

Az új és azóta visszavont minimumfeltétel rendszer anomáliáiról

Halmosné Mészáros Magdolna,
Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórháza, Gyula

A minimumfeltétel rendszer az elmúlt több mint 10 év alatt számtalan változáson ment keresztül, rengeteg bírálatot kapott. Ez is jelzi, hogy igen érzékenyen érinti az egészségügyi vezetőket és nagyon nehéz olyan elvárást megfogalmazni, amely szakmailag releváns és minden intézmény számára elfogadható. A 48/2009-es EüM rendelet egy sokoldalúan egyeztetett szakmai munka, azonban néhány további joganyaggal történő egyeztetésének hiánya, illetve az egyes szakmák eltérő igénye számos ellentmondást vet fel. Bár a rendeletet visszavonta az új ágazati irányítás, jelen cikk az elkerülhetetlenül kialakítandó új rendelet megfogalmazásához nyújt adalékot az ápolási oldalról, bemutatva a rendelet hatását, felhívva a figyelmet a túlzó, szükségtelen elvárásokra, a jogi és finanszírozási anomáliákra. A bemutatott példák azt mutatják, hogy a jogszabályhoz való alkalmazkodásnak több lehetséges formája van, azonban szükség lenne ágazati és finanszírozási szinten történő változtatásra is.

The minimum set of infrastructural and human resources requirement standards is defined by bylaws in Hungary. This standard system went through many changes in the past ten years with several reviews and criticism. These facts indicate that the system has had serious impact on the Health Care managers' everyday work. It is hard to express requirements which are acceptable for all health care institutions. The last version, the bylaw No 48/2009 of the Ministry of Health – although since withdrawn by the new government – was supervised by many professional bodies but the lack of harmonization with some other rules as well unnecessary standards points out several contradictions. This article is meant to call the attention to these effects.

Már 1989 és 1990 között készült felmérés a minimumfeltételekkel kapcsolatosan. Országos intézetek és egyetemek létszámhelyzetét mérték fel a szakemberek, amelyekből úgynevezett létszámnormákat határoztak meg. Már ebben az időben is megállapították, hogy kevés az ápolók száma.

Az eltelt 20 év alatt több rendelet is megjelent. Az első a Népjóléti Minisztérium 21/1998 (VI. 3.) rendelete volt, majd ezt követően folyamatosan jelennek meg az újabb minimumfeltételekről szóló rendeletek:

- Az egészségügyi miniszter 24/2000. (IX. 1.) EüM rendelete.
- A 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

- Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter 15/2004. (III. 8.) ESZCSM rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról.
- Az egészségügyi miniszter 49/2007. (XI. 27.) EüM rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról.

Ezek után került sor 2009 decemberében a 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet megjelenésére. Azonban mielőtt ezek értelmezésére térnék rá, célszerű áttekinteni a környezeti hátteret, melyben a feltételrendszert működtetni kellene.

Az egészségügyi dolgozók száma nem csupán kevés, de esetenként kétségbeesítő. A végzett ápolók száma évről-évre csökken. 2010-ben várhatóan 150 ápoló kerül ki az iskolapadból. Ami 20 éve is megállapításra került, ma hatványozottan érvényes (1. táblázat).

Az elmúlt 6 évben országosan felére esett vissza a frissen képzett ápolók aránya, miközben ez évben több mint ezren mentek nyugdíjba. A reformot követően kb. 8000 ápolói állás üresedett meg. Nemzetközi összehasonlításban Magyarországon a 100 ezer lakosa jutó ápolók száma nem éri el az EU átlagát.

Hasonlóan kedvezőtlen a helyzet az orvoslás területén is. A hiány mellett itt is probléma az elöregedés, illetve a külföldi munkavállalás.

végzés éve nappali tagozat (fő)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
5.4 ápoló	516	238	280	198	261	267	317
csecsemő és gyermekápoló	245	198	119	106	133	207	168
főiskolai ápoló	242	256	188	150	125	100	100
összesen	1003	692	587	454	519	574	585

1. táblázat

A tanulmányaikat befejező ápolók száma országosan 2001-2007 1999-ben végzett közép és felsőfokú ápoló összesen: 2486 fő (általános ápoló is beletartozott)

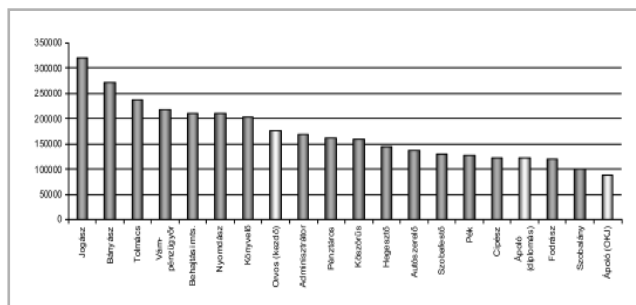
Végzett orvosok létszáma: 1000 fő/év. Orvos – ápoló arány 1,47 EU átlag 1,85

Forrás: Csetneki Julianna – Balogh Zoltán – Vízvári László: Ápolók kritikus helyzetben, Budapest, 2008. március

A társadalom megbecsülésének mára a teljes hiányát „élvezik” az egészségügyben dolgozók. Kizárólag a kritika és negatív bírálat hangján szólítják meg őket, akik egyébként nap, mint nap életüket mentenek.

Érdemi béremelés 2002 óta nem volt. 2007-ben az összes foglalkoztatottak viszonylatában (az előző év azonos időszakához képest) az orvosok bére 0,5%-kal, a szakdolgozóké 4,3%-kal lett kevesebb (Egészségügyi Statisztikai Kutatóintézet adatai) [3].

A foglalkozások sorában egy pályakezdő OKJ-s ápoló bére a fodrász és szobalány után következik, a diplomás ápoló a kezdő bruttó 122 000 Ft-os bérrrel a pék és cipész után helyezkedik el (1. ábra).



1. ábra
A bruttó fizetések alakulása

Az egészségügyi dolgozók társadalmi és anyagi elismerésük hiánya mellett mára a munkafeltételek alapvető romlását is tapasztalják. Elavult épületállományban, rossz strukturális feltételek között kell dolgozniuk. A gép-műszerpark átlagéletkora még mindig igen magas Magyarországon. Az ápolók az alapvető ápolási eszközöket és a minimális komfortot is kénytelenek nélkülözni. A kórházak már képtelenek alkalmazkodni az újabb és újabb finanszírozási rendeletekhez, évről-évre kevesebb pénzből kell gazdálkodniuk. 2010-ben előreláthatóan a 2009-es évhez viszonyítva kb. 1,5 havi ellátmánnyal kevesebb jut a kórházaknak.

A minimum szint esetében nem szükségtelen tisztázni az alapfogalmakat: az a kötelező, amit el kell érni és ez nem keverendő sem az optimummal, amire törekedni kell, sem pedig a választható, vagyis maximum szinttel.

Hosszú út vezetett, míg elértünk a 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelethez. A jelenlegi rendelet sokkal inkább egyértelmű, mint elődei. Konkrét, megalapozott számítások előzték meg az ápolói létszám meghatározását (2. ábra).

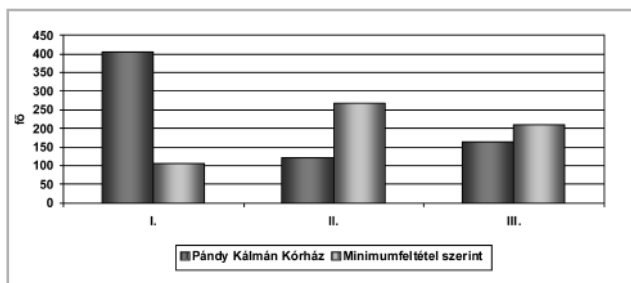
Magnevezés	Direkt ápolói munkakör	ÁGYSZÁM*										INDIREKT ÁPOLÓI ÉS EGYÉB SZAKDOLGOZÓI MINIMUM FELTÉTELEK	
												Intézeti vezetőápoló	Osztályvezető-ápoló
		15-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Intézeti szinten	osztályonként		
Felnőtt fekvőbeteg osztályon	L ^{0,3}	2	2	3	3	4	4	5	5				
	II ³	5	6	7	8	9	11	12	13				
	III	4	5	5	6	7	8	8	10				
	összesen	11	13	15	17	20	23	25	28	SZ			1
Gyermek osztályon	L ^{0,3}	2	2	3	3	4	4	5	5				
	II ³	9	11	11	13	14	16	19	22				
	III	3	3	4	5	6	7	8	9				
	összesen	14	16	18	21	24	27	32	36	SZ			1
Ónálló ápolási intézetben	L ^{0,3}	2	2	3	3	4	4	5	5				
	II ³	8	9	9	10	11	12	14	17				
	III	4	5	6	8	9	11	13	14				
	összesen	14	16	18	21	24	27	32	36	1			
Felnőtt rehabilitációs osztályon	L ^{0,3}	2	2	2	3	3	4	4	4				
	II ³	5	6	7	8	9	10	11	12				
	III	3	4	4	4	6	7	8	9				
	összesen	10	12	13	15	18	21	23	25				1

2. ábra
A 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet 6. melléklete

A számok azt is jelzik, hogy a minimum létszám arányaiban többet jelent a kis osztályok esetében. Ez abból fakad, hogy egy 15 ágyas osztályon ugyanúgy kell biztosítani az alapfunkciókat, mint a dupla (30) ágyaszám esetén

(15 ágy esetében: 1,2 ágy/ápoló; 60 ágy esetében: 3,5 ágy/ápoló).

A létszám mellett fontos, hogy a direkt (az ágy mellett szolgáltatást teljesítő) ápolói munkakörök kategóriáihoz hogyan viszonyul a létszám. A „felfelé” való eltolódás esetén nem probléma az átcsoportosítás, a gond fordított esetben lenne (3. ábra).



3. ábra
A direkt ápolói munkakörök megoszlása kategóriánként

Az összkórházi létszámelemzést követően az egyes osztályok egyenkénti értékelése szükséges.

Az ápolók direkt kategóriájának meghatározása egyértelmű a rendelet 6. sz. mellékelt segítségével. Azonban a speciális szakember igényeket az egyes osztályok minimum feltételrendszere határozza meg.

A teljes anyag értelmezése során felfedeztünk olyan problémákat, amelyek félreértésre adnak okot. Ezeket a következőkben foglalom össze.

A SZEMÉLYI FELTÉTELRENDSZERREL KAPCSOLATOS ÉSZREVÉTELEK

Több szakma elvárása a gyógyfoglalkoztató. Azonban úgy gondolom, a pszichiátrián igen hasznos lenne a jelenléte, míg az ápolási osztályon, ahol egyre inkább a teljes ellátásra szoruló betegek vannak, és egyre hamarabb szorulnak ki az osztályokról, nem látom szükségét (2. táblázat).

Osztály megnevezése	Gyógyfoglalkoztató száma
Pszichiátria	-
Aktív, akut felvételek pszichiátria	30 ágy – 1 fő
Integrált pszichiátria	30 ágy – 1 fő
Ápolási osztály	Szoc. terapeuta/gyógyfoglalkoztató/ mentálhigiénés szakember 1 fő

2. táblázat
A gyógyfoglalkoztatói minimum létszám

Félreértésre ad okot, hogy egyes szakmák külön, progresszívítási szintenként határozták meg ápolói szükségletet (3. táblázat). Kérdés, hogy ezt a kormányrendelet 6. sz. mellékletében meghatározottak felett gondolják-e?

	I.	II.	III.
Diplomás ápoló	1	1	1
Ápolási asszisztens	1	1	1

3. táblázat
Arc-állcsont-szájsebészet fekvőbeteg osztály minimumfeltételei

A műtétes szakmák esetében megjelent a műtőegység általános minimumfeltétele (műtőasztal/2 műtős szakasszisztens/műtőssegéd), azonban ne kerülje el a figyelmünket, hogy egyes szakmák ettől eltérő javaslatot tettek.

Az érsebészet progresszivitási szintenként emelkedő számú műtős szakasszisztenseken és műtőssegédeken túl adminisztrátorokat és betegkísérőket is megkövetel, az azonban nem tűnik ki, hogy a szakszemélyzetet műtőasztalonként vagy műtőnként kell biztosítani (4. táblázat).

Személyi feltétel	15 ágy		30 ágy		60 ágy	
	I.	II-III.	I.	II-III.	I.	II-III.
Műtős szakasszisztens	2	4	–	6	–	7
Műtőssegéd	2	4	–	6	–	7
Adminisztrátor	1	1	–	2	–	4
Betegkísérő	2	2	–	2	–	4

4. táblázat.
Az érsebészet személyi minimumfeltételei

A traumatológia műtő műtőnként és progresszivitási szintenként az általános műtői személyi minimumfeltételekhez képest dupla létszámot igényel (5. táblázat).

Személyi feltétel	I.	II.	III.
Műtős szakasszisztens	4 fő/műtő	4 fő/műtő	4 fő/műtő
Műtőssegéd	4 fő/műtő	4 fő/műtő	4 fő/műtő

5. táblázat
A traumatológia műtő személyi minimumfeltételei

A sebészeti műtő szintén egy saját elvárást fogalmaz meg (6. táblázat). A fent említett műtők létszámgénye nemcsak bonyolulttá teszi az értelmezést, de felesleges, hiszen egy magas ágyszámú műtétes osztály az esetek többségében rendelkezik két műtőasztallal, amihez az általános műtőegység minimumfeltétele is 4 szakasszisztent határoz meg. Továbbá nem tartom szerencsésnek az adminisztrátorok számát meghatározni, a 4-6 fő irreálisan magas. Az adminisztrátor igényt az ágykihasználtság, az átlagos ápolási napok is meghatározzák, így azt nem célszerű általánosságban sem meghatározni.

Személyi feltétel	I.			III.
	<20	20-40	41-60	
Műtős szakasszisztens	2	3	6	9
Műtőssegéd	2	3	6	9
Adminisztrátor	2	3	4	6
Műtők száma	2	2	3	4

6. táblázat
A sebészeti műtő személyi minimumfeltételei

Az optimum nem minimum

Többek véleménye szerint néhány szakmai kollégium inkább az optimumot célozta meg, így a dietetikusok, illetve az orvosi laboratóriumi diagnosztika szakdolgozói létszáma esetében is ezt láthatjuk. A gyógytornászok esetében több kis kórház nem rendelkezik a jelenleg kért létszámmal, azonban a fizioterápiás asszisztensek és gyógymasszőrök jelen vannak a speciális osztályokon is (neurológia, stroke stb.), ami nem került a rendeletbe.

A pszichiátriai osztályok eltérő számítása

Az integrált pszichiátria esetében a szakmai kollégium a 6. sz. melléklettől eltérően határozza meg az ágyszámot. Ez azt jelenti, hogy 10 ágy esetében alacsonyabb, 120 ágy esetében pedig magasabb létszámot határoztak meg, míg egy 55 ágyas pszichiátriai osztály esetében alacsonyabb az előírás. A létszámelvárás nehezen értelmezhető, nincs meghatározva az emelkedés tendenciája, pl.: 60 ágy esetében 24 szakápoló, 110 ágy esetében szintén 24 szakápoló szükséges (7. táblázat). Nehezen értelmezhető, hogy a szakmai kollégiumok miért jelölnék meg a személyi feltételeken belül diplomás ápoló, szakápoló és még egyéb szakdolgozói létszámot. Kérdés, hogy mindezeket a 6. sz. mellékleten túl kéri-e?

	15 ágy	30 ágy	60 ágy	120 ágy
Szakápoló	10	15	24	42

7. táblázat
Integrált (aktív + rehabilitáció + krónikus) pszichiátriai osztály személyi minimumfeltétele

A TÁRGYI FELTÉTELEKKEL KAPCSOLATOS ÉSZREVÉTELEK

A tárgyi feltételek esetében érdemes lenne újragondolni – elsősorban kis ágyszámú aktív osztályok (pl. személyzet) esetében – az osztályonkénti antidecubitus matrac, betegemelő szükségességét. Úgy gondolom, a fent említettek elérhetősége is elegendő lenne.

Tekintettel arra, hogy Magyarország kórházainak többsége még nem felel meg a modern építészeti követelményeknek, ezért átgondolandó a következő helyiségek mindegyikének osztályonkénti szükségessége: nővérszoba, személyzeti öltöző, személyzeti tartózkodó, teakonyha/tálaló.

Sok kórházban központi öltözők vannak, ebben az esetben az elérhetőséget (EI) el kell fogadni! A modern épületekben nővérpultokat alakítanak ki, ahol a szakdolgozók adminisztrálnak és mindenki számára elérhetőek. Természetesen kell a személyzetnek is külön helyiség, viszont össze lehet vonni funkciókat.

A kegyeleti szoba minden osztályon való megkövetelése túlzott. Aktív osztályok esetében elegendő az elérhetőség biztosítása.

A RENDELETEN BELÜLI ANOMÁLIÁK

A személyi és tárgyi feltételekkel kapcsolatos észrevételek mellett meg kell említeni a 291/2009. (XII. 18.) kormányrendeletet, amely a rehabilitációs osztályok minősítési kritériumait határozza meg. Ez szintén érinti a szakdolgozói létszámot, ami nincs összhangban az érvényben lévő rendelettel. Például 30 ágyas mozgásszervi rehabilitáció esetén a kormányrendelet értelmében a gyógytornász igény a következő:

- A kategória: >3,6 fő gyógytornász
- B kategória: 2,4-3,6 fő gyógytornász
- C kategória: <2,4 fő gyógytornász

- az EüM rendelet értelmében: 2,5 fő gyógytornász szükségesség
Ugyan az eltérés nem jelentős, de nem ugyanaz a kettő.

EGYÉB, AZ ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS ÉSZREVÉTELEK

További észrevétel: a steril anyag ellátás fekvőbeteg szakellátás területén két kategóriát különböztet meg. Ebben az esetben célszerű lenne egy harmadik kategória, amely a részben centralizált központi sterilizálóra utal, vagy egy megjegyzés, hogy mely osztályok mely dolgozói sorolhatók a központi sterilizáló létszámába (4. ábra). (Itt azokat értem, akik részt vesznek az anyagok sterilizálására való előkészítésében.)

	Kategóriák			
	Alapellátás, járóbeteg-szakellátás		Fekvőbeteg-szakellátás	
	Rendelő*	Önálló Rendelőintézet	Gyógyintézeti Sterilanyag-ellátás	Központi Sterilizáló Egység (KSE)
Személyi feltételek:	(fő)	(fő)	(fő/400 ágy)	(fő/400 ágy)
1. Egészségügyi szakképzéssel	1	1	-	2
2. Műtős szakasszisztensi szakképzéssel	-	-	-	1
3. Fertőtlenítő-sterilizáló képesséssel	-	1	2	2
4. Betanított munkás	-	-	2	4
5. Takarító	-	-	-	1**

4. ábra
Központi feladatellátásra vonatkozó észrevétel: a steril anyag ellátás minimumfeltételei

AZ ÁPOLÁSI DOKUMENTÁCIÓ TARTALMI JAVASLATA

Nagyon fontos volt, hogy országosan meghatározásra kerüljenek azok a szempontok, amelyeket minden ápolási dokumentációnak tartalmaznia kell. Ez a rendeletben megtörtént úgy, hogy formai kötöttséget nem ír elő. Az elvárások reálisak és szükségesek. Ezzel kapcsolatosan két apró észrevétel:

- 1. pont esetében az alaki megfelelés általános szabályai:
- c) lényeges ápolási beavatkozás percnyi pontossággal.

Jav: az ápolási dekurzus kitöltési útmutatójában megfogalmazni a lényeges beavatkozásokat osztályonként és a betegek súlyossági kategóriájaként (teljes ellátást igénylő, részleges, segítségnyújtást igénylő, önálló)

Észrevétel: az ápolási dokumentáció minimum elvárásai területén az 1. pont szól az alaki megfelelésről. Ezen belül a „c” bekezdés írja elő, hogy a lényeges beavatkozásokat percnyi pontossággal kell jelölni. Ez valóban fontos, azonban minden osztályon és betegsúlyossági fokként más-más a lényeges beavatkozás. Ebben az esetben célszerű minden osztályon a lényeges beavatkozások körét meghatározni. Ezzel a félreértések elkerülhetővé válnak és az egyszeri befektetett munka megtérül.

Az új kompetencia 3/2010. (I. 26.) EüM rendelettel meghatározásra kerültek az ápolói kompetenciák. Így egyértelmű az ápoló nem önálló funkciója, ahol az ápoló asszisztál. Az 5. pont ezen funkciók kivitelezésének tervezett idejét írja elő rögzíteni. Az ápoló a rendelés idején ezt egyeztetheti az orvossal,

azonban ez a terv esetleg többször is módosulhat. Ilyen formában ez adminisztrációs többletet jelent. Tekintettel arra, hogy ez a beavatkozás az orvos időbeosztásától függ, nem az ápolóknak kellene terveznie.

EGYÉB RENDELETEK FIGYELEMBEVÉTELE

Ne hagyjuk figyelmen kívül a 20/2009. (VI. 18.) EüM rendeletet, mely az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről szóló minimumfeltételeket írja elő. A rendeletben meghatározásra kerül többek között az epidemiológus, infektológus, népegészségügyi ellenőr, infekciókontroll nővér, valamint az ehhez kapcsolódó tárgyi feltételrendszer. Ezt a 48/2009. EüM rendeleten felül biztosítani kell az intézményeknek.

FINANSZÍROZÁSI ANOMÁLIÁK

A fenti észrevételek mellett nem elhanyagolható az sem, hogy a szakmai elvárásokat sajnos nem követi a finanszírozás. A 8. táblázatban néhány gyakori HBCS és azok ápolói költsége látható. A 9. táblázat mutatja a HBCS ápolói bérfedezetét és a ténylegesen kifizetett összeg osztályonkénti alakulását. Az arány – az onkológia kivételével – háromszoros.

HBCS megnevezése	Ft érték 2008-ban	Nővéri kgt. tartalom 2008-ban	%-os meghatározás
Tonsillectomi, adenotomia	60645	9995	16,48
Cholecystectomy társult betegség nélkül	171608	9328	5,44
Hüvelyi szülés	93490	7792	8,33
Hypertonia	74426	9965	13,39

8. táblázat
A HBCS-n belüli ápolói bérköltség

Osztály	HBCS ép. bevétel (ezer Ft.)	Ténylegesen kifiz. (ezer Ft.)
Belgyógyászat	25.883	73.507
Belgyógyászat	33.692	94.002
Belgyógyászat	23.133	81.281
Általános Sebészeti	36.656	109.689
Onkológia	115.503	153.034

9. táblázat
Az ápolói költségek finanszírozási ellentmondásai – 2008.

MEGOLDÁSI JAVASLATOK

Összességében a minimumfeltételekhez való alkalmazkodáshoz a következőket javaslom, az együttműködés szintje szerint.

- Kis kórházak esetében, humán erőforrások terén, közeli súlyponti kórházzal való együttműködés.
- Intézetben belüli megoldások:
 - Mátrix osztályok kialakítása, figyelembe véve a törvényi előírásokat.
 - Szakmacsoportok összevonása. Ez elsősorban kis osztályok esetében gazdaságos pl. szájsebészeti + fül-orr-gégészeti stb.
 - Létszám-átcsoportosítás. Ha az intézményi összlétszáma meghaladja a minimumelvárást, azonban ez

nem azt jelenti, hogy egyenletesen minden osztályon 1-2 emberrel van több. A kis osztályokon – arányaiban – kevesebb az ápolók száma. Így a menedzsment döntése, hogy szakmák összevonására, mátrix kialakítására vagy más osztálytól való átcsoportosításra kerül sor. A létszámtöbblet (a minimum elvárás szerinti) abból is fakad, hogy egy-egy osztály több ápolási egységből áll, azonban ebben az esetben is ki kell alakítani a műszakokat. Tehát automatikusan nem csökkenthető minden esetben a létszám, ott sem, ahol többlet van.

- Több szakmacsoport esetében gazdaságos és hatékonyabb a központi szolgálat kialakítása, így a központi műtő, gyógytornász-, dietetikai szolgálat, szociális munka területén célszerű ez a megoldás.
- Ágazati szintű teendők
 - Rendeleten belüli összhang megteremtése. Az egyes szakmák egységes elveken, paramétereken történő vezetése pl. ágyszám növekedési üteme, a szakdolgozók elnevezése pontosítva, a 6. sz. mellékletre való adaptálása. A képzetlen munkakörök nevesítésének mellőzése (adminisztrátor, betegkísérő).

- Fontos, hogy az új minimumfeltétel rendelet összhangban legyen az egyéb, létszám és tárgyi feltételeket érintő rendeletekkel (lásd a 291/2009-es kormányrendeletet).
- Végül nem utolsó szempont, hogy az intézmények régi álma teljesüljön, hogy a finanszírozás kövesse a törvényi előírásokat. Sajnos a viszony egyre inkább leszakadó, mint felzárkózó.

A minimumfeltétel rendszer szükségessége nem vitatható, azonban ne feledjük, hogy a törvény célja a működőképesség alapszintjének a meghatározása, ami azt jelenti, hogy ennél jobb feltételek biztosíthatók, de rosszabbak nem.

A feltételek meghatározásánál nem szabad figyelmen kívül hagyni az intézetek teljesítőképességét sem. Tekintettel arra, hogy 2010-ben a kórházak komoly adósságállománnyal rendelkeznek, továbbá ez évben kb. 1,5 havi finanszírozásnak megfelelő összeggel kevesebből tudnak gazdálkodni, mint amennyi a 2009. évi működéshez minimálisan szükséges volt. Talán nem a jelenlegi időszak a legalkalmasabb további terhekkel súlytani a szolgáltatókat.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Az egészségügyi miniszter 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról

[2] A Magyar Kórházszövetség 2010. évi felmérésének összefoglalója.

[3] <http://www.eski.hu/new3/adatok/berstatisztika/OSAP1626-eves-CD/index.htm>

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Halmosné Mészáros Magdolna 1978-ban szülésznői szakosító, majd 1984-ben egészségügyi szakoktató képesítést szerzett. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Egészségügyi Menedzser Szakán egészségügyi menedzseri, majd 2006-ban a Debreceni Orvostudományi Egyetem Bölcsész Tudományi

Karán szociálpolitikus diplomát szerzett. 1977-ben állt munkába a Pándy Kálmán Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztályán általános ápoló és általános asszisztensként. 1979-től Szülészet-Nőgyógyászati Osztályon oktató, egészségnevelő. 1987-től intézeti vezető szakoktató, 1995. januárjától ápolási

igazgató. A gyulai egészségügyi szakközépiskolán szakápolástant, majd a DOTE gyulai Főiskola diplomás ápolói szakán tanít. 1994-től a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi karán ápolás-gazdaságtant, a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar egyetemi ápolók szakán minőségbiztosítást oktat. 2004-től a Tessedik Sámuel Főiskola címzetes főiskolai docense. 1997-től az amerikai Sigma Theta Tau International tagja. 1998-2000-ig az Ápolási Igazgatók Egyesületének alelnöke. 2004. márciusától a Magyar Kórházszövetség elnökségi tagja. 2004-től 2006-ig Nemzeti Szakképző Intézet OKJ Egészségügyi Bizottság Elnöke. 2006. márciusától az Ápolási Igazgatók Egyesületének elnökségi tagja. 2009. évtől az Ápolásszakmai Kollégium tagja.

Central European Congress on Noninvasive Cardiovascular Imaging

Időpont: 2010. szeptember 24–26. • Helyszín: Corso Hotel, 7626 Pécs, Koller u. 8.

A Kongresszus teljes tájékoztató anyaga megtalálható a www.imeonline.hu és a www.larix.hu honlapon.