

## Reorganizacja kadry lekarskiej dużego szpitala akademickiego

# Sektory kliniczne

Jarosław J. Fedorowski



Model sektorów klinicznych może być jednym z rozwiązań służących optymalizacji organizacji personelu lekarskiego w szpitalu. Pomocny będzie zwłaszcza w tak złożonych i skomplikowanych strukturach, jak szpital kliniczny.

Zarządzanie Szpitalem Klinicznym komplikuje fakt, że oprócz realizacji celów typowych dla tego rodzaju placówek, jakim jest np. proces leczniczo-diagnostyczny, musi także w nim być prowadzona działalność naukowo-badawcza oraz dydaktyczna. Niektóre szpitale akademickie mają ponadto status jednostek badawczo-rozwojowych, a inne spełniają ważne zadania resortowe.

Zatem sprawne zarządzanie szpitalem akademickim jest wyzwaniem, z którym musi się zmierzyć każdy dyrektor naczelny. Patrząc na szpital z punktu widzenia pacjenta, optymalna praca personelu medycznego, wykorzystującego nowoczesne technologie medyczne, przesądza o satysfakcji z hospitalizacji. W systemie *patient centered care*, czyli opieki szpitalnej,

w której centrum jest pacjent, niezwykle istotna jest właściwa organizacja współpracy zarządu naczelnego z szefami klinik, konsultantami i innymi wiodącymi lekarzami. Pomocny może tu być model sektorów klinicznych, który zastosowano w Wojskowym Instytucie Medycznym.

W zależności od wielkości placówki, sektory powinny być tworzone poprzez grupowanie lekarzy pokrewnych specjalności. Przed utworzeniem takiej struktury dyrektor naczelny i dyrektor medyczny dużego szpitala akademickiego mają do współpracy niezorganizowaną grupę kierowników klinik i zakładów, często liczącą kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt osób. Można śmiało zaryzykować opinię, że bieżąca współpraca z taką grupą jest z góry skazana na trudności. Już samo zorgani-

zowanie i prowadzenie efektywnego spotkania tej grupy stanowi zasadniczy problem. Dlatego współpraca dyrektorów z wiodącymi lekarzami odbywa się głównie poprzez kontakty dwustronne. Kontakty takie sprzyjają fragmentaryzacji szpitala i utrudniają sprawne zarządzanie całością.

W dużym szpitalu akademickim, będącym jednostką badawczo-rozwojową oraz resortową, jakim jest Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, dyrektor naczelny dostrzegł potrzebę usprawnienia struktury sfery medycznej szpitala. Miałem przyjemność pełnić funkcję konsultanta dyrektora przy realizacji tego wyzwania i jestem pełen podziwu dla jego zaangażowania i profesjonalizmu. Po przeprowadzeniu analizy stanu organizacyjnego personelu lekarskiego okazało się, że stworzenie struktury zarządu medycznego pozwoli na osiągnięcie wyżej wymienionego celu. Faktycznym liderem sfery lekarskiej pozostał oczywiście dyrektor medyczny – tu, z uwagi na charakter szpitala, pełniący funkcję jego komendanta. Pozostałych lekarzy organizacyjnie przyporządkowano do sektorów klinicznych, nazwanych ośrodkami klinicznymi, starając się uwzględnić komplementarność specjalizacji lekarskich. Oczywiście, zastosowany podział może być modyfikowany w zależności od potrzeb danej placówki, z zastrzeżeniem, że sektorów nie powinno być więcej niż 5–7.

W szpitalu Wojskowego Instytutu Medycznego utworzono następujące ośrodki kliniczne:

- głowy, szyi i układu nerwowego,
- układu krążenia i oddechowego,
- układu pokarmowego, chorób rozrostowych, endokrynologii i ginekologii,
- narządu ruchu, traumatologii i psychoneurologii,
- opieki specjalnej (intensywna opieka, SOR),
- diagnostyki medycznej.

W skład ośrodków (sektorów) organizacyjnie weszły odpowiednie kliniki i zakłady, reprezentowane przez ich kierowników. Na liderów sektorów powołano w drodze porozumienia wiodących lekarzy spośród kierowników lub zastępców poszczególnych klinik czy zakładów. Ciekawym i chyba najbardziej sensownym rozwiązaniem jest wybieranie liderów sektorów spośród wszystkich lekarzy specjalistów pracujących w klinikach tworzących dany sektor. Pełnienie tej funkcji powinno mieć przy tym charakter kadencyjny. Taki system sprzyja motywowaniu liderów do jak najlepszej działalności na forum zarządu medycznego szpitala.

Strukturą, która koordynuje działalność medyczną szpitala jest zatem zarząd medyczny, składający się z dyrektora medycznego, liderów sektorów oraz lidera sfery pielęgniarskiej czy sfery opieki nad pacjentem. Sfera opieki nad pacjentem jest dojrzałą formą organizacji personelu pielęgniarskiego oraz medycznego nielekarskiego. W Wojskowym Instytucie Medycznym



„ Dyrektor naczelny i dyrektor medyczny dużego szpitala akademickiego mają do współpracy niezorganizowaną grupę kierowników klinik i zakładów, często liczącą kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt osób. Współpraca z taką grupą jest z góry skazana na trudności ”

ośrodki kliniczne w istocie odpowiadają sektorom klinicznym. W nazewnictwie angielskim to *hospital centers of care excellence*. Wprowadzona struktura wniosła nową wartość do systemu organizacyjnego szpitala, dając dyrektorowi naczelnemu oraz dyrektorowi medycznemu nowe narzędzia sprzyjające usprawnieniu procesu zarządzania sferą lekarską. Ponadto w szpitalu rozpoczęto budowę systemu komisji interdyscyplinarnych, mających na celu poprawę współpracy profesjonalistów różnych dziedzin.

Opisany model jest jednym z elementów usprawnienia organizacji pracy szpitala akademickiego, może także, po odpowiedniej modyfikacji, posłużyć jako wzorzec do reorganizacji szpitala ogólnego lub do budowania koncepcji nowego szpitala, w tym szpitala całkowicie prywatnego o modelu konsultanckim kadry lekarskiej.

Autor jest MD, PhD, MBA  
profesorem Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości  
i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego,  
prezesem Zarządu spółki Szpitale Polskie,  
(przewodniczącym) European Society of Medical Directors.