

***A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben – egységes szerk.
Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements
2017. Projekte Positionen Perspektiven***

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.,

A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.

Személyzeti politika és személyzeti fejlesztés

Gabriele Kirchner, a Német Kórházigazgatók Szövetségének ügyvezető igazgatója: Új keretfeltételekre van szükség

A *Marburger Bund* orvos-szakszervezet szerint minden ötödik német orvos a pályaelhagyást fontolgatja. Az orvosok száma azonban az elmúlt években jelentősen növekedett. A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint az orvosok száma Németországban 2005-ben 138.000, 2015-ben 179.000 volt. A kórházak 70%-ának problémái vannak az orvosi státuszok betöltésével. A Német Kórházi Intézet (*Deutsches Krankenhaus Institut*) szerint a betöltetlen orvosi állások száma jelenleg eléri a 4.000-et.

A kórházi ápolók száma 2005-ben 316.700 volt, de az elkövetkező évtizedben 340.000-re növekedett. A Német Ápolási Tanács (*Deutscher Pflegerat*) szerint ennek ellenére a német kórházakban még 100.000 további ápolóra lenne szükség. A kórházak 32%-a nem tudja betölteni az ápolói állásokat.

A kórházakban kezelt fekvőbetegek száma 1995-ben 16 millió, 2015-ben 19 millió volt.

A politikai döntések következményei

A költségfeszültség fokozódása

A politika és a betegpénztárak évtizedek óta úgy ítélik meg, hogy a kórházi költségfejlődés túl magas és azt újabb meg újabb törvényekkel és szabályozásokkal próbálják megfékezni. A duális finanszírozás folytán a kórházak kettős szorításba kerülnek: egyrészt az üzemeltetési költségekbe való törvényhozói beavatkozások, másrészt a beruházások csökkenése miatt.

A beruházási források csökkenése

A második oldal, a beruházások költségeinek finanszírozása egyre erőteljesebb feszültségeket okoz. A tartományok éveken keresztül egyre kevésbé tettek eleget kötelezettségeiknek és csökkentették az állományfenntartáshoz, a fejlesztésekhez, a digitalizáláshoz szükséges forrásokat. Így arra kényszerítették a kórházakat, hogy belső takarékoskodással kompenzálják a hiányzó forrásokat. Az állami támogatási források 2000. óta 25%-kal, 2,8 milliárd EUR-ra csökkentek. A beruházások számára hiányzó összeg így elérte a 12 milliárd EUR-t.

Az ápolói állományt érintő következmények

Az esetátalányok bevezetése és a beruházási források hiánya súlyos következményekkel járt az ápolószeméllyel való ellátottság tekintetében. 1996-ben az ápolói szolgálatban foglalkoztatott teljes munkaidős dolgozók száma 349.400 volt. Ez a szám folyamatosan csökkent és 2006-ban elérte a teljes munkaidős 299.300 főnyi mélypontot. Az ápolásban foglalkoztatottak száma 2015-ben érte el a 320.900-et. Ma már a fejlett országok közül egy ápolóra Németországban jut a legtöbb beteg.

Az orvosi állományt érintő következmények

A kétezres évek elején még nem volt orvoshiány. Az EU munkaidő irányelvének bevezetése (2004) óta azonban az orvosszervezetek szerint 27.000 további orvos beállítására lenne szükség.

2004-ben a kórházakban még 117.700 (teljes munkaidős) orvost foglalkoztattak. Ez a szám 2006-ig 123.700-ra növekedett. A Szövetségi Orvosi Kamara adatai szerint a kórházi orvosok száma jelenleg 189.622.

Össztársadalmi fejlemények

A demográfiai fejlődés hatása a betegekre és a kórházi személyzetre

Az előregedő társadalom a betegek számának növekedéséhez és magasabb kezelési szükségletekhez vezet. Több orvosra és ápolóra lesz szükség. Ám az orvosok és az ápolók is öregednek. Jelenleg az orvosok 40%-a ötven év fölötti.

Az ápolóképzés helyzete

Szövetségi szinten az ápoló- és szociális munkás képzésben 210.000 fő vesz részt. A jelentkezők száma 2010. óta ismét növekedik, de a

tanulmányaikat megszakítók száma is magas. A legnagyobb oktatási portál (*Azubiyo*) szerint szövetségi szinten 50.000 képzési hely betöltetlen.

A Német Kórházi Intézet (*Deutsches Krankenhaus Institut*) 2010-ben készített tanulmánya szerint a multimorbid betegek számának növekedése az ápolószemélyzet iránti magasabb szükségletet gerjeszt, de a kórházi ápolószemélyzettel szembeni elvárásokat is felfokozza.

Az idősápolói képzésben résztvevők száma 2003/2004-ben 45.638 volt, de 2008/2009-re 41.553-ra, a betegápolói képzésben résztvevőké pedig 58.426-ról 55.588-ra csökkent. 2010-ben ismét változott a trend. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium közleménye szerint az ápolóképzésben résztvevők száma 2012/2013-ban 129.447 volt, ezek közül 59.365 idősápolónak (2011/12: 55.966), 63.342 betegápolónak (2011/2012: 59.857), 6.740 gyermekápolónak (2011/12: 6.442) tanult. A *ver.di* közszolgálati szakszervezet egyik jelentése szerint a 2014/2015-ös iskolai évben 137.000 fiatal tanult idősápolást, betegápolást vagy gyermekápolást. Jelenleg az orvostudományi tanulmányaikat elkezdők kétharmada nő. Ahhoz, hogy az orvoshiány ne súlyosbodjon, meg kell változtatni a keretfeltételeket és azokat a kórházi gyakorlat szükségleteihez kell igazítani. 2015-ben a kórházakban főállásban működő 80.612 orvosnő 33,8%-a, tehát több mint egyharmada nem teljes munkaidőben, hanem részmunkaidőben, vagy csekély mértékű munkaidőben dolgozott. 2015-ben a kórházi orvosok 12,5%-a dolgozott részmunkaidőben vagy csekély mértékű munkaidőben.

A *Targobank* tanulmánya szerint a nők 40%-a és a férfiak 34%-a szerint a családi élet és a munkavégzés összeegyeztethetősége a munkaadókkal szembeni követelmények egyik ismérve.

Az ápolás heidelbergi modellje

A heidelbergi egyetemi klinika

A Heidelbergi Egyetem Orvostudományi Kara a biomedicina kutatás egyik legnagyobb tekintéllyel rendelkező központja Európában. Az egyetemi klinika 2.000 ágygal rendelkezik, amelyek 16%-a az intenzív ápolás és az *intermediate care* céljait szolgálja.

A klinika 50 osztályán évente 66.000 beteget fekvőbeteg, 56.000 beteget részben fekvőbeteg ellátásban látnak el. A klinika és az egyetemi kar 12.800 foglalkoztatottal rendelkezik. A legnagyobb egység az ápolási és a funkcionális szolgálat, ahol 3.500 dolgozónak megfelelő 2.460 teljes

munkaidős státusz létezik, a teljes munkaidőben betöltött állások aránya 55%. Az ápolók 82%-a nő.

Az ápolási igazgatóság előtti kihívások

A egyetemi klinika 2.000 ágya közül jelenleg 320 intenzív és *intermediate care* ágy. A tervek szerint az ápolási ágyak számát a sebészeti osztály újjáépítése során 48-ra emelik. A szakképzett ápolószemélyzet átlagos fluktuációja 2016-ban 7,1% volt. Ez a szám az elkövetkező években a nagylétszámú évjáratok nyugdíjba vonulásával növekedni fog. Az ápolási igazgatóság célja, hogy a kieső személyzet arányát tartósan alacsony szinten tartsa.

Az ápolóképzés helyzete

A heidelbergi egyetemi klinika nemcsak a legnagyobb munkaadók egyike, hanem az ápolóképzés egyik legnagyobb központja is. Az Egészségügyi Akadémián (*Akademie für Gesundheitsberufe gGmbH – AfG*) 870 hallgató tanul. Ez az oktatási intézmény a heidelbergi egyetemi klinika leányvállalata, 75%-os tulajdonrészrel. Egészségügyi foglalkozásokkal összefüggésben 12 szakirányban folyik képzés. Az ápolás szempontjából a betegápoló-, gyermekápoló-, babaasszony- és műtős asszisztens képzés rendelkezik a legnagyobb jelentőséggel.

A személyzet megnyerésének leghatékonyabb módja a végzősök azonnali alkalmazása. Az akadémia alapítása óta a képzési helyek száma folyamatosan növekedett. Az utóbbi években 100 új képzési hely létesítésére került sor.

Az akadémia keretében mindkét ápolóképzési szakirány keretében 460 képzési hely létesítésére került sor. Ezzel párhuzamosan kiépült a személyzet intenzív terápiás továbbképzésének rendszere. Két párhuzamos tanfolyam keretében 48 dolgozó kiképzésére került sor az aneszteziológia és az intenzív ápolás területén, 11 dolgozó kiképzésére a pediátriai intenzív ápolás és 20 dolgozó kiképzésére az *intermediate care* területén.

Az ápolás keretfeltételei

A Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium és a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség évente közzéteszi az ún. hiányszakmák listáját. A betegápolók, a gyermekápolók és a műtős asszisztensek az utóbbi években folyamatosan szerepeltek a listán. Ez a helyzet belátható időn belül nem

változik. Ám azzal számolhatunk, hogy 2017-ben a bábaasszonyok is felkerülhetnek a listára.

Az állások betöltése az ápolási szolgálat területén szövetségi szinten is nehézkes. Ennek a tendenciának különböző okai vannak:

- a demográfiai fejlődés
- a kórházak bérszerkezete
- a gazdasági nyomás
- a kórházi munka megsokasodása („besűrűsödése”).

Az ápolói hivatás mindezek tükrében egyre kevésbé látszik vonzónak. Ráadásul a klinikákon növekednek a követelmények. Egyre több időskorú, magas ellátási szükségletet támasztó beteg felvételére kerül sor, ám ezzel egyidejűleg csökkenteni kell az ápolási időt és növelni kell az esetszámokat. Ezzel párhuzamosan növekednek a dokumentáció, a higiéniai iránti és a minőségügyi követelmények.

A Heidelbergi Egyetem Max Weber Szociológiai Intézete egy projektszeminárium keretében felmérést végzett az ápolószemélyzet munkahelyi pszichés megterheltségével kapcsolatban. Az ápolók munkakörülményeit magas fizikai megterhelés és a munkavégzés alacsony kontrollja jellemzi. Az interjúkból kirajzolódik az ápolók munkavégzés iránti személyes elvárásai és azok megvalósításának korlátozott lehetőségei közötti konfliktus. A teljesítményre való hajlandóság magas, a teljesítmény elismerésének percepciója alacsony.

Hasonló eredményeket hozott egy hírneves nemzetközi tanácsadó és kutatóintézet, a *Great Place to Work* által végzett megkérdezés, amelyre 2012 és 2015 között került sor. Az ápolók percepciója szerint mindennapi munkájukat tőlük idegen tényezők szabják meg, azt nem tervezhetik autonóm módon. Ápolótevékenységüket alá kell rendelniük a diagnosztikai és terápiás osztályok szervezeti folyamatainak, ha más szakmai csoportok kénye-kedve úgy kívánja, meg kell szakítaniuk munkájukat.

A kórházban az ápolók más szakmai csoportokkal állnak versenyben. Így a tapasztalt ápolók számára szakmai alternatívaként kínálkozik a controlling, a minőségügyi menedzsment vagy a kutatás területére – pl. *Study Nurse*-ként – való átállás. Ebben a helyzetben azonban többé nem állnak a direkt betegellátás rendelkezésére.

*Egy szakma, mint bármely másik?
Az AGAPLESION felmérése az ápolói szakma értékeléséről
Frankfurt am Main, März 2017 (20 p.)*

https://www.agaplesion.de/fileadmin/Agaplesion_gAG/Downloads/AGAPLESION_Untersuchung_Pflegeberufe.pdf

Az **AGAPLESION közhasznú részvénytársaságot** 2002-ben Frankfurt am Main-ban keresztény vállalkozások alapították. Szövetségi szinten több mint 200 intézménnyel, egyebek között 25 kórházi telephellyel (több mint 6.300 ágygal), továbbá 36 lakó- és ápolási intézménnyel (több mint 3.000 ápolási hellyel), 17 egészségügyi ellátási központtal, több mint 19.000 foglalkoztatottal rendelkezik.

B. Eredmények

Mit értékelnek az ápolók leginkább hivatásukban?

A munka tartalma

Felelősség, professzionalitás, flexibilitás, szervezői találékonyság, válságmenedzsment, több feladat ellátására való képesség, természettudományi ismeretek.

Fejlődési lehetőségek

Az ápolói pályán belüli és azon kívüli, különböző irányú karrierlehetőségek, specializálódás és továbbképzések, főiskolai képzési lehetőség

Válsággal szembeni védettség

A demográfiai folyamatok biztosítják a válsággal szembeni védettséget; az alapkészségek stabilak, lehetőség nyílik munka melletti továbbképzésre és az ismeretek karbantartására, szülési szabadság után könnyű a visszatérés.

Csapatmunka

A csapatmunkára való képesség elsajátítása, más szakmai csoportokkal való együttműködés örömforrás.

Megbecsülés, munkaelégedettség

Az emberek közelségének tapasztalata, a másokért végzett munka elismerése, a betegekért és otthonban lakókért viselt felelősség.

A diákhitelrendszer a Brandenburgi Egészségügyi Főiskolán

A *Brandenburgi Egészségügyi Főiskola (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane – MHB)* alapítására 2014-ben került sor. Központi telephelyei: Neuruppin és Brandenburg an der Havel. Fenntartója egy közhasznú társaság (*Medizinische Hochschule Campus gGmbH.*), amelynek tagjai: Neuruppin város intézményei, a Sparkasse Ostprignitz-Ruppin, a Ruppiner Kliniken, a Städtische Klinikum Brandenburg és az Immanuel Diakonie (Bernau/Rüdersdorf).

A felvételi eljárás során az érettségien elért eredmény kevésbé rendelkezik jelentőséggel. Sokkal fontosabb a személyiség, a felelősségtudat, a motiváció, a szociális kompetencia. Az individuális kiválasztás keretében több körben megbeszélésekre, interjúkra, tesztekre, szakértői véleményezésekre kerül sor.

Jóllehet a főiskola megszerezte az akkreditációt, nem részesül állami pénzügyi támogatásban. Mivel azonban a tanulás nem függhet a pénztől, az sokkal inkább a személyiségen és az alkalmasságon múlik, a főiskola a finanszírozás különböző módozataihoz folyamodik. Egy szociális vállalkozás, a *Chancen eG Witten*, az oktatás szolidáris finanszírozása jegyében bevezette a „nemzedékek közötti fordított szerződés” gyakorlatát, amelynek keretében egy innovatív, hosszútávú, a későbbi jövedelemmel arányos hitelfinanszírozást kínál fel.

A hitel visszafizetésére csak a tanulmányok elvégzését és egy bizonyos jövedelem elérését követően kerül sor. A visszafizetés jövedelemfüggősége garantálja, hogy a teljesítések igazodjanak az individuális szükségletekhez és lehetőségekhez és ne keletkezzenek kockázatok. Ha az adós jövedelme nem éri el a 21.000 EUR-t, a visszafizetést szüneteltetik. A klasszikus hitelkonstrukcióktól eltérően itt nem lép fel túl nagy adósságteher és merev törlesztési kötelezettség. A fordított szerződés lehetővé teszi az életpálya független alakítását, így a fiatal orvosok minden nehézség nélkül munkát vállalhatnak az „Orvosok Határok Nélkül”-nél, vagy családi okokból szabadságra mehetnek.

Az utánpótlás képzése érdekében az együttműködő klinikák is hozzájárulnak a finanszírozáshoz. A klinikák 80.000 EUR-t vállalnak át a képzés 115.000 EUR összegű összköltségeiből, így a hallgatókra csak a fennmaradó 35.000 EUR önrész marad, amit teljes mértékben a nemzedékek közötti fordított szerződés keretében finanszírozhatnak.

A klinikák évfolyamonként 30 hitelt biztosítanak, amelyek kiosztására a klinikák ún. piacterén, egyfajta *speed-dating* formátumban kerül sor. Egy ismerkedési fordulót követően a jelöltek klinikát választanak, majd három fordulóban kisorsolják a szerencséseket. A *Ruppiner Kliniken* és a *Städtische Klinikum Brandenburg* évfolyamonként öt-öt hallgatónak nyújt hitelt. Ez 2017-ben 240.000 EUR összegű hitelt tett ki. A brandenburgi klinika a közelmúltban több mint 50.000 EUR-t adományozott egy modern készségfejlesztő labor (*Skills Lab*) létesítésére.

Ambuláns sürgősségi ellátás

A ***Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG)*** által 2015-ben az ambuláns kórházi sürgősségi ellátás helyzetéről készített szakértői jelentés szerint a német kórházak sürgősségi osztályain mintegy 20 millió ambuláns beteget és fekvőbeteget látnak el.

A kórházak sürgősségi osztályainak rendeltetése azonban súlyos betegek és súlyos sérültek ellátása. Ezt a ***Társadalombiztosítási Törvénykönyv Ötödik Könyve (Sozialgesetzbuch V – SGB V)*** a kórházak feladataként rögzíti. Ám tény, hogy a sürgősségi osztályokat felkereső betegek 40%-át valóban beutalják és fekvőbeteg ellátásban részesítik.

A szakértői vélemény szerint az esetek egyharmada orvosi szempontból elvben a szerződött orvosi ellátás keretében is ellátható lenne. A fennmaradó 30% ugyan igényelné a kórházak erőforrásait, de ambulánsan is ellátható.

Nem vitatott, hogy az ambuláns esetek térítése nem elégséges. A Német Kórházársaság álláspontja szerint minden ambuláns eset mintegy 90 EUR terhet ró a kórházakra. A ***Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)*** nem osztja ezt. Egy 2016 decemberében megjelent publikáció szerint a finanszírozási hiány sokkal csekélyebb. Nem egymilliárd EUR hiányról van szó, hanem évente 600-800 millió EUR-ról. Ez ***Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer (Institut für Gesundheitsökonomik, München)*** szakértői véleményén alapul, akinek a számítása azonban évente 8,5 millió ambuláns beteget vett figyelembe, mellyel szemben a Német Kórházársaság abból indult ki, hogy a kórházi sürgősségi osztályokon 12 millió beteg fordul meg.

Az Uniklinik RWTH Aachen központi sürgősségi betegfelvétele

Az **Uniklinik RWTH Aachen** 34 szakkórházzal, 27 intézettel és öt interdiszciplináris egységgel, 7.000 foglalkoztatottal, 1.400 ágygal rendelkezik, évente 48.000 fekvőbeteg és 183.000 ambuláns esetet lát el.

A sürgősségi felvételi osztály 2005. óta az egyetemi klinika önálló egysége. Évente 55.000 sürgősségi eset ellátására kerül sor. Az osztályon folyamatos (24/7/365) adminisztráció működik, rendelkezik továbbá első értékelési és ambuláns vizsgáló helyiségekkel, egy sürgősségi betegfelvételi egységgel, valamint konzervatív és traumatológiai sokkterápiás helyiségekkel. Az osztályhoz tartozik egy *Chest-Pain Unit*.

Az **Uniklinik RWTH Aachen** több régiót ellátó traumaközpont, a sürgősségi betegfelvétel illeszkedik a regionális traumatológiai ellátáshoz. Ha az intenzív osztályok túlterheltek, a sürgősségin noninvazív és invazív lélegeztetéssel kezelik a betegeket, 24 órás intenzív terápiás ellátást biztosítanak. A sürgősségin az orvosi személyzeti kulcs 1/7/13. A sürgősségi ápolószemélyzet létszáma 42 (teljes munkaidős).

Az egyetemi klinika keretében 2013-ig tesztelték a telemedicina lehetőségét a mentőszolgálatoknál. A **TemRas (Telemedizinisches Rettungssystem)** kutatási projekt vezetője Dr. Jörg Brokmann volt.

2014-ig, a rendszer teljeskörű bevezetéséig Aachenben 6.000 sürgősségi bevetés távorvosi támogatását biztosították, így sikerült tehermentesíteni a sürgősségi orvossal kiszálló bevetési járműveket. Egy sürgősségi távorvos egyidejűleg több mentőkocsit támogathat.

***Dr. Josef Düllings, a Német Kórházigazgatók Szövetségének
(Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands) elnöke:
A német kórházügy jövőbeli modellje. A Német Kórházigazgatók
Szövetségének követelése az új szövetségi kormányhoz***

E sorok megjelenésekor (2017 október), a szeptemberi választások már a történelem részévé válnak. Az új választási ciklusban az ország sorsának alakítói ismét szembekerülnek az egészségügyi ellátás nagy kihívásaival. Értékeléseivel, elgondolásaival a Német Kórházigazgatók Szövetsége is szeretné kivenni részét a problémák megoldásából.

A 2013-ban létrejött nagykoalíció tulajdonképpen a legtermészetesebb dolgokat tűzte céljául az egészségügyi ellátás területén: az egészségügyi közszolgáltatások egyenletes elosztását, a teljes terület lefedését, a kórházak jobb elérhetőségét, a lakóhelyhez közeli ellátást, az agglomerációs övezetek és a vidék ellátottságának kiegyenlítését. Az előző választási ciklusban mindezekkel összefüggésben számos törvény elfogadására került sor, amelyek valóban fontosak a kórházak számára és a helyzet jobbítását eredményezték.

A kórházak alapvető problémáihoz azonban nem nyúltak. Ha áttekintjük a pártok mostani választási programjait, csak homályosan alkothatunk magunknak képet arról, hogy mit is gondolnak a pártközpontokban az egészségügyről. A kórházfinanszírozás átalakítása senkinek sem szívügye. És ez semmi jót nem ígér az új koalíciós szerződés tekintetében, amely a következő választási ciklusban a kórházi ellátásra vonatkozó szándékok alapját fogja képezni.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége a választási kampány aktív részeseként a maga részéről felhívással fordult a pártokhoz, hogy tegyenek hitet egy időtálló egészségügyi rendszer megteremtése mellett. Ez a követelés továbbra is aktuális marad. A kórházügyi menedzsment vonatkozásában a következő problémákról van szó, amelyek megoldása elodázhatatlan:

A beruházások finanszírozásának a szereplők közötti méltányosabb megosztása

Az új szövetségi kormánynak végleges és konstruktív megoldást kell találnia. Az előző választási ciklusban nem teljesült be a remény, miszerint a szövetség és a tartományok meg tudnának állapodni. A berlini nagykoalíció folyamatosan a tartományokra tolt a felelősséget. Abban azonban minden érintett egyetért, hogy a tartományok által évente rendelkezésre bocsátott 2,8 milliárd EUR nem elégséges.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége nem mentesítené a résztvételtől a tartományokat, de a betegpénztárakat és a szövetséget is bevonná a játszmába. A tartományok rendszeres hozzájárulását évente több mint 6 milliárd EUR-ra kellene emelni. A betegpénztáraknak pedig – az 1993 előtti helyzethez hasonlóan – ismét részt kellene vállalniuk a karbantartás és szanálás finanszírozásához. Tíz éves időtartamra pótlékot kellene kivetni a karbantartási és szanálási intézkedésekre, amelyet az esetátalányok

legalább öt százalékából kellene biztosítani. E modell segítségével évente kerekén 9 milliárd EUR állna rendelkezésre. Így a kórházak ismét elérnék az 1990-es évek elejének beruházási szintjét.

A DRG-rendszer hibáinak korrekciója

Sürgősen elhárítandó egy súlyos rendszerhiba: A szolgáltatások térítése a rendszer immanens elemeként folyamatosan alacsonyabb a költségek alakulásánál. Így a racionalizálási kényszer fokozódik. Az elégtelen beruházásfinanszírozással együttesen ez elkerülhetetlenül a kisebb kórházak túlterheléséhez vezet és veszélybe sodorja a teljes területet lefedő ellátást.

Minőség, személyi állomány, finanszírozás

Az egészségügyi munkahelyek vonzereje mindaddig nem fog növekedni, amíg továbbra is a maximális gazdasági hatékonyság áll előtérben. Szakképzett személyzetet, jogszabályban előírt személyügyi méréseket és standardokat követelni, a lepusztult munkaerőpiac és az eddig be nem vezetett bérkiegyenlítés ismeretében, aligha látszik realiztikusnak.

A 2016-ban bevezetett kórházügyi reform az ápolói állások támogatási programjával és az ápolási pótlékkal a kórházak tehermentesítését vette célba. Ám mindez alig érezhető. A béremelések tényleges finanszírozásának biztosítására, az ápolók speciális továbbképzésének támogatására lenne szükség, a szövetségi tartományoknak nagyobb erőfeszítéseket kellene tenniük a helyek betöltésére az egészségügyi képzésben.

A Német Kórházigazgatók Szövetsége évek óta a bürokrácia csökkentését követeli. Ám ez minden egyes új törvénnyel és új szabályozással tovább növekedik. A kórházak számára ez költséges, munkaidőt von el az ápolóktól és az orvosoktól, akiknek ezt a betegek ellátására kellene fordítaniuk. Ez frusztrálja azokat az embereket, akik nem azért választották ezt a hivatást, hogy nyomtatványokat és táblázatokat töltsenek ki. A Német Kórházigazgatók Szövetsége nem kifogásolja a szükséges dokumentációt. Ám sok mindent egyszerűsíteni lehet. A bizalmatlanság és megszállott ellenőrzés sokat árthat.

Beruházási offenzíva a digitalizálás érdekében

A Német Kórházigazgatók Szövetsége régóta meggyőződött arról, hogy a korszerű információtechnológiai infrastruktúra számos létező problémát megold, megkönnyíti a dokumentációs teendők ellátását, tehermentesíti a személyzetet. A pártok választási programjaiban azonban ennek sem lelhetjük nyomát. A digitalizálás minden más területen sokkal nagyobb jelentőségre tett szert, mint a kórházügy területén. Ennélfogva a Német Kórházigazgatók Szövetsége valóságos beruházási offenzíva elindítását kezdeményezi a digitalizálás érdekében. Ez életkérdés a jövőbeli egészségügyi ellátás szempontjából.

A kórházi sürgősségi osztályok működésének biztosítása

Az ambuláns kórházi sürgősségi ellátás évek óta erőteljes igénybevételnek van kitéve és abszolút alulfinanszírozott. A politikának sürgősen foglalkoznia kell ezzel a helyzettel. Ehhez hozzátartozik az is, hogy tekintettel a szabadfoglalkozású orvosok által biztosított ügyeleti szolgálat területén jelentkező hiányra, teljes mértékben át kell gondolni a felelősség kérdését.

Adatvédelem az egészségügyben

A megtámadottak

A *Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)* 2012-ben – egy nem nyilvános tanulmányban – a kórházak biztonságát elemezte. 2014-ben aztán a *Cetus Consulting* közzétette a 150 orvostechikai szakember, informatikai vezető, gazdasági igazgató és ügyvezető igazgató részvételével készített kutatás eredményeit. Minden második megkérdezett biztonsági incidensekről és üzemzavarokról számolt be.

2016-ban a *PricewaterhouseCoopers (PwC)* a *Szövetségi Információtechnikai Biztonsági Hivatal (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik – BSI)* megbízásából felmérte a szabványoknak megfelelő szoftvereket és hardvereket, amelyek korlátozzák a nem kívánatos termináloknak a hálózathoz való csatlakozását. A felmérés szerint a portok távkarbantartás céljából való megnyitását, pl. orvostechikai eszközök esetén, „gyakran nem ellenőrizték rendszeresen”. A nem engedélyezett adathordozók azonosítására szolgáló intézkedéseket, valamint a merevlemezek kódolását még nem alkalmazzák minden

területen. Az e-maileket, „ha egyáltalán kódolják”, ezt csak a külső kommunikáció esetén teszik meg és az interjúk szerint a kép nem egységes. Végül az adatoknak egy széleskörű azonosítási és hozzáférési eljárás segítségével történő biztosítása „(még) nem elterjedt”.

Peter Schaar korábbi szövetségi adatvédelmi megbízott 2013-ban arra figyelmeztetett, hogy az azok az információtechnológiai rendszerek, amelyek még a hozzáférés differenciált védelme, az aktivitások naplózása és a személyi adatok törlése alapkövetelményeinek sem felelnek meg, nem alkalmazhatók jogszerűen és kockázati tényezőt jelentenek. A kórházvezetők a Polgári Törvénykönyv és a társasági törvény szerint is személyes felelősséget viselnek.

A támadók

A titkosszolgálatok minden információt feldolgoznak, érdeklődnek a célszemélyek egészségi állapota iránt, amihez felhasználják a fitness-csuklopánton levő adatokat. A bűnözők 650.000 tételnyi betegadatot kínálnak eladásra 700.000 USD ellenében, a kábítószerfüggők az őket nem tetszésük szerint kezelő orvosok életére törnek. Az Egyesült Államokban már több halállistát azonosítottak, amelyek az Interneten véletlenszerűen kiválasztott polgárok adatait tartalmazták.

Az EU adatvédelmi rendelete

2018. május 25-én hatályba lép az EU adatvédelmi rendelete, amely szerint „Bármely személy, aki e rendelet megsértése miatt valamilyen anyagi vagy nem anyagi kárt szenved, kártérítésre jogosult a felelősök vagy az adatfeldolgozók részéről.” Ezzel kapcsolatban akár 10 millió EUR vagy az éves jövedelem 2%-ának megfelelő bírság róható ki, attól függően, hogy mely összeg magasabb.

Annak érdekében, hogy a kórházak jobban felmérhessék a kockázatokat, a Szövetségi Információtechnikai Biztonsági Hivatal az Interneten közzétette a kórházi információtechnológia kockázatelemzésének kézikönyvét („*Risikoanalyse Krankenhaus-IT*“ – *RIKRIT-RISIKEN*).

Az *Információtechnológiai Biztonsági Szakmai Szervezetek Szövetségének* (*TeleTrusT – Bundesverband IT-Sicherheit e.V.*) ügyvédei és technikusai 64 oldalas dokumentumban írták le, hogy mit értenek „a technika jelenlegi állásán” az adatvédelem és az információtechnológiai biztonság területén.

Martin Schallbruch, a Szövetségi Belügyminisztérium

információtechnikai osztályának korábbi vezetője, az információtechnológiai biztonsági törvény egyik társszerzője szerint előfordulhat, hogy a dokumentum által bevezetett definíció gyorsan elterjed a felügyeleti szervek, az ügyészek és a bírók körében.

Amerikai tapasztalatok

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere tekintetében a közfigyelem leginkább az ottani biztosítási rendszerekre, az *Obamacare* sorsára, az esetleges *Trumpcare* esélyeire irányul. Ám az amerikai kórházi vállalkozásoktól sokat lehet tanulni a digitalizálás, a modernizáció területén. Az egészségügyi információtechnológiai döntéshozók szakmai egyesülése, az ún. „*döntéshozók gyára*” (*ENTSCHEIDERFABRIK*), amelynek a Német Kórházigazgatók Szövetsége is tagja, 2017-ben három szakértőt delegált egy amerikai tanulmányútra, akik egyebek között részt vettek az *American Hospital Association (AHA)* kongresszusán.

Ennek viszonzásaként három amerikai kórházi menedzser részt vett a Német Kórházigazgatók Szövetségének würzburgi éves értekezletén. A vendégek előadást tartottak tapasztalataikról.

Ken Lawonn, a Sharp HealthCare és a Rady Childrens Hospital San Diego alelnöke hangsúlyozta, hogy az átalakítási folyamatok során az információtechnológia még nem jelent mindent. Csapatmunkára van szükség, az információtechnológiai projekteken minden munkatárs részt vesz. A varázsszó az interakció. A kommunikáció során egy meghatározott algoritmus alkalmazására kerül sor, amelynek segítségével a betegek orvosukhoz fordulhatnak. Ez jelentős mértékben javítja a megfelelőséget. A 2010. óta alkalmazott információtechnológiai rendszerhez számos más kórház, gyógyszerár és ambuláns szolgálat csatlakozik.

Albert Oriol, a Rady Childrens Hospital San Diego információs menedzserért felelős alelnöke egyebek között kiemelte, hogy a digitális egészségügyi ellátás előmozdítja a mobilitási stratégia kialakítását és a távgyógyítást. A betegek hozzáférnek a portálhoz, ami elősegíti az önsegélyezést. A felhőalapú számítástechnika pedig lehetővé teszi egy hosszútávú adatfelhasználási stratégia alkalmazását. Az adatokra és elemzésekre való összpontosítás, valamint az adatok által működtetett szervezet lehetővé tette a vállalkozás működésének elemzését és az adatkormányzást.

Kevin Mattson, a San Ysidro Health (San Diego), egy szövetségi szintű, közhasznú társaságként működő egészségügyi központ vezetője, amely elsősorban „alulprivilegizált [sic!] emberek ambuláns orvosi, fogászati és pszichológiai ellátását végzi. A vállalkozás egymillió beteget lát el, akiknek 72%-a a szegénységi küszöb alatt él. Az intézmény aggodalmai szerint a biztosítási rendszer Trumpcare általi átalakítása folytán legalább 20.000 betegük biztosítási védelem nélkül marad.

E három kórházi menedzser 2016-ban és 2017-ben is a német döntéshozók amerikai tanulmányútjának vendéglátói közé tartozott. A magasrangú német kórházi menedzserek több dél-kaliforniai kórházban ismerhették meg az információtechnológia alkalmazásának tapasztalatait.

2018-ban a san diego-i tanulmányút témája a digitalizálás és a kórházi siker összefüggése volt. A német, osztrák és svájci vendégek érdeklődésének homlokterében álló kérdések: az individuális egészségügyi dokumentumok és intézményi betegdokumentumok interakciója; az üzleti folyamatok új iránya és az ismert üzleti modellek lebontása; a kezelési lánc keretében és a beteggel való szisztematikus együttműködés, hálózatba szerveződés; minőségorientált térítés és fejkvóta.