



GAZETA

miesięcznik
GDANSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

AMIG

ISSN 1506-9745

Rok 23

Październik 2013

nr 10 (274)



**INAUGURACJA
ROKU AKADEMICKIEGO
2013/2014**

Z ŻYCIA UCZELNI



Na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i IMMiT immatrykulowano 25 września br. w sali im. prof. Stanisława Hillera 505 studentów pierwszych lat: dietetyki, elektroradiologii, fizjoterapii, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i zdrowia środowiskowego



Ponad 500 studentów I roku Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym uroczystie rozpoczęło studia. 26 września br. zostali immatrykulowani studenci I roku OS, 27 września br. – studenci I roku kierunku lekarskiego i I roku kierunku lekarskiego anglojęzycznego (na zdjęciu)



Na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej immatrykulowano 30 września br. łącznie 180 studentów

W numerze...

Inaugurujemy nowy rok akademicki 2013/2014	3
Przemówienie inauguracyjne Rektora	4
Sytuacja ekonomiczno-finansowa UCK	20
Ranking dydaktyczny	21
Dr M. Jaguszeński w finale	23
Wyniki rekrutacji do GUMed	24
Kadry GUMed i UCK	24
Jak sprawnie zarządzać blokiem operacyjnym?	26
Konferencja o zespole Downa	28
Nowe perspektywy rehabilitacji w UCK	29
Nowi konsultanci krajowi	32
Wybrana do KDBASP	32
Prof. R. Kalisz przewodniczącym	32
Nagroda Prezesa Rady Ministrów	32
90 urodziny prof. K. Leonowicza	33
Nagrodzone publikacje	33
Inauguracja projektu MOBI4Health	34
Tego i tak nikt nie przeczyta	34
Open Access	35
Tajemnice z muzealnej półki	36
Kalendarium rektorskie	37
Praca z GUMed-u o AZS nagrodzona	37
Specjalizacja w psychologii klinicznej	37
Nagroda dla doktorantki	37
Fundacja jest po to, by wspierać potrzebujących	38
Sukces programu „6-10-14 dla Zdrowia”	38
Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów	39
Zmagania lekarzy w siatkówce plażowej	43
Oddanie do użytku zmodernizowanych pomieszczeń UCK	44

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Joanna Słowińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Przemysław Waszak, Tadeusz Skowyrza (red. techn.), współpraca graficzna Sylwia Scisłowska, fot. Zbigniew Wszeborowski.

Adres redakcji: Gazeta AMG: Biblioteka Główna GUMed, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 58-349-14-83; e-mail: gazeta@gumed.edu.pl; www: <http://www.gazeta.gumed.edu.pl>. Drukarnia Wydawnictwa „Bernardinum” Sp. z o.o., Pelplin. Nakład 800 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz władz Uczelni.

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru – 3 zł; w rocznej prenumeracie zagranicznej – 36 USD, pojedynczy numer – 3 USD. Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk
76 10901098 0000 0000 0901 5327

Inaugurujemy nowy rok akademicki 2013/2014

Uroczystość inauguracji nowego roku akademickiego 2013/2014 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się 8 października br. o godz. 10 w Auditorium Primum im. Olgierda Narkiewicza.

Program uroczystości:

- *Hymn państwowy*
- Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Janusza Morysia
- Wystąpienie przedstawicieli władz państwowych i zaproszonych gości
- Immatrykulacja
- *Gaude Mater Polonia*
- Przemówienie przedstawiciela studentów
- Wręczenie dyplomów oraz medali *PRIMUS INTER PARES* wyróżniającym się absolwentom
- Wręczenie odznaczeń
- Wykład inauguracyjny pt. *Nerki – narząd tajemny* wygłosi prof. Bolesław Rutkowski
- *Gaudeamus igitur*

8 października 2013 r. o godz. 19 w Sali Koncertowej Akademii Muzycznej im. St. Moniuszki w Gdańsku odbędzie się koncert z okazji środowiskowej inauguracji roku akademickiego 2013/2013 w województwie pomorskim.

Tradycyjna impreza integracyjna pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego odbędzie się 11 października o godz. 19 w karczmie „Trzy Dęby”. Więcej informacji pod numerem tel. 349-10-14, 349-10-39.

W dniu 3 września 2013 roku zmarł

dr Dariusz PERKOWSKI

starszy wykładowca w Katedrze i Klinice Urologii GUMed. Studiował medycynę na Wydziale Lekarskim AMG uzyskując dyplom lekarza w 1986 r. Pracę na stanowisku asystenta w Katedrze i Klinice Urologii AMG rozpoczął 1 kwietnia 1993 r. Specjalizację drugiego stopnia w zakresie urologii uzyskał w 1995 r. W roku 2001 r. obronił pracę doktorską i z dniem 1 stycznia 2002 r. objął stanowisko adiunkta. Z głębokim żalem pożegnaliśmy oddanego pacjentom lekarza i zastuszonego nauczyciela akademickiego licznych roczników młodzieży.

W dniu 21 września 2013 roku zmarł we Francji

dr Adam IWANIUKOWICZ

absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. Chirurg dziecięcy i neurochirurg, długoletni pracownik naukowy Kliniki Chirurgii Dziecięcej, a następnie Kliniki Neurochirurgii naszej Uczelni, były konsultant wojewódzki ds. neurochirurgii. Lekarz bardzo życzliwy chorym, szczególnie małym pacjentom.

W dniu 23 września 2013 roku zmarła

Krystyna KOWNACKA

wieloletni pracownik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Zatrudniona jako sprzątaczką w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej od 19.02.1972 r. do 3.07.1974 r. oraz od 4.11.1974 r. do 11.03.1982 r.

W dniu 23 września 2013 roku zmarła

piel. dypl. Barbara BIAŁKOWSKA

siostra oddziałowa w Klinice Neurologii Dorosłych, a następnie aż do emerytury w Klinice Neurochirurgii. Sumienna pracownica, wrażliwa na cierpienia pacjentów.

Przemówienie inauguracyjne Rektora



Szanowni Państwo!

Rozpoczynamy 68 rok akademicki w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Jest to rok, w którym nasza Uczelnia znalazła się na 10 miejscu w rankingu uczelni akademickich przeprowadzonym przez tygodnik *Polityka*, osiągając jednocześnie 2 miejsce wśród uczelni medycznych. Nieco gorzej wypadliśmy w ocenie przeprowadzonej przez *Rzeczpospolitą* i portal edukacyjny *Perspektywy*, bowiem

znaleźliśmy się na 12 miejscu wśród wszystkich uczelni akademickich oraz na 4 miejscu wśród uczelni medycznych. Pozycja naszej Uczelni w rankingach zmieniała się w ostatnich latach następująco:

Polityka

- 2013 r. – 10 miejsce na 86 uczelni akademickich – 2 miejsce wśród uczelni medycznych

Diamenty Forbesa

- 2011 r. – 22 miejsce wśród firm, których przychody na koniec roku 2009 wyniosły 5-250 mln zł

Rzeczpospolita i Perspektywy

- 2010 r. – 17 miejsce na 89 uczelni akademickich i 6 wśród medycznych
- 2011 r. – 20 miejsce wśród 90 uczelni akademickich i 5 wśród medycznych
- 2012 r. – 18 miejsce wśród 88 uczelni akademickich i 6 wśród medycznych
- 2013 r. – 12 miejsce wśród 83 uczelni akademickich i 4 wśród medycznych – nagroda specjalna AWANS 2013

Wprost

- 2011 r. – 5 miejsce wśród uczelni publicznych
- 2012 r. – 11 miejsce wśród uczelni publicznych

Pozwólcie Państwo, iż w tym miejscu gorąco podziękuję całą społeczność akademickiej za włożony trud i za sukces, jaki udało nam się osiągnąć.

Jednak na początku chciałbym chwilę poświęcić nauczycielom akademickim oraz pracownikom Uczelni, którzy odeszli od nas w minionym roku akademickim. Wymienię Ich w kolejności, w jakiej te smutne wiadomości docierały do nas.

Spośród pracowników byli to:

- dr Zenon Jakubowski – starszy wykładowca, Zakład Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki Katedry Analizy Klinicznej (†13.10.2012 r.),
- prof. dr hab. Henryk Lamparczyk – profesor, Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej (†16.11.2012 r.),
- dr med. Mariusz Sroka – adiunkt, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży (†21.02.2013 r.),
- dr med. Dariusz Perkowski – starszy wykładowca, Katedra i Klinika Urologii (†3.09.2013 r.).

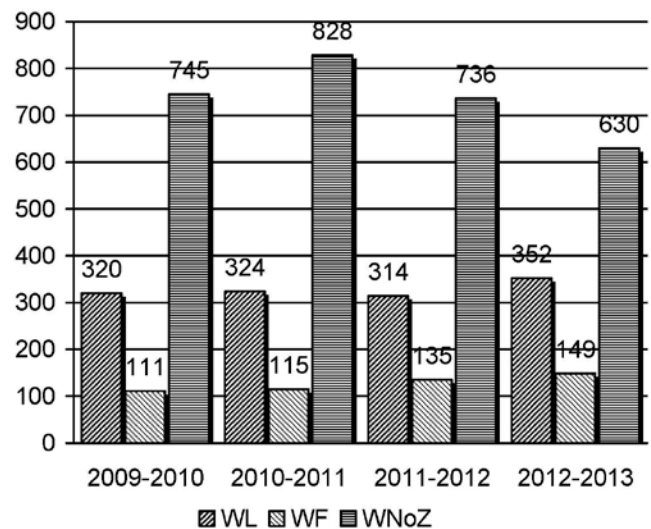
Spośród byłych pracowników byli to:

- mgr Stanisława Kaźmierczak, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu (†9.10.2012 r.),
- lek. Marian Cimaszewski, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Instytut Pediatrii (†28.12.2012 r.),
- dr med. Irena Mielnik-Sawicka, Klinika Chorób Oczu, Instytut Chorób Układu Nerwowego i Narządów Zmysłów (†29.12.2012 r.),

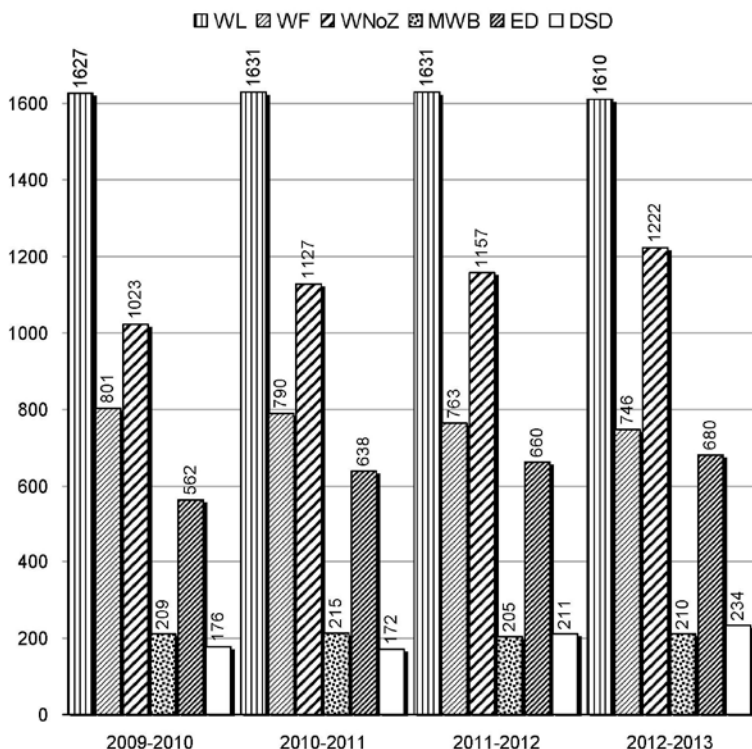
- prof. dr hab. Jerzy Lipiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej (†27.01.2013 r.),
- dr Wanda Dembińska-Migas, Katedra i Zakład Farmakognozji (†2.02.2013 r.),
- dr hab. Józef Zienkiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej (†24.02.2013 r.),
- Helena Weber, strażnik (†1.03.2013 r.),
- Władysława Stefanowicz, kierownik magazynu (†9.03.2013 r.),
- mgr Jerzy Szymendera, Katedra i Zakład Chemii Medycznej (†5.05.2013 r.),
- Bogumiła Jakubowicz, kierownik Sekcji Obsługi Środków Trwałych i Wyposażenia (†16.05.2013 r.),
- dr hab. Jadwiga Gromska, prof. nadzwyczajny, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego (†18.07.2013 r.).

Proszę Państwa o powstanie i uczczenie Ich pamięci chwilą ciszy.

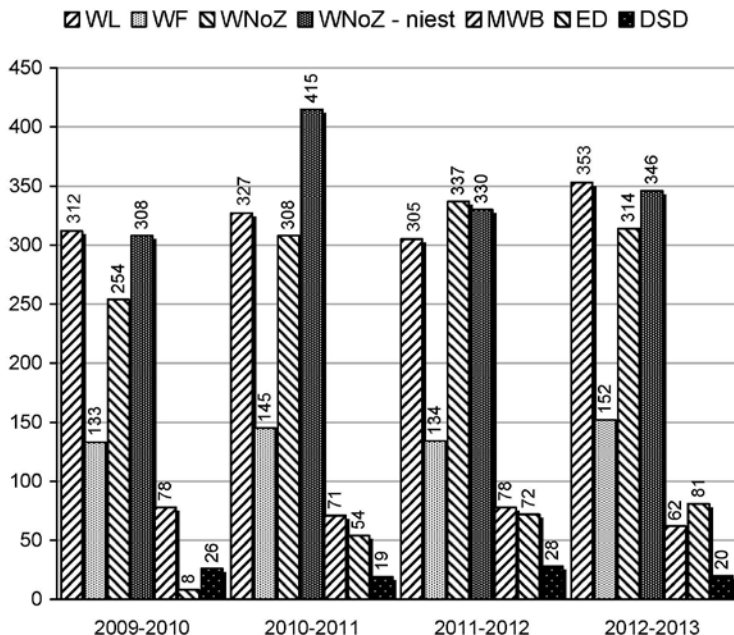
Misją Uczelni jest kształcenie kadr medycznych na najwyższym poziomie oraz wdrażanie nowych technologii w ochronie zdrowia. Aby mogło to być realizowane, niezbędna jest bardzo dobra kadra naukowo-dydaktyczna oraz studenci i kandydaci na studentów. Nadal nie musimy się jeszcze obawiać o kandydatów na studia, bowiem o jedno miejsce na niektóre kierunki w naszej Uczelni starało się po kilkanaście osób. Blisko 34 kandydatów na jedno miejsce ubiegało się o przyjęcie na pierwszy rok studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Oblegany był też kierunek lekarski, na który aplikowało 3750 osób, co stanowi 18 kandydatów na jedno miejsce. Dużym zainteresowaniem cieszyła się farmacja, analityka medyczna i dietetyka. Niepokojące jest jednak małe zainteresowanie kandydatów takimi kierunkami jak zdrowie publiczne i zdrowie środowiskowe. Doprowadziło to do zaniechania prowadzenia w roku akademickim 2013/2014 II stopnia studiów niestacjonarnych zdrowie publiczne oraz II stopnia studiów stacjonarnych zdrowie środowiskowe. Osoby przyjęte na te studia mają możliwość przejścia i rozpoczęcia studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku zdrowie publiczne.



Ryc. 1. Liczba studentów studiów niestacjonarnych. Na Wydziale Lekarskim i Wydziale Farmaceutycznym obserwuje się niewielki wzrost liczby studentów, podczas gdy na Wydziale Nauk o Zdrowiu najkorzystniejszy pod względem liczby studentów był rok 2010/2011, później notujemy już systematyczne zmniejszanie zainteresowania tymi kierunkami studiów



Ryc. 2. Liczba studentów studiów stacjonarnych na poszczególnych wydziałach Uczelni, ED oraz na DSD (Dzienne Studia Doktoranckie). Warto zwrócić uwagę na niewielkie zmniejszenie liczby studentów na Wydziale Farmaceutycznym oraz wzrost liczby studentów na Wydziale Nauk o Zdrowiu



Ryc. 3. Liczba absolwentów na poszczególnych wydziałach Uczelni, ED oraz na DSD (Dzienne Studia Doktoranckie)

Coraz częściej zauważamy dramatyczne zmniejszanie się liczby chętnych na studia niestacjonarne za wyjątkiem kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Jest to zrozumiałe jeżeli weźmiemy pod uwagę niż demograficzny i coraz łatwiejszy dostęp kandydatów do studiów stacjonarnych. W tej sytuacji konieczne staje się dokonanie analizy opłacalności części kierunków prowadzonych na naszej Uczelni. Nastąpi to w październiku br. na najbliższym posiedzeniu Senatu, tak aby pro-

pozycja przedstawiona na następny rok akademicki uwzględniła te niekorzystne trendy. Szczegółowy raport o wynikach tegorocznej rekrutacji prezentowany jest w tym numerze Gazety AMG na stronach 24-25.

DYDAKTYKA

W naszej Uczelni studiuje aktualnie blisko 5850 studentów, kształcąc się na 19 kierunkach studiów stacjonarnych i 13 niestacjonarnych różnych stopni i trybów. Ich nauczaniem zajmuje się 947 pracowników naukowo-dydaktycznych (w tym 28 profesorów zwyczajnych, 80 profesorów nadzwyczajnych, 3 profesorów wizytujących, 383 adiunktów, 252 asystentów i 201 wykładowców, lektorów i instruktorów), 12 pracowników naukowych oraz 747 pracowników niebędących nauczycielami akademickimi. Liczba studentów utrzymuje się na podobnym poziomie na przestrzeni ostatnich lat. Aktualną liczbę studentów i tegorocznych absolwentów przedstawiają ryciny 1-3.

Bez wątpliwości wyzwaniem na najbliższą przyszłość dla wszystkich nauczycieli będzie podnoszenie jakości kształcenia oraz uatrakcyjnienie oferty dydaktycznej. Czekają nas zmiany w nauczaniu praktycznym naszych studentów, co wymagać będzie m.in. opracowania standardów procedur medycznych, które musi znać student kończący uczelnię medyczną, wprowadzenie nauczania na symulatorach medycznych i obiektywizacji zdawania egzaminów praktycznych o typie OSCE (ang. *Objective Structured Clinical Examination*).

Między innymi ma temu służyć ranking dydaktyczny jednostek organizacyjnych naszej Uczelni, w którym znaczącą rolę odgrywają studenci. Wyniki tegorocznego rankingu są opublikowane w aktualnym numerze Gazety AMG na str. 21-23. Oczywiście wzbudzą zapewne sporo dyskusji, tak jak to było na początku wprowadzanego rankingu naukowego, ale jednocześnie będą znaczącym pomocnym narzędziem w przyznawaniu nagród rektorskich dla nauczycieli za działalność dydaktyczną oraz przyznawaniu dodatkowych środków dydaktycznych na zakup pomocy i materiałów dydaktycznych dla najlepszych jednostek Uczelni.

FINANSE UCZELNI

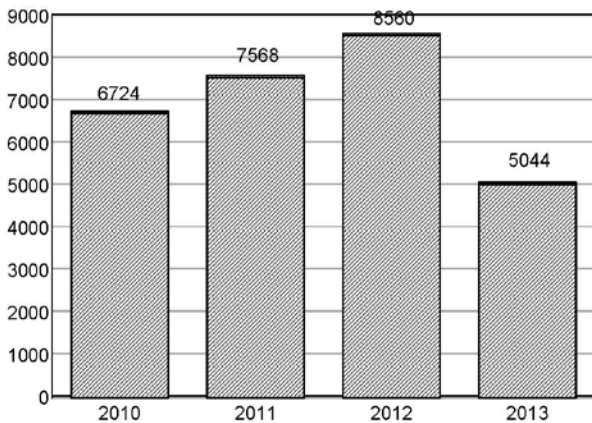
Sytuacja finansowa Uczelni nie przedstawia się źle. Wynik finansowy za rok 2012 został przedstawiony w tabeli 1. Wynik finansowy netto roku 2012 był dodatni (zysk netto) i wynosił +646 606,69 zł; jest to wynik lepszy o 48,2% w stosunku do roku 2011.

Warto przypomnieć, iż jest to pierwszy od wielu lat rok, w którym doszło do zwiększenia wynagrodzenia pracowników o 11,5% dla profesorów tytularnych oraz o 11% dla wszystkich pozostałych pracowników w stosunku do wynagrodzenia podstawowego. Należy wyraźnie podkreślić, że zostało to połączone z ograniczeniem odpisu od podatku z tytułu praw autorskich. Jakież więc będą finalne koszty poniesione przez pracowników naukowo-dydaktycznych okaże się na koniec roku kalendarzowego.

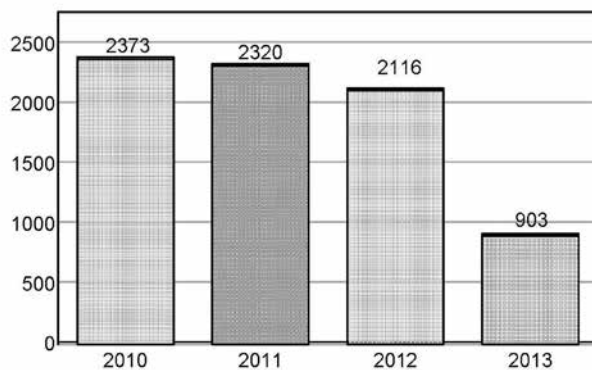
Tabela 1. Koszty działalności dydaktycznej GUMed w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	Poniesione koszty (zł)	
	2011 r.	2012 r.
Osobowy fundusz płac (ofp)	76.026.829,03	77.075.369,45
Narzuty na ofp	16.708.315,31	13.724.234,37
Koszty rzeczowe, w tym: bezosobowy fundusz płac	37.198.561,81 7.009.245,92	41.621.263,97 6.146.270,60
Amortyzacja	9.177.109,09	7.869.665,29
Pozostałe koszty (operacyjne, finansowe)	1.597.232,8	1.932.682,27
RAZEM	140.708.048,04	142.223.215,35

Bardzo niepokojące informacje docierają do Uczelni z Ministerstwa Finansów, które planuje wydanie nakazu przeniesienia kont bankowych do Banku Gospodarki Krajowej. Będzie to powiązane ze znacznymi kosztami, jakie będzie musiała ponieść każda uczelnia oraz co gorsze BGK nie jest przystosowany do naszych systemów informatycznych oraz tzw. masowej obsługi kont. Spowoduje to trudne do przewidzenia problemy oraz znacząco wydłuży czas obsługi dla studentów. Już został złożony przez KRASP oficjalny protest do rządu RP ze zwróceniem uwagi na fakt ingerowania przez planowane zmiany w autonomię uczelni oraz w prawo o zamówieniach publicznych.



Ryc. 4. Liczba cytowań za ostatnie 4 lata. Należy pamiętać, że bieżący rok jeszcze się nie zakończył



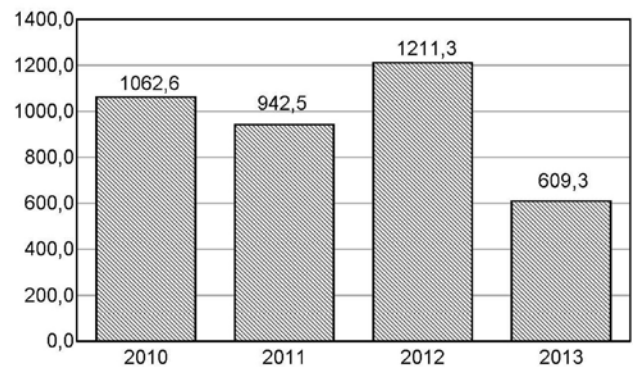
Ryc. 5. Liczba publikacji z afiliacją GUMed. Należy pamiętać, że bieżący rok jeszcze się nie zakończył

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA

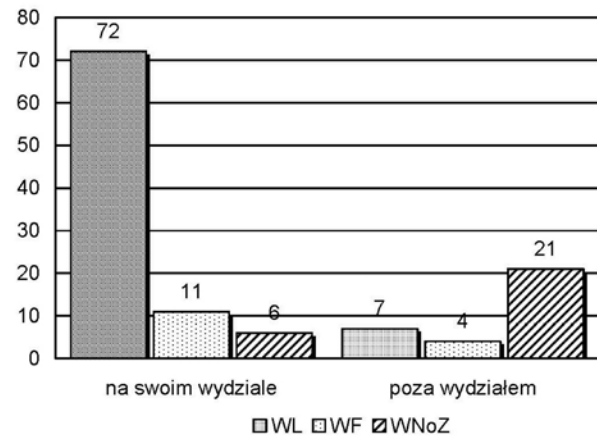
Działalność naukowa zawsze zajmowała znaczące miejsce w aktywności kadry naukowo-dydaktycznej naszej Uczelni, co przekłada się na konkretne wskaźniki nauko-metryczne. Obecnie H-indeks dla całej Uczelni wynosi 87, a liczba cytowań publikacji naszych pracowników sięga 66 301 (ryc. 4, 5, 6).

O rozwoju poszczególnych pracowników naukowo-dydaktycznych świadczy również liczba uzyskanych stopni i tytułów naukowych. Ryciny 7, 8, 9 przedstawiają zestawienie liczby pracowników na poszczególnych wydziałach, którzy uzyskali stopień doktora i doktora habilitowanego oraz tytuł profesora w roku akademickim 2012/2013.

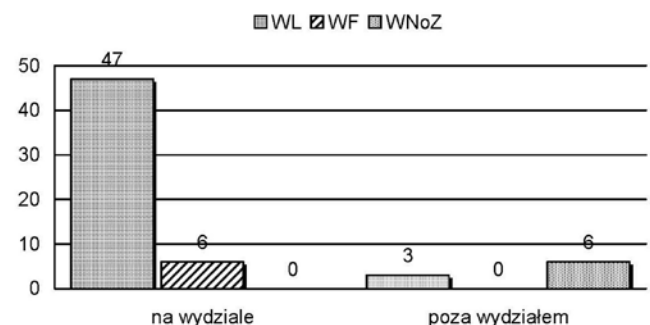
Kolejnym wskaźnikiem opisującym aktywność naukową zespołów badawczych Uczelni jest liczba pozyskanych projektów badawczych oraz związana z nimi wysokość



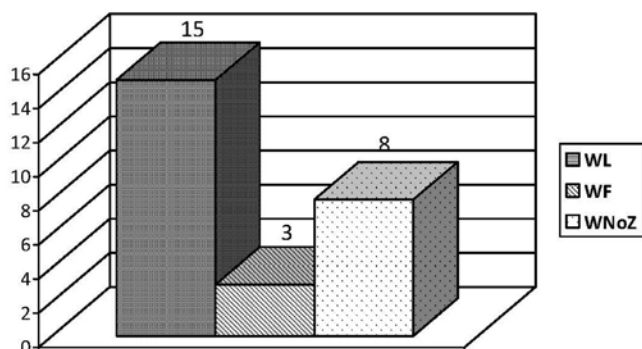
Ryc. 6. Sumaryczny Impact Factor za prace z afiliacją Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Należy pamiętać, że bieżący rok jeszcze się nie zakończył



Ryc. 7. Liczba pracowników GUMed, którzy uzyskali stopień naukowy doktora w okresie od 1.10.2012 – 30.08.2013 r.



Ryc. 8. Liczba pracowników GUMed, którzy uzyskali stopień naukowy doktora habilitowanego w okresie od 1.10.2012 – 30.08.2013 r.



Ryc. 9. Liczba pracowników GUMed, którzy uzyskali tytuł naukowy profesora w okresie od 1.10.2012 – 30.08.2013 r.

Tabela 2. Liczba grantów zagranicznych oraz wysokość przyznanej finansowania

Wydział	Liczba realizowanych grantów	Środki przyznane na realizację grantów
Wydział Lekarski	26	12.483.732,72
Wydział Farmaceutyczny	0	0
Wydział Nauk o Zdrowiu	4	1.359.438,56
MWB	1	636.600,00
RAZEM	31	14.479.771,28

Tabela 3. Liczba grantów krajowych oraz wysokość przyznanej finansowania

Wydział	Liczba realizowanych grantów	Środki przyznane na realizację grantów
Wydział Lekarski	78	19.678.641,00
Wydział Farmaceutyczny	48	11.572.612,00
Wydział Nauk o Zdrowiu	10	1.555.735,00
MWB	11	2.830.966,00
RAZEM	147	35.640.954,00

środków przeznaczonych na badania naukowe. Tabele 2 i 3 przedstawiają liczbę oraz całkowitą kwotę dofinansowania pozyskanych przez naszych pracowników projektów badawczych.

Ranking naukowy

Już od wielu lat prowadzony jest wewnętrzny ranking naukowy jednostek badawczych naszej Uczelni. Dla przypomnienia chciałbym przedstawić, które jednostki przez ostatnie cztery lata należały do ścisłej czołówki najlepszych jednostek naukowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (tabele 4, 5, 6, 7).

Tabela 4. Wartość wskaźnika *Impact Factor* za rok 2010; łączna wartość dla Uczelni: 1062,620

1.	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	160,454
2.	Zakład Nadciśnienia Tętniczego	56,452
3.	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii	53,097
4.	Zakład Biofarmacji i Farmakokinetiki	48,612
5.	Katedra i Zakład Biochemii	43,325
6.	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	37,375
7.	Katedra i Zakład Patomorfologii	37,352
8.	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	36,005
9.	Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	35,900
10.	Zakład Radiologii	35,593

Tabela 5. Wartość wskaźnika *Impact Factor* za rok 2011; łączna wartość dla Uczelni: 942,525

1.	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	78,348
2.	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii	71,894
3.	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii	49,158
4.	Zakład Nadciśnienia Tętniczego	48,631
5.	Katedra i Zakład Biochemii	46,618
6.	Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	44,424
7.	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	37,059
8.	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii	36,867
9.	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	36,402
10.	Zakład Immunologii Klinicznej i Transplantologii	35,323

Tabela 6. Wartość wskaźnika *Impact Factor* za rok 2012; łączna wartość dla Uczelni: 1211,331

1.	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	162,241
2.	Katedra i Zakład Patomorfologii	67,212
3.	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii	61,935
4.	Zakład Nadciśnienia Tętniczego	58,287
5.	I Katedra i Klinika Kardiologii	48,207
6.	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	46,128
7.	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	44,332
8.	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	41,757
9.	Klinika Neurologii Dorosłych	37,539
10.	Katedra i Zakład Biochemii	35,434

Tabela 7. Wartość wskaźnika *Impact Factor* za rok 2013; łączna wartość dla Uczelni: 609,336 (należy pamiętać, że bieżący rok jeszcze się nie zakończył)

1.	Zakład Nadciśnienia Tętniczego	83,298
2.	Katedra i Zakład Biochemii	36,412
3.	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	31,885
4.	Klinika Neurologii Dorosłych	29,162
5.	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	26,274
6.	I Katedra i Klinika Kardiologii	25,208
7.	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	23,987
8.	Zakład Medycyny Nuklearnej	23,520
9.	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	20,694
10.	Zakład Biofarmacji i Farmakokinetiki	20,563

DZIAŁALNOŚĆ KLINICZNA

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Najważniejszą zmianą organizacyjną, która nastąpiła w ubiegłym roku w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym było przejęcie Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych w Gdańsku. Pozwoliło to na rozwinięcie bazy łóżkowej Kliniki Rehabilitacji (str. 29 bieżącego numeru *Gazety AMG*) oraz utworzenie oddziału opieki długoterminowej.

Najważniejsze nagrody i wyróżnienia otrzymane w roku akademickim 2012/2013:

- 10.2012 r. wyróżnienie dla UCK za udane wdrożenie systemu EUREKA w służbie zdrowia;
- 17.11.2012 r. Złota Perła Medycyny 2012 dla Kliniki Onkologii i Radioterapii;
- 1.03.2013 r. rozszerzenie Certyfikatu ISO 9001:2008 na lokalizacje UCK: ul. Dębinki 7, ul. Kliniczna 1a, ul. Smoluchowskiego 17, al. Zwycięstwa 30;
- 9.04.2013 r. Certyfikat „Szpital bez bólu”;
- 14.05.2013 r. Medal im. Zbigniewa Religi, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne „Wzorcową Placówką Służby Zdrowia”;
- 13 pielęgniarek zostało uhonorowanych Złotymi Czepkami.

Najważniejsze osiągnięcia medyczne UCK w ostatnich 12 miesiącach to:

- Kliniczne Centrum Kardiologii stworzyło pierwszy w Polsce ośrodek, który na stałe będzie prowadzić pacjentów z oporną na leczenie hipercholesterolemią stosując mechaniczną metodę usuwania cząstek LDL z surowicy;
- Kliniczne Centrum Kardiologii przy współpracy z Klinicznym Oddziałem Ratunkowym zastosowało hipotermię terapeutyczną u pacjenta przyjętego po reanimacji z powodu zawału mięśnia serca;
- Klinika Otolaryngologii, Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej:
 - wykonała operację resekcji i alloplastykę stawu skroniowo-żuchwowego,
 - wykonała modyfikację planowania i przeprowadzania operacji ortognatycznych w celu leczenia wrodzonych wad twarzoczaszki,
 - wszczepiła pierwszy w UCK implant ślimakowy;

- Klinika Alergologii i Pneumonologii utworzyła ośrodek zintegrowanej opieki dla chorych z zaawansowaną POChP oraz Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem;
- Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych zwiększyła liczbę osób otrzymujących przeszczep nerki od osoby spokrewnionej. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przeszczepiono nerkę u 110 pacjentów;
- Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii zdobyła Medal im. Prof. Zbigniewa Religi „Wzorcową Placówką Służby Zdrowia” przyznany UCK za działalność pediatryczną oraz Złoty Skalpel dla wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia za projekt *Komórkowa szczepionka przeciw cukrzycy typu 1*. Klinika rozpoczęła prowadzenie programu lekowego *Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie oraz terapię komórkową u pacjentów w okresie przedcukrzycowym (prediabetes) i z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1*;
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonała rekordową liczbę transplantacji nerek, wzrosła także liczba wykonywanych zabiegów bariatrycznych. Klinika rozpoczęła leczenie ran za pomocą systemów podciśnieniowych VAC, przewlekłe rany opracowuje chirurgicznie za pomocą noża wodnego oraz rozpoczęła stosowanie bioterapii w leczeniu ran przewlekłych;
- Klinika Neonatologii do największych osiągnięć z ostatnich 12 miesięcy zalicza uratowanie życia dziecka o masie urodzeniowej 470 g w momencie urodzenia, które w momencie wypisu ważyło 2500 g oraz dziecka o masie urodzeniowej 600 g, a w momencie wypisu 2270 g. Nową wykonywaną przez Klinikę procedurą jest test pulsoksymetryczny, który pozwala wykrywać krytyczne wrodzone wady serca. Rozpoczęła także pilotażowy program pasteryzacji mleka;
- Zakład Radiologii do największych osiągnięć zalicza:
 - ograniczenie dawki promieniowania jonizującego w badaniach tomografii komputerowej dzięki zastosowaniu protokołu Dual Energy,
 - opracowanie i wdrożenie we współpracy z Klinicznym Oddziałem Ratunkowym i Kliniką Neurologii procedury szybkiej diagnostyki udarów mózgu,
 - opracowanie i wdrożenie protokołu badań MRI do oceny wad rozwojowych serca u dzieci,
 - opracowanie i wdrożenie protokołu badań TK do oceny żył płucnych przed zabiegiem ablacji,
 - wprowadzenie procedury szybkiej oceny przedoperacyjnej (1 doba przed zabiegiem) tętniaków mózgowia na potrzeby Kliniki Neurochirurgii,
 - opracowanie i wdrożenie i protokołu badania hydrografii MRI na potrzeby Kliniki Pediatrii Nefrologii i Nadciśnienia;
- Regionalne Centrum Koordynacji Transplantacji do największych osiągnięć zalicza znaczny wzrost liczby transplantacji nerek w stosunku do lat ubiegłych. W 2008 roku wykonano 67 przeszczepów, a w 2012 – 110 przeszczepów. Obecnie rozpoczęto działania mające na celu wystąpienie o akredytację UCK na transplantację wątroby, trzustki, nerki z trzustką i wysp trzustkowych. Rozpoczęta została również współpraca z Laboratorium Immunologii Klinicznej w zakresie pozyskiwania potencjalnych dawców szpiku do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku;
- Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozpoczęła wykonywanie następujących procedur: kapilaroskopii, USG płuc oraz rozpoczęła leczenie biologiczne w chorobach tkanki łącznej;

- Kliniczny Oddział Ratunkowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy osiągnął pełną sprawność funkcjonowania w nowej lokalizacji. Zacieśniona została także współpraca z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym. Do stosowania wprowadzono hipotermię terapeutyczną dla pacjentów przyjmowanych po reanimacji z powodu zawału mięśnia serca;
- Klinika Onkologii i Radioterapii do największych osiągnięć ostatnich 12 miesięcy zalicza:
 - otwarcie oddziału dziennego chemioterapii,
 - wzrost liczby programów lekowych,
 - zwiększenie liczby realizowanych procedur wyspecjalistycznych – radioterapii stereotaktycznej,
 - skrócenie kolejki osób oczekujących na leczenie onkologiczne;

Klinika rozpoczęła wykonywanie procedur polegających na radioterapii wiązki zewnętrzną techniką łukową oraz wprowadzono brachyterapię 3D;

- Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii do największych osiągnięć ostatnich 12 miesięcy zalicza: szeroko zakrojoną szczegółową diagnostykę bezdechu sennego, kompleksową diagnostykę nadciśnienia wtórnego oraz poszerzenie zakresu edukacji diabetologicznej pacjentów UCK. Rozpoczęto wykonywanie pierwszych na świecie zabiegów leczenia nadciśnienia opornego za pomocą usunięcia kłębków szyjnych, we współpracy z chirurgami naczyniowymi, w ramach eksperymentu medycznego;
- Klinika Neurochirurgii do najważniejszych osiągnięć ostatnich 12 miesięcy zalicza:
 - wprowadzenie do codziennej praktyki zabiegów operacyjnych wykonywanych z wykorzystaniem preparatu Gliolan w operacjach mózgu w połączeniu z nawigacją i torakografią oraz śródoperacyjnego rezonansu magnetycznego,
 - zastosowanie preparatu ICG-Pulsion do operacji tętniaków śródczaszkowych, co umożliwia śródoperacyjne określenie przepływu w operowanych naczyniach tętniczych,
 - wprowadzenie do praktyki wykonywanie zabiegów z wykorzystaniem śródoperacyjnej ultrasonografii sprzężonej z nawigacją;
- Klinika Położnictwa do największych osiągnięć ostatnich 12 miesięcy zalicza to, że przy leczeniu ponad 4000 pacjentek i przy blisko 3000 porodów nie zdarzył się żaden zgon położniczy. Klinika jako jedyna w Polsce oferuje równocześnie wszystkie możliwe do wykonania zabiegi z zakresu chirurgii płodowej, przyjmując do leczenia ciężarne z całej Polski;
- Klinika Rehabilitacji do największych osiągnięć zalicza skuteczną rehabilitację pacjentów po skomplikowanych urazach wielonarządowych, pacjentów z ciężką niewydolnością serca i towarzyszącymi ciężkimi chorobami układu oddechowego, pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych powikłanych udarem mózgu lub niedowładem spastycznym dwu- lub cztero kończynowym oraz efektywną rehabilitację pacjenta porażonego prądem. Klinika m.in. rozpoczęła badania ergospirometryczne dla innych klinik UCK;
- W Klinice Chirurgii Plastycznej osiągnięto wysoki stopień umiejętności w zakresie:
 - leczenia wady rozszczepu wargi i podniebienia u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia chirurgicznego,
 - leczenia ran przewlekłych i odleżyn,
 - rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii,

- leczenia interdyscyplinarnego chirurgicznego zaopatrzenia nowotworów powłok ciała ze szczególnym uwzględnieniem twarzoczaszki,
- chirurgicznego leczenia obrzęków limfatycznych ze szczególnym uwzględnieniem leczenia liposukcją ultradźwiękową w obrętkach limfatycznych o różnej etiologii,
- stosowania technik mikrochirurgicznych w zabiegach rekonstrukcyjnych,
- nowoczesnej metody leczenia ran: oczyszczanie przy użyciu aparatu ultradźwiękowego, terapia larwami oraz zastosowanie terapii ran podciśnieniem,
- rekonstrukcji powłok ciała przeszczepami własnej tkanki tłuszczowej.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne może pochwalić się wygranym konkursem NFZ na rehabilitację i zagospodarowanie dawnego szpitala studenckiego, zakończeniem realizacji programu restrukturyzacji, zakończeniem sporu zbiorowego ze

Tabela 8. Wyniki ekonomiczne Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w latach 2011 i 2012

Wyszczególnienie	2011 r.	2012 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	435.616.437	455.662.537	104,6%
Koszty ogółem	445.465.536	455.092.095	102,2%
Zyski nadzwyczajne	19.745.740	8.226.751	41,7%
Straty nadzwyczajne	979.014	11.956	1,2%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	0	385.965	x
Wynik finansowy: (+ zysk netto - strata netto)	+8.917.627	+8.399.272	94,2%

Tabela 9. Wyniki ekonomiczne Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego za I półrocze 2012 r. i 2013 r.

Wyszczególnienie	I półrocze 2012 r.	I półrocze 2013 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	219.259.632	241.110.462	110,0%
Koszty ogółem	232.089.495	258.699.896	111,5%
Zyski nadzwyczajne	8.226.751	0	x
Straty nadzwyczajne	11.956	0	x
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	0	0	x
Wynik finansowy: (+ zysk netto - strata netto)	-4.615.068	-17.589.434	381,1%

Tabela 10. Przychody i stan zadłużenia Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w latach 2010, 2011, 2012 i za 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r.	2011 r.	2012 r.	7 mies. 2013 r.
1	2	3	4	5
Przychody	451 386 945,27	435.616.437,32	455.662.536,64	289.808.248,91
Stan zadłużenia	218 967 923,66	201.515.682,29	192.218.193,69	181.344.406,75

Tabela 11. Podstawowe dane statystyczne obrazujące działalność UCK za lata 2010, 2011, 2012 i za 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r.	2011 r.	2012 r.	7 mies. 2013 r.
1	2	3	4	5
Liczba badań laboratoryjnych	2.482.770	2.354.860	2.344.758	1.472 234
Liczba badań radiologicznych	75.833	71.981	90.323	67.597
Liczba hospitalizacji	80.722	80.691	84.285	55.091
Liczba pacjentów przyjętych w KOR	18.164	18.039	19.880	14.544
Liczba operacji chirurgicznych	24.028	23.802	21.740	14.174
Liczba pacjentów przyjętych w przychodniach specjalistycznych	210.940	208.955	218.871	146.060

związkami zawodowymi, zakończeniem większości spraw sądowych z NFZ dotyczących nadwykonań z 2010 r. oraz poprawą płynności finansowej szpitala (obniżenie zadłużenia).

Do najważniejszych problemów Szpitala zaliczyć należy brak decyzji odnośnie budowy Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, kontraktu z NFZ odpowiadającego posiadanej infrastrukturze, brak ustawy o szpitalach klinicznych regulującej i określającej finansowanie z uwzględnieniem odmienności szpitali klinicznych od jednostek samorządowych.

Stan finansów UCK przedstawiają tabele 8-12, natomiast tabela 13 wymienia najważniejsze zakupy sprzętu dokonane przez UCK.



Tabela 12. Zatrudnienie w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w latach 2010, 2011, 2012 i w 7 miesiącach 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r.		2011 r.		2012 r.		7 mies. 2013 r.	
	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stan zatrudnienia (ogółem)	2.994,2	3.239	2.507,41	2 719	2.377,49	2 522	2.254,64	2.357
lekarze	665,7	832	627,42	761	528,73	623	444,1	503
pozostały personel medyczny	1.700,4	1.773	1.648,94	1 724	1.603,51	1 651	1.564,34	1.603
pozostali pracownicy	628,1	634	231,05	234	245,25	248	246,2	251

Tabela 13. Zakupy dokonane przez UCK w okresie 1.10.2012-30.09.2013

Lp.	Przedmiot zakupu	Ilość sztuk	Użytkownik	Wartość brutto (zł)
1	Rozbudowa respiratorów do wersji z pełną automatyczną wentylacją	6	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	274.104,00
2	Rozbudowa tomografu komputerowego o 13-stanowiskowy system rozpoznawania mowy	1	Zakład Radiologii	249.936,00
3	Opcja radioterapii łukowej IMRT RapidArc do akceleratora Clinac 2300 CD wraz z kompleksowym unowocześnieniem systemu weryfikacji i zarządzania ARIA	1	Klinika Onkologii i Radioterapii	6.058.000,00
4	Doposażenie ultrasonografu w bufor szybkiej diagnostyki wewnątrzszpitalnej	1	Zakład Radiologii	199.600,00
5	Rozbudowa i doposażenie narzędzi chirurgicznych		Blok Operacyjny	545.146,85
6	Zestaw trzech aparatów USG Doppler Duplex	3	Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Oddział Chirurgii Naczyniowej	377.006,40
7	Rozbudowa systemu serwera postprocessingowego syngo.via do oceny obrazów CT	1	Zakład Radiologii	449.639,59
8	Rozbudowa systemu dozymetrycznego o dawkomierz klasy referencyjnej oraz zestaw fantomów	1	Klinika Onkologii i Radioterapii	99.981,94
9	1) Separator komórkowy 2) Urządzenie do rozmrażania	1 1	Klinika Hematologii i Transplantologii	171.380,32
10	Zestaw do bronchoskopii	1	Klinika Alergologii i Pneumonologii	339.792,84
11	Mikroskop optyczny z systemem archiwizacji obrazów	1	Laboratorium Immunologii Klinicznej, Transplantacyjnej i Hematologii	54.987,17
12	Instrumentarium do bronchoskopii	1	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	99.935,54
13	Imadło do operacji wczesnego raka płuca	1	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	86.400,00
14	Retraktor do zabiegów małoinwazyjnych	1	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	81.000,00
15	Zestaw sprzętu do operacji wczesnego raka płuca	1	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	146.124,00
16	Lampa czołowa IM30-01	2	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	79.920,00
17	Aparat do liposukcji ultradźwiękowej	1	Klinika Chirurgii Plastycznej	318.660,48
18	Głowica przezprętykowa	1	Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej	86.292,00

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej wprowadziło w minionym okresie sprawozdawczym i nadal stosuje system zarządzania jakością dla udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, rehabilitacji, diagnostyki medycznej oraz profilaktyki i promocji zdrowia. Zostało to potwierdzone audytem prze-

Tabela 14. Wyniki ekonomiczne Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej za lata 2011 i 2012

Wyszczególnienie	2011 r.	2012 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	21.664.632	21.516.842	99,3%
Koszty ogółem	21.610.220	20.312.666	94,0%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	29.116	27.928	95,9%
Wynik finansowy (+ zysk netto - strata netto)	+25.296	+1.176.248	4.650,0%

Tabela 16. Przychody i stan zadłużenia Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w latach 2010, 2011, 2012 i za 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r.	2011 r.	2012 r.	7 mies. 2013 r.
1	2	3	4	5
Przychody	20.944.780	21.664.632	21.516.842	12.474.252
Stan zadłużenia	2.316.688	2.297.012	2.528.371	2.551.097

Tabela 17. Podstawowe dane statystyczne obrazujące działalność UCMMiT za lata 2010, 2011, 2012 i 7 miesięcy 2012 r.

Wyszczególnienie	2010 r.	2011 r.	2012 r.	7 mies. 2013 r.
1	2	3	4	5
Liczba badań laboratoryjnych	25.392	25.019	25.517	14.818
Liczba badań radiologicznych	8.436	7.418	9.432	6.611
Liczba hospitalizacji	4.170	3.879	3.919	2.418
Liczba pacjentów przyjętych w IP	1.254	1.309	1.243	805
Liczba pacjentów przyjętych w przychodniach specjalistycznych	20.968	19.226	14.869	8.992

Tabela 15. Wyniki ekonomiczne Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej za I półrocze 2012 i 2013 r.

Wyszczególnienie	I półrocze 2012 r.	I półrocze 2013 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	10.003.285	10.714.800	107,1%
Koszty ogółem	9.948.697	10.516.740	105,7%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	16.176	14.604	90,3%
Wynik finansowy (+ zysk netto - strata netto)	+38.413	+183.456	477,6%

prowadzonym przez Germanischer Lloyd Polen Sp. z o.o. i nadaniem 12 lipca 2013 r. Certyfikatu ISO 9001:2008.

Szpital może również poszczycić się uzyskaniem 1 Złotego Czepka oraz 3 wyróżnień nadawanych pielęgniarkom przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej UCMMiT, jako jedyny szpital w Polsce, wykonuje zadania Służby TMAS (Morska Służba Asysty Telemedycznej). Jak informuje na swoich stronach in-

ternetowych Ministerstwo Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej: *Dzięki lekarzom Służby TMAS członkowie załóg o polskiej narodowości na statkach na wodach całego świata, członkowie załóg na statkach znajdujących się w polskim rejonie odpowiedzialności SAR oraz ratownicy Służby SAR mają w razie potrzeby zapewnioną fachową poradę co do sposobu postępowania z osobą chorą lub ranną na pokładzie statku. Z lekarzy, którzy podjęli się tego niezwykle odpowiedzialnego zadania, może być dumna cała społeczność GUMed-u oraz UCMMiT.*

Na szczegółowy wgląd w stan finansów Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej pozwalają dane zebrane w tabelach 14-18.

Tabela 18. Zatrudnienie w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w latach 2010, 2011, 2012 i w 7 miesiącach 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r.		2011 r.		2012 r.		7 mies. 2013 r.	
	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stan zatrudnienia (ogółem)	206	197,1	191	181,65	191	184,4	194	186,0
lekarze	47	41,6	40	33,9	40	36,9	42	37,5
pozostały personel medyczny	134	133,0	129	127,5	131	129,25	131	129,5
pozostali pracownicy	25	22,5	22	20,25	20	18,25	21	19,0

Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne GUMed Sp. z o.o.

Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne GUMed Sp. z o.o. (UCS) 30 września 2012 r. do swojej struktury organizacyjnej włączyło nową Poradnię Stomatologiczną zlokalizowaną przy al. Zwycięstwa 30, przejętą z pracownikami, podwykonawcami i umową z NFZ na IV kwartał 2012 r. od byłego Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych.

Z dniem 15 kwietnia 2013 r. z funkcji prezesa Zarządu odwołana została Małgorzata Nather. Funkcję prezesa Zarządu objął mgr Jan Brodnicki. W dniu 20 czerwca 2013 r. stanowisko dyrektora ds. medycznych powierzono dr hab. Izabeli Maciejewskiej, prof. nadzw.

W ramach kontynuacji procesu informatyzacji Spółki, w celu przejścia na prowadzenie dokumentacji elektronicznej, zakupiono oprogramowanie medyczne wraz z usługą wdrożenia w kwocie 55.350,00 zł brutto. Na potrzeby zabiegów chirurgicznych i implantologicznych wykonywanych w Poradni Chirurgii Stomatologicznej zakupiono fizjodispenser Implantmed za kwotę 12.302,50 zł brutto. Wymieniono także zużyte wyposażenie o mniejszej wartości jednostkowej: sprzęt komputerowy o łącznej wartości 15.553,26 zł i wyposażenie medyczne (głównie turbiny i kątnice) o wartości 22.951,44 zł.

W roku akademickim 2012/2013 istotnym zadaniem w działalności Spółki było zakończenie i rozliczenie realizacji kontraktu z NFZ przyznanego na lata 2010-2012. Dzięki aneksowi podpisanemu z NFZ, kompensującemu nadwykonania z niedow wykonaniami w poszczególnych zakresach, Spółka pozyskała od publicznego płatnika w 2012 roku przychód wynoszący 5.105.738,95 zł. Różnica pomiędzy wartością umowy, a przychodem wynika przede wszystkim z zakwestionowania przez NFZ w procesie walidacji części sprawozdanych wykonanych.

Jednocześnie przychód pozyskany za świadczenie usług komercyjnych, nieobjętych kontraktem z NFZ wyniósł 1.331.486,87 zł. Struktura przychodów pokazuje, iż w dalszym ciągu 80% finansowania działalności UCS za świadczenie usług medycznych pochodzi ze środków NFZ, a jedynie 20% pokrywane jest przez płatnika niepublicznego. Jednocześnie należy podkreślić, że największy przychód w zakresie usług komercyjnych pozyskała Poradnia Ortodoncji (332 tys. zł) oraz Poradnia Protetyki i Implantologii Stomatologicznej (324 tys. zł), natomiast najniżej kształtował

się przychód w Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej (22 tys. zł).

W wyniku postępowania konkursowego w ramach kontraktów zawieranych z NFZ na lata 2013-2015 UCS GUMed Sp. z o.o. uzyskało 10 etatów w ramach kontraktów specjalistycznych, przypadających na Poradnię Chirurgii Stomatologicznej oraz Protetyki i Implantologii Stomatologicznej, a także 21,5

Tabela 19. Wyniki ekonomiczne UCS za lata 2011 i 2012

Wyszczególnienie	2011 r.	2012 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	7.014.081	7.647.502	109,0%
Koszty ogółem	6.403.030	7.233.064	113,0%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	0	163.668	x
Wynik finansowy: (+ zysk netto - strata netto)	+611.051	+250.770	41,0%

Tabela 20. Wyniki ekonomiczne UCS za I półrocze 2012 r. i 2013 r.

Wyszczególnienie	I półrocze 2012 r.	I półrocze 2013 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	3.671.661	4.143.116	112,8%
Koszty ogółem	3.419.011	3.904.175	114,2%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	133.961	89.683	66,9%
Wynik finansowy: (+ zysk netto - strata netto)	+118.689	+149.258	125,8%

Tabela 21. Przychody i stan zadłużenia w latach 2010, 2011, 2012 i za 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (SCS)	2011 r. (SCS)	2012 r. (UCS)	7 mies. 2013 r. (UCS)
1	2	3	4	5
Przychody	7.529.803,35	7.012.470,63	7.726.401,11	4.952.531,24
Stan zadłużenia	525.198,95	464.184,16	543.564,06	304.418,85

SCS – Specjalistyczne Centrum Stomatologiczne (obecnie UCS)

Tabela 22. Podstawowe dane statystyczne obrazujące działalność Centrum Stomatologicznego w latach 2010, 2011, 2012 i 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (SCS)	2011 r. (SCS)	2012 r. (UCS)	7 mies. 2013 r. (UCS)
1	2	3	4	5
Liczba przyjętych pacjentów	54.508	68.246	73.985	50.202
Liczba badań radiologicznych	Brak danych	*4.300	7.249	4.294

* tylko NFZ

Tabela 23. Zatrudnienie w latach 2010, 2011, 2012 i 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (SCS)		2011 r. (SCS)		2012 r. (UCS)		7 mies. 2013 r. (UCS)	
	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stan zatrudnienia (ogółem)	75	79	79	84	90	96	96	102
lekarze	15	15	21	21	27	29	30	30
pozostały personel medyczny	39	39	36	36	46	46	46	48
pozostali pracownicy	22	25	23	27	17	21	21	24

etatu w ramach kontraktu ogólnostomatologicznego, przypadającego na pozostałe poradnie. Spółka nie wniosowała o przyznanie kontraktu na pomoc doraźną. Jednocześnie nie uzyskano finansowania świadczeń ortodontycznych, za wyjątkiem programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzoczaszki (tzw. program rozszczepowy). NFZ nie przyznał również kontraktu na finansowanie usług periodontologicznych. W tej sytuacji w kwietniu 2013 roku Poradnie Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej oraz Poradnia Ortodontji pozostały bez możliwości świadczenia usług finansowanych przez publicznego płatnika (z wyjątkiem programu rozszczepowego).

Poradnia Ortodontji w chwili obecnej pozyskuje środki z usług komercyjnych i programu rozszczepowego, co po zestawieniu dwóch pierwszych miesięcy realizacji nowego kontraktu (kwiecień-maj 2013 r.) wskazuje na możliwość samofinansowania się tej jednostki. Natomiast ze względu na niewystarczający dochód z usług komercyjnych w Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej, zdecydowano o przesunięciu 1/2 etatu do Poradni Chirurgii Stomatologicznej oraz wystąpiono do NFZ z wnioskiem o wyrażenie zgody na przesunięcie

1,5 etatu ogólnostomatologicznego przyznanego Poradni Protetyki i Implantologii Stomatologicznej, na co uzyskano zgodę NFZ w lipcu br. z terminem rozpoczęcia świadczenia usług od dnia 1 sierpnia 2013 r.

W pierwszym kwartale 2013 r. najpoważniejszym problemem Spółki było znaczące przekroczenie, przez osoby realizujące kontrakty, liczby punktów przyznaných przez NFZ na świadczenie usług medycznych. Zaistniała sytuacja była skutkiem wyrażenia zgody przez ówczesnego prezesa Zarządu na realizację kontraktu ponad ograniczenia wynikające z umowy zawartej z NFZ. Wartość nadwykonań wyniosła 224.610,18 zł.

Kolejnym problemem Spółki jest znaczące niedoszacowanie wyceny procedur, np. w kontrakcie ogólnostomatologicznym wartość punktu została obniżona z 1,1 zł do 0,90 zł w porównaniu z poprzednim kontraktowaniem. Różnica powstała w wycenie punktów budzi obawy dotyczące pokrycia kosztów realizacji świadczeń medycznych, zwłaszcza w kontekście ponadnormatywnych nakładów, wynikających z faktu wykonywania procedur stomatologicznych z udziałem studentów.

Ponadto niekorzystnie zmieniająca się struktura zatrudnienia nauczycieli akademickich ze specjalizacją powoduje realne zagrożenie naruszenia warunków umowy zawartej z NFZ i w konsekwencji jej zerwanie.

Na szczegółowy wgląd w stan finansów Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego pozwalają dane zebrane w tabelach 19-23.



Centrum Medycyny Rodzinnej GUMed Sp. z o.o.

Funkcjonowanie Centrum Medycyny Rodzinnej w roku akademickim 2012/2013 było związane z wielkim poświęceniem pracowników. W związku z kapitalnym remontem budynku nr 1 Centrum przez pół roku (od maja do października 2012 r.) przyjmowało pacjentów w niezwykle trudnych warunkach. Odbyły się też dwie przeprowadzki Centrum – w październiku 2012 r. do pomieszczeń tymczasowych po Klinice Okulistycznej i w kwietniu 2013 r. do budynku nr 1. Od 7 kwietnia 2013 r. CMR ma nową lokalizację na parterze tego budynku.

Pomimo tak trudnych warunków w jakich funkcjonowało Centrum w minionym roku akademickim, utrzymany został certyfikat ISO – przeprowadzony audyt zakończył się przyznaniem wyróżnienia dla całego zespołu. W rankingu NFZ Przychodni Ginekologicznych w województwie pomorskim, w konkursie na świadczenia AOS 2013-2016, Centrum zajęło czwartą pozycję.

Tabela 24. Wyniki ekonomiczne Centrum Medycyny Rodzinnej GUMed Sp. z o.o. w latach 2011 i 2012.

Wyszczególnienie	2011 r.	2012 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	2.285.747	2.261.321	98,9%
Koszty ogółem	2.264.214	2.221.861	98,1%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	0	24.927	x
Wynik finansowy (+ zysk netto - strata netto)	+21.533	+14.533	67,5%

Tabela 25. Wyniki ekonomiczne Centrum Medycyny Rodzinnej GUMed Sp. z o.o. za I półrocze 2012 i 2013 r.

Wyszczególnienie	I półrocze 2012 r.	I półrocze 2013 r.	dynamika 3:2
1	2	3	4
Przychody ogółem	1.084.417	1.071.037	98,8%
Koszty ogółem	1.062.820	1.049.445	98,7%
Obowiązkowe obciążenie wyniku finansowego	18.577	17.544	94,4%
Wynik finansowy (+ zysk netto - strata netto)	+3.020	+4.048	134,0%

Pracownicy CMR stale podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe. Zaowocowało to ostatnio uzyskaniem doktoratem, ukończonymi studiami podyplomowymi na kierunku dietetyka, tytułem magistra psychologii, licencjatem z pielęgniarstwa, uzyskaniem certyfikatu Ośrodka Medycyny Podróży. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w 2012 r. wyróżniła Złotymi Czepekami dwie pielęgniarki zatrudnione w Centrum.

Wyposażenie Centrum zostało wzbogacone o: aparat do pomiaru ciśnienia krwi z holterem, KTG dla Poradni Ginekologicznej, komputer i meble dla rejestracji, system przywoływania pacjentów, trzy ciśnieniomierze, meble do gabinetu szczepień, kozetkę lekarską, zestawy do mycia i dezynfekcji.

W planach Centrum jest zakup wyposażenia i zorganizowanie gabinetu okulistycznego dla potrzeb Poradni Medycyny Pracy, dalsze doposażenie Przychodni w sprzęt do monitoringu i rejestracji rozmów telefonicznych, zakup nowej lodówki do przechowywania szczepionek oraz detektora temperatury.

Na szczegółowy wgląd w stan finansów Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Rodzinnej pozwalają dane zebrane w tabelach 24-28.

Tabela 26. Przychody i stan zadłużenia w latach 2010, 2011, 2012 i 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (CMR NZOZ)	2011 r. (CMR NZOZ)	2012 r. (CMR)	7 mies. 2013 r. (CMR)
1	2	3	4	5
Przychody	2.320.511,85	2.285.715,17	2.305.737,29	1.301.733,98
Stan zadłużenia	285.290,42	304.807,25	199.379,74	93.555,94

Tabela 27. Podstawowe dane statystyczne obrazujące działalność CMR w latach 2010, 2011, 2012 i 7 miesięcy 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (CMR NZOZ)	2011 r. (CMR NZOZ)	2012 r. (CMR)	7 mies. 2013 r. (CMR)
1	2	3	4	5
Liczba przyjętych pacjentów:	36.226	39.722	35.017	23.206
NFZ	31.993	36.143	31.394	20.913
medycyna pracy	3.637	2.877	3.031	1.942
pozostali	596	702	592	351

Tabela 28. Zatrudnienie w latach 2010, 2011, 2012 i w 7 miesiącach 2013 r.

Wyszczególnienie	2010 r. (CMR NZOZ)		2011 r. (CMR NZOZ)		2012 r. (CMR)		7 mies. 2013 r. (CMR)	
	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby	Etaty	Osoby
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stan zatrudnienia (ogółem)	20,8	23	20,3	23	18,3	21	19,3	22
lekarze	9,3	10	7,8	9	6,8	8	6,8	8
pozostały personel medyczny	8	8	8	8	7	7	7	7
pozostali pracownicy	3,5	5	4,5	6	4,5	6	5,5	7

MODERNIZACJA I ROZBUDOWA BAZY DYDAKTYCZNEJ

Wzrastające wymagania dydaktyczne oraz konieczność podnoszenia jakości kształcenia wymuszają modernizację bazy dydaktycznej. Jest to tym bardziej konieczne w dobie wzrastającej konkurencji o kandydatów na studia. Dlatego też w mijającym roku akademickim rozpoczęto inwestycje, które powinny przynieść efekt już w najbliższym czasie.

Na koniec grudnia 2012 roku zakończyły się prace związane z kapitalnym remontem budynku nr 2 (przeznaczonego dla klinik pediatrycznych) oraz historycznego budynku nr 1 przeznaczonego na działalność dydaktyczną i administracyjną Uczelni. Dobięły również końca prace remontowo-budowlane na trzecim piętrze budynku nr 15 przeznaczonym dla Katedry Pielęgniarstwa.

Budynek nr 15 przy ul. Dębinki 7. Modernizacja związana z nową siedzibą Katedry Pielęgniarstwa GUMed

Podczas wakacji 2013 roku dobiegły końca prace rozpoczęte w 2012 roku. Inwestycja w większości została sfinansowana ze środków własnych Uczelni oraz środków UE. Prace obejmowały kapitalny remont pomieszczeń oraz adaptację na potrzeby dydaktyki, w pierwszym rzędzie na potrzeby studentek i studentów kierunku pielęgniarstwa. Całkowita powierzchnia przebudowywanego piętra wynosi 1.431 m², a koszt inwestycji w zakresie prac budowlanych wyniósł 1,8 mln zł oraz 2,1 mln zł na wyposażenie audiowizualne oraz fantomy do nauki symulacyjnej. Ta ostatnia kwota (koszt wyposażenia) pochodzi ze środków UE. W tej nowoczesnej infrastrukturze uczyć się będą studenci kierunku pielęgniarstwa oraz lekarskiego. Nowoczesne wyposażenie pracowni pozwala na prowadzenie interaktywnych zajęć i wykładów w stałej łączności z dowolnym miejscem na kuli ziemskiej, a pracownice fantomowe umożliwiają nowoczesną naukę umiejętności medycznych i ich opanowanie przed rozpoczęciem pracy z prawdziwym pacjentem.

Budynek nr 2 przy ul. Dębinki 7. Kliniki pediatryczne Kapitalny remont wnętrza budynku oraz częściowa renowacja jego zewnętrznej struktury pozwoliła na przygotowanie nowoczesnych pomieszczeń dla specjalistycznych klinik pediatrycznych. Małe sale dla młodych pacjentów z węzłami sanitarnymi, miejscami intensywnego dozoru, sale zabiegowe i rekreacyjne to zupełnie nowa jakość. Pozwoli to na poprawę diagnostyki i leczenia dzieci, ale również

zapewni małym pacjentom i ich opiekunom komfort i przyjazną atmosferę w pastelowo wykończonych salach. Powierzchnia przeznaczona dla małych pacjentów to 4.739 m² powierzchni szpitalnej, dodatkową powierzchnię zajmują nowoczesne sale dydaktyczne dla studentów. Koszt inwestycji budowlanej wyniósł 16,2 mln zł i został pokryty z budżetu państwa.

Ponadto został zamontowany nowoczesny system kontroli dostępu za 200.000 zł sfinansowany ze środków Uczelni oraz zakupiono dla oddziałów nowe wyposażenie wartości około 1 mln zł ze środków UCK.

Budynek nr 1 przy ul. Dębinki 1. Poszerzenie bazy dydaktycznej dla Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz bazy administracyjnej Budynek jest wizytówką Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Znajduje się u wylotu ul. M. Skłodowskiej-Curie. Zgodnie z wymogami konserwatora zabytków został zachowany jego

Tabela 29. Inwestycje na które ubiegamy się o środki finansowe

Inwestycja	Szacowany koszt (zł)
Centrum Medycyny Nieinwazyjnej	600 mln
Centrum Symulacji Medycznych	30 mln
Adaptacja budynku dawnej pralni na Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych	10 mln
Uniwersyteckie Centrum Stomatologii	30 mln
Adaptacja budynku nr 15 dla Pracowni Położnictwa, Fizjoterapii, Higieny i Epidemiologii	1,5 mln
Przeniesienie Katedry Mikrobiologii do kampusu na ul. Dębową	10 mln
Remont (wybudowanie) Studium Wychowania Fizycznego i Sportu	6 mln
Modernizacja Biblioteki Głównej	5 mln
Budowa nowego domu studenta o podwyższonym standardzie	25 mln
Modernizacja budynku nr 4 na potrzeby klinik pediatrycznych, w tym OIOM dziecięcy	30 mln

Tabela 30. Inwestycje realizowane w minionym roku akademickim (wrzesień 2012 – sierpień 2013)

Obiekt	Rodzaj prac	Wartość brutto (zł)
Osiedle Studenckie	Realizacja przebudowy układu drogowego w rejonie DS1, DS2, DS3 – etap I	1.300.000,00
	Remont ogólnobudowlany pomieszczeń sanitariatów, kuchni w segmentach B i C DS1, wykonanie oświetlenia zewnętrznego ul. Dębowej	469.000,00
Medycyna Sądowa	Realizacja rezerwowego zasilania budynku w wodę	67.000,00
Budynek dawnej pralni	Przygotowanie inwestycji dla potrzeb Akademickiego Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej	169.000,00
Budynek nr 27	Realizacja Pracowni Terapii Komórkowej, modernizacja instalacji chłodzenia KiZ Fizjopatologii	674.000,00
Rektorat	Prace remontowe pomieszczeń, renowacja elewacji	210.000,00
Wydział Farmaceutyczny	Remonty sanitariatów w budynku głównym Przygotowanie budowy nowej szklarni dla potrzeb KiZ Farmakognozji	277.000,00
Katedra Pielęgniarstwa (budynek nr 15)	Remont III piętra, etap I Remont III piętra, etap II Remont IV piętra	1.750.460,00
KiZ Farmacji Stosowanej (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego UE)	Rozpoczęcie realizacji projektu <i>Remont i wyposażenie w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym specjalistycznego laboratorium technologicznego tabletek i innych form nowych leków dla potrzeb współpracy z przemysłem farmaceutycznym</i>	546.0612,00
KiZ Chemii Organicznej i KiZ Chemii Nieorganicznej (środki KNOW)	Rozpoczęcie remontu oraz wyposażenie sal dydaktycznych	433.000,00
Budynek przy ul. Tuwima (kredyt Inicjatywy JESSICA)	Rozpoczęcie <i>Kompleksowej termomodernizacji infrastruktury Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – budynek przy ul. Tuwima 15</i>	1.195.560,00
Zakład Toksykologii Środowiska (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego UE)	Rozpoczęcie inwestycji <i>Przebudowa i wyposażenie Zakładu Toksykologii Środowiska dla potrzeb nowego unikatowego kierunku Zdrowie Środowiskowe w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym</i>	3.977.834,00
Budynek po byłym przedszkolu	Rozpoczęcie inwestycji <i>Zaprojektowanie i wykonanie przebudowy budynku dla potrzeb Centrum Edukacji Biomedycznej GUMed-u przy ul. Dębinki 1</i>	870.570,00
Budynek nr 48 (dotacja MNiSzW)	Rozpoczęcie inwestycji <i>Modernizacja zaplecza badawczego Centralnego Biobanku</i>	1.400.400,00

pierwotny charakter, co udało się połączyć z potrzebami przyszłych użytkowników. Całkowicie przebudowano i wykonano kapitalny remont wnętrza budynku, wymieniono windy oraz dostosowano do potrzeb dydaktycznych. Budynek odzyskał swoje walory estetyczne i techniczne. Są w nim zlokalizowane jednostki Wydziału Nauk o Zdrowiu – Zakład Fizjoterapii, Katedra Żywności Klinicznej, Katedra Medycyny Ratunkowej, pracownie radiologiczne do nauki studentów elektroradiologii; jednostka Wydziału Lekarskiego – Zakład Prewencji i Dydaktyki oraz na najwyższym piętrze przeniesiona z wyeksploatowanych baraków po byłym studium wojskowym administracja Uczelni. Na parterze część pomieszczeń zajmuje Uniwersyteckie Centrum Medycyny Rodzinnej. W budynku tym mieści się również nowoczesna serwerownia Uczelni zabezpieczająca połączenie z siecią TASK. Studenci kształcić będą tutaj umiejętności praktyczne w pracowniach fizjoterapeutycznych, zaś studenci medycyny uczyć się będą, przed wejściem na lata kliniczne i pierwszym kontaktem z prawdziwymi pacjentami, badania fizykalnego na nowoczesnych fantomach medycy-

nych. Studenci ratownictwa medycznego szkolić się będą w pracowniach symulacyjnych w udzielaniu pierwszej pomocy oraz zabezpieczaniu funkcji życiowych pacjenta w stanach zagrożenia życia. Koszt inwestycji budowlanej wyniósł w całości 14,6 mln zł i został pokryty głównie z budżetu państwa, a 1,4 mln zł pochodziło ze środków UE. Koszt wyposażenia pracowni symulacji medycznych dla kierunku lekarskiego wyniósł 1,8 ml zł, a środki te pochodziły z UE. Całkowita powierzchnia użytkowa budynku to 3761 m². Pełne zestawienie inwestycji realizowanych w mijającym roku akademickim przedstawia tabela 30.

Ze względu na znaczące zmiany w programie nauczania na kierunku lekarskim, konieczna jest budowa i wyposażenie ośrodka symulacji praktycznych dla nauki praktycznych czynności medycznych oraz zespołu sal monitorowanych do obiektywnego przeprowadzenia egzaminów praktycznych. W Ministerstwie Zdrowia została złożona stosowna dokumentacja, jednak jak dotąd nie ma decyzji o przyznaniu dotacji na realizację tego zadania. Podobnie wciąż oczekujemy na decyzję o

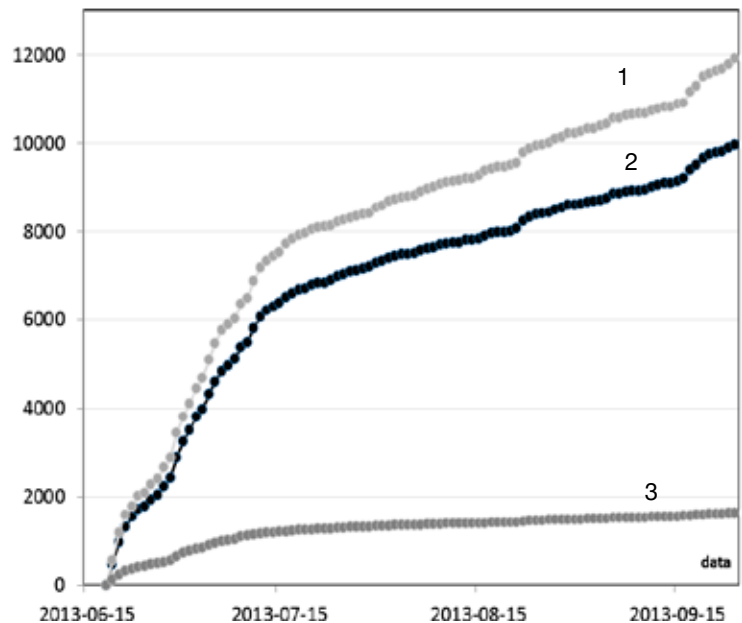
sfinansowaniu inwestycji wieloletniej – budynku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej.

Trwają poszukiwania partnera do wykonania modernizacji i poszerzenia kompleksu sportowo-rekreacyjnego na terenie osiedla studenckiego oraz dla wybudowania nowego domu studenckiego spełniającego współczesne standardy dla tego typu obiektów, jak też nowoczesnego wielopoziomowego parkingu na terenie szpitala klinicznego. W tej ostatniej sprawie mamy nadzieję na sukces, gdyż zgłosiły się dwie firmy zagraniczne zainteresowane taką inwestycją, co pozwala w najbliższych 3 tygodniach rozpiąć przetarg na budowę parkingu. Oczywiście nadal mamy jeszcze wiele innych planów do zrealizowania (tabela 29) i będziemy robili wszystko, aby w najbliższym czasie pozyskać środki na te inwestycje.

STANDARDY STUDIOWANIA I JAKOŚĆ NAUCZANIA

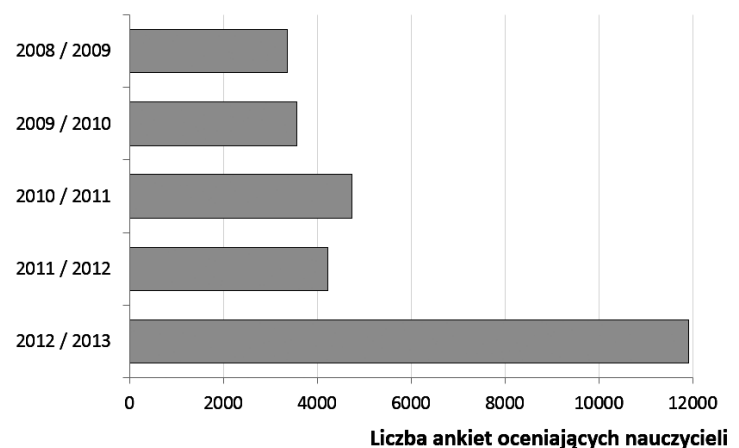
Zakończyły się praktycznie prace nad wdrażaniem systemu oceny jakości kształcenia i organizacji procesu dydaktycznego. Z rezultatem tych prac mogą się Państwo zapoznać w odrębnym tekście prorektora ds. rozwoju i organizacji kształcenia prof. Leszka Bieniaszewskiego na str. 21 bieżącego numeru *Gazety AMG*. Zaangażowanie studentów w badania ankietowe ilustrują ryciny 10 i 11. Poczynając od tego roku wycofaliśmy się z papierowej wersji kart postępu studentów, z którymi musieli biegać po podpisy do kierowników dydaktycznych. Ich rolę przejmą karty drukowane w dziekanacie, które po zakończeniu sesji egzaminacyjnej, podpisywane będą przez dziekana i pozostawiane w dokumentacji przebiegu studiów każdego ze studentów. W znaczący sposób ułatwi to życie studentom, ale też usprawni proces decyzji dziekańskich w odniesieniu do losów studenta. Wprowadzono elektroniczny system rezerwacji sal dydaktycznych, co również powinno ułatwić i uprościć sposób planowania zajęć dydaktycznych przez opiekunów lat i kierowników dydaktycznych. Przeprowadzone zostały spotkania odnośnie założeń i wdrożenia systemu zarządzającego zgłoszeniem i zatwierdzeniem praktyk wakacyjnych na Wydziale Lekarskim. System ten z powodzeniem funkcjonuje od dnia 20.05.2013 r. W okresie 30.06-15.07.2013 r. wdrożono system rezerwacji dużych sal dydaktycznych. System zapewnia możliwość przeglądania wybranych sal pod kątem ich dostępności, poczynienia rezerwacji oraz dostarcza danych do oszacowania wykorzystania sal w trakcie roku akademickiego. W ciągu zakończonego roku akademickiego doprowadzono do szczęśliwego finału wdrożenie wcześniej zaprojektowanego systemu zarządzania sylabusami przedmiotów. System został uruchomiony w maju 2013 r. Ponadto Biuro ds. Kształcenia zaangażowane było w następujące aktywności:

- wdrożenie Uczelnianego Systemu Wymiany Informacji „Mam problem” (system oddany do użytkowania dnia 18.09.2013 r.),
- wdrożenie zasad liczenia kosztów kierunków kształcenia (prezentacja na Senacie GUMed),
- rozliczanie i planowanie pensum dydaktycznego (raporty wewnętrzne),
- przygotowanie propozycji Rankingu Dydaktycznego GUMed (zamieszczono w extranecie na stronie Biura ds. Kształcenia).



Ryc. 10. Dynamika zaangażowania studentów w badanie ankietowe, gdzie 1 – liczba ankiet ocenianych nauczycieli, 2 – liczba ankiet ocenianych przedmiotów, 3 – liczba ankiet ocenianych studentów

Rok akademicki



Ryc. 11. Porównanie liczby uzyskanych ankiet w ostatnich 5 latach

W zasadniczy sposób zmieniono funkcjonowanie systemu ankiet dydaktycznych *on-line*. Do dnia 18.09.2013 r. uzyskano 11303 oceny ankietowe nauczycieli. Ryciny 10 i 11 przedstawiają dynamikę zaangażowania studentów w badanie ankietowe oraz porównanie liczby uzyskanych ankiet z latami poprzednimi.

Niestety nie udało się dotychczas wdrożyć interaktywnych pomostów komunikacyjnych między studentami a dziekanatami, a tym samym stworzyć możliwość składania podań do dziekana lub prodziekanów, weryfikacji swoich danych zawartych w systemie oraz otrzymywania decyzji władz. Wymaga to jeszcze dalszych prac, ale mam nadzieję, że w roku akademickim 2013/2014 przynajmniej częściowo taki system zostanie uruchomiony.

Szanowni Państwo, Drogie Studentki i Drodzy Studenci,

U progu nowego roku akademickiego chciałbym podziękować bardzo serdecznie wszystkim nauczycielom akademickim i pracownikom naszej Uczelni za wyczerpującą pracę i cierpliwość w zmaganiu się z ciągle występującymi przeciwnościami. Życzę nam wszystkim wytrwałości i dalszych sukcesów w nadchodzącym roku.

Młodzieży akademickiej, naszym nowym Koleżankom i Kolegom, którzy dziś symbolicznie przystępują do immatrykulacji, serdecznie życzę pomyślności, radości ze studiowania oraz satysfakcji w zdobywaniu wiedzy i poznawaniu tajników budowy i fizjologii ludzkiego ciała. Oby w niedalekiej przyszłości informacje te stały się podstawą wiedzy o patologii, objawach i leczeniu różnorodnych chorób. Życzę naszym studentom, aby nigdy nie zapominali, że przede wszystkim są ludźmi, którzy przez swoją empatię do drugiego człowieka, przysłowiową dobroć serca, mają służyć chorym. Nie zapomnijcie, iż najważniejszy jest zawsze pacjent, człowiek cierpiący i zagubiony w swojej chorobie. Człowiek, który oczekuje od nas, od personelu medycznego, zrozumienia w cierpieniu, pomocy i jak najszybszego powrotu do zdrowia.

Wstępując w mury uczelni medycznej, powinniście zawsze pamiętać o jej tradycji i historii nauk medycznych. Podstawą naszego działania jest doświadczenie, umiejętność korzystania z wyników i doświadczeń naszych poprzedników. Dlatego też starożytna przysięga Hipokratesa jest wciąż aktualna, choć pewnie w odczuciu młodego człowieka dziwnie sformułowana. Przypomnijmy jej brzmienie i proponuję, by nasi studenci przez chwilę zastanowili się nad jej głębokim przekazem etycznym:

Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygieę i Panaceę oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możliwości i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania. Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swym mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swych braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu. Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. Nie będę kroił, nawet cierpiącego na kamień, lecz pozostawię to mężom, którzy rzemiosło to wykonują. Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkolenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników. Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy. Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; w razie jej przekroczenia i złamania niech mię los przeciwny dotknie.

Dzisiaj złożycie ślubowanie studenckie, które stanowi pierwszy ważny krok na Waszej nowej drodze życia. Życzę Wam, by czas spędzony w murach tej Uczelni był nie tylko wypełniony pracą, ale także radością i rozrywką, poszukiwaniem i znajdowaniem nowych przyjaciół, nieraz na całe życie. Bądźcie rozważni i mądrzy, szanujcie swoje osiągnięcia, ale i osiągnięcia Waszych nauczycieli oraz trud, jaki w Wasze wychowanie włożyli rodzice. Pamiętajcie również o wspaniałej dewizie miasta Gdańska, w którym rozpoczynacie swoje medyczne życie:

Nec Temere Nec Timide – Odważnie, ale z rozwagą

Tego Wam życzę. Bądźcie odważni, nie bójcie się zdobywać wiedzy i doświadczenia, bądźcie ciekawi, ale zachowajcie rozwagę i umiar.

Quod felix faustum fortunatumque sit

Rok akademicki 2013/2014 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ogłaszam za otwarty.

Sytuacja ekonomiczno-finansowa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Po zakończeniu wdrożenia planu restrukturyzacji widoczne są tendencje pozwalające optymistycznie spojrzeć w przyszłość. Pomimo wielu dodatkowo niesprzyjających zdarzeń wynikających ze zmian w otoczeniu makroekonomicznym, wykonaliśmy ciężką pracę. Nadal nie są rozwiązane stale powtarzające się od wielu lat problemy polskiej ochrony zdrowia. Pojawiają się też nowe zjawiska, z którymi musimy się zmierzyć. Otwarcie w marcu 2012 roku nowoczesnego budynku szpitalnego dla klinik zabiegowych pokazuje, że tak jak prognozowaliśmy coraz więcej pacjentów chce być profesjonalnie leczonych w naszym szpitalu. Natomiast my, zamiast się cieszyć z tego faktu, poszukujemy nowych rozwiązań na ograniczenie napływu chorych z powodu limitów w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W czerwcu 2013 roku przystąpiliśmy do konkursów w zakresie realizacji umów z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (poradnie), ambulatoryjną specjalistyczną diagnostykę (TK, MRI, gastroskopia, kolonoskopia itp.), rehabilitację (zarówno stacjonarną, jak i ambulatoryjną). Jak przy każdym konkursie, martwiliśmy się o losy naszych chorych w przypadku nieotrzymania kontraktu na kolejne 3 lata. Dobrze się przygotowaliśmy i mieliśmy sporo szczęścia, bo wiele okolicznych szpitali i dużych przychodni utraciło kontrakty. Zawarliśmy wszystkie umowy, a wyższe limity uzyskaliśmy na specjalistyczną diagnostykę i rehabilitację. Dzięki temu uruchomiliśmy w budynku, włączonym w struktury UCK szpitala studenckie-



go, rehabilitację: kardiologiczną, neurologiczną, ogólnoustrojową, pulmonologiczną oraz poradnię i pełnoprofilową rehabilitację ambulatoryjną, nowo powstałą poradnię sportową. Oprócz tego w budynku tym znajdują się poradnie: okulistyczna, podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologiczna, laryngologiczna i medycyny pracy. Jedno piętro zajmuje też zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wymagających dłuższej opieki. To odciążą wysoko-specjalistyczne oddziały od pacjentów wymagających rehabilitacji lub pielęgnacji, dając innym potrzebującym szansę na udzielenie pomocy. Nie widzimy jeszcze tych działań w wyniku finansowym szpitala, ale na koniec roku powinniśmy uzyskać zamierzone efekty.

Analiza półrocznego sprawozdania finansowego wskazuje na poprawę przepływów pieniężnych i praktyczne pokrycie zaciąganych bieżących zobowiązań. Sprawy sądowe należą do rzadkości, a kontakty z komornikami przeszły do historii. Nie ma zagrożeń związanych z wypłatą wynagrodzeń ani blokad dostaw materiałów z powodu niezapłaconych faktur. NFZ odstąpił od nieuzasadnionego wstrzymywania płatności i wydłużenia terminu zapłaty należności dla szpitala. UCK zgodnie z harmonogramem spłaca zaciągniętą na okres 10 lat pożyczkę z Agencji Rozwoju Przemysłu, której na koniec czerwca 2013 r. pozostało 89 z 110 mln zł kapitału do spłaty. Wszystkie zobowiązania wynoszą 185 mln zł i zmniejszyły się w stosunku do stanu na koniec roku 2012 o 25,7 mln zł. Zobowiązania wymagalne utrzymują się na bezpiecznym poziomie 30 mln zł i są regulowane średnio po 80 dniach.

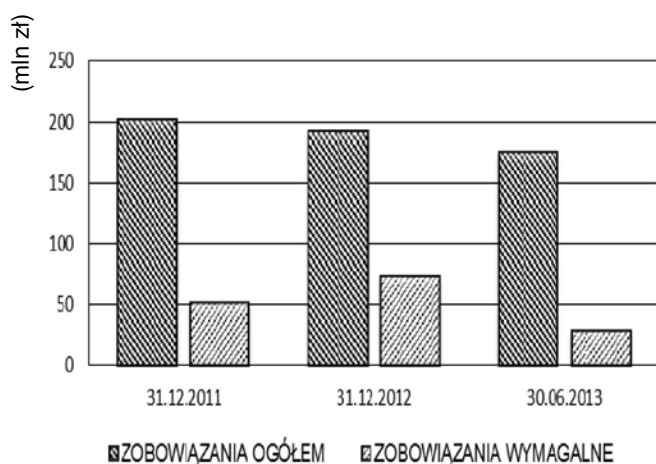
Na dzień 30 czerwca 2013 r. szpital wykazywał 17,6 mln zł straty z wszystkich obszarów działalności. Spowodowane było to kosztami utworzonych rezerw na niezapłacone przez NFZ nadwykonania, które za pierwsze półrocze 2013 roku wynosiły 16 mln zł oraz bardzo wysokim obciążeniem wyniku amortyzacją wyposażenia i sprzętu w CMI, która wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o ponad 20%.

Najważniejsze pozycje sprawozdawcze dla porównania lat 2011, 2012 oraz 6 miesięcy 2013 r. zawiera zamieszczona obok tabela.

Niezmiernie ważne jest, abyśmy nie zaprzepaścili danej nam szansy. Dzięki wsparciu Rektora oraz wszystkich pracowników UCK i GUMed dokonamy spłaty starych długów, wspólnie zoptymalizujemy koszty, dopasujemy niezbędne zasoby do jak najlepszej realizacji umów i potrzeb pacjentów. Pozwoli to ostatecznie uzyskać trwałą równowagę finansową. Realizacja opracowanej strategii rozwoju szpitala jest naszą perspektywą „dobrego” jutra i wizją, która po wybudowaniu CMN spowoduje, że wraz z Gdańskim Uniwersytem Medycznym staniemy się najlepszą jednostką w Polsce pod względem leczenia, nauki i dydaktyki, czego sobie i Państwu życzę.

mgr Ewa Książek-Bator,
dyrektor naczelna UCK

	31.12.2011 r. (mln zł)	31.12.2012 r. (mln zł)	30.06.2013 r. (mln zł)
Przychody	455	464	241
Koszty	446	455	259
Wynik	9	9	-17
Nadwykonania	35	0	16



Ranking dydaktyczny

Ocena jednostek dydaktycznych za rok akademicki 2012/2013



Postępująca informatyzacja Uczelni umożliwia wprowadzenie w roku akademickim 2013/2014 rankingu dydaktycznego. Dla sukcesu podejmowanego przedsięwzięcia zasadnicze znaczenie miało zaangażowanie studentów. To zaangażowanie i aktywne uczestnictwo licznej grupy studentów w badaniu ankietowym przeprowadzonym na początku minionego roku akademickiego pozwoliło na podjęcie prac nad publikowanym obecnie rankingiem (vide Gazeta AMG 4/2013). Nie zawiedliśmy się na studentach, co dobitnie ilustrują ryciny 10 i 11 na str. 18 zamieszczone w przemówieniu Rektora publikowanym w tym numerze *Gazety AMG*.

Ranking przeprowadzany jest oddzielnie na każdym Wydziale Uczelni, na podstawie informacji uzyskiwanych na zakończenie roku akademickiego. Wynik będzie ogłaszany na początku kolejnego roku akademickiego. Jednocześnie podane są zasady rankingowe obowiązujące w rozpoczynającym się roku akademickim.

Aktywność Studenckich Kół Naukowych może przynieść jednostce dydaktycznej maksymalnie 50 punktów. Weryfikację punktacji przeprowadza prorektor ds. studenckich na podstawie sprawozdań SKN. Ustalono zostały kategorie punktowe:

- za publikację recenzowaną, w której student jest pierwszym autorem – jednostka otrzymuje 5 pkt., maks. 20 pkt.
- za zajęcie I lub II lokaty w konkursach ogólnopolskich – 2 pkt., maks. 10 pkt.
- za I miejsce w uczelnianym etapie konkursu „Czerwonej Róży” – 5 pkt.
- za zwycięstwo w konkursie „Czerwonej Róży” – 5 pkt.
- za udział w ważnych dydaktycznie wydarzeniach (np. w Medycznym Dniu Nauki) – 2 pkt., maks. 10 pkt.

Ankieta dydaktyczna. Na podstawie uzyskanych opinii studentów zostanie określona wartość średnia oceny dydaktycznej nauczycieli oraz względna pozycja jakości zajęć realizowanych w trakcie nauczania każdego przedmiotu względem pozostałych nauczanych na danym roku każdego z kierunków. Uzyskana wartość średnia oceny nauczycieli (zestaw 13 pytań) może zmniejszyć się w przedziale wartości 0-100 pkt.

Ocena poziomu organizacyjnego przedmiotów nauczanych przez jednostkę dydaktyczną będzie określana na podstawie odpowiedzi na zestaw 3 dedykowanych pytań. Jednostki, których ocena będzie większa niż 83 percentyl uzyskają 15 pkt., jednostki których ocena mieści się między 67 a 83 percentylem uzyskają 10 pkt., zaś jednostki z oceną w przedziale 50-67 percentyla – 5 pkt. W przypadku, gdy przedmiot jest realizowany przez więcej niż jedną jednostkę dydaktyczną, wartość punktowa jest przypisywana do każdej z jednostek.

Realizacja zajęć fakultatywnych wnosi maksymalnie 10 pkt. do oceny zbiorczej. Za każde 5% w proporcji zajęć fakultatywnych do pensum nominalnego analizowanej jednostce przyznawany będzie 1 pkt.

Prawidłowość współpracy w zakresie planowania i rozliczania zajęć dydaktycznych (0/5 pkt.), terminowego dokonania wpisów do indeksu elektronicznego (0/5 pkt.), redagowania sylabusów przedmiotów i fakultetów (0-5 pkt.).

Aktywność jednostek dydaktycznych w zakresie kształcenia podyplomowego oceniana będzie na podstawie zestawienia oferowanych kursów przygotowanego przez Kolegium Kształcenia Podyplomowego za okres zakończonego roku akademickiego. Uwzględniana będzie data rozpoczęcia kursu. Za każdy przeprowadzony kurs przyznawany będzie 1 pkt, maksymalnie jednostka będąca organizatorem kursu może uzyskać 10 pkt.

Uwagi:

1. Jednostkom, które w przeprowadzonej ankiecie zostaną ocenione przez mniej niż 20 studentów, będzie przypisywana średnią wartość dla Wydziału.
2. Najwyżej oceniani przez studentów nauczyciele wyłaniani będą spośród tych, którzy uzyskali co najmniej 20 ocen.

prof. Leszek Bieniaszewski,
prorektor ds. rozwoju i organizacji kształcenia

Przykład 1	min	max	aktywność	punkcja
Wyniki ankiety dydaktycznej				
Srednia ocena nauczycieli	0	100	80%	80
Ocena Jednostki kat 3 – 15, kat 2 – 10, kat 1 - 5	0	15	Kategoria 2	10
Zajęcia fakultatywne				
Odsetek pensum [5% = 1 pkt]	0	10	150 wobec 1000	3
Studenckie Koła Naukowe				
Student 1-szym autorem publ. recenzowanej	0	20	0 x	0
I/II lokata w konkursach (2 pkt za każde)	0	10	3 x	6
Laureat Uczelnianego etapu <i>Czerwonej Róży</i>	0	5	Tak	5
Laureat <i>Czerwonej Róży</i>	0	5	Nie	0
Aktywność ważna dydaktycznie	0	10	3 x	6
Kursy podyplomowe	0	10	7 x	7
Prawidłowość współpracy	0	10	TAK	10
RAZEM				127

Przykład 2	min	max	aktywność	punkcja
Wyniki ankiety dydaktycznej				
Srednia ocena nauczycieli	0	100	50%	50
Ocena Jednostki kat 3 – 15, kat 2 – 10, kat 1 - 5	0	15	Kategoria < 1	0
Zajęcia fakultatywne				
Odsetek pensum [5% = 1 pkt]	0	10	25 wobec 500	1
Studenckie Koła Naukowe				
Student 1-szym autorem publ. recenzowanej	0	20	0 x	0
I/II lokata w konkursach (2 pkt za każde)	0	10	1 x	2
Laureat Uczelnianego etapu <i>Czerwonej Róży</i>	0	5	Nie	0
Laureat <i>Czerwonej Róży</i>	0	5	Nie	0
Aktywność ważna dydaktycznie	0	10	1 x	2
Kursy podyplomowe	0	10	1 x	1
Prawidłowość współpracy	0	10	Nie	0
RAZEM				56

Wydział Lekarski

Kat.	Nazwa jednostki	Pkt.
A	Zakład Medycyny Rodzinnej	139,5
A	Zakład Medycyny Paliatywnej	134,5
A	Klinika Chorób Zakaźnych	130,9
A	Katedra i Zakład Fizjopatologii	128,0
A	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii	125,9
A	Zakład Anatomii i Neurobiologii	125,8
A	Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci	125,3
A	Katedra i Zakład Histologii	124,7
A	Zakład Embriologii	124,3
A	Katedra i Klinika Okulistyki	123,6
A	Zakład Prewencji i Dydaktyki	122,7
A	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii	122,2
A	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	122,1
A	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii	121,4
A	Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii	121,1
A	Katedra i Zakład Biochemii	121,0
A	Zakład Fizjologii Klinicznej	118,9
A	Katedra i Klinika Pediatrii, Nefrologii i Nadciśnienia	118,2
A	Katedra i Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej	118,2
B	Katedra i Klinika Otolaryngologii	117,9
B	Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej	117,9
B	Klinika Alergologii	116,3
B	Klinika Neonatologii	116,0
B	Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego	115,4
B	Zakład Nadciśnienia Tętniczego	115,0
B	Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej	114,6
B	Klinika Neurologii Rozwojowej	113,6
B	Katedra i Klinika Neurochirurgii	113,3
B	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	113,1
B	Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego	113,0
B	Zakład Kardioanestezjologii	112,3
B	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	112,0
B	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	112,0
B	Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca	111,9
B	Katedra i Zakład Farmakologii	111,8
B	Zakład Immunologii Klinicznej i Transplantologii	111,4
B	Klinika Pneumonologii	111,3
B	Katedra i Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych	110,3
C	Zakład Medycyny Molekularnej	110,3

C	Zakład Technik Dentystycznych i Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia	109,4
C	Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej	109,3
C	I Katedra i Klinika Kardiologii	108,6
C	Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży	108,3
C	Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwcowych	107,5
C	Katedra i Zakład Fizjologii	107,4
C	Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki	107,2
C	Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	106,7
C	Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej	106,3
C	Zakład Radiologii	105,7
C	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	105,6
C	Katedra i Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca	105,4
C	Klinika Chirurgii Plastycznej	105,3
C	Zakład Diagnostyki Chorób Serca	103,3
C	Klinika Neurologii Dorosłych	102,8
C	Katedra i Zakład Patomorfologii	102,4
C	Zakład Neuroanestezjologii	102,3
C	Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii	102,1
D	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	101,5
D	Zakład Anatomii Klinicznej	101,0
D	Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii	100,8
D	Zakład Mikroskopii Elektronowej	100,3
D	Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	100,1
D	Klinika Położnictwa	99,6
D	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	98,4
D	Katedra i Klinika Urologii	97,3
D	Zakład Higieny i Epidemiologii	97,3
D	Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	97,0
D	Zakład Medycyny Laboratoryjnej	96,6
D	Zakład Immunologii	95,6
D	Wydziałowe Studium Informatyki Medycznej i Biostatystyki	94,9
D	Zakład Ortodontji	94,8
D	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej	94,4
D	Zakład Etyki	93,5
D	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej	89,1
D	Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej	82,4
D	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	81,9

Legenda:

kat. D: <81,9 - 102,0), kat. C: <102,0 - 110,3),
kat. B: <110,3 - 118,0), kat. A: <118,0 - 139,5>

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kat.	Nazwa jednostki	Pkt.
A	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia	138,0
A	Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego	135,7
A	Zakład Fizjoterapii	135,3
A	Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego	132,3
A	Zakład Fizjologii Człowieka	131,9
A	Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego	128,0
A	Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie	127,3
A	Zakład Badań nad Jakością Życia	122,3
A	Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego	122,2
B	Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego	121,7
B	Zakład Gerontologii Społecznej i Klinicznej	120,3
B	Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej	119,4
B	Zakład Psychologii Klinicznej	118,8
B	Zakład Toksykologii Środowiska	118,4
B	Zakład Toksykologii Klinicznej	116,3
B	Zakład Parazytologii Tropikalnej	116,3
B	Zakład Chemii, Ekologii i Towaroznawstwa Żywności	113,6
B	Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej	112,1
C	Zakład Bioenergetyki i Fizjologii Wysiłku Fizycznego	111,0
C	Zakład Żywienia Klinicznego i Dietetyki	110,8
C	Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych	109,9
C	II Zakład Radiologii	109,5
C	Zakład Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii	109,3
C	Zakład Biochemii i Fizjologii Klinicznej	107,4
C	Zakład Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej	107,3
C	Zakład Informatyki Radiologicznej i Statystyki	106,6
C	Zakład Medycyny Nuklearnej	105,9
D	Zakład Higieny Żywności	105,3
D	Klinika Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej	105,3
D	Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	105,3
D	Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej	104,6
D	Zakład Prawa Medycznego	104,3
D	Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych	104,3
D	Zakład Medycyny Morskiej – Międzyregionalne Centrum Medycyny Morskiej WHO	97,3
D	Zakład Ochrony Środowiska i Higieny Transportu	97,3
D	Klinika Rehabilitacji	94,9
D	Zakład Propedeutyki Onkologii	85,2

Legenda:

kat. D: <85,2 - 105,3), kat. C: <105,3 - 111,0)

kat. B: <111,0 - 121,7), kat. A: <121,7 - 138,0>

Wydział Farmaceutyczny

Kat.	Nazwa jednostki	Pkt.
A	Katedra i Zakład Chemii Fizycznej	128,3
A	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	127,2
A	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	123,8
A	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	122,5
A	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	118,5
B	Katedra i Zakład Bromatologii	117,6
B	Zakład Chemii Klinicznej	117,3
B	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	115,0
B	Zakład Biofarmacji i Farmakokinetyki	113,8
B	Katedra i Zakład Chemii Analitycznej	112,5
C	Zakład Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki	111,7
C	Katedra i Zakład Toksykologii	111,2
C	Zakład Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej	105,3
C	Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej	103,8
C	Studium Nauczania Matematyki, Statystyki i Informatyki Wydziału Farmaceutycznego	100,5
D	Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych	100,2
D	Katedra i Zakład Patofizjologii Farmaceutycznej	94,0
D	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	89,3
D	Zakład Farmakodynamiki	89,1
D	Katedra i Zakład Farmakognozji	79,0

Legenda:

kat. D: <79,0 - 100,4), kat. C: <100,4 - 112,1),

kat. B: <112,1 - 117,9), kat. A: <117,9 - 128,3>

Dr M. Jaguszewski w finale



Dr Miłosz Jaguszewski z I Katedry i Kliniki Kardiologii znalazł się w gronie 15 finalistów 13 edycji Nagród Naukowych *Polityki*, zakwalifikowanych do drugiego etapu konkursu. Pięcioro spośród finalistów decyzją Kapituły II etapu wkrótce zostanie laureatami programu stypendialnego. O tym do kogo powędrują stypendia dowiemy się 20 października br. podczas uroczystości wręczenia nagród. Lista wszystkich wyróżnionych dostępna jest na stronie polityka.pl/stypendia.

Wyniki rekrutacji do GUMed

Na studia stacjonarne

Kierunek studiów	Kandydaci i przyjęci na I rok studiów							Kandydaci i przyjęci na studia drugiego stopnia				
	kandydaci		przyjęci na studia					kandydaci		przyjęci na studia		
	ogółem	kobiety (z rubr. 2)	ogółem (rubr. 7 + 8)	z rubryki 4 „ogółem”				ogółem	kobiety (z rubr. 9)	ogółem	kobiety (z rubr. 11)	
				kobiety	latureaci olimpiad	jednolite studia magisterskie	studia pierw- szego stopnia					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Analityka medyczna	318	261	44	31		44						
Dietetyka	246	219	30	27			30	58	56	31	29	
Elektroradiologia, k. unikatowy	164	139	63	57			63					
Farmacja	760	612	111	83		111						
Fizjoterapia	213	157	39	30			39	128	97	40	27	
Kierunek lekarski	3750	2564	214	142		214						
Kierunek lekarsko-dentystyczny	1680	1290	52	41		52						
Pielęgniarstwo	218	202	75	66			75	57	54	53	50	
Położnictwo	114	113	46	46			46	30	30	28	28	
Ratownictwo medyczne	91	41	31	13			31					
Techniki dentystyczne	123	108	31	28			31					
Zdrowie publiczne	41	35	20	16			20	43	34	37	29	
Zdrowie środowiskowe, k. unikatowy	40	34	18	14			18					
Ogółem	7758	5775	774	594		421	353	316	271	189	163	

Dane na dzień 19.09.2013 r.

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy w UCK obchodzą:

20 lat

Ewelina Cackowska
Joanna Matysiak
mgr piel. Anna Wonaszek

25 lat

Iwona Banach
Lucyna Bakalarz
Krystyna Ćwiklińska
mgr poł. Anna Grochowska
mgr piel. Anna Kaczmarek
Katarzyna Klewicz
Dorota Lewandowska
Violetta Ossowska

Danuta Rosińska
Barbara Sułkowska
Irena Szałyga
Jolanta Wysocka
Grażyna Zielińska
Beata Żmuda-Khalilzadeh

30 lat

Eryka Deręgowska
Teresa Gruszczyńska
Mariola Jaśkowska
mgr Dorota Kociuba
Lila Lademann
Alicja Macikiewicz-Kurpisz
Romualda Nadolna
mgr Dorota Siedlewicz

35 lat

Anna Cybulska
Teresa Dardzińska
mgr biol. Ewa Dudzińska-Górska

Kazimierz Koper
Wanda Latecka
Stanisław Merchel
Krystyna Plucińska
Halina Wójcik



na rok akademicki 2013/2014

Na studia niestacjonarne

Kierunek studiów	Kandydaci i przyjęci na I rok studiów							Kandydaci i przyjęci na studia drugiego stopnia			
	kandydaci		przyjęci na studia					kandydaci		przyjęci na studia	
	ogółem	kobiety (z rubr. 2)	ogółem (rubr. 7 + 8)	z rubryki 4 „ogółem”				ogółem	kobiety (z rubr. 9)	ogółem	kobiety (z rubr. 11)
				kobiety	laureaci olimpiad	jednolite studia magisterskie	studia pierwszego stopnia				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analityka medyczna	6	4	1	1		1					
Dietetyka	58	49	32	29			32				
Farmacja	42	30	22	17		22					
Fizjoterapia								56	46	37	31
Kierunek lekarski	296	191	68	45		68					
Kierunek lekarsko-dentystyczny	135	96	17	11		17					
Pielęgniarstwo	136	67	61	60			61	30	29	23	22
Położnictwo	28	28	25	25			25				
Ratownictwo medyczne											
Techniki dentystyczne	9	8	5	5			5				
Zdrowie publiczne								24	15	13	9
Ogółem	710	473	231	193		108	123	110	90	73	62

Dane na dzień 19.09.2013 r.

Kadry GUMed

Na stanowisku adiunkta została zatrudniona

dr farm. Ewelina Dziurkowska

Na stanowisku starszego wykładowcy zostali zatrudnieni:

dr med. Bogusław Mikaszewski
dr med. Maria Porzezińska

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

Ewa Kozaczek
dr med. Katarzyna Nowicka-Sauer
dr med. Joanna Wdowczyk

25 lat

dr med. Aleksandra Kawecka
dr hab. n. med. Zdzisław Kochan

Krystyna Kołodziej
dr n. biol. Igor Kosiński
dr hab. Lidia Piechowicz
dr hab. Jan Zaucha

30 lat

dr hab. Piotr Boguś
mgr Mirela Łukaszewska
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak
mgr Sylwia Scisłowska

35 lat

dr med. Piotr Radziwiłowicz
prof. dr hab. Jan Słomiński

Pracę w Uczelni zakończyli:

mgr Michał Grzegorzczak
Halina Hałoń
dr n. med. Katarzyna Kretowicz
dr med. Anna Limon-Stencel
dr n. med. Hanna Świątek
dr n. tech. Krzysztof Świder

Zmiany w zakresie pełnienia funkcji kierowników jednostek organizacyjnych:

- z dniem 1.09.2013 r. dr hab. Dorocie Bielińskiej-Waż powierzono funkcję kierownika Zakładu Informatyki Radiologicznej i Statystyki.
- z dniem 31.08.2013 r. dr med. Tomasz Bandurski zakończył pełnienie funkcji p.o. kierownika Zakładu Informatyki Radiologicznej i Statystyki.
- z dniem 9.09.2013 r. dr hab. Krzysztofowi Waleronowi powierzono funkcję kierownika Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej.
- z dniem 28.06.2013 r. dr hab. Władysław Werel zakończył pełnienie funkcji Kierownika Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej. □

Jak sprawnie zarządzać blokiem operacyjnym?

Procedura to cykl działań, których operator nie jest w stanie zmienić. Proces jest zjawiskiem, które można, a nawet trzeba (w oparciu o opracowane procedury) zmieniać.

Nowy szpital kliniczny – Centrum Medycyny Inwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego został otwarty w marcu 2012 roku. Z racji specyfiki zabiegowej jego sercem jest blok operacyjny. Zastosowane w nim nowoczesne technologie pozwalają z optymizmem spoglądać w przyszłość – blok operacyjny został zaprojektowany i wyposażony zgodnie z najnowszymi trendami technologicznymi. Czy jednak sama nowoczesna infrastruktura, bez zasadniczych zmian w systemie zarządzania jest w stanie sprostać wymogom nowoczesnej medycyny zabiegowej?

Organizacja procesu, jakim jest praca bloku operacyjnego, jest bez wątpienia zadaniem trudnym. Po pierwsze dlatego, że czas na korzystanie z sali operacyjnej jest ograniczony, a zarazem kosztowny. Ograniczenie wynika z dostępnych zasobów ludzkich, jak również z fizycznej dostępności czasu. Koszt z kolei wiąże się przede wszystkim z wykorzystaniem dostępnych zasobów ludzkich. Koszty osobowe stanowią bowiem około 80% całości kosztów godziny pracy bloku operacyjnego.

Nie trzeba wyjaśniać, dlaczego dobra organizacja bloku operacyjnego jest kluczowa dla pracy szpitala o specyfice zabiegowej. Jak wiadomo, wyniki finansowe, czy to w jednostkach publicznych, czy niepublicznych wiążą się bezpośrednio z wykonaniem procedury operacyjnej. A zatem bez dostępu do sali operacyjnej nie ma przychodu. Co więcej, dobrze zorganizowany blok operacyjny wpływa znacząco na lepszą (szybszą, bardziej efektywną, pozbawioną błędów) pracę operacyjną, jak również przyczynia się do większego bezpieczeństwa pracy (ang. *safe working climate*), co w udowodniony sposób obniża częstość występowania błędów i pomyłek. W jaki zatem sposób wpłynąć na proces funkcjonowania bloku operacyjnego, w jaki sposób uporządkować zarządzanie, aby osiągnąć założone ambitne cele, a zarazem spełnić podstawowy wymóg podejścia procesowego – dostosować się do wymogów klienta?

Podstawy planowania zabiegów

Sekwencja zdarzeń na bloku operacyjnym, począwszy od planowania rozpisu operacyjnego, poprzez kierowanie ruchem i kontrolę prawidłowości działania aż do wyciągnięcia wniosków i ponownej przebudowy planu, powinna być sformalizowana na wzór stanowiącego podstawę koncepcji ciągłego doskonalenia koła PDCA (*plan-do-check-act*) Deminga. Ponieważ pomimo uniwersalności rozwiązań zarządczych z rodziny zarządzania jakością (ang. *quality management*), systemy zarządzania w jednostkach usługowych (jakimi bez wątpienia są szpitale i działające w ich obrębie bloki operacyjne) różnią się od systemów implementowanych w przemyśle, niezbędne było stworzenie rozwiązań dedykowanych specjalnie szpitalom. Znamiennej cechą tych rozwiązań jest to, że pacjenci, procesy i łańcuchy oddziaływań procesowych stanowią podstawę organizacji opieki, która winna być consensusem pomiędzy skutecznością (efekt merytoryczny), efektywnością (wykorzystanie zasobów i optymalizacja zysku) i koordynacją czasową (ang. *just-in-time*) – zasada EET (*effective, efficient, timely*).

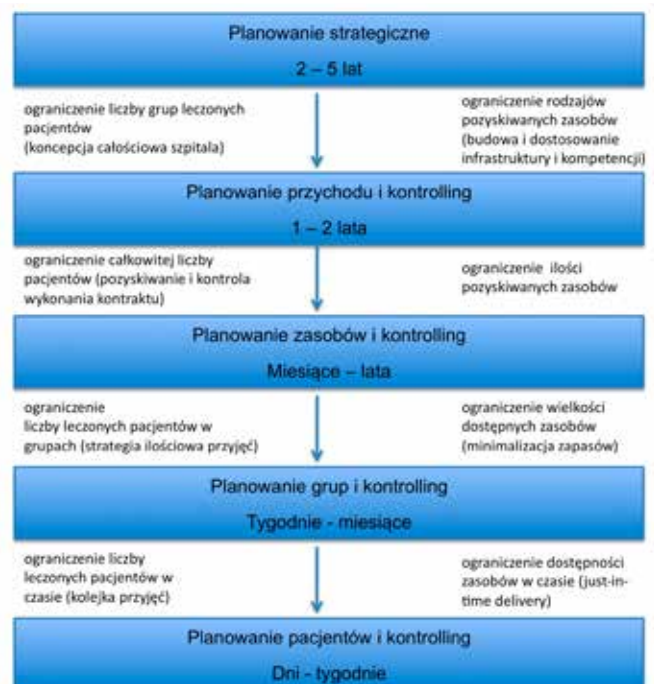
Schemat dostępu do sali operacyjnej powstaje w oparciu o wymagania związane z planowanym wolumenem usług (produkcji), który wynika z decyzji strategicznych kierownictwa szpitala. Na każdym z opisywanych poziomów definiowane są podstawy działania organizacji. Na najwyższym poziomie de-

finiowane są strategiczne perspektywy organizacji, widziane długofalowo. Z ustaleń na tym poziomie wynika rzeczywiste planowanie zabiegów operacyjnych na podstawie wytycznych krótko (dzień, tydzień) i długoterminowych (miesiąc, rok, lata) opracowanych na wyższych poziomach. Głównym celem planowania strategicznego jest zatem optymalizacja i realizacja założonych celów nadrzędnych na bazie codziennych procesów, z uwzględnieniem zasady EET (ryc. 1).

Przypisanie zasobów bloku operacyjnego do specjalności

W chwili obecnej to wielkość kontraktu jest głównym czynnikiem determinującym dostęp do sali operacyjnej. Ta koncepcja determinacji przez przychód jest zasadna pod warunkiem, że znana i opracowana jest metodologia „przetłumaczenia” kontraktu na godziny dostępu do bloku operacyjnego. Kontrakt to suma pieniędzy. Pieniądze te odpowiadają sumie wszystkich aktywności dla danej specjalności w ciągu całego roku. Spójrzmy na ten problem z perspektywy bloku operacyjnego. Procedury wykonywane na bloku operacyjnym współuczestniczą w osiągnięciu przychodu z kontraktu. Nie każda procedura w tym samym zakresie wpływa na realizację kontraktu. Zyski z poszczególnych procedur (tak w obrębie poszczególnych specjalizacji, jak i między różnymi specjalizacjami) są różne.

Niekiedy wykonywane procedury nie znajdują bezpośredniego odpowiednika w obrębie rejestru zakontraktowanych świadczeń. Bywa tak ponieważ np. niezbędne jest wykonywanie skomplikowanego zabiegu ze względów medycznych (np. zabiegi w leczeniu mnogich urazów), co nie będzie mogło być w pełni zrefundowane lub procedury wykonywane są ze względu na realizowaną misję jednostki (np. chirurgia trzustki). Niedługo deficytowe procedury wykonywane są z myślą o



Ryc. 1. Poziomy planowania dostępu do sali operacyjnej

procedurach dochodowych, które można wykonywać jedynie wykonując te niedochodowe (np. operacje łagodnych guzów tarczycy i nowotwory tarczycy). Praktycznie nigdy nie ma bezpośredniego związku pomiędzy zyskiem z procedury lub jej kosztami poza salą operacyjną a niezbędnym dla niej czasem wykorzystania bloku operacyjnego. Nie wspominamy tu nawet o zmienności czasu trwania i niepewności z tym związanej.

Jakie jest zatem rozwiązanie? Prosty i bardzo skutecznym sposobem jest analiza czasu potrzebnego do realizacji procedur na bazie danych archiwalnych (np. z jednego roku) i użycie tego wskaźnika celem alokacji dostępu do bloku operacyjnego.

Na przykład Klinika Chirurgii Ogólnej otrzymała w zeszłym roku 8.400 godzin dostępu do bloku operacyjnego (średnio 4 sale dziennie). Stopień wykorzystania wyniósł 96,4% (w tym czas zmian pomiędzy zabiegami – 6,8%). Średni czas zabiegu wyniósł 95 minut (25% trwało mniej niż 65 minut, zaś 75% mniej niż 164 minuty). W ciągu ostatnich dwóch lat nie zmienił się też zakres wykonywanych procedur (*case mix*). W 2012 roku wykonano 5.514 zabiegów. W nowym kontrakcie na rok 2013 uwzględniono 200 dodatkowych zabiegów chirurgii onkologicznej. Jaki wpływ ma ta zmiana na dostępność do zasobów bloku operacyjnego?

W tym przykładzie widzimy, że wykorzystanie zasobów bloku operacyjnego jest tak wysokie, że stały wzrost nie jest już po prostu możliwy. Należy przyjąć, że nowe zabiegi mają średni czas trwania około 4 godzin (25% mniej niż 3, a 75% mniej niż 6 godzin). Oznacza to, że około 800 nowych godzin (w przedziale od 600 do 1.200) jest potrzebne, aby zrealizować nowo pozyskany kontrakt.

Założeniem jest 95% wykorzystanie czasu bloku operacyjnego. W ciągu 50 tygodni, przy 9-godzinym dniu pracy niezbędne jest zatem pozyskanie 1,8 (1,4-2,8) dodatkowego dnia/tydzień na sali operacyjnej. Po konsultacji z przedstawicielami głównego użytkownika (chirurgia) zostaje podjęta decyzja o przyznaniu dodatkowego 1,5 dnia/tydzień na okres 5 miesięcy. W tym okresie będzie prowadzone monitorowanie realnego wykorzystania sali operacyjnej celem oceny czy zaplanowany dostęp pozwoli na wykonanie dodatkowego kontraktu. Tak więc po 5 miesiącach nastąpi dostosowanie zasobu do potrzeb procesu głównego. W tym kontekście aspekt finansowy nie zostaje bezpośrednio ujęty w ocenie potrzeby dostępu do bloku operacyjnego.

Inne, bardziej zaawansowane pytanie to jaki jest najlepszy zestaw operacji/pacjentów, aby wypełnić założenia kontraktowe i maksymalnie wykorzystać zasoby? Należy oczywiście

dążyć do minimalizacji różnicy pomiędzy zaplanowanym a realnym wykorzystaniem (ryc. 2).

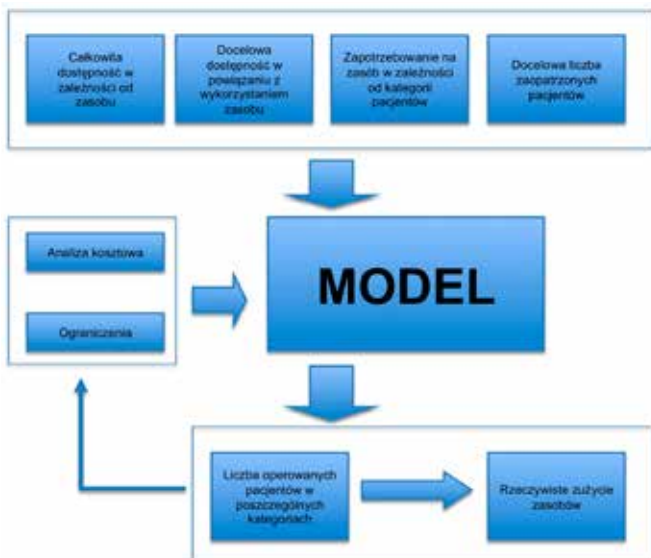
Przygotowanie codziennych rozpisów operacyjnych

Planowanie zabiegów rozpoczyna się od opisu procedury, identyfikacji operatora i ustalenia szacowanego czasu zabiegu. Czas trwania zbiegu traktuje się jako czas wykorzystywania sali operacyjnej, a zatem od wjazdu do wyjazdu pacjenta. Tym samym obejmuje on także czas przygotowania anestezjologicznego pacjenta oraz wszystkich procedur i działań związanych ze znieczuleniem. Chirurg, anestezjolog i pielęgniarki powinni współpracować ze sobą jako zespół celem maksymalizacji wykorzystania bloku operacyjnego. Liczne badania wykazały, że najlepszą metodą oceny czasu trwania danej procedury jest powiązanie danych historycznych z oceną kilku charakterystycznych cech pacjenta.

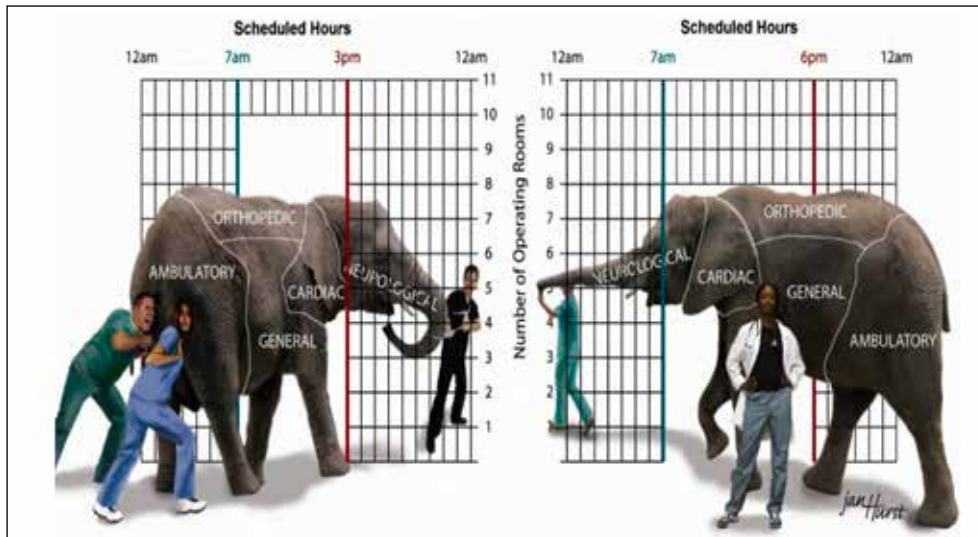
Dlaczego ważne jest tworzenie wiarygodnych planów wykorzystania bloku operacyjnego? Jeżeli przypadki nie są odpowiednio zaplanowane, pojawia się ryzyko, że część z zabiegów będzie musiało być odwołanych, co wpływa negatywnie nie tylko na wyniki ekonomiczne, ale także na morale zespołu i postrzeganie organizacji przez pacjentów. Jak wykazały badania WHO, niedotrzymywanie zaplanowanego terminarza zabiegów jest najbardziej irytującym czynnikiem spośród wszystkich negatywnych zjawisk związanych z organizacją pracy służby zdrowia, jakie mogą dotyczyć pacjenta w czasie hospitalizacji. Opóźnienia związane z zabiegiem operacyjnym stanowią ważną determinantę zadowolenia pacjenta w obrębie całego kontinuum opieki przed-, intra- i pooperacyjnej. Opóźnienia dotykają się do i tak już znacznego niepokoju, jaki odczuwają pacjenci przed operacją, a nierzadko prowadzi do wyartykułowanego gniewu i frustracji. Ponadto sala operacyjna, ze względu na specyfikę wykonywanych w niej procedur, jest środowiskiem stresorodnym, dynamicznym, pełnym ryzyka, niepewności i niezwykle wymagającym. Członkowie zespołu muszą wykonywać liczne, wysoko stechniczowane czynności, często kilka z nich jednocześnie.

Na sprawność bloku operacyjnego wpływają także inne czynniki systemowe, będące rezultatem indywidualnych i grupowych cech mających wpływ na działania o charakterze zarządczym. Są to m.in. takie czynniki jak: umiejętność zarządzania zespołem i czasem, umiejętności interpersonalne, przywództwo, rozkład obciążenia pracą, dynamiczne podejmowanie decyzji, wykrywanie i identyfikacja problemów, wychwytywanie i przewidywanie błędów, znaczne obciążenie psychiczne i fizyczne, zmęczenie, stres związany z otoczeniem, presja związana z realizacją zadań w określonym czasie, a także problemy związane z życiem osobistym. Zespół bloku operacyjnego nierzadko bowiem przekracza normatywny czas pracy (nadgodziny), pracując w znacznym obciążeniu.

The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations zidentyfikowała czynniki związane z presją czasową (rozpoczęcia lub zakończenia procedury) jako jeden z czterech głównych czynników prowadzących do pomyłek w chirurgii. Podobnie jak u innych profesji, presja czasowa prowadzi do stresu, a także do stosowania uproszczeń i rozwiązań prowizorycznych – z pozoru skutecznych, ale niesprawdzonych, a nawet szkodliwych w razie pochopnej generalizacji. W porównaniu do innych miejsc w szpitalu, pomyłki na bloku operacyjnym mogą mieć katastrofalne skutki (np. operacja po złej stronie, pozostawione ciało obce, niesprawdzone przetoczenie krwi). W niektórych przypadkach takie błędy mogą doprowadzić do niezwykle poważnych konsekwencji dla pacjenta, chirurga i szpitala.



Ryc. 2. Oddziaływania zewnętrzne, które należy uwzględnić w planowaniu dostępu do bloku operacyjnego



Ryc. 3. Nie da się zmusić słonia, żeby się zmniejszył lub zmienił kształt. Trzeba stanąć twarzą w twarz ze świadomością, że słoń ma 8 sal operacyjnych wysokości i 11 godzin szerokości (Steven Shafer, M.D.)

Innymi słowy, nieodpowiednie planowanie i powstała w jego wyniku niekontrolowana zmienność mogą znacząco upośledzić wynik pracy całego szpitala. Jest to bez wątpienia zjawisko, którego należy unikać.

Praktyka dużych bloków operacyjnych z zaawansowanym i dobrze funkcjonującym systemem zarządzania jakością wskazuje na szereg rozwiązań, których zastosowanie znacząco wpływa na polepszenie planowania. Oto kilka z nich:

- sporządź Plan Główny Bloku Operacyjnego (ang. *OR master schedule*), w którym każda ze specjalności ma stabilny dostęp do sal operacyjnych w perspektywie tygodnia,
- zapewnij elastyczność w obrębie bloku operacyjnego, aby móc wykonać zabiegi nagłe bez potrzeby anulowania zabiegów planowych,
- planuj procedury o dużej przewidywalności jedna po drugiej, np. 6 operacji cholecysektomii laparoskopowej jednego dnia, doprowadzi to do wyższego rzeczywistego wykorzystania sali operacyjnej niż rozproszenie ich w ciągu całego tygodnia i zmieszanie (*case mix*) z innymi zabiegami,
- nie planuj dwóch procedur jedna po drugiej, jeśli obie mają wysoką zmienność czasu trwania. Jeśli planujesz zabiegi o wysokiej zmienności, powiąż je z zabiegami o niskiej zmienności,
- rozpoczynaj dzień zabiegiem o niskim stopniu trudności i niskiej zmienności,
- planuj przerwy na posiłek „na zakładkę”, aby uniknąć przestoju bloku.

Informacja zarządcza

Zarządzanie wymaga posiadania odpowiedniej informacji – wiarygodnej, szybkiej i konkretnej. Odpowiednio działający system informacji zarządczej pomaga zoptymalizować efektywność bloku operacyjnego i prowadzi do uzyskania wyników, które pozwalają stale zmieniać i optymalizować system, podejmować decyzje w oparciu o fakty i rekomendować rozwiązania mające na celu zmiany w procesach systemu.

Kluczowe informacje w odniesieniu do bloku operacyjnego powinny obejmować:

- współczynnik wykorzystania/specjalność
- czas zmiany/specjalność
- średni czas trwania zabiegu/specjalność
- liczbę odwołanych zabiegów
- odsetek i liczbę zabiegów nagłych w zależności od specjalności chirurgicznej.

Jeszcze kilka słów o czasie zmiany. Czas zmiany (ang. *turnover time*) to czas pomiędzy opuszczeniem sali operacyjnej

przez jednego pacjenta a wjazdem na tę samą salę operacyjną drugiego pacjenta. Obecnie czas zmiany w CMI wynosi około 30 minut, co wynika z przyjętych w CMI procedur mycia i dezynfekcji. Dla porównania, w szpitalu Catharina w Eindhoven średni czas zmiany to 10 minut. Teoretycznie, szacując 10 000 zabiegów rocznie po średnio 2 godziny, skrócenie czasu zmiany do 10 minut pozwoliłoby na zwiększenie liczby zabiegów o 1 667 (16,7%) przy tych samych zasobach bloku operacyjnego (czas dostępności bloku, czas pracy pielęgniarek).

Konkludując, zarządzanie blokiem operacyjnym wymaga zastosowania nowoczesnych koncepcji menedżerskich celem skoordynowania wielu skomplikowanych i wielowymiarowych podprocesów. Jest to zatem zadanie trudne i odpowiedzialne. Niemniej, gdy zostanie osiągnięty cel, jakim jest optymalizacja pracy bloku operacyjnego, stanowi on kluczowy napęd biznesowy szpitala, jak również przyczynia się znacząco do propagowania kultury jakości.

dr Pieter Stepaniak,
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,
Endokrynologicznej i Transplantacyjnej,
Blok Operacyjny Szpitala Catharina,
Eindhoven, profesor wizytujący,

dr Tomasz Stefaniak,
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,
Endokrynologicznej i Transplantacyjnej,

dr Włodzimierz Żychliński,
Blok Operacyjny UCK

Konferencja o zespole Downa

Gdański Uniwersytet Medyczny wraz z Fundacją Wspierania Rozwoju JA TEŻ organizuje w październiku I Pomorską Konferencję na rzecz osób z zespołem Downa „Ja też mam przyszłość”. Patronat merytoryczny objęto Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.

Konferencja odbędzie się w Sobieszewie w dniach 26-27 października 2013 r. Jej celem jest zaprezentowanie najnowszej wiedzy medycznej dotyczącej rozwoju oraz problemów zdrowotnych dzieci i osób z zespołem Downa. Gościem specjalnym będzie prof. Lucjusz Jakubowski, konsultant krajowy ds. genetyki. Lekarze uczestniczący w Konferencji otrzymają 12 punktów akredytacyjnych.

Więcej informacji na stronie www.jatez.pl.

Nowe perspektywy rehabilitacji w UCK

*Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia,
a potem pozostawienie go samemu sobie.*

prof. Wiktor Dega

Klinika Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego powstała w 2004 roku i pierwotnie została zlokalizowana w budynku nr 38 przy ul. Smoluchowskiego (dawne Sanatorium Usprawniania Leczniczego). Jej pierwszym kierownikiem był prof. Stanisław Bakuła, który nadal pozostaje kierownikiem Katedry Rehabilitacji GUMed. Po zburzeniu budynku nr 38 w celu stworzenia miejsca dla Centrum Medycyny Inwazyjnej (CMI), Klinika została przeniesiona do tymczasowej siedziby w budynku nr 15 przy ul. Dębinki 7, a w ostatnich dniach czerwca br. rozpoczęła przeprowadzkę do tzw. szpitala studenckiego przy alei Zwycięstwa 30. Tu obecnie rozwija skrzydła.

W Klinice prowadzone są cztery formy rehabilitacji: w trybie stacjonarnym, w trybie dziennym, rehabilitacja domowa pod kontrolą telemedycyny oraz ambulatoryjna – w ramach Pracowni Fizjoterapii UCK. Usprawniani są pacjenci z chorobami układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerwowego i narządu ruchu. Obecny kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia umożliwia rehabilitację w trybie stacjonarnym jednocześnie 12 pacjentów w ramach wczesnej poszpitalnej rehabilitacji kardiologicznej, 13 pacjentów w ramach rehabilitacji neurologicznej, 8 pacjentów w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej i 7 rehabilitacji pulmonologicznej. Ponadto prowadzona jest, również w ramach kontraktu z NFZ, rehabilitacja kardiologiczna w trybie dziennym dla około 10 pacjentów jednocześnie oraz rehabilitacja kardiologiczna pod nadzorem telemedycyny w ramach prewencji rentowej ZUS. Rehabilitacja wczesna szpitalna (przyłożkowa), czyli w pierwszym okresie po zachorowaniu, jest prowadzona w poszczególnych klinikach UCK przez fizjoterapeutów, po konsultacji przez lekarza specjalistę rehabilitacji. Jej celem jest głównie zapobieganie skutkom unieruchomienia i przygotowanie do drugiego etapu rehabilitacji w Klinice Rehabilitacji UCK.

Do grupy pacjentów, w usprawnianiu których Klinika wyspecjalizowała się szczególnie w ostatnich latach, należą pacjenci z niewydolnością serca i powikłaniami neurologicznymi, po udarach mózgu, z nabytymi polineuropatiami oraz chorzy po urazach wielonarządowych.

W Klinice Rehabilitacji funkcjonują dwie Poradnie Rehabilitacyjne, w tym jedna w budynku nr 15 w starej lokalizacji, gdzie porad udzielają m.in. specjalista rehabilitacji medycznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej dr Hanna Tomczak oraz dr Joanna Jabłońska-Brudło, a druga w tzw. Szpitalu Studenckim, gdzie przyjmuje doświadczony lekarz specjalista rehabilitacji medycznej dr Janina Jacewicz-Szklanna. W budynku przy al. Zwycięstwa prężnie działa Pracownia Fizjoterapii, której pacjenci poddawani są zabiegom fizykalnym i kinezyterapii w ramach kontraktu z NFZ. Dla bardziej niecierpliwych utrzymano fizjoterapię komercyjną w starej lokalizacji.

Do Poradni Rehabilitacyjnej kierowani są na konsultacje również pacjenci z rzadkimi chorobami genetycznymi, tj. zespołem Cornelli de Lange, zespołem Williama oraz jeszcze rzadszymi, pojedynczymi przypadkami, wymagającymi ustalenia indywidualnego programu rehabilitacji.

Coraz większym zainteresowaniem cieszy się nowo powstała Poradnia Medycyny Sportowej, której głównym celem jest udzielanie porad i konsultacje w zakresie medycyny sportowej, wydawanie orzeczeń uprawniających do udziału w treningach

i zawodach sportowych, prewencja oraz wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu.

Najważniejszą wartością Kliniki są jej pracownicy. Liderem wielodyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego według polskiej szkoły rehabilitacji, zapoczątkowanej przez profesora Wiktora Degę z Poznania, a zaadoptowanej przez WHO w 1972 roku, jest lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. W skład tego zespołu rehabilitacji wchodzi fizjoterapeuci, pielęgniarki, logopeda, psycholog i terapeuta zajęciowy. Sztab doświadczonych fizjoterapeutów zajmuje się indywidualnie dobranym dla każdego pacjenta usprawnianiem, tj. kinezyterapią, fizykoterapią, terapią manualną i masażem. Niejednokrotnie stosowane są techniki specjalistyczne, oparte na specyficznych koncepcjach teoretycznych, m.in. na zjawisku „plastyczności” mózgu, takie jak PNF (metoda proprioceptywnego nerwowo-mięśniowego torowania) czy metoda Karela i Berty Bobathów, stosowana głównie u dzieci z mózgowym porażeniem, ale znajdująca też zastosowanie u dorosłych (ang. NDT – *neuromuscular treatment*). Lekarz dobiera zaopatrzenie rehabilitacyjne, tj. protezy, ortozy, obuwie ortopedyczne, pomoce pionizacyjne i lokomocyjne, które umożliwiają kompensację dysfunkcji i poprawiają samodzielność pacjenta. Struktura zatrudnienia jest zróżnicowana na poszczególnych oddziałach, np. na oddziale rehabilitacji neurologicznej i ogólnoustrojowej



Dr n. med. Dominika Szalewska, adiunkt w Katedrze Rehabilitacji GUMed i ordynator Kliniki Rehabilitacji UCK jest specjalistą chorób wewnętrznych, kardiologii i rehabilitacji medycznej. Autorka ponad 70 artykułów naukowych i doniesień zjazdowych. W 2012 roku odbyła staż naukowy w Duke Clinical Research Institute w Północnej Karolinie. Aktualnie jest przewodniczącą Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz członkiem Zarządu Oddziału Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Uczestnik wielu kursów organizowanych przez European Society of Cardiology.

oprócz doświadczonych fizjoterapeutów ważną rolę spełniają psycholodzy, terapeuta zajęciowy i logopeda, który zajmuje się m.in. neuropsychologiczną terapią zaburzeń mowy. Zespół wzmocniono nowymi pielęgniarkami, co było działaniem koniecznym przy około trzykrotnym zwiększeniu liczby łóżek Kliniki.

Poza wiedzą, doświadczeniem i entuzjazmem personelu ważną rolę odgrywa sprzęt do diagnostyki chorób układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerwowego, narządu ruchu oraz do fizjoterapii. Dzięki zaangażowaniu władz Szpitala, Uczelni, a także udziałowi pracowników w wielośrodkowych programach naukowych oraz programie POLKARD, Klinika od wielu lat dysponuje nowoczesnym sprzętem. W obecnej lokalizacji urządzenia lepiej służą pacjentom. Nowym, ważnym i niezbędnym dla rehabilitacji pacjentów z chorobami układu oddechowego urządzeniem jest inhalatorium oraz pojedyncze stanowiska celkowe.

Poza rehabilitacją w Klinice od lat prowadzona jest nieinwazyjna diagnostyka chorób układu sercowo-naczyniowego, tj. badania echokardiograficzne, Holter-EKG, wcześniej – czternastodniowe monitorowanie EKG w ramach programu TELE-MARC oraz ergospirometria na potrzeby własne, innych klinik i szpitali oraz badania neurofizjologiczne.

Pracownia Badań Neurofizjologicznych, najpierw Zakładu, a następnie Kliniki Rehabilitacji rozpoczęła działalność w październiku 1996 roku i prowadzi ją nieprzerwanie do chwili obecnej. Kieruje nią dr Joanna Jabłońska-Brudło posiadająca certyfikaty Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej w zakresie oceny i opisywania badań EMG oraz badań EP. Do najczęściej wykonywanych badań należą: elektroneurografia, czyli badanie przewodnictwa nerwowego w zakresie nerwów kończyn dolnych i górnych, splotu ramiennego oraz nerwu VII i XI, odruch mrugania i potencjały wywołane – wzrokowe i somatosensoryczne. Dr Joanna Jabłońska-Brudło prowadzi szkolenia lekarzy i magistrów w trakcie specjalizacji z rehabilitacji z zakresu neurofizjologii oraz szkolenie lekarzy w trakcie specjalizacji z okulistyki w zakresie neurofizjologii (wzrokowe potencjały wywołane).

Diagnostykę neuropsychologiczną prowadzi w Klinice Rehabilitacji m.in. dr n. hum. Dariusz Wieczorek, psycholog z drugim stopniem specjalizacji z psychologii klinicznej. Diagnostyka neuropsychologiczna dotyczy pacjentów ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego, u których w następstwie tych schorzeń ujawniły się zaburzenia funkcji poznawczych.



prof. Stanisław Bakuła, kierownik Katedry Rehabilitacji

Wykorzystywane metody diagnostyczne pozwalają na ocenę zaburzeń funkcji językowych, spostrzegania, pamięci, funkcji wzrokowo-przestrzennych, funkcji wykonawczych, jak też wielu innych specyficznych funkcji. Wykorzystanie diagnozy neuropsychologicznej może dotyczyć takich przykładowych problemów jak: ocena możliwości powrotu do przedchorobowej aktywności osób po urazach czaszkowo mózgowych (lub pacjentów z inną etiologią uszkodzenia), dynamiczna ocena sprawności funkcji poznawczych u osób z podejrzeniem procesu otępiennego, wspomaganie rodzin opiekujących się pacjentami z poważnymi zaburzeniami funkcji poznawczych (np. w zespołach amnestycznych), praca z pacjentami z ogniskowym uszkodzeniem mózgu i objawami aleksji, agrafii, jednostroнными zaburzeniami uwagi oraz wspomaganie pracy neurologopedy w zakresie niektórych postaci afazji.

Pracownicy Kliniki (dr Małgorzata-Kusiak Kaczmarek, dr Jabłońska-Brudło, dr Jarosław Tomaszewski i autorka) wchodzi w skład Zarządu Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Są współorganizatorami i wykładowcami zebrań naukowych Towarzystwa, kursów poświęconych ergospirometrii, które odbywają się m.in. pod patronatem Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego To-



Zespół pracowników Katedry Rehabilitacji

warzystwa Kardiologicznego (ordynator Kliniki jest przewodniczącą Sekcji), są zaangażowani w krajowe i międzynarodowe programy badawcze. Dr Hanna Tomczak jest wieloletnią przewodniczącą Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizycznej oraz obecnie sekretarzem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizycznej.

Co roku Klinika organizuje sesję rehabilitacyjną podczas Gdańskich Spotkań Kardiochirurgicznych. W ramach kształcenia podyplomowego w Klinice odbywają staże lekarze specjalizujący się rehabilitacji medycznej oraz innych dziedzinach medycyny, prowadzone są także kursy CMKP dla fizjoterapeutów. W Klinice kształceni są studenci kierunków: lekarskiego, fizjoterapii, pielęgniarstwa, położnictwa, dietetyki, elektroradiologii oraz międzywydziałowego kierunku: inżynieria mechaniczno-medyczna.

Czas oczekiwania na przyjęcie do Kliniki uzależniony jest od rodzaju schorzenia, upływu czasu od zachorowania i stanu klinicznego pacjenta. Prowadzone są dwie kolejki oczekujących: jedna dla pacjentów tzw. wczesnych, bezpośrednio z innych klinik i szpitali oraz druga, o wiele dłuższa, dla pacjentów z chorobami przewlekłymi wymagającymi rehabilitacji. Niezmiernie ważne jest odróżnienie pacjentów wymagających opieki z elementami rehabilitacji, którzy powinni być kierowani do zakładów opiekuńczo-leczniczych lub innych form opieki długoterminowej od pacjentów rokujących poprawę stanu ogólnego i odzyskanie lub poprawę funkcji upośledzonych lub utraconych w wyniku zachorowania, wymagających usprawniania w Klinice Rehabilitacji.

Rehabilitacja to proces medyczno-społeczny, więc dla nas ważne jest również środowisko, do którego pacjent wraca po wypisie z Kliniki, gdyż w nim realizuje on swoje aspiracje życiowe. Jednym z ważnych celów naszych działań jest reintegracja społeczna pacjenta – jego powrót do pracy wykonywanej przed zachorowaniem lub innej, po zmianie zawodu. Naszą wizją i celem jest szeroka, dalekowzroczna współpraca z samorządami lokalnymi, organizacjami pozarządowymi, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Fundacją Aktywnej Rehabilitacji, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i innymi organizacjami oraz stowarzyszeniami celem zmniejszenia również architektonicznych i urbanistycznych barier dla pacjentów opuszczających Klinikę.

Nowoczesna rehabilitacja, oparta na dynamicznie rozwijającej się współczesnej neurofizjologii, neurologii czy kardiologii daje coraz większe nadzieje na powrót do pełnienia dotychczas-



sowych ról rodzinnych, społecznych i zawodowych osobom, które na skutek zachorowania utraciły sprawność. Wczesna i dostępna dla wszystkich, relatywnie niedroga i sama w sobie niepowodująca niekorzystnych skutków ubocznych rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność fizyczną i jakość życia człowieka oraz w wielu przypadkach je wydłuża.

dr Dominika Szalewska,
ordynator Kliniki Rehabilitacji UCK

Nowi konsultanci krajowi

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia ogłosił listę krajowych konsultantów w dziedzinie medycyny i pielęgniarstwa. W gronie nowo powołanych konsultantów nie zabrakło przedstawicieli Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Zakładu Nadciśnienia Tętniczego został powołany na stanowisko krajowego konsultanta w dziedzinie hipertensjologii, dr Wacław Nahorski, p.o. dyrektora Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych – w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej, a w zakresie radioterapii onkologicznej – dr hab. Rafał Dziadziuszko, prof. nadzw. z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii. Krajowym konsultantem w dziedzinie stomatologii dziecięcej została prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego, natomiast prof. Małgorzata Sznitowska, kierownika Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej powołano na stanowisko krajowego konsultanta w zakresie farmacji przemysłowej.

Wykaz wszystkich krajowych konsultantów dostępny jest na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem mz.gov.pl.

Wybrana do Rady Wykonawczej KDBASP



Mgr inż. Anna Grygorowicz, dyrektor Biblioteki Głównej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego została wybrana na członka Rady Wykonawczej KDBASP na kolejną kadencję 2013-2017. Wybory zostały przeprowadzone podczas zjazdu Konferencji Dyrektorów Bibliotek Akademickich Szkół Polskich, który odbył się w dniach 19-20 września br. w Katowicach.

Konferencja Dyrektorów Bibliotek Akademickich Szkół Polskich jest organizacją reprezentującą polskie biblioteki akademickie. Jej celem jest m.in.: wspieranie, rozwijanie, udoskonalanie i promowanie bibliotek szkół wyższych dla dobra publicznego i korzyści społecznej.

Prof. Roman Kaliszan przewodniczącym



Prof. Roman Kaliszan, kierownik Katedry Biofarmacji i Farmakokinetyki został powołany na przewodniczącego Zespołu do Spraw Nagród Ministra Zdrowia dla Nauczycieli Akademickich. Posiedzenie Zespołu odbyło się 16 września br. Oceniono na nim wnioski o przyznanie nagród Ministra Zdrowia dla nauczycieli akademickich nadesłane przez rektorów uczelni medycznych, uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz dyrektora CMKP. W bieżącym roku do resortu wpłynęło 28 wniosków.

Nagroda Prezesa Rady Ministrów



Dr hab. Bartosz Karaszewski, adiunkt Kliniki Neurologii Dorosłych jest jednym z laureatów nagrody Prezesa Rady Ministrów za wyróżnione rozprawy doktorskie, wysoko ocenione osiągnięcia będące podstawą nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego oraz działalność naukową, naukowo-techniczną lub artystyczną za rok 2012. Naukowca Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego doceniono za rozprawę habilitacyjną zatytułowaną *Udar niedokrwienny mózgu: zastosowanie wybranych technik spektrometrycznych i obrazowych w badaniach patomechanizmów choroby i postępowaniu klinicznym*. Za rok 2012 przyznano łącznie 11 takich nagród, w tym tylko jedną w zakresie medycyny.

Lista nagrodzonych dostępna jest na stronie <http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-kancelarii-prezesa/nagrody-premiera/1983,Nagrody-Prezesa-Rady-Ministrow-za-dzialalnosc-naukowa-naukowo-techniczna-lub-art.html>.

90 urodziny prof. Konstantego Leonowicza

W I Klinice Chorób Serca odbyła się 16 września br. miła uroczystość. Aktualni i byli pracownicy Kliniki spotkali się z prof. Konstantym Leonowiczem, emerytowanym kierownikiem Kliniki Kardiologii w latach 1977-1993. Niecodzienną okazją do tego spotkania były 90 urodziny Profesora. Były więc gratulacje, życzenia i kwiaty, wspomnienia dawnych lat i osób, które przewinęły się przez Klinikę. Prof. Andrzej Rynkiewicz przypomniał młodym asystentom sylwetkę Profesora i pierwsze lata funkcjonowania Kliniki. Specjalny dyplom gratulacyjny wręczyła także Profesorowi delegacja Klubu Seniora w osobach dr Haliny Nowalskiej-Kwapisz i prof. Wiesława Makarewicza. Będący w doskonałej kondycji prof. Leonowicz podziękował wszystkim zebrany za pamięć, zorganizowanie uroczystości i przekazane życzenia.

Prof. Konstanty Leonowicz urodził się w Wilnie. Po wojnie, w latach 1947-1952 studiował na Wydziale Lekarskim naszej Uczelni, uzyskując dyplom lekarza z odznaczeniem. Specjalizował się w chorobach wewnętrznych, pracując w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMG pod kierunkiem prof. Jakuba Pensona. Opublikował ogółem 76 prac naukowych. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1980 r., a profesora zwyczajnego w 1990 r. W 1977 roku objął kierownictwo Kliniki Chorób Serca Instytutu Chorób Wewnętrznych, którą kierował nieprzerwanie do czasu przejścia na emeryturę w 1993 roku.



VIII Gdańskie Spotkania z Etyką Lekarską

Konferencja – *Życie duchowe a zdrowie pacjenta*

odbędzie się 26 października 2013 roku (sobota) w godz. 10-14 w Auditorium Primum im. Olgierda Narkiewicza, al. Zwycięstwa 41/42.

Konferencję poprzedzi o godz. 9 msza św. w kościele MB Częstochowskiej przy ul. Skłodowskiej-Curie związana z uroczystością św. Łukasza, patrona służby zdrowia.

W programie wykłady:

- *Czy życie umysłowe jest życiem duchowym* – ks. prof. dr hab. Paweł Bortkiewicz
- *Czy chorzy hospitalizowani potrzebują pomocy duchowej* – prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz
- *Czy modlitwa chorego i lekarza jest pomocna w procesie powrotu do zdrowia* – dr hab. Marcin Renke
- *Mocni duchem, wzorce osobowości lekarza* – prof. dr hab. Grażyna Świątecka.

Organizatorami konferencji są: Oddział Pomorski Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Oddział Gdański Towarzystwa Internistów Polskich, Komisja Etyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku i Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Gdańsku.

Nagrodzone publikacje pracowników GUMed-u

Polskie Towarzystwo Endokrynologii Dziecięcej przyznało naukowcom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dwie nagrody za najlepsze prace z dziedziny endokrynologii wieku rozwojowego opublikowane w 2011 i 2012 r.

Zespół w składzie: N. Marek-Trzonkowska, M. Myśliwiec, A. Dobyszuk, M. Grabowska, I. Techmańska, J. Juscińska, M. A. Wujtewicz, P. Witkowski, W. Młynarski, A. Balcerska, J. Myśliwska i P. Trzonkowski otrzymał Nagrodę im. Tomasza E. Romeira za pracę pt. *Administration of CD4+CD25highCD127 – regulatory T cells preserves B-cell function in type 1 diabetes in children*. Nagrodą Zarządu Głównego PTED została wyróżniona praca pt. *Coating human pancreatic islets with CD4+CD25highCD127- regulatory T cells as a novel approach for the local immunoprotection*, której autorami są N. Marek, A. Krzystyniak, I. Ergenc, O. Cochet, R. Misawa, L. J. Wang, K. Gołąb, X. Wang, G. Kilimnik, M. Hara, S. Kizilel, P. Trzonkowski, J. M. Millis i P. Witkowski.

Ogłoszenie decyzji i wręczenie nagród odbyło się 5 września br. na uroczystej gali podczas Zjazdu Towarzystwa w Warszawie.

Inauguracja projektu MOBI4Health

Instytut Biotechnologii Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG i GUMed będzie gospodarzem sympozjum organizowanego 16 października br. z okazji inauguracji projektu MOBI4Health, który jest finansowany przez Komisję Europejską z 7 Programu Ramowego UE w ramach konkursu REGPOT. W programie zaplanowano przedstawienie założeń projektu oraz zagranicznych ośrodków partnerskich, jak również prezentację nowego programu finansowania badań Komisji Europejskiej – Horizon 2020.

Program wydarzenia dostępny jest na stronie MWB UG i GUMed: www.biotech.ug.edu.pl. Osoby, które chcą uczestniczyć w sympozjum proszone są o rejestrację pod adresem i.raszczyk@biotech.ug.edu.pl do 30 września 2013 r.

W dniach 16-18 października br. odbędzie się także konferencja Bioinnovation&ScanBaltForum2013, współorganizowana przez Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed, Stowarzyszenie ScanBalt oraz Pro-Science Polska. W trakcie wydarzenia – 17 października br., zorganizowana zostanie również sesja plenarna i warsztatowa związana z realizacją projektu MOBI4Health. Konferencja będzie okazją do wysłuchania wykładów pracowników naukowych MWB i GUMed, jak również partnerów zaangażowanych w projekt. Zaprezentują się: prof. Charles Cantor (SEQUENOM Inc., USA), prof. Frederick Bourgaud (Université de Lorraine, Nancy, France), prof. Martin Scheffner (University of Konstanz, Germany) oraz prelegenci z polskich ośrodków uniwersyteckich: prof. Stanisław Bielecki (PŁ), prof. Józef Dulak (UJ), prof. Jan Szopa-Skórkowski (UWr) i prof. G. Węgrzyn (UG). Dodatkowe informacje oraz rejestracja uczestników na stronie konferencji: www.bioinnovation.pl.

Celem projektu MOBI4Health jest osiągnięcie znacznego wzrostu potencjału badawczego MWB UG i GUMed w biotechnologii molekularnej. Blisko 1,5 mln euro zostanie przeznaczone na zakup najnowocześniejszego sprzętu do spektrometrii mas, która pozwoli na wypracowanie innowacyjnych rozwiązań z dziedziny biotechnologii służących życiu i zdrowiu człowieka i środowiska. W ramach projektu zostanie zacieśniona współpraca z wiodącymi europejskimi ośrodkami naukowymi. Kadre naukowe Wydziału wzmocnią nowi doświadczeni badacze oraz specjaliści ds. spektrometrii mas. Opracowana zostanie strategia w zakresie innowacji i praw własności intelektualnej. Międzynarodowe konferencje i warsztaty naukowe organizowane w Gdańsku oraz działania upowszechniające badania naukowe zwiększą rozpoznawalność Wydziału w kraju i za granicą. Projekt zapewni możliwość wykonywania innowacyjnych badań, opartych na zaawansowanej technologii spektrometrii mas oraz długotrwałej współpracy naukowej, zarówno na poziomie regionalnym, jak i europejskim.

Projekt: *CENTRE OF MOLECULAR BIOTECHNOLOGY FOR HEALTHY LIFE – Biotech solutions bringing health to living organisms and environment supported by mass spec-focused research platform*

- Wartość projektu: 5.214.534 €
- Finansowanie z Komisji Europejskiej: 4.667.006 €
- Okres trwania projektu: 1.06.2013-30.11.2016
- Partnerzy: 10 ośrodków badawczych z Wielkiej Brytanii, Francji, Niemiec, Włoch, Grecji i Hiszpanii
- Nowe etaty naukowe: 8 etatów naukowych finansowanych w ramach projektu przez Komisję Europejską (więcej informacji: <http://www.biotech.ug.edu.pl/index.php?mme-nu=10129>).

Tego i tak nikt nie przeczyta...

Powyższy tytuł nie stanowi jedynie przewrotnej zachęty do lektury poniższego tekstu, ale jest również cytatem z jednej ze studenckich wypowiedzi udzielonych na pytania rozesłane w maju i czerwcu br. w ramach ankiety służącej diagnozie naszej Uczelni. Wzięło w niej udział około 25% członków społeczności akademickiej. Badanie to stanowiło punkt wyjścia do uszczegółowienia strategii obowiązującej do 2015 roku oraz przygotowania dokumentu na lata następne. Całościowe wyniki ankiety zostały udostępnione w miesiącach wakacyjnych w ekstranecie w zakładce *Strategia Uczelni*. Należy podkreślić, że zasób informacji pozyskanych od Państwa był bardzo obfity i to nie tylko w zakresie liczby odpowiedzi udzielonych na konkretne pytania. Uzyskaliśmy bowiem ponad 800 wypowiedzi otwartych, również boleśnie szczyrych i krytycznych, a właściwe odniesienie się do nich wymaga więcej czasu niż prosta stosunkowo obróbka danych liczbowych. W najbliższych tygodniach planujemy przedstawić interpretację najistotniejszych wyników ankiety. Już teraz zachęcam do lektury, a także zabraniam głos w dyskusji nad wnioskami z ankiety. Będą one stanowić podstawę do zaproponowania katalogu działań odnoszących się do najistotniejszych problemów Uczelni. Dlatego może warto czytać...

Jednocześnie planujemy kontynuować prace nad przygotowaniem nowej strategii, obowiązującej na kolejne lata. Będzie ona uwzględniała zmiany dokonujące się w otoczeniu, w szczególności możliwości finansowania wynikające z nowych funduszy unijnych na lata 2014-2020. Prace nad nimi, zarówno na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym, powinny zakończyć się na początku przyszłego roku. W dniu dzisiejszym toczą się konsultacje krajowych programów Infrastruktura i Środowisko, Inteligentny Rozwój oraz Wiedza Edukacja Rozwój, a także programu pomorskiego RPO WP 2014+. Pierwszych konkursów należy spodziewać się najpewniej w drugiej połowie, a może dopiero pod koniec 2014 roku. Zatem czasu na lekturę programów oraz przygotowanie konkretnych projektów jak zwykle pozostanie niewiele.

prof. Jacek Bigda,
pełnomocnik Rektora,
Biuro ds. Strategii i Współpracy Międzynarodowej



Repozytorium Biblioteki Głównej GUMed realizuje zalecenia Prezydium KRASP i PAN

Open Access na świecie, w Europie i w GUMed

Zdaniem francuskiego filozofa Bertranda Saint-Sernina wyrażonym w książce *Le rationalisme qui vient* jedynie nauka tworzy uniwersalną platformę komunikacyjną, umożliwiającą racjonalną debatę ponad podziałami społecznymi. Jednak by była ona możliwa, konieczny jest dostęp do wiedzy¹.

Obecnie jest on niezwykle kosztowny. Subskrypcja czasopism naukowych przez biblioteki pochłania corocznie ogromne nakłady finansowe, natomiast naukowcy za publikowanie swoich prac często muszą wносить opłaty, a zrzekając się praw autorskich i majątkowych na rzecz wydawnictw, nie mają możliwości udostępnienia swoich tekstów innym badaczom.

Rozwój technologii informatycznych oraz potrzeba uniezależnienia się od monopolu korporacji wydawniczych, a tym samym obniżenie kosztów i poprawienie dostępności treści naukowych legło u podstaw ruchu Open Access². Naczelną ideą OA jest założenie, że fundamentem rozwoju nauki jest otwartość, a społeczeństwo, ponosząc nakłady na naukę w postaci odprowadzanych podatków, powinno mieć dostęp do rzetelnej informacji naukowej. W tym celu wykorzystywane są nowe kanały dystrybucji treści naukowych, powstałe dzięki rozwojowi technologii cyfrowej.

Open Access, w odniesieniu do treści naukowych, zakłada nie tylko, że są one dostępne w Internecie, ale również, że każdy użytkownik zainteresowany materiałami naukowymi może je w sposób legalny i bezpłatny kopiować, linkować, rozpowszechniać oraz wykorzystywać zgodnie z koncepcją otwartych zasobów edukacyjnych i otwartej edukacji³.

Podjęcie działań na rzecz powszechnego i wolnego dostępu do treści naukowych wciąż zyskuje na popularności i wyraźnie ewoluuje w stronę pełnej otwartości prawnej jako najbardziej pożądanego rozwiązania w dziedzinie nauki⁴. Ośrodki naukowe, różne instytucje i organizacje światowe konsekwentnie odchodzą od traktowania wiedzy jako towaru, czyli kapitału fizycznego i decydują się na politykę Open Access. Ustawa podpisana w 2007 roku przez George'a Busha i potwierdzona w roku 2009 przez Baracka Obamę nakazała publikowanie w domenie publicznej wszystkich wyników prac naukowych finansowanych przez Narodowe Instytuty Zdrowia w USA. Odgórna inicjatywa polityczna odpowiedziała na potrzeby społeczne wyrażone przez różne stowarzyszenia popierające ideę OA.

Podobne mandaty wprowadzone zostały w innych krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, gdzie tamtejsza Rada ds. Badań Naukowych w kwietniu br. zobligowała naukowców do publikowania w wolnym dostępie materiałów naukowych finansowanych z pieniędzy podatników. Europejski program finansowania badań Horizon 2020, w którym rozdzielane są fundusze na lata 2014-2020, również zawiera wymóg darmowej publikacji w sieci. Wszystkie kraje członkowskie zostały zobligowane przez Komisję Europejską do przyjęcia tego modelu, jak również do przy-



gotowania odpowiednich uregulowań prawnych i procedur niezbędnych do jego wdrożenia⁵.

Po wielu instytucjach i organizacjach światowych aktywnie wspierających ruch OA, idea otwartego dostępu spotkała się także z akceptacją w Polsce. Prezydium

Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich i Prezydium Polskiej Akademii Nauk wyraziły w lipcu 2013 roku swoje poparcie dla wprowadzenia zasady OA jako podstawowego modelu udostępniania publikacji naukowych.

Koncepcje OA dla publikujących realizowane są w dwóch głównych strategiach: zamieszczanie kopii prac z czasopism o płatnym dostępie w otwartych archiwach i repozytoriach, czyli tzw. drogą zieloną oraz publikowanie w czasopismach z otwartym dostępem, czyli drogą złotą.



W założeniach przyjęcie modelu OA odbywać się ma w trybie repozytoryjnym, który w Bibliotece Głównej jest już wdrożony i przygotowany do przyjmowania publikacji pracowników GUMed. W nadchodzącym roku akademickim planowana jest szeroka akcja informacyjna mająca na celu popularyzację i promocję ruchu Open Access w naszej Uczelni, co może przyczynić się do pokonywania barier w swobodnym przekazywaniu wiedzy. Wiedza powinna stać się dobrem publicznym.

mgr Agnieszka Milewska,
Biblioteka Główna

¹ Przewodnik po otwartej nauce, <http://otwartanauka.pl/wp-content/uploads/2010/01/przewodnik-po-otwartej-nauce.pdf>, 10.09.2013 r.

² T. Święćkowska, Modele Open Access i ich realizacja w Polsce, <http://eprints.rclis.org/17956/1/OA%20in%20Poland.pdf>, 11.09.2013 r.

³ Informacje o ruchu otwartej nauki w Polsce i na świecie, <http://otwartanauka.pl/co-to-jest-otwarta-nauka/>, 10.09.2013 r.

⁴ Dlaczego warto publikować prace naukowe na wolnych licencjach? http://www.nina.gov.pl/kultura-2_0/tematy/artyku%C5%82y/artyku%C5%82/2013/08/29/dlaczego-warto-publikowac-prace-naukowe-na-wolnych-licencjach-, 10.09.2013 r.

⁵ Stanowisko KRASP i PAN w sprawie Open Access, <http://www.ebib.pl/?p=1196>, 10.09.2013 r.

Oryginalna drewniana proteza

Niektóre spośród obiektów przebyły długą drogę do kolekcji Muzeum GUMed. Choć nie są bezpośrednio związane z historią naszej Uczelni, mają znaczną wartość z punktu widzenia historii nauki i medycyny. Dwie protezy kończyny dolnej trafiły do Muzeum GUMed z Dolnego Śląska. Tuż po wojnie zostały odnalezione na strychu domu w miejscowości Panków. Należały do poprzednich mieszkańców domu. Przez lata nieużywane, pokryły się kurzem. Protezy trafiły do Gdańska dzięki Władysławowi Bożkowi, który ofiarował je do zbiorów Muzeum GUMed, chroniąc tym samym przed prawdopodobnym zniszczeniem.

Stan jednej z protez jest owocem prac rekonstrukcyjnych przeprowadzonych pod kierunkiem dr. Bogumiła Przeździaka w Zakładzie Zaopatrzenia Ortopedycznego przy Szpitalu Specjalistycznym św. Wojciecha w Gdańsku. Dr Przeździak opracował również opis protezy, którego lektura dowodzi, że jest to skomplikowany i interesujący aparat mamy do czynienia. *Proteza uda z szyną i pasem biodrowym, drewniana, pokryta pergaminem została wykonana prawdopodobnie na początku XX w. Szyna biodrowa ma dość oryginalną, rzadziej spotykaną konstrukcję. Posiada dwa przeguby – w części dolnej tradycyjny, zginający się w płaszczyźnie strzałkowej, a powyżej drugi, zginany w płaszczyźnie czołowej. Oś pierwszego jest krótka, przecinająca dwie łączące się szyny, oś drugiego dłuższa. Dodatkowo zawieszenie protezy na szelkach, które się nie zachowało, musiało mieć następującą konstrukcję: przez bloczki umieszczone z obu boków części udowej przebiegała linka łącząca się na krańcach z paskami przechodzącymi przez dwie szlufki. Paski te łączyły się wyżej i były przymocowane do zwieszenia kamizelkowego.*

Podparcie ciała na guzie kulszowym, półka siedzeniowa pokryta skórą. Z tyłu części udowej protezy ochrona pośladkowa z filcu i płótna, przegub kolanowy jednoosiowy. Blokada kolana zamkiem ryglowym umieszczonym na stronie przedniej protezy. Konstrukcja blokady to: płaskownik metalowy o długości 23 cm, obracający się na osi umieszczonej w połowie długości, w części górnej uchwyt gałkowy oraz blokada zatraskowa zabezpieczająca przed przypadkowym zwolnieniem, w części dolnej uchwyt ryglujący. Wewnątrz części kolanowej walec przebiegający w płaszczyźnie strzałkowej z otworem na środku długości, przez który przechodzi sznurek zablokowany węzłem. W dalszej części goleni widoczne taśmy gumowe. Elementy te są konstrukcją wyrzutni kolanowej. Pasek przymocowany do sznurka jest zapewne jakąś naprawą wykonaną przez pacjenta. W otworze w okolicy podkolanowej widoczny walec pionowy poruszający się przy zginaniu i prostowaniu kolana to wstrzymywacz tylny, który ogranicza prostowanie. Ze względu na bardzo krótki kikut poza szyną biodrową wykonano dodatkowe zawieszenie kamizelkowe. Bloczki na części udowej protezy zapewniały stałe napięcie pasów przy ruchach zgięcia i prostowania. Stopa drewniana z przegubem jednoosiowym stawu skokowego. Brak przodostopia. Na stronie podeszwy ślady filcu oraz skórnego pokrycia. Na udzie protezy z obu boków i z tyłu biskoptowego kształtu otwory rewizyjne.

Październikowa prezentacja *Tajemnic z muzealnej półki* kończy pierwszy rok cyklu. Jego podsumowaniem będzie wystawa w Muzeum GUMed wszystkich obiektów przedstawionych na stronie Uczelni i w *Gazecie AMG*. Jej otwarcie nastąpi 8 października br., w dniu inauguracji nowego roku akademickiego w Uczelni.

dr Marek Bukowski,
Muzeum GUMed

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI



Kalendarium rektorskie

29-31.08.2013 r. – rektor prof. Janusz Moryś uczestniczył w seminarium poświęconym *Szczególnym problemom zarządczym podmiotów leczniczych o najwyższym poziomie referencyjności*, które odbyło się w Juracie.

30.08.2013 r. – prof. J. Moryś wziął udział w uroczystości Jubileuszu X-lecia Usteckich Dni Onkologicznych, podczas których otrzymał Honorowy Medal.

3-4.09.2013 r. – Rektor GUMed uczestniczył w XXIII Forum Ekonomicznym w Krynicy Zdroju.

10.09.2013 r. – prof. Janusz Moryś spotkał się z Liu Yuanyuan, konsulem generalnym Chińskiej Republiki Ludowej.

12.09.2013 r. – rektor prof. Janusz Moryś wziął udział w Posiedzeniu Prezydium KRASP, które odbyło się w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.

20.09.2013 r. – Rektor uczestniczył w uroczystym otwarciu zmodernizowanych pomieszczeń klinicznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

Praca z GUMed-u o AZS nagrodzona

Dr Magdalena Trzeciak, adiunkt Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego otrzymała nagrodę za najlepszą pracę oryginalną prezentowaną w trakcie VIII Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, zorganizowanego w ramach kolejnej edycji Polskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii.

Nagrodzona praca *Związek polimorfizmów horneriny (rs11204937, rs877776), repetyny (rs3001978), late cornified envelope-like prolin-rich protein-1 (LELP-1 rs7534334) i mutacji w genie filagryny (2428del4, R501X) z ciężkością, przebiegiem i ryzykiem rozwoju AZS* powstała w oparciu o grant Narodowego Centrum Nauki. Jest on prowadzony przez dr Trzeciak przy współpracy Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii oraz Zakładu Medycyny Molekularnej Katedry Biochemii Klinicznej. Autorami pracy są: Magdalena Trzeciak, Martyna Wesslering, Tomasz Bandurski, Monika Sikorska, Jolanta Gleń, Tadeusz Pawełczyk i Roman Nowicki.



Specjalizacja w psychologii klinicznej

Rozpoczyna się nabór kandydatów na specjalizację w dziedzinie psychologii klinicznej. Dokumenty należy składać osobiście w Zakładzie Psychologii Klinicznej GUMed (ul. Tuwima 15, p. 119) lub drogą pocztową (ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk) w nieprzekraczalnym terminie do 15 listopada 2013 r.

Osoby, które złożyły dokumenty w poprzednim naborze, a nie znalazły się na liście przyjętych, proszone są o uaktualnienie dokumentacji. Wykaz potrzebnych dokumentów:

- Wniosek o rozpoczęcie specjalizacji (dokument do pobrania – link w załączeniu),
- Kserokopia dyplomu ukończenia studiów psychologicznych,
- Kserokopia świadectwa ukończenia studiów podyplomowych PSYCHOLOGIA KLINICZNA,
- Pisemna zgoda kierownika placówki zatrudniającej na odbywanie stażów specjalizacyjnych,
- Pisemne potwierdzenie minimum rocznego zatrudnienia w charakterze psychologa,
- Dokumenty potwierdzające dodatkowe studia, szkolenia, listy polecające itp.

Szczegółowe informacje: gdansk.uw.gov.pl

dr hab. Bogusław Borys,
konsultant wojewódzki
w dziedzinie psychologii klinicznej

Nagroda dla doktorantki



Magdalena Buszewska-Forajta, doktorantka Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki została nagrodzona za najlepszy plakat zaprezentowany podczas konferencji Euroanalysis XVII 2013, która odbyła się w dniach 25-29 sierpnia br. w Warszawie. Zwycięska praca autorstwa: M. Buszewska-Forajta, J. Raczak-Gutknecht, W. Struck-Lewicka, K. Walkowiak, M. Patejko, D. Siluk, R. Kaliszan zatytułowana *GC-MS/MS study of lipiodomic profiles of grasshopper's abdominal secretion* jest częścią projektu realizowanego w ramach grantu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (PRELUDIUM).

Fundacja jest po to, by wspierać potrzebujących



Celem statutowym Fundacji Pomocy Lekarzom Seniorom jest udzielanie pomocy finansowej lekarzom seniorom, którzy w jesieni pracowicie spędzonego życia niejednokrotnie doświadczają wyzwań, z którymi nie potrafią już sobie sami radzić. Fundacja dokłada wszelkich starań, by otoczyć ich opieką i nieść im pomoc. Jak dobrze wiemy starość niesie ze sobą choroby i niepełnosprawność, co z kolei powoduje zwiększone wydatki na leki i zabiegi rehabilitacyjne

oraz na opłacenie opieki pielęgnacyjnej.

Pomoc udzielana przez Fundację przybiera różne formy. Fundacja może udzielać pomocy lekarzom seniorom w formie zapomóg bezwrotnych i zwrotnych, dopłat do kosztów leczenia, pobytu w sanatorium lub w domach stałej opieki. Ponadto osoby znajdujące się bardzo trudnej sytuacji życiowej i materialnej mogą otrzymać dofinansowanie kosztów materialnej egzystencji.

Uprawnionymi do ubiegania się o wsparcie są lekarze emeryci oraz renciści niewykonujący już zawodu, będący członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

We wszystkich sprawach związanych z działalnością Fundacji można się zwracać osobiście lub pisemnie pod adres:

Fundacja Pomocy Lekarzom Seniorom
Okręgowa Izba Lekarska
ul. Śniadeckich 33
80-204 GDAŃSK
tel. 58 524 32 00
e-mail: pomoc@lekarzomseniorom.pl

Zadawalające wypełnianie naszej misji staje się możliwe jedynie dzięki zrozumieniu i poparciu środowiska lekarskiego, o które nieustannie zabiegamy. Potrzebujących jest wielu, bądźmy solidarni! Aby realizować swój cel, Fundacja zwraca się do wszystkich czynnych zawodowo lekarzy z gorącym apelem o darowizny. Każdy może pomóc i każdy grosz się liczy! Czekamy na każdą Twoją złotówkę!

FUNDACJA POMOCY LEKARZOM SENIOROM
BZ WBK 73 1090 1102 0000 0000 1001 3748

Sukces programu „6-10-14 dla Zdrowia”

Praca przedstawiająca program „6-10-14 dla Zdrowia” jako modelowe rozwiązanie systemowych działań w profilaktyce i leczeniu nadwagi i otyłości dzieci zdobyła pierwszą nagrodę w sesji poświęconej otyłości wieku rozwojowego podczas IV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, który odbył się w Zawierciu w dniach 12-14 września br. Autorami pracy są: Michał Brzeziński (Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed, program „6-10-14 dla Zdrowia”), Marek Jankowski (program „6-10-14 dla Zdrowia”, Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka), Aleksandra Niedozielska (program „6-10-14 dla Zdrowia”, Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka), Agnieszka Danielewicz (program „6-10-14 dla Zdrowia”, Instytut Żywienia i Rozwoju Eligo) oraz Paulina Czarna (program „6-10-14 dla Zdrowia”, Studium Doktoranckie GU-Med).

Innowacyjność programu „6-10-14 dla Zdrowia” prowadzonego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, a finansowanego przez miasto Gdańsk uznana została również przez Europejskie Towarzystwo Badań nad Otyłością – EASO (The European Association for the Study of Obesity). Certyfikacja EASO nadaje UCK oraz programowi „6-10-14 dla Zdrowia” prestiżowy tytuł Centrum Leczenia Otyłości. Jest certyfikatem potwierdzającym efektywność kliniczną oraz jakość prowadzonej interwencji. Mobilizuje również do dalszych działań. Tym samym Uniwersyteckie Centrum Kliniczne oraz program „6-10-14 dla Zdrowia” dołączyli



do elitarnego grona 33 najlepszych ośrodków w Europie zajmujących się problemem nadwagi i otyłości. UCK jest drugim w Polsce certyfikowanym Centrum Leczenia Otyłości EASO wśród dzieci.

Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów

Wprowadzenie do problematyki

Celem artykułu jest wprowadzenie studentów GUMed w problematykę odpowiedzialności dyscyplinarnej, do której mogą być pociągnięci przez struktury/jednostki organizacyjne działające na Uczelni¹. Nie zdają sobie oni bowiem czasami sprawy z tego (bądź też lekceważą/bagatelizują problem), że niezależnie od praw, które im przysługują, ciążą na nich także określone prawem (powszechnie obowiązującym, które determinuje Konstytucja RP z 1997 r. i zakładowym, stanowionym przez legitymowane do tego władze Uczelni) obowiązki. Ich niewykonywanie lub nienależyte wykonywanie podlega sankcjonowaniu w swoisty sposób, w ramach:

- szczególnej kategorii odpowiedzialności, jaką jest odpowiedzialność dyscyplinarna,
- specjalnie w tym celu konstytuowanego, wewnątrzuczelnianego „wymiaru sprawiedliwości”, zgodnie z pewną procedurą.

Przesłanki odpowiedzialności dyscyplinarnej

Należy podkreślić, że odpowiedzialność dyscyplinarna może zostać zastosowana wobec studentów GUMed za naruszenie przepisów obowiązujących w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz za czyny uchybiające godności studenta². Wobec różnorodności obowiązków studenckich, ustawodawca nie zdecydował się, tak jak w przypadku Kodeksu karnego, na określenie zamkniętego katalogu deliktów dyscyplinarnych (przewinień, których może dopuścić się student), ale zakreślił w szeroki sposób płaszczyznę naruszeń³. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w Ustawie przyjęto nadto podobne przesłanki odpowiedzialności wobec studentów do tych, które odnoszą się do odpowiedzialności dyscyplinarnej nauczyciela akademickiego, a także przedstawicieli innych zawodów, określonych – w regulujących zasady wykonywania przez nich zawodu – pragmatykach. Przesłanki te obejmują zarówno bezprawność zachowania (naruszenia, o których wyżej mowa), jak i winę⁴.

W szczególności zatem student GUMed może spodziewać się kary dyscyplinarnej za:

- naruszenie przepisów odnoszących się do szkolnictwa wyższego,
- naruszenie aktów prawa zakładowego Uczelni, a to:
 - Statutu GUMed,
 - Regulaminu Organizacyjnego GUMed,
 - Regulaminu Studiów,
 - innych aktów tego rodzaju,
- popełnienie tzw. plagiatu (niestety zdobycze technologiczne, w tym funkcjonalności „kopiuj/wklej” nie zawsze są prawidłowo przez studentów wykorzystywane),
- popełnienie przestępstwa i wykroczenia na terenie uczelni (np. dopuszczenia się kradzieży),

ale także z powodu innych okoliczności, które mieszczą się w pojemnej formule uchybienia godności studenta.

Godność studenta – zdaniem E. Ury – oznacza świadomość wartości i szacunku, jaki odnosi on do uczelni, a także takie wymogi dotyczące studenta, sposobu wykonywania przez niego obowiązków w sposób utrwalający zadania, jakie realizuje uczelnia. Wyrażać się może w zdolności do dochowania wierności ślubowaniu, podnoszenia wiedzy, umiejętności i kwalifikacji, utrzymywania nieskazitelnego (nieposzlakowanego) charakteru, do unikania wszystkiego, co mogłoby przynieść ujmę godności studenta⁵.

Warto może przedstawić podstawową informację prawną dotyczącą odpowiedzialności dyscyplinarnej, by tym samym uświadomić istnienie mechanizmów sankcjonowania nagananych zachowań studentów.

Źródła prawa

Podstawowymi źródłami prawa powszechnie obowiązującego w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej studentów, w tym także studentów GUMed, są ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 572 ze zm.), zwana dalej „Ustawą”, oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 6 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania wyjaśniającego i dyscyplinarnego wobec studentów (Dz.U. Nr 236, poz. 1707), zwane dalej „Rozporządzeniem”. W odniesieniu do postępowania wyjaśniającego i postępowania dyscyplinarnego (z wyjątkiem postępowania przed sądem koleżeńskim) w sprawach nieuregulowanych Ustawą stosuje się także odpowiednio przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego⁶.

W przypadku zaś skierowania sprawy przez rektora⁷ do rozpoznania sądowni koleżeńskiemu, to jest organowi dyscyplinarnemu Uczelnianego Samorządu Studenckiego GUMed (dalej: „Sąd Koleżeński”) istotne znaczenie odegra także Regulamin tej organizacji studenckiej⁸, do którego odsyła art. 225 Ustawy⁹.

Komisje Dyscyplinarne. Strony postępowania wyjaśniającego i dyscyplinarnego. Rektor

Stosownie do przepisu art. 211 Ustawy student ponosi odpowiedzialność dyscyplinarną przed komisją dyscyplinarną albo – o ile taką decyzję podejmie rektor – przed Sądem Koleżeńskim (artykuł niniejszy nie obejmuje postępowania przed Sądem Koleżeńskim).

W świetle art. 213 Ustawy w sprawach dyscyplinarnych studentów orzekają komisja dyscyplinarna oraz odwoławcza komisja dyscyplinarna, powołane na okres kadencji spośród nauczycieli akademickich i studentów uczelni, w trybie określonym w statucie. Postępowanie dyscyplinarne jest zatem dwuinstancyjne, a obie komisje stanowią specyficzny „sąd”, tj. organ władzy orzekający o winie i karze.

Statut GUMed¹⁰ stanowi, że obie te komisje powołuje Senat Uczelni spośród nauczycieli akademickich i studentów przedstawionych przez rektora i Uczelniany Samorząd Studencki. Długość ich kadencji jest równa kadencji organów Uczelni. Komisja Dyscyplinarna dla Studentów (dalej: „Komisja Dyscyplinarna”) składa się z siedmiu osób: przewodniczącego, którym jest nauczyciel akademicki, trzech członków spośród nauczycieli akademickich i trzech członków – przedstawicieli studentów. Odwoławcza Komisja Dyscyplinarna dla Studentów (dalej: „Komisja Odwoławcza”) ma taki sam skład liczbowy, ale jest złożona z innych osób.

Komisje dyscyplinarne (orzekające w składzie złożonym z przewodniczącego składu orzekającego, którym jest nauczyciel akademicki oraz w równej liczbie, z nauczycieli akademickich i studentów) są niezawisłe w zakresie orzekania oraz rozstrzygają samodzielnie wszelkie zagadnienia faktyczne oraz prawne i nie są związane rozstrzygnięciami innych organów stosujących prawo, z wyjątkiem prawomocnego skazującego wyroku sądu.

Szczególną rolę w procesie pociągania studenta do odpowiedzialności dyscyplinarnej odgrywa monokratyczny organ uczelni, jakim jest rektor. Może on bowiem:

- z inicjatywy własnej lub na wniosek organu samorządu studenckiego, wskazanego w regulaminie samorządu, przekazać sprawę do sądu koleżeńskiego zamiast przekazać ją rzecznikowi dyscyplinarnemu,
- wymierzyć studentowi karę upomnienia za przewinienie mniejszej wagi (z pominięciem komisji dyscyplinarnej lub sądu koleżeńskiego), po uprzednim wysłuchaniu obwinionego lub jego obrońcy¹¹.

Nadto w przypadku podejrzenia popełnienia przez studenta czynu polegającego na przypisaniu sobie autorstwa istotnego fragmentu lub innych elementów cudzego utworu rektor jest zobowiązany niezwłocznie zarządzić przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego. W razie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przez studenta przestępstwa rektor jednocześnie z poleceniem przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego może zawiesić studenta w prawach studenta do czasu wydania orzeczenia przez komisję dyscyplinarną. Jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego zebrany materiał potwierdza popełnienie czynu, o którym wyżej mowa, rektor wstrzymuje postępowanie o nadanie tytułu zawodowego do czasu wydania orzeczenia przez komisję dyscyplinarną oraz składa zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa (art. 214 Ustawy).

Kary dyscyplinarne

Art. 212 Ustawy określa zamknięty katalog kar dyscyplinarnych. Ustawodawca uszeregował je wg kryterium stopnia dolegliwości, to jest od sankcji najmniej dolegliwej po najsurowszą. Katalogu tego nie można rozszerzyć ani zmieniać. Kary nie mogą być łączone, co oznacza, iż organ dyscyplinarny, może wymierzyć tylko jedną karę spośród przewidzianego w Ustawie katalogu¹², tj.:

- upomnienie,
- naganę,
- naganę z ostrzeżeniem,
- zawieszenie w określonych prawach studenta na okres do jednego roku,
- wydalenie z uczelni (skutkujące skreśleniem studenta z listy studentów).

Dwie ostatnie kary nie mogą być orzeczone przez Sąd Koleżeński.

*Kara – jak podkreśla E. Ura – powinna być (...) adekwatna (współmierna) do charakteru popełnionego przewinienia dyscyplinarnego i stopnia zawinienia*¹³.

Postępowanie wyjaśniające

Postępowanie wyjaśniające przeprowadza rzecznik dyscyplinarny do spraw studentów, powołany przez rektora na okres kadencji organów uczelni spośród nauczycieli akademickich. Organ ten pełni funkcję oskarżyciela (czyli swoistego „prokuratora”) przed komisją dyscyplinarną i jest związany poleceniami rektora (art. 215 Ustawy). Jest on, obok obwinionego (czyli studenta wobec którego wszczęto postępowanie wyjaśniające, o czym dalej, lub/i dyscyplinarne) stroną obu tych postępowań.

Rektor uczelni, po otrzymaniu wiadomości o postępowaniu uchybiającym godności studenta lub naruszeniu przepisów obowiązujących na uczelni, zleca rzecznikowi dyscyplinarnemu przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, które powinno trwać nie dłużej niż 6 tygodni. W uzasadnionych przypadkach rzecznik dyscyplinarny, za zgodą rektora uczelni, może przedłużyć czas trwania postępowania wyjaśniającego, nie dłużej jednak niż do 12 tygodni. Terminy te mają charakter instrukcyjny (ich przekroczenie nie wywołuje skutków prawnych).

Rzecznik dyscyplinarny do spraw studentów wszczyna postępowanie wyjaśniające na polecenie rektora, którego następnie informuje o dokonanych ustaleniach. W toku postępowania wyjaśniającego oraz postępowania dyscyplinarnego obwinionemu (tj. studentowi) zarówno rzecznik odpowiedzialności dyscyplinarnej, jak i komisje dyscyplinarne, winni umożliwić złożenie wszelkich wyjaśnień, które uważa się za istotne dla sprawy (par. 3. 1 Rozporządzenia). Obwiniony (student) ma prawo odmówić złożenia wyjaśnień, o czym winien zostać poinformowany.

Rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania wyjaśniającego. W toku tego postępowania jest on zobowiązany zebrać dowody niezbędne do całkowitego wyjaśnienia sprawy, uwzględniając zarówno dowody świadczące przeciwko obwinionemu, jak i dowody przemawiające na jego korzyść.

Z każdej przeprowadzonej czynności w postępowaniu wyjaśniającym rzecznik dyscyplinarny sporządza protokół na piśmie. Protokół ten powinien być podpisany, po uprzednim zapoznaniu się z jego treścią, przez wszystkie osoby biorące udział w przeprowadzonej czynności. Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub zebrane w jego toku zawierają dostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów obwinionemu, rzecznik dyscyplinarny sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów. Rzecznik dyscyplinarny w terminie 7 dni od dnia sporządzenia postanowienia o przedstawieniu zarzutów wzywa obwinionego (tu: studenta) i ogłasza mu jego treść. Przed złożeniem wyjaśnień przez obwinionego jest on pouczany o swoich uprawnieniach i obowiązkach. W toku postępowania wyjaśniającego obwiniony i jego obrońca mają prawo zgłosić rzecznikowi dyscyplinarnemu wniosek o przesłuchanie wskazanych osób w charakterze świadków, powołanie biegłych oraz przeprowadzenie innych dowodów. Po zakończeniu postępowania wyjaśniającego należy umożliwić obwinionemu i jego obrońcy zapoznanie się z zebranymi dowodami i poinformować o prawie zgłoszenia wniosku o uzupełnienie postępowania dowodowego, w terminie 3 dni od upływu końcowego terminu do zapoznawania się z materiałami postępowania. W zależności od wyniku postępowania wyjaśniającego rzecznik dyscyplinarny:

- wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, które przedstawia rektorowi uczelni do zatwierdzenia,
- kieruje do komisji dyscyplinarnej wniosek o wszczęcie postępowania dyscyplinarnego i o ukaranie,
- może złożyć do rektora uczelni umotywowany wniosek o wymierzenie kary upomnienia albo
- może złożyć do rektora uczelni umotywowany wniosek o przekazanie sprawy do sądu koleżeńskiego.

W razie jednak stwierdzenia, po wszczęciu postępowania wyjaśniającego, że:

- czynu nie popełniono albo popełniony czyn nie zawierał znamion przewinienia dyscyplinarnego,
- postępowanie co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone lub wcześniej wszczęte się toczy,
- obwiniony zmarł,
- nastąpiło przedawnienie,
- szkodliwość popełnionego czynu jest znikoma,

rzecznik dyscyplinarny wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania¹⁴.

Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub zebrane w jego toku zawierają dostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów obwinionemu, rzecznik dyscyplinarny sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów. Rzecznik dyscyplinarny w terminie 7 dni od dnia sporządzenia postanowienia o przedstawieniu zarzutów wzywa

obwinionego i ogłasza mu jego treść wraz z pouczeniem. O skierowaniu wniosku o ukaranie do komisji dyscyplinarnej zawiadamia się obwinionego, jego obrońcę i rektora uczelni.

Postępowania dyscyplinarne w I instancji

Wniosek o wszczęcie postępowania dyscyplinarne i o ukaranie jest sformalizowany. Sporządza się go na piśmie. Winien on zawierać:

- imię, nazwisko i adres obwinionego oraz informację o kierunku i roku studiów,
- dokładne określenie zarzucanego czynu, ze wskazaniem czasu, miejsca, sposobu i okoliczności jego popełnienia,
- proponowany rodzaj kary dyscyplinarnej,
- uzasadnienie wniosku o wszczęcie postępowania dyscyplinarne i o ukaranie.

Do wniosku rzecznik odpowiedzialności dyscyplinarnej dołącza akta postępowania wyjaśniającego.

Komisja dyscyplinarna wszczyna postępowania dyscyplinarne na wniosek rzecznika dyscyplinarne do spraw studentów. Co istotne, wymierzenie studentowi za ten sam czyn kary w postępowaniu karnym lub w postępowaniu w sprawach o wykroczenia nie stanowi przeszkody do wszczęcia postępowania przed komisją dyscyplinarną. Mamy tu bowiem do czynienia z dwoma różnymi rodzajami odpowiedzialności. Jedna nie wyklucza drugiej.

Ustawodawca wprowadza do Ustawy okresy przedawnienia:

- nie można wszcząć postępowania dyscyplinarne po upływie sześciu miesięcy od dnia uzyskania przez rektora wiadomości o popełnieniu czynu uzasadniającego nałożenie kary lub po upływie trzech lat od dnia jego popełnienia (jeżeli jednak czyn stanowi przestępstwo, okres ten nie może być krótszy od okresu przedawnienia ścigania tego przestępstwa),
- przedawnienie orzekania następuje po upływie roku od opuszczenia uczelni przez studenta.

Od powyższych zasad ustawodawca wprowadza istotny wyjątek. I tak nie stosuje się przedawnienia w odniesieniu do wszczęcia postępowania dyscyplinarne wobec studenta, któremu zarzuca się popełnienie plagiatu.

Obwinionemu studentowi służy prawo do korzystania z pomocy wybranego przez siebie obrońcy. W przypadku gdy rzecznik dyscyplinarny do spraw studentów wnosi o orzeczenie najsurowszej kary, to jest o wydalenie z uczelni, a obwiniony nie ma obrońcy z wyboru, przewodniczący składu orzekającego winien wyznaczyć obrońcę z urzędu spośród nauczycieli akademickich lub studentów uczelni. Rozprawa przed komisją dyscyplinarną jest co do zasady jawna. Komisja może jednak wyłączyć jawność postępowania w całości lub w części, jeżeli jawność mogłaby obrażać dobre obyczaje albo jeżeli wymaga tego interes obwinionego, uczelni lub osób trzecich. Wyłączenie jawności nie obejmuje jednak (analogicznie do procesu cywilnego i procesu karnego) ogłoszenia orzeczenia.

Na posiedzeniu niejawnym komisja dyscyplinarna wydaje postanowienie o:

- wszczęciu postępowania dyscyplinarne i skierowaniu wniosku o wszczęcie postępowania dyscyplinarne i o ukaranie do rozpoznania na rozprawie albo
- odmowie wszczęcia postępowania dyscyplinarne, albo
- zwrocie wniosku o wszczęcie postępowania dyscyplinarne i o ukaranie rzecznikowi dyscyplinarne w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego, wskazując, w jakim zakresie i kierunku ma nastąpić uzupełnienie postępowania, oraz wyznaczając termin zakończenia tego postępowania, nie dłuższy niż 30 dni.

Odpisy postanowień wydanych na posiedzeniu niejawnym doręcza się rzecznikowi dyscyplinarne, obwinionemu, jego obrońcy i rektorowi uczelni. Na postanowienie odmawiające wszczęcia postępowania dyscyplinarne rzecznikowi dyscyplinarne przysługuje prawo wniesienia zażalenia do odwoławczej komisji dyscyplinarne w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu postanowienia

Przewodniczący składu orzekającego:

- wyznacza termin rozprawy, która powinna odbyć się w ciągu 30 dni od dnia wniesienia przez rzecznika dyscyplinarne wniosku o ukaranie,
- wyznacza obwinionemu obrońcę z urzędu, gdy wymaga tego przepis prawa,
- zawiadamia na piśmie Rektora uczelni oraz rzecznika dyscyplinarne o terminie rozprawy,
- wzywa na rozprawę obwinionego i zawiadamia obrońcę o terminie rozprawy,
- wzywa na rozprawę świadków i biegłych.

Nieusprawiedliwione niestawiennictwo na rozprawę obwinionego, któremu wezwanie doręczono prawidłowo, i który złożył już wyjaśnienia na rozprawie, nie stanowi przeszkody do rozpoznania sprawy, chyba że komisja dyscyplinarna uzna jego obecność za konieczną. W razie uznania niestawiennictwa obwinionego na rozprawę za usprawiedliwione skład orzekający odracza rozprawę i wyznacza nowy termin. Rozprawa może ulec odroczeniu na okres do 30 dni. Jeżeli jednak w tym terminie stawienie się obwinionego z przyczyn od niego niezależnych nie jest możliwe, termin ten może zostać przedłużony do czasu ustania przeszkód.

Komisja dyscyplinarna może zawiesić postępowanie dyscyplinarne, jeżeli w sprawie tego samego czynu wszczęto postępowanie karne lub postępowanie w sprawach o wykroczenia. Komisja dyscyplinarna może w każdej chwili podjąć zawieszone postępowanie i powinna to uczynić nie później niż w ciągu 3 miesięcy od prawomocnego zakończenia postępowania karnego lub postępowania w sprawach o wykroczenia

Udział rzecznika dyscyplinarne w rozprawie jest obowiązkowy. Rozprawą kieruje przewodniczący składu orzekającego. Rozpoczyna się ona od sprawdzenia obecności stron i innych osób wezwanych, po czym przewodniczący zarządza opuszczenie sali przez świadków oraz odczytuje wniosek o wszczęcie postępowania dyscyplinarne i o ukaranie wraz z uzasadnieniem. Następnie zapytuje obwinionego, czy przyznaje się do popełnienia zarzucanego mu czynu oraz czy i jakie zamierza złożyć wyjaśnienia. Po złożeniu wyjaśnień przez obwinionego przewodniczący zarządza postępowanie dowodowe, przesłuchuje świadków, zasięga opinii biegłych oraz przeprowadza inne dowody. Jeżeli żadna ze stron postępowania nie wyrazi sprzeciwu, a bezpośrednio przeprowadzenie dowodu nie jest niezbędne, przewodniczący może odczytać zeznania świadków i opinie biegłych oraz przedstawić inne dowody zebrane w postępowaniu wyjaśniającym. W trakcie rozprawy komisja dyscyplinarna, na wniosek stron lub z urzędu, dopuszcza dowody z zeznań świadków i opinii biegłych oraz inne dowody, jeżeli uzna, że ich przeprowadzenie jest istotne dla sprawy. Obwiniony, jego obrońca i rzecznik dyscyplinarny mają prawo zadawać pytania świadkom i biegłym oraz wypowiadać się co do każdego dowodu. Jeżeli wyjaśnienia obwinionego, który na rozprawie przyznaje się do winy, nie budzą wątpliwości, komisja dyscyplinarna za zgodą stron może nie przeprowadzać postępowania dowodowego lub je ograniczyć. Po zakończeniu postępowania dowodowego przewodniczący składu orzekającego udziela głosu rzecznikowi dyscyplinarne, obrońcy i obwinionemu. Obwinionemu przysługuje zawsze głos ostatni. Z przebiegu rozprawy sporządza się protokół, który podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego i protokolant.

Po wysłuchaniu stron przewodniczący składu orzekającego zamyka rozprawę, a komisja dyscyplinarna przystępuje niezwłocznie do narady nad orzeczeniem.

Przebieg narady i głosowania nad orzeczeniem są tajne. Podczas narady i głosowania oprócz członków składu orzekającego może być obecny jedynie protokolant, chyba że przewodniczący uzna jego obecność za zbędną. Narada i głosowanie odbywają się osobno co do winy i osobno co do kary. Przewodniczący składu orzekającego głosuje ostatni. Postanowienia i orzeczenia komisji dyscyplinarnej zapadają zwykłą większością głosów. Komisja dyscyplinarna wydaje orzeczenie o:

- ukaraniu, w którym uznaje obwinionego za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i wymierza karę, albo
- uniewinnieniu obwinionego od zarzutu popełnienia przewinienia dyscyplinarnego, albo
- umorzeniu postępowania.

Orzeczenie powinno być ogłoszone bezpośrednio po naradzie. Z ważnych powodów ogłoszenie orzeczenia może być odroczone na czas nieprzekraczający 7 dni. Termin ogłoszenia orzeczenia powinien być podany na rozprawie. Po ogłoszeniu orzeczenia przewodniczący składu orzekającego podaje ustnie motywy orzeczenia i poucza obwinionego o trybie i terminie wniesienia odwołania. Orzeczenie wraz z pisemnym uzasadnieniem powinno być doręczone stronom, obrońcy i rektorowi uczelni w terminie 14 dni od jego ogłoszenia.

Postępowania odwoławcze

Stosownie do przepisu art. 220 Ustawy postępowania dyscyplinarne jest dwuinstancyjne. To zaś oznacza, że od orzecz-

nia komisji dyscyplinarnej stronom (rzecznikowi odpowiedzialności dyscyplinarnej i obwinionemu) przysługuje odwołanie do wyższej instancji. Tego rodzaju środek prawny (odwołanie) wnosi się do odwoławczej komisji dyscyplinarnej w terminie czternastu dni od dnia doręczenia orzeczenia. Wniesienie odwołania przez rzecznika dyscyplinarnego na korzyść obwinionego wymaga zgody obwinionego. Odwołanie, wraz z uzasadnieniem i odpisami dla stron, wnosi się za pośrednictwem komisji dyscyplinarnej, która wydała orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia wraz z jego pisemnym uzasadnieniem. Złożenie odwołania wstrzymuje wykonanie orzeczenia. Odwołanie może być cofnięte do chwili rozpoczęcia rozprawy w postępowaniu odwoławczym. Cofnięcie odwołania pociąga za sobą uprawomocnienie się orzeczenia komisji dyscyplinarnej. Cofnięcie odwołania wniesionego na korzyść obwinionego, jeżeli on sam nie złożył odwołania, może nastąpić tylko za jego zgodą. Orzeczenie komisji dyscyplinarnej, od którego nie zostało wniesione odwołanie w przewidzianym terminie, staje się prawomocne i podlega wykonaniu. Od prawomocnego orzeczenia odwoławczej komisji dyscyplinarnej służy skarga do sądu administracyjnego.

Ewa Adamska-Pietrzak, aplikant adwokacki,
Lubomira Wengler, kierownik Zakładu Prawa Medycznego,
Piotr Popowski, Zakład Zdrowia Publicznego
i Medycyny Społecznej,
Izabela Adrych-Brzezińska, Katedra Prawa Cywilnego UG

¹ Zagadnienia dot. Sądu Koleżeńskiego nie są objęte, co do zasady, przedmiotem artykułu.

² Za ten sam czyn student nie może być ukarany jednocześnie przez sąd koleżeński i komisję dyscyplinarną

³ E. Ura, Komentarz do art. 211 ustawy – Prawa o szkolnictwie wyższym [w:] Sanetra W. (red.), Wierzbowski M. (red.), Kubiak M., Kudrycka B., Kurkiewicz A., Lenard M., Miąskiewicz M., Orzeszko P., Róg J., Sieczek E., Suwaj P.J., Szymańska A., Ura E., Wajda P., Wiktorowska A., Winiarz G., Prawo o szkolnictwie wyższym. Komentarz, 2013, Wolters Kluwer Polska S.A., Lex Prestige online, 1 lipiec 2013 r.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

⁶ Jednak z wyłączeniem art. 82 Kpk dot.

⁷ Stosownie do art. 214 Ustawy rektor może, z inicjatywy własnej lub na wniosek organu samorządu studenckiego, wskazanego w regulaminie samorządu, przekazać sprawę do sądu koleżeńskiego zamiast przekazać ją rzecznikowi dyscyplinarnemu. Sąd koleżeński nie może wymierzać jednak wymierzyć kary zawieszenia w wykonywaniu prawa studenta ani wydalenia z uczelni.

⁸ Regulamin ten jest dostępny na stronie: <https://extranet.gumed.edu.pl/page.php/18799/>. Jego rozdział 8 reguluje organizację i funkcjonowanie Sądu Koleżeńskiego.

⁹ Stosownie do treści tego artykułu organizację i szczegółowy tryb postępowania przed sądem koleżeńskim określa regulamin samorządu studenckiego.

¹⁰ Statut GUMed jest dostępny na <https://extranet.gumed.edu.pl/page.php/191328/>. Stan na 24 czerwca 2013 r.

¹¹ Należy przy tym podkreślić, że w świetle Ustawy student ukarany przez rektora karą upomnienia, może wnieść odwołanie do komisji dyscyplinarnej lub sądu koleżeńskiego; odwołanie takie wnosi się w terminie czternastu dni od doręczenia zawiadomienia o ukaraniu. Komisja dyscyplinarna lub sąd koleżeński mogą w tym przypadku wymierzyć tylko karę upomnienia.

¹² E. Ura, op. cit., z tym, że Komentarz do art. 212 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Jeżeli rektor uczelni, na wniosek rzecznika dyscyplinarnego, podejmie decyzję o przekazaniu sprawy do sądu koleżeńskiego, rzecznik dyscyplinarny przesyła odpis wniosku wraz z aktami sprawy do sądu koleżeńskiego. Zatwierdzone przez rektora uczelni postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego wraz z uzasadnieniem oraz zatwierdzony przez rektora uczelni wniosek o przekazanie sprawy do sądu koleżeńskiego doręcza się obwinionemu i jego obrońcy. O skierowaniu wniosku o ukaranie do komisji dyscyplinarnej zawiadamia się obwinionego, jego obrońcę i rektora uczelni.



Alina Boguszewicz

Zmagania lekarzy w siatkówce plażowej

Już po raz czwarty pomorscy lekarze zamienili fartuchy na stroje sportowe, aby zmierzyć się 24 sierpnia br. na plaży w Gdańsku-Brzeźnie podczas kolejnej edycji Amatorskich Mistrzostw Pomorza Lekarzy w siatkówce plażowej.

W tym roku po raz pierwszy rozegrany został oddzielny turniej kobiet, do którego zgłosiły się trzy duety. Po zaciętej walce panie podzieliły się medalami według następującej kolejności: złoto wywalczyła para Agnieszka Szawiel i Anna Kalisz, srebrne medale wręczono Ewie Roszko-Grycner i Agacie Piotrowskiej, a na najniższym stopniu podium stanął siostrzany duet – Anna Ingielewicz i Agnieszka Maj.

Tegoroczny turniej męski, do którego zgłosiło się 8 zespołów, przysporzył wiele emocji nie tylko widzom, ale przede wszystkim samym zawodnikom. Panowie i jedna para mieszana rywalizowali początkowo w dwóch grupach, rozgrywając dwusetowe mecze do 15 punktów. Podobnie jak przed rokiem bezkonkurencyjni okazali się Peter Kanyon, absolwent Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Arkadiusz Patyk z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Na drugim



stopniu podium stanęła para mieszana, aktualnie jeszcze studentów Wydziału Lekarskiego GUMed – Marta Dornowska i Piotr Jabłecki, natomiast trzecie miejsce wywalczyli Mateusz Koberda i Bartłomiej Wieczorek.

Turniej rozgrywany jednocześnie na trzech boiskach wzbudził spore zainteresowanie wśród plażowiczów, którym udzieliła się atmosfera zdrowej sportowej rywalizacji oraz dobrej zabawy. Organizatorzy zapowiadają kolejne edycje turnieju, który odbywa się pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Michał Skorupa

Końcowa klasyfikacja turnieju męczyzn

1.	Peter Kanyon, Arkadiusz Patyk
2.	Marta Dornowska, Piotr Jabłecki
3.	Mateusz Koberda, Bartłomiej Wieczorek
4.	Łukasz Skorupa, Michał Skorupa
5-6.	Bartosz Regent, Sergiusz Regent
	Tomasz Czekąła, Marek Czekąła
7-8.	Piotr Zygmontowicz, Tomasz Prolin
	Piotr Maciejewski, Tomasz Stasiuk

Końcowa klasyfikacja turnieju kobiet

1.	Agnieszka Szawiel, Anna Kalisz
2.	Ewa Roszko-Grycner, Agata Piotrowska
3.	Anna Ingielewicz, Agnieszka Maj





Oddanie do użytku zmodernizowanych pomieszczeń UCK

Marszałek Sejmu Ewa Kopacz w towarzystwie wicewojewody pomorskiego Michała Owczarczaka, wicemarszałek Hanny Zych-Cisoń i wiceprezidenta Gdańska Ewy Kamińskiej przecięta w dniu 20 września br. wstęgę podczas uroczystości oddania do użytku zmodernizowanych pomieszczeń klinicznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W gruntownie przebudowanych i odnowionych pomieszczeniach po klinikach chirurgicznych w budynku nr 2 przy ul. Dębinki 7 otworzono kliniki pediatryczne, m.in. Klinikę Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży, Oddział Diabetologii i Oddział Patologii Wieku Niemowlęcego oraz Klinikę Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca. Natomiast całe trzecie piętro w budynku nr 15 po gruntownym remoncie zostało zagospodarowane dla Katedry Pielęgniarstwa GUMed. Ponadto w przywróconym do świetności budynku nr 1 przy ul. Dębinki 7 oddano do użytku część dydaktyczną i leczniczą. Zgromadzeni goście mogli zwiedzić pomieszczenia Zakładu Fizjoterapii i nowo utworzony Zakład Pacjenta Symulowanego.

