MAGYAR ORVOSI KAMARA
HÁZIORVOSI CSOPORT

Belügyminisztérium
Dr. Takács Péter Egészségügyi Államtitkár részére **Iktsz.: 549-4/2023**

elektronikusan megküldve

Tisztelt Államtitkár Úr!

Köszönettel kézhez vettem 2024. március 25. napján kelt BM/10398-1/2024 iktatószámú levelét a korábban megküldött problématérképre válaszolóan. Kérem, engedje meg, hogy pár észrevételt tegyek válaszlevelében foglaltakra annak érdekében, hogy a helyes információk birtokában szülessenek meg a döntések – legfőképpen az előttünk álló, Budapestet érintő ügyeleti átalakítás kapcsán.

I. Szervezéssel és megbeszéléssel megoldható problémák

1. Ügyeleti pontok számának csökkenése mellett az esetszámok növekedése, meghosszabbodó várakozási idő, fölösleges mentő küldések.

Tisztelettel észrevételezem, hogy az ügyeleti helyek számának csökkenése és a terhelés növekedésének felvetése még csak burkoltan sem jelentette azt, hogy a Magyar Orvosi Kamara (MOK) az ügyelések számának növelését kérné. Ahogyan az a 2024. március 04. napján kelt problématérképből egyértelműen kiderül, ezzel az értelmezéssel szemben kifejezetten a tárgyi eszköz ellátottság – így a rendelők számának – növelését javasoltuk, például, hogy ahol két orvos ügyel, ott álljon is rendelkezésre két rendelő, illetve hétvégén és ünnepnapokon több ügyeleti pont megnyitása lenne szükséges. Sajnálattal vettük, hogy ezt a javaslatot félreértették, és a sajtó felé már akként kommunikálták, mintha a MOK a havonta teljesítendő ügyelet számának növelésére tett volna javaslatot.

Rámutatok, hogy OMSZ Főigazgató médiában elhangzott nyilatkozata szerint az új ügyeleti rendszerrel érintett vármegyék háziorvosainak 80%-a már megkötötte a személyes közreműködői szerződését (vagy esetenként az ESZJV-s szerződését) és ügyelést teljesít. Az egészségügyi alapellátási ügyeletben (a továbbiakban ügyelet) azonban nemcsak háziorvosok vesznek részt, hanem kórházi, vagy rezidensek és szakorvosok is. Az OMSZ Főigazgatóhoz csatlakozva úgy véljük, hogy amennyiben a mentőszolgálatok méltányos, jogszerű és teljesíthető szerződéses feltételeket kínálnának a háziorvosok számára, úgy az idáig kimaradt

háziorvosi létszám is bevonható lenne az ügyeleti feladat végzésbe. Javasoljuk a szerződéskötés lehetőségét nem csak a háziorvosoknak, és házi gyermekorvosoknak biztosítani, hanem egyéb szakvizsgával rendelkező, vagy szakvizsga előtt álló orvosoknak is kinyitni, ha rendelkeznek az előírt sürgősségi gyakorlattal.

Sajnálatos módon azonban káros tárgyalási gyakorlat honosodott meg az OMSZ regionális igazgatóságok részéről, esetenként az OMSZ szerződéstervezetét akként bemutatva, mintha az MOK által levéleményezett, elfogadott és ajánlott szerződéstervezet lenne (ez távolról sincs így), vagy pedig olyan tartalmú levelek kerültek a háziorvosok részére megküldésre, hogy a szerződés tervezetekről egyedi tárgyalásokat az OMSZ nem kíván folytatni.

Problémaként érzékeljük, hogy az *egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről* szóló **47/2004 (V.11.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban ESzCsM rendelet) 15 § (9) bekezdésében** foglaltakat megkerülve a háziorvosok számára többlet feladatvégzést írnak elő (olyan esettel is találkoztunk, amikor az OMSZ egy teljes napra ügyeletre kényszerítette a háziorvost), vagy éppen a jogszabályhelybe nem tartozó feladatok elvégzését követelik meg. Jelezzük, hogy az OMSZ a feladatvégzés ellenértékéről nem kíván tárgyalásokat folytatni, ami ellentétes a **Ptk. 6:58 § és 6:59 § (1) bekezdésében** foglaltakkal. Még nem került elfogadásra a háziorvosok hatásköri listája sem, holott a tervezet 2023 decembere óta a döntéshozóknál van. Ennek hiányában viták állnak fenn arról, hogy milyen jártasság várható el egy háziorvostól. Így pedig előfordulnak olyan esetek, amikor *az egészségügyről* szóló **1997. évi CLIV. törvény 126 § (1), (2) és (5) bekezdésében** foglaltakkal szemben a háziorvos a saját kompetenciahatárán és felkészültségén felüli feladatvégzésre kényszerül.

Úgy véljük, hogy amennyiben a fenti kérdések megnyugtatóan tisztázhatók lennének, és az OMSZ által akkreditációra benyújtott, háziorvosok számára készített képzési terv elfogadásra kerülne, úgy az nagyban elősegítené a háziorvosok részvételét az új egészségügyi alapellátási ügyeletben. Ennek hiányában a MOK legfeljebb abban tudja segíteni a háziorvosokat, hogy jogi segítséget nyújt a hatóságok jogellenes fellépésével szemben a számukra.

2. miniHis program fejlesztések

Nem értünk egyet azzal, hogy a jelenlegi miniHIS szoftver az ügyeleti ellátás biztosításához elegendő, és hogy kiszolgálná a betegek megfelelő igényeit. Ahogyan azt a problématérkép 2. pontjában felvetettük, a szoftveren keresztül a beteg fontos egészségügyi adataihoz nem férünk hozzá, így például abban is bizonytalanok a háziorvosok, hogy a beteg milyen gyógyszereket szed rendszeres jelleggel – különösen, ha felsorolni sem tudja. Azt feltehetően nem kell részletezni, hogy egyes gyógyszerek hatásai erősíthetik, vagy gyengíthetik egymást, egyes gyógyszerek együttes szedése akár a beteg életét is veszélyeztetheti. Így a betegellátás szempontjából fontos, hogy a betegek egészségügyi adataihoz az ügyelet akadálytalanul hozzájusson.

Jelezzük, hogy ismereteink szerint a jelenlegi miniHis szoftver nem fejleszthető tovább, annak fejlesztését le is állították, és új szoftver fejlesztésébe kezdtek bele. Ez az információ az ESZFK-tól származik. Mindez azért jelent problémát, mert az egészségügy frontvonalán egy ilyen szoftver megfelelő kifejlesztése, tesztelése, majd üzembe állítása évekig tart, és addig az alkalmatlan szoftverrel kell a kollégáknak dolgozniuk.

3. **Adminisztrációs problémák**

Üdvözöljük és köszönjük az elektronikus adminisztráció gyors racionalizálását és a papír alapú adminisztráció nagyobb részben történő kivezetését.

4. **Takarítás, mosatás, karbantartás problémája**

Köszönettel vettük, hogy a gyors intézkedésnek köszönhetően az ellátási helyek egy részében javultak a higiéniai állapotok, egyúttal a karbantartás színvonala is javult. A felmerülő problémákat a Miniszter Úr által kijelölt kapcsolattartó útján fogjuk jelezni a fenntartó felé.

5. **Rendelők infrastrukturális hiányosságai**

Tisztelettel jelezzük, hogy információink szerint a kórházak és az azokhoz kapcsolódó ellátóhelyek az OKFŐ, így áttételesen a BM irányítása alatt állnak. A kórházi infrastruktúra hiányosságait természetesen értjük – egyúttal nap mint nap magunk is tapasztaljuk – azonban ezen változtatni a Tisztelt Államtitkár Úrnak áll módjában. Az orvosok számához igazodó számú elkülönült rendelőhelyiség a háziorvosok munkájának jobb kihasználását jelentené, egyúttal a függönnyel elválasztott vizsgálóhelyiségek a betegjogokat, ezen belül az intimitáshoz fűződő jogokat is súlyosan sértik (**Eütv. 10 § (1) bekezdése**). Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló **60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletnek** is meg kell felelnie a rendelőhelyiségeknek, amelyek azonban jelenleg nem adottak.

Tisztelettel észrevételezem, hogy a közelmúltban kamaránk számos bejelentést kapott arról, hogy az az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló **1991. XI. törvény** szerinti egészségügyi államigazgatási szervek rendre ellenőrizték a háziorvosok rendelőinek a **60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet** szerinti megfelelőségét. Kérjük, hogy ugyanilyen intenzitással szíveskedjenek ellenőriztetni az OMSZ által működtetett ügyeleti rendelő helyiségek megfelelőségét is.

6. **Telefonos elérhetőség javítása**

Köszönettel vettük a telefonos elérhetőség és ügykezelés körében tett erőfeszítéseket és előrelépéseket.

7. **Képzések hiányosságai, háziorvosok felkészültségének javítása**

A problémát elsősorban abban látjuk, hogy az OMSZ többet vár a háziorvosoktól annál, mint amit az **Eütv. 126 § (1), (2) és (5) bekezdése** alapján megkövetelhet. A háziorvosok felkészültségét erőteljesen meghatározza az a feladatvégzés, amelyet tőlük az elmúlt évtizedekben a szakma és a társadalom elvárt. Kétségtelen tény, hogy az egyetemi képzés átfogó, és olyan ismeretek elsajátítása is megtörténik – az adott egyetemi képzés időpontjának szakmai színvonalán – amelyeket az orvos a későbbiekben nem fog használni. Így például azon háziorvosok, akik hivatásuk gyakorlása során kizárólag felnőtt betegeket láttak el, elveszítették a jártasságukat a gyermekek ellátásában. Vagy értelemszerűen az egyetemi oktatásnak nyilván részét képezték a sürgősségi betegellátáshoz kapcsolódó ismeretek, azonban akinek ilyen ellátási formában a pályája során nem kellett részt vennie, az a jártasságát megint csak elveszítette. Mindez pedig nem pótolható azzal, hogy az OMSZ „oktatási portáljának elérhetőek szakmai anyagok". Ezért a továbbiakban is várjuk azoknak a gyakorlati és elméleti képzésnek a rendszeressé válását és az akkreditációjukat, amelyeket az OMSZ biztosít éppen azon feladatok ellátásához, amelyeket el is vár a háziorvosoktól.

8. Az SBO és az ügyelet közötti beteg eloszlás protokollja

Tisztelettel észrevételezem, hogy T. Államtitkár Úr levelének 8 pontja nem az általunk felvetett kérdésre reflektál. Először is nem tudunk arról, hogy a MOK felszólalt volna a háziorvosok képzése ellen. Az SBO és az ügyelet közötti betegelosztás protokolljával kapcsolatban arra kívántunk rámutatni, hogy az SBO-k melletti ügyeleti pontok jóval terheltebbek, mint más pontok, és szabályozatlanul, valamint dokumentáció nélkül történik meg a T4-es és T5-ös betegek átirányítása az ügyeleti pontokra. Ez a felelősség kérdése miatt lenne rendkívül lényeges.

9. Háziorvosok kompetenciahatára a sürgősségi ellátás során

Az **Eütv. 126 § (1), (2) és (5) bekezdése** az alábbiak szerint rendelkezik:

> **126. §** (1) A területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi dolgozó munkaidejében az e minőségében hozzáforduló beteg megfelelő ellátása iránt – a (2) és (5) bekezdésekben foglaltaknak, illetve szakmai kompetenciájának és felkészültségének megfelelő módon – intézkedik.
>
> (2) Az orvos – feltéve, ha szakmai kompetenciája és felkészültsége alapján erre jogosult – a hozzá forduló beteget megvizsgálja. A vizsgálat megállapításaitól függően a beteget ellátja, vagy – a megfelelő tárgyi és személyi feltételek hiánya esetén – a megfelelő feltételekkel rendelkező orvoshoz, illetve egészségügyi szolgáltatóhoz irányítja.
>
> (5) Az orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozó a hozzá forduló beteg vizsgálatáról kompetenciájának keretei között saját maga, illetőleg, ha az kompetenciájának kereteit meghaladja, az erre jogosult orvos értesítése útján gondoskodik. Ez utóbbi esetben azonban, ha a beteg állapota azt szükségessé teszi, az orvos megérkezéséig elvégzi mindazokat a beavatkozásokat, amelyek nyújtására szakmai kompetenciája és felkészültsége alapján jogosult.

Az ügyrend, és a hivatkozott jogszabályi rendelkezések alapján szükséges rögzíteni, hogy a beteggel/esettel először az OMSZ ICS koordinátor találkozik, aki az **Eütv. 3 § d) pontja** alapján maga is egészségügyi dolgozó, tehát az **Eütv. 126 § (1) és (5) bekezdése** rá is vonatkozik. Ezen jogszabályhelyek alapján így az OMSZ ICS koordinátor csak akkor küldheti ki az esethez a háziorvost, amennyiben előzetesen meggyőződött arról, hogy a háziorvosnak megvan a szükséges kompetenciája **és** felkészültsége a feladat ellátásához. Amennyiben az OMSZ ICS koordinátor nem így jár el, úgy megszegi az **Eütv. 126 § (1), (2) és (5) bekezdését**. Olybá tűnik, hogy az OMSZ az ügyelő háziorvost tekinti olyan első egészségügyi dolgozónak, mint aki a beteggel/esettel először találkozik, és ekként neki elsőként kell az **Eütv. 126 § (2) bekezdése** szerint eljárnia. Ehhez képest az első észlelő maga az OMSZ ICS koordinátor, akinek az Eütv. hivatkozott jogszabály helyeit be kellene tartania. Vagyis már az ügyelet kezdetekor meg kell győződnie arról, hogy az aznap ügyelő háziorvosnak meddig tart kompetenciahatára és felkészültségi határa, és a beteget már eleve a megfelelő kompetenciával és felkészültséggel rendelkező egészségügyi szolgáltatóhoz kell küldenie. Ha ilyen nem áll rendelkezésre, akkor biztosítania kell lehető legrövidebb időn belül a segélykocsi érkezését.

10. Gyógyítás eszközeinek rendelkezésre állása

Köszönettel vettük a soron kívüli gondoskodást a szükséges eszközök rendelkezésre bocsátásáról.

11. Betegelégedettség mérése

A jelenlegi betegelégedettség-mérések nem a nyújtott szolgáltatás szakmai színvonalát, hanem a személyzet-beteg kommunikáció színvonalát mérik. Szükségesnek tartjuk továbbra is a nyújtott szolgáltatások szakmai színvonalának mérésére irányuló fejlesztéseket is.

12. Betegedukáció

Az ígért betegedukáció még nem indult el. Bízunk abban, hogy az általunk korábban megküldött plakátokat tudják használni az edukáció megkezdéséhez.

13. Szakmai kompetenciák

Fentebb már érintettük, megismételni nem szeretnénk a 7. és 9. pontban leírtakat.

II. Ügyeleti működés átalakításával orvosolható problémák

1. Mentőtisztek és APN-ek kompetenciája ügyeleti kórképekre

Vitatjuk, hogy a mentőtisztek vagy APN-ek kompetenciája kiterjedne a jellegzetes ügyeleti kórképek – úgy, mint (urocystitis, légúti betegségek, tonsillitisek, mozgásszervi betegségek, fájdalmak és gyulladások, fejfájás, dysmenorrhoea, fogfájás) – kezelésére. Példának okáért a mentőtiszt, vagy APN antibiotikumot fel sem írhat, így ez az ellátás legfeljebb úgy oldható

meg, hogy egy másik ellátási ponton szolgálatot teljesítő orvost kell bevonni. Itt szeretnénk leszögezni, hogy nem tartanánk jó iránynak a mentőtisztek és/vagy az APN-ek gyógyszerírási jogosultságának megadását, mert nincs meg a megfelelő képzettségük, például a húgyúti fertőzések, vagy egyéb szindrómák gyógyszeres ellátásához.

Továbbra is problémaként jelentkezik, hogy a betegek elsősorban azokat az ügyeleti helyeket/időszakokat választják, ahol tudottan orvos végzettségű ellátóval fognak találkozni. Ez pedig a háziorvosi ügyeleti időn kívül az SBO-t terheli túl.

2. **Egészségügyi alapellátási ügyeleti feladatvégzés alóli mentesülés**

Jelenleg a háziorvosok bevonásával konzultáció zajlik a mentesítések szabályairól és lehetséges esetköreiről. Amint a szükséges vélemények megérkeznek, úgy arról T. Államtitkár Urat haladéktalanul értesíteni fogjuk.

3. **Eszközkészlet**

Köszönjük, hogy a rendelkezésre álló eszköz készleteket kiegészítették. Várjuk továbbá a képzést azokra az eszközökre, amelyekben a háziorvos jelenleg nem kompetens, de az OMSZ azok használatát elvárja.

4. **Gépészek az ügyeletben**

Probléma felvetésünkben az OMSZ gépkocsivezetőkre gondoltunk, köszönjük az értesítést, hogy nem gépészeknek hívják őket. A problémafelvetés lényege, hogy az nem teljesen világos, miért is szükséges, vagy éppen kötelező a háziorvosnak a saját életét és testi épségét kockáztatnia egy megkülönböztetett jelzéssel közlekedő – ezáltal nyilvánvalóan a KRESZ egyes szabályain megengedett módon túllépő – járműbe történő beüléssel? Egyúttal sajnálkozásunkat fejezzük ki, hogy a konkrét esetet – kisodródást – a hivatkozott GPS nyomkövetés ellenére az OMSZ nem dokumentálta.

5. **Hívások kompetencia szerinti kapcsolása**

Tisztelettel rámutatunk, hogy problémafelvetésünkben nem az ellátási lehetőségek közüli választást kifogásoltuk, hanem azt, hogy a korábban is orvos mellett dolgozó nővérekkel szemben a mentőtiszteknek nincs meg az **Eütv. 126 § (2) bekezdése** szerinti felkészültsége a telefonos tanácsadáshoz. A kompetenciájuk értelemszerűen megvan, a felkészültségük hiányzik. Mivel pedig ez a tény a mentőtisztek előtt is tudott, ezért a háziorvosi ügyeletben ennek megoldása sok esetben az orvosra marad, tovább terhelve ezzel az ügyeleti feladatvégzést.

6. **Rendőrségi vérvétel, látlelet, fogdai befogadások**

Legyen szabad megjegyeznünk, hogy a szerződéssel jogszabályi jogcímet nem lehet felülírni. Az **ESzCsM rendelet 15 § (9) bekezdése** értelmében a feladatvégző maga a háziorvos – nem pedig az OMSZ – így a jogszabály nyelvtani szövege szerint is a díjazás a háziorvost illeti –

nem az OMSZ-ot. A fogdai befogadásokhoz kapcsolódó orvosi vizsgálatok pedig egyértelműen nem tartoznak az **ESzCsM rendelet 15 § (9) bekezdés d) vagy e) pontja** alá, mert a fogdai befogadott nem beteg, nem szorul sürgős orvosi ellátásra, jellemzően nem körzetesek, és a részükre végzendő vizsgálat nem azonosítható sem az általános orvosi vizsgálattal, sem a látlelettel. Nagyon határozott álláspontunk szerint a fogdai befogadásokhoz kapcsolódó orvosi vizsgálatoknak a háziorvosokra való rákényszerítése, különösen az ingyenesen történő rákényszerítése jogellenes.

A Ptk. 6:61 §-a alapján a szerződéssel kikötött szolgáltatásért ellenérték jár. Minden feladatvégzés tehát, amelyet a háziorvos teljesít, díjazással kell, hogy fedezve legyen. Egyáltalán nem fogadható el, és a jogszabályokkal is teljesen szembe megy, hogy az ESzCsM rendelet 15 § (9) bekezdés d) és e) pontja alapján a háziorvosnak járó díjazást ne a háziorvos, hanem helyette az OMSZ kapja meg.

7. Műszakszerű ügyeleti feladatvégzés

Az ügyeleti feladatvégzés az új ügyeleti rendszerben a háziorvosok többsége számára terhesebbé vált, az mostanra már egyáltalán nem ügyeleti jellegű, hanem sokkal inkább műszak-jellegű tevékenység. Hétvégén és ünnepnapokon 40 feletti beteg számmal lehet kalkulálni a háziorvos 6 órás feladat végzése alatt. Feltehetően szándékosan torzít az a számítás is, miszerint egy ügyeleti 24 óra alatt átlagosan óránként 2-3 beteggel kell számolni, ugyanis a betegek csak a háziorvosi időszakot keresik, tudván, hogy csak ekkor van biztosan orvosi jelenlét. Ezért ebben az időszakban átlagosan 6-8 beteggel kell számolni óránként. Az SBO-k mellett működő ügyeleti pontok T4 és T5-ös betegeinek átirányítása, a szűkülő ügyeleti pontok miatti megnövekedett betegforgalom, valamint az OMSZ ICS riasztása alapján elrendelt vonulások gyakoribbá válása miatt ez egy tényszerű megállapítás. Az ezzel kapcsolatos panaszok pedig a MOK-hoz érkeznek, ezért is kerültek fel már idáig számtalanszor a probléma térképünkre. Kérjük ennek a problémának a kivizsgálását, egyúttal mindezt úgy tekinteni, hogy akkor most a MOK hivatalosan (többedjére) jelzi ezt a problémát.

8. Látatlanban történő vényírás

Köszönettel vettük, hogy ez a probléma megoldódott.

9. Pihenőidő megtartottságának hiánya

Tisztelettel jelezzük, hogy a pihenőidő megtartottsága egyáltalán nem biztosított, sőt lényegében lehetetlen. Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 12/G § pontja értelmében a 22:00 órás munkavégzés és a másnap 8:00 órai munkakezdés között nincs meg a 11 óra. Amennyiben minden háziorvos akadályt jelentene azon a címen, hogy a másnapi 8:00 órás praxis kezdésig nincs meg a pihenőideje, úgy a hétközi ügyeletek lényegében megtarthatatlanok lennének. Erre nézve jogszabálymódosításon felül más jó megoldás nem is létezik. Csak egyszer forduljon elő műhiba a kipihentség hiánya miatt,

és az az 1991. évi XI. törvény szerinti szankciókat vonhatja maga után, illetve a háziorvos biztosítója sem áll helyt.

Jelezzük továbbá, hogy a T. Államtitkár Úr levelével szemben az OMSZ 2024. január 01. napjától csak abban az esetben térít útiköltséget a háziorvosnak, amennyiben az első szerződött telephelytől eltérő telephelyen veszi igénybe a munkáját. Ez a gyakorlat azonban szembe megy a **Ptk. 6:133 §-a**, valamint a **6:276 § (3) bekezdésével.**

10. Indexált ügyeleti díjak

Tisztelettel jelezzük, hogy már 2023. február 01. napjától elindultak az ügyeletek, és 2023 nyarától az OMSZ olyan tartalommal köt személyes közreműködői szerződéseket a háziorvosokkal, amelyek III/5 pontja szerint az ügyeleti díjakat az év végén a felek újratárgyalják. A 2023-as év vége eljött, de ezek az újratárgyalások nem történtek meg. A háziorvosok korábban ahhoz ragaszkodtak, hogy az ügyeleti díjak indexáltak legyenek az inflációhoz, azonban ez az OMSZ számára nem volt elfogadható. Ehelyett az OMSZ – ezen szerződéses tartalom beleemelésének elkerülése végett – kifejezetten arra tett ígéretet, hogy az újratárgyalások mentén lesz rendezve az ügyeleti díjemelés minden évben. Ehhez képest sajnálattal olvastuk T. Államtitkár Úr levelét, amely Budapest még jövőbeli, bizonytalan csatlakozásához köti az újratárgyalásokat, így mindez a háziorvosok számára azt az üzenetet hordozza, hogy a személyes közreműködői szerződés tervezetek III/5. pontja üres rendelkezés.

11. Új eHVB kitöltési metódus és a mentőtisztek halottvizsgálata

Továbbra is fenntartjuk, hogy a 2024. január 01. napjával életbe lépett jogszabályi rendelkezések eredményeképpen – az OMSZ segítő közreműködésének hiányában – a halottvizsgálatnak csak úgy tud a háziorvos eleget tenni, hogy az vagy a patológiák túlterhelését, vagy a holttest megvizsgálásának elhúzódása miatt közegészségügyi problémákat, vagy pedig a nappali rendelési idő csorbulását fogja eredményezni. Javasoljuk tehát továbbra is az új halottvizsgálati rendszer bevezetésének elhalasztását, és egy szakmai munkacsoport felállítását minden érintett szereplő bevonásával. (patológusok, mentőtisztek, háziorvosok, jogászok, igazságügyi szakértők.) Amikor elkészül a konszenzusos dokumentum, akkor ismerhessék meg a háziorvosok.

Győr, 2024. 05. 30.

Tisztelettel:
dr. Porpáczy Krisztina s.k.
MOK Háziorvosi Csoport Vezető

MAGYAR ORVOSI KAMARA · ANNO 1989 ·

Digitálisan aláírta: Magyar Orvosi Kamara
Dátum: 2024.05.30 15:53:10 +02'00'