

**RESURSE UMANE ÎN ASISTENȚA**  
**MEDICO-SANITARĂ**

**INTRODUCERE**

Noua Sănătate Publică este preocupată de toate aspectele legate de învățământul medical, asigurarea, distribuirea și managementul numeroaselor resurse umane ocupate în asistența medico-sanitară și de menținere a echilibrului între personalul medical din instituții și cel din comunitate. Pentru furnizarea unei asistențe medico-sanitare de calitate, sistemele sanitare necesită un personal bine instruit care să acorde servicii cost-eficiente și la un nivel profesional înalt, cu compasiune, respectând principiile etice și deontologice. Pentru aceasta furnizorii de asistență medico-sanitară trebuie să fie competenți nu numai în domeniul medicinei și umanității, dar și în aspectele economice ale asistenței medico-sanitare. Ei trebuie să cunoască principiile epidemiologiei, economiei și managementului, precum și ale științelor sociale. Calitatea serviciilor prestate de medic depinde de motivația lui socială și talent, de educație, instruire și profesionalism, precum și de structura, conținutul și orientarea spre calitate a sistemului sanitar în care acesta lucrează.

Determinarea necesităților și alocarea resurselor umane reprezintă probleme importante ale planificării sanitare. Suprasaturarea sau asigurarea insuficientă cu cadre medicale de o anumită specialitate creează un dezechilibru în sistemul sanitar. Medicii practicieni de nivel mediu și asistenții sanitari comunitari sunt specialități recunoscute ca fiind de importanță majoră pentru

asigurarea unui acces convenit la servicii și pentru satisfacerea necesităților sanitare de bază ale populației atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare.

În procesul de căutare a căilor eficiente de acordare a asistenței medico-sanitare, sistemele sanitare au descoperit noi profesii organizatorice. Odată cu lărgirea responsabilităților serviciilor medicale și includerea domeniului de menținere a sănătății în competența lor, spectrul complex de specialități medico-sanitare s-a completat cu noi profesii. Pentru menținerea și îmbunătățirea calității asistenței medico-sanitare într-un sistem sanitar este nevoie de o perfecționare continuă a cadrelor. Sistemele informaționale sanitare dețin și furnizează la necesitate informația de bază referitor la toate aspectele resurselor umane în sănătate.

Scopul acestui capitol este de a examina elementele esențiale ale învățământului medical și de a elucida importanța acestora în Noua Sănătate Publică.

## ASPECTE GENERALE ALE RESURSELOR UMANE

Numărul, tipul și distribuirea personalului medical reprezintă determinante majore ale accesului, disponibilității, oportunității și costului asistenței medico-sanitare. Perfecțiunea, calitatea și performanța personalului medical și a tehnologiilor medicale utilizate sunt subiecte importante ale planificării sanitare. Fiecare profesionist medical trebuie să cunoască principiile și standardele curente ale sănătății publice cu scop de a-și exercita adecvat funcțiile, mai ales că asistența medico-sanitară modernă include astfel de categorii cum sunt prevenția bolilor, lucrul în echipă, managementul, asigurarea calității, stăpânirea costurilor și subiectele etice.

În multe țări învățământul medical era axat preponderent pe pregătirea medicilor clinicieni, instruirea analiștilor sanitari publici, managerilor sanitari și a specialiștilor în sănătate publică fiind neglijate. Ultimele profesii sunt deosebit de importante în condițiile desfășurării reformei sanitare și schimbării necesităților sanitare ale societății.

Principalele probleme ce țin de resursele umane variază în dependență de țară, dar în mare includ următoarele:

1. Dezechilibrul în pregătirea cadrelor medicale: suprasaturarea cu medici, insuficiența de asistente medicale și alt personal medical.
2. Perfecționarea excesivă a medicilor specialiști și insuficiență a medicilor primari, majorarea costurilor sanitare și compromiterea accesului la asistența medico-sanitară.
3. Maldistribuția geografică cu asigurarea insuficientă a regiunilor rurale cu cadre medicale de diferite profesii.
4. Finanțarea insuficientă a sistemelor publice de asistență medico-sanitară în comparație cu practica privată, condițiile de lucru precare, salariile mici, posibilitățile reduse de creștere profesională, spiritul moral și performanța joasă a personalului, insatisfacția clienților.
5. Standarde inadecvate și perioada de studii scurtă insuficientă pentru pregătirea managerilor calificați.
6. Lipsa orientării tuturor furnizorilor de asistență medico-sanitară la sănătatea publică.
7. Lipsa instituțiilor de pregătire a specialiștilor sanitari publici în domeniul epidemiologiei, științelor sociale, a analizei politicii sanitare, managementului sanitar ceea ce compromite posibilitatea sistemului sanitar de a monitoriza rezultatele și alocarea resurselor sau de a evalua eficacitatea programelor implementate.
8. Licențierea furnizorilor de asistență medico-sanitară de către stat, practică ce poate facilita compromise ce țin de calitate în favoarea asigurării numărului necesar de personal. Pe de altă parte licențierea

medicilor de către sindicatele profesionale poate favoriza practica protecționismului, plasând interesele profesionale mai sus de cele publice.

9. Compromiterea calității resurselor umane prin recrutarea inadecvată și standardele educaționale joase, lipsa sau insuficiența examinării continue și a reatestării periodice.
10. Conflictele între interesele academice, profesionale, statale și ale agenților de asigurare și interesele publice și individuale.

În anii 1950-1970 pentru rezolvarea problemei accesului inadecvat și inechitabil la asistența medico-sanitară, considerată rezultat al insuficienței de medici, au fost deschise noi facultăți de medicină și lărgite cele deja existente. Se considera că majorarea numărului de medici va majora competiția și va micșora veniturile doctorilor. Dar veniturile medicale continuau să sporească, iar problema accesului la asistență rămânea nerezolvată. Odată cu concentrarea eforturilor asupra economiei sanitare, promovării sănătății și prevenției bolilor s-a demonstrat că excesul de personal medical nu contribuie la îmbunătățirea sănătății populației și că în unele țări acest exces a devenit deja o povară. Atât în sistemele sanitare bazate pe plată pentru serviciu, cât și în cele în care doctorii sunt remunerați prin salarii, majorarea numărului de doctori generează o creștere imediată a cheltuielilor sanitare. Forțele de piață – cererea și oferta nu se adaptează perfect la asistența medico-sanitară, deoarece cererea consumatorului este în mare parte determinată de deciziile furnizorului (vizite repetate, investigații sau spitalizare). Plățile pentru servicii pot fi fixate arbitrar sau în cadrul negocierilor printr-un mecanism de asigurare publică, furnizorul de serviciu este remunerat ca o a treia parte, iar consumatorul este mai puțin informat ca furnizorul.

Fiecare țară decide singură câți și ce fel de resurse de profesioniști medico-sanitari să pregătească pentru a satisface necesitățile interne, care sunt în funcție de tipul și modul de gestionare al sistemelor sanitare. În provincia Alberta din Canada în anii 1970 cheltuielile sanitare și numărul de medici la

populație erau relativ stabile. În anii 1980 această provincie a suferit de pe urma unui declin economic, sporul natural al populației fiind egal cu zero, dar numărul de medici și servicii medicale s-a majorat cu 20%. Pentru menținerea venitului medicilor în condițiile reducerii numărului de clienți au fost majorate prețurile și volumul serviciilor la cap de locuitor. Ca rezultat cheltuielile sanitare totale s-au majorat brusc. În multe țări în anii 1980 au fost revizuite strategiile politice cu reducerea numărului și dimensiunilor facultăților medicale.

Asigurarea în exces cu medici poate deveni o problemă serioasă a sistemului sanitar, favorizând orientarea medicală curativă a sistemului și neglijarea altor servicii ca spre exemplu a celor de sănătate publică, asistență primară și de suport al grupurilor vulnerabile ale societății. Orientarea medico-curativă a sistemului favorizează alocarea disproporțională a resurselor cu finanțarea excesivă a serviciilor costisitoare de asistență terțiară și a spitalelor centrale, lăsând fără surse asistența primară și rurală. Această situație este caracteristică, în special pentru țările în curs de dezvoltare (Bangladesh, India, Pakistan, Mexic, Columbia și alte țări din America Latină). În unele țări în curs de dezvoltare problemele sanitare sunt determinate de incapacitatea bugetului sanitar de a angaja un număr suficient de medici. Șomajul printre tinerii medici este o problemă majoră în aceste țări.

În prezent în lume se menține insuficiența în asistente medicale, în special în țările în curs de dezvoltare unde această profesie este de un prestigiu scăzut. Pe de altă parte medicina este o profesie populară atât din punct de vedere profesional, cât și al poziției sociale. Discrepanțele interregionale în asigurarea cu asistente medicale rămân majore: în America – 56 de asistente medicale la 10.000 de populație, în Asia de Sud-Est – 3,3 la 10.000.

Atingerea scopului „Sănătate pentru Toți” prin intermediul promovării asistenței medico-sanitare primare necesită crearea unor servicii eficiente și coordonate de diverse tipuri în cadrul sistemului național de sănătate. Strategia politică poate influența semnificativ gradul de pregătire, componența și

structura organizatorică a serviciilor medico-sanitare. Cheltuielile sanitare naționale depind de nivelul politic de prioritate al sănătății în comparație cu alte domenii. O politică sanitară națională puternică poate fi promovată chiar și într-o țară săracă, dar cu programe sanitare bine definite. Politica sanitară comunitară și rurală din China în anii 1950 era bazată pe mai multe elemente: implementarea programului de instruire de 3 ani a doctorilor de familie rurali, perfecționarea doctorilor sătești în asistenți de medici, stimularea și încurajarea lucrului la periferia țării. Acest program s-a dovedit a fi eficient în majorarea standardelor sanitare în China, acestea atingând un nivel care depășea cu mult cel așteptat. După schimbările economice din China din anii 1980-1990 acest sistem trece printr-o perioadă de reforme cardinale (Capitolul 13).

## PLANIFICAREA RESURSELOR UMANE

Infrastructura sanitară a unei țări include resursele disponibile și organizarea lor. Resursele umane sunt de importanță esențială în orice sistem sanitar. Asigurarea cu personal și instituții medicale, sprijinul economic al sistemului, managementul și strategia politică, metodele de remunerare a furnizorilor și organizarea serviciilor – toate acestea sunt părți componente importante ale planificării sanitare.

Resursele disponibile ale unui sistem sanitar includ instituțiile, forța de muncă și resursele financiare sanitare. Structura organizatorică și financiară a sistemului sanitar determină modul în care aceste resurse sunt alocate și utilizate în sectorul public sau cel privat de asistență medico-sanitară. Atât structura, cât și metodele de remunerare influențează modul de furnizare al serviciilor. Sistemul sanitar necesită un suport economic din partea statului suficient pentru a asigura învățământul de bază și perfecționarea continuă de

calitate a resurselor umane, precum și managementul resurselor umane și utilizarea lor optimală.

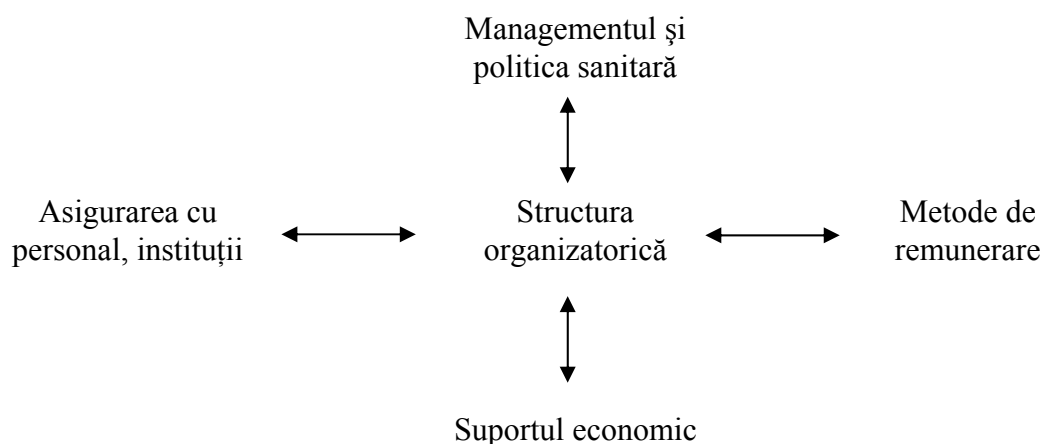
Reglarea forțelor de muncă sanitare include licențierea personalului medical și supravegherea disciplinei medico-sanitare, funcții importante ale statului. Măsurile de control sau limitare a numărului de medici practicieni, de rând cu stimularea eficienței asistenței medico-sanitare sunt elemente importante ale raționalizării sistemelor de asistență medico-sanitară.

Pentru determinarea necesităților în resurse umane este de o importanță fundamentală cunoașterea situației curente în asigurarea cu personal medical. Pentru aceasta sunt create sisteme informaționale speciale care se bazează pe înregistrarea periodică sau recensământul persoanelor care practică medicina. Medicii practicieni se pot pensiona, muta, pot deceda, emigra sau abandona profesia și toate aceste modificări trebuie înregistrate activ. Un tablou amplu și actualizat al resurselor umane oferă o informație veridică complexă referitor la specialități, distribuția geografică, vârsta, sexul furnizorilor și activitățile medico-sanitare curente. Comparațiile internaționale ale forțelor profesionale de muncă permit aprecierea structurii naționale a resurselor umane în contextul altor țări cu standarde socio-economice și sanitare similare. Resursele umane trebuie adaptate la scopurile și resursele țării. În cazul asigurării insuficiente sau inadecvate cu personal medical pentru satisfacerea necesităților sanitare și realizarea obiectivelor trasate, pot fi necesare abordări alternative celor tradiționale.

Aprecierea asigurării curente cu forță de muncă și determinarea necesităților din viitor sunt scopuri specifice ale agențiilor statale ocupate în domeniul planificării socio-economice. Aceste evaluări pot fi efectuate de o agenție, comisie, un consiliu sau comitet de planificare, împuternicit de autoritățile naționale sau statale, care colaborează cu autoritățile responsabile de învățământ și exercită funcția de planificare sanitară. Centrele academice dețin un rol important nu numai în instruirea specialiștilor, dar și în implementarea

politicilor naționale în domeniul resurselor umane, participând activ la procesul de elaborare a strategiilor politice.

*Anexa 14.1. Resursele umane și infrastructura sistemului sanitar.*



Sursa: *Reviewing Health Manpower Development*, WHO, 1987.

### **Cererea și oferta**

Una din formele răspândite de planificare cantitativă a resurselor umane este conceptul forțelor economiei de piață bazat pe necesitățile instituției academice și cererea în specialiști. Cererea în astfel de specialiști cum sunt medicii poate fi înaltă și este în interesul instituțiilor academice de a pregăti cât mai mulți studenți. Dacă acest domeniu rămâne necontrolat, aceste instituții pot să nu țină cont de necesitățile țării în personal medical, producând un surplus de medici.

În anii 1950 și 1960 specialiștii în planificare din multe țări considerau că asigurarea accesului universal la asistența medico-sanitară va rezolva majoritatea problemelor sanitare și că pentru realizarea acestui obiectiv este necesară pregătirea unui număr mai mare doctori. Se presupunea că pregătirea și îndreptarea medicilor în regiunile periferice nedeservite medical va stabili un echilibru între cererea și oferta de cadre medicale. Totodată majorarea numărului de absolvenți ai instituțiilor medicale este costisitoare pentru societate și rezultă într-o creștere a numărului de doctori în special în centrele



urbane, ceea ce duce la sporirea utilizării și specializarea extrem de îngustă a asistenței medicale.

Se presupunea că majorarea numărului de medici va majora accesul la asistența medico-sanitară și va favoriza specializarea doctorilor în domenii mai puțin populare ale medicinei cum ar fi asistența primară. În anii 1980 în țările cu economii de piață acest concept a devenit mai puțin popular, deoarece contribuia semnificativ la majorarea costurilor sanitare și nu satisfăcea necesitățile sanitare în regiunile nedeservite sau în specialitățile deficitare. Imigrarea și emigrarea personalului medical sau abandonarea practicii medicale sunt factori care de asemenea influențează asigurarea și distribuirea personalului medical. În anii 1980, în rezultatul specializării înguste în diferite domenii ale medicinei costurile asistenței medico-sanitare au crescut brusc, devenind tot mai răspândită opinia că satisfacerea necesităților sanitare depinde mai mult de prevenție, decât de asigurarea cu medici a sistemului sanitar. Aceasta a dus la reducerea numărului de studenți admiși în instituțiile de învățământ medical, a numărului de personal didactic și la micșorarea numărului de doctori imigranți.

Înființarea și gestionarea facultăților medicale este un proces costisitor, dificil și inoportun în cazul în care acestea contribuie la creșterea cheltuielilor sanitare prin producerea unui număr excesiv de medici. Oportunitatea fondării noilor facultăți și menținerii la nivelul curent a celor existente necesită o evaluare minuțioasă din punct de vedere al efectelor pe care acestea îl au sau îl vor avea asupra sistemului sanitar. Atât în condițiile unui management centralizat, cât și în condițiile de piață asigurarea excesivă cu forțe de muncă este o forță motrică care poate majora considerabil cheltuielile pentru asistența medico-sanitară. Necesitatea stăpânirii costurilor asistenței medico-sanitare a pus în discuție oportunitatea majorării nelimitate a numărului de medici și servicii medicale gratuite sau asigurate. Chiar și în condițiile unei economii dezvoltate de piață cum este cea din Statele Unite sunt utilizate mecanisme de finanțare și reglare statală pentru reducerea numărului de posturi didactice în

specialitățile populare ale medicinei în favoarea stimulării și dezvoltării asistenței primare.

În Tabelul 14.1 sunt prezentate tendințele în învățământul medical din Statele Unite în anii 1950-1996, precum și tendințele proiectate pentru anul 2000. Numărul de absolvenți ai instituțiilor medicale s-a majorat semnificativ între anii 1950 și 1980. În anii 1990 acest ritm de creștere s-a redus considerabil. Numărul de personal medical la populație în anii 1950-1980 s-a majorat cu o treime, în anii 1980-1990 continuând să crească din contul totalității de absolvenți medicali acumulați pe parcursul a 30 de ani și a doctorilor imigranți. În prezent se observă o tendință de micșorare a numărului de absolvenți ai instituțiilor medicale.

TABELUL 14.1. Facultățile de medicină, absolvenți, numărul de doctori, Statele Unite, 1950-1996, pronosticul pentru anul 2000.

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
Facultăți medicale	85	92	110	140	141	142	-
Absolvenți (mii) <sup>a</sup>	5,9	7,5	8,8	16,2	16,9	17,9	18,0
Doctori/10000 populație	14,1	14,0	15,5	19,6	23,2	24,7	26,8

Sursa: *Health United States*, 1996-1997, 1998.

<sup>a</sup> Inklusiv toți absolvenții și doctorii în funcție.

Conceptul normativ este bazat pe standarde și norme stabilite într-un mod sistematic sau arbitrar. Standardele pot deriva din criterii empirice ale numărului necesar de doctori, asistente medicale și personal medical auxiliar. Acest concept poate fi extrem de rigid la modificările apărute în tehnologia medicală și prevalența bolilor. Standardele pot fi de asemenea adoptate reieșind din ratele determinate în alte țări sau din „standardul de aur” din aceeași țară.

În procesul de planificare a resurselor umane trebuie stabilite scopuri clare pentru menținerea sau majorarea cu un procent anumit a numărului de personal la populație, spre exemplu cu 5% sau 10% într-o perioadă anumită de timp. Astfel într-o țară cu 50 de asistente medicale la 100.000 de populație poate fi planificată majorarea numărului acestora până la 55 la 100.000 pe parcursul a 5 ani. Acest concept are un potențial mai mic de suprasaturație cu personal medical, dar poate menține în funcție un număr mare de personal medical în pofida modificărilor epidemiologice sau creșterii eficienței serviciilor. Spre

exemplu, în cazul reducerii morbidității prin tuberculoză, sunt necesari mai puțini specialiști ftiziatri, dar odată cu recurența bolii necesitatea în perfecționarea și pregătirea acestor specialiști crește. În prezent pretutindeni este revizuită atitudinea față de asistența spitalicească, în cadrul procesului de restructurare a serviciilor fiind redus numărul de paturi spitalicești. Acest fapt impune necesitatea reprofilării personalului medical de la asistența instituțională la cea comunitară.

*Anexa 14.2. Aspecte ale planificării asigurării cu personal medical.*

- 1. Modificările demografice curente sau proiectate, spre exemplu sporul natural sau îmbătrânirea populației.*
- 2. Asigurarea curentă și proiectată cu medici și distribuția lor geografică și pe specialități.*
- 3. Inovațiile tehnologice care cer noi profesii.*
- 4. Imigrarea și emigrarea personalului medical.*
- 5. Costurile/beneficiile majorării ratei medici/populație în comparație cu cele ale măsurilor de prevenție și promovare a sănătății.*
- 6. Schimbarea structurii epidemiologice, cum ar fi, spre exemplu, reducerea necesităților în servicii stomatologice prin fluorizarea apei comunitare sau creșterea prevalenței bolilor cronice odată cu îmbătrânirea populației.*
- 7. Reducerea asistenței instituționale și dezvoltarea asistenței ambulatorii și preventive.*
- 8. Reorientarea sistemului de învățământ de la pregătirea profesioniștilor cu specializare îngustă la instruirea personalului medical necesar serviciilor sanitare specifice, spre exemplu, majorarea numărului de opticieni, psihologi, asistenți sociali, moașe, asistente stomatologice, asistente medicale și asistenți sanitari comunitari.*

În multe țări absolvenții instituțiilor medicale sunt impuși să lucreze un an sau mai mulți la periferia țării în localitățile rurale. În aceste circumstanțe absolvenții tineri înțeleg mai bine realitatea condițiilor medico-sanitare de la periferie și importanța asistenței primare. Totodată această practică îi lasă pe tinerii medici fără suportul și sfaturile colegilor mai experimentați în localități izolate, unde acești absolvenți nu doresc să rămână după sfârșitul perioadei obligatorii de serviciu. Impunerea tinerilor medici de a lucra în regiunile rurale

reprezintă o soluție provizorie, frustrând dorința medicilor și asistentelor medicale de a locui în centre urbane dezvoltate și de a lucra în instituții clinice.

Parțial datorită eforturilor de stăpânire a costurilor și de îmbunătățire a accesului la asistența medico-sanitară pentru grupurile populaționale de risc, pregătirea personalului medical de nivel mediu devine tot mai larg acceptată ca parte componentă importantă a procesului de planificare a resurselor umane. Planificarea resurselor umane trebuie să ia în considerație multitudinea de discipline necesare pentru asistența clinică și sanitară publică, precum și schimbările în structura necesităților sanitare, a celor tehnologice și împărțirea responsabilităților sanitare între numeroși profesioniști medicali.

Modul de organizare al serviciilor de asistență medico-sanitară influențează semnificativ numărul necesar de personal medical. Practica privată independentă și de alegere liberă a medicului sau specialistului promovează o utilizare rațională a asistenței cu crearea listelor de așteptare, majorarea rapidă a costurilor și micșorarea numărului de personal medical. În sistemele sanitare centralizate cum era cel sovietic existau norme exagerate de personal-la-populație, precum și avea loc o utilizare inefficientă a serviciilor.

De rând cu planificarea cantitativă sunt necesare și metode de planificare calitativă a serviciilor medico-sanitare. Calitatea programelor didactice de studii medii și superioare, acreditarea instituțiilor, procedurile de licențiere și măsurile de control continuu a calității sunt elemente importante ale procesului de asigurare a calității unui sistem național de sănătate.

## ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL DE BAZĂ

Procesul de instruire a medicilor și perfecționare a specialiștilor este, în principiu, o responsabilitate a statului. Statul deține responsabilitatea pentru asigurarea unui număr suficient de profesioniști bine instruiți în domeniul

acordării serviciilor medico-sanitare. Această funcție este exercitată atât de autoritățile sanitare, cât și de cele de educație care sprijină financiar și elaborează standarde pentru universitățile sau facultățile medicale. Suportul financiar și acreditarea instituțiilor de învățământ medical asigură implementarea politicii naționale și statale referitor la cantitatea și calitatea programelor de educație. Departamentele naționale sau provinciale de educație stabilesc regulamente și standarde de finanțare a instituțiilor prin intermediul granturilor universitare. Aceste standarde și regulamente pot ține de curriculum, facultate, științele fundamentale și instruirea clinică. În baza acestora este aprobată finanțarea sau este efectuată acreditarea instituției de către structuri nonguvernamentale organizate de către însăși facultățile medicale (vezi Capitolul 15).

Tradiția universităților cu mai multe facultăți este larg răspândită în țările industrializate și fostele colonii ale lor, astăzi state independente. Instruirea medicală are loc într-o atmosferă academică de cercetare științifică continuă conform standardelor în vigoare. Această tradiție de asociere a cercetării științifice cu învățământul este extrem de importantă în promovarea standardelor înalte de instruire. Atmosfera de cercetare științifică menținută de expertizele colegiale majorează aspirațiile instituției și facultăților sale și favorizează stabilirea unor standarde înalte de instruire a studenților. Gradul universitar conferă profesiei alese un prestigiu deosebit și încurajează aspirațiile profesioniștilor de obținere a unui grad de excelență și recunoaștere din partea colegilor, precum și determină criteriile înalte academice de selectare a studenților, curriculum-ul universitar și standardele facultății. Acest tip de organizare a procesului de învățământ este caracteristic pentru facultățile de medicină și tot mai mult implementat în colegiile medicale și alte instituții de studii medicale medii. Totodată gradul universitar nu este absolut necesar pentru toate specialitățile medicale. Colegiile medicale comunitare pot asigura mai oportun instruirea unor furnizori de asistență medico-sanitară.

În secolul XIX învățământul medical în Statele Unite era oferit de facultățile private, comerciale de medicină cu o dotare insuficientă cu resurse, personal și standarde joase. Fundația Carnegie care a sponsorizat un studiu condus de Abraham Flexner al nivelului de instruire al medicilor din Statele Unite și Canada a raportat în anul 1910 un nivel minim de cunoștințe primite în aceste facultăți private. Acest raport a determinat necesitatea deschiderii facultăților de medicină în cadrul universităților fapt realizat pe modelul Universității Johns Hopkins, care era bazată pe școala germană de medicină științific orientată și experiența școlii britanice de facultăți medicale în baza spitalelor clinice. Majoritatea facultăților medicale private (450) din Statele Unite s-au închis într-un timp scurt după acest raport și au fost înlocuite de 126 de facultăți medicale universitare în care erau promovate standarde înalte de instruire și cercetare științifică. Din anii 1950 facultățile medicale au început a fi stimulate prin donații private și granturi federale majore destinate pentru învățământ și cercetări științifice, oferite de Institutele Naționale de Sănătate (NIH) și agențiile nonguvernamentale.

Facultățile medicale reprezintă resurse ale comunității precum și centre academice de excelență. Scopul lor constă în furnizarea cunoștințelor corespunzătoare într-o atmosferă academică în care învățământul, cercetările științifice și serviciile interacționează reciproc producând absolvenți medicali competenți și abili de a satisface necesitățile sanitare ale populației. Pentru realizarea acestui scop este necesar un echilibru între perspectivele biomedicale, psihologice, populaționale și sociologice ale asistenței medico-sanitare. Metodele de instruire trebuie modelate în așa mod ca să asigure promovarea obiectivelor programului de studii. În multe facultăți medicale este răspândită practica de predare prin lecții citite la un număr mare de studenți, experiența și deprinderile clinice fiind neglijate. Această abordare a procesului de studii compromite posibilitatea studentului de a dezvolta deprinderi de rezolvare clinică a problemelor sanitare ale pacientului. Ea promovează o abordare didactică a medicinei și minimizează posibilitatea studentului de a

lucra în echipe multidisciplinare sau de a percepe asistența medico-sanitară ca activitate rezultată din eforturi comune ale specialiștilor din cadrul unui serviciu medical complex. Lucrul în comun al studenților de la diferite facultăți promovează spiritul de echipă și ajută studentul medic să înțeleagă rolul echipei de profesioniști sanitari în sistemul de asistență medico-sanitară.

*Anexa 14.3. Raportul lui Flexner, 1910.*

*„În timp de douăzeci și cinci de ani a avut loc o supraproducție enormă de medici practicieni cu o instruire insuficientă, absolut indiferenți față de interesele publice. În Statele Unite, spre exemplu, proporția de medici la populație este de patru sau cinci ori mai mare decât în așa țări ca Germania. Supraproducția se datorează numărului extrem de mare de școli private. Colegiile și universitățile nu au reușit să aprecieze la timp avantajele majore ale învățământului medical și costul major al instruirii medicale moderne. Spitalul clinic este tot atât de necesar facultății de medicină ca și laboratoarele de chimie sau anatomie patologică. Din acest motiv trusturile de spitale, publice sau private, trebuie să depună eforturi maxime pentru a deschide în spitale secții clinice. În viitor probabil va fi nevoie de mult mai puține facultăți de medicină dar cele rămase vor fi echipate și gestionate mai bine. Necesitățile publice vor fi satisfăcute de mai puțini medici care cu fiecare promoție vor deveni mai învățați și mai instruiți.”*

Sursa: Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. Reprint, New York: Arno Press and the New York Times, 1972.

Scopul instruirii medicale constă în asigurarea cu cadre profesionale calificate pentru furnizarea asistenței medico-sanitare și menținerea calității înalte a acesteia. Pentru realizarea acestor obiective sunt necesare standarde înalte de selectare a candidaților. Facultățile medicale din Statele Unite sunt instituții de studii superioare care admit doar candidații cu diplomă universitară. În alte țări cum ar fi Canada și Marea Britanie, învățământul medical include 2 ani de pregătire paramedicală urmați de 4 ani de facultate medicală. Programul de studii medicale necesită a fi dezvoltat permanent și revizuit regulat, precum și cadre didactice înalt calificate, acces liber la biblioteci, baze clinice și examinări în timpul și la sfârșitul duratei de studii. Caracterul, conținutul și calitatea studiilor universitare este un factor cheie care determină deprinderile

practice pe viață ale furnizorilor de asistență, dar nu mai puțin importantă este și perioada de specializare și perfecționare permanentă pe întreg parcursul vieții profesionale.

În majoritatea țărilor industrializate în anii 1980 și 1990 s-a majorat mult înrolarea femeilor și a grupurilor minoritare în medicină, această tendință fiind parte componentă a politicii sociale promovate. Chiar dacă din motive sociale și politice facultățile medicale sunt accesibile pentru toți membrii populației, standardele academice înalte de admitere nu permit scăderea calității serviciilor oferite pacientului sau populației întregi. Școlile medicale private reprezintă afaceri extrem de profitabile în unele țări în curs de dezvoltare. În cazul în care acestea nu sunt reglate și controlate acest fapt poate duce la supraproducția medicilor inadecvat instruiți, astfel fiind compromise eforturile naționale de promovare a învățământului calitativ în universitățile publice.

În țările unde procesul de studii nu are loc într-o limbă de utilizare internațională comunitatea medicală poate fi limitată în accesul la manualele și revistele științifice moderne. În majoritatea țărilor arabe instruirea se face în limba engleză. Multe facultăți europene cer cunoașterea acestei limbi ca a doua limbă de comunicare. Cunoașterea insuficientă a limbii engleze face imposibilă accesarea datelor literaturii mondiale în domeniu, participarea la conferințele internaționale și la progresul științific.

Reforma programului de învățământ (curriculum) ca și în timpurile Raportului lui Flexner este un proces continuu scopul final al căruia constă în satisfacerea necesităților sanitare ale populației în conformitate cu standardele internaționale. În curriculum o atenție deosebită trebuie atrasă asupra științelor fundamentale, experienței clinice și asistenței pacientului, asistenței spitalicești și comunitare, precum și cercetărilor științifice. Pentru menținerea standardelor înalte de studii este absolut necesară asigurarea accesului liber la biblioteci dotate cu literatură internațională curentă, manuale, computere conectate la Internet și serviciile poștei electronice.



Reforma învățământului medical este focusată asupra producerii medicilor practicieni pentru secolul XXI, care să fie capabili să satisfacă necesitățile atât în asistență primară, cât și în cea medicală specializată. În ultimii ani a crescut îngrijorarea publicului referitor la faptul că în învățământul medical din Statele Unite o prea mare atenție se acordă științei și specializării în detrimentul asistenței primare. În procesul de studii toți studenții medici trebuie mai devreme decât în trecut să vină în contact cu pacientul în diferite instituții medicale cum ar fi spitalele clinice, clinicele ambulatorii, clinicele comunitare precum și în cadrul programelor de sănătate publică. Ei de asemenea trebuie familiarizați cu resursele comunitare pentru asistența persoanelor cu infirmități, handicap și necesități speciale. Procesul de studii trebuie să includă componente multidisciplinare care să familiarizeze studentul cu elementele profesionale ale altor discipline cum ar fi sănătatea publică, economia sanitară și științele sociale.

La două conferințe mari internaționale referitor la învățământul medical din anii 1988 și 1993 s-a încercat definirea unei noi direcții de instruire a medicilor, a celei de promovare a sănătății, de rând cu direcțiile terapeutică și preventivă (Tabelul 14.2). Aceste conferințe sponsorizate de WHO, UNICEF, UNESCO, UNDP și Banca Mondială<sup>1</sup> au constituit foruri internaționale la care a fost reevaluat învățământul medical al secolului XXI în contextul schimbărilor apărute în tehnologia medicală și sanitară publică, organizarea asistenței medico-sanitare și necesitățile sanitare ale populației. Modificarea învățământului medical este un proces dificil deoarece există o mulțime de concepte competitive referitor la întrebarea ce trebuie să știe studentul și asupra cărui domeniu să-și concentreze eforturile.

---

<sup>1</sup> UNESCO – Organizația Națiunilor Unite pe Problemele Învățământului, Științei și Culturii.  
UNDP - Programul de Dezvoltare al Națiunilor Unite.  
UNICEF - Fondul Națiunilor Unite pentru Copii.  
Banca Mondială – Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.

Învățământul medical este costisitor și necesită investiții publice. Comisiile universitare de oferire a granturilor sunt organisme semiautonomie finanțate de stat și departamentele de educație. Ele utilizează împuternicirile financiare și reglatorii pentru stabilirea criteriilor de acreditare a facultăților de medicină. Aceasta constituie un exemplu de delegare a împuternicirilor și responsabilităților statale. Procesul de reglare prin intermediul acreditării este fortificat și de organizațiile naționale care promovează standardele naționale ale învățământului medical.

TABELUL 14.2. Aspecte ale învățământului medical, anii 1990 – Declarația de la Edinburgh (1988) și Întrunirea Mondială de Vârf referitor la Problemele Învățământului Medical, 1993.

1. Efectuat în instituții de învățământ relevante – spitale, comunitate, la locul de muncă, la domiciliu.	13. Studenții trebuie implicați în planificarea și evaluarea învățământului medical.
2. Programul de studii bazat pe necesitățile sanitare naționale.	14. Pregătirea specialiștilor competenți în mai multe științe.
3. Accentul pe prevenție și promovarea sănătății.	15. Respectarea bazelor morale și etice ale practicii medicale.
4. Perfecționarea continuă pe parcursul vieții.	16. Opțiuni ale curriculum-ului pentru însușirea fluxului abundent de informații.
5. Competența bazată pe cunoștințe.	17. Învățământul postuniversitar în dependență de necesitățile comunitare.
6. Profesorii instruiți ca educatori.	18. Echipe sanitare și de pregătire multiprofesională.
7. Integrarea științei și practicii clinice.	19. Participarea comunității la învățământul medical.
8. Selectarea candidaților după gradul de responsabilitate socială, capacitățile intelectuale.	20. Învățământul populațional orientat – acordarea asistenței pacienților individuali în contextul necesităților populației definite.
9. Coordonarea învățământului medical cu serviciile de asistență medico-sanitară.	
10. Pregătirea echilibrată a doctorilor de diferite specialități.	
11. Instruirea multiprofesională.	
12. Asigurarea continuității învățământului medical.	

Sursa: World Federation for Medical Education. World Summit on Medical Education: The Changing Medical Profession, Edinburgh, August, 1993.

## STUDIILE POSTUNIVERSITARE

Învățământul universitar furnizează cunoștințele fundamentale, dar nu este suficient pentru pregătirea completă a medicului practician. Studiile după

absolvirea facultății sunt de o importanță crucială pentru asigurarea calității serviciilor medico-sanitare. Cerințele specifice față de studiile postuniversitare sunt stabilite și reglate de autoritățile statale sau naționale ori de organizațiile profesionale (colegii sau asociații) împuternicite cu dreptul legal de a licenția medicii. Acest proces de reglare include desemnarea instituțiilor acreditate pentru instruirea, perfecționarea medicilor și efectuarea cercetărilor științifice, care au un program de studii, experiență clinică, o durată definită de învățământ și organizează examinări la diferite etape de pregătire postuniversitară. Pentru asigurarea calității studiilor și a libertății deplasării medicilor sunt necesare standarde naționale. Totodată acestea dezavantajează regiunile rurale favorizând „refluxul minților” sau plecarea profesioniștilor din localitățile rurale în cele urbane, din țările mai sărace în cele mai prospere. Dreptul individului practician de a-și alege locul și tipul practicii este limitat prin intermediul reglării posturilor vacante în centrele de învățământ sau în instituțiile practice.

*Anexa 14.4. Standardele învățământului medical postuniversitar.*

- 1. Reglarea efectuată de către consiliul național în componența căruia intră reprezentanți ai organizațiilor profesionale, statale și publice.*
- 2. Durata studiilor postuniversitare de 4-6 ani, în dependență de specialitate.*
- 3. Supravegherea independentă a experienței clinice.*
- 4. Acreditarea centrelor de studii postuniversitare în baza criteriilor academice și profesionale de către o organizație de licențiere.*
- 5. O perioadă de cercetare științifică supravegheată în domeniul unei științe fundamentale sau a epidemiologiei.*
- 6. Familiarizarea cu literatura internațională relevantă.*
- 7. Rotația prin diferite centre medicale ca parte componentă a procesului de studii.*
- 8. Demonstrarea unui nivel înalt de abilități clinice, responsabilități, cunoștințe, relații umane și standarde etice.*
- 9. Examinări la mijloc de termen al procesului de studii inclusiv examinări scrise în conformitate cu standardele internaționale.*
- 10. Examinări la sfârșitul perioadei de studii, examinări clinice și scrise în conformitate cu standardele internaționale.*
- 11. Examinările și certificarea efectuată de consilii statale sau colegii profesionale.*
- 12. Recertificarea periodică a medicilor.*

În Statele Unite Consiliul pe Problemele Absolvenților Instituțiilor Medicale în 1992 a recomandat limitarea numărului de posturi de studii postuniversitare la 110% din numărul de absolvenți din SUA, fiind instruiți și absolvenți străini unii din care se reîntorc în țările lor. Consiliul a mai pus condiția ca 50% din acești medici după finisarea studiilor postuniversitare să lucreze în practica generală. Aceste recomandări au fost susținute de către așa organizații ca Asociația Colegiilor Medicale Americane și Asociația Medicală Americană. Acest fapt a reflectat consensul general în Statele Unite referitor la problema surplusului de medici, o parte prea mare din care devin specialiști, asistența primară rămânând asigurată insuficient.

Licențierea specialiștilor medicali reprezintă o responsabilitate a statului, dar în unele țări această împuternicire este delegată asociațiilor profesionale. În Statele Unite învățământul medical postuniversitar este sub controlul statului și consiliilor naționale, în componența cărora intră persoane oficiale numite de stat, precum și reprezentanți ai publicului și asociațiilor profesionale. În Canada împuternicirea de a licenția medicina este delegată asociațiilor medicale, pe când examinarea postuniversitară și certificarea este în competența organizației profesionale - Colegiul Regal Canadian al Medicilor și Chirurgilor. În Marea Britanie licențierea medicilor este efectuată de o organizație statală – Consiliul General Medical, iar atestarea specialiștilor este efectuată de mai multe Colegii Regale.

Standardele instruirii profesionale trebuie să reflecte atât punctele de vedere ale comunității medicale, cât și ale publicului general. Interesele publicului sunt mai bine protejate printr-un sistem combinat de supraveghere statală și profesională a învățământului medical, care include măsuri reglatorii și disciplinare necesare pentru menținerea standardelor profesionale și etice.

În țările fostei URSS specializarea este efectuată în cadrul studiilor universitare de bază (medicină internă, chirurgie, pediatrie sau sanitaro-epidemiologie). În aceste țări nu există echivalente ale consiliilor naționale de

control al studiilor postuniversitare și lipsesc standardele de instruire a specialiștilor. Lipsa acestor standarde compromite grav calitatea generală a asistenței medico-sanitare.

Specialistul-practicant necesită un timp anumit de supraveghere și o experiență pentru maturizarea lui ca profesionist. Experiența clinică supravegheată, cercetările științifice, publicațiile în revistele de specialitate și expertiza colegială continuă sunt elemente de esență pentru pregătirea unui specialist motivat și capabil să țină pasul cu standardele în creștere ale medicinei moderne. Timpul de specializare clinică variază de la o țară la alta. În Statele Unite acesta este de 3-4 ani în dependență de specialitate cu o examinare la finele acestei perioade de către membrii Consiliului American al Specialităților Medicale (ABMS).

## SPECIALIZAREA ȘI PRACTICA DE FAMILIE

Calitatea asistenței medicale depinde de accesul la asistența medicală primară și îndreptarea la asistența specializată. Majoritatea sistemelor sanitare utilizează medicul generalist în calitate de „filtru” de pacienți pentru îndreptarea acestora în serviciile de referință. Sistemele în care nu este limitat accesul la asistența specializată se confruntă cu dificultăți în menținerea asistenței primare și favorizează specializarea îngustă a medicilor (Tabelul 14.3).

TABELUL 14.3. Asigurarea cu medici specialiști și medici generalști la 100.000 de populație, Statele Unite, 1965-1995.

Medici	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Specialiști	56	65	79	94	106	113	130
Generalști	59	50	51	55	6	63	68

Sursa: Council on Graduate Medical Education. Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas, February 1998.

Distribuirea neuniformă a medicilor practicieni este o problemă răspândită, localitățile rurale și cele urbane sărace frecvent rămânând fără acces la asistența medico-sanitară primară. Medicii specialiști doresc încă mai puțin decât cei generaliști să trăiască în regiuni rurale. În 1995 în centrele urbane majore ale Statelor Unite existau 304 medici la 100.000 de populație, în centrele urbane mici – 235 la 100.000 și în regiunile rurale între 53 și 168 de medici la 100.000 de populație. Distribuția neuniformă a specialităților reprezintă o altă problemă a planificării resurselor medicale. Practica de limitare a posturilor didactice este în prezent răspândită în Statele Unite și alte țări. Funcția statului de reglare în acest domeniu constă în impunerea centrelor medicale clinice de a pregăti medici de asistență primară.

Sistemele naționale de sănătate confruntându-se cu aceste probleme introduc reguli și stimulări financiare pentru a atrage medicii în localitățile rurale prost deservite ale țării. În Marea Britanie ca și în majoritatea țărilor Europene, Serviciul Național de Sănătate utilizează medicul generalist ca furnizor principal de asistență medico-sanitară primară acordată tuturor beneficiarilor, accesul la specialiști fiind posibil doar prin intermediul GP. Programele de asistență controlată în Statele Unite de asemenea cer de la beneficiari să se adreseze inițial la medicii primari. Schimbarea condițiilor economice de asistență medico-sanitară va putea modifica structura specializării medicale, totodată aplanarea inechităților urban-rural va prezenta dificultăți. În prezent o mulțime de împuterniciri și funcții ale asistenței primare sunt tot mai mult delegate asistentelor medicale și noilor profesii medicale.

## STUDIILE ÎN MEDICINA PREVENTIVĂ

În Statele Unite medicina preventivă este recunoscută ca specialitate clinică. Fiind promovată din anii 1970 această specialitate a reușit să îmbine cu succes sănătatea publică și medicina clinică. Medicină preventivă este una din cele 24 de specialități clinice acreditate în Statele Unite, medicii fiind licențiați în câteva subspecialități: Medicina Preventivă Generală și Sănătatea Publică, Medicina Profesională și Medicina Spațială. Aceste programe sunt părți componente ale curriculum-ului postuniversitar al Asociației Medicale Americane și Consiliului American de Medicină Preventivă. Peste 23 de programe postuniversitare oferă posibilitatea efectuării magistraturii și doctoratului în departamentele comunitare sau de medicină preventivă din cadrul facultăților de medicină.

Medicina preventivă este un domeniu specializat al practicii medicale în componența căruia intră mai multe discipline, care se ocupă de menținerea și promovarea sănătății și prevenția bolilor, disabilităților și deceselor premature în populații definite. Specializarea în medicină preventivă include studierea biostatisticii, epidemiologiei, administrării, planificării, organizării, managementului, finanțării și evaluării programelor sanitare, a sănătății mediului și profesionale, factorilor de risc sociali și comportamentali. Medicina preventivă se ocupă de aplicarea măsurilor preventive primare, secundare și terțiare în medicina clinică. Absolvenții specialiști în acest domeniu pot deveni planificatori sanitari, administratori, profesori de medicină preventivă, cercetători științifici și clinicieni care se ocupă de implementarea măsurilor preventive în instituțiile de asistență medico-sanitară. Acești specialiști pot lucra de asemenea în departamentele de sănătate publică locale, statale, naționale și internaționale, în instituții de învățământ, grupuri organizate de asistență medico-sanitară, în industrie, comunitate, agenții sanitare și alte organizații profesionale legate de domeniul sanitar. Curriculum-ul postuniversitar al specialității include un an de instruire și experiență în domeniul clinic și o practică sau un an de activitate supravegheată pe teren (spre exemplu, în medicina profesională la o întreprindere industrială).

Pregătirea în domeniul epidemiologiei clinice sau a serviciilor sanitare de asemenea oferă posibilități de creștere profesională pentru medicii care și-au ales ca specialitate sănătatea publică.

În țările fostei Uniuni Sovietice este practică o formă limitată de instruire a specialiștilor în sănătatea publică, aceasta fiind efectuată în cadrul studiilor universitare la facultăți speciale. Această practică nu pregătește specialiști înalt calificați în acest domeniu. Institutele de cercetări științifice în diferite domenii ale sănătății publice oferă posibilitatea obținerii titlurilor științifice (MD și Ph.D). Aceste instituții fiind independente și neafiliate la universități nu pot crea o atmosferă academică de studii și servicii. Analiza economică și politică necesară pentru formularea strategiei politicii sanitare și a priorităților suferă de pe urma acestor deficiențe. Recent în unele țări ale Europei de Est inclusiv Polonia și România au fost deschise facultăți de sănătate publică. În anul 1997 în Moscova pe lângă Academia de Științe Medicale de asemenea a fost deschisă facultatea de sănătate publică.

## INSTRUIREA ASISTENTELOR MEDICALE

Asistentele medicale constituie baza asistenței medico-sanitare comunitare și spitalicești. Locul asistentelor medicale în sistemul sanitar reflectă valorile culturale ale societății și are o influență majoră asupra sistemului de asistență medico-sanitară. Cu toate că medicina în general este o profesie prestigioasă în multe țări profesiunea de asistentă medicală este de o prioritate minoră, existând bariere culturale puternice care împiedică femeile să îmbrățișeze această ocupație. În Finlanda și Suedia există peste patru asistente medicale la un medic, pe când în țările în curs de dezvoltare cum ar fi India și Bangladeshul la fiecare medic revine doar una sau două asistente medicale. Aceasta reflectă



atitudinea preferențială în țările în curs de dezvoltare față de învățământul medical superior și neglijarea celui mediu. Această atitudine nepăsătoare față de asistentele medicale duce la insuficiența în cadre medicale de nivel mediu necesare pentru dezvoltarea și gestionarea serviciilor de asistență primară, accentul fiind pus pe serviciile costisitoare de asistență secundară și terțiară. Totodată lipsa asistentelor medicale înalt calificate compromise calitatea asistenței secundare și terțiare. În unele țări lipsa personalului medical de nivel mediu este principalul factor care târăgănează dezvoltarea serviciilor medico-sanitare.

Numărul de absolvenți ai școlilor medicale în Statele Unite în anii 1950-1996 s-a triplat (Tabelul 14.4). Promovarea învățământului medical mediu poate fi observată pe exemplul creșterii numărului de absolvenți ai școlilor medicale care au susținut bacalaureatul de la 13% în 1960 la 34% în 1996. Reducerea numărului de școli medicale în anii 1950 s-a datorat închiderii sau contopirii școlilor medicale private. În prezent majoritatea școlilor medicale nord americane sunt afiliate la universități sau colegii. Școlile medicale de pe lângă universități din Statele Unite oferă programe academice de bacalaureat, magistrat sau doctorat. Studiile prin magistratură sau doctorantură furnizează cadre didactice, cercetători științifici și manageri necesari unui sistem progresiv de asistență medico-sanitară.

Șirul de activități ce țin de responsabilitatea asistentei medicale s-a lărgit considerabil în ultimul timp, în el fiind incluse proceduri medicale care în trecut erau efectuate doar de medici. Asistentele medicale sunt instruite în domeniul diagnosticului și tratamentului, dar exercită aceste funcții sub supravegherea medicului. În unele țări în curs de dezvoltare, în special în localitățile rurale, asistentele medicale sunt împuternicite cu dreptul de a diagnostica și trata pacienții, precum și de a se ocupa cu iluminarea sanitară, prevenția primară și secundară.

Specializarea asistentei medicale poate fi de nivel de atestat sau magistrat. Specializarea la nivel de atestat ține de domeniile, în care rolul asistentei

medicale include deprinderi înalt profesionale importante pentru pacient, cum ar fi terapia intensivă sau asistența în stările urgente. Programele de magistrat în astfel de domenii cum ar fi pediatria, geriatria sau sănătatea adultului pregătesc asistente medicale de profil larg (practicieni independenți, cercetători sau cadre didactice).

Primul program de bacalaureat în domeniul învățământului medical mediu a fost inițiat în Universitatea din Minnesota în anul 1909, iar către anul 1962 existau deja 174 de programe de bacalaureat pentru asistentele medicale. Deciziile luate de majorare a standardelor învățământului medical mediu (asistente medicale și moașe) au fost determinate de necesitatea reducerii cheltuielilor sanitare și majorarea calității asistenței. Introducerea programelor de bacalaureat, magistrat și doctorat în procesul de pregătire a asistentelor medicale a contribuit semnificativ la majorarea prestigiului acestei profesii. Procesul de trecere de la instruirea spitalicească (în spitale) a asistentelor medicale la învățământul în universități („academizarea” procesului de studii) a întâmpinat o rezistență înverșunată din partea profesioniștilor medicali și a managementului spitalicesc, dar această rezistență a diminuat odată cu demonstrarea avantajelor sistemului universitar de studii care promova simțul de responsabilitate și însușirea rapidă de către asistente a cunoștințelor științifice și tehnologice.

TABELUL 14.4. Școlile de medicină și absolvenții lor în Statele Unite, 1950-1996, pronosticul pentru anul 2000.

	1950	1960	1970	1980	1990	1996	2000
Școli medicale	1770	1137	1340	1385	1470	1508	na <sup>a</sup>
Absolvenți medicali (mii)	25,8	30,1	43,1	75,5	66,1	94,8	79,7
Absolvenți bacalaureați (mii) <sup>b</sup>	na	4,1	9,1	25,0	18,6	32,4	26,5
Asistente medicale/10.000 populație	na	na	35,6	56,0	69,0	79,8 <sup>a,c</sup>	na

Sursa: Health, United States, 1998.

<sup>a</sup>na = datele nu sunt disponibile.

<sup>b</sup>Inclusiv bacalaureații cu titluri științifice.

<sup>c</sup>Datele pentru anul 1995.

#### *Anexa 14.5. Asigurarea cu asistente medicale „necesitatea față de cerere”.*

*În Statele Unite după estimările Ligii Naționale a Asistentelor Medicale în anul 1970 din 850.000 de asistente medicale existente 530.000 lucrau activ în*

*acest domeniu. Către anul 1980 acest număr a crescut până la 1,3 milioane de asistente licențiate, iar în anul 1994 a atins 2 milioane. Rata de asistentă medicală la populație s-a majorat de la 56 la 10.000 în anul 1980 la 69 în 1990 și 80 în 1996. Numărul de paturi spitalicești s-a redus de la 1,4 milioane în 1980 la 1,2 milioane în 1990 și la 1 milion în anul 1996, în timp ce morbiditatea medie, în special a populației în vârstă s-a majorat.*

*Către anul 2000 se aștepta o scădere a numărului de candidați ai școlilor medicale de la 97.000 la 80.000. Profesiile de medic și asistentă medicală se află în conflict referitor la numărul necesar și rolurile asistentei medicale. Asistentele medicale luptă pentru obținerea unei mai mari autonomii și calității academice, în timp de asociațiile medicale tind să mențină numărul mare de asistente și rolul subordonat al lor. Conflictul între „necesitate și cerere” este un subiect care necesită definire și stabilirea priorităților. Reformarea asistenței medico-sanitare cu o orientare preponderent comunitară va afecta numărul de posturi de asistente medicale.*

*Odată cu majorarea morbidității prin boli cronice, care necesită o asistență primară adecvată, a crescut rolul medicilor și asistentelor medicale în asistența la domiciliu și în alte programe de asistență a grupurilor vulnerabile ale populației (spre exemplu, prevenția secundară la bolnavii de diabet zaharat).*

*Autoritățile naționale de sănătate trebuie să ia în considerație punctul de vedere profesional și să asigure echilibrul între interesele legitime ale fiecărei profesii și astfel de factori cum ar fi reducerea numărului de paturi spitalicești și utilizării lor, formele alternative de asistență, îmbătrânirea populației, tranziția epidemiologică a bolilor, schimbările tehnologice în medicina preventivă și clinică și în special dezvoltarea vertiginoasă a asistenței medico-sanitare ambulatorii și comunitare.*

Sursa: National League of Nursing website <http://www.nln.org/> and Health, United States, 1998.

## CONTINUITATEA STUDIILOR ȘI INSTRUIREA LA LOCUL DE MUNCĂ

Schimbările rapide în toate domeniile științei și practicii medicale impun necesitatea unei perfecționări permanente pentru menținerea standardelor profesionale înalte. Studiarea la locul de muncă promovează simțul de autoapreciere a lucrătorilor și motivează performanța personalului. Această perfecționare permanentă îmbogățește cu cunoștințe noi cadrele medicale și

este esențială pentru implementarea reformelor într-o instituție. Ea permite personalului de administrare să majoreze standardele serviciului. Introducerea unui program sau a unei tehnologii noi în instituție trebuie să fie însoțită de instruirea personalului în cadrul procesului de perfecționare continuă.

Perfecționarea continuă a personalului medical presupune organizarea cursurilor, conferințelor, congreselor, precum și asigurarea cu literatură contemporană. Absolvenții medici care au susținut examenele de specializare trebuie să-și majoreze calificarea prin frecventarea periodică a cursurilor de perfecționare în specialitate. Personalul sanitar public se poate perfecționa în epidemiologie la cursuri de vară organizate de facultățile de sănătate publică sau departamentele de medicină clinică. Majoritatea organizațiilor profesionale medicale cer de la solicitanți dovezi de perfecționare continuă pentru reatestarea lor.

Asociațiile guvernamentale și profesionale, organizațiile de furnizori de asistență, agențiile sanitare nonguvernamentale și publicul general sunt puternic interesați în perfecționarea continuă a cadrelor medicale. Studiarea continuă și perfecționarea la locul de muncă trebuie să devină o parte a programului de lucru a instituției sanitare și să fie inclusă în bugetul ei, în acest proces fiind inclus tot personalul sanitar începând de la spălătorese și până la managerii spitalicești sau de la asistenții sanitari comunitari și până la agenții-șefi sanitari executori.

## ACREDITAREA INSTITUȚIILOR DE ÎNVĂȚĂMÂNT SAU PERFECTIONARE MEDICALĂ

Toate instituțiile de învățământ medical trebuie să fie acreditate pentru acest fel de activitate de către autoritățile naționale sau provinciale sau de o agenție împuternicită cu aceste autorități. În Canada acreditarea este efectuată

de către Consiliul Medical al Canadei, care se ocupă și de examinarea absolvenților tuturor facultăților medicale. Organizațiile provinciale de licențiere solicită licența Consiliului Medical al Canadei (LMCC) ca cerință de bază pentru licențiere. În Statele Unite de acreditarea instituțiilor de învățământ medical se ocupă Asociația Colegiilor Medicale Americane, care examinează și cererile noilor facultăți medicale care doresc să fie recunoscute. Facultățile medicale sunt acreditate de consilii educaționale statale responsabile de instituțiile de învățământ superior. Consiliile statale se ocupă și de examinarea și licențierea absolvenților.

Universitățile sau colegiile care înființează noi facultăți medicale specializate sunt supravegheate de către autoritățile responsabile de studiile postuniversitare. O universitate care dorește să deschidă facultăți specializate de medicină, stomatologie, asistență medicală, farmacie etc. trebuie să argumenteze necesitatea înființării acestora, să demonstreze resursele financiare disponibile și să planifice curriculum-ul, personalul, bazele clinice, afilierile și obiectivele acestor facultăți. Trebuie stabilite standardele și strategia de selectare a studenților, afilierile clinice, calitatea bibliotecii și a catedrelor de științe fundamentale, precum și bugetul. Evaluarea gradului de calificare a personalului și a corespunderii cu posturile ocupate, a publicațiilor și cercetărilor științifice, a accesului la literatura profesională și a abilității studenților de a o citi (spre exemplu, predarea într-o limbă străină) – toate acestea sunt părți componente ale procesului de acreditare.

Unele facultăți medicale relativ noi cum ar fi Universitatea McMaster din Hamilton, Ontario, Canada și Universitatea Beersheva din Israel și-au concentrat eforturile asupra pregătirii medicilor de asistență primară, dar la moment este încă prea devreme de evaluat succesele în realizarea acestui obiectiv nobil. Practica de revizuire regulată a curriculum-ului a devenit larg răspândită la facultățile de medicină, comunitatea fiind îngrijorată de accentul exagerat pus în programul de studii pe științele fundamentale și serviciile clinice, astfel încât absolvenții rămân dezorientați în practica familială și

comunitară precum și în sănătatea publică. Noile profesii cum ar fi asistentul medical practician necesită o instruire specială printr-un program acreditat de studii postuniversitare.

## LISTA DISCIPLINELOR SANITARE

Înființarea și recunoașterea noilor profesii sanitare cum ar fi asistenții medicali practicieni, opticienii sau asistenții sanitari comunitari depinde de necesitățile sistemului sanitar. Elaborarea curriculum-ului, criteriilor de admitere și locului de instruire depinde de obiectivele programului, dar mai depinde și de acceptarea noii profesii de comunitate și posibilitățile de avansare profesională. Acceptarea noii profesii de către comunitate este deosebit de importantă pentru programele menite să îmbunătățească contactul persoanelor din grupurile de risc cu sistemul sanitar și serviciile sociale. Moașele tradiționale și asistenții sanitari comunitari sunt categorii de personal care asigură populația cu asistență medico-sanitară în circumstanțele în care este deosebit de importantă adaptarea la condițiile culturale.

Medicina clinică s-a dezvoltat inițial de la serviciul medical și de îngrijire la un domeniu complex în care activează echipe multidisciplinare de profesioniști. Șirul profesiunilor sănătății publice este de asemenea larg. Instruirea interdisciplinară este o condiție importantă pentru funcționarea cuvenită a unui departament sau serviciu tot mai mult dependentă de lucrul în echipă.

Complexitatea sănătății publice moderne și a serviciilor clinice este demonstrată în Tabelul 14.5. Acest șir larg de profesii sanitare publice necesită o pregătire universitară și postuniversitară calitativă prin metode interdisciplinare necesare pentru asigurarea cu conducători, cadre didactice și cercetători științifici în domeniu. Profesioniștii sanitari publici activează într-o mulțime de instituții. Ei necesită o pregătire complexă pentru a înțelege

multiplele aspecte profesionale ale sănătății publice și modificările rapide din acest domeniu complicat.

## LICENȚIEREA ȘI SUPRAVEGHEREA

În toate țările există mecanisme legale sau de reglare prin care absolvenții instituțiilor medicale sunt încadrați în munca practică. Cerințele diferă în limite largi de la o țară la alta și în dependență de profesie. În unele țări personalul medical la sfârșitul perioadei de studii trebuie să dea examenul de licență. În altele acest proces de licențiere lipsește absolventul după finisarea cu succes a studiilor și examinărilor automat având dreptul de a fi încadrat în munca practică. Pentru unele discipline cum ar fi medicina internă, stomatologia, asistența medicală de îngrijire sau farmacologia împuternicirile de licențiere pot fi delegate colegiilor profesionale sau consiliilor naționale ori statale. Certificarea și relicențierea (atestarea) profesioniștilor medico-sanitari a devenit o practică standard în Statele Unite și în alte țări care permite menținerea gradului de performanță a furnizorului de asistență în conformitate cu standardele profesionale curente înalte care corespund totalmente așteptărilor publicului general.

Examinarea studenților la sfârșitul perioadei de studii universitare este de obicei efectuată de însăși instituție, dar examenul de licență care oferă absolventului dreptul de a practica medicina este susținut în fața examinatorilor din exterior, preferențial de nivel național sau internațional. Examinările naționale, organizate și supravegheate de autoritățile profesionale și statale, facilitează stabilirea și menținerea standardelor învățământului medical. În Statele Unite de licențierea și certificarea specialiștilor sunt responsabile consiliile statale.

TABELUL 14.5. Profesiunile medico-sanitare în serviciile clinice și de sănătate publică.

Profesiuni ale sănătății publice	Profesiuni ale medicinei clinice
Manager sanitar public Analist al politicii sanitare Inspector medico-sanitar Epidemiolog Inspector sanitar dentar Inspector sanitar veterinar Medic sanitar industrial Inspector sanitar școlar Economist sanitar Sociolog medical Antropolog medical Inspector juridic Specialist în tehnologii informaționale Specialist în demografie Statistician, specialist în biostatistică Cercetător științific în domeniul serviciilor de asistență medico-sanitară Inspector de asistență obstetricală Educator sanitar – comunitar, public, școlar și industrial Specialist în igiena alimentației Specialist-programist Asistent sanitar public Inginer sanitar Inginer al securității produselor alimentare Tehnolog alimentar Biochimist, microbiolog, toxicolog Cercetător științific în domeniul veterinăriei Medic igienist Asistent sanitar comunitar Altele	Administratori ai instituțiilor medico-sanitare – contabilitatea, funcțiile de hotel (cantinele, spălătoriile), procurarea, planificarea, problemele juridice, relațiile cu publicul, lucrări de secretariat Medic – generalist și specialist Stomatolog Asistente medicale – administrație, generale și specialiste Moșă Farmacist Fizioterapeut Terapeut specialist în bolile profesionale Logoped Terapeut specialist în bolile respiratorii Asistent social – medical, psihiatru Personal de laborator – biochimist, microbiolog, genetician ș.a. Consultant genetic Radiolog tehnician Imagist Tehnic dentar Specialist în igiena alimentației Dietolog Asistent de farmacist Asistent medical licențiat Asistent sanitar comunitar Funcționar-statistician Asistent al moașei Altele – bucătari, spălătorese, personal auxiliar etc.

Practica de licențiere a profesioniștilor sanitari în unele țări ca Marea Britanie și Canada permite comunității profesionale de a stabili și menține standarde de performanță și disciplină profesională. Examinările naționale și limitarea imigrării absolvenților străini sunt măsuri impuse de organizațiile profesionale. Absolvenții facultăților străine totodată pot fi acceptați pentru examinare fiind puși în aceleași condiții ca și absolvenții instituțiilor de învățământ medical din țară.

În Canada Consiliul Medical al Canadei, format din reprezentanți ai organizațiilor profesionale provinciale, organizează și supraveghează examinările studenților la sfârșitul perioadei de studii, licențierea acestora fiind



în competența organizațiilor provinciale. În alte țări licențierea medicală este efectuată de stat, dar împuternicirile de a supraveghea procesul de instruire sunt delegate organizațiilor profesionale. În multe țări au fost dezvoltate programe naționale de examinare a medicilor, stomatologilor, asistentelor medicale și farmaciștilor aceasta având ca scop menținerea nivelului înalt de pregătire a absolvenților și evitarea conflictelor de interese ale facultății care-și examinează propriii studenți.

În Canada absolvenții școlilor medicale sunt acceptați pentru licențiere în unele state ale SUA. Absolvenții medici din Statele Unite sunt licențiați de consiliile statale. Absolvenții facultăților medicale dintr-un stat al SUA sunt acceptați în programele de studii postuniversitare în toate statele, dar tinerii medici pot practica medicina doar în statele care au stabilit acorduri reciproce. În trecut provinciile canadiene acceptau absolvenții facultăților britanice de medicină, dar în anul 1970 pentru reducerea fluxului de doctori imigranți această practică a fost anulată. În Marea Britanie Consiliul Medical General reprezintă organul legal principal responsabil de licențierea absolvenților facultăților proprii de medicină și a celor străine.

Licențierea medicilor, asistentelor medicale, psihologilor, opticienilor și a altor specialiști trebuie să se bazeze pe legislația sanitară publică care să determine funcțiile permise pentru fiecare profesie, să stabilească procedurile de licențiere și examinare precum și codul de conduită. Delegarea managementului practicii medicale a contribuit considerabil la stabilirea standardelor înalte ale practicii medicale. Controlul calității studiilor și licențierea de către aceeași organizație care gestionează serviciul național de sănătate poate compromite aceste standarde. Dezvoltarea sistemelor multiple de imputabilitate într-un stat în trecut totalitar, cum este Rusia, va necesita multiple schimbări ale practicilor existente în învățământul medical, examinare, licențiere și specializare, precum și înființarea organizațiilor profesionale independente și a organismelor de acreditare (vezi Capitolul 16), stabilirea standardelor de asistență.

## CONSTRÂNGERI ALE FURNIZORULUI DE ASISTENȚĂ MEDICO-SANITARĂ

Pentru menținerea standardelor înalte ale asistenței medico-sanitare este necesară o supraveghere organizată a performanței serviciilor prestate de către organismele publice, supraveghere efectuată în baza recomandărilor publicate și în conformitate cu standardele curent acceptate ale asistenței medico-sanitare. Această supraveghere frecvent se bazează pe consensul profesional general, precum și pe recomandările organizațiilor profesionale. În procesul acestei supravegheri trebuie evitată penalizarea inovațiilor medicale sau a opiniilor diferite de cele ale specialiștilor principali în domeniu (spre exemplu, opiniile diferite referitor la procedura chirurgicală de elecție în cancerul mamar: mastectomia simplă *versus* mastectomia radicală). Această supraveghere face parte din procesul de asigurare a calității discutat în Capitolul 16.

Cerințele înaintate față de furnizorii de asistență medico-sanitară țin de învățământul medical, licențiere, practică, relațiile cu colegii și respectarea standardelor etice, umanitare și profesionale. Toate acestea sunt subiecte de atenție specială și motive de eventuale proceduri disciplinare din partea diferitor organisme de supraveghere, inclusiv patronul sau instituția în care furnizorul activează. Furnizorul de asistență este de asemenea supravegheat de public sau consumatori care îl pot selecta sau nu din totalitatea furnizorilor de servicii medico-sanitare. Expertiza colegială încurajând menținerea standardelor înalte de asistență în comunitate, poate în același timp crea o atmosferă de lucru care limitează implementarea inovațiilor medicale, în special în domeniul organizării asistenței medico-sanitare. Recunoașterea noilor profesii medico-sanitare poate duce la conflictul de interese între acestea și profesiunile tradiționale cum s-a întâmplat în cazul opticienilor și asistenților

medicali practicieni. În mod similar grupurile profesionale pot opune rezistență reformelor în finanțarea și organizarea asistenței medico-sanitare, motivând acest fapt prin interesele consumatorilor sau uneori apărându-și propriile interese.

Aplicarea standardelor ce țin de curriculum-ul medical, examinările naționale, licențierea națională și consiliile disciplinare, precum și a standardelor practicii medicale este de o importanță crucială pentru menținerea și îmbunătățirea calității asistenței medico-sanitare. Expertizele colegiale externe sunt importante pentru asigurarea managementului calității totale (TQM) și îmbunătățirea continuă a calității. Începând practica medicală doctorii permanent se află în căutarea posturilor vacante spitalicești pentru a obține „privilegiile spitalicești”, fiind examinați de colegii profesioniști care evaluează experiența și calificarea lor. Medicii tind să devină membri ai organizațiilor profesionale din specialitatea lor și să participe la întrunirile și programele departamentale de instruire continuă organizate de asociațiile profesionale, spitale și facultățile medicale.

Companiile de asigurare medicală monitorizează permanent veniturile și activitatea practică a medicilor, investigând cazurile aberante sau fraudele eventuale. Aceste cazuri se pot solda cu întreprinderea unor măsuri administrative față de medicul inculpat sau rareori cu intentarea unui proces penal pentru fraudă comisă. Monitorizarea intervențiilor chirurgicale poate evidenția erorile de tehnică chirurgicală care de asemenea pot servi motiv pentru penalizarea administrativă a chirurgului. Condamnarea medicului pentru comiterea unei crimei este însoțită imediat de retragerea licenței acestuia. Asigurarea de erori medicale (de malpraxis) este de o importanță vitală pentru orice medic sau alt furnizor de asistență medico-sanitară, deoarece îl apără de litigiile care pot fi, în dependență de specialitate, foarte costisitoare. Merită o atenție deosebită asigurarea „fără vinovat” care în caz de leziune iatrogenă protejează atât medicul, cât și partea afectată, cum ar fi spre exemplu în cazurile dezvoltării formelor vaccin asociate ale bolilor infecțioase.

Gradul de imputabilitate profesională variază în dependență de țară. În Marea Britanie Consiliul Medical General este împuternicit de stat să se ocupe de licențierea și penalizarea disciplinară a medicilor. În Codul Pacientului sunt stabilite drepturile pacienților, împuternicirile și standardele serviciilor medico-sanitare. Acest cod, de rând cu dreptul pacientului de a-și alege medicul generalist, permite pacienților să-și exprime insatisfacția de serviciile acordate. Reclamațiile pacienților referitor la asistența spitalicească sunt investigate în mod special, fiind luate măsuri disciplinare în cazul în care vina personalului medical devine evidentă. Satisfacția consumatorului este un factor determinant în practica medicilor generaliști (GP) deținători de fonduri recent implementată în Marea Britanie (vezi Capitolul 13), în conformitate cu care pacientul împreună cu GP poate selecta spitalul sau alte servicii medico-sanitare.

Asistența medico-sanitară este un domeniu complex care necesită de la furnizor deprinderi speciale și lucrul acestuia într-o echipă multidisciplinară care funcționează în baza unor obiective și standarde profesionale și etice. Pentru menținerea acestor standarde de rând cu supravegherea din partea organizațiilor de control financiar și de acreditare, este deosebit de importantă și atenția din partea mijloacelor mass-media, a sectorului politic, consumatorilor și din partea publicului general. Așadar, cu alte cuvinte, furnizorul de asistență medico-sanitară și sistemul sanitar sunt și trebuie să fie sub o permanentă supraveghere publică.

## NOILE PROFESIUNI SANITARE

Odată cu evoluția necesităților sanitare ale comunității apar noi roluri sanitare. Specialiștii în sănătate publică și management sanitar și furnizorii de asistență medico-sanitară sunt profesii esențiale pentru sistemul sanitar și comunitatea deservită. Sistemul sanitar trebuie să asigure un număr convenit de

personal medical tradițional suficient pentru satisfacerea necesităților comunitare și naționale în asistența medico-sanitară. Totodată odată cu evoluția asistenței medico-sanitare apare necesitatea în noi lucrători sanitari.

În acest context experiența acumulată de Rusia în domeniul activității personalului medical mediu este deosebit de importantă. Această experiență ține de utilizarea felcerilor – asistenți medicali cu studii medii, care exercitau un rol important în asigurarea cu asistență primară a populației din regiunile rurale nedeservite. În multe țări în curs de dezvoltare tot mai frecvent sunt utilizați asistenții sanitari comunitari și recent această practică a început a fi implementată și în țările dezvoltate. Noile profesii de asistenți medicali practicieni și asistenți ai medicilor apărute în Statele Unite asigură cu asistență medico-sanitară populația din regiunile periferice ale țării, precum și grupurile populaționale de risc cum ar fi vârstnicii sau persoanele bolnave de diabet zaharat.

### **Asistenții medicali practicieni**

În anii 1960 furnizorii și planificatorii de asistență medico-sanitară în Statele Unite au devenit îngrijorați de creșterea specializării în medicină și declinul numărului de medici primari. Pentru lichidarea acestei deficiențe au fost extinse împuternicirile asistentului medical.

În anul 1965 în Universitatea din Colorado a fost instituit primul program de instruire a asistenților medicali practicieni. Asistenții medicali au înșușit funcții specifice medicale ce au ca scop asistența pacientului în procesul de vindecare și menținere a independenței. În 1971 guvernul federal a adoptat Legea referitor la Învățământul Medical Mediu, în care au fost definite rolurile asistenților medicali practicieni.

Asistentul medical practician (NP) este un asistent medical licențiat (RN) instruit după un program special în diferite compartimente ale domeniului medicinei. În competența NP intră efectuarea examenului fizic detaliat, indicarea testelor de laborator în scopuri diagnostice, aprecierea rezultatelor

acestor teste, prescrierea rețetelor la medicamente sau dispozitive medicale, îndreptarea pacienților în centre de referință și efectuarea altor funcții medicale. NP poate acorda asistența în spital sau comunitate în componența echipelor sanitare.

În 1996 după estimările Departamentului de Sănătate și Servicii Umane în Statele Unite existau 71.000 de NP din numărul total de 2,5 milioane de asistenți medicali licențiați ceea ce constituia 2,8% din personalul medical mediu. NP constituiau 44% din asistenții medicali cu studii avansate (APN), care reprezentau 6,3% din populația totală de RN. Numărul de NP s-a majorat către anul 1998 până la 90.000 și 100.000 în 1999. Este așteptată o creștere în continuare a populației de NP dat fiind faptul că numărul de instituții de învățământ medical în care sunt instruiți NP a crescut de la 101 în 1990 la 202 în 1995, iar numărul de clinici în care sunt instruiți NP s-a dublat și el (210 în 1990 și 527 în 1995). S-a majorat aproximativ de două ori și numărul de candidați care doresc să obțină această profesie, numărul absolvenților sporind de 1,8 ori. În viitorul apropiat numărul de NP va atinge 10% din totalitatea RN. Această creștere importantă a practicii asistentului medical practician se datorează lărgirii considerabile a împuternicirilor acestuia care includ următoarele domenii: practica familială, sănătatea femeilor, adulților și cea școlară, pediatria și geriatria. Asistența specializată în care sunt ocupați NP include asistența neonatală și acută, terapia ocupațională, asistența psihiatrică și alte tipuri de asistență instituțională.

În orice stat practica asistenților medicali este reglată de legi și regulamente. Aceste legi stabilesc cerințele față de învățământ și examinare, criteriile de licențiere sau reglare, precum și definesc funcțiile generale și specifice ale asistenților medicali. Aceste legi stabilesc parametrii ce limitează practica asistenților medicali. Comisia pe Problemele Învățământului Medical Mediu, fiind o organizație de acreditare se ocupă în prezent de standardizarea programelor de instruire a NP pentru a asigura calitatea cunoștințelor absolvenților.

Asistenții medicali constituie cel mai mare grup de personal medical din America. Există dovezi incontestabile că lărgirea împuternicirilor asistenților medicali a dus la îmbunătățirea calității asistenței medico-sanitare, în special în regiunile cu o insuficiență de medici. De o importanță comparabilă este și faptul că asistenții medicali implementează programe noi și se ocupă de cercetări științifice în așa domenii profesionale subestimate ca geriatria și promovarea sănătății, constituind baza unor noi direcții în asistența medico-sanitară. Odată cu utilizarea tot mai largă a principiilor clinice în practica medicală, rolul asistenților medicali practicieni în noul secol se va majora.

### **Asistenți ai medicilor**

În anul 1923 89% din medicii Statelor Unite erau medici generalişti. Către mijlocul anilor 1960 acest număr a scăzut cu 25%. Insuficiența în țară de medici primari l-a făcut pe Eugene Stead, medic internist la Universitatea Duke din Durham, Carolina de Nord, să introducă în octombrie 1965 programul de pregătire a asistenților medicilor (PA). Implementarea programului de pregătire universitară a asistenților medicilor urmărea trei scopuri: de a înlătura insuficiența persistentă de medici de asistență primară, de a compensa distribuirea neuniformă geografică și pe specialități a medicilor, de a stăpâni escaladarea costurilor sanitare.

Programul de pregătire a asistenților medicilor nu era identic cu cel al asistenților medicali, motiv care a determinat conflictul dintre autoritățile de învățământ medical mediu și superior. În prezent în Statele Unite există 52 de programe acreditate de instruire a asistenților medicilor. Disciplinele studiate includ neonatologia, pediatria, medicina de urgență, medicina ocupațională și chirurgia. Suplimentar asistenții medicilor sunt instruiți în așa domenii ca asistența preventivă, educarea pacientului, utilizarea agențiilor comunitare sanitare și a serviciilor sociale în menținerea sănătății. Accentul primordial în instruirea asistentului medicului este plasat pe acordarea asistenței primare pacienților. Primele 6-12 luni de studii sunt devotate studiului disciplinelor

preclinice și a procedurilor clinice de laborator. Această perioadă este urmată de 9-15 luni de instruire clinică. Curriculum-ul este regulat revizuit și actualizat în conformitate cu noile realizări din domeniul sanitar.

La finele programului de studii studenții susțin un examen în fața Comisiei Naționale de Certificare a Asistenților Medicilor. Susținând acest examen asistenții medicilor primesc titlul de PA-C (asistent certificat al medicului). Ulterior fiecare 2 ani asistentul medicului trebuie să demonstreze documentar că a trecut 100 de ore de perfecționare medicală. Pentru asigurarea competenței clinice asistenții medicilor susțin la fiecare 6 ani examenul de recertificare (atestare).

Asistenții medicilor exercită astfel de funcții clinice cum ar fi colectarea anamnezei, examenul fizic, proceduri diagnostice simple, colectarea datelor, sinteza datelor pentru medic, formularea diagnosticului, inițierea tratamentului de bază, managementul bolilor acute și cronice răspândite, consultarea pacientului și a familiei lui, funcții de suport și în 18 state americane prescrierea limitată a rețetelor. Volumul funcțiilor delegate este determinat de Consiliul Statal de Examinatori Medicali din fiecare stat. PA nu substituie medicul și nu este un furnizor independent de asistență medico-sanitară ca asistentul medical practician. PA nu este licențiat pentru practica independentă, toate responsabilitățile pentru activitățile acestuia și consecințele lor aparținând medicului.

Academia Americană de Asistenți ai Medicilor are în componența sa 35.000 de persoane care practică profesia de PA. Aproape două treimi din PA dețineau titlul de bacalaureat până la începutul studiilor de PA. O treime din ei sunt angajați în spitale, o altă treime în practici în grup și 9% în centre medico-sanitare comunitare. PA activează în peste 60 de domenii, dar peste 50% din ei sunt ocupați în practica generală sau familială. Posibilitățile de angajare a PA în diverse instituții și practici devin tot mai largi. Un PA este capabil să efectueze o jumătate sau chiar trei pătrimi din serviciile clinice furnizate de medicul care-l supraveghează, această opțiune fiind una cost-eficientă pentru instituția



sanitară. Salariul PA constituie o pătrime sau o treime din salariul medicului, acest fapt demonstrând încă odată raportul oportun cost-beneficiu al acestei practici. În literatura de specialitate se menționează în special că calitatea asistenței acordate de PA este comparabilă cu cea a asistenței acordate de medic.

Rolul PA, fiind la început controversat, astăzi este pe larg acceptat. Profesioniștii medicali de nivel mediu sunt convinși că această practică este menită să majoreze veniturile medicilor, să diminueze rolul asistenților medicali și că ea este o reacție de răspuns a medicilor la profesionalizarea tot mai avansată a asistenților medicali. Grupurile profesionale medicale consideră practica utilizării PA drept o cale de largire a posibilităților de asistență medicală a grupurilor populaționale vulnerabile și de îmbunătățire a economiei practicii medicale.

## **Felceri**

În Rusia felcerii sunt unicii lucrători medicali de nivel mediu. Inițial felcerii – profesie introdusă de Petru cel Mare în secolul XVII, activau ca chirurghi de campanie. Retrăgându-se din armată felcerii se reîntorceau în regiunile rurale devenind unicii furnizori de asistență medico-sanitară. Profesia de felcer a fost adaptată în Uniunea Sovietică pentru a acorda asistență medico-sanitară în ariile rurale încă nedeservite de medici, în pofida numărului major al personalului medical.

Felcerul este instruit timp de 2-3 ani după absolvirea școlii medii. El compensează insuficiența de medici în practicile rurale și urbane, în special în punctele medicale mici, în serviciile de ambulanță și la întreprinderile industriale. După reforma sanitară din anii 1990 felcerul a devenit o profesie pe cale de dispariție fapt care se poate solda cu dificultăți serioase în menținerea nivelului de asistență medico-sanitară rurală.

## **Asistentul sanitar comunitar**

Ideea asistentului sanitar comunitar (CHW) nu este nouă, dar și-a găsit o nouă expresie în programele sanitare din lume inițiate după și în spiritul declarației de la Alma-Ata. Într-o oarecare măsură această idee reprezintă o continuare a tradițiilor vechi rurale ale practicii moașelor și vracilor, fiind în același timp și o parte componentă a conceptului modern de organizare a asistenței medico-sanitare. La început profesia de CHW a fost introdusă pentru a asigura cu asistență populația rurală din țările în curs de dezvoltare unde accesul la serviciile medico-sanitare era extrem de dificil. Ulterior CHW au început a lucra și în comunitățile urbane unde accesul la asistența medico-sanitară era limitat de factori geografici și socio-economici.

Asistenții sanitari comunitari activează în calitate de generaliști în practica independentă, asistenți sanitari cu destinație specială și asistenți sanitari comunitari de prevenție. Funcțiile exacte ale acestui personal, durata studiilor și structurile în care aceștia lucrează variază în limite largi. Asistentul sanitar rural generalist în unele regiuni este lipsit de inspectare și poate fi angajat în practica bazată pe plată pentru serviciu. Asistenții sanitari comunitari voluntari, (consultanți sau *promotoras*) sunt pe larg utilizați în țările latino-americane. Pentru acordarea unui șir larg de servicii de diagnostic și tratament în țările în curs de dezvoltare este recomandată utilizarea CHW.

Asistenții sanitari comunitari pot furniza servicii cu destinație specială. Acestea includ controlul malariei, terapia direct observată (DOT – administrarea medicamentelor sub supraveghere pentru asigurarea complianței) în tuberculoză, serviciile de suport și consultare a familiilor problematice din cartierele sărace ale orașelor. Ca prototipuri de CHW cu destinație specială pot servi CHW angajați în controlul malariei în Columbia și asistenții de caz pentru DOT în tuberculoză și SIDA din New York. În Africa CHW sunt de importanță crucială pentru reușita programelor de eradicare a dracunculozii și oncocercозei.

Programul de asistență sanitară comunitară focusat asupra serviciilor preventive au fost inițiat în anul 1985 în Hebron, Cisiordania, regiune în trecut

sub jurisdicția Israelului și în prezent a Palestinei. CHW activează în teren în cadrul serviciilor statale în calitate de lucrători de asistență preventivă, acordând asistența prenatală, a gravidelor, efectuând imunizarea, oferind consultații referitor la igiena alimentației, acordând primul ajutor și îndreptând pacienții în stările urgente în serviciile spitalicești de referință.

CHW sunt instruiți pentru a furniza o asistență medico-sanitară primară supravegheată și servicii pentru grupurile populaționale vulnerabile ca parte componentă a sistemului sanitar. Supravegherea CHW de către personalul medical profesional este de o importanță majoră pentru asigurarea calității asistenței. Activitatea CHW poate fi concentrată asupra serviciilor preventive și celor comunitare în localitățile rurale mici private de instituții medicale locale sau asupra serviciilor de suport oferite păturilor sociale vulnerabile ale populației din centrele urbane.

*Anexa 14.6. Asistentul sanitar comunitar – programe modele.*

*CHW independenți:*

- 1. Felcerii din Rusia ca furnizori de asistență în localitățile rurale.*
- 2. „Doctorii descălțați” din China ca furnizori de asistență în localitățile rurale.*
- 3. Programul „Unde nu există doctori” realizat de CHW care furnizează toate serviciile medico-sanitare în satele îndepărtate ale Americii Latine.*

*CHW cu destinație specială:*

- 1. Programe specifice cu participarea CHW de control al malariei în Columbia, a dracunculozei și oncocercozei în Africa, de asistență a bolnavilor de SIDA sau TB în New York, de efectuare a imunizării în Los Angeles.*
- 2. Programul extins de asistent medical sanitar public, spre exemplu programul CHW al Departamentului de Sănătate din Albany, New York.*

*CHW orientați spre prevenție:*

- 1. Asistenți sanitari rurali de prevenție care furnizează în teritoriu servicii de sănătate publică, servicii de vizite medicale și supraveghează*

*minuțios starea sănătății populației, spre exemplu, în Hebron, Cisiordania, Palestina.*

2. *CHW care activează în „Satele urbane” sau cartierele urbane sărace din Statele Unite, exercitându-și funcțiile în cadrul departamentului de sănătate districtual sau al serviciilor comunitare organizate.*

Asistenții sanitari comunitari trebuie selectați din comunitatea deservită și instruiți în instituții cu experiență didactică și practică. Programul de instruire al CHW rurali diferă foarte de mult de curriculum-ul facultăților de medicină. Această instruire de obicei este efectuată în centre medico-sanitare sau spitalele rurale, în cadrul cărora sunt organizate clase de studii și camere de cazare a studenților. Procesul de instruire este aproape întotdeauna finanțat de ministerul sănătății, uneori în colaborare cu agențiile străine sau organizațiile internaționale. Candidații în CHW reprezintă tineri, originari din familii rurale, care au fost selectați de propriile comunități. Pe parcursul perioadei de studii studentul este salariat și după absolvire se întoarce în comunitatea natală.

În Statele Unite asistenții sanitari publici în mod tradițional erau principalii realizatori ai programelor de vizită la domiciliu sau de asistență a grupurilor populaționale vulnerabile, furnizând asistența necesară și ocupându-se de iluminarea sanitară a familiilor dezavantajate. Emergența conceptului asistenței medico-sanitare comunitar orientate a lărgit această strategie, utilizând persoanele selectate și instruite din comunitate în calitate de CHW. În Statele Unite în anii 1960 și 1970 conceptul CHW a fost utilizat pentru realizarea numeroaselor programe ale Societății Mărețe. Voluntarii și asistenții salariați lucrau în calitate de vizitatori la domiciliu sau de consultanți sanitari în cadrul diferitor programe specifice în diferite domenii sau populații țintă, cum, ar fi gravidele sau familiile cu copii. Alte programe cu participarea CHW în Statele Unite includeau comunitățile Navaho, centrele sanitare urbane, Texasul rural și Alaska.

În New York asistenții sanitari comunitari au fost instruiți pentru a furniza asistență grupurilor populaționale vulnerabile și a efectua managementul

complex al cazurilor. Aceștia mergeau în familiile de risc din regiunile private de asistență medicală și se ocupau de asistența pacienților cu SIDA, STD și tuberculoză utilizând DOT în TB. Experiența de lucru a CHW de asistență a persoanelor fără adăpost și pacienților cu afecțiuni psihice a fost în general pozitivă. Ulterior proiecte de CHW au fost implementate în cartierele sărace urbane în Los Angeles, în orașele cu venit mic, în azilurile publice, serviciile mai complicate fiind acordate în spitalele districtuale sau centrele medicale din regiune.

Evaluarea și justificarea raportului cost/beneficiu al programelor CHW este un lucru dificil deoarece rezultatele pot fi compromise de dificultățile în alegerea populației țintă și a grupului de control, precum și în determinarea modificărilor indicilor sanitari cum ar fi mortalitatea, morbiditatea și a celor fiziologici (indicii creșterii). Aceste probleme sunt caracteristice pentru mai multe programe sanitare și nu numai de asistență primară dar, probabil chiar mai mult, și pentru proiectele medicale înalt tehnologice. Conceptul asistentului sanitar rural în ultimul timp a fost atât criticat, cât și încurajat. În condițiile socio-economice și sanitare prezente practica utilizării asistentului sanitar comunitar ca furnizor de asistență complexă preventivă și curativă poate deveni inoportună conceptual și imposibil de menținut. Este necesară o abordare mai selectivă în activitatea CHW care posedă un potențial promițător de ridicare a asistenței medico-sanitare la un nou nivel.

## MEDICINA ALTERNATIVĂ

Tratamentului medical alternativ (tradițional) a devenit o practică răspândită în țările industrializate și rămâne principala metodă de asistență medicală în societățile preindustriale. Asistența medicală alternativă este bazată pe credința că boala este determinată de factori fizici, mentali, sociali și

spirituali. Medicina alternativă privește sănătatea ca o stare pozitivă de absență a bolii și crede în capacitatea vindecării naturale a organismului uman. Intervențiile medicinei alternative sunt neinvazive și mai puțin tehnologice decât al asistenței medicale obișnuite (netradiționale).

Creșterea popularității medicinei alternative se explică parțial de deziluziile legate de depersonalizarea și orientarea tehnologică a asistenței medico-sanitare. Alți factori includ practica răspândită de tratament a bolii și nu a bolnavului, considerarea etiologiei bolii ca fiind provocată de o singură cauză și tactica de tratament cu „pastila magică”, precum și dezamăgirile frecvente determinate de ineficacitatea curelor de tratament, dezvoltarea complicațiilor bolii și a celor iatrogene. Studiile din Statele Unite relevă că numărul de vizite la medicii tradiționali depășește numărul de vizite la medicii primari, cheltuielile populației pentru asistența tradițională fiind și ele considerabile. Asistența medicală alternativă este preponderent utilizată de către grupul de vârstă 25-49 de ani și de către persoanele cu venit major. Categoriile medicinei alternative includ cheiropractica, masajul, vitaminoterapia masivă, organizarea grupurilor de ajutor reciproc, tratamentul energetic, legătura inversă biologică, hipnoza, homeopatia, acupunctura și remediile tradiționale (populare).

Schimbarea atitudinii față de asistența medicală tradițională este exemplificată prin tendința în creștere de acceptare a unor profesii anterior excluse cum ar fi optometria, cheiropractica și acupunctura și includerea lor în șirul beneficiilor asigurării medicale, precum și completarea metodelor de tratament netradițional cu metode tradiționale. Medicina tradițională se află singură într-un proces de reformare cu apariția numeroaselor profesii și cu conștientizarea faptului că modelul biomedical tradițional nu poate servi ca bază unică a asistenței medico-sanitare.

Cererea consumatorului influențează semnificativ atât aceste schimbări, cât și dorința mediului generalist de îndreptarea pacienților cu probleme sanitare cronice cum ar fi durerile lombare sau cervicale, problemele cauzate de stres, fobiile și dependențele, alergiile și afecțiunile cutanate, tulburările hormonale și

menstruale, la specialiștii în medicină tradițională. Și din contra practicienii medicinei alternative tot mai mult recunosc posibilitățile limitate ale medicinei tradiționale de a trata așa stări cum ar fi cancerul, hipertensiunea arterială și afecțiunile cronice și ereditare și necesitatea de a îndrepta acești pacienți în instituțiile de medicină netradițională. Asistenții medicali din Statele Unite au promovat pe parcursul a mai multor decenii utilizarea terapiei de contact ca modalitate de vindecare naturală.

În prezent aceste „metode holastice” sunt tot mai mult acceptate de medicii generaliști. Multe centre medicale majore deschid departamente de medicină tradițională sau holastică, în care personalul se ocupă cu acupunctura, hipnoza și alte metode tradiționale de tratament. Acest fapt majorează statutul și veniturile medicilor, dar această practică a devenit posibilă doar după o luptă înverșunată a medicinei netradiționale ortodoxe cu medicina tradițională. În anul 1992 la dispoziția Congresului SUA în cadrul Institutului Național de Sănătate a fost înființat Oficiul de Medicină Alternativă care în 1998 s-a transformat în Centrul Național de Medicină Complementară și Alternativă. Acest fapt a demonstrat încă o dată acceptarea pe larg a medicinei tradiționale. Medicina europeană care deține tradiții bogate de metodologii alternative a fost mult mai deschisă pentru medicina tradițională decât sistemele medicale nord-americeane.

## MODIFICAREA ECHILIBRULUI

Odată cu majorarea importanței costurilor asistenței medicale și reducerea în multe țări a cheltuielilor sanitare, povara reorganizării serviciilor medicale a căzut pe asistenții sanitari. Reformele sanitare, fiind implementate forțat în regim de urgență, generează o ostilitate, rezistență și opoziție politică. Dacă acestea sunt realizate în baza planificării sanitare, luându-se în considerație

situația resurselor umane în condițiile schimbării echilibrului serviciilor medicale, atunci impactul acestor reforme asupra individului sau a grupurilor profesionale este minim.

În anii 1960 în Canada era în plină desfășurare programul național de asigurare medicală, liderii căruia chemau la extinderea rapidă a școlilor și facultăților medicale pentru a satisface necesitățile sanitare în creștere ale populației. Ei erau de părerea că asigurarea medicală națională va permite asigurarea cu servicii medico-sanitare a unei părți considerabile a populației care până atunci era privată de acestea, această strategie fiind promovată a dus la crearea unui exces de servicii medicale și spitalicești. La mijlocul anilor 1990 în toate provinciile a fost redus numărul de paturi spitalicești, ceea ce s-a soldat cu concedierea unui număr mare de asistenți medicali și personal medical auxiliar. În prezent în provincii sunt întreprinse tentative de a limita numărul de medici generaliști și de a modifica sistemul de finanțare a serviciilor, care este bazat pe principiul plată pentru serviciu. Inflația utilizării asistenței medico-sanitare și a costurilor medicale a dus la criza managementului sanitar și a impus necesitatea unei reforme care să promoveze o structură organizatorică mai integrată și populațional orientată a asistenței medico-sanitare. Totodată implementarea acestei reforme poate duce la creșterea insatisfacției publicului și profesioniștilor care activează în domeniul sanitar.

## STUDIILE ÎN DOMENIILE SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI MANAGEMENTULUI SANITAR

Implementarea cu succes a conceptului Noii Sănătăți Publice necesită o integrare a numeroaselor discipline ale domeniului sanitar. Instituțiile de învățământ trebuie să creeze o astfel de atmosferă de studii care să permită o



instruire multidisciplinară după un program complex care ar include științele fundamentale și aplicative.

#### Anexa 14.7. Reducerea cheltuielilor sanitare și efectele asupra forței de muncă din Canada.

*„În Canada există aproape 2,5 milioane de asistenți medicali licențiați (RN) dintre care puțini lucrează în centrele de asistență primară. Majoritatea asistenților medicali activează în spitalele de urgență, fiind într-un permanent pericol de concediere determinat de posibilitatea reducerii numărului de paturi. Dintre asistenții medicali 6000 lucrează în cabinetele medicilor, 7000 sunt ocupați în asistența la domiciliu și aproape 10.000 – în serviciile de sănătate publică...”*

*„Aproximativ 75% din bugetele spitalicești sunt cheltuite pentru salarizarea personalului, ceea ce înseamnă că nu pot fi reduse considerabil cheltuielile fără a fi concediat personalul medical. Fără o strategie bine chibzuită de realocare a bugetelor și reamplasare a personalului în serviciile comunitare, asistenții medicali și spitalicești vor fi aruncați în stradă. Aceasta este exact ceea ce s-a întâmplat. În aprilie 1993 peste 10.000 de asistenți medicali și aproximativ 20.000 de personal spitalicesc auxiliar au rămas fără lucru.”*

Sursa: Rachlis M., Kushner C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*, pp.245, 291. Toronto: Harper-Collins.

Pentru a lucra în echipă toți profesioniștii sanitari publici au nevoie de o bază fundamentală de cunoștințe în domeniile științelor medicale, epidemiologiei, economiei, științelor sociale, sănătății mediului și celei profesionale, analizei sistemelor sanitare și teoriei managementului. Este important faptul ca ei să fie familiarizați cu termenii și conceptele de bază din diferite domenii ale propriei discipline. Aceste obiective pot fi realizate într-o atmosferă universitară de studii, iar într-o instituție separată specializată într-un anumit domeniu pot fi întâlnite mari dificultăți în asigurarea unui proces academic calitativ .

Pentru o facultate de sănătate publică resursele universitare sunt de o importanță esențială pentru asigurarea procesului didactic și a cursurilor pentru studenții altor facultăți ca administrarea business-ului, științele sociale, precise și biologice. Facultățile care nu sunt afiliate la universități duc lipsă de

atmosferă și cerințe academice, precum și de conexiune cu alte discipline cum ar fi economia, sociologia, microbiologia și managementul business-ului.

Pregătirea personalului sanitar public și a managerilor sanitari trebuie să fie de nivel universitar și postuniversitar. În raportul din 1988 al Institutului de Medicină al SUA „*Viitorul Sănătății Publice*” a fost argumentată necesitatea facultăților de sănătate publică menite nu numai să profesionalizeze studenții în domeniul sanitar public, dar și să le ajute să înțeleagă cum o disciplină particulară poate fi legată de sănătatea publică la general și valoarea sistemului ca parte componentă a coerenței sănătății publice.

Instruirea medicilor în domeniul sănătății publice a fost pentru prima dată introdusă în Marea Britanie în anul 1871 în Colegiul „Sfânta Treime” din Dublin care a instituit Diploma de Sănătate Publică (DPH). Programul de studii a fost compus pentru instruirea agenților medico-sanitari în domeniul conducerii consiliilor sanitare recent înființate și la studii erau admiși doar medicii practicieni care deveneau ulterior agenți medico-sanitari. Mai târziu, odată cu recunoașterea sănătății publice ca specialitate aparte, cursuri de instruire și oferire a DPH au fost deschise și în alte universități, fiind supravegheate de Colegiul Medicilor și Chirurgilor. În anul 1924 Facultatea de Igienă și Medicină Tropicală din Londra a asimilat mai multe instituții și a deschis centrul de pregătire universitară și cercetări științifice în domeniul sănătății publice. După Raportul lui Acheson din 1991 referitor la facultățile de sănătate publică din Marea Britanie a avut loc o creștere rapidă a numărului de facultăți de sănătate publică afiliate la diferite universități. Acest progres a coincis cu majorarea interesului Serviciului Național de Sănătate față de managementul axat pe obiective specifice.

Tradițiile facultăților de sănătate publică sunt deosebit de bogate în Statele Unite, unde încă în 1913 au fost fondate Facultățile de Sănătate Publică în cadrul universităților Johns Hopkins și Harvard. În 1915 Fundația Rockefeller a sponsorizat un program național de promovare a învățământului în domeniul sănătății publice la Universitatea din Michigan, Universitatea Yale și

Universitatea din Pennsylvania, unde au fost înființate programe de pregătire a profesioniștilor sanitari publici pentru satisfacerea necesităților centrelor urbane a SUA. Aceste facultăți își vedeau misiunea sa primară în instruirea practicienilor în domeniul sănătății publice; pregătirea cadrelor academice, didactice și de cercetare științifică fiind obiective secundare. Ele au încercat să dezvolte și asimileze noi cunoștințe și direcții în practica sanitară publică. Dezvoltarea sănătății publice ca domeniu multidisciplinar îi oferă un caracter independent, dar afiliat facultății de medicină. Facultățile de sănătate publică din Statele Unite au pregătit numeroase generații de epidemiologi, specialiști în științe sociale, igienisti, practicieni și conducători calificați care au fost de o importanță crucială pentru dezvoltarea domeniului dat.

*Anexa 14.8. Elemente ale învățământului în domeniul sănătății publice.*

*Obiective (ASPH):*

- 1. De a pregăti practicieni cercetători științifici, analiști politici și manageri orientați în activitatea lor spre realizarea anumitor obiective.*
- 2. De a asigura perfecționarea continuă a profesioniștilor sanitari publici.*
- 3. De a promova cercetările științifice în domeniul sanitar public și analiza politicii sanitare.*
- 4. De a apăra și promova subiectele medico-sanitare în politica publică.*

*Cerințe (ASPH):*

- 1. Învățământul postuniversitar într-o instituție academică cu mai multe facultăți.*
- 2. Abordarea multidisciplinară.*
- 3. Însușirea deprinderilor de lucru orientate spre rezolvarea unor probleme anumite; identificarea țăintelor și intervențiilor manageriale necesare.*
- 4. Legătura între învățământ, cercetarea științifică și serviciul de sănătate publică.*

*Curriculum-ul de bază (Roemer):*

- 1. Instrumente de bază ale analizei sociale: istoricul sănătății publice, demografia, sociologia și antropologia medicală, biostatistica, selecția populației și metodele de examinare în masă, științe politice sanitare, principiile de evaluare a programelor, economia sanitară.*

2. *Sănătatea și boala în populație: statistica vitală, bolile umane majore și zoonozele, epidemiologia bolilor și factorii de risc, metodele de stabilire a diagnosticului clinic și de prevenție, bolile infecțioase și cronice, nutriția, mediul ambiant, bolile specifice și grupurile de risc, ecologia globală a bolii, factorii de risc.*
3. *Promovarea sănătății și prevenția bolilor: controlul bolilor infecțioase, bolile cronice și profilaxia lor, sănătatea mediului și igiena muncii, necesitățile sanitare ale mamei, copilului, adolescentului, adultului și vârstnicilor, sănătatea mentală, controlul STD/SIDA, igiena alimentației și sănătatea dentară, iluminarea sanitară și promovarea sănătății, reabilitarea, refugierea, migrarea, sănătatea deținuților, medicina de campanie, medicina calamităților.*
4. *Sisteme de asistență medico-sanitară și managementul lor: organizarea și gestionarea sistemului național de asistență medico-sanitară, asigurarea medicală și securitatea socială, serviciile medico-sanitare și dezvoltarea forței de muncă, instituțiile medicale și managementul lor, medicamentele și aprovizionarea cu ele, planificarea sanitară, principiile managementului și alocării bugetelor programelor sanitare, controlul costurilor, managementul financiar, sistemele de înregistrare și informaționale, cercetările științifice în domeniul sistemelor sanitare, legislația și etica medico-sanitară, evaluarea tehnologiei, acreditarea și promovarea calității asistenței medico-sanitare, monitorizarea și cercetarea științifică a metodelor managementului, sănătatea globală.*

Sursa: American Association of Schools of Public Health website, <http://www.asph.org>; Roemer M. 1999. Genuine professional doctor of public health in world needs. *Journal Nursing Scholarship*, 31:43-44.

În anii 1960 facultățile de sănătate publică erau criticate din cauza separării lor și lipsei influenței asupra învățământului medical clinic. În unele jurisdicții aceasta a dus chiar la închiderea sau înlocuirea acestora cu departamente de medicină comunitară în componența facultăților de medicină. Astfel de permutări au avut loc în Marea Britanie și fostele colonii ale ei. Cele două facultăți canadiene de sănătate publică au fost închise și substituite de departamente de medicină socială și preventivă sau de sănătate comunitară în cadrul facultăților de medicină. Departamentele de sănătate comunitară reprezintă unele din multiplele departamente de științe clinice și fundamentale din cadrul facultăților de medicină. Într-o atmosferă clinic orientată a studiilor aceste departamente pot fi lipsite de prestigiu în ierarhia departamentelor

universitare medicale, având un program multidisciplinar de studii insuficient. Acest model de studii universitare oferă gradul de master în sănătate publică (MPH) și titlul de doctor. Potențialul academic deplin al unei facultăți de sănătate publică poate fi dezvăluit doar într-un centru academic independent, multidisciplinar, de studii și cercetări științifice în domeniul sănătății publice organizat în baza unei universități.

Periodic, în unele țări, încă mai apar tentative de absorbire a facultăților de sănătate publică de alte sectoare ale învățământului universitar. În 1994 planul de închidere al Facultății de Sănătate Publică a Universității din California, Los Angeles (UCLA) și transferarea ei în cadrul Facultății de Politică Publică a eșuat datorită protestelor universității și publicului. Administrarea sănătății este uneori considerată mai bine integrată în facultățile de business, cum s-a întâmplat cu Facultatea de Sănătate Publică a Universității din Minnesota.

Începând cu anii 1980 în Statele Unite a avut loc o renaștere a facultăților de sănătate publică, lărgindu-se considerabil și posibilitățile absolvenților de angajare în câmpul muncii. În prezent studenți ai facultăților de sănătate publică devin persoane din diferite domenii inclusiv din medicină, stomatologie, asistență medicală, inginerie, economie, științe sociale, statistică, sănătate mentală, veterinarie ș.a. În 1995 au fost decernate 4145 de titluri de master și 491 titluri de doctor în sănătate publică. Cele mai populare specialități sunt sănătatea internațională și epidemiologia. Perspectivele carierei absolvenților facultăților de sănătate publică astăzi includ numeroase posturi tradiționale din sectorul public, dar și posturi mai bine plătite din sectorul privat, care se ocupă inclusiv de consultarea firmelor și a organizațiilor de asistență controlată. În anul academic 1996-1997 în Statele Unite la facultățile de sănătate publică au fost admiși 14.007 studenți.

În Statele Unite există 28 de facultăți de sănătate publică acreditate de Consiliul de Educație în Domeniul Sănătății Publice. Aceste facultăți sunt bazate pe o abordare multidisciplinară a sănătății publice, în cadrul lor fiind predate numeroase discipline cum ar fi asistența tehnică și de conducere în

epidemiologia bolilor infecțioase și neinfecțioase, biostatistica, managementul serviciilor de asistență medico-sanitară personală, sănătatea mediului, sănătatea mamei și a copilului, economia sanitară, iluminarea sanitară și altele. Aspectul interdisciplinar al sănătății publice este reflectat de diversitatea studenților admiși la studii și multiplele domenii de specializare. Analiza problemelor sanitare publice, utilizând deprinderile epidemiologice, sociologice și ale altor discipline conexe permite absolventului să intre în lucrul practic având deja o atitudine orientată spre rezolvarea problemelor puse. Alte 26 de programe universitare acreditate de studii în domeniile educației sanitare comunitare, sănătății comunitare și medicinei preventive extind învățământul sanitar public pe întreg întinsul țării.

Acreditarea presupune efectuarea expertizei colegiale externe a instituției, facultății, a curriculum-ului, criteriilor de sectare a studenților, experienței practice și standardelor academice. O instituție de învățământ acreditată poate genera o atmosferă de studii și cercetare științifică mai atrăgătoare pentru studenți, asigură o avansare mai rapidă profesională în condițiile competitivității forțelor de muncă. Facultățile acreditate, precum și cele neacreditate și departamentele universitare de specialitate asigură sistemul de sănătate publică și agențiile sanitare cu personal bine instruit cu experiență profesională practică, acest fapt contribuind semnificativ la îmbogățirea domeniului nu numai cu practicieni dar și cu cercetători științifici, administratori și analiști politici de calitate.

Facultățile de sănătate publică trebuie să aibă legături lucrative strânse cu agențiile sanitare statale și locale în care să activeze pe o parte din salariu corpul profesional didactic al facultății, contribuind la rezolvarea problemelor sanitare publice reale cu care se confruntă aceste agenții. Facultățile de sănătate publică pot furniza departamentelor de sănătate servicii importante de cercetare științifică, consultare și evaluare a problemelor sanitare publice.

Activitatea facultăților universitare de sănătate publică este evaluată anual în raporturile decanilor, administratorilor și corpului profesional didactic

superior ca parte componentă a supravegherii continue a facultăților universitare din Statele Unite, rezultatele fiind publicate în revista săptămânală (*U.S. News World Report*). Aceste examinări sunt bazate pe evaluări anuale, inclusiv ale reputației decanilor și corpului profesional didactic superior (40%), a activității științifice (30%), a selectivității studenților (20%) și a resurselor facultății (10%). În anul 1998 cele mai performante facultăți de sănătate publică erau Johns Hopkins, Harvard, Universitatea din Carolina de Nord (Chapel Hill), Universitatea din Washington, Universitatea din Michigan, Universitatea din California-Berkley, Universitatea Columbia (New York), Universitatea din Minnesota, Universitatea Emory (Georgia), Universitatea din Pittsburgh și Universitatea Yale (Connecticut). Cu toate că aceste examinări și top-uri nu au un statut oficial ele sunt importante prin faptul că sunt pe larg utilizate pentru a ghida selecția studenților la facultăți, oferirea granturilor, strângerea de fonduri și completarea corpului profesional didactic.

În Europa continentală învățământul în domeniul sanitar public era tradițional efectuat în spirit lucrativ în instituții statale sau independente la cursurile de agenți medico-sanitari sau manageri spitalicești. Începând cu anii 1980 facultăți de sănătate publică aparte au fost înființate în Germania (Bielefeld), Olanda, Franța, Spania, Polonia și România. Facultatea Nordică de Sănătate Publică fondată în 1970 în Gothenburg asigură cu specialiști țările scandinave. Această facultate a adăugat un aspect sociologic la analiza sistemelor sanitare, dar până când duce lipsă de o experiență epidemiologică și sanitară publică practică și nu este atât de puternică economic ca facultățile din Statele Unite. Recent a fost înființată asociația facultăților europene de sănătate publică care promovează ideea standardizării și recunoașterii reciproce a titlurilor de magistri în sănătate publică în Uniunea Europeană.

Facultățile de sănătate publică sunt deosebit de importante pentru țările în curs de dezvoltare care au nevoie în primul rând de cadre sanitare publice pentru rezolvarea problemelor sanitare persistente. În Nigeria – țară suprapopulată în care principalele probleme sanitare țin de domeniul sănătății

publice în prezent există 20 de facultăți de medicină și nici o facultate de sănătate publică. Departamente de medicină socială sau comunitară există în majoritatea facultăților, dar acestea nu reușesc să ofere studentului acel nivel multidisciplinar de cunoștințe și specializare necesar pentru satisfacerea necesităților sanitare ale societății.

În prezent posturile de conducere în sistemele de sănătate locale, statale și federale sunt ocupate de medici clinicieni, perfecționați în domeniul sănătății publice. Puțini din ei au studii specializate în management, iar majoritatea sunt specializați în discipline înguste ale sănătății publice. Facultățile de sănătate publică pregătesc nu numai conducători și manageri sanitari, dar și cercetători științifici și personal didactic, precum și specialiști în administrarea business-ului (programe MBA). Noua strategie de pregătire a doctorilor în sănătatea publică presupune 5 ani de instruire după bacalaureat, fiind însușite cunoștințe complexe în diferite domenii: analiza socială, sănătatea și bolile în populație, promovarea sănătății și prevenția bolilor, sistemele de sănătate și managementul lor (Vezi Anexa 14.8). Multe facultăți de sănătate publică au acceptat această strategie organizând cursuri speciale de perfecționare pentru administratorii sanitari. Acest fapt este deosebit de important pentru pregătirea cadrelor administrative capabile să abordeze problemele complexe ale organizațiilor de asistență controlată sau ale programelor districtuale de sănătate, implementate în multe țări cu scop de rezolvare a problemelor organizatorice, economice și etice legate de sănătatea individului și a populației.

## POLITICA SANITARĂ ȘI MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

Pregătirea cadrelor administrative și manageriale ale sănătății publice și sistemelor sanitare devine o strategie a facultăților de sănătate publică și de business din Statele Unite. Această tendință va crește odată cu avansarea



asistenței controlate, a integrării intersectoriale și a altor reforme funcționale. Departamentele de management și politică sau servicii sanitare din cadrul facultăților de sănătate publică au sarcina să studieze și să caute metode de îmbunătățire a eficienței organizării sistemelor sanitare. Ca instituții academice acestea trebuie să precaute perspectiva socială, populațională, economică și organizatorică a acestor metode și să elaboreze recomandări în colaborare cu alte discipline cum ar fi economia, juridica, medicina, istoria, sociologia și analiza politică.

Cheltuielile pentru salarizarea personalului constituie cea mai mare parte a cheltuielilor sanitare, astfel managementul și utilizarea acestor resurse umane este de o importanță primordială pentru sistemul sanitar. Personalul medical trebuie selectat, instruit și utilizat eficient pentru a satisface necesitățile sanitare ale populației. Aceasta presupune utilizarea optimală a deprinderilor însușite pentru promovarea lucrului eficient. Managementul resurselor umane include determinarea categoriei de lucrători care cel mai bine pot furniza serviciul specific, a numărului necesar de lucrători și a structurii organizatorice necesare pentru furnizarea asistenței necesare în cel mai eficace mod. Pentru aceasta nu este suficientă doar delegarea responsabilităților, dar și a resurselor, precum și asigurarea imputabilității pentru realizarea obiectivelor trasate.

Managementul resurselor umane presupune și determinarea numărului și tipurilor de personal sanitar necesar în viitor sistemului sanitar. Responsabilitatea nivelului profesional poate fi delegată paraprofesiștilor bine instruiți și calificați. Acest proces include planificarea, managementul, penalizările financiare, licențierea, procedurile disciplinare și de control a calității. Imputabilitatea pentru performanță este de o importanță crucială în orice sistem de asistență medico-sanitară calitativă pentru realizarea scopurilor lui și îmbunătățirea indicilor sanitari.

Reducerea numărului de profesioniști este uneori determinată de interesele proprii ale grupurilor profesionale pentru a micșora competiția. Surplusul de medici poate fi costisitor și distructiv pentru interesele publicului, provocând

utilizarea ineficientă a resurselor sanitare. Excesul de chirurghi generează rate înalte de intervenții chirurgicale inutile, în timp ce insuficiența de medici primari duce la compromiterea posibilităților de acordare a serviciilor medico-sanitare de bază populației. Insuficiența sau calitatea inadecvată a personalului medical mediu influențează negativ calitatea asistenței spitalicești și primare în comunitate. Pentru înlăturarea acestor dezechilibre sunt necesare programe îndelungate de reprofilare și reamplasare în lucru a personalului medical sau concedierea acestui personal.

Asistența controlată în Statele Unite și programele similare din alte țări oferă posibilitatea stabilirii unui echilibru optimal între servicii și impune necesitatea creării noilor profesii în asistența medico-sanitară. Medicii, asistenții medicali practicieni, asistenții sanitari comunitari și mulți alți profesioniști și tehnicieni ai domeniului sanitar vor deveni parte componentă a sistemului complex de servicii medico-sanitare care va funcționa în condițiile unei economii sanitare cost-eficiente și în care prevenția și tratamentul vor face parte din același complex de măsuri, iar promovarea sănătății va avea o importanță fundamentală pentru realizarea obiectivelor organizației.

## REZUMAT

Instruirea și perfecționarea personalului medical de diferite nivele constituie o condiție importantă a dezvoltării atât cantitative, cât și calitative a sistemelor de asistență medico-sanitară. Pentru evitarea asigurării excesive sau a insuficienței de personal medical calificat necesar pentru acordarea serviciilor medicale și a diminuării standardelor de asistență sunt necesare evaluări regulate ale sistemului de învățământ medical.

Pregătirea managerilor și planificatorilor sanitari competenți în analiza datelor și programelor și în administrarea proiectelor sanitare este tot atât de

importantă ca și pregătirea furnizorilor de asistență medico-sanitară. Instruirea profesioniștilor sanitari, inclusiv a managerilor și analiștilor, trebuie efectuată în spiritul Noii Sănătăți Publice. Roluri profesionale nou emergente ale sănătății publice se vor baza pe necesitățile sanitare ale individului și comunității.

Managementul în Noua Sănătate Publică se confruntă cu multe probleme dificile și controversate referitor la resursele umane. Acestea includ nu numai calitatea și cantitatea personalului instruit, dar și flexibilitatea utilizării acestuia, inclusiv reamplasarea personalului din instituțiile de asistență instituțională în activitățile sanitare comunitare și de promovare a sănătății. Cheltuielile pentru personal constituie aproximativ 75% din cheltuielile totale pentru asistența medico-sanitară. Din acest motiv fiecare program de realocare a resurselor în favoarea asistenței comunitare și preventive trebuie neapărat să țină cont de interesele personalului medical și nu numai din considerente economice, dar și calitative. Aceste probleme profesionale și personale trebuie tratate grijuliu și cu iscusință.

Așadar sistemul de asistență medico-sanitară depinde de calitatea, caracteristicile etice, mândria și profesionalismul membrilor lui. De aceea instruirea și perfecționarea personalului medico-sanitar este un considerent fundamental al Noii Sănătăți Publice.

## SURSE ELECTRONICE

Academia Americană de Asistenți Medicali Practicieni (AANP):

<http://www.aanp.org/care@nurse.net> și <http://www.nurse.net/>

Academia Americană de Pediatrie (AAP): <http://www.aap.org/>

Consiliul American de Specialități Medicale (ABMS): <http://www.abms.org/>

Asociația Medicală Americană (AMA): <http://www.ama.org/>

Asociația Americană de Sănătate Publică (APHA): <http://www.apha.org/>

Asociația Facultăților de Sănătate Publică (ASPH): <http://www.asph.org/>  
Asociația Facultăților de Sănătate Publică din Regiunea Europeană (ASPHER):  
<http://www.ensp.fr/aspher/>  
Asociația Profesorilor de Medicină Preventivă (ATPM): <http://www.atpm.org/>  
Consiliul de Educație în Domeniul Sănătății Publice (CEPH):  
<http://www.ceph.org/>  
Comisia de Acreditare a Organizațiilor de Asistență Medico-sanitară (JACHO):  
<http://www.jcaho.org/>  
Liga Națională a Asistenților Medicali (NLN): <http://www.nln.org/info-history.html/>

## LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Feil, E. G., Welch, H. G., Fisher, E. S. 1993. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *Journal of the American Medical Association*, 269:2659-2663.
- Handler, A., Schieve, L. A., Ippoliti, P., Gordon, A. K., Turnock, B. J. 1994. Building bridges between schools of public health and public health practice. *American Journal of Public Health*, 84:1077-1080.
- Kahn, K., Tollman, S. M. 1992. Planning professional education at schools of public health. *American Journal of Public Health*, 82:1653-1657.
- Legnini, M. W. 1994. Developing leaders vs. training administrators in the health services. *American Journal of Public Health*, 84:1569-1572.
- Roemer, M. 1999. Genuine professional doctor of public health the world needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 31:43-44.
- Weiller, P., Hiatt, H., Newhouse, J., Brennan, T. A., Leape, L., Johnson, W. P. 1993. *A Measure of Malpractice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

## BIBLIOGRAFIE

- Bender, D. E., Pitkin, K. 1987. Bridging the gap: The village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Social Science and Medicine*, 24:515-528.
- Berman, P. A., Watkin, D. R., Burger, S. E. 1987. Community-based health workers: Head start or false step toward Health for All? *Social Science and Medicine*, 25:443-459.
- Council on Graduate Medical Education. 1994. *Fourth Report: Recommendations to Improve Access to Health Care through Physician Workforce Reform*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Council on Graduate Medical Education. 1998. *Tenth Report: Physician Distribution and Health Care Challenges in Rural and Inner-City Areas*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. February.
- Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1992. *Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press.
- Eisenberg, D. M., Kesser, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., Delbanco, T. L. 1993. Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328:246-252.
- Fee, I., Acheson, R. M. (eds). 1991. *A History of Education in Public Health*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Fulop, T., Roemer, M. I. 1987. *Reviewing Human Resources Development: A Method of Improving National Health Systems*. Public Health Papers, 83. Geneva: World Health Organization.
- General Medical Council. 1993. *Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: CMC, December.
- Harper, D., Johnson, J. 1998. The new generation of nurse practitioners: Is more enough? *Health Affairs*, 17:158-164.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press.
- Kindig, D. A., Cultice, J. M., Mullan, F. 1993. The elusive generalist physician: Can we reach a 50% goal? *Journal of the American Medical Association*, 270:1069-1073.
- Kohler, L. 1991. Public health renaissance and the role of schools of public health. *European Journal of Public Health*, 1:2-9.
- McKee, M., Clarke, A., Kornitzer, M., Gheysens, H., Krasnik, A., Brand, H., Levett, J., Bolumar, F., Chambaud, L., Herity, B., Auxilia, F., Castali, S., Lanheer, T., Lopes Dias, J., Ria, T. 1992. Public health medicine training in the European community: Is there scope for harmonization? *European Journal of Public Health*, 2:45-53.
- Miullan, F., Rivo, M. L., Politzer, R. M. 1993. Doctors, dollars and determination: Making physician work force policy. *Health Affairs*, 12 (Supplement):138-151.

- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States, 1998, with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. Hyattsville MD: DHHS (PHS) 98-1232.
- Rachlis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Richards, R., Fulop, T., Bannerman, J., Greenholm, G., Guilbert, J. J., Wunderlich, M. 1987. *Innovative Schools for Health Personnel: Report on Ten Schools Belonging to the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. Publication No. 102. Geneva: World Health Organization.
- Roemer, M. 1987. Health manpower allocation in developing countries. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 1:20-24.
- Schorr, T. M., Kennedy, M. S. 1999. *700 Years of American Nursing: Celebrating a Century of Caring*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Walt, G., Gilson, L. (eds). 1990. *Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, PA: Open University Press.
- Werner, D., Thuman, C., Maxwell, J. 1992. *Where There Is No Doctor: A Village Health Care Handbook*. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation.
- Workshop on Alternative Medicine. 1992. *Expanding Horizons: A Report to the National Institutes of Health in Alternative Medical Systems and Practices in the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- World Federation for Medical Education. 1993. *World Summit on Medical Education*. Edinburgh: WFME.
- World Health Organization. 1987. *The Community Health Worker: Working Guide: Guidelines for Training: Guidelines for Adaptation*, Third Edition. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1989. *Specialized Medical Education in the European Region*. Euro Reports and Studies 112. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 1993. *Reviewing and Reorienting the Basic Nursing Curriculum*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 1994. *Nursing Beyond the Year 2000: Report of a Study Group*. Geneva: World Health Organization.