

mamegoldó képesség, 4. törekvés teljes körű (definitív) ellátásra, 5. közösségi ellátói szemlélet, azaz a páciensek a közösség tagjai, ellátásuk ennek megfelelő legyen, ill. 6. a holisztikus páciens megközelítés.

Bár a fogalmak közismertek és szinte minden szakmai anyagnak részei, sorrendjük, súlyozásuk mégis mindenki számára fontos tájékoztatást és iránymutatást ad. Lehetőséget ad arra, hogy az Európában és világszerte is eltérő egészségügyi ellátói rendszereken belül egységes legyen az alapellátói szemlélet, feladat-, szerep- és hatáskör, az elvárt szakmai felkészültség, színvonal és hozzáállás, valamint annak az ellátó rendszer egészébe illeszkedése.

Ugyanezt kívánja (reményeim szerint) elérni a magyar alapellátás, ill. az ezt is irányító egészség-politika akkor, amikor amellelt dönt(het), hogy a szükséges mértékben átvéve az európai „belső tartalom” filozófiáját, megközelítési módjait és követelményrendszerét – a magunk belső tartalmát megfogalmazzuk. Vannak ugyanis az egyes országok földrajzi, populációs, képzési, szervezeti, gazdasági, (szakma)politikai adottságai révén olyan nemzeti sajátosságok, melyeket az európai törzskompetencia is elismer, és melyre alapozva az egyes országokon belüli belső szakértelemnek, az ott élő szakembereknek válik feladatává az, hogy a nemzetközi szinten elfogadott keretet, a „törzs”-tartalmat kiteljesítsék, részletekkel, valódi tartalommal kitöltsék.

A hazai kompetencia lista – sokak számára ismertem – 1992/93-ban készült el először és akkor teljes körű partner-szakmai egyeztetésen ment át. Létével és tartalmával elévülhetetlen érdemeket szerzett a 90-es évek nagy szakmai felzárkózásában, a szakvizsga kampányban, a rezidensi rendszer kiépítésében, ill. az ezeket megalapozó tananyag kifejlesztésében. Az évek során viszont szükségszerűen elavult, vesztett értékéből.

A jelenleg működő Háziorvostani Szakmai Kollégium 2000-ben határozta el azt, hogy az előző listát alapul véve újraalkotja a magyar alapellátók feladatkörét kifejező és meghatározó tevékenységi kört, de immár az

előzőtől kissé eltérő módszerrel. Amellett, hogy vitanyagunkkal a szakmai nyilvánosság elé állunk és minden más szakma képviselőivel konszenzusos egyetértésre törekedve tárgyalunk, elkerülhetetlennek látjuk azt, hogy ugyanezt megtegyük külföldi (legalábbis európai) testvérszervezeteink irányában is. Az ilyen módon elfogadott javaslattétel szavatolhatja nézetünk szerint azt, hogy a 1. szükségleteknek megfelelő tananyag, 2. pontosabb és hasznosabb, gyorsabban elkészíthető és kipróbálható szakmai irányelvek készülhetnek szakembereink számára, 3. helyükre kerülhetnek ma még nem kellő összhangban ellátott kórállapotok és betegségek, ill. az ezekben szenvedő betegek, 5. az előbbieik alapján ésszerűbben felhasznált egészségügyi kassza révén pedig 6. javulhat az összlakosság ellátásának minősége.

Nem utolsó sorban, a lényegében elkészült és nemzetközi porondra lépésre alkalmassá tett (hitelesen lefordított) magyar kompetencia lista, melyet a legelismeretebb külföldi szakemberek irányából máris érdeklődés és várakozás kísér, képesíthet bennünket arra, hogy a küszöbön álló csatlakozáskor jövendő, európai működési területünkön (vele is) bizonyíthassuk szakmai hitelünket.

IRODALOM

1. Barbara Starfield: Health Care Systems – U.S. vs. Other Countries. American Academy of Family Physicians, Kongresszusi Kiadvány, 2002.). – 2. The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2002. – 3. Basel Declaration, UEMS Policy on Continuing Professional Development. UEMS Document #0120. 2001. – 4. Hajnal F., Balogh S.: Európai állásfoglalás a szakorvosok továbbképzéséről. MOTESZ Magazin 2002/3. 38-43. 2002. 4/2002. (II. 20.) Eü.M. rendelet. – 5. Hajnal F.: Gondolatok a családorvos szakképzésről az Európai Uniói szakmai egyeztetések apropóján. MOTESZ Magazin 2002/2. 27-29. 2002. – 6. Hajnal F., Balogh S.: A családorvoslás európai önmeghatározása. Medicus Universalis XXXV/3. 129-131. 2002.