

Działalność UCK (2008-2016)

Na koniec 2007 r. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne wypracowało 248,6 mln zł przychodów ze sprzedaży, nie pokrywając poniesionych kosztów, co wygenerowało 33,6 mln zł straty i 206,8 mln zł przeterminowanych zobowiązań, przy udziale 3479 pracowników z całkowicie wykorzystaną infrastrukturą oraz zużytym sprzętem i wyposażeniem. Koszty obsługi wyżej wymienionego zadłużenia przekraczały 15 mln zł i były z roku na rok wyższe. Taki start w 2008 r. wyraźnie wskazywał na pilną potrzebę naprawy w pierwszej kolejności finansów Szpitala, gdyż osiągnięto tzw. masę krytyczną zarządzania i kontroli środków pieniężnych, a tym samym normalnej pracy i realizacji zadań statutowych. Wcześniejsze samodzielne próby wprowadzenia planu zmian i ratowania sytuacji oraz różnego rodzaju ustawowe programy nie przyniosły oczekiwanych efektów. Dlatego w 2008 r. nowo wybrany rektor AMG prof. Janusz Moryś podjął wyzwanie i pomógł Szpitalowi odwrócić bieg wydarzeń.

Po wielu spotkaniach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Finansów i Skarbu uzyskaliśmy szansę pozyskania od Agencji Rozwoju Przemysłu S.A. oprocentowanej pożyczki na przeprowadzenie procesu restrukturyzacji. W 2009 r. rozpoczęto w UCK prace nad planem restrukturyzacji, które zakończono wdrożeniem planu restrukturyzacji zarekomendowanego przez PwC, zaakceptowanego przez Senat GUMed i realizowanego w oparciu o umowę z Agencją Rozwoju Przemysłu S.A. Program restrukturyzacji obejmował działania w zakresie:

- zmiany struktury organizacyjnej
- optymalizacji zatrudnienia
- poprawy planowania i organizacji pracy
- poprawy efektywności funkcji wydzielonych
- redukcji kosztów leków i materiałów medycznych
- restrukturyzacji finansowej.

Dodatkowo zostaliśmy zobowiązani przez firmę doradczą PwC, działającą na zlecenie ARP do opracowania strategii działania od 2011 do 2016 r. oraz przygotowania założeń optymalizacji rozliczeń finansowych z GUMed. W ramach poszczególnych inicjatyw oszacowane zostały potrzebne środki finansowe na wdrożenie planu restrukturyzacji i jego działań szczegółowych, na które otrzymaliśmy pożyczkę w wysokości 110 mln zł, rozłożoną najpierw na 7, a potem na 10 lat spłaty. Działania rozpoczęliśmy od analizy danych i ich oceny, a następnie krok po kroku wprowadzaliśmy zmiany.

Regulamin Wynagradzania i Pracy były dokumentami zderegulowanymi i nieaktualnymi. Zawierały nieczytelne w ujęciu motywowania regulacje, często przewidujące kilkukrotne wynagradzanie za to samo. Głównym nośnikiem pieniędzy w systemie wynagradzania był czas. Obowiązujący system premiiowy był nieczytelny i nieadekwatny do potrzeb zarządczych. W Szpitalu funkcjonowało 8 organi-

zacji związkowych, będących w permanentnym konflikcie z władzami. Koszty zatrudnienia w Szpitalu w całości były stałe – nie zależały od przychodów UCK. Na indywidualny poziom zarobków nie miała wpływu efektywność pracowników, a tym bardziej zrozumienie mechanizmów finansowych. Znaczny przerost zatrudnienia szczególnie silnie oddziaływał na wyniki UCK, gdyż udział kosztów osobowych w całości kosztów operacyjnych Szpitala wynosił 58%.

W celu zwiększenia efektywności organizacyjnej, medycznej i kosztowej funkcjonowania klinik połączono: Klinikę Pulmonologii z Kliniką Alergologii, Klinikę Otolaryngologii z Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, I Klinikę Chorób Serca z II Kliniką Kardiologii.

UCK prowadziło działalność medyczną w 49 starych budynkach, z niewielką ilością komputerów i oprogramowaniem napisanym wiele lat temu przez zespół informatyków. Zwiększona ilość realizowanych świadczeń medycznych, a także ich skomplikowany i interdyscyplinarny charakter, wymagały zmiany zarówno infrastruktury, sprzętu, wyposażenia, jak i systemu informatycznego. Wymiana wszystkich programów medycznych działających w UCK oraz wprowadzenie jednego homogenicznego i wystandaryzowanego systemu, były działaniami szalenie trudnymi, ale pozwoliły sprawnie obsługiwać procesy medyczne w coraz prężniej działającym ośrodku. Stworzenie elektronicznego rekordu pacjenta, w którym przechowywana jest historia wszystkich pobytów i diagnostyki danego pacjenta, otworzyło nowe możliwości terapeutyczne i naukowe. Należy pamiętać, że zmiana systemu informatycznego nie mogłaby zaistnieć bez zmian w infrastrukturze sieciowej. Za zgodą rektora Morysia, UCK przejęło zarządzanie całą siecią znajdującą się na terenie Szpitala. Pozwoliło to na zwiększenie bezpieczeństwa przechowywania danych pacjentów, a także zapewniło możliwość dalszej rozbudowy niezbędnej infrastruktury.

Kolejnym elementem programu byli pracownicy, gdzie kilkuset lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych pracowało na niepełnych etatach, dzieląc zatrudnienie w UCK pomiędzy pracą w GUMed. Równoległe zatrudnienie w obu instytucjach na podstawie umów o pracę wiązało się z niemożnością prawidłowego realizowania obowiązków pracowniczych wynikających z kodeksu pracy. Głównym problemem było prawidłowe, tj. odpowiadające rzeczywistości ewidencjonowanie czasu pracy oraz satysfakcjonujące wynagrodzenie.

W grupie pielęgniarek i położnych wyższe wykształcenie kierunkowe posiadała niespełna 50 osób, podobnie niesatysfakcjonująco przedstawiała się liczba pracowników po specjalizacji pielęgniarskiej. W grupie tej notowaliśmy znaczną fluktuację oraz wysoki poziom nadgodzin w związku z brakiem elastycznych rozwiązań, które kompensowałyby zmienne zapotrzebowanie na zasoby. W pozostałych

zawodach medycznych Szpital zatrudniał zbyt wielu pracowników, często o nie najwyższych kwalifikacjach. Głównym problemem było rozproszenie zasobów dedykowanych do konkretnych zadań w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala – brak możliwości zamian i efektu synergii.

Kluczowym obszarem działalności pomocniczej realizowanej w UCK własnymi zasobami personelu niższego było sprzątnięcie i transport wewnętrzny. Przy braku efektu specjalizacji i skali działania (charakterystycznego dla firm specjalizujących się w danej dziedzinie) funkcja ta była w UCK realizowana nieefektywnie – 90% kosztów stanowiły koszty osobowe przy zatrudnieniu ponad 400 osób.

Do końca 2013 r. przeprowadziliśmy działania określone w planie restrukturyzacji:

- zredukowaliśmy zatrudnienie, dokonaliśmy zmian form współpracy z lekarzami specjalistami zatrudnionymi w GUMed
- wydzieliliśmy także na zewnątrz struktury UCK funkcje pomocnicze przewidziane w Planie w trybie przejścia pracowników w oparciu o art. 23(1) Ustawy Kodeks Pracy z 26 czerwca 1974 r.
- uporządkowaliśmy organizację pracy, co w sposób znaczący ograniczyło koszty dyżurów i praktycznie wyeliminowało nieuzasadnione godziny nadliczbowe (spadek poziomu nadgodzin o 85%)
- połączyliśmy i zoptymalizowaliśmy działalność wielu klinik
- wdrożyliśmy systemy informatyczne umożliwiające bieżące analizy i wyższą sprawność rozliczeń z płatnikiem, a tym samym lepszą zapłatę za wykonane usługi
- zmieniliśmy Regulamin Pracy i Regulamin Wynagrodzenia, uzyskując zwiększenie średnich wynagrodzenia grup specjalistów i ich optymalizację oraz samoregulację przy podnoszeniu kwalifikacji zawodowych
- obniżyliśmy koszty zakupu niektórych materiałów, zużycia leków, diagnostyki i usług wykonywanych przez zewnętrzne podmioty na rzecz UCK
- zawarliśmy porozumienia z wierzycielami spłacając zaległości, tworząc nowe warunki współpracy, odrazać terminy spłat i koszty obsługi zadłużenia.

Działania w programie restrukturyzacji miały na celu poprawę efektywności UCK poprzez m.in. redukcję kosztów osobowych, wynikającą z: trwałej redukcji etatów (277 etatów) oraz zmian form zatrudnienia pracowników akademickich GUMed (125 etatów) – uelastycznienie zasobów. Działania skupiały się także na poprawie planowania pracy struktur medycznych – eliminacji nadgodzin oraz obniżenia kosztów dyżurów medycznych. Przewidziano redukcję kosztów realizacji funkcji higieny (sprzątnięcia) oraz transportu wewnętrznego poprzez przejście tej funkcji przez zewnętrzną firmę (około 310 etatów) oraz redukcję 94 etatów. Szpital dokonał outsourcingu wszelkich usług wykonywanych dziś przez wyspecjalizowane do tego firmy jak: sprzątnięcie, prace porządkowe w terenie, transport zewnętrzny

i wewnętrzny, pralnicze, żywienia, ochrony, prawnicze i inne pomniejsze. Pozostawił natomiast takie, które w połączeniu z działalnością podstawową rozwijają się: diagnostykę radiologiczną i laboratoryjną, aptekę, badania kliniczne, sterylizację oraz szkołę rodzenia.

Niezależnie od działań określonych programem restrukturyzacji w 2011 r. we współpracy z niezależnym doradcą PwC opracowana została strategia dla UCK na lata 2011-2016, określająca kierunki dalszego rozwoju w zakresie:

- polityki ekonomizacji decyzji inwestycyjnych, która zapewni infrastrukturę właściwą do potrzeb Szpitala, sprzęt i wyposażenie stosownie do kosztów jej utrzymania i możliwości wykorzystania
- polityki zatrudniania, która zapewni odpowiednie planowanie i monitorowanie kosztów osobowych w perspektywie długofalowej
- polityki wynagradzania, która zapewni ekwiwalentność świadczeń poprzez motywowanie do poprawy wyników
- polityki planowania zrównoważonych przychodów i kosztów na kolejne lata, opartej na właściwych analizach biznesowych.

Bez wątpliwości największym wyzwaniem i osiągnięciem Rektora było pozyskanie środków finansowych i rozwinięcie działalności klinik zabiegowych w nowym budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej (CMI). Inwestycja, na którą wszyscy bardzo czekali, została oddana do użytku w 2012 r. CMI to nie tylko możliwość leczenia chorych w warunkach europejskich, przy zapewnieniu wysokiego komfortu i bezpieczeństwa, ale także platforma rozwoju najnowocześniejszych technologii i technik terapeutycznych. Inwestycja umożliwiła również poprawę warunków kształcenia studentów w oparciu o nowoczesne pracownie i zaplecze dydaktyczne. Mnogość rozwiązań elektronicznych kontrolujących systemy Szpitala, to nie tylko bezpieczeństwo, ale i wygoda użytkownika. Dzięki sprawnemu procesowi inwestycyjnemu udało się stworzyć taką konstrukcję budynku, który zarówno ładnie wygląda, jest nowoczesny, ale również efektywny kosztowo. Koszty eksploatacyjne nowej inwestycji są porównywalne ze starą infrastrukturą, a jeżeli chodzi o zużycie mediów, to mimo znaczącego zwiększenia liczby urządzeń elektrycznych i większego komfortu termalnego, koszt utrzymania m² jest niższy niż w pierwotnej lokalizacji klinik.

Po 4 latach użytkowania wiemy, że odejście od zabudowy pawilonowej na rzecz jednej zwartej konstrukcji z większą liczbą klinik zabiegowych szpitala wraz z niezbędnym zapleczem, dała możliwość centralizacji procesów medycznych i logistycznych, a także pozwoliło w efektywniejszy sposób prowadzić hospitalizację. CMI to więcej niż nowoczesny budynek, to znak rozpoznawczy UCK i GUMed jako wiodących podmiotów w kraju.

Strategia władz GUMed i UCK w zakresie infrastruktury, mająca na celu centralizację funkcji medycznej, przełożyła się również na funkcjonowanie klinik pediatrycznych. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu Rektora udało się >>

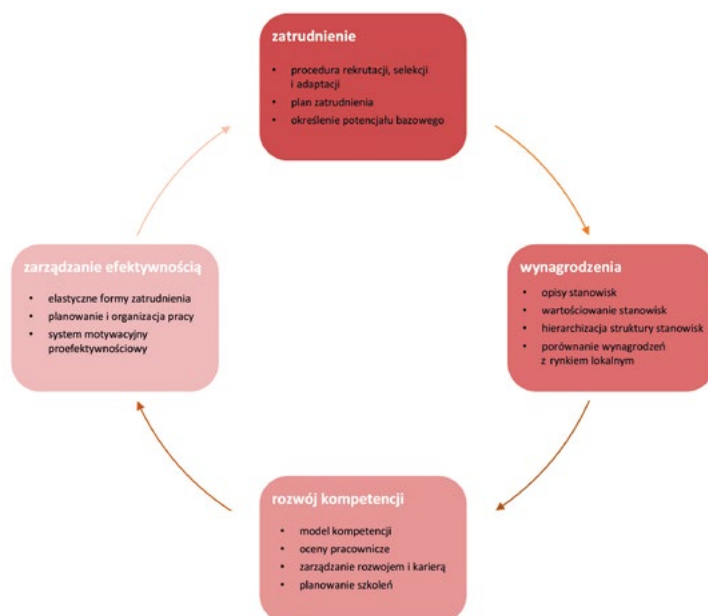


Ryc. 1. Obszary strategiczne ZLL

► zrealizować kompleksową modernizację budynku 2 i 3 na potrzeby klinik dziecięcych, co dało możliwość efektywniejszego i bezpieczniejszego leczenia w przyjaznym otoczeniu. Centralizacja działalności pediatrycznej w budynkach 12, 2 i 3 to możliwość lepszej współpracy klinik w leczeniu małego pacjenta z wieloma schorzeniami, szybsza diagnostyka i dostęp do specjalistów innych dziedzin w ramach jednego zespołu budynków.

Główną linię orientacyjną w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi wytyczył cel ze strategii biznesowej dotyczący zasobów ludzkich, ukierunkowany na motywację na poziomie wynagrodzenia, możliwości rozwaju pracowników (retencja i stabilizacja zasobów) oraz identyfikacji z celami firmy – wykorzystanie efektu synergii wspólnych celów pracodawcy i pracowników.

W nawiązaniu do celu strategicznego odnoszącego się do pracowników, określiliśmy cztery obszary na poziomie funkcjonalnym, tworząc strategię zarządzania zasobami ludzkimi Szpitala.



Ryc. 2. Działania strategiczne w obszarze ZLL

Zarządzanie efektywnością pracy polegało m.in. na następujących działaniach:

- wypracowanie we współpracy z GUMed modelu planowania i zarządzania zatrudnianiem pracowników akademickich oraz optymalizacji i uelastycznienia form ich zatrudnienia
- optymalizację wykorzystania obowiązujących zapisów regulaminowych w kwestii wynagrodzenia zmiennego
- zmianę regulaminu premiowania w ramach nowego Regulaminu Wynagradzania poprzez usankcjonowanie systemu podziału opartego o wynik finansowy EBITDA jednostek organizacyjnych oraz wdrożenie systemu zarządzania przez cele (tzw. koncepcja MBO) na wybranych stanowiskach i uzależnienie wysokości premii od realizacji celów z MBO (np. zadanego poziomu realizacji kontraktów z NFZ).

W ramach systemu ISO (*ang. International Organization for Standardization*) oraz akredytacji Centrum Monitorowania Jakości wprowadziliśmy także procedury jednoznacznie opisujące proces kadrowy, w ramach których w formie zapisów systemowych, ujednoliliśmy dokumentację kadrową (umowy, wnioski itp.).

Dodatkowo opracowaliśmy w 2011 r. zasady prowadzenia działalności konkurencyjnej przez nasz personel medyczny. Do września 2014 r. objęliśmy umowami o zakazie konkurencji wszystkich lekarzy etatowych i kontraktowych oraz pozostałych pracowników i kontraktowców z innych grup zawodowych. Przyjęta konstrukcja przewiduje możliwość uzyskania zgody na równoległą działalność pod warunkiem, że Zarząd UCK uzna, że nie narusza ona interesów Szpitala.

W latach 2013-2014 wdrożyliśmy nowy, zintegrowany z pozostałymi systemami szpitalnymi, informatyczny system kadrowo-płacowy, a w 2016 r. zamierzamy zakończyć wdrożenie portalu pracowniczego, pozwalającego na uzyskanie *online* wszystkich niezbędnych informacji o zatrudnieniu, urlopach i zarobkach.

Konsekwentne i sformalizowane działania w obszarze współpracy ze związkami zawodowymi oraz transparentność podejmowanych decyzji, znacznie ograniczyło aktywność w organizowaniu różnych akcji przez organizacje związkowe, które zaangażowały się w proces współtworzenia nowych wewnętrznych aktów normatywnych. Od pierwszego półrocza 2014 r. formalnie działają tylko 3 związki zawodowe, skupiające w swoich szeregach mniej niż 30% pracowników.

Opracowaliśmy zasady tworzenia planu zatrudnienia, który został przygotowany i zatwierdzony w IV kwartale 2014 r. W Regulaminie Wynagradzania wyróżniliśmy kadre specjalistyczną, stanowiącą potencjał bazowy w obszarze medycznym i administracyjnym. Opracowaliśmy arkusz i procedurę okresowej oceny kompetencji zawodowych, którą przeprowadzamy cyklicznie od października 2014 r., a także arkusz satysfakcji zawodowej pracownika, który prowadzimy od września 2014 r. za pośrednictwem porta-

lu internetowego. Stosujemy również system zachęt, aktywizujący rozwój zawodowy w formie finansowanych, bądź dofinansowanych szkoleń specjalizacyjnych lub studiów uzupełniających. Udzielamy także urlopów szkoleniowych, urlopów za osiągnięte wyniki w nauce oraz urlopów celowych na przygotowanie się do egzaminów specjalizacyjnych.

Konsekwentnie prowadzona od kilku lat prewencja w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy spowodowała znaczny spadek zdarzeń kwalifikowanych jako wypadki przy pracy w UCK (blisko 100 w 2008 r. – 10 mniej niż 10 rocznie w latach 2013-2015). Wpłynęło to na znaczące obniżenie wysokości składki wypadkowej 1,47%, tj. 1.587 tys. zł w 2012 r., 1,2%, tj. 1.306 tys. zł w 2014 r. oraz 1,08%, tj. 1.176 tys. zł w 2015 r.

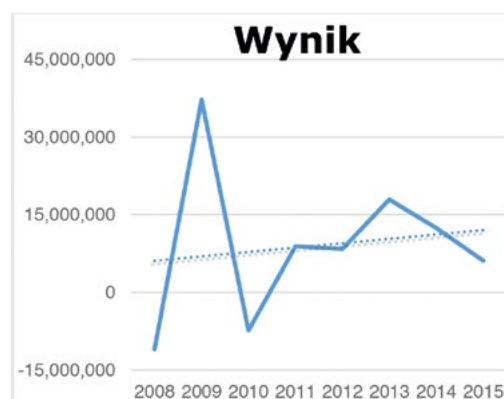
Na dzień 31 grudnia 2015 r. współpracowaliśmy w ramach kontraktów z 569 lekarzami, 192 pielęgniarkami i położnymi oraz 90 przedstawicielami innych zawodów medycznych. Łącznie w UCK przy realizacji świadczeń medycznych zaangażowanych było ponad 600 specjalistów różnych dziedzin. Spełnialiśmy wszystkie wymogi dotyczące ich kwalifikacji i kompetencji, których wymaga NFZ lub które wynikają z przepisów prawa. Nasza kadra specjalistyczna posiada najwyższe kwalifikacje, których gwarantem jest GUMed. Dodatkowo pracę specjalistów wspierało 289 lekarzy rezydentów odbywających w UCK szkolenie specjalizacyjne. W 2015 r. zatrudnialiśmy 1109 pielęgniarek i położnych na etatach i 192 na kontraktach. Liczba pielęgniarek i położnych na etatach z wykształceniem wyższym wzrosła w ciągu 6 lat sześciokrotnie, tj. z 80 na początku 2011 r. do 570 na początku 2016 r. Struktura wieku przedstawia się korzystnie na tle kraju i innych jednostek szpitalnych: do 35 lat – 19%, do 45 lat – 46%, powyżej 45 lat – 35% i jest odpowiednia (tylko 10% pielęgniarek nabędzie uprawnienia emerytalne w najbliższych 5 latach).

GUMed pod kierunkiem Rektora nie tylko realizował nowe inwestycje, ale również wykorzystywał możliwości rozwoju poprzez inne formy uzyskania majątku. Przejęcie działalności Szpitala Studenckiego pozwoliło rozwinąć 12-łóżkowy oddział rehabilitacji w ponad 40-łóżkowy prężnie działający ośrodek rehabilitacyjny z szerokim wachlarzem usług. Utworzenie Centrum Urazowego, Kliniki Ortopedii, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego to przede wszystkim realizacja strategii kompleksowego leczenia pacjentów, a także możliwość lepszego wykorzystywania wysokospecjalistycznych łóżek. Przyniosła efekty zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i ekonomicznym. Wraz z przejęciem Szpitala Studenckiego wzmocniliśmy działalność o medycynę pracy oraz podstawową opiekę zdrowotną (POZ).

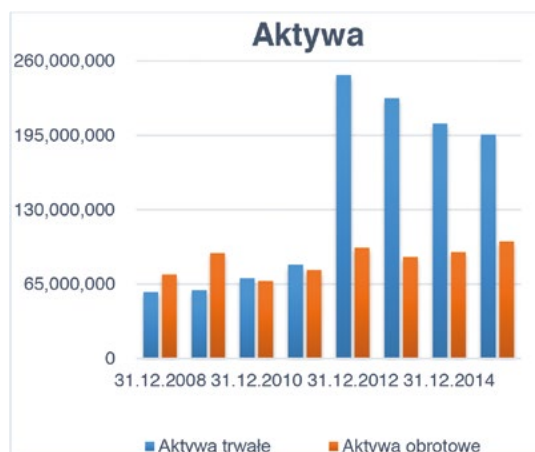
Wszystkie te działania doprowadziły do zrealizowania założeń programu restrukturyzacji oraz wytyczonych kierunków strategii, dając następujące efekty:



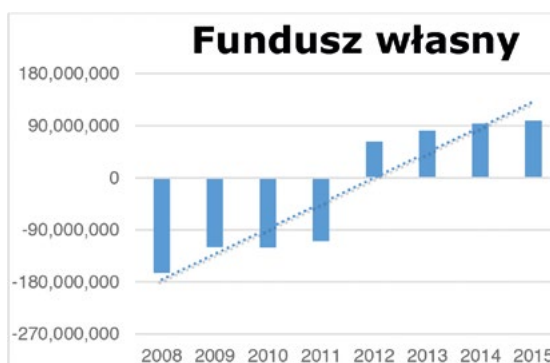
Ryc. 3. Przychody z sprzedaży w latach 2008-2015



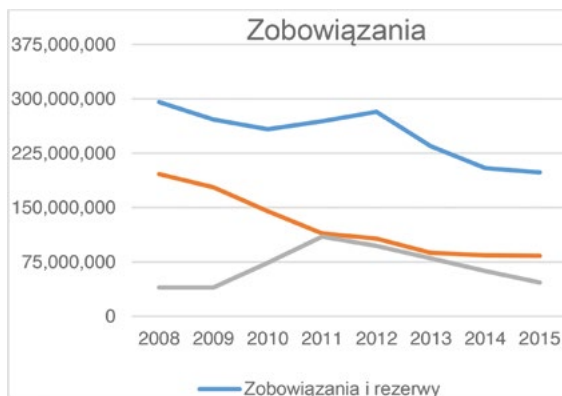
Ryc. 4. Wynik finansowy w latach 2008-2015



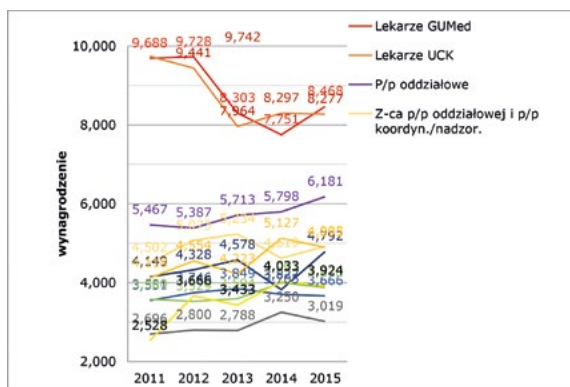
Ryc. 5. Aktywa w latach 2008-2011



Ryc. 6. Fundusze własne



Ryc. 7. Zobowiązania i rezerwy



Ryc. 8. Zmiana wysokości wynagrodzenia w poszczególnych grupach zawodowych w latach 2011-2015

►► **Tab. 1. Wskaźniki**

Wartości referencyjne
1%
1%
Pokrycie zobowiązań krótkoterminowych majątkiem obrotowym; wartość referencyjna 1-2
Pokrycie zobowiązań krótkoterminowych należnościami i środkami pieniężnymi; wartość referencyjna 0,5-1
Wartość referencyjna powyżej 100%
Stosunek zobowiązań do wartości majątku; wartość referencyjna poniżej 0,8
Średni czas regulowania zobowiązań w dniach – 60 dni

Systematyczny wzrost wartości przychodów ze sprzedaży, średniorocznie w latach 2008-2015 na poziomie 9%, pozwolił na zwiększenie wykorzystania potencjału UCK, wzrost pokrycia kosztów stałych oraz na przejście od generowania strat do stabilizacji rocznych zysków na poziomie kilku milionów złotych.

Na powyższe wpływ miała także realizacja programu restrukturyzacji, spadek kosztów związanych z nieterminowym regulowaniem zobowiązań, informatyzacja procesów oraz koncentracja dużej części działalności w nowym budynku CMI.

Rentowność przychodów netto w latach 2008 i 2010 była ujemna, wzrosła i ustabilizowała się na poziomie 2% w latach 2011-2015. To dobry wynik szczególnie, że nie mamy wpływu na ceny wykonywanych usług ani na działanie płatnika.

Analogicznie rentowność majątku z wartości ujemnych wzrosła i ustabilizowała się na poziomie 2-4%. Wskazuje to na odtworzenie majątku przez wyposażenie w nową aparaturę i sprzęt.

Zaciągnięta w latach 2010-2011 w ARP pożyczka długoterminowa pozwoliła na spłatę przeterminowanych zobowiązań handlowych oraz obniżenie kosztów odsetek i kosztów windykacyjnych. Szpital nie ma spraw sądowych ani zajęć komorniczych.

Przekazanie Szpitalowi wyposażenia CMI i związane z tym podwyższenie kapitałów własnych UCK spowodowało ustabilizowanie źródeł finansowania i znacząco poprawiło strukturę bilansu. Nastąpiła wyraźna poprawa płynności i stabilności finansowej, wskaźnik płynności bieżącej z poziomu 0,5 w 2009 r. i 2010 r. wzrósł do poziomu 1-1,1 w 2013 r. i 2014 r. oraz 1,2 w 2015 r. to jest do poziomu przyjętego za prawidłowy. Podobnie wskaźnik płynności szybkiej uległ w omawianym okresie znaczącej poprawie rosnąc z poziomu 0,5 do 0,9-1.

Pokrycie, finansowanie majątku trwałego kapitałami stałymi z wartości ujemnych (duże ujemne kapitały własne, finansowanie zobowiązaniami krótkoterminowymi) w latach 2008-2010 osiągnęło w latach 2013-2015 poziom 100%. Wskaźnik zadłużenia majątku z poziomu 2 w latach 2008-2010 (wartość zobowiązań 2 razy większa od wartości majątku) obniżył się do poziomu 0,7 w latach 2013-2015. Rotacja zobowiązań krótkoterminowych zmalała z 170 dni w 2009 r. do 50 dni w latach 2014-2015 znacząco ułatwiła współpracę z dostawcami – nastąpiła poprawa warunków dostaw i wyeliminowano odsetki za nieterminowe płatności. Na koniec 2015 r. UCK nie posiadało zobowiązań przeterminowanych, po raz pierwszy w historii tego Szpitala.

Szpital, realizując konsekwentnie swoją strategię rozwoju, buduje silną markę, opierając się na potencjale zatrudnionych specjalistów. Istotne jest również prowadzenie działań jakościowych, potwierdzonych certyfikatami w obszarze zarządzania procesami całego przedsiębiorstwa, bezpieczeństwa pracy, ochrony środowiska, diagnostyki, a także uzyskana akredytacja według standardów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zrealizowane i kontynuowane działania strategiczne, a także naprawcze, wynikające z zakończonego z sukcesem programu restrukturyzacji pozwoliły UCK uzyskać status lidera wśród polskich szpitali klinicznych oraz lidera na pomorskim rynku świadczeń medycznych. UCK jest drugim co do wielkości powierzchni infrastruktury oraz ilości zakresów działalności szpitalem klinicznym w Polsce. Jest jednak jednym z nielicznych szpitali uniwersyteckich odnotowujących dodatni wynik bilansowy przy jednoczesnym utrzymywaniu stabil-

nej sytuacji płynnościowej. Wolumen przychodów Szpitala ponad 0,5 mld zł wyróżnia nasz Szpital na tle lokalnych i krajowych jednostek szpitalnych. Niespotykany w skali województwa poziom rozliczanych co roku nadwykonań z tytułu świadczeń nielimitowanych (stałe rosnąca liczba porodów, mimo negatywnego trendu demograficznego) oraz związanych z leczeniem nowotworów, a także dłuższa niż w innych placówkach kolejka oczekujących na planową hospitalizację pokazuje, iż UCK jest miejscem najbardziej oczekiwanym wśród pacjentów. Zmiana zasad finansowania świadczeń wg koncepcji pieniędzy podążających za pacjentem z pewnością spowodowałaby dalszy wzrost przychodów Szpitala UCK. Szpital, dzięki wydzieleniu z systemu płacowego lekarzy specjalistów (zmiana formy zatrudnienia z etatów na kontrakty pro-przychodowe i pro-wynikowe), gwarantuje im konkurencyjny poziom wynagrodzeń, rosnących wraz z większym nakładem pracy i zwiększającymi się przychodami. Nasza placówka, dzięki

wprowadzeniu korekty w systemie wynagrodzeń, jako jedyna w regionie praktycznie nie zmagająca się z problemem fluktuacji w grupie pielęgniarek i położnych. Konsekwentne wpieranie rozwoju zawodowego tej grupy poprzez stosowanie opisanych wyżej mechanizmów (subsydiowania edukacji na poziomie uniwersyteckim i w obszarze zawodowym), korespondujących z rozwiązaniami płacowymi, zapewnia nam stabilizację i umożliwia pozyskiwanie młodych absolwentów. Możemy ze spokojem przygotowywać się do wymiany pokoleniowej, która rozpocznie się w ciągu następnych 10 lat.

Kontynuacja działań w kluczowych obszarach wynikających ze strategii rozwoju, konsekwentne i spójne z polityką GUMed zarządzanie Szpitalem, a także rozwijanie kompetencji zespołu pracowników i współpracowników UCK, przyczyni do osiągnięcia dalszych sukcesów.

mgr Ewa Książek-Bator,
dyrektor naczelna UCK

PASD po raz pierwszy w Warszawie

Wielospecjalistycznemu planowaniu i leczeniu urazów zębów poświęcona była trzecia edycja Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (PASD), współorganizowana przez Katedrę i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed. Konferencja po raz pierwszy odbyła się w Warszawie w dniach 15-16 kwietnia br. W spotkaniu udział wzięło 220 uczestników.

Podczas tegorocznej konferencji PASD uczestnicy mieli okazję wysłuchać wystąpień znamienitych polskich i światowych ekspertów. Pierwszy dzień obfitował w wiele ciekawych wykładów prezentowanych przez polskich wykładowców: dr Agnieszkę Wal-Adamczak (Warszawa), prof. Katarzynę Emerich (Gdańsk), dr. Michała Sobczaka (Warszawa), prof. Ingrid Różyło-Kalinowską (Lublin), dr Dominikę Gawlak (Warszawa) oraz dr. hab. Pawła Plakwicza (Warszawa), który przedstawił słuchaczom technikę autotransplanacji zębów z niezakończonym rozwojem jako alternatywę dla innych form uzupełniania brakujących zębów. Wszystkie prezentacje omawiały szereg przypadków klinicznych i zdjęć z ich wieloletnich praktyk, co uczyniło wystąpienia niezwykle wartościowymi dla słuchaczy i z pewnością znacznie ułatwiło przyswojenie prezentowanej teorii.

Drugi dzień należał do zagranicznych ekspertów, wśród których nie mogło zabraknąć prof. Larsa Anderssona (Kuwejt), uznanego na świecie specjalisty w dziedzinie urazów zębów, byłego prezesa Międzynarodowego Stowarzyszenia Traumatologii Stomatologicznej, redaktora czasopisma *Dental Traumatology*. W swoim wykładzie Profesor skierował uwagę słuchaczy na istotę odpowiedniego, interdyscyplinarnego planowania leczenia pacjentów w wieku rozwojowym po utracie siekaczy w szczęcie na skutek urazu. Dalej tematykę tę rozwinęli prof. Ewa Czochrowska (Warszawa), skupiając się przede wszystkim na postępowaniu ortodontycznym oraz prof. Monty Duggal (Wielka Brytania)



i dr Peter Day (Wielka Brytania), którzy omówili m.in. technikę odbudowy utraconych zębów, zapewniające najlepsze rezultaty leczenia. Prof. Rita Cauwels (Belgia), opierając się na własnych, jak i na światowych badaniach, zaprezentowała uczestnikom nowe strategie w leczeniu miazgi zębów z niezakończonym rozwojem korzenia, uszkodzonych na skutek urazu, ze szczególnym uwzględnieniem rewitalizacji.

Nowością tegorocznej Konferencji była sesja naukowa, podczas której uczestnicy, w formie kilkuminutowych prezentacji, mogli podzielić się z innymi trudnymi przypadkami z własnej praktyki.

Dwudniowa konferencja Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej po raz kolejny okazała się sukcesem zarówno organizacyjnym, jak i merytorycznym. Towarzyszące każdemu wykładowi gromkie brawa słuchaczy świadczyły o ich zadowoleniu oraz satysfakcji z uczestnictwa w spotkaniu.

prof. Katarzyna Emerich,
kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii
Wieku Rozwojowego