu elektronicznego – oznaczenie wnioskodawcy
10.	Data i numer nadania odznaki:
11.	Uwagi:

1) Należy wypełnić pola od 1 do 9.

2) Wypełnia się na podstawie danych, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”

## Bibliografia

1. Albliwi S.A. et al.: Critical literature review on maturity models for business process excellence. IEEE International conference on industrial engineering and engineering management. No. 9-12, 2014, pp. 79-83, DOI: 10.1109/IEEM.2014.7058604
2. Aldamiz-Echevarria C., Aguirre-Garcia M., Analysis and proposal of a donor behavior model applied to development organizations in Spain. Proceedings of the 3rd Annual International Conference on Enterprise Marketing and Globalization; 2013, s. 37-46.
3. Alvarez-Ossorio L., Kirchner H., Klüter H. et al.: Low ferritin levels indicate the need for iron supplementation: strategy to minimize iron-depletion in regular blood donors. *Transfus Med.*, 2000; 10(2): 107-112.
4. Ambassadeurs de crise, Croix-Rouge de Belgique, <https://www.donneurdesang.be/fr/entreprise/ambassadeur>
5. Ambroise L., Prim-Allaz I. & Séville M., Attirer et fidéliser les donneurs de sang. <https://shs.hal.science/halshs-00519515v1/document>
6. Amrein K., Valentin A., Lanzer G., et al.: Adverse event and safety issues in blood donation a comprehensive review. *Blood Rev* 2012, 26, 30-42.
7. Avancées digitales et relations donneurs: un grand bond pour innovadon, Rapport d'activité 2021, Établissement Français du Sang, Rapport d'activité\_EFS\_2021\_WEB.pdf (sante.fr)
8. Bail J., Meneses K., Demark-Wahnefried W.: Nutritional status and diet in cancer prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 2016; 32 (3): 206-214.
9. Banasik K., Dokumenty stwierdzające tożsamość, Prokuratura i Prawo nr 6/2018, <https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/numer-6-2018>.
10. Basiak-Rasała A., Róžańska D., Zatońska K.: Food groups in dietary prevention of type 2 diabetes. *Rocz. Panstw. Zakł. Hig.*, 2019; 70(4): 347-357.
11. Bieńkowska D., Medycyna defensywna a kryzys odpowiedzialności lekarskiej. Analiza zjawiska na przykładzie systemu ochrony zdrowia w USA, [w:] Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb, Warszawa 2018, s. 204.
12. Bitkowska A., Od klasycznego do zintegrowanego zarządzania procesowego. Wydawnictwo C.H. Beck, 2019, Warszawa.
13. Boinska J., Sury M., Zawacka D. et al.: Iron metabolism parameters in regular blood donors – a gender related analysis. *J. Elem.*, 2019; 24(4): 1395-1407.
14. Brajer-Marczak R., Czynniki determinujące doskonalenie procesów – wyniki badań empirycznych. *Przegląd Organizacji*, nr 8, s. 25-33, DOI: 10.33141/po.2018.08.04
15. Cable R.G., Glynn S.A., Kiss J.E. et al.: Iron deficiency in blood donors: The REDS-II Donor Iron Status Evaluation (RISE) Study. *Transfusion*, 2012; 52(4): 702-711.
16. Cable R.G., Spencer B.R.: Iron supplementation by blood donors: demographics, patterns of use, and motivation. *Transfusion*, 2019; 59: 2857-2864.
17. Cafollaa A., Dragoni F., Girelli G. et al.: Effect of folic acid and vitamin C supplementation on folate status and homocysteine level: a randomised controlled trial in Italian smoker–blood donors. *Atherosclerosis*, 2002; 163: 105-111.
18. Chuecaa M., Bouvet G., Duron-Martinaudb S. et al.: Iron-deficiency among blood donors: Donors' opinion on iron supplementation strategy. *Transfusion Clinique et Biologique*, 2020; 27(4): 218-221.

19. Cieśliński W.B. i in, Dojrzałość projektowa i procesowa przedsiębiorstw – aspekty metodologiczne. *Marketing i Rynek*, nr 5 (CD), 2014.
20. Clement M., Shehu E., Chandler T. (2021). The impact of temporary deferrals on future blood donation behaviour across the donor life cycle. *The Journal of AABB Transfusion*, 61(6). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/trf.16387>
21. Conrad M.E., Umbreit J.N., Moore E.G.: Iron absorption and transport. *Am J Med Sci* 1999; 318: 213-229.
22. Craig W., Mangels A.R., Fresan U. et al.: The safe and effective use of plant-based diets with guidelines for health professionals. *Nutrients*, 2021; 13(11): 4144.
23. Custer B., Bravo M., James R.C., Cusick R.M., Tomasulo P.: Associations between collection procedure type and donor adverse events. *Transfusion*, 2009; 49(ss):52A.
24. Czarnecki A., *Product placement. Niekonwencjonalny sposób promocji, PWE*, Warszawa, 2003.
25. Czy mogę skorzystać tylko z jednego dnia wolnego?, <https://krwiodawcy.org/czy-moge-skorzystac-tylko-z-jednego-dnia-wolnego>
26. de Farias Cassino G., Bassolli L., Mendrone-Junior A. et al.: The impact of immediate adverse donation reactions on the return of volunteers undergoing platelet apheresis. *Transfusion and Apheresis Sci* 2022;61:19-23.
27. de Kort W. (ed.), *Donor Management Manual, DOMAIN Project*, Netherlands, 2010.
28. Detyna B., *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, 2020.
29. Detyna B., Detyna J., *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wydawnictwo Difin, 2011, Warszawa, s. 47-65; 133-141.
30. Drozd W.: *Marketing społeczny w krwiodawstwie. Jak rozmawiać z ludźmi, żeby oddawali krew*. Warszawa 2016.
31. Dupin C.-M., Deubelbeiss S., Dos Santos Rodrigues K., Morais De Oliveira D., Quilleau M., Thent C., *Interventions infirmières pour promouvoir la fidélisation des donneurs de sang: une revue rapide et réaliste de la littérature. Recherche en soins infirmiers* 2019/1 (Nr 136), 16-27. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-16.html>
32. Dymitruk M., *Podstawy prawne automatycznego przetwarzania danych osobowych dotyczących zdrowia przy wykorzystaniu narzędzi uczenia maszynowego w ogólnym rozporządzeniu o danych osobowych [w:] Jakość w opiece zdrowotnej. Zastosowanie nowoczesnych technologii w czasie pandemii*, red. J. Greser, K. Kokocińska, Warszawa 2021.
33. Eder A.F., Hillyer C.D., Dy B.A., Notary E.P., Benjamin R.J.: Adverse reactions to allogeneic whole blood donation by 16- and 17-years olds. *JAMA*, 2008;299:2279-86.
34. Engel J.F., Blackwell R.D., Miniard P.W. *Consumer Behavior*. 10th. ed., 2005, Boston, Thomson/South-Western International.
35. European Blood Alliance. (2016, październik). EBA fact sheet on Blood Donor Selection. [https://europeanbloodalliance.eu/wp-content/uploads/2016/11/EBA\\_Pos\\_Paper-Donor\\_selection-1.pdf](https://europeanbloodalliance.eu/wp-content/uploads/2016/11/EBA_Pos_Paper-Donor_selection-1.pdf)
36. European Directorate for the Quality of Medicine, Health care of the Council of Europe (EDQM). *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components*. Working Group on Complications Related to Blood Donation International Society of Blood Transfusion Working Party on Haemovigilance European Haemovigilance Network. 2008.
37. Ferguson E., Hill A., Lam M., Reynolds C., Davison K., Lavrence C., Breilsford S.R., *A typology of blood donors motivations*, *Transfusion*, Wiley Periodicals, 2020, s.3.
38. Fill C., *Marketing Communications. Interactivity, communities and content*. Prentice Hall, 2009.
39. Fillet A.M., Martinaud C., Malard L. et al.: Iron deficiency among French whole-blood donors: first assessment and identification of predictive factors. *Vox Sang.*, 2021; 116(1):42-52.
40. Fiutak A., *Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawnokarna, [w:] Medyczne prawo karne*, red. T. Gardocka, D. Jagiełło, Warszawa 2016.



41. France C.R., France J.L., Roussos M., Ditto B.: Mild reactions to blood donation predict a decreased likelihood of donor return. *Transfus Apher Sci*, 2004;30:17-22.
42. Garbarski L., *Zachowania nabywców*, PWE, 2001, s. 82.
43. Główny Urząd Statystyczny. (2021, grudzień). Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja\\_demograficzna\\_polski\\_do\\_2020\\_r\\_zgony\\_i\\_umieralnosc.\\_publikacja\\_w\\_formacie\\_pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/40/1/1/sytuacja_demograficzna_polski_do_2020_r_zgony_i_umieralnosc._publikacja_w_formacie_pdf)
44. Górski A., *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, 2019, Warszawa.
45. Grajewski P., *Organizacja procesowa. Projektowanie i konfiguracja*, PWE, 2016, Warszawa.
46. Grajewski P., *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, 2012, Warszawa.
47. Grocco I., Franchchini M., Garozzo G. et al.: Adverse reactions in blood and apheresis donors: experience from two Italian transfusion centres. *Blood Transfus.* 2009; 7: 35-38.
48. *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components*. 2023 (21st Edition).
49. <https://krwiodawcy.org/dieta-krwiodawcy>
50. <https://openstax.org/books/psychologia-polska-reakcja-na-apelka/pages/12-8-zachowania-pomocne>
51. <https://www.healthline.com/health/what-to-eat-before-donating-blood>
52. <https://www.iso.org/standard/70397.html>
53. Huang Y., Cao D., Chen Z. et al.: Red and processed meat consumption and cancer outcomes: umbrella review. *Food Chem.*, 2021; 356: 129697.
54. Hyde M.K., Knowles S.R., White K., Donating blood and organs: using an extended theory of planned behavior perspective to identify similarities and differences in individual motivations to donate. *Health Education Research*, 2 8(6), 2013.
55. IARC (International Agency for Research on Cancer). Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat. 2015, [www.iarc.who.int](http://www.iarc.who.int)
56. Innes J.K., Calder P.C.: Marine omega-3 (n-3) fatty acids for cardiovascular health: an update for 2020. *Int. J. Mol. Sci.*, 2020; 21: 1362.
57. Izdebski K., Korkut A., Kolankiewicz K., *Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2021.
58. Janoś-Kresło M., Mróz B., *Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce*, SGH Warszawa, 2006.
59. Janowska-Miasik E., Waśkiewicz A., Witkowska A.M. et al.: Diet quality in the population of Norway and Poland: differences in the availability and consumption of food considering national nutrition guidelines and food market. *BMC Public Health*, 2021; 21: 319.
60. Jarosz M., Wierzejska R. i wsp.: Zawartość kofeiny w produktach spożywczych. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2009; 3: 776-781.
61. Jorgensen J., Sorensen B.S.: Donor vigilance. *ISBT Sci Ser* 2008; 3: 48-53.
62. Judycki S., O klasycznym pojęciu prawdy, *Roczniki Filozoficzne* 49, 2001.
63. Kahneman D., *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Wydawnictwo Media Rodzina, 2012, Poznań.
64. Kakiya R., Aronson CA., Julleis J.: Whole Blood Collection and Component Processing. In: Robach JD. I wsp.: *Technical manual*. XVI ed. AAB, 2008.
65. Kalinowski T. B. (2017). Dojrzałość procesowa a wyniki organizacji. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, nr 463.
66. Kamel H., Tomasulo P., Bravo M., Wiltbank T., et al.: Delayed adverse reactions to blood donation. *Transfusion* 2010; 50: 556-65.
67. Karger R., Kretschmer V.: Maximum donation volumes per session in donor plasmapheresis. *Vox Sang* 2006; 91: 350-352.
68. Kieźel E., *Rynkowe zachowania konsumentów*, 2000, AE Katowice.
69. Kiss J.E., Vassallo R.R.: How do we manage iron deficiency after blood donation? *British Journal of Haematology*, 2018; 181: 590-603.

70. Kośmider A., Czaczyk K.: Witamina B<sub>12</sub> – budowa, biosynteza, funkcje i metody oznaczania. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2010; 5(72): 17-32.
71. Kotze S.R., Pedersen O.B., Petersen M.S. et al.: Predictors of hemoglobin in Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2015; 55(6): 1303-1311.
72. Krajowy Rejestr Nowotworów. <https://www.zwrotnikraka.pl/nawotwory-zlosliwe-w-polscekrajowy-rejestr-nowotworow/>
73. Kubiak R., Dokumentacja medyczna – podstawy prawne, [w:] *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, red. J. Zajdel-Całkowska, Warszawa 2021.
74. Kubiak R., Sposób i forma przekazania informacji medycznej, *Medycyna Paliatywna* 2021, 13(4), 207-216, file:///C:/Users/Administracja/Downloads/MP\_Art\_46578-10.pdf
75. Kunachowicz H., Przygoda B., Nadolna I. i wsp.: *Tabele składu i wartości odżywczej żywności*. PZWL, Warszawa, 2017.
76. Latham L., Hansen Z., Minor D.: Chocolate – guilty pleasure or healthy supplement? *J. Clin. Hypertens.*, 2014; 16(9): 101-106.
77. Lichosik A., Istota i rodzaje błędu medycznego. Zagadnienia wybrane, [w:] *Odpowiedzialność w ochronie op.* cit.
78. Lippmann W., *Public opinion*. The New York Macmillan Company, 1961.
79. Łukasiński W., *Dojrzałość organizacji zarządzanej projekcyjnie*, PWE, 2016, Warszawa.
80. Macher S., Herster C., Holter M. et al.: The effect of parenteral or oral iron supplementation on fatigue, sleep, quality of life and restless legs syndrome in iron-deficient blood donors: a secondary analysis of the IronWoMan RCT. *Nutrients*, 2020; 12: 1313.
81. Madjdpour C., Spahn D., Weiskopf R.: Anemia and perioperative red blood cell transfusion: A matter of tolerance. *Crit Care Med* 2006; 34: S102-S108.
82. Marek Z., *Błąd medyczny*, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999, s. 83.
83. Mariotti F. et al.: Dietary protein and amino acids in vegetarian diets – a review. *Nutrients*, 2019; 11(11): 2661.
84. Martín-Santana J. D. et al.: Donor orientation and service quality: Key factors in active blood donors' satisfaction and loyalty. *PLoS ONE*, 2021, 16(7), DOI: 10.1371/journal.pone.0255112
85. Masser B.M., White K.M., Hyde M.K., Terry D.J., The psychology of blood donation: current research and future directions, *Transfusion Medicine Reviews*, vo. 22, No 3 (July), 2008, p. 225, 230.
86. Mast A.E., Białkowski W., Bryant B.J. et al.: A randomized, blinded, placebo-controlled trial of education and iron supplementation for mitigation of iron deficiency in regular blood donors. *Transfusion*, 2016; 56(6): 1588-1597.
87. McVittie Ch., Harris L., Tiliopoulos N., "I intend to but..." non-donors' views of blood donation in the UK, *Psychology Health and Medicine*, March 2006, s. 1-11.
88. Menitove J.E.: *Red Cell Transfusion Therapy in Anemia*. W: Mintz P.D. (red.): *Transfusion Therapy. Clinical Principles and Practice*. 3rd ed. AABB Press 2011:37-54.
89. Moffett M. L., Bohara A. Hospital quality oversight by the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Eastern Economic Journal*, 2005, No. 31, pp. 629-633.
90. Mutafelija B., Stromberg H., *Capability Maturity Model Integration (CMMI). Process improvement with CMMI® v1.2 and ISO Standards*, pp. 25-63, 2008, DOI: 10.1201/9781420052848.ch3
91. Mziray M., Domagała P., Żuralska R., i wsp.: Witamina B<sub>12</sub> – skutki niedoboru, zasadność terapii i suplementacji diety u osób w wieku podeszłym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016; 3: 295-301.
92. Nakosa M., Pepelanova I., Beutela S., et al.: Isolation and analysis of vitamin B<sub>12</sub> from plant samples, *Food Chem.*, 2017; 216: 301-308.
93. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2004.
94. Newman B.H.: Arm complication after manual whole blood donations and their impact. *Transfus Med. Rev* 2013; 27: 44-49.

95. Newman B.H.: Blood donor complications after whole blood donation. *Curr Opin Hematol* 2004; 11: 339-345.
96. Norma PN-ISO 10014:2008. Zarządzanie jakością – Wytyczne do osiągnięcia korzyści finansowych i ekonomicznych.
97. Norma PN-EN ISO 9004:2018-16. Zarządzanie jakością – Jakość organizacji – Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.
98. Nowosielski K., *Controlling Maturity Model*, Wrocław, 2013, [http://www.controlling.ue.wroc.pl/5icomm\\_pl.html](http://www.controlling.ue.wroc.pl/5icomm_pl.html) (dostęp: 15.02.2023).
99. Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie (red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2020.
100. Papier K., Knuppel A., Syam N. et al.: Meat consumption and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*, 2021; 20: 1-12.
101. Pawlak R., Parrott S., Raj S., et al.: How prevalent is vitamin B<sub>12</sub> deficiency among vegetarians? *Nutrition Reviews*, 2013; 71(2): 110-117.
102. Pisciotto P., Sataro P., Blumberg N.: Incidence of adverse reactions in blood donors taking antihypertensive medications. *Transfusion*, 1982;22:530-531.
103. Polski Czerwony Krzyż, Historia honorowego krwiodawstwa, Historia honorowego krwiodawstwa – Polski Czerwony Krzyż ([pck.pl](http://pck.pl)).
104. Pracownik mianowany a dzień wolny za oddawanie krwi, <https://krwiodawcy.org/pracownik-mianowany-a-dzien-wolny-za-oddawanie-krwi>
105. Program polityki zdrowotnej „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021-2026”, Warszawa 2020 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zapewnienie-samowystarczalnosci-rzeczypospolitej-polskiej-w-krew-i-jej-skladniki-na-lata-2021--2026>
106. Raport Ministra Zdrowia „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015-2020”, Warszawa, 2015, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).
107. Rigas A.S., Sorensen C.J., Pedersen O.B. et al.: Predictors of iron levels in 14,737 Danish blood donors: results from the Danish Blood Donor Study. *Transfusion*, 2014; 54(3): 789-796.
108. Rosiek A., Łętowska M.: Zasady kwalifikowania kandydatów na dawców oraz dawców do oddania krwi lub jej składników. *Journal of Transfusion Medicine*, 2009; 2(1): 1-13.
109. Sadowska M.: Zapobieganie błędom medycznym w praktyce, Warszawa, 2019, 108.
110. Sadowska J., Sacharczuk O.: Ocena wpływu sposobu żywienia na możliwość oddania krwi przez krwiodawców wielokrotnych. *Roczn. PZH*, 2011; 62(2): 193-198.
111. Schlegelmilch B., *Spendenmarketing*, in: *Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre*, Stuttgart, 1995, Wyd. 2.
112. Schneider W.: *Die Akquisition von Spenden als eine Herausforderung für das Marketing*, Berlin, 1996.
113. Services d’interprétation en langue des signes pour les personnes sourdes et malentendantes, Société canadienne du sang, <https://www.blood.ca/fr/sang/services-dinterpretation-en-langue-des-signes-pour-les-personnes-sourdes-et-malentendantes>
114. Sękowski K., Grudziąż-Sękowska J., Pinkas J. et al.: Public knowledge and awareness of diabetes mellitus, its risk factors, complications, and prevention methods among adults in Poland – a 2022 nationwide cross-sectional survey. *Front. Public Health*, 2022, 10:1029358.
115. Sicińska E., Cholewa M.: Ocena potrzeb i możliwości zwiększenia zawartości witaminy B<sub>12</sub> w diecie. *Rocz. Państw Zakł. Hig.*, 2012; 1: 67-71.
116. Sienko A., Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak unikać kosztownych pułapek, Warszawa 2015, s. 68.
117. Skolmowska D., Głąbska D.: Analysis of heme and non-heme iron intake and iron dietary sources in adolescent menstruating females in a national polish sample. *Nutrients*, 2019; 11(5): 1049.

118. Skrzypek A., Uwarunkowania funkcjonowania i doskonalenia organizacji zorientowanej na jakość w nowej gospodarce. *Problemy Jakości*, nr 4, 2020, s. 7-12.
119. Skrzypek E., Dojrzałość organizacji i jej wpływ na doskonalenie zarządzania przedsiębiorstwem. *Problemy Jakości*, nr 11, 2014, s. 8-10.
120. Sobieski J. et al.: High compliance with dietary recommendations in a cohort of meat eaters, fish eaters, vegetarians, and vegans: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition – Oxford study. *Nutr. Res.*, 2016; 36(5): 464-477.
121. Stabryła A., *Metodyka analizy i projektowania systemów zarządzania procesowego*. A. Stabryła (red.) *Analiza i projektowanie systemów zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Mfiles. pl, 2010.
122. Staszewski R., Kautsch M., *Jakość i zarządzanie jakością*. M. Kautsch (red.) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, s. 430-451.
123. Stoś K., Rychlik E., Woźniak A. et al.: Prevalence and sociodemographic factors associated with overweight and obesity among adults in Poland: a 2019/2020 nationwide cross-sectional survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022; 19(3): 1502.
124. Stoś K., Rychlik E., Woźniak A. et al.: Red and processed meat consumption in Poland. *Foods*, 2022; 11: 3283.
125. Szołtysek J., Twaróg S., Korzyści ze stosowania logistyki w zarządzaniu systemem cywilnego krwiodawstwa w Polsce. *Logistyka*, nr 6, 2010, s. 15-17.
126. Tarhan et al., Business process maturity models: A systematic literature review. *Information and Software Technology*, Vol. 75, 2016, s. 122-134, DOI: 10.1016/j.infsof.2016.01.010
127. Testée avec succès, La Téléassistance Médicale en Collecte se déploie!, Établissement Français du Sang, Rapport d'activité 2021, s. 8, Rapport d'activité\_EFS\_2021\_WEB.pdf (sante.fr)
128. Timmer T.C., de Groot R., Judith J.M. et al.: Dietary intake of heme iron is associated with ferritin and hemoglobin levels in Dutch blood donors: results from Donor InSight. *Haematologica*, 2020; 105(10): 2400-2406.
129. Toi P., Anothaisintawee T., Chaikledkaew U. et al.: Preventive role of diet interventions and dietary factors in type 2 diabetes mellitus: an umbrella review. *Nutrients*, 2020; 12: 2722.
130. Tomasulo P., Kemel H., Bravo M., James R.C.: Interventions to reduce the vasovagal reaction rate in young whole blood donors. *Transfusion*, 2011;51:1511-21.
131. Torrado A., Barbosa-Póvoa A., Towards an Optimized and Sustainable Blood Supply Chain Network under Uncertainty: A Literature Review. *Cleaner Logistics and Supply Chain*, Vol. 3, March 2022, DOI: 10.1016/j.clscn.2022.100028
132. Twaróg S., Czynniki sukcesu systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce, *Studia Ekonomiczne* nr 175, 2013, Uniwersytet Ekonomiczny.
133. Twaróg S., Szołtysek J., Majewska J., Gadomski S., Lorek M., Grudziń K. Influence of demographic change on the blood services in Poland – Logistics as a remedy for the future, *Gospodarka Materiałowa i Logistyka*, 2019, LXXI, (3).
134. Waśkiewicz A., Sygnowska E., Broda G.: Dietary intake of vitamins B6, B<sub>12</sub> and folate in relation to homocysteine serum concentration in the adult Polish population – WOBASZ Project. *Kardiologia Pol.*, 2010; 68(3): 275-282.
135. Wąsowska A., Zarządzanie wiedzą w organizacjach pożytku publicznego czynnikiem ich sukcesu. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie*, nr 31, s. 282-293, DOI: 10.17512/znpcz.2018.3.24
136. Wiersun-Osselson J.C., Marijt van der Kreck T., de Kort W.L.: Donor vigilance, what are we doing about it? *Bid J Int Assoc Bid Stand*, 2012; 40: 176-179.
137. Wierzejska R.: Dietary supplements – for whom? The current state of knowledge about the health effects of selected supplement use. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021; 18: 8897.

138. Wierzejska R.: The impact of the sweetened beverages tax on their reformulation in Poland – the analysis of the composition of commercially available beverages before and after the introduction of the tax (2020 vs. 2021). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022; 19: 14464.
139. Wierzejska R., Siuba-Strzelińska M., Jarosz M.: Evaluation of dairy products available on the Polish market in the context of nutrient profiles. Clear arguments for reformulation of foodstuffs. *Rocz. Panstw. Zakł. Hig.*, 2017; 68(1): 43-50.
140. Wilitbank T.B., Giordano G.F., Kemel H., Tomasulo P.: Faint and pre-faint in whole blood donors; analysis of predictive value. *Transfusion*, 2008;48:1799-1808.
141. Wodziński M., Hetmański M., Wiedza ekspercka i eksperckość przez doświadczenie w dziedzinie kontekst pozainstytucjonalny, *Filozofia i Nauka, Studia filozoficzne i interdyscyplinarne*, Tom 9, cz.1, 2021, s. 230.
142. Wolnicka K.: Talerz Zdrowego Żywienia. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia>
143. World Health Organization. Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. 2012, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76724>
144. World Health Organization. Blood Safety – Key global fact and figures in 2011. Fact Sheet N0 279, 2011.
145. World Health Organization. Blood safety and availability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>
146. Zabrocka J., Wojszel Z.: Niedobory witaminy B<sub>12</sub> w wieku podeszłym – przyczyny, następstwa, podejście terapeutyczne. *Geriatrics*, 2013; 7: 24-32.
147. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Curr Top Diabetes*, 2022; 2 (1): 1-134.
148. Zappacosta B., Persichilli S., Iacoviello L. et al.: Folate, vitamin B<sub>12</sub> and homocysteine status in an Italian blood donor population. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.*, 2013; 23(5): 473-480.
149. Zasady przechowywania produktów spożywczych. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Janowie Lubelskim. <https://www.gov.pl/web/psse-janow-lubelski/zasady-przechowywania-produktow-spozywczych>
150. Zock P.L., Blom W.A., Nettleton J.A. et al.: Progressing insights into the role of dietary fats in the prevention of cardiovascular disease. *Curr. Cardiol. Rep.*, 2016; 18: 1-13.
151. Zoll A., Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988.
152. Żarnowski A., Jankowski M., Gujski M.: Public awareness of diet-related diseases and dietary risk factors: a 2022 nationwide cross-sectional survey among adults in Poland. *Nutrients*, 2022; 14: 3285.
153. Żuk E., Skrypnik K., Suliburska J.: Analiza wybranych grup produktów spożywczych wzbogaconych w żelazo. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2018; 9(3); 103-111.

## Akty prawne

1. Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 roku ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE (Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003, str. 30 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 7, str. 346, Dz. Urz. UE L 230 z 04.08.2006, str. 12, Dz. Urz. UE L 188 z 18.07.2009, str. 14 oraz Dz. Urz. UE L 98 z 15.04.2015, str. 11).
2. Dyrektywa Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi (Dz. Urz. UE L 91 z 30.03.2004, str. 25 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 8, str. 272, Dz. Urz. UE L 288 z 04.11.2009, str. 7, Dz. Urz. UE L 97 z 12.04.2011, str. 28 oraz Dz. Urz. UE L 366 z 20.12.2014, str. 81).

3. Dyrektywa Komisji 2005/61/WE z dnia 30 września 2005 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach (Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005, str. 32).
4. Dyrektywa Komisji 2005/62/WE z dnia 30 września 2005 roku wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie norm i specyfikacji wspólnotowych odnoszących się do systemu jakości obowiązującego w placówkach służby krwi (Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005, str. 41 oraz Dz. Urz. UE L 199 z 26.07.2016, str. 14).
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. poz. 483, z 2001 r. poz. 319, z 2006 r. poz. 1471 oraz z 2009 r. poz. 946).
6. Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 927).
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2021 poz. 28 ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 roku o krwiodawcach (Dz. U. 1937 nr 66 poz. 504).
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy (Dz. U. 1996 nr 60 poz. 281).
10. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 stycznia 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad udzielania urlopu wypoczynkowego, ustalania i wypłacania wynagrodzenia za czas urlopu oraz ekwiwalentu pieniężnego za urlop (Dz. U. Nr 2 poz. 14, z późn. zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 1952 roku w sprawie krwiodawców (Dz. U. 1952 nr 17 poz. 104).
12. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowego trybu przekształcania wojewódzkich stacji krwiodawstwa, rejonowych stacji krwiodawstwa i punktów krwiodawstwa w regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (Dz. U. poz. 1261).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 9 września 1999 roku w sprawie określenia wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki honorowej „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” (Dz. U. poz. 939).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi (Dz. U. poz. 2602).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki honorowej „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” (Dz. U. poz. 1324).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” (Dz. U. z 2022 r. poz. 1211).
17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 roku w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2247).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 787).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników (Dz. U. poz. 1845).

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 roku w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników (Dz. U. poz. 646).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2017 roku w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. z 2021 r. poz. 2027).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie legitymacji i odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” (Dz. U. poz. 1677).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek (Dz. U. z 2023 r. poz. 2326).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 roku w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. z 2022 poz. 1279).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wzorów odznak i legitymacji wydawanych w związku z honorowym dawstwem krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1259).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022 poz. 402).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. 2023 poz. 487).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2022 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek (Dz. U. poz. 2477).
30. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju wsi z dnia 4 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych wymagań w zakresie jakości handlowej wyrobów kakaowych i czekoladowych. (Dz. U. nr 214, poz. 1813).
31. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)(Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119/1).
32. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 roku w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. Nr 20, poz. 122).
33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1974 roku w sprawie regulaminów pracy oraz zasad usprawiedliwiania nieobecności w pracy i udzielania zwolnień z pracy (Dz. U. 1974, nr 49 poz. 299 ze zm.).
34. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana) Dz. Urz. UE C z 2016 r. Nr 326, s. 47).
35. Uchwała nr 931 Prezydium Rządu z 28 grudnia 1951 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1952 r. poz. 17).
36. Uchwała nr 148 Rady Ministrów z 11 sierpnia 1969 roku w sprawie akcji honorowego krwiodawstwa (M.P. z 1969 r. poz. 276).
37. Uchwała Prezydium Rządu z 29 listopada 1950 roku w sprawie wynagrodzenia krwiodawców za dostarczanie krwi (M.P. z 1950 r. poz. 1612).
38. Uchwała WHA 63.12., Availability, safety and quality of blood products,
39. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R12-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-en.pdf)



40. Ustawa z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914).
41. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2647, 2687, 2745 oraz z 2023 r. poz. 28, 185, 326, 605, 641, 658, 825, 1059, 1114, 1130, 1407, 1414, 1429, 1523, 1672, 1667, 1675, 1705, 1723, 1787 i 1843).
42. Ustawa z 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509).
43. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, 295 i 1592).
44. Ustawa z dnia 6 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972).
45. Ustawa z 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339, 2600 oraz z 2023 r. poz. 289, 403, 818, 852, 1234 i 1834).
46. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318 i 650).
47. Ustawa z 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. poz. 756).
48. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1873 i 1938).
49. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972).
50. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1429, 1641, 1693 i 1872).
51. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234).
52. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972).
53. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położonych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628).
54. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234).
55. Ustawa z dnia 20 maja 2016 roku o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 823, z 2017 r. poz. 1524, z 2019 r. poz. 1590 oraz z 2020 r. poz. 1493).
56. Ustawa z dnia 5 lipca 2018 roku o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 913 i 1703).
57. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).
58. Ustawa z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 i 1720).
59. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650).
60. Ustawa z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel (Dz. U. poz. 1234).
61. Zalecenie nr R (95), 14 Komitetu Ministrów Rady Europy do państw członkowskich w sprawie ochrony zdrowia dawców i biorców w ramach transfuzji, przyjęte w dniu 12 października 1995 roku.
62. Zarządzenie Ministra Zdrowia z 31 marca 1949 roku w sprawie zaliczenia stacji konserwacji i przetwarzania krwi prowadzonych przez Polski Czerwony Krzyż do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. z 1949 poz. 359).
63. Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1966 r. w sprawie dodatkowego wynagrodzenia dla lekarzy zatrudnionych w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1967 r. poz. 38).
64. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu obniżania lub cofania dodatkowego wynagrodzenia miesięcznego lekarzom i lekarzom denty stom za pracę w lecznictwie otwartym, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych i w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1967 r. poz. 258).



65. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 listopada 1968 r. w sprawie dodatkowego wynagradzania pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1968 r. poz. 363).
66. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 stycznia 1972 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie dodatkowego wynagrodzenia pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych oraz w stacjach krwiodawstwa (M.P. z 1972 r. poz. 67).

## Orzecznictwo

1. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 1997 roku, III KKN 226/97, LEX nr 1110924.
2. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2003 roku, III CK 34/02, LEX nr 145226.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, LEX nr 157493.
4. Wyrok Sądu Najwyższego z 10 grudnia 2012 r., V KK 33/02, LEX nr 75498.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2017 roku, III KK 226/16, LEX nr 2224610.
6. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2012 r., I ACa 443/12, LEX nr 1237851.
7. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 28 stycznia 2019 roku, I ACa 314/18, LEX nr 2637811.
8. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 września 2019 r., VII SA/Wa 1545/19, LEX nr 2728947.
9. Wyrok Sądu Rejonowego w Otwocku Kp 95/76.

## Inne

1. Decyzja Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych z dnia 3 sierpnia 2004 r. GI-DEC-DS.-157/04, <https://atchiwum.giodo.gov.pl>
2. Odpowiedź podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Głowali z 14 grudnia 2016 roku na interpelację nr 7401 z dnia 13 listopada 2016 r., złożoną przez Panią Elżbietę Stępień, Posła na Sejm RP. Honorowy dawca krwi w dniu w którym oddaje krew pozostaje w okresie ubezpieczenia (składkowym) (2018, 15 marca), <https://krwiodawcy.org/honorowy-dawca-krwi-w-dniu-w-ktorym-oddaje-krew-pozostaje-w-okresie-ubezpieczenia-skladkowym>
3. Pismo Narodowego Centrum Krwi NCK-WWKS/88/23-sw/JG/16 z 21 stycznia 2016 roku,
4. <https://krwiodawcy.org/wp-content/uploads/2016/01/dwa-zaswiadczenia-dwoch-pracodawcow.pdf>
5. Pismo Narodowego Centrum Krwi NCK-WWKS/128/27-sw/DP/2014 z 23 stycznia 2014 roku, <https://krwiodawcy.org/wp-content/uploads/2014/01/DOC230114.pdf>
6. Pismo okólnie nr 188 Prezesa Rady Ministrów z 11 grudnia 1951 roku w sprawie zwolnień od pracy krwiodawców (M.P. z 1951 r. poz. 1509).
7. Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie wykonania dyrektyw 2002/98/WE, 2004/33/WE, 2005/61/WE i 2005/62/WE ustanawiających normy jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do krwi ludzkiej i składników krwi, Bruksela, dnia 21.4.2016 r. COM(2016) 224 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0224&from=PL>
8. Wniosek Komisji Europejskiej z 14 lipca 2022 roku – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylające dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0338&from=EN>

# Dane teleadresowe Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Oddziałów Terenowych

<b>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku</b> ul. Marii Skłodowskiej-Curie 23, 15-950 Białystok, tel. (85) 744 70 02 adres e-mail: sekretariat@rckik.bialystok.pl; www.rckik.bialystok.pl			
Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Łomży	Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża	86 219 81 32	aogrodnik@rckik.bialystok.pl
OT w Suwałkach	ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki	85 567 21 12	josinska@rckik.bialystok.pl
OT w Bielsku Podlaskim	ul. Kleszczelowska 1c, 17-100 Bielsk Podlaski	85 730 98 24	jszutkiewicz@rckik.bialystok.pl
OT w Hajnówce	ul. Doc. Adama Dowgirda 7, 17-200 Hajnówka	85 684 30 05	jfilipiuk@rckik.bialystok.pl
<b>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy</b> ul. Ks. Markwarta 8, 85-015 Bydgoszcz, tel. (52) 322 18 71 adres e-mail: krew@rckik-bydgoszcz.com.pl; www.rckik-bydgoszcz.com.pl			
Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Brodnicy	ul. Wiejska 12B, 87-300 Brodnica	56 663 72 73	brodnica@rckik-bydgoszcz.com.pl
TO w Grudziądzu	ul. Szpitalna 5 86-300 Grudziądz	56 663 72 74 56 663 72 75	grudziadz@rckik-bydgoszcz.com.pl
TO w Inowrocławiu	ul. Miechowicka 3, 88-100 Inowrocław	52 513 13 10	inowroclaw@rckik-bydgoszcz.com.pl
TO w Toruniu	ul. Gagarina 212-216, 87-100 Toruń	570 587 214	torun@rckik-bydgoszcz.com.pl
TO w Włocławku	ul. Lunewil 15, 87-810 Włocławek	54 411 72 50 54 411 72 59	wloclawek@rckik-bydgoszcz.com.pl
<b>Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku</b> ul. Józefa Hoene Wrońskiego 4, 80-210 Gdańsk, tel. (58) 520 40 40 adres e-mail: sekretariat@krew.gda.pl; www.krew.gda.pl			
Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Gdyni Redłowie	ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia Redłowo	58 622 02 69 504 257 193	ot.redlowo@krew.gda.pl
OT w Kartuzach	ul. dr. Aleksandra Majkowskiego 4, 83-300 Kartuzy	58 681 11 44 514 061 015	ot.kartuzy@krew.gda.pl
OT w Kościerzynie	ul. Wrzosowa 25, 83-400 Kościerzyna	58 686 02 30 504 257 187	ot.koscierzyna@krew.gda.pl
OT w Kwidzynie	ul. Józefa Hallera 31, 82-500 Kwidzyn	55 279 41 35 514 060 971	ot.kwidzyn@krew.gda.pl
OT w Starogardzie Gdańskim	ul. dr. Józefa Balewskiego 1, 83-200 Starogard Gdański	58 562 50 05 514 061 025	ot.starogard@krew.gda.pl
OT w Tczewie	ul. Piaskowa 3, 83-110 Tczew	58 562 33 41 514 059 866	ot.tczew@krew.gda.pl
OT w Wejherowie	ul. Weteranów 10, 84-200 Wejherowo	58 677 06 08 514 060 927	ot.wejherowo@krew.gda.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu

ul. Kaszubska 9, 62-800 Kalisz, tel. (62) 76 79 400

adres e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.kalisz.pl; www.krwiodawstwo.kalisz.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Ostrowie Wlkp.	ul. Limanowskiego 20-22, 63-400 Ostrów Wlkp	62 59 51 331 76 79 443	ot.ostrow@krwiodawstwo.kalisz.pl
OT w Koninie	ul. Wyszyńskiego 1, 62-510 Konin	63 243 86 28	ot.konin@krwiodawstwo.kalisz.pl
OT w Ostrzeszowie	ul. Zamkowa 17, 63-500 Ostrzeszów	62 732 01 35	ot.ostrzeszow@krwiodawstwo.kalisz.pl
OT w Krotoszynie	ul. Mahle 4, 63-700 Krotoszyn	62 588 03 60	ot.krotoszyn@krwiodawstwo.kalisz.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach

ul. Raciborska 15, 40-074 Katowice, tel. 32 20 87 300

adres e-mail: rckik@rckik-katowice.pl; www.rckik-katowice.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Bielsku Białej	ul. Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała	33 812 21 90 33 822 18 39	otbielsko@rckik-katowice.pl
TO w Bytomiu	ul. Żeromskiego 7, 41-900 Bytom	32 281 95 08	otbytom@rckik-katowice.pl
TO w Cieszynie	ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn	33 851 43 63	otcieszyn@rckik-katowice.pl
TO w Częstochowie	ul. Kopernika 38, 42-200 Częstochowa	34 360 57 92 34 360 58 90	otczestochowa@rckik-katowice.pl
TO w Dąbrowie Górniczej	ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza	32 32 000 16	otdg@rckik-katowice.pl
TO w Gliwicach	ul. Lutycka 6, 44-102 Gliwice	32 32 000 17	otgliwice@rckik-katowice.pl
TO w Pszczynie	ul. dr. W. Antesa 11A, 43-200 Pszczyna	32 212 80 44	otpszczyna@rckik-katowice.pl
TO w Sosnowcu	ul. Zegadłowicza 3, 41-200 Sosnowiec	32 297 99 57 32 290 50 35	rckik@rckik-katowice.pl
TO w Tarnowskich Górach	ul. Pyskowicka 47 do 51, 42-612 Tarnowskie Góry	32 382 39 40	ottg@rckik-katowice.pl
TO w Zabrze	ul. Wolności 265-267, 41-800 Zabrze	32 273 63 31 32 37 04 552	otzabrze@rckik-katowice.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach

ul. Jagiellońska 66, 25-734 Kielce, tel. (41) 335 94 01

adres e-mail: sekretariat@rckik-kielce.com.pl www.rckik-kielce.com.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Skarżysku-Kamiennej	ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna	41 252 45 21	sekretariat@rckik-kielce.com.pl
OT w Sandomierzu	ul. Schinzla 13, 27-600 Sandomierz	15 832 36 56	
OT w Ostrowcu Świętokrzyskim	ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski	41 266 60 37	
OT w Końskich	ul. Gimnazjalna 41b; 26-200 Końskie	41 390 23 43	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

ul. Rzeźnicza 11, 31-540 Kraków, tel. (12) 261 88 20

adres e-mail: sekretariat@rckik.krakow.pl www.rckik.krakow.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Krakowie, ul. Wielicka	ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków	12 657 14 99	Z5045@rckik.krakow.pl
TO w Krakowie os. Na Skarpie	os. Na Skarpie 66a, 31-913 Kraków	12 425 92 14	Z5046@rckik.krakow.pl
TO w Bochni	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia	14 612 52 71	Z5041@rckik.krakow.pl
TO w Gorlicach	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice	18 352 68 16	Z5044@rckik.krakow.pl
TO w Limanowej	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa	18 337 10 43	Z5047@rckik.krakow.pl
TO w Myślenicach	ul. Szpitalna 2, 32-400 Myślenice	12 273 02 20	Z5048@rckik.krakow.pl
TO w Nowym Sączu	ul. Kochanowskiego 15, 33-300 Nowy Sącz	661 740 300	Z5049@rckik.krakow.pl
TO w Nowym Targu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ	18 266 45 27	@5051@rckik.krakow.pl
TO w Oświęcimiu	ul. Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim	33 842 71 30	Z5053@rckik.krakow.pl
TO w Suchej Beskidzkiej	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka	33 872 32 99	Z5054@rckik.krakow.pl
TO w Tarnowie, ul. Szpitalna	ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów	14 622 13 38	Z5055@rckik.krakow.pl
TO w Tarnowie, ul. Lwowska	ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów	14 631 51 55	Z5056@rckik.krakow.pl
TO w Wadowicach	os. Kopernika 10/6, 34-100 Wadowice	33 873 29 56	Z5057@rckik.krakow.pl
TO w Zakopanem	ul. Szymony 14, 34-500 Zakopane	18 201 27 27	Z5058@rckik.krakow.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie

ul. Żołnierzy Niepodległej 8, 20-078 Lublin, tel. (81) 532 62 75

adres e-mail: sekretariat@rckik.lublin.pl; www.rckik.lublin.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Zamościu	Al. Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość	84 677 32 05 535 596 299	sekretariat@rckik.lublin.pl
TO w Tomaszowie Lubelskim	ul. Lwowska 82, 22-600 Tomaszów Lubelski	602 666 403	
TO Biała Podlaska	ul. Terebelska 57/65, 21-500 Biała Podlaska	83 345 06 79 731 751 051	
TO Kraśnik	Al. Niepodległości 25, 23-200 Kraśnik	530 622 305	
TO Lubartów	ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów	530 990 532	
TO Puławy	ul. Bema 1, 24-100 Puławy	570 330 700	
TO Włodawa	Al. Piłsudskiego 66, 22-200 Włodawa	82 572 39 55 604 905 552	
TO Łuków	ul. Rogalińskiego 3, 21-400 Łuków	570 770 300	
TO Chełm	ul. Szpitalna 53, 22-100 Chełm	530 770 997 82 565 56 51	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi

ul. Franciszkańska 17/25, 91-433 Łódź, tel. (42) 616 14 00  
adres e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.pl; www.krwiodawstwo.pl

Punkt Pobrań (PB)	Adres	Telefon	Adres e-mail
PB w Bełchatowie	ul. 1 Maja 1, 97-400 Bełchatów	667 953 962	sekretariat@krwiodawstwo.pl
PB w Kutnie	ul. Barlickiego 57, 99-300 Kutno	667 953 965	
PB w Pabianicach	ul. Jana Pawła II 5, 95-200 Pabianice	603 322 511	
PB w Piotrkowie Tryb.	ul. Słowackiego 74, 97-300 Piotrków Trybunalski	603 711 733	
PB w Radomsku	ul. Jagiellońska 36, 97-500 Radomsko	669 007 066	
PB w Sieradzu	ul. Wnuka 10 lok. S6, 98-200 Sieradz	663 959 700	
PB w Skierniewicach	ul. Dworcowa 3j, 96-100 Skierniewice	665 084 100	
PB w Tomaszowie Maz.	ul. Przeskok 3, 97-200 Tomaszów Mazowiecki	667 953 966	
PB w Opocznie	Galeria Inspiro, ul. Kopernika 1 B, 26-301 Opoczno	667 953 966	
PB w Wieluniu	ul. Sieradzka 56, 98-300 Wieluń	665 856 500	
PB w Zduńskiej Woli	ul. Dąbrowskiego 10, 98-220 Zduńska Wola	607 854 400	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie

ul. Malborska 2, 10-255 Olsztyn, tel. (89) 526 01 56  
adres e-mail: sekretariat@rckikol.pl; www.rckikol.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Bartoszycach	ul. Wyszyńskiego 11, 11-200 Bartoszyce	89 675 23 41 506 855 778	sekretariat@rckikol.pl
OT w Elblągu	ul. Bema 80, 82-300 Elbląg	55 237 40 77 606 322 140	
OT w Giżycku	ul. Westerplatte 4, 11-500 Giżycko	87 428 18 96 696 932 461	
OT w Iławie	ul. Władysława Andersa 3, 11-200 Iława	89 644 85 96 668 381 978	
OT w Nidzicy	ul. Traugutta 13, 13-100 Nidzica	89 625 46 83 514 795 783	
OT w Pasłęku	Plac Grunwaldzki 8, 14-400 Pasłęk	55 248 55 38 506 583 736	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu

ul. Kośnego 55, 45-372 Opole, tel. (77) 44 13 803  
adres e-mail: sekretariat@rckik-opole.com.pl; www.rckik-opole.com.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Nysie	ul. Towarowa 1, 48-303 Nysa	77 433 24 43	nysa.kierownik@rckik-opole.com.pl
OT w Kluczborku	ul. Katowicka 26, 46-200 Kluczbork	77 447 15 15	kluczbork.kierownik@rckik-opole.com.pl
OT w Brzegu	ul. Mossora 1, 49-300 Brzeg	77 444 65 73	brzeg.kierownik@rckik-opole.com.pl
OT w Kędzierzynie-Koźlu	ul. Koszykowa 5B, 47-224 Kędzierzyn-Koźle	77 484 96 94	kedzierzyn.kierownik@rckik-opole.com.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu

ul. Marcelińska 44, 60-354 Poznań, (61) 886 33 00  
adres e-mail: sekretariat@rckik.poznan.pl www.rckik.poznan.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Chodzieży	ul. Żeromskiego 29, 64-800 Chodzież	67 35 28 135	sekretariat@rckik.poznan.pl
OT w Czarnkowie	ul. Kościuszki 91, 64-700 Czarnków	61 436 20 03	
OT w Gnieźnie	ul. Kościuszki 7a, 62-200 Gniezno	734 828 901	
OT w Kościanie	ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan	65 52 50 448	
OT w Lesznie	ul. Kiepury 45, 64-100 Leszno	65 52 53 116 65 52 53 111	
OT w Nowym Tomyślu	ul. Sienkiewicza 7, 64-300 Nowy Tomyśl	61 44 27 354	
OT w Pile	ul. Wojska Polskiego 43, 64-920 Piła	67 222 21 60	
OT w Szamotułach	ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły	61 29 26 509	
OT w Śremie	ul. Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem	61 28 15 617	
OT w Wągrowcu	ul. Kościuszki 74, 62-100 Wągrowiec	572 237 723	
OT w Wolsztynie	ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn	68 34 77 352	
OT we Wrześni	ul. Słowackiego 2, 62-300 Września	61 436 20 03	
OT w Szpitalu Wojewódzkim	ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań	61 82 33 351	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu

ul. Sienkiewicza 3 A, 47-400 Racibórz, tel. (32) 418 15 01  
adres e-mail: sekretariat@rckik.pl; www.rckik.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Rybniku	ul. Rudzka 15, 44-200 Rybnik	32 422 27 74	sekretariat@rckik.pl
OT w Jastrzębiu-Zdroju	ul. Krasickiego 21, 44-338 Jastrzębie Zdrój	32 440 25 50	
OT w Wodzisławiu Śląskim	ul. Radlińska 68, 44-286 Wodzisław Śląski	32 746 74 71	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Radomiu

ul. Limanowskiego 42, 26-600 Radom, tel. (48) 34 00 520  
adres e-mail: rckik@rckik.radom.pl www.rckik.radom.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Grójcu	ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec	48 664 93 75	rckik@rckik.radom.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie

ul. Wierzbowa 14, 35-310 Rzeszów, tel. (17) 867 20 30  
adres e-mail: sekretariat@rckk.rzeszow.pl; www.rckk.rzeszow.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Dębicy	ul. Krakowska 91, 39-200 Dębica	14 670 07 81	sekretariat@rckk.rzeszow.pl
TO w Jasle	ul. Lwowska 22, 38-200 Jasło	13 445 84 68	
TO w Krośnie	ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno	13 420 10 50	
TO w Leżajsku	ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk	17 242 03 07	
TO w Mielcu	ul. Żeromskiego 17, 39-300 Mielec	17 583 69 52	
TO w Przemyślu	ul. Sportowa 6, 37-700 Przemyśl	16 670 36 56	
TO w Sanoku	ul. Konarskiego 24, 38-500 Sanok	13 464 33 53	
TO w Stalowej Woli	ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola	13 464 33 53	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Słupsku

ul. Szarych Szeregów 21, 76-200 Słupsk, tel. (0-59) 842 20 21 do 23  
adres e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.slupsk.pl; www.krwiodawstwo.slupsk.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Chojnicach	ul. Leśna 10, 89-600 Chojnice	52 395 67 95	sekretariat@krwiodawstwo.slupsk.pl
OT w Lęborku	ul. Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork	59 863 52 79	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie

al. Wojska Polskiego 80/82, 70-482 Szczecin, (91) 422 34 35  
adres e-mail: sekretariat@krwiodawstwo.szczecin.pl; www.krwiodawstwo.szczecin.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Gryficach	ul. Niechorska 27, 72-300 Gryfice	91 38 47 009	togryfice@krwiodawstwo.szczecin.pl
OT w Świnoujściu	ul. Mieszka I 4, 72-600 Świnoujście	91 321 24 46	toswinoujscie@krwiodawstwo.szczecin.pl
OT w Drawsku Pomorskim	ul. Bolesława Chrobrego 4, 78-500 Drawsko Pomorskie	94 363 03 25	todrawsko@krwiodawstwo.szczecin.pl
OT w Kołobrzegu	ul. Łopuskiego 31, 78-100 Kołobrzeg	94 35 46 627	tokolobrzeg@krwiodawstwo.szczecin.pl
OT w Koszalinie	ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin	94 34 18 603	tokoszalin@krwiodawstwo.szczecin.pl
OT w Szczecinku	ul. Tadeusza Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek	94 373 74 78	toszczecinek@krwiodawstwo.szczecin.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu

ul. Bolesława Chrobrego 31, 58-300 Wałbrzych, (74) 664 63 19  
adres e-mail: sekretariat@rckik.walbrzych.pl; www.rckik.walbrzych.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie

ul. Saska 63/75, 03-948 Warszawa, tel. (22) 514 60 31  
adres e-mail: rckik@rckik-warszawa.com.pl; www.rckik-warszawa.com.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO III Warszawa	ul. Nowogrodzka 59, 02-005 Warszawa	22 502 11 06	rckik@rckik-warszawa.com.pl
TO I Warszawa	ul. Cegłowska 80, 01-809 Warszawa	22 569 02 00	
TO II Warszawa	Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa	22 815 19 34	
TO w Nowym Dworze Mazowieckim	ul. Paderewskiego 7, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki	22 785 05 73	
TO w Płocku	ul. Medyczna 19, 09-400 Płock	24 364 62 51	
TO w Ostrołęce	ul. Jana Pawła 120 A, 07-410 Ostrołęka	29 765 16 64	
TO w Siedlcach	ul. Gospodarcza 7, 08-110 Siedlce	25 308 13 13	
TO w Garwolinie	ul. Lubelska 50, 08-400 Garwolin	25 682 46 17	
TO w Ciechanowie	ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów	23 673 03 26	
TO w Mławie	ul. A. Dobrskiej 1, 06-500 Mława	23 654 32 35 wew. 268	

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu

ul. Czerwonego Krzyża 5/9, 50-345 Wrocław, tel. (71) 371 58 10  
adres e-mail: sekretariat@rckik.wroclaw.pl; www.rckik.wroclaw.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TO w Głogowie	ul. Kościuszki 15, 67-200 Głogów	76 831 45 48	glogow@rckik.wroclaw.pl
TO w Legnicy	ul. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica	76 721 16 88	legnica@rckik.wroclaw.pl
TO w Lubinie	ul. Bema 5, 59-300 Lubin	76 746 88 70	lubin@rckik.wroclaw.pl

## Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze

ul. Zyty 21, 65-046 Zielona Góra, tel. (68) 329 83 60  
adres e-mail: dyrekcja@rckik.zgora.pl; www.rckik.zgora.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
OT w Żaganiu	ul. Kolejowa 88, 68-100 Żagań	68 367 10 43	dyrekcja@rckik.zgora.pl
OT w Żarach	ul. Skarbowska 2, 68-200 Żary	68 363 66 05	
OT w Międzyrzeczu	ul. Konstytucji 3 Maja 24, 66-300 Międzyrzecz	95 742 00 32	
OT w Gorzów Wlkp	ul. Dekerta 1, 66-400 Gorzów Wielkopolski	95 722 92 49	
OT w Sulęcinie	ul. Dudka 15, 69-200 Sulęcín	95 755 95 57	

## Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

ul. Koszykowa 78, 00-671 Warszawa, tel. 261 845 066  
adres e-mail: sekretariat@wckik.pl; www.wckik.pl

Oddział Terenowy	Adres	Telefon	Adres e-mail
TS w Bydgoszczy	ul. Powstańców Warszawy 5, 85-915 Bydgoszcz	261 417 242	bydgoszcz@wckik.pl
TS w Ełku	ul. Kościuszki 30, 19-300 Ełk	510 149 397	elk@wckik.pl
TS w Gdańsku	ul. Polanki 117, 80-305 Gdańsk	663 600 382	gdansk@wckik.pl
TS w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3, 30-950 Kraków	261 138 290	krakow@wckik.pl
TS w Lublinie	Al. Raclawickie 23, 20-049 Lublin	261 183 256	lublin@wckik.pl
TS w Szczecinie	ul. Piotra Skargi 8, 71-422 Szczecin	261 455 643	szczecin@wckik.pl
TS we Wrocławiu	ul. Rudolfa Weigla 5, 53-115 Wrocław	261 660 145	wroclaw@wckik.pl
ZM w Warszawie	ul. Szaserów 128, 04-349 Warszawa	261 816 221	warszawa@wckik.pl

## Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel. 22 508 12 10, 572 069 942  
adres e-mail info@ckikmswia.pl

## Instytut Hematologii i Transfuzjologii

ul. Indiry Gandhi 14, 02-776 Warszawa, tel. 22 349 61 00  
adres email: sekihit@ihit.waw.pl; www.ihit.waw.pl

## Narodowe Centrum Krwi

ul. Miodowa 1, 00-080 Warszawa, tel. 22 556 49 00  
adres e-mail: nck@nck.gov.pl; www.gov.pl/nck



## Notatki