

## Capitolul 11 - Medicină contemporană: Sistemul de sănătate prin lentile socio-politice

UNIVERSITATEA GRIGORI T. POPA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE (RO)

### 1. Informații pentru lectori

#### 1.1 Descrierea subiectului

O abordare dublă a fost concepută pentru a descrie medicina contemporană din România, de la perioada precomunistă până la cea postcomunistă. Dezvoltarea actuală a sistemului de sănătate medicală românesc contemporan a fost explicată din punct de vedere istoric.

În acest capitol, autorii au folosit un amestec de obiecte de învățare menite să introducă subiectul pentru cursanți. Fideli abordării strategice a obiectelor de învățare, au fost alese obiecte (rapoarte oficiale, articole din ziare, articole de cercetare, videoclipuri, interviuri) pentru a ajuta cursanții să-și dezvolte înțelegerea practicii clinice. În plus, problemele legate de etica medicală devin mai conștiente de rolul relevant pe care îl joacă științele sociale medicale în educația unui medic. Mai mult, comparând exemplul sistemului românesc de sănătate cu propriile sisteme, studenții au posibilitatea de a-și exercita abilitățile de comunicare discutând în clasă probleme legate de medicina contemporană.

Sistemul de sănătate din România este un exemplu al modului în care moștenirea comunismului a influențat evoluția sistemului de sănătate în perioada post-comunistă din întreaga Europă. Primul obiect de învățare este o lectură adaptată pentru obiectivele de învățare ale acestei unități din articole și interviuri publicate în reviste medicale și este împărțită în două subteme principale: istoria sistemului de sănătate din România și starea actuală a asistenței medicale din România.

Aceste subiecte sunt evidențiate în continuare de un interludiu juxtapus cu privire la istoria foarte recentă a pandemiei Covid-19.

Primul sub-capitol subliniază evoluția medicinei în Principatele Române, descriind caracterul rudimentar al domeniului, deoarece asistența medicală abia a făcut față în principal epidemiilor vremii. În acest sens, studenților li se oferă informații despre regiunea și nivelul acestor epidemii. Apoi, practica medicală este discutată în termeni de asistență socială precară în România înainte de perioada comunistă.

Lectura continuă subliniind îmbunătățirea treptată a situației sanitare din țară și, de asemenea, alinierea României la standardele de practică medicală din Europa de Vest și de Est. Mai exact, este important ca studenții să observe că mai mulți medici au fost trimiși în străinătate pentru a dobândi experiență medicală și a dobândi cunoștințe practice în practica clinică a timpului. După cum se reflectă în lectură, cursanții ar trebui, de asemenea, să țină cont de faptul că regimul comunist din România a adus schimbări (ideologice) care au devenit vizibile în practica clinică, bioetică, științe medicale, științe sociale sociale, comunicarea afectată și restrânsă între medic și pacient, doctor și alte organisme oficiale. Acest lucru se datorează faptului că medicii s-au temut de sistemul represiv care le-a amenințat practica și a schimbat sistemul de valori cu care erau obișnuiți anterior. Cursanții vor afla că deschiderea către lumea occidentală caracteristică în epoca celui de-al doilea război mondial a fost înlocuită de modelul sovietic (limba rusă și specialiștii incluși), care a dictat în aspecte medicale în special la nivelul subiectelor predispuse la interpretare (biologie, genetică).



O altă problemă complicată din anii comunismului, ilustrată de lectură și pentru care sunt încă necesare soluții eficiente până în prezent, este selecția personalului medical din domeniul sănătății. Selecția bazată pe profesionalism a fost înlocuită de nepotism, criteriile politice, origine socială, de unde creșterea puterii medicale a personalului ineficient instruit. Personalități de renume (cum ar fi Dr. Emil Gherman) au fost persecutate și îndepărtate din pozițiile ocupate pe bună dreptate, în timp ce altele au fost pedepsite pentru că nu aderă la ideologia generală sau le lipsește apartenența politică „corectă”.

După această incursiune cronologică în aspectele politico-istorice care au contribuit la modelarea sistemului de sănătate al României, fragmentul despre adoptarea României asupra pandemiei Covid-19 este oportun pentru că nu numai că reflectă poziționarea țării în contextul internațional similar, ci și o conectează la trecutul său anticipând, în același timp, starea actuală a sistemului său de sănătate.

Al doilea sub-subiect din Reading este reprezentat de asistența medicală în România în zilele noastre, după căderea regimului totalitar în 1989. Astfel, obiectivul de învățare își propune să propună soluții integrate pentru a face față problemelor grave de sănătate ale populației românești. Acest lucru necesită acțiunea proactivă a studenților la medicină și identificarea măsurilor de prevenire și proiectarea de soluții pentru tratamentul bolilor cronice răspândite pe scară largă (de exemplu: cancer) și pentru evitarea factorilor de risc.

Printre alte probleme sensibile, se află problema serviciilor de sănătate restricționate pentru cei săraci care trăiesc în zonele rurale, și în special celor care suferă de boli cronice, și faptul că aceștia solicită mai puțin ajutor medical decât populația mai bogată sau mai educată. În plus, milioanele de oameni care nu plătesc contribuții de asigurări sociale din diverse motive reprezintă un domeniu de îngrijorare. Alte deficiențe ale sistemului de sănătate românesc includ surse de finanțare, care sunt mai grave decât cele ale altor țări ale UE. În cadrul abordării strategice a obiectelor de învățare în lectură, elevilor li se oferă posibilitatea de a reflecta asupra surselor acestor probleme, a punctelor slabe ale instituțiilor incluse și a pașilor necesari pentru soluții adecvate.

O altă problemă de politică prezentată ca punct de plecare pentru discuție este aceea a închiderii spitalelor care a condus la situații absurde (evacuarea pacienților aflați în tratament, mutarea echipamentelor în locații noi însoțite de refuzul medicilor de a părăsi vechea locație) și proteste de stradă. Acest lucru este plasat în contextul nevoii de reorganizare a spitalelor și a problemei controversate cu privire la prea multe rețete date de medici pacienților fără controlul organismelor de reglementare.

Alte provocări ale sistemului de sănătate românesc contemporan abordează problema nevoii de strategii de prevenire pentru a reduce stările de sănătate precare ale populației (o consecință importantă a acestora reprezintă numărul mare de cazuri de obezitate, cancer, diabet, droguri sau abuz de alcool) la nivel național și local. În plus, exodul medical de creiere ca urmare a mobilității profesionale afectează dramatic implementarea asistenței medicale. Aceasta înseamnă, de asemenea, mutarea medicilor din zonele rurale în cele urbane, ceea ce lasă zonele rurale sub-deservite. Nu în ultimul rând, cursul invită la reflecție asupra problemelor generice ale sistemelor de sănătate publică europene, în general și ale României, în special, în care subiecte precum subfinanțarea, în ciuda costurilor ridicate sau a birocrăției excesive, nu reușesc să răspundă nevoilor populației și să contribuie la diminuarea încrederii în sistemele de sănătate.

Al doilea obiect de învățare utilizat în această unitate este un scenariu de caz care include două interviuri, unul cu dr. Vasile Ciurchea, președintele Casei Române de Asigurări de Sănătate și celălalt cu prof. Dr. Corin Badiu, catedra de endocrinologie la Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București. Acestea sunt susținute de un al treilea interviu YouTube cu dr. Eugen Tarcoveanu, chirurg și profesor universitar, fost șef de clinică chirurgicală și director al Spitalului Sf. Spiridon din Iași condus de dr. Richard

Constantinescu, autor și iatro-istirograf, șef al disciplinei Istoria medicinei și curator al Muzeului Universității de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa din Iași. Acest ultim interviu face parte dintr-un serial despre medicina românească înainte și după comunism inițiat și coordonat de dr. Richard Constantinescu și care este inclus printre rezultatele proiectului european Erasmus plus numit Alcmæon, numărul proiectului: 2018-1-ES01-KA203-050606.

Primul interviu se concentrează asupra modalităților de creștere a eficienței Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prin gestionarea derapajelor interne pentru a preveni fraudă și corupția, tratarea libertății invocate adesea în funcționarea sistemului operat de NHIH și a diverselor disfuncții interne. De asemenea, sugerează că modul de comunicare (cu presa sau partenerii) trebuie revizuit. Invită studenții să investigheze strategia NHIH pentru a face față pacienților cronici. Al doilea interviu prezintă provocările programelor de rezidențiat din România și propune soluții pentru acestea: includerea unor specialități extrem de tradiționale în programul de rezidență în medicină internă, reducerea timpului de instruire pentru medicii rezidenți și impactul diferitelor distorsiuni asupra calității educației medicale cu exemple concrete (un rezident în chirurgia generală care nu asistase la o intervenție de cancer de sân în ultimii 6 ani). Exemple de soluții, adoptate și de țările occidentale ale UE (cum ar fi Germania), includ o pregătire mai reglementată a personalului rezident de către formatori specialiști. În cele din urmă, ultimul interviu acordat de dr. Eugen Tarcoveanu este inclus ca un nou obiect de învățare care susține subiectele discutate. Are formatul unui videoclip disponibil pe YouTube și a fost ales pentru că profesorul, care fusese o figură de renume pentru domeniu încă din anii comunismului, vorbește despre perioada de tranziție de la comunism la noile evoluții, în calitatea sa de martor și actor. Celebritatea sa medicală durează până în prezent și identifică aspecte pozitive ale medicinei și chirurgiei românești după cel de-al doilea război mondial, pe care le consideră a rămâne dovada liniei sale europene și a dependenței de noile tehnologii. Profesionalismul personalului medical (cum ar fi medicul Buțureanu) se datorează foarte mult contactelor internaționale și lucrărilor publicate la nivel internațional: în ciuda pagubelor cauzate medicilor, comunismul a contribuit și la creșterea simțului clinic al medicilor în timpul regimului totalitar și a faptului că în această epocă sistemul medical de sănătate se bazează foarte puțin pe importuri (pentru dispozitive, produse farmaceutice etc.) a crescut capacitatea medicilor de a practica bine profesia medicală pe baza experienței și a învățării din cărți.

## 1.2 Obiective de învățare

Obiectivele de învățare ale acestei unități se concentrează pe descrierea a ceea ce cursantul trebuie să poată face la finalizarea acestei activități educaționale. Obiectivele de învățare prezintă cunoștințele, abilitățile și/sau atitudinea pe care cursanții o obțin din această activitate educațională și specifică, de asemenea, modul măsurabil în care performanța și schimbarea ar putea fi măsurate. Deoarece majoritatea obiectivelor de învățare ale cursurilor medicale disponibile pe internet se bazează pe taxonomia lui Benjamin Bloom (1956), autorii unității consideră că este foarte util în redactarea obiectivelor specifice de învățare ale acestei unități pentru cognitiv (cunoaștere), psihomotor (a face: abilitate), și domeniile afective (de atitudine), să se bazeze pe un astfel de model. O mare parte a programelor școlare medicale moderne menționate se concentrează în principal pe domeniul cognitiv, pe care Bloom l-a clasificat în 6 niveluri, începând de la simpla reamintire sau recunoașterea nivelului faptelor (cunoștințelor), prin niveluri mentale din ce în ce mai complexe și abstracte, până la cea mai înaltă ordine (evaluare).

Pentru a face obiectivele de învățare mai eficiente următoarele 5 elemente: cine, va face, cât sau cât de bine, din ce, până când sunt incluse. SMN-ul mnemonic - specific, măsurabil, realizabil, relevant și legat de timp - este utilizat pentru a descrie elementele fiecărui obiectiv de învățare. Iată câteva exemple de verbe de acțiune care reprezintă fiecare dintre cele șase niveluri cognitive, de la cel mai mic la cel mai înalt, pe care le-am considerat că le folosim:



- Cunoștințe: definiți, listați, denumiți, ordonați, recunoașteți, reamintiți, etichetați
- Înțelegere: clasificați, descrieți, discutați, explicați, identificați, localizați, raportați, revizuiți
- Aplicare: aplicați, alegeți, demonstrați, ilustrați, exersați, rezolvați, folosiți
- Analiză: analizați, evaluați, calculați, comparați / contrastați, diferențiați
- Sinteză: aranjați, asamblați, construiți, proiectați, formulați, pregătiți, scrieți
- Evaluare: evaluați, argumentați, judecați, preziceți, evaluați, notați, alegeți

Un exemplu al unui posibil obiectiv SMART generic pentru această unitate este: „La finalizarea acestei unități, participanții ar trebui să poată comenta despre modul în care sistemul medical românesc s-a dezvoltat și s-a schimbat de la perioada precomunistă prin comunism la perioada de tranziție după 1989”.

### Sub-obiective de învățare

Pentru a face acest lucru, participanții trebuie să poată:

- a) Recunoaște și enumera cel puțin 5 dificultăți și provocări auto-alese identificate în studiul de caz, lectură și mărturia filmată;
- b) Descrie și raporta despre soluțiile la aceste dificultăți pe baza atât a resurselor oferite, cât și a practicii medicale personale sau a cercetărilor personale;
- c) Analiza contextul lor de lucru și alegeți o provocare principală și propuneți o soluție la aceasta;
- d) Evalua situația actuală a sistemului de sănătate din România, reflectată în propria instituție medicală și formulează o scurtă diagramă critică a principalelor dificultăți identificate;
- e) Prezice soluțiile probabile pentru următorii 5 ani în legătură cu problemele menționate la punctul d).

După cum este detaliat în literatura de specialitate (Kirkpatrick, 1998; Barr și colab., 2000 pentru domeniul medical), alte obiective de învățare generice ale acestei unități sunt:

- a) Încurajarea participării cursanților și motivația pentru învățare;
- b) Contribuția la schimbarea atitudinii sau percepțiilor participanților cu privire la prejudecățile care operează în sistemul de sănătate din România (consultarea obiectului de învățare găsit în linkul YouTube <https://youtu.be/yCMgzCeOFHg>);
- c) Contribuirea la schimbarea comportamentului cursanților, astfel încât să îi ajute să transfere de bunăvoie ceea ce au învățat la locul de muncă (medical); stimulați atitudinea proactivă a participanților pentru soluții practice pentru nevoile ilustrate în citirea/scenariul de caz/linkul YouTube sau identificate de participanții în viața reală într-o instituție medicală;
- d) Diferențierea între noile concepte conform cărora standardele de calitate ale unui sistem de sănătate sunt structuri, inclusiv proceduri și principii;
- e) Exercițierea și exersarea abilităților sociale, gândirea cognitivă și abilitățile de rezolvare a problemelor ca abilități importante pentru un medic prin intermediul citirii/scenariului de caz/mărturiei YouTube;
- f) Stimulați o atitudine pozitivă față de schimbarea practicii organizaționale a instituțiilor de asistență medicală și indicați la care greșeli ar putea fi evitate (în special cele specifice comunismului și cele din perioada de tranziție după căderea comunismului în 1989);
- g) Identificarea modelelor pozitive, buna practică medicală a predecesorilor pentru a beneficia în cele din urmă pacienții și bunăstarea acestora (mobilitate în străinătate, dezvoltare profesională continuă etc.) și identificarea capcanele practicilor ilegale (luare de mită, prescripții medicamentoase excesive etc.)

## 2. Informații pentru studenți

### 2.1 Studiu de caz



#### Studiul de caz 1: Creșterea eficienței Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

(Adaptat dintr-un interviu cu dr. Vasile Ciurchea, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate)

Cum gestionați derapajele interne pentru a preveni fraudă și corupția?

Când detectăm o neregulă, o investigăm la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (NHIH) în limitele legislației. Oferim sprijinul nostru organelor de anchetă ori de câte ori ni se solicită și le oferim informațiile și documentele necesare. În urma acțiunilor de control desfășurate în mai 2008 în 77 de spitale, au fost impuse sancțiuni în valoare de aproximativ 7 milioane de lei pentru neregulile constatate. Salut inițiativa ministrului sănătății de a redirecționa sancțiunile de anul viitor către echipa de conducere. Ne propunem să sporim rolul managerilor de spitale pentru a-i responsabiliza atât pentru lucrurile bune, cât și pentru cele rele.

2009 și 2014: doi ani în care managementul NHIH s-a schimbat. Ce veți lua de la ceea ce a început anterior președintele Camerei?

Nu putem progresa dacă ne îndepărtăm de schimbările anterioare și continuăm să facem lucrurile din nou la fiecare schimbare a factorilor de decizie. La preluarea mandatului, am găsit în instituție aceeași echipă cu care am lucrat în mandatul anterior. Cei mai tineri au înțeles că trebuie să devină responsabili pentru acțiunile lor din sistem și să se coordoneze cu alte birouri pentru realizarea unor planuri mai mari. În calitate de director, cred că este foarte important să fii responsabil pentru fiecare om din structura pe care o coordonez. Sistemul de sănătate trebuie să funcționeze în întregime și nu fragmentat.

Adesea se invocă o marjă de manevră în funcționarea sistemului operat de NHIH. Există disfuncții inerente. Credeți că modul în care organizația dvs. comunică cu presa sau cu terții trebuie revizuit?

Încercăm să simplificăm și să facem birocrația existentă mai puțin agresivă. NHIH este o instituție destul de tehnică, motiv pentru care factorii de decizie politică și furnizorii de asistență medicală au diferite nemulțumiri cu privire la modul în care comunicăm. Există, de asemenea, puțini funcționari publici în NHIH care să răspundă tuturor cererilor. Analizăm toate reclamațiile și sugestiile exprimate de cei implicați în sistem, ascultăm părerea pacienților, medicilor, managerilor de spitale și a furnizorilor de asistență medicală și corectăm ceea ce este necesar în cadrul contractelor-cadru pentru a asigura un temei legal care să permită sistemului să funcționeze ca cât mai eficient posibil.

Ce poate face NHIH pentru pacienții cronici?

Este vorba despre șansele pe care sistemul medical românesc le oferă pacienților să primească medicamente și tratamente comparabile cu cele din țările europene avansate. Cred că nu se referă doar la finanțare, ci și la relația medic-pacient și încrederea în tratamentul prescris; chiar dacă acesta din urmă nu se referă la ultima generație, poate avea efecte pozitive similare. Conștientizarea populației și dezvoltarea tehnologiei au dus la diagnosticarea precoce a multor tipuri de cancer. Diagnosticile mai rapide nu sunt întotdeauna în concordanță cu resursele financiare ale NHIH, ducând astfel la liste de așteptare mai lungi. Singura parte bună a acestor liste este că identifică nevoile de finanțare. Pentru unele boli oncologice, au fost create noi subprograme, pentru care au fost alocate fonduri specifice, astfel încât serviciile furnizate să poată fi monitorizate mai clar. Nu am aprobat tratamentul pentru toți pacienții care au depus documentele necesare la casele de asigurări. Pentru un dosar aprobat, finanțarea trebuie asigurată până la sfârșitul tratamentului. Lunar, NHIH aprobă aproximativ 500 de cazuri noi de pacienți cu afecțiuni oncologice care necesită molecule scumpe. Aceste noi dosare sunt adăugate tratamentului de urmărire. În ultimii 6 ani, numărul total de pacienți cu afecțiuni oncologice care au avut acces la tratament, terapie standard sau molecule costisitoare a crescut în medie cu 3000 de pacienți pe an, de la 90 474 de pacienți în 2008 la 108.000 de pacienți în 2014. Hepatita este o altă problemă care ne privește. În 2014, valoarea estimată a tratamentelor pentru hepatită a fost de 470 000 RON pentru aproximativ 40 000 pacienți comparativ cu anul precedent, când au fost tratați aproximativ 32 000 pacienți și au fost alocați 387 milioane RON.

Obiectivele prioritare pe care le-am propus sunt creșterea eficienței în gestionarea fondurilor publice de asigurări de sănătate, reducerea risipei și utilizarea abuzivă a banilor publici în sistemul de sănătate. NHIH trebuie să fie foarte vigilent în urmărirea modului în care furnizorii de asistență medicală publică și privată își îndeplinesc obligațiile față de asigurații care ar trebui să respecte în principal obligațiile contractuale față de CNAM. Îmbunătățirea sistemului de sănătate din România trebuie să fie un obiectiv la care participă toți actorii din sistem.

## Studiul de caz 2: Programe de rezidență în România: provocări și soluții

(Adaptat dintr-un interviu cu prof. Dr. Corin Badiu, catedra de endocrinologie la Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București)

Care este starea actuală a pregătirii absolvenților școlilor medicale din România?

Este o problemă în aproape întregul sistem de învățământ postuniversitar. În 2006, a fost emis un ordin de asimilare, care recomanda dispariția multor specialități și includerea unora în specialități mai mari. Specialitățile extrem de tradiționale, cum ar fi oncologia sau neurologia pediatrică, au fost incluse în medicina internă și, respectiv, în neurologia adulților. Aceste distorsiuni au afectat pe toată lumea și au condus la reguli concordante, care nu au durat mult, din 2007 până în 2009. Ulterior, un alt ministru al sănătății a redus timpul de instruire cu unul sau doi ani, considerând că medicii rezidenți petreceau prea mult timp la școală și aveau nevoie de practică pentru a deveni independenți mai repede.



---

## Care a fost impactul acestor măsuri asupra calității educației medicale?

România are nevoie de o strategie pentru a stabili numărul de medici necesari pentru o anumită specialitate pe numărul de locuitori ai țării și pentru a gestiona calitatea acestor medici. În ultimul timp, formarea postuniversitară s-a deteriorat semnificativ. Stagiile complementare și formarea de bază au fost reduse și s-a menținut doar pregătirea de specialitate. Poate că această decizie a fost luată știind că rezidenții nu considerau modulele complementare importante. Antrenamentul trebuie să fie uniform. De exemplu, în Germania, există activități pe care medicul specialist trebuie să le stăpânească. După alegerea specialității sale, nu este posibil să începeți să învățați sau să faceți experimente care ar putea amenința sănătatea pacienților reali. Acest lucru se învață în timpul rezidențiatului! Dacă nu ar fi fost implicați în, de exemplu, operațiuni în timpul antrenamentului, nu li se va permite să efectueze operații majore în spitalele lor mai târziu. Dacă un chirurg general trebuie să efectueze, să zicem, o intervenție chirurgicală Hartmann pentru cancerul sigmoid, după momentul în care și-a obținut certificatul, se presupune că chirurgul știe să aplice procedura corect. Dacă un rezident nu a fost niciodată chirurgul principal într-o astfel de intervenție, el nu o poate efectua în mod corespunzător.

### Aveți un exemplu concret?

Când eram la CNPDS, într-o zi eram în comisia care acordă titlurile de medic specialist într-una din comisiile de chirurgie. Un candidat a primit un caz de cancer mamar. El a prezentat cazul și a insistat asupra impactului psihologic al bolii asupra pacientului. Președintele comisiei de examinare a întrebat: "Cum se face? Fiind întrebat lucruri elementare, candidatul a dat un răspuns care a șocat pe toată lumea." Îmi pare rău să recunosc, dar pe parcursul a 6 ani de facultate și 6 ani de rezidențiat în specialitatea generală chirurgie, nu am văzut niciun tip de cancer de sân! "Comitetul a ales să-i acorde titlul de specialist.

"În chirurgia generală, majoritatea locuitorilor nu văd multe cazuri. Nu li se permite să îndeplinească multe sarcini clinice. Nu înseamnă neapărat că nu lucrează, dar este vorba mai ales de documente, nu de lucrări clinice pe care le desfășoară."

### Ce soluții aveți pentru pregătirea serioasă a rezidenților?

Educație cu responsabilitate. Este greșit să considerăm că rezidentul nu are nicio responsabilitate. Responsabilitatea sa este progresivă, dar și în funcție de cazurile pe care le-a văzut și la care a participat la procesul terapeutic. Am propus, nu cu mult timp în urmă, un formular prin care locuitorii sunt rugați să-și facă propria listă de cazuri pe care le-au văzut. Din păcate, acest lucru a rămas în teorie, deoarece era prea complicat pentru a fi pus în practică. De fapt, era o listă, care reflecta nivelul de implicare al rezidentului: de la nivelul 0 (era un observator al unui caz), la nivelul 5 (în care avea capacitatea de a coordona un rezident începător). Având în vedere toate protocoalele, observăm evoluția, de la 0 la 5. Dacă ne uităm la listă și constatăm că rezidentul, la sfârșitul antrenamentului, nu a văzut cancer de sân, înseamnă că a fost vina noastră sistem. Nu este o boală rară; este o boală neoplazică frecventă. Coordonatorul trebuie să se asigure că rezidentul, la finalul instruirii, a acumulat tot ce a fost recomandat. Acesta este controlul final al calității. În ultimele sesiuni de examen, am refuzat în mod sistematic să acordăm titlul de medic specialist în cazuri ca cel prezentat mai sus, deoarece trebuie să existe un standard minim pe care trebuie să îl respectăm.