

Tạp chí Y Tế Công Cộng

Viet Nam Journal of Public Health

Cơ quan Ngôn luận của Hội Y tế Công cộng Việt Nam

ISSN: 1859 - 1132

Tháng 1.2011, Số 17 (17)

CÁN BỘ CHUYÊN MÔN Y TẾ CỦA THẾ KỶ MỚI:

Cải cách giáo dục nhằm tăng cường hệ thống y tế trong một thế giới
tương hỗ lẫn nhau

[4]

Julio Frenk*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk

Tin hoạt động Hội Y tế công cộng Việt Nam

[56]

Hội Y tế Công cộng Việt Nam
138 Giảng Võ, Hà Nội
Tel (84-4) 3736 6265/6266 2348
Fax: (84-4) 3736 6265
E-mail: vpha@vpha.org.vn
Website: <http://www.vpha.org.vn>



Viet Nam Journal of Public Health

Published by Viet Nam Public Health Association

Contents:

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world

[4]

Julio Frenk*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk

Activities of Vietnam Public Health Public Health Association

[56]

Hướng dẫn viết và gửi bài đăng trên Tạp chí Y tế công cộng

Tạp chí Y Tế Công Cộng nhận đăng tải các thông tin và các công trình nghiên cứu khoa học có chất lượng và các thông tin liên quan đến chuyên ngành y tế công cộng như: dịch tễ học hiện đại, sức khoẻ môi trường, dinh dưỡng, vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng chống các bệnh truyền nhiễm, các bệnh ung thư, HIV/AIDS, chấn thương, dược cộng đồng, chính sách y tế, quản lý y tế, kinh tế y tế, sức khoẻ lao động, phục hồi chức năng, sức khoẻ sinh sản, dân số /KHHGĐ, sức khoẻ vị thành niên, giáo dục và nâng cao SK, khoa học xã hội, nhân học, khoa học hành vi, công nghệ thông tin y học v.v...

Xin gửi bài về địa chỉ sau:

Nguyễn Thị Quý

Hội Y tế Công Cộng Việt Nam

138 Giảng võ, Hà nội

Điện thoại: 04-3736 6265 - 6266 2348

Fax: 04 - 3736 6265 - Di động: 0983103997

E-mail: ntq1@hsp.edu.vn hoặc ntq@vpha.org.vn

Tất cả các tin, bài đều sẽ được gửi đến các chuyên gia thuộc lĩnh vực chuyên môn tương ứng và các thành viên của Ban biên tập xét duyệt trước khi đăng.

Các bài gửi đăng cần đáp ứng các yêu cầu sau:

A. Yêu cầu chung:

1. Bài gửi đăng là bài chưa in ở các báo, tạp chí khác.
2. Phần nội dung chính (main text) của bài gửi đăng không dài quá 4000 từ.
3. Khi dùng chữ viết tắt, cần phải có chú thích lần đầu trước khi sử dụng.
4. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam
5. Gửi văn bản in giấy và bản điện tử, sử dụng bảng mã Unicode (kiểu chữ Arial hoặc Times New Roman), hoặc bảng mã TCVN3-ABC (kiểu chữ VnTime.), khổ A4, khoảng cách giữa các dòng là gấp đôi, lề mỗi chiều để 3cm (khoảng 1 inch).

B. Yêu cầu cụ thể cho mỗi dạng bài viết:

I. Các báo cáo, công trình nghiên cứu khoa học:

Các mục trong bài nên tuân thủ theo trình tự sau:

1. Đầu đề /tiêu đề: đề nghị tác giả cung cấp đầu đề bằng tiếng Việt và tiếng Anh.
2. Họ và tên (các) tác giả: ghi rõ tên và học vị của các tác giả. Số lượng tác giả không nên vượt quá 6 tác giả cho một bài báo trừ trường hợp nghiên cứu do nhiều cơ quan /đơn vị cùng tham gia thực hiện.
3. Tóm tắt tiếng Việt: khoảng 200 từ. Chọn và ghi 5-8 từ chính (key words) để giúp cho việc tham khảo sau này.
4. Tóm tắt tiếng Anh: khoảng 200 từ và liệt kê 5-8 từ chính như phần tiếng Việt.
5. Nội dung chính bao gồm những nội dung sau:
 - Đặt vấn đề và Mục tiêu
 - Phương pháp nghiên cứu
 - Kết quả
 - Bàn luận
 - Khuyến nghị
6. Tài liệu tham khảo:

- Liệt kê tối đa 20 tài liệu tham khảo.
- Trong phần nội dung bài viết, chỉ rõ tài liệu tham khảo bằng cách đánh số, các chữ số được viết dưới dạng số trong ngoặc vuông (ví dụ: Hà nội 1, 21), số thứ tự tài liệu tham khảo trong bài viết tương ứng với số thứ tự trong mục Tài liệu tham khảo sau khi đã sắp xếp theo vần ABC theo hướng dẫn.
- Nếu có cả tài liệu tiếng Việt và tiếng nước ngoài thì sắp xếp riêng theo từng ngôn ngữ (Việt, Anh, Pháp, Đức, Nga, Trung, Nhật).
- Với các tài liệu tham khảo tiếng Việt sắp xếp tài liệu theo vần ABC theo tên riêng của các tác giả
- Với các tài liệu tham khảo tiếng nước ngoài sắp xếp tài liệu theo vần ABC theo Họ của tác giả
- Tham khảo thêm Hướng dẫn chi tiết về cách viết tài liệu tham khảo

7. Lời cảm ơn: Không bắt buộc.

8. Giới thiệu về tác giả:

Cung cấp thông tin ngắn gọn bao gồm: Họ tên, học hàm, học vị, chức vụ, cơ quan công tác và địa chỉ liên hệ (bao gồm: địa chỉ thư, điện thoại, email, fax).

9. Bảng biểu:

- Tổng số hình ảnh /bảng/biểu đồ (nếu có) không vượt quá 5.
- Đánh số bảng /biểu theo thứ tự đề cập trong phần nội dung của bài viết.
- Tiêu đề của bảng được trình bày trước /trên bảng, tiêu đề của đồ thị, biểu đồ, hình vẽ được trình bày ở sau /dưới đồ thị, biểu đồ, hình vẽ.

10. Hình ảnh minh họa:

- Tranh ảnh minh họa nên để ở dạng ảnh đen trắng hoặc gửi ảnh gốc. Chú ý rằng phần minh họa bằng hình ảnh không trả lại.
- Cỡ ảnh và tranh không vượt quá 203 x 254mm.
- Nếu muốn in ảnh màu, tác giả phải trả chi phí.

II. Các bài tổng quan:

Các bài tổng quan thường dựa trên việc tổng hợp và phân tích các tài liệu và số liệu thứ cấp. Trình tự các phần trong bài viết có thể theo trình tự như các bài nghiên cứu khoa học, tuy nhiên điều này phụ thuộc vào cách tiếp cận vấn đề của từng tác giả. Các bài tổng quan cần nêu đủ các nguồn số liệu và tài liệu tham khảo trích dẫn trong bài.

III. Báo cáo chia sẻ kinh nghiệm:

Báo cáo chia sẻ kinh nghiệm có thể đề cập đến các hoạt động, chương trình đào tạo, hay các can thiệp cộng đồng liên quan tới y tế công cộng, ví dụ như phân tích sâu về các chính sách y tế; giới thiệu về chương trình đào tạo YTCC kết hợp giữa lý thuyết và thực hành, tóm tắt nội dung một hội nghị về sức khỏe vị thành niên; đánh giá hiệu quả các can thiệp về vệ sinh môi trường v.v...

IV. Thông tin và bài dịch liên quan đến y tế công cộng:

Các thông tin cần ghi rõ xuất xứ, ngày tháng của nguồn thông tin hoặc bài dịch.

Tạp chí Y tế Công cộng

Hội Y tế Công cộng Việt Nam xuất bản

Viet Nam Journal of Public Health
Published by
Viet Nam Public Health Association

Tổng biên tập
GS. TS. Lê Vũ Anh

Phó tổng biên tập
PGS. TS. Nguyễn Trần Hiển
BS. Nguyễn Xuân Sơn

Thư ký tòa soạn
PGS.TS. Bùi Thanh Tâm

Ban biên tập:
PGS. TS. Phạm Trí Dũng
GS. TS. Nguyễn Công Khẩn
PGS. TS. Bùi Thị Thu Hà
PGS.TS. Lê Cự Linh
TS. Nguyễn Hoàng Long
TS. Nguyễn Huy Quang
TS. Đỗ Mai Hoa
Ths. Phạm Hoàng Anh
TS. Trần Hữu Bích
TS. Phạm Việt Cường
TS. Nguyễn Thanh Hương
Ths. Nguyễn Ngọc Bích
BS. Đặng Văn Khoát
BS. Đặng Quốc Việt

Hội đồng cố vấn:
GS. TS. Dương Đình Thiện
GS. TS. Nguyễn Văn Truyền
PGS. TS. Bùi Thế Cường
GS. TS. Lê Thế Thự
TS. Đàm Viết Cương
BS. Nguyễn Thế Hùng

Trình bày:
Nguyễn Nguyễn

Tòa soạn:
138 Giảng Võ - Hà Nội
Tel: (04) 6266 2348
Fax: (04) 3736 6265
E-mail: vpha@vpha.org.vn

Giấy phép số: 531/GP-BTTTT
Cấp ngày: 24-4-2009
In tại: Công ty Cổ phần In
Công đoàn
In xong và nộp lưu chiểu
tháng 1/2011



GS. TS. Lê Vũ Anh

Thư của Tổng Biên tập gửi bạn đọc

Chào mừng các bạn đến với số đặc biệt
của Tạp chí Y tế Công cộng!

Trong số tạp chí này, chúng tôi đặc biệt đăng tải
một bài báo dịch. Bài báo này được dịch nguyên văn
từ một bài báo do Lancet công bố và cũng chiếm toàn
bộ cả số đặc biệt của Lancet. Tạp chí YTCC được sự
đồng ý của tác giả chính - GS. Lincoln Chen và cũng
qua tác giả này có sự đồng ý của Lancet khi đề nghị
được dịch và công bố rộng rãi. Tài liệu này sẽ được công bố tại một hội thảo
ở Việt Nam do Bộ Y tế cùng Ngân hàng thế giới (World Bank) và Tổ chức Từ
Thiện Đại Tây Dương (Atlantic Philanthropies) phối hợp tổ chức. GS. Lincoln
Chen, một trong hai đồng tác giả của nghiên cứu cũng sẽ có mặt tại buổi công
bố này. Ngoài ra, mục tiêu dài hạn hơn là nhằm thực hiện những khuyến nghị
của bài báo này ở Việt Nam.

Ngay từ đầu thế kỷ trước đã có một báo cáo tương tự của 3 tác giả là:
Flexner, Welch-Rose, và Goldman nghiên cứu về các lĩnh vực y học, y tế công
cộng, và điều dưỡng. Đó là 3 lĩnh vực vốn được coi là cơ bản trong các khoa
học sức khỏe. Các tác giả đã cố gắng phân tích tình hình lúc đó và đưa ra kết
luận đó là phải đưa những tiến bộ khoa học vào hệ thống đào tạo và giảng
dạy các môn trên trong các trường đại học. Và kết quả thật tuyệt vời, đến cuối
thế kỷ, kỳ vọng sống của nhân loại đã tăng lên gấp đôi, thậm chí gấp ba ở
một số nơi. Nhưng đến cuối thế kỷ trước, người ta cũng phát hiện ra rằng có
một loạt bất cập trong quá trình đào tạo các khoa học sức khỏe. Bằng chứng
đưa ra là: những người được đào tạo đã không được trang bị, dù là ở các
trường danh tiếng bậc nhất trên thế giới, các kỹ năng đáp ứng với những vấn
đề khẩn cấp như hậu quả của biến đổi khí hậu, những bệnh dịch mới nổi, các
vấn đề liên quan tới dân số - nhân khẩu học như hiện tượng tăng lên nhanh
chóng của dân số cao tuổi và kèm theo đó là các bệnh mãn tính, những vấn
đề liên quan tới kỹ năng làm việc nhóm, v.v... Việc tách biệt các hoạt động
phòng bệnh và điều trị bệnh ngày càng xa vời cũng được cho là nguyên nhân
góp phần làm tăng thêm khó khăn trong việc giải quyết các vấn đề trên.

Báo cáo được chuẩn bị một cách công phu, mất một khoảng thời gian dài
hàng năm liền do hai đồng tác giả là GS. Julio Frenk, hiệu trưởng trường Đại
học YTCC Harvard và GS. Lincoln Chen, chủ tịch Quỹ CMB (China Medical
Board), và khoảng 20 nhà khoa học trên thế giới trong lĩnh vực giáo dục, đào
tạo các khoa học sức khỏe. Nghiên cứu này cũng nhận được sự góp sức của
nhiều nhà khoa học trẻ tình nguyện ở nhiều nước trên thế giới trong việc thu
thập một số lượng khổng lồ các dữ liệu nghiên cứu. Có những phát hiện rất
hay được trình bày trong nghiên cứu này, giúp chúng ta có những hình dung
rõ ràng về những vấn đề chưa được đề cập trước đây.

Tôi trân trọng giới thiệu số báo đặc biệt này với tất cả các bạn đọc.

Tổng Biên tập
GS. TS. Lê Vũ Anh

CÁN BỘ CHUYÊN MÔN Y TẾ CỦA THẾ KỶ MỚI: Cải cách giáo dục nhằm tăng cường hệ thống y tế trong một thế giới tương hỗ lẫn nhau

Julio Frenk*, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp,
Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley,
Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath
Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk

Tóm tắt

Đặt vấn đề

Một trăm năm trước đã có một loạt các nghiên cứu về đào tạo cán bộ chuyên môn y tế, mở đầu với báo cáo của Flexner năm 1910, đã đặt nền móng cho công tác cải cách. Nhờ lồng ghép khoa học hiện đại vào chương trình giảng dạy ở các trường đại học, công tác cải cách đã trang bị kiến thức cho cán bộ chuyên môn y tế để đóng góp vào việc tăng tuổi thọ con người lên gấp đôi trong thế kỷ 20.

Tuy nhiên vào đầu thế kỷ 21 thì tình hình không được tốt. Những thiếu hụt và bất công bằng trong y tế tồn tại trong và giữa các quốc gia dẫn đến những thất bại chung của chúng ta nhằm chia sẻ những tiến bộ đầy ấn tượng trong y tế một cách công bằng. Đồng thời, các thách thức mới trong y tế cũng đã

xuất hiện. Các nguy cơ mới về bệnh truyền nhiễm, về môi trường và hành vi, có lúc chuyển đổi nhanh chóng về nhân khẩu học và dịch tễ học, đã đe dọa an ninh sức khỏe của tất cả mọi người. Những hệ thống y tế trên thế giới đang cố gắng để duy trì vì chúng ngày càng phức tạp và tốn kém và vấn đề này đặt ra thêm những yêu cầu đối với cán bộ y tế.

Đào tạo chuyên môn đã không bắt kịp với những thách thức này, phần lớn là do các chương trình giảng dạy manh mún, lỗi thời và cứng nhắc đã cho ra trường những sinh viên tốt nghiệp được trang bị kém. Đó là những vấn đề mang tính hệ thống: năng lực không đáp ứng các nhu cầu của người bệnh và quần thể; làm việc nhóm kém; luôn phân biệt giới tính về địa vị chuyên môn; chỉ chú trọng vào chuyên môn hẹp mà không có kiến thức rộng hơn về bối cảnh; chăm sóc theo các giai đoạn hơn là theo chuỗi liên tục; chủ yếu chữa bệnh dựa vào bệnh viện hơn là chăm sóc tuyến ban đầu; mất cân

bằng cả về lượng và chất trong thị trường lao động chuyên môn; và lãnh đạo yếu kém trong tăng cường thực hiện công tác của hệ thống y tế. Những nỗ lực đáng kể để giải quyết các yếu kém trên hầu như vẫn chưa thỏa đáng, một phần vì vấn đề gọi là cát cứ trong chuyên môn - tức là xu hướng các chuyên môn khác nhau hoạt động đơn lẻ thậm chí cạnh tranh với nhau.

Quy hoạch lại đào tạo chuyên môn y tế là điều cần thiết và kịp thời, xét về các cơ hội học tập lẫn nhau và các giải pháp chung có được nhờ sự tương hỗ toàn cầu do sự gia tăng của các luồng giao lưu kiến thức, công nghệ và tài chính vượt qua các biên giới và sự di cư của cả thày thuốc và bệnh nhân. Điều rõ ràng cần có là đánh giá lại tỉ mỉ và chính thức việc đào tạo cán bộ chuyên môn y tế để so sánh với công việc đầy hoài bão của một thế kỷ trước đây.

Đây chính là lý do mà một Ủy ban gồm 20 nhà lãnh đạo chuyên môn và hàn lâm đến từ các nước khác nhau cùng xây dựng một tầm nhìn và chiến lược chung về giáo dục đại học trong y khoa, điều dưỡng, và y tế công cộng (YTCC) với phạm vi vượt qua cả biên giới các quốc gia và lô-cốt của từng chuyên môn đơn lẻ. Ủy ban đã chấp nhận một nhãn quan toàn cầu, một quan điểm đa ngành, và một cách tiếp cận hệ thống. Khuôn khổ toàn diện này đề cập các mối liên hệ giữa hệ thống giáo dục đào tạo và y tế. Nó chú trọng đến con người vừa là người tạo ra vừa là người điều khiển những sự cần thiết và nhu cầu của cả 2 hệ thống giáo dục và y tế. Bằng tương tác thông qua thị trường lao động, công tác giáo dục đào tạo đã cung ứng một lực lượng lao động đã qua đào tạo để thỏa mãn nhu cầu là có những cán bộ chuyên môn làm việc trong hệ thống y tế. Để có được các kết quả với hiệu quả tích cực về sức khỏe, các hệ thống đào tạo chuyên môn thành viên phải xây dựng được các chiến lược mới về giảng dạy và cơ sở đào tạo.

Các kết quả chính

Trên thế giới, có 2420 trường đại học y khoa, 467 trường đại học hoặc khoa y tế công cộng và một số lượng không xác định các cơ sở đào tạo điều dưỡng đại học để đào tạo mới khoảng 1 triệu bác sĩ, y tá điều dưỡng, nữ hộ sinh, và cán bộ chuyên môn YTCC hàng năm. Sự thiếu hụt nghiêm trọng các cơ sở đào tạo càng trở nên trầm trọng vì sự phân bố không đồng đều của các cơ sở này cả ở trong và giữa

các nước.

Mỗi nước trong số bốn nước (Trung Quốc, Ấn Độ, Brazil, và Hoa Kỳ) có trên 150 trường y khoa, trong khi đó có 36 nước lại không có một trường y khoa nào. Ở khu vực Cận Sa-ha-ra châu Phi, 26 nước chỉ có một hoặc không có trường y khoa nào. Xét về khía cạnh bất cân bằng này thì khi ta thấy số lượng các trường y khoa không hoàn toàn tương ứng với cả quy mô dân số cũng như gánh nặng bệnh tật của mỗi quốc gia cũng là điều không ngạc nhiên.

Tổng chi tiêu toàn cầu cho việc đào tạo chuyên môn y tế là khoảng 100 tỷ đô la Mỹ một năm, tất nhiên là có những khác biệt to lớn giữa các nước. Con số này là ít hơn 2% của chi phí cho y tế toàn cầu - một con số quá khiêm tốn cho một ngành nghề cần có nhiều sức lao động và tài năng. Chi phí trung bình cho một người tốt nghiệp ra trường là 113.000 đô la đối với sinh viên y khoa và 46.000 đô la cho điều dưỡng viên, với chi phí đơn vị là cao nhất ở Bắc Mỹ và thấp nhất ở Trung Quốc. Các hệ thống quản lý, kiểm định chất lượng và học tập đều yếu và được thực hiện không đồng đều trên thế giới. Các phân tích của chúng tôi đã cho thấy việc khan hiếm thông tin và nghiên cứu về đào tạo chuyên môn y tế. Mặc dù nhiều cơ sở đào tạo ở tất cả các khu vực đã khởi động các sáng kiến đổi mới nhưng chỉ có ít những bằng chứng mạnh mẽ về hiệu quả của những cải cách này.

Cải cách cho thế kỷ thứ hai

Ba thế hệ cải cách giáo dục đã đem lại tiến bộ trong thế kỷ qua. Thế hệ thứ nhất được khởi động vào đầu thế kỷ 20 với chương trình giảng dạy dựa trên khoa học. Khoảng giữa thế kỷ, thế hệ thứ hai được thực hiện với những đổi mới giảng dạy dựa trên vấn đề. Thế hệ thứ ba hiện nay đang cần phải dựa trên những hệ thống để tăng cường hoạt động của các hệ thống y tế bằng việc áp dụng phù hợp các năng lực chuyên môn chủ chốt trong những hoàn cảnh cụ thể trong khi vẫn vận dụng tri thức của thế giới.

Để thúc đẩy những cải cách ở thế kỷ thứ ba, Ủy ban đề xuất một tầm nhìn là tất cả cán bộ chuyên môn y tế ở tất cả các nước cần được đào tạo để vận dụng tri thức, đưa ra những lý lẽ lập luận và ứng xử đạo đức để họ có thể đủ năng lực tham gia vào một hệ thống y tế, trong đó người bệnh và quần thể là trung tâm, với tư cách là những thành viên của tập thể đội ngũ đáp ứng với yêu cầu của đất nước và

hợp tác toàn cầu. Mục đích cuối cùng là bảo đảm bao phủ phổ cập các dịch vụ toàn diện có chất lượng cao và đó là điều thiết yếu để đạt được cơ hội cho công bằng sức khỏe ở trong và giữa các nước.

Để thực hiện tầm nhìn này cần có một loạt những cải cách về giảng dạy và cơ sở đào tạo theo định hướng của hai kết quả dự kiến: học tập mang tính chuyển đổi và tương hỗ lẫn nhau trong đào tạo. Chúng tôi coi học tập để chuyển đổi là cấp độ cao nhất trong 3 cấp độ kế tiếp nhau từ học tập để tiếp nhận kiến thức và kỹ năng, học tập để hình thành rồi đến học để chuyển đổi. Học để tiếp nhận là việc học để có kiến thức và kỹ năng; mục đích là đào tạo được các chuyên gia. Học để hình thành là việc xã hội hóa sinh viên về những giá trị; mục đích là tạo ra các cán bộ chuyên môn. Học để chuyển đổi là phát triển những thuộc tính lãnh đạo; mục đích là đào tạo ra những tác nhân thay đổi có tri thức. Mỗi cấp độ trong đào tạo có hiệu quả làm được xây dựng dựa trên cấp độ đã có trước. Là một kết quả được coi trọng, học để thay đổi bao gồm 3 bước chuyển cơ bản: từ việc ghi nhớ những gì đã có đến nghiên cứu tìm tòi, phân tích, và tổng hợp thông tin cho việc ra quyết định; từ chỉ tìm kiếm những phẩm chất chuyên môn đến đạt được các năng lực chủ chốt cho tập thể làm việc hiệu quả trong hệ thống y tế; và từ việc chấp nhận các mô hình đào tạo mà không có phản biện đến việc áp dụng sáng tạo các nguồn lực quốc tế để giải quyết các vấn đề trong nước. Sự tương hỗ lẫn nhau là một thành phần chính trong phương cách tiếp cận hệ thống vì nó nhấn mạnh các cách thức mà các cấu phần khác nhau tương tác với nhau. Là một kết quả mong đợi, tương thuộc trong đào tạo cũng bao gồm 3 bước chuyển cơ bản: từ các hệ thống đào tạo và y tế biệt lập đến các hệ thống đào tạo và y tế hài hòa; từ các cơ sở đào tạo độc lập đến các mạng lưới, liên minh và hiệp hội của các cơ sở đào tạo, và từ những quan tâm hướng nội trong cơ sở đào tạo đến tận dụng những luồng giao lưu quốc tế về nội dung đào tạo, nguồn lực giảng dạy, và những đổi mới.

Học để chuyển đổi là một kết quả được đề ra của những cải cách giảng dạy; tương thuộc trong đào tạo cần là kết quả của các cải cách cơ sở đào tạo. Dựa trên cơ sở các khái niệm chính này, Ủy ban đã đưa ra một loạt các khuyến nghị cụ thể nhằm cải thiện hoạt động của hệ thống. Các cải cách về giảng dạy cần: chấp nhận các phương pháp tiếp cận dựa trên năng lực đối với việc thiết kế giảng dạy, áp

dụng phù hợp các năng lực này để thay đổi nhanh chóng các điều kiện trong nước dựa trên các nguồn lực toàn cầu; tăng cường đào tạo liên ngành và xuyên ngành để có thể phá vỡ các lô-cốt của từng chuyên ngành đồng thời tăng cường các quan hệ hợp tác và không phân biệt giai tầng trong một tập thể làm việc có hiệu quả; khai thác hiệu quả của công nghệ thông tin cho việc học tập; tăng cường các nguồn lực đào tạo với việc chú trọng vào phát triển đội ngũ giảng dạy; và nâng cao một phẩm chất chuyên môn mới sử dụng các năng lực là những tiêu chí khách quan để phân loại cán bộ chuyên môn y tế và xây dựng những giá trị chung về trách nhiệm xã hội. Cải cách cơ sở đào tạo cần: thiết lập ở mỗi nước các cơ chế lập kế hoạch về đào tạo và y tế chung có chú ý đến các khía cạnh cơ bản như nguồn gốc xã hội, phân bố tuổi, và thành phần giới của nhân lực y tế; mở rộng các trung tâm học thuật thành hệ thống học thuật bao gồm cả các mạng lưới bệnh viện và các đơn vị chăm sóc tuyến ban đầu; cùng kết nối thông qua các mạng lưới toàn cầu, các liên minh, và các hiệp hội; và hỗ trợ một văn hóa phản biện tích cực.

Thực hiện các cải cách này sẽ gặp phải nhiều rào cản. Vì vậy các khuyến nghị của chúng tôi cần có một loạt các hành động hỗ trợ. Trước hết là sự tham gia rộng rãi của lãnh đạo ở tất cả các cấp - địa phương, quốc gia và toàn cầu - sẽ rất quan trọng trong việc đạt được các cải cách và kết quả đã đề xuất. Phải có sự lãnh đạo từ trong các cộng đồng học thuật và chuyên môn, nhưng sự lãnh đạo đó phải được các nhà lãnh đạo chính trị trong chính quyền và xã hội ủng hộ. Thứ hai là phải vượt qua được những thiếu hụt tài chính hiện nay với việc mở rộng đầu tư đáng kể trong đào tạo chuyên môn y tế từ tất cả các nguồn: công lập, tư nhân, viện trợ phát triển, và các quỹ. Thứ ba là các cơ chế quản lý bao gồm cả việc công nhận trách nhiệm xã hội, cần phải được tăng cường để đảm bảo có thể có các kết quả tốt nhất với bất kỳ mức độ kinh phí nào. Cuối cùng, chia sẻ học tập bằng việc hỗ trợ đo lường, đánh giá, và nghiên cứu cần được tăng cường để xây dựng cơ sở kiến thức về những đổi mới nào là có hiệu quả trong những hoàn cảnh nào.

Cán bộ chuyên môn y tế đã đóng góp rất nhiều cho y tế và phát triển trong thế kỷ trước nhưng sự tự mãn chỉ sẽ duy trì áp dụng không hiệu quả các chiến lược giáo dục của thế kỷ 20 đã không còn phù hợp để đương đầu với các thách thức của thế kỷ 21.

Bởi vậy, chúng tôi kêu gọi một phong trào xã hội mang tính toàn cầu của tất cả các bên có liên quan - những nhà giáo dục, sinh viên và cán bộ y tế trẻ tuổi, các cơ quan chuyên môn, các trường đại học, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan quốc tế, các nhà tài trợ và các quỹ - có thể thúc đẩy hành động cho tầm nhìn và các khuyến nghị này nhằm đẩy mạnh một thế kỷ mới của giáo dục đào tạo chuyên môn đổi mới. Kết quả sẽ là những hệ thống y tế có tính công bằng hơn và hoạt động tốt hơn so với hiện nay, với những ích lợi tất yếu cho người bệnh và các quần thể ở mọi nơi trong thế giới tương hỗ lẫn nhau của chúng ta.

Phần 1 Đặt vấn đề

Thông tin cơ bản và cơ sở hợp lý Những thách thức phức hợp

Sức khoẻ là tất cả những gì con người cần có. Ngoài sự hào nhoáng bề mặt của công nghệ hiện đại, khoảng không cốt lõi của mọi hệ thống y tế được lấp đầy bằng sự giao dịch duy nhất giữa một nhóm người cần dịch vụ và một nhóm được giao phó để cung cấp dịch vụ. Sự giao phó này có được thông qua một kết hợp đặc biệt của năng lực kỹ thuật và định hướng dịch vụ với cam kết đạo đức và trách nhiệm xã hội, và điều này hình thành nên bản chất của công tác chuyên môn. Xây dựng nền sự kết hợp kể trên cần có đào tạo lâu dài và đầu tư thích đáng của cả sinh viên và xã hội. Thông qua một chuỗi các công việc từ học tập hiệu quả đến các dịch vụ chất lượng cao cho sức khoẻ được cải thiện, đào tạo chuyên môn với chất lượng tốt nhất sẽ góp phần thiết yếu cho phồn vinh của các cá nhân, gia đình và của cộng đồng.

Tuy nhiên, hoàn cảnh, nội dung và điều kiện của những nỗ lực xã hội để đào tạo những cán bộ chuyên

môn y tế có năng lực, chu đáo và cam kết đang thay đổi nhanh chóng cả về không gian và thời gian. Tuổi thọ con người tăng gấp đôi một cách ngoạn mục trong thế kỷ 20 đã đóng góp vào cải thiện mức sống và tiến bộ về tri thức. Bằng chứng phong phú cho thấy rằng có sức khoẻ tốt ít nhất cũng phải là một phần dựa vào tri thức và động lực xã hội. Kiến thức khoa học không chỉ tạo ra công nghệ mới mà còn trao quyền cho người dân chấp nhận lối sống lành mạnh, cải thiện hành vi tìm kiếm chăm sóc, và trở thành những công dân chủ động và có ý thức về quyền của mình. Ngoài ra, tri thức được chuyển thành minh chứng có thể dẫn đường cho thực hành và chính sách. Hệ thống y tế là các cơ sở khác nhau có định hướng xã hội với mục đích đầu tiên là cải thiện sức khoẻ, làm tăng tầm quan trọng của các yếu tố xã hội mang tính quyết định và các trào lưu xã hội trong y tế. Trong các nỗ lực này, những cán bộ chuyên môn đóng vai trò trung gian cơ bản để áp dụng tri thức nhằm cải thiện sức khoẻ. Nhiều bằng chứng cho thấy rằng độ bao phủ và số lượng cán bộ chuyên môn y tế có tác động trực tiếp đến kết quả sức khoẻ. Cán bộ chuyên môn y tế là những người cung cấp dịch vụ kết nối mọi người với công nghệ, thông tin và tri thức. Họ cũng là người chăm sóc, tuyên truyền viên và nhà giáo dục, thành viên làm việc trong nhóm, nhà quản lý, nhà lãnh đạo, và nhà hoạch định chính sách. Là người trung gian về kiến thức, các cán bộ chuyên môn y tế là những khuôn mặt đại diện của hệ thống y tế. Có thể cho rằng, những cải cách đầy ấn tượng trong đào tạo những cán bộ chuyên môn y tế đã là chất xúc tác trong gặt hái thành tựu y tế trong thế kỷ qua. Sau khi có phát kiến lý thuyết mầm bệnh ở châu Âu, những năm đầu thế kỷ 20 đã chứng kiến cách sâu rộng trong đào



Hình 1. Các báo cáo của Flexner, Welch-Rose, và Goldmark.

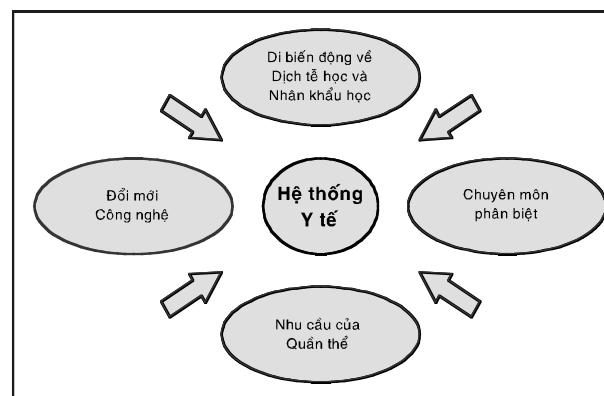
tạo chuyên môn trên thế giới. Đầu thế kỷ 20 ở Hoa Kỳ những báo cáo của Flexner, Welch-Rose, và Goldmark đã thay đổi việc đào tạo đại học các bác sĩ, cán bộ chuyên môn YTCC và điều dưỡng viên (Hình 1). Những nỗ lực này nhằm đưa nền tảng khoa học vào trong đào tạo cán bộ chuyên môn y tế và mở rộng ra các lĩnh vực y tế khác.

Tuy nhiên, những thiếu hụt rõ ràng và bất công bằng trầm trọng vẫn tồn tại ở ngành y tế cả trong và giữa các nước trong thập kỷ đầu của thế kỷ 21. Một tỷ lệ lớn trong số 7 tỷ người sống trên hành tinh này phải chịu đựng những tình trạng sức khỏe của một thế kỷ trước đây. Nhiều người phải đối mặt với xung đột và bạo lực. Những thành quả y tế đã bị đảo ngược với sự sụt giảm tuổi thọ trung bình ở một số nước, cụ thể như ở Cận Sa-ha-ra châu Phi, là do bị ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS. Người nghèo ở các nước đang phát triển tiếp tục bị các nhiễm khuẩn phổ biến, suy dinh dưỡng, và các nguy cơ sức khỏe liên quan đến thai sản - những vấn đề đã được kiểm soát từ lâu ở các quần thể sung túc hơn. Đối với những người bị bỏ lại phía sau thì những tiến bộ ngoạn mục về y tế trên thế giới lại là một lý do để lên án sự thất bại chung của chúng ta trong việc đảm bảo sự chia sẻ công bằng tiến bộ về y tế.

Đồng thời, an toàn sức khỏe đang bị thách thức với các nhiễm khuẩn mới, những đe dọa về môi trường và hành vi cộng với những di biến động về nhân khẩu học và dịch tễ học. Hệ thống y tế đang phải xoay sở để giữ vững và đang trở nên phức tạp và tốn kém hơn, đòi hỏi thêm nhiều yêu cầu đối với cán bộ y tế.

Ở nhiều nước, các bộ chuyên môn phải tiếp xúc với người bệnh đa dạng nhiều hơn về mặt xã hội với tình trạng mãn tính và là những người chủ động hơn trong hành vi tìm kiếm sức khỏe. Cần phải có sự chăm sóc điều trị được điều phối cả về không gian và thời gian, và làm việc tập thể nhóm trước đây chưa có trong việc quản lý người bệnh. Cán bộ chuyên môn phải kết hợp sự phát triển bùng nổ của tri thức và công nghệ trong lúc phải đảm đương mở rộng các chức năng - siêu chuyên môn hóa, dự phòng và quản lý điều trị phức hợp ở nhiều nơi, kể cả các loại hình cơ sở khác nhau ngoài việc chăm sóc điều trị tại nhà và tại cộng đồng (Hình 2).

Kết quả là có một khủng hoảng dần dần phát triển trong sự không tương xứng của năng lực chuyên môn với các ưu tiên của người bệnh và quần thể do chương trình giảng dạy manh mún, lỗi thời, và không



Hình 2. Các thách thức mới nảy sinh của hệ thống Y tế

linh hoạt đã đào tạo ra những sinh viên tốt nghiệp ra trường không được trang bị đầy đủ từ những cơ sở đào tạo với tài chính nghèo nàn. Ở hầu hết các nước, công tác đào tạo cán bộ chuyên môn y tế đã không đưa ra được những khắc phục cho hệ thống y tế hoạt động kém và không mang tính công bằng vì chương trình giảng dạy cứng nhắc, có các lô-cốt chuyên ngành, phương pháp dạy học trì trệ (tức là khoa học giảng dạy), không phù hợp hóa đầy đủ với bối cảnh trong nước, và tính thương mại hóa trong chuyên môn. Đặc biệt đáng chú ý là sự thất bại trong chăm sóc ở tuyến ban đầu tại cả các nước giàu và nghèo. Các thất bại này mang tính hệ thống-cán bộ chuyên môn không theo kịp nhịp độ và trở thành các nhà quản lý công nghệ thuần túy, và làm trầm trọng thêm những bất cập lâu dài như việc ngại ngùng đi phục vụ các cộng đồng bị thiệt thòi ở vùng nông thôn. Cán bộ chuyên môn thiếu những năng lực cần thiết cho làm việc tập thể nhóm và họ không thực hiện lãnh đạo hiệu quả để thay đổi hệ thống y tế.

Cả các nước giàu và nghèo đều bị thiếu nhân lực, mất cân bằng trong cơ cấu nhân lực cán bộ và phân bổ cán bộ không đồng đều. Đào tạo cán bộ chuyên môn không tạo ra giá trị tiền bạc cao ở cả các nước giàu và nghèo. Khó khăn trong việc thiết kế và chậm chạp thực hiện, cải cách giáo dục ở nước giàu nhằm phát triển các năng lực chuyên môn để đáp ứng các nhu cầu sức khỏe đang thay đổi, khắc phục các lô-cốt chuyên môn thông qua đào tạo liên ngành, phát huy cách học với trợ giúp của công nghệ thông tin, tăng cường các kỹ năng nhận thức cho lập luận phản biện, và củng cố bản sắc và giá trị chuyên môn đối với sự lãnh đạo trong y tế. Đặc biệt cải cách là vấn đề thách thức ở các

nước nghèo vì những khó khăn do các nguồn lực cực kỳ khan hiếm. Nhiều nước đang cố gắng mở rộng các dịch vụ thiết yếu thông qua việc triển khai các nhân viên y tế tuyến cơ sở, ngay khi hàng triệu người đang phải đến với những nhà cung cấp dịch vụ không có bằng cấp về y cả truyền thống và hiện đại. Với nỗ lực để đạt được các mục tiêu y tế, nhiều nước nghèo đã hướng nguồn tài chính từ nhà tài trợ bên ngoài để thực hiện các sáng kiến nhằm mục tiêu vào bệnh tật. Kết quả là ở nhiều nước, đào tạo chuyên môn cấp đại học đã không được đưa vào chương trình nghị sự về chính sách và bị lãng quên đi bởi tình trạng khẩn cấp hoặc các dự án hành động cấp bách và bị coi là quá tốn kém, không phù hợp hoặc quá dài.

Sự phục hưng cho tính chuyên nghiệp mới - lấy người bệnh làm trọng tâm và dựa vào làm việc tập thể nhóm - đã được bàn luận nhiều, nhưng thiếu sự lãnh đạo, khuyến khích, và thẩm quyền để thực hiện lời hứa. Một vài nỗ lực để xác định lại vai trò và trách nhiệm tương lai của cán bộ chuyên môn y tế vẫn quẩn quanh giữa cái gọi là chủ nghĩa cục bộ cứng nhắc làm những nỗ lực đó không thành hiện thực. Đã có sự vận động mạnh mẽ cho các nhóm hành nghề chuyên môn cụ thể, nhưng không có một chiến lược tổng thể cho một cộng đồng cán bộ chuyên môn y tế quy mô lớn hơn để làm việc cùng nhau nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe của cá nhân và quần thể. Đã có một vài nỗ lực đầy ý nghĩa gần đây để cố gắng giải quyết các yếu điểm này nhưng chúng vẫn còn chưa đủ.

Các cơ hội mới

Các cơ hội đang mở ra cho một thời kỳ cải cách mới để hình thành giáo dục chuyên môn cho thế kỷ 21 được thúc đẩy bằng việc học tập lẫn nhau nhờ có sự tương hỗ lẫn nhau trong y tế, thay đổi trong phương pháp giáo dục, vấn đề sức khỏe nổi bật của công chúng, và nhận thức ngày càng tăng về tính nhất thiết phải thay đổi. Điều nghịch lý là dù có những khác biệt rõ ràng, sự tương hỗ lẫn nhau trong y tế vẫn gia tăng và các cơ hội cho việc học tập lẫn nhau và chia sẻ tiến bộ đã được mở rộng nhiều. Sự di chuyển mang tính toàn cầu của con người, tác nhân gây bệnh, công nghệ, tài chính, thông tin, và tri thức làm thành nền tảng cho thuyền chuyền quốc tế các nguy cơ và cơ hội sức khỏe, và những giao lưu xuyên biên giới quốc gia cũng đang gia tăng. Chúng ta ngày càng tương thuộc với nhau về các

nguồn lực y tế chủ chốt, đặc biệt là các nhân viên có kỹ năng.

Bên cạnh thay đổi với nhịp độ nhanh chóng trong y tế, có một cuộc cách mạng song song trong giáo dục đào tạo. Sự gia tăng bùng nổ không chỉ trong toàn bộ khối lượng thông tin mà còn trong việc dễ dàng tiếp cận thông tin, điều đó có nghĩa rằng vai trò của các trường đại học và các cơ sở đào tạo khác cần phải được xem xét lại. Tất nhiên học tập vẫn luôn thu lượm nhiều kinh nghiệm, ngoài việc giảng dạy chính thống, thông qua tất cả các loại tương tác nhưng nội dung thông tin và tiềm năng học tập là hiện tại hôm nay chứ không có tiền lệ. Trong bối cảnh thay đổi nhanh chóng này, các trường đại học và cơ sở đào tạo đang mở rộng vai trò truyền thống của mình là nơi để mọi người đến thu nhận thông tin (v.d. tham khảo sách trong thư viện hoặc lên lớp nghe các giảng viên chuyên môn) để tổng hợp các hình thức học tập mới tốt hơn những bó buộc của lớp học. Thể hệ học viên mới cần năng lực để xử lý khối lượng thông tin lớn để rút ra và tổng hợp kiến thức cần thiết cho việc ra quyết định để điều trị và cho quần thể. Những diễn biến này tạo ra cơ hội mới cho những phương pháp, công cụ và ý nghĩa của công tác đào tạo.

Chưa từng bao giờ vấn đề sức khỏe nổi bật của công chúng nói chung và sức khỏe toàn cầu nói riêng lại tạo ra một môi trường thuận lợi để thay đổi đến thế. Sức khỏe ảnh hưởng những vấn đề toàn cầu thúc bách nhất của thời đại chúng ta: phát triển kinh tế xã hội, an ninh quốc gia và an toàn con người, và phong trào toàn cầu vì quyền con người. Giờ đây chúng ta hiểu rằng sức khỏe tốt không chỉ là kết quả mà còn là một điều kiện cho phát triển, an ninh và các quyền. Đồng thời, việc tiếp cận được chăm sóc y tế chất lượng cao với bảo đảm tài chính cho mọi người đã trở thành một trong những ưu tiên chính trị đối nội chủ yếu trên toàn thế giới.

Đánh giá và quy hoạch lại đầy đủ và chính thức việc đào tạo cán bộ chuyên môn y tế phải được đảm bảo để đáp ứng mong muốn của những nhà cải cách ở thế kỷ trước. Một đánh giá như thế nhất thiết phải mang tính toàn cầu và đa ngành, xuyên suốt các quốc gia và khu vực. Cải cách cho thế kỷ 21 là đúng lúc vì sự nhất thiết phải liên kết các năng lực chuyên môn với bối cảnh đang thay đổi, sự tham gia ngày càng tăng của công chúng trong y tế, và sự tương thuộc toàn cầu, kể cả mong muốn chia sẻ về bình đẳng trong sức khỏe.

Công tác của Ủy ban

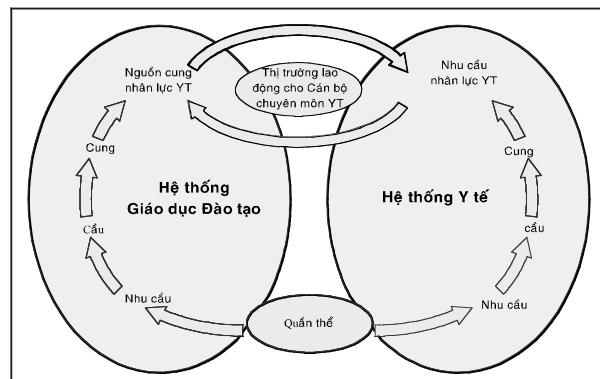
Ủy ban về đào tạo cán bộ chuyên môn y tế cho thế kỷ 21 được thành lập tháng 1 năm 2010. Sáng kiến độc lập này được lãnh đạo bởi một nhóm đa dạng gồm 20 ủy viên trên khắp thế giới đã thông qua một quan điểm mang tính toàn cầu nhằm tăng cường công tác y tế bằng việc khuyến nghị những đổi mới trong giảng dạy và các cơ sở đào tạo để hỗ trợ một thế hệ mới các cán bộ chuyên môn y tế - những người sẽ được trang bị tốt nhất để giải quyết các thách thức hiện tại và tương lai trong y tế. Webappendix/Phụ lục trang 1-5 liệt kê tên các thành viên của Ủy ban và các cơ quan tư vấn của Ủy ban. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu, thảo luận và tham vấn trong 1 năm. Thời gian có hạn đã ảnh hưởng tới quy mô và chiều sâu của các cuộc tham vấn, thu thập và phân tích dữ liệu. Mục tiêu của chúng tôi là xây dựng một tầm nhìn mới với các khuyến nghị thực tiễn về các hành động cụ thể có thể tạo ra các bước cho việc chuyển đổi đào tạo cán bộ chuyên môn y tế ở tất cả các nước cả giàu lẫn nghèo. Công việc của Ủy ban là nhằm đánh dấu 100 năm kỷ niệm của báo cáo Flexner năm 1910 - một báo cáo đã phát triển mạnh mẽ công tác đào tạo y khoa trên khắp thế giới.

Khung khái niệm thống nhất

Ủy ban bắt đầu công việc bằng xác định mục tiêu về nghiên cứu của mình - đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Sự phân chia lao động hiện tại giữa các chuyên ngành y tế khác nhau là một sự xây dựng mang tính xã hội có kết quả từ các tiến trình lịch sử phức tạp xung quanh các tiến bộ khoa học, phát triển công nghệ, quan hệ kinh tế, quan tâm chính trị, và các hình thái giá trị văn hóa và niềm tin. Bản tính năng động của các ranh giới nghề nghiệp được nhấn mạnh bởi những đấu tranh liên tục giữa các nhóm chuyên môn khác để phân định các lĩnh vực hoạt động tương ứng. Việc phân chia lao động ở bất cứ thời điểm cụ thể nào và trong bất kỳ xã hội cụ thể nào thường là kết quả của các tác động xã hội này nhiều hơn bất cứ thuộc tính cố hữu nào của công việc liên quan đến y tế.

Phần lớn trong báo cáo này chúng tôi tiếp tục đề cập các chuyên ngành y tế theo cách quy ước. Chúng tôi chú trọng vào cán bộ y tế đã hoàn thành giáo dục đại học - chủ yếu từ các trường đại học hoặc các cơ sở đào tạo bậc cao khác được pháp luật cho phép chứng nhận thành quả học tập bằng việc

cấp phát bằng cấp chính thức. Mặc dù định nghĩa này không bao gồm hầu hết các nhân viên y tế cộng đồng và tuyến dưới và đã có sự gia tăng đáng kể các loại hình nghề nghiệp hoặc chuyên môn mới, chúng tôi chú trọng chủ yếu vào chuyên môn truyền thống với sự nhấn mạnh đặc biệt đối với y khoa, điều dưỡng - hộ sinh, và y tế công cộng (YTCC). Những phân tích và khuyến nghị của chúng tôi là dành cho tất cả các chuyên ngành y tế. Tuy nhiên phân định giữa các chuyên ngành y tế không được phác họa rõ ràng, tất cả đều phụ thuộc vào quá trình đào tạo nhằm phát triển kiến thức, kỹ năng và các giá trị để cải thiện sức khỏe cho người bệnh và quần thể. Vì vậy, có sự liên kết cơ bản giữa một mặt là đào tạo chuyên môn và mặt khác là tình trạng sức khỏe. Vì lý do này nên Ủy ban đã xây dựng một khung nhằm mục đích hiểu rõ hơn các tương tác phức hợp giữa hai hệ thống: giáo dục đào tạo và y tế (*hình 3*).



Hình 3. Khung khái niệm hệ thống.

Ngược lại với các khung khác, trong đó quần thể là ngoại sinh đối với hệ thống y tế hoặc giáo dục, quan điểm của chúng tôi coi quần thể là nền tảng và là động lực của các hệ thống này. Con người tạo ra các nhu cầu cả trong giáo dục và y tế, và ngược lại có thể được chuyển thành yêu cầu đòi hỏi về các dịch vụ giáo dục và y tế. Việc cung cấp các dịch vụ giáo dục tạo nguồn cung cấp lực lượng lao động được đào tạo đáp ứng yêu cầu về cán bộ chuyên môn làm việc trong hệ thống y tế. Tất nhiên con người ta không chỉ là người hưởng dịch vụ mà còn là người đồng đào tạo thực sự của chính giáo dục và y tế.

Trong phương pháp tiếp cận hệ thống này, tính tương thuộc của ngành y tế và giáo dục là rất lớn. Sự cân bằng giữa hai hệ thống mang tính thiết yếu

cho hiệu suất, hiệu quả và công bằng. Mỗi quốc gia có một lịch sử của riêng mình, và những gia tài của quá khứ định hình cả hiện tại và tương lai. Có hai đầu mối cơ bản trong khung này. Thứ nhất là thị trường lao động chi phối sự phù hợp hay không phù hợp giữa cung và cầu về cán bộ chuyên môn y tế, và thứ hai là năng lực yếu kém của nhiều quần thể, đặc biệt là nhóm người nghèo, để chuyển các nhu cầu về giáo dục và y tế thành các đòi hỏi hiệu quả cho những dịch vụ về y tế và giáo dục tương ứng. Trong hoàn cảnh tối ưu, có sự cân bằng giữa các nhu cầu của quần thể, các đòi hỏi của hệ thống y tế về cán bộ chuyên môn, và sự cung ứng những cán bộ đó của hệ thống giáo dục đào tạo. Các cơ sở giáo dục đào tạo sẽ cho biết được đào tạo được bao nhiêu và loại hình cán bộ nào được đào tạo. Lý tưởng nhất là họ làm như thế để đáp ứng lại các dấu hiệu thị trường lao động được các cơ sở y tế đưa ra và các dấu hiệu này cần đáp ứng đúng đắn nhu cầu của quần thể.

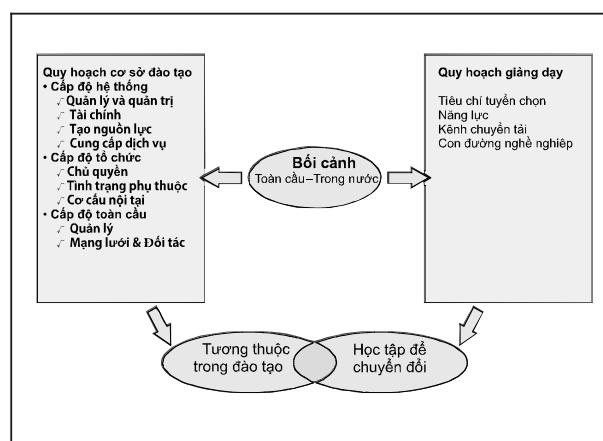
Tuy nhiên, trong thực tế thị trường lao động cho cán bộ chuyên môn y tế thường có những đặc điểm tạo nên bởi nhiều sự mất cân đối, trong đó quan trọng nhất là sự cung ứng không đầy đủ, thất nghiệp và thiếu việc làm - những điều này có thể lượng hoá được (làm việc không toàn thời gian) hoặc định tính hoá (sử dụng các kỹ năng không ở mức tối ưu). Để tránh những mất cân đối này, hệ thống giáo dục đào tạo phải đáp ứng được các yêu cầu của hệ thống y tế. Tuy nhiên, nguyên lý này không có hàm ý về vị trí thứ yếu của hệ thống giáo dục đào tạo. Chúng ta thấy các cơ sở giáo dục có vai trò thiết yếu để thay đổi hệ thống y tế. Thông qua vai trò nghiên cứu và lãnh đạo, các trường đại học và các cơ sở giáo dục

bậc cao khác tạo ra các bằng chứng về những thiếu sót của hệ thống y tế và về những giải pháp tiềm năng. Thông qua chức năng giáo dục đào tạo của mình, các cơ sở đào tạo ra các cán bộ chuyên môn có thể thực hiện đổi thay trong các tổ chức là nơi họ làm việc.

Ngoài các mối liên kết của thị trường lao động, hệ thống giáo dục và y tế cùng có chung một điểm được người ta nghĩ đến như là một tiểu hệ thống chung - gọi là tiểu hệ thống đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Trong khi tại một vài nước các trường đào tạo cán bộ chuyên môn y tế ở dưới quyền quản lý của Bộ y tế thì ở các nước khác chúng lại thuộc quyền của Bộ giáo dục. Không kể đến vấn đề hành chính này thì tiểu hệ thống giáo dục đào tạo cán bộ chuyên môn y tế có tính năng động của riêng mình nhờ có vị trí ở giữa hai hệ thống xã hội chủ yếu. Suy cho cùng thì khoảng không gian chăm sóc y tế cũng là khoảng không gian giáo dục đào tạo, trong đó có đào tạo tại chức các cán bộ chuyên môn tương lai.

Liên kết giữa các hệ thống giáo dục và y tế cũng phải đề cập đến các mô hình cung cấp dịch vụ và các mô hình đó sẽ xác định cơ cấu nhân sự của nhân viên y tế và phạm vi thay đổi công việc. Ngoài các khía cạnh về quản lý, cũng có phạm trù chính trị vì cán bộ chuyên môn y tế không thể hoạt động cô lập mà thường được tổ chức thành các nhóm có chung quyền lợi. Hơn nữa, các chính phủ thường luôn có ảnh hưởng đối với việc cung cấp cán bộ chuyên môn y tế để đáp ứng với tình huống chính trị hơn so với tính phù hợp của thị trường hoặc thực tế về dịch tễ học. Cuối cùng, các thị trường lao động dành cho cán bộ chuyên môn y tế không chỉ có trong nước và cả trên phạm vi toàn cầu. Những cán bộ với những phẩm chất được quốc tế công nhận thì cũng xảy ra việc di cư ngày càng tăng.

Sau khi định rõ các mối liên kết giữa các lĩnh vực y tế và giáo dục đào tạo, khung của chúng tôi xác định được 3 khía cạnh chủ yếu của giáo dục: Quy hoạch cơ sở đào tạo (cụ thể hoá cơ cấu và chức năng của hệ thống giáo dục đào tạo), quy hoạch giảng dạy (chú trọng vào các tiến trình), và kết quả đầu ra của giáo dục đào tạo (liên quan đến các kết quả mong muốn); (Hình 4). Các khía cạnh về cả quy hoạch cơ sở đào tạo và giảng dạy đã được trình bày trong những báo cáo gốc của thế kỷ 20, trong đó tìm câu trả lời không chỉ cho câu hỏi về việc dạy gì và dạy như thế nào mà còn cho việc dạy ở đâu - có nghĩa là loại hình tổ chức cần thực hiện chương trình



Hình 4. Các cấu phần chủ chốt của hệ thống giáo dục đào tạo.

giảng dạy. Tuy nhiên, ngược lại với các báo cáo khoáng một thế kỷ trước đây, chúng tôi coi các cơ sở đào tạo không chỉ là các tổ chức riêng lẻ mà còn là cấu phần của một mạng lưới các tổ chức liên quan với nhau thực hiện các chức năng đa dạng của một hệ thống giáo dục đào tạo.

Bằng việc áp dụng phù hợp khung khái niệm được xây dựng lúc đầu nhằm để hiểu hoạt động của hệ thống y tế, chúng ta có thể nghĩ về 4 chức năng thiết yếu cũng có thể áp dụng cho hệ thống giáo dục đào tạo: (1) quản lý và quản trị bao gồm các công cụ như quy chuẩn và chính sách, bằng chứng cho việc ra quyết định, và đánh giá thực hiện công việc nhằm đưa ra hướng dẫn chiến lược cho các cấu phần khác nhau của hệ thống giáo dục đào tạo; (2) tài chính, bao gồm phân bổ toàn thể các nguồn lực cho các cơ sở giáo dục từ các nguồn kẽm cả công và tư, và các phương thức cụ thể cho việc định rõ các dòng nguồn lực cho mỗi tổ chức giáo dục với các khuyến khích tiếp theo; (3) tạo nguồn, quan trọng nhất là phát triển đội ngũ giảng dạy; và (4) cung cấp dịch vụ, liên quan đến việc thực tế cung cấp dịch vụ giáo dục đào tạo như phản ánh được quy hoạch giảng dạy.

Cách thức cơ cấu 4 chức năng trên đã làm rõ cấp độ hệ thống được biểu thị trong Hình 4. Trong một hệ thống, các tổ chức riêng lẻ sẽ khác biệt nhau tùy theo chủ quyền (v.d. công lập, tư nhân không lợi nhuận và tư nhân có lợi nhuận), tình trạng phụ thuộc (v.d. độc lập, thành phần của một tổ hợp khoa học sức khoẻ, hoặc thành phần của một trường đại học tổng hợp) và cơ cấu nội tại (v.d. là khoa hay không là khoa). Các khía cạnh này đều quan trọng trong quy hoạch cơ sở đào tạo. Cấp độ toàn cầu cũng quan trọng không kém. Chức năng quản lý cần được thực hiện ở cấp quốc gia cần có đối tác toàn cầu, đặc biệt về các định nghĩa có tính chất quy chuẩn về các năng lực chủ chốt phổ biến mà tất cả các cán bộ chuyên môn y tế ở mỗi nước cần có. Một sự phát triển đang nổi lên trên bình diện toàn cầu liên quan đến các hình thức tổ chức mới như mạng lưới và quan hệ đối tác đã tận dụng ưu thế của công nghệ thông tin và truyền thông.

Để có một hiệu quả tích cực đối với hoạt động của hệ thống y tế và cuối cùng là các kết quả đầu ra về sức khoẻ đối với người bệnh và các quần thể, các cơ sở giáo dục đào tạo phải được quy hoạch để tạo ra một tiến trình giảng dạy tối ưu. Quy hoạch giảng dạy bao gồm những vấn đề có thể được trình

bày với 4 chữ C (trong tiếng Anh): (1) tiêu chuẩn để tuyển chọn sinh viên vào học, bao gồm cả các biến số thành công như thành tích học tập trước kia và các biến số quy thuộc như nguồn gốc xã hội, nguồn gốc chủng tộc hoặc dân tộc, giới tính, và quốc tịch; (2) năng lực, như được xác định trong quá trình thiết kế chương trình giảng dạy; (3) các kênh/phương thức giảng dạy - chúng tôi định nghĩa là một loạt các phương pháp lên lớp, công nghệ giảng dạy, và phương thức truyền thông; và (4) con đường nghề nghiệp - là các lựa chọn mà những người đã tốt nghiệp ra trường có thể có khi đã hoàn thành việc học tập chuyên môn vì đó là những kết quả mà họ đã đạt được về mặt kiến thức và kỹ năng, quá trình xã hội hoá chuyên môn mà họ đã được tiếp cận khi còn là sinh viên, và những nhận thức của họ về các cơ hội tại những thị trường lao động trong và ngoài nước (hình 4).

Những cơ cấu khác nhau về quy hoạch cơ sở đào tạo và giảng dạy sẽ dẫn đến các kết quả đầu ra của giáo dục đào tạo khác nhau. Trong đánh giá hoạt động của bất kỳ hệ thống nào thì việc làm cho các kết quả mong đợi được rõ ràng trở thành một thành phần thiết yếu. Đối với Ủy ban của chúng tôi, hai kết quả đầu ra đã được đề xuất cho hệ thống đào tạo cán bộ chuyên môn y tế - học tập để chuyển đổi và tính tương hỗ lẫn nhau trong giáo dục đào tạo. Học tập đổi mới là kết quả đầu ra được đề xuất cho việc cải tiến trong quy hoạch giảng dạy; tính tương thuộc trong giáo dục cần bắt nguồn từ những cải cách của cơ sở đào tạo (hình 4). Vì những vấn đề này là những khái niệm chỉ đạo cho những khuyến nghị của chúng tôi cho nên chúng sẽ được bàn luận trong phần cuối của báo cáo này.

Thành phần cuối cùng trong khung của chúng tôi, như thể hiện trong hình 4, đề cập tới vấn đề là tất cả các khía cạnh của hệ thống giáo dục đào tạo có ảnh hưởng sâu sắc từ tình hình ở trong nước cũng như trên toàn cầu. Mặc dù nhiều sự tương đồng có thể được chia sẻ trên bình diện toàn cầu, vẫn có những sự đặc trưng và phong phú ở trong nước. Sự đa dạng như vậy đã tạo ra những cơ hội để chia sẻ việc giáo dục đào tạo giữa các nước ở mọi mức độ phát triển kinh tế.

Số liệu và phương pháp

Khung khái niệm được sử dụng để hướng dẫn nghiên cứu, tham vấn và viết báo cáo của Ủy ban. Trang 6 - 10 của Webappendix đưa ra số liệu và

phương pháp chi tiết cho công việc này. Dữ liệu bao gồm bản tổng kết các xuất bản phẩm, ước tính định lượng, các nghiên cứu trường hợp định tính, và các bài viết nghiên cứu và được bổ sung bằng các tham vấn với các chuyên gia và cán bộ chuyên môn trẻ. Chúng tôi đã tìm kiếm tất cả các bài viết được công bố có liệt kê trên PubMed và Medline phù hợp với giáo dục đại học trong y khoa, điều dưỡng và y tế công cộng. Các cơ sở giáo dục Y khoa đại học được tập hợp bằng việc kết hợp hai cơ sở dữ liệu chủ yếu: Quỹ vì sự tiến bộ của Giáo dục và Nghiên cứu Y khoa quốc tế (FAIMER) và Avicenna, được cập nhật với số liệu gần đây nhất của khu vực và quốc gia. Chúng tôi ước tính số cơ sở giáo dục y tế công cộng từ các website liên quan đến các khu vực, nhưng số cơ sở điều dưỡng - hộ sinh không có số liệu để so sánh quốc tế. Do định nghĩa chưa rõ ràng, ước tính về các cơ sở y tế công cộng và điều dưỡng chưa được hoàn thiện.

Số lượng sinh viên tốt nghiệp y khoa và điều dưỡng - hộ sinh được trích dẫn từ cả hai báo cáo trực tiếp (v.d. từ Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế - OECD) và các ước tính luân chuyển hàng năm từ mô hình nguồn điều dưỡng do TCYTTG báo cáo. Chúng tôi không ước tính số lượng sinh viên tốt nghiệp YTCC vì những hạn chế số liệu và khái niệm. Ước tính tài chính được tính toán thông qua các phương pháp tiếp cận vi mô và vĩ mô. Phương pháp tiếp cận vi mô để ước tính cung cấp tài chính cho giáo dục đào tạo y khoa và điều dưỡng dựa trên chi phí đơn vị của giáo dục đại học nhân với số sinh viên tốt nghiệp. Chúng tôi đã so sánh các kết quả này với phương pháp vĩ mô được sử dụng để tính toán phần đóng góp của tài chính giáo dục đại học dành cho giáo dục y khoa và điều dưỡng. Mặc dù không được chính xác, độ hội tụ của hai phương pháp tiếp cận vi mô và vĩ mô cho ta một số đảm bảo rằng phạm vi rộng trong ước tính của chúng tôi là thiết thực.

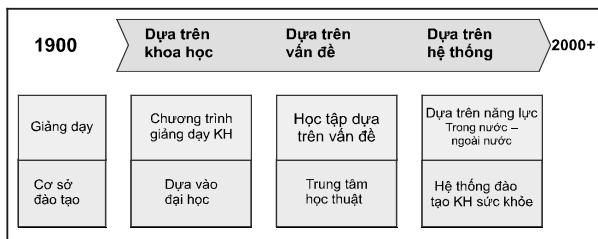
Phần 2 Các kết quả chính

Các kết quả chính của Ủy ban được trình bày trong 4 tiểu phần. Tiểu phần thứ nhất mô tả những cải cách giáo dục của một thế kỷ được nhóm lại thành 3 thế hệ. Hai tiểu phần tiếp theo trình bày

những phỏng đoán của chúng tôi dựa trên các phân loại chính của khung khái niệm. Việc phân tích quy hoạch cơ sở đào tạo chủ yếu dựa vào số liệu định lượng nhằm trình bày một phân tích toàn cầu về các cơ sở đào tạo, sinh viên tốt nghiệp ra trường và cung cấp tài chính, sau đó là các chức năng quản lý chủ chốt như kiểm định chất lượng, hệ thống giảng dạy chuyên môn, phát triển đội ngũ giảng dạy, và cộng tác trong chia sẻ học tập. Sau đó chúng tôi xem xét quy hoạch giảng dạy, chú trọng vào mục đích, nội dung, phương pháp, và kết quả đầu ra của quá trình học tập. Các thách thức được phân loại dựa vào 4 chữ C (tiếng Anh) đã được giải thích trong khung khái niệm: tiêu chuẩn tuyển chọn sinh viên nhập học, năng lực, kênh/phương thức giảng dạy, và con đường thăng tiến nghề nghiệp. Trong tiểu phần cuối cùng chúng tôi đi xuyên suốt khía cạnh cơ sở đào tạo và giảng dạy bằng việc xem xét những thách thức về khả năng thích ứng ở trong nước với một thế giới toàn cầu hóa mang tính tương hỗ lẫn nhau. Với sự đa dạng lớn của các hệ thống y tế và giáo dục đào tạo, chúng tôi đề cập tới vấn đề là làm thế nào mà quy hoạch giảng dạy và cơ sở đào tạo có thể đạt hiệu quả trong những bối cảnh đa dạng trong khi đồng thời tận dụng sức mạnh của kho tàng và giao lưu kiến thức cũng như các nguồn lực khác trên toàn cầu?

Một thế kỷ của cải cách

Để nắm bắt được những phát triển mang tính lịch sử trong thế kỷ vừa qua, chúng tôi xác định có 3 thế hệ của cải cách (hình 5). Chúng tôi nhận thấy rằng, cũng như tất cả các cách phân loại khác, cách này làm đơn giản hóa thực tế đa chiều, và vì thế việc phân loại của chúng tôi là rộng mở và phần nào mang tính bắt buộc. Tuy nhiên có các thông tin từ việc phân tích lịch sử và chúng tôi tin rằng các phân loại này có giá trị tìm tòi. Cụm từ thế hệ mang ý nghĩa là sự phát triển này không phải là sự kế tiếp tuyến tính của những cải cách rõ ràng. Thay vào đó, các thành phần của từng thế hệ tồn tại theo thứ tự trước sau, có một hình thái thay đổi phức hợp và năng động. Thế hệ đầu tiên bắt đầu từ đầu thế kỷ 20 thầm nhuần với chương trình giảng dạy dựa trên cơ sở khoa học. Khoảng giữa thế kỷ, thế hệ thứ hai áp dụng những đổi mới giảng dạy dựa trên vấn đề. Thế hệ thứ ba đang cần thiết hiện nay phải nền dựa trên hệ thống.



Hình 5. Ba thế hệ của cải cách.

Pa-nen 1:

Báo cáo của Flexner, Rose-Welch, và Goldmark

Báo cáo chuyên sâu của Hoa Kỳ (Flexner, Welch-Rose, và Goldmark) có tác động mạnh mẽ trong giáo dục chuyên môn y tế ở Bắc Mỹ, và được bàn luận rộng rãi trên khắp thế giới. Tất cả các báo cáo đều khuyến nghị những cải cách giảng dạy chính để lồng ghép các khoa học y học hiện đại vào chương trình giảng dạy chủ chốt, và những cải cách cơ sở đào tạo để kết nối đào tạo với nghiên cứu và đưa đào tạo chuyên ngành vào trong các trường đại học tổng hợp.

Báo cáo của Flexner - 1910

Báo cáo giới thiệu các khoa học hiện đại làm cơ sở cho chương trình giảng dạy y khoa với 2 giai đoạn nối tiếp nhau: 2 năm cho các khoa học y sinh cơ bản, chủ yếu học ở trường đại học, tiếp theo là 2 năm đào tạo lâm sàng, chủ yếu học ở các bệnh viện và trung tâm y khoa hàn lâm của trường. Nghiên cứu không được coi là phần kết thúc mà là một kết nối với cải thiện điều trị bệnh nhân và đào tạo lâm sàng. Flexner cũng thay đổi việc đào tạo bác sĩ từ mô hình thực hành thủ việc sang mô hình hàn lâm và báo cáo của ông đã tạo điều kiện để thiết lập các trung tâm y khoa hàn lâm, đánh dấu sự khởi đầu một kỷ nguyên phát triển chưa được biết đến cho đến nay.

Năm 1912, Flexner mở rộng nghiên cứu của mình về đào tạo y khoa sang một nhóm các nước chủ chốt ở châu Âu. Mặc dù mô hình đào tạo chuyên môn của Flexner được chấp nhận rộng rãi bên ngoài Hoa Kỳ và Ca-na-da, nó thường không được áp dụng một cách đầy đủ để cập vấn đề sức khỏe trong những bối cảnh xã hội khác biệt nhau rộng lớn.

Báo cáo của Welch-Rose - 1915

Báo cáo này đưa ra 2 cách nhìn cạnh tranh nhau về đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Kế hoạch của

Rose là cho hệ thống quốc gia đào tạo YTCC với các trường tuyến trung ương đóng vai trò chủ chốt của một mạng lưới các trường của nhà nước, cả hai loại đều chú trọng vào thực hành YTCC. Ngược lại, kế hoạch của Welch yêu cầu các viện vệ sinh, theo mô hình của Đức, có chú trọng nhiều hơn về nghiên cứu khoa học và liên kết với các trường y khoa trong các đại học tổng hợp. Kế hoạch của Welch được Quỹ Rockefeller hỗ trợ tài chính để thành lập trường YTCC và Vệ sinh Johns Hopkins năm 1916 và trường YTCC Harvard năm 1922. Hầu hết các trường YTCC ở Hoa Kỳ đều theo mô hình Welch là các khoa độc lập trong trường đại học. Bên ngoài Hoa Kỳ và Canada, cả hai mô hình trường do Rose và Welch mô tả được áp dụng và cùng tồn tại cho đến ngày nay.

Báo cáo của Goldmark - 1923

Báo cáo này ủng hộ cho các trường đào tạo điều dưỡng trong các trường Đại học, nêu lên những bất cập của các cơ sở giáo dục hiện có trong đào tạo các điều dưỡng viên có kỹ năng. Báo cáo đặt công tác điều dưỡng lên ngang hàng với quỹ đạo hàn lâm như y khoa và y tế công cộng ở Hoa Kỳ, dù cho có hơi muộn một chút. Mặc dù các gánh nặng sức khỏe chủ yếu đang tồn tại vào thời điểm đó - như tử vong sơ sinh và bệnh lao - đã giảm một cách mạnh mẽ, tầm quan trọng của một lực lượng điều dưỡng viên được đào tạo tốt vẫn được chú trọng, bao gồm cả các tiêu chuẩn cao về thành tích đào tạo điều dưỡng đã đạt được.

Hầu hết các nước và các cơ sở đào tạo chuyên môn có các hình thức hỗn hợp của những cải cách này. Tại một số nước, hầu hết các trường hoàn toàn giới hạn trong thế hệ thứ nhất, với chương trình và phương pháp giảng dạy truyền thống và trì trệ và sự bất lực hoặc thậm chí đối kháng với thay đổi. Nhiều nước đang kết hợp với cải cách thế hệ thứ hai, và một vài nước đang tiến tới thế hệ thứ 3. Dường như không có nước nào là có tất cả các trường ở thế hệ thứ 3.

Mặc dù 3 thế hệ đều giới hạn trong thế kỷ 20, chúng tôi nhận thấy rằng đổi mới trong đào tạo y khoa có một gốc rễ lịch sử lâu dài và sâu sắc trên khắp thế giới. Các hệ thống đào tạo y khoa ban đầu được thấy ở Ấn Độ khoảng thế kỷ thứ 6 trước Công nguyên trong một văn bản tài liệu cổ điển gọi là

Susruta Samhita, và ở Trung Quốc với bài giảng về Y học Trung quốc tại Học viện Hoàng đế vào năm 624 sau Công nguyên. Các nền văn minh Ả rập và Bắc Phi cũng như các nền văn minh Hy Lạp và Mesoamerican đã làm hưng thịnh các hệ thống đào tạo y khoa. Ở Anh quốc, trường Cao đẳng Thày thuốc Hoàng gia đã bắt đầu từ thế kỷ 17.

Cải cách giáo dục trong thế kỷ 20 đã có chung gốc rễ xa xưa từ các trào lưu xã hội và phát triển của các khoa học y học trong thế kỷ 19. Giữa những năm 1800, Florence Nightingale đã vận động là chăm sóc điều dưỡng tốt có thể cứu cuộc sống, và chăm sóc điều dưỡng tốt phụ thuộc vào các điều dưỡng viên (ĐDV) đã qua đào tạo. Chương trình đào tạo ĐDV đầu tiên bắt đầu ở London năm 1859, là một chương trình 2 năm đào tạo dựa vào bệnh viện sau đó nhanh chóng lan ra khắp Anh quốc, Hoa Kỳ, Đức, và các nước bán đảo Scandinavia. Gốc rễ của y học hiện đại và YTCC cũng quay ngược lại tương tự vào giữa những năm 1800, được thúc đẩy bởi các khám phá được lý thuyết mầm bệnh "germ" chứng minh. Đến đầu thế kỷ 20, các lĩnh vực y học và YTCC đã bị các tiến bộ khoa học bỏ qua mà không có các chuẩn mực nghiêm khắc về giáo dục đào tạo và thực hành dựa trên các nền tảng hiện đại.

Sau những phát triển ở Tây Âu, thế hệ đầu tiên của cải cách trong thế kỷ 20 tại Bắc Mỹ đã được khuấy động với những báo cáo của Flexner (1910), Welch-Rose (1915), Goldmark (1923), và Gies (1926), những báo cáo này đã đưa các khoa học sức khoẻ hiện đại vào trong các giảng đường và phòng thí nghiệm y khoa, YTCC, điều dưỡng và nha khoa (Pa-nen 1). Các cải cách này thường là đào tạo có thứ tự trong các khoa học y sinh, theo sau đó là việc đào tạo trong thực hành lâm sàng và YTCC và có những nỗ lực tương tự ở các vùng khác cùng tham gia. Cải cách về chương trình giảng dạy được kết nối với thay đổi cơ sở đào tạo - các cơ sở trường đại học, các bệnh viện thực hành gắn với các trường đại học, đóng cửa các trường có chất lượng thấp, và cùng chú trọng nghiên cứu và đào tạo. Mục đích là để thúc đẩy tính chuyên nghiệp dựa vào khoa học với các tiêu chuẩn cao về kỹ thuật và đạo đức.

Tổ chức từ thiện Hoa Kỳ, đứng đầu là Quỹ Rockefeller, Quỹ Carnegie vì Tiến bộ trong giảng dạy, và các tổ chức tương tự khác, đã khuyến khích những cải cách giáo dục bằng việc cung cấp tài chính cho việc thiết lập hàng chục trường y khoa và YTCC mới ở Hoa Kỳ và những nơi khác. Hai năm

sau khi công bố báo cáo ban đầu chú trọng vào Hoa Kỳ và Ca-na-đa, Flexner đã mở rộng nghiên cứu về giáo dục y khoa của mình sang Đế chế Đức, Áo, Pháp, Anh, và Scotland. Nhưng ảnh hưởng của báo cáo lại vượt qua các quốc gia ở Tây Âu. Mô hình được gọi là mô hình Flexner được chuyển thành hành động qua việc thành lập các trường y khoa mới, trường sớm nhất và nổi bật nhất là Trường Đại học Y khoa Liên đoàn Bắc Kinh được thành lập ở Trung Quốc của Quỹ Rockefeller và được Ban Y tế Trung Quốc (CMB) điều hành vào năm 1917.

Trong YTCC, những trải nghiệm đầu tiên tại Trường Y học Nhiệt đới London, Đại học Tulane, và Trường Cán bộ Y tế Harvard-MIT chịu ảnh hưởng báo cáo của Welch-Rose, đã kiến tạo con đường phát triển chính của các trường mới bắt đầu với trường YTCC và Vệ sinh Johns Hopkin (1916) và trường YTCC Harvard (1922) và trường YTCC Mexico (1922), Trường Vệ sinh và Y học Nhiệt đới London được đổi mới (1924) và Trường YTCC - Đại học Toronto (1927). Mô hình Welch-Rose cũng đã được giới thiệu thông qua việc cung cấp tài chính của Quỹ Rockefeller cho 35 trường YTCC mới ở ngoại quốc, có thể nêu ví dụ của trường YTCC Mexico được thành lập năm 1922 - là một phần của Bộ Y tế liên bang.

Việc mở rộng và chấp nhận với quy mô lớn này đã có những kết quả đầu ra hỗn hợp, với các kết quả hữu ích tại một số nước nhưng cũng có những bất cập nghiêm trọng ở những nước khác. Năm 1987, trường tiên phong ở Mexico đã trải qua cải cách cơ bản khi nó sát nhập với Trung tâm Nghiên cứu YTCC và Trung tâm nghiên cứu Bệnh truyền nhiễm để tạo thành Viện YTCC Quốc gia - một trong những cơ sở hàng đầu về loại hình này ở thế giới đang phát triển. Nhiều tấm gương cải cách khác, kể cả một vài quốc gia Ả rập và Nam Á, cũng cho thấy năng lực của các cơ sở học thuật YTCC để đáp ứng với những yêu cầu thay đổi nhanh chóng và đa dạng ở trong nước.

Song song với sự tham gia ngày càng tăng của các chính phủ các nước trong vấn đề y tế, thế hệ cải cách thứ 2 bắt đầu sau Thế chiến thứ 2 tại các nước công nghiệp hóa và cả các nước đang phát triển, trong đó có nhiều nước vừa mới giành độc lập từ chủ nghĩa thuộc địa. Sự phát triển của các trường và đại học được đồng hành cùng với sự mở rộng của các bệnh viện tuyến trung ương và các trung tâm y tế thực hành có đào tạo cán bộ chuyên môn y tế, tiến

hành nghiên cứu, cung cấp điều trị chăm sóc và nhở đó đã lồng ghép 3 lĩnh vực hoạt động này với nhau. Đầu tiên phong trong những năm 1950 là ý tưởng đào tạo y khoa sau đại học - tương tự như thời gian thử việc, thông qua các chương trình nội trú tại các trung tâm học thuật có bệnh viện thực hành.

Những đột phá chính về giảng dạy từ thế hệ cải cách thứ hai là việc học dựa trên vấn đề và chương trình giảng dạy lồng ghép với các chuyên ngành. Trong những năm 1960, Đại học McMaster ở Canada đã đi tiên phong với việc học lấy sinh viên làm trung tâm dựa trên các nhóm nhỏ thay thế cho phong cách dạy học chỉ bằng những bài giảng. Đồng thời, một chương trình giảng dạy lồng ghép thay cho chương trình chuyên ngành đơn lẻ được thí điểm xây dựng ở Newcastle, Anh quốc và Case Western Reserve, Hoa Kỳ.

Pa-nen 2:

Áp dụng phù hợp đào tạo và nghiên cứu YTCC cho những ưu tiên trong nước

Một số cơ sở đào tạo YTCC đã phát triển trong những thập kỷ gần đây để đáp ứng với những tình hình đa dạng ở các nước. Chúng tôi trình bày những đổi mới ở 3 khu vực: các nước Ả rập, Mexico và Nam Á.

Viện Cộng đồng và YTCC, thuộc trường đại học Birzeit ở lãnh thổ Palestine bị chiếm đóng, là một trong 3 trường YTCC độc lập được liên kết với các trường đại học hàng đầu ở khu vực Ả rập; Viện YTCC High (HIPH) thuộc trường đại học Alexandria ở Ai-cập là một cơ sở lớn được thành lập năm 1956; và Khoa các Khoa học sức khoẻ, thuộc Đại học Hoa Kỳ ở Bei-rút (AUB), Li-băng được thành lập riêng rẽ từ trường y khoa của AUB năm 1954 và đã đạt tiêu chuẩn kiểm định cho chương trình YTCC bậc đại học do Hội đồng Giáo dục về YTCC của Hoa Kỳ cấp năm 2006. Tất cả các cơ sở này được thiết lập phù hợp với bối cảnh của quốc gia, như có nhà nước mạnh ở Ai-cập, xung đột nội bộ ở Li-băng, hay sự vắng mặt của cơ cấu nhà nước trong vùng lãnh thổ Palestine bị chiếm đóng. Tất cả đã chấp thuận các phương pháp tiếp cận khác nhau với YTCC; áp dụng các can thiệp dựa trên bằng chứng để cải thiện cung cấp chăm sóc sức khoẻ và sức khoẻ môi trường ở Ai-cập, mở rộng thực hành YTCC phát triển đa ngành ở Li-băng, và chú trọng

vào các yếu tố xã hội quyết định sức khoẻ cần thiết phải hành động cả trong và ngoài lĩnh vực y tế ở lãnh thổ Palestine bị chiếm đóng.

Viện YTCC Quốc gia Mexico (NIPH) được thành lập năm 1987 để đáp ứng cho thay đổi nhanh chóng của quốc gia về kinh tế, xã hội, cố gắng để cân bằng tính ưu việt trong sứ mệnh đào tạo và nghiên cứu với tính phù hợp cho việc ra quyết định thông qua việc chủ động chuyển đổi kiến thức thành bằng chứng cho chính sách và thực hành. Viện đã phổ biến rộng rãi cơ sở khái niệm về những thuộc tính thiết yếu của YTCC; xây dựng các chương trình giáo dục với chú trọng vào các lĩnh vực đa dạng; triển khai rộng rãi hàng loạt các phương thức giáo dục đổi mới, từ các khóa ngắn hạn đến chương trình đào tạo Tiến sĩ và đưa ra các bằng chứng thuyết phục hỗ trợ cho việc thiết kế, triển khai và đánh giá sáng kiến cải tổ y tế đang diễn ra để đạt được độ bao phủ phổ cập. Thành công của NIPH nhấn mạnh tầm quan trọng thiết yếu của làm việc trong mạng lưới cả trong nước lẫn quốc tế để đương đầu với những khó khăn bằng việc chia sẻ kinh nghiệm để xây dựng 1 hệ thống nghiên cứu y tế mạnh có thể giải quyết nhiều khía cạnh thách thức y tế trong nước và trên toàn cầu.

Quỹ YTCC Ấn Độ là một tổ chức đối tác công-tư độc đáo hoạt động cho YTCC bằng cách tập hợp lại các nguồn lực từ chính phủ Ấn Độ và các quỹ từ thiện tư nhân để giải quyết các thách thức y tế ưu tiên của Ấn Độ. Quỹ đang xây dựng quan hệ đối tác với chính quyền 4 bang để thành lập 8 cơ sở đào tạo YTCC trong nước. Trường YTCC của Đại học BRAC được đặt theo tên của nhà lãnh đạo UNICEF nhìn xa trông rộng - James Grant, đã được một tổ chức phi chính phủ lớn nhất thế giới thành lập và có một chương trình giảng dạy đổi mới 12 tháng cho trình độ thạc sĩ YTCC, trong đó bắt đầu với 6 tháng học ở cơ sở vùng nông thôn Savar để nắm bắt các kỹ năng YTCC cơ bản trong bối cảnh hoạt động y tế vùng nông thôn, sau đó là 6 tháng còn lại đào tạo theo chủ đề và nghiên cứu. Hai sáng kiến về YTCC này ở vùng Nam Á đã dựa trên kế thừa của chủ nghĩa thuộc địa Anh, chú trọng hoàn toàn vào trường y lâm sàng chứ không phải là trường YTCC. Điều quan trọng là cả hai trường này đã phát triển chương trình giảng dạy mới phù hợp với những ưu tiên của quốc gia và thế giới, và cả hai đều không áp dụng hoàn toàn mô hình của Welch-Rose về giáo dục YTCC.

Các đổi mới về chương trình giảng dạy khác bao gồm người bệnh được chuẩn hoá - tức là những cá nhân được đào tạo để đóng vai là người bệnh thực sự nhằm mô phỏng những triệu chứng hoặc vấn đề trở ngại - nhằm để đánh giá thực hành của sinh viên, đã tăng cường mối quan hệ giữa bác sĩ và người bệnh thông qua các thảo luận nhóm có hướng dẫn, và mở rộng tính liên tục từ lớp học đến đào tạo lâm sàng thông qua việc sinh viên được tiếp cận sớm với người bệnh và mở rộng các địa điểm đào tạo từ bệnh viện xuống tận cộng đồng. Trong YTCC, các chuyên ngành được mở rộng theo hướng công tác đa ngành, và trong điều dưỡng, có việc đẩy mạnh lồng ghép các trường vào các đại học với các chương trình sau đại học tiên tiến ở trình độ thạc sĩ và tiến sĩ.

Trước kỷ niệm 100 năm ngày công bố báo cáo của Flexner, một loạt các sáng kiến đã một lần nữa làm gia tăng sự chú ý từ trong các nước và toàn cầu về tương lai của giáo dục đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Chúng tôi tóm tắt 4 loại báo cáo chính chú trọng vào đào tạo nhân lực y tế, đào tạo điều dưỡng, đào tạo YTCC, và đào tạo y khoa trên toàn cầu. Các khuyến nghị trong những báo cáo này đang được tập hợp thành thế hệ cải cách thứ 3, nhấn mạnh vào trung tâm là người bệnh và quần thể, chương trình giảng dạy dựa trên năng lực, đào tạo liên ngành và dựa trên làm việc nhóm, học tập có trợ giúp của CNTT, và các kỹ năng lãnh đạo quản lý và chính sách. Chúng tôi tin rằng những lĩnh vực này sẽ tạo nên một cơ sở vững chắc cho việc thiết lập những sáng kiến cải cách cho thế kỷ 21.

Những quan tâm chính sách đã được dành trở lại cho công tác đào tạo nhân lực y tế toàn cầu, một phần là do đòi hỏi cấp thiết để đạt được những mục tiêu y tế quốc gia và toàn cầu có trong các Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDG). Ba báo cáo chính đều rất đáng kể cho vấn đề giáo dục và đào tạo lực lượng lao động: Task Force on Scaling-Up and Saving Lives, World Health Report, và Joint Learning Initiative. Tất cả những báo cáo này nhấn mạnh vai trò trung tâm của lực lượng lao động đối với vận hành tốt hệ thống y tế để đạt được các mục tiêu y tế quốc gia và toàn cầu. Tất cả các báo cáo đều hướng sự chú ý vào khủng hoảng toàn cầu về thiếu hụt nhân lực ước tính ở mức 2-4 triệu bác sĩ và điều dưỡng viên tại 57 quốc gia có khủng hoảng. Khủng hoảng nghiêm trọng nhất xảy ra ở khu vực có các quốc gia nghèo nhất đang xoay xở để đạt được các

MDG, đặc biệt là vùng Cận Sa-ha-ra châu Phi. Những thiếu hụt này cũng nhấn mạnh vào những vấn đề có liên quan, bao gồm sự mất cân bằng về cơ cấu nhân lực, môi trường làm việc không tốt, và phân bổ không đồng đều các nhân viên y tế. Những báo cáo cũng nêu lên những năng động của thị trường lao động mất cân đối không đảm bảo được độ bao phủ cho vùng nông thôn trong khi đó lại tạo ra những cán bộ chuyên môn không có việc làm ở những thành phố lớn, và việc di cư quốc tế của cán bộ chuyên môn từ nước nghèo tới nước giàu.

Những báo cáo này khuyến nghị cần có những gia tăng đầu tư rộng lớn trong giáo dục và đào tạo. Những báo cáo tập trung vào những nhân viên tuyến cơ sở vì tầm quan trọng của chăm sóc sức khoẻ ban đầu và thời gian dài cũng như chi phí cao của giáo dục đại học. Cũng bởi vậy, các cán bộ chuyên môn y tế, mặc dù họ được thừa nhận cũng không được chú ý đến nhiều trong các báo cáo này. Tuy nhiên những báo cáo này đang làm nảy sinh những quan tâm ngày càng tăng về chuyển đổi và chia sẻ nhiệm vụ - đó là 1 quá trình giao nhiệm vụ thực tế từ những người cán bộ chuyên môn khan hiếm cho những nhân viên y tế cơ sở. Tất cả những báo cáo đều đề xuất tăng đầu tư, chia sẻ nguồn lực, và quan hệ đối tác trong và giữa các nước. Đào tạo điều dưỡng là trọng tâm của 3 báo cáo chính trong năm 2010: Chuyển đổi triệt để của Quỹ Carnegie; Chăm sóc tuyến trước của một Ủy ban của Thủ tướng Anh quốc, và Sáng kiến Quỹ Robert Wood Johnson về điều dưỡng trong tương lai của Viện Y học Hoa Kỳ. Báo cáo Carnegie kết luận rằng mặc dù điều dưỡng đã có hiệu quả trong việc tăng cường tính chuyên môn và ứng xử đạo đức, thì vẫn còn thách thức trong việc dự đoán những yêu cầu thay đổi của thực hành thông qua việc tăng cường đào tạo khoa học và lồng ghép giảng dạy trên lớp và trên lâm sàng. Ủy ban của Anh quốc xác định những năng lực, kỹ năng và hệ thống hỗ trợ cơ bản cần thiết. Đối với Dịch vụ Y tế Quốc gia, Ủy ban đã khuyến nghị đưa chuyên ngành điều dưỡng vào việc lập kế hoạch, xây dựng và thực hiện dịch vụ quốc gia. Việc đi tiên phong trong đào tạo điều dưỡng cũng đang được thực hiện ở các vùng khác, ví dụ như ở Trung Quốc và các nước Hồi giáo (Pa-nen 3)

Đào tạo YTCC là chủ đề của 2 báo cáo chính của Viện Y học Hoa Kỳ năm 2002 và 2003. Cả hai báo cáo chú trọng vào tương lai của YTCC trong thế kỷ 21. Các báo cáo khuyến nghị rằng chương trình

giảng dạy chính yếu chấp thuận phương pháp tiếp cận xuyên ngành và liên trường, và thẩm nhuần một văn hoá học tập suốt đời. Báo cáo cũng đề xuất rằng các kỹ năng và khái niệm YTCC cần được lồng ghép tốt hơn vào với y khoa, điều dưỡng và các lĩnh vực sức khoẻ đồng minh khác, trở nên gắn bó hơn với cộng đồng địa phương và những người hoạch định chính sách, và được phổ biến tới những bác sĩ hành nghề, nghiên cứu viên, nhà giáo dục, và những người lãnh đạo khác. Điều quan trọng là các báo cáo lập luận thiên về việc mở rộng cung cấp tài chính của liên bang đối với phát triển YTCC.

Pa-nen 3:

Phụ nữ và điều dưỡng ở xã hội Hồi giáo

Vấn đề phụ nữ và điều dưỡng ở xã hội Hồi giáo có một lịch sử lâu dài và phong phú. Ở Trung Đông và Bắc Phi, giáo dục đại học trong điều dưỡng bắt đầu năm 1955 khi Viện đào tạo Điều dưỡng đầu tiên trong khu vực được thành lập tại Khoa Y ở trường Đại học Alexandria của Ai-cập. Được TCYTTG phê chuẩn, Viện đã thực hiện chương trình đào tạo cử nhân điều dưỡng. Viện trở thành một khoa tự chủ gắn với trường Đại học năm 1994, triển khai các khóa đào tạo trình độ thạc sĩ và tiến sĩ về khoa học điều dưỡng. Trong 50 năm phát triển vừa qua, khoa điều dưỡng đã đào tạo trên 6000 sinh viên tốt nghiệp, nhiều người đã tham gia vai trò lãnh đạo trong khu vực.

Trường Điều dưỡng, Đại học Aga Khan là một cơ sở tiên phong khác được thành lập ở Pa-ki-stan năm 1980 và đã bắt đầu thực hiện khoá cử nhân về khoa học điều dưỡng năm 1997 và thạc sĩ khoa học năm 2001. Trường đã biên soạn một chương trình giảng dạy đặc đáo phù hợp với tình hình trong nước có dựa vào chương trình giảng dạy được khuyến nghị bởi Hiệp hội các Trường Đại học Điều dưỡng Hoa Kỳ với tài liệu Đào tạo bậc Thạc sĩ cho Điều dưỡng Nâng cao (1996). Đại học Aga Khan cũng đã mở rộng các chương trình cử nhân và thạc sĩ điều dưỡng đào tạo tại cơ sở của họ ở Đông Phi. Ngoài việc đào tạo điều dưỡng viên, các khoá nâng cao này cũng thu hút những học viên có chất lượng cao của xã hội Hồi giáo, cho thấy tiếng tăm và giá trị xã hội của phụ nữ tham gia vào chuyên môn điều dưỡng.

Đào tạo y khoa đã thu hút được nhiều chú ý, như được chứng tỏ bằng một loạt 4 báo cáo được lựa chọn gần đây: Tương lai của đào tạo Y khoa do Hiệp hội các Khoa Y của Ca-na-đa; Bác sĩ của ngày mai của Hội đồng Y khoa tổng quát Anh quốc; Cải cách trong đào tạo thày thuốc của Quỹ Carnegie và Đánh giá lại giáo dục Y khoa vào thời điểm mở rộng của Quỹ Macy. Một báo cáo bổ sung được Hiệp hội các trường Đại học Y Hoa Kỳ xuất bản: Một thoáng nhìn về giáo dục sinh viên Y ở Hoa Kỳ và Ca-na-đa. Tất cả các báo cáo bày tỏ đồng tình là cán bộ chuyên môn y tế ở Hoa Kỳ, Anh quốc, và Ca-na-đa chưa được chuẩn bị đầy đủ khi được đào tạo ở cấp đại học, sau đại học hoặc đào tạo liên tục/thường xuyên để giải quyết các thách thức như vấn đề tuổi già, quần thể người bệnh thay đổi, đa dạng văn hoá, bệnh mãn tính, hành vi tìm kiếm chăm sóc, và kỳ vọng của công chúng ngày càng cao.

Trọng tâm của các báo cáo này là về các năng lực chủ chốt ngoài những yêu cầu về tri thức và thông tin thực tế. Hơn thế nữa, những năng lực cần được xây dựng gồm điều trị chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, nhóm làm việc liên ngành, thực hành dựa trên bằng chứng, cải thiện chất lượng liên tục, sử dụng tin học mới, và lồng ghép YTCC. Các kỹ năng nghiên cứu có giá trị như những năng lực thể hiện trong chính sách, luật pháp, quản lý, và lãnh đạo. Giáo dục đại học cần chuẩn bị cho sinh viên tốt nghiệp ra trường về việc học trong suốt cuộc đời. Các cải cách trong chương trình giảng dạy bao gồm các chương trình dựa trên kết quả được giám sát bằng sự đánh giá, năng lực để lồng ghép tri thức và kinh nghiệm, cá thể hoá một cách linh hoạt tiến trình học tập để có cả các cấu phần do học viên lựa chọn, và xây dựng một văn hoá phản biện phê bình - tất cả nhằm để trang bị cho người thày thuốc một ý nghĩa đổi mới về tính chuyên nghiệp có trách nhiệm đối với xã hội.

Các quan điểm của các sáng kiến chủ yếu này giữa các nước giàu và nghèo, và giữa các ngành nghề chuyên môn rất khác nhau. Những khác biệt này phản ánh sự đa dạng lớn về điều kiện của các nước ở những giai đoạn khác nhau về phát triển giáo dục đào tạo và y tế và các năng lực cốt yếu của các ngành nghề chuyên môn khác nhau. Đồng thời, chúng cũng nhấn mạnh những cơ hội cho việc học tập lẫn nhau giữa các nước có sự đa dạng này. Tất cả các vấn đề trên đã tạo nên một cơ sở hội tụ quanh

thế hệ cải cách thứ 3, hứa hẹn giải quyết những thiếu hụt và tạo nên các cơ hội trong một thế giới toàn cầu hóa.

Quy hoạch cơ sở đào tạo

Trong tiểu phần này, chúng tôi tập trung vào những cơ sở giáo dục đại học có các khóa đào tạo bằng cấp chuyên môn về y khoa, YTCC và điều dưỡng. Những cơ sở giáo dục này có thể đa dạng với nhau rất nhiều. Chúng có thể đứng độc lập hoặc liên kết với chính phủ, là một bộ phận của đại học hay đứng một mình, được kiểm định chất lượng đầy đủ, hoặc thậm chí được thành lập không chính thức. Cơ sở vật chất có thể ở mức là những địa điểm đào tạo thực địa đơn sơ và có thể là những khuôn viên có độ phức hợp cao. Tất nhiên ở mỗi nước đều có của riêng mình những kế thừa độc đáo vì việc xây dựng trường sở là một quá trình phát triển lâu dài, phụ thuộc vào đường lối.

Một khác biệt rõ ràng chính xảy ra giữa chủ quyền công lập và tư nhân với nhiều hình thái tồn tại giữa hai loại chủ quyền này. Mặc dù một số mang tính tự chủ, nhưng nhiều cơ sở công lập cũng hoạt động theo cơ chế công - thường là dưới sự quản lý của Bộ giáo dục hoặc Bộ y tế. Ở các nước được phân cấp, chính quyền cấp bang hoặc tỉnh có thể tham gia một cách đặc thù. Sự quản lý giữa các bộ ngành này thường thuộc chủ yếu về một bộ này hay bộ kia, và sự điều phối có thể không được mạnh mẽ vì có những ưu tiên cần phải giải quyết trước.

Các cơ sở tư nhân có thể có lợi nhuận hoặc phi lợi nhuận. Về mặt lịch sử, các trào lưu tôn giáo và truyền giáo đã thiết lập nhiều bệnh viện phi lợi nhuận và một số trường y và điều dưỡng. Các cơ sở phi lợi nhuận cũng được các tổ chức từ thiện, công ty thành lập vì những nỗ lực đóng góp cho xã hội của họ. Các trường vì sở hữu lợi nhuận/thu học phí đang gia tăng ở nhiều nước, đặc biệt là đào tạo ra bác sĩ và điều dưỡng để khai thác cơ hội trong thị trường lao động toàn cầu. Hầu hết các cơ sở đều có các hình thái hỗn hợp về quản trị công-tư. Các trường tư thường phụ thuộc nhiều vào trợ cấp công lập cho nghiên cứu, học bổng và các dịch vụ trong khi đó các trường công lập thường có những cá nhân tư thục nổi bật nắm quyền lãnh đạo và vai trò quản lý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả những cơ sở như vậy đều có thẩm quyền cấp bằng. Có nhiều

loại bằng cấp khác nhau, và có thể nhận được cùng 1 loại bằng cấp nhưng học rất khác nhau về nội dung chương trình giảng dạy, thời gian học, chất lượng giáo dục, và năng lực đạt được. Ở mức độ toàn cầu, thậm chí ở mức độ quốc gia có ít sự thống nhất về trình độ và năng lực của những người có bằng cấp. Ví dụ như bác sĩ y khoa ở Trung Quốc có thể có các bằng thực hành chuyên môn với 3, 5, 7 hoặc 8 năm học đại học. Những người tốt nghiệp ra trường này là những bác sĩ thực hành có trình độ so với gần 1 triệu bác sĩ thôn bản được bổ sung phần lớn chỉ được đào tạo nghề mà thôi. Trong YTCC, những người có bằng cử nhân chiếm một tỷ lệ lớn số cán bộ chuyên môn trên toàn thế giới. Nhiều người tốt nghiệp có bằng sau đại học đã tham dự các trường YTCC độc lập, nhưng cũng có nhiều người đã học ở các khoa hoặc bộ môn của trường y. Những người tốt nghiệp có bằng YTCC sau đại học xuất thân từ nhiều ngành nghề khác nhau - y lâm sàng, điều dưỡng, nha khoa, dược - hoặc các lĩnh vực khác như khoa học xã hội, luật, nhân văn, sinh học, và chính sách xã hội. Ngành điều dưỡng có những người tốt nghiệp đại học với bằng cử nhân khoa học về điều dưỡng. Một số lượng ngày càng tăng điều dưỡng viên đang tiếp tục học trình độ thạc sĩ hoặc tiến sĩ. Tuy nhiên, một số đáng kể, có thể thậm chí là một số lớn điều dưỡng viên thì chỉ có đào tạo nghề hoặc tại chức.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành một đánh giá định lượng các cơ sở đào tạo y khoa, điều dưỡng và YTCC. Theo chúng tôi hiểu thì đây là một đánh giá đầu tiên chưa từng có về giáo dục đào tạo cán bộ chuyên môn y tế ở trên thế giới. Sau khi cho thấy hình thái các trường, sinh viên tốt nghiệp, và việc cung cấp tài chính, chúng tôi bàn luận về các thách thức hàng đầu là những động lực chủ yếu cho việc cải tiến các cơ sở đào tạo - kiểm định chất lượng, các trung tâm học thuật, hợp tác, phát triển đội ngũ, và học tập giảng dạy.

Quan điểm toàn cầu

Vì chỉ có những số liệu hạn chế nên quan điểm toàn cầu của chúng tôi chú trọng vào việc đào tạo y khoa, nhưng khi có số liệu chúng tôi trích dẫn thông tin so sánh về điều dưỡng, YTCC, nha khoa, dược khoa, và nhân viên y tế cộng đồng. Không đáng ngạc nhiên khi chúng tôi ghi lại được sự đa dạng lớn trên toàn cầu về các cơ sở đào tạo y khoa, có những nước nhiều trường nhưng có những nước

Bảng 1. Các cơ sở đào tạo, sinh viên tốt nghiệp và nhân lực theo vùng (2008)

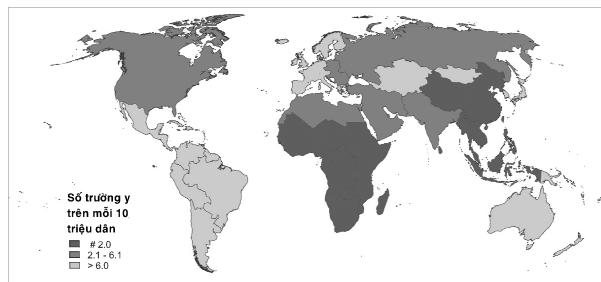
Dân số (triệu người)	Ước tính số trường		Bác sĩ	Điều dưỡng/ hàng sinh	Nhân lực (người)	
	Y khoa	Y tế công cộng			Bác sĩ	Điều dưỡng/ hàng sinh
Châu Á						
Trung Quốc	1371	188	72	175	29	1861
Ấn Độ	1230	300	4	30	36	646
Khác	1075	241	33	18	55	494
Trung Á	82	51	2	6	15	235
Các nước châu Á-TBD	227	168	26	10	56	409
						1543
Châu Âu						
Trung Âu	122	64	19	8	28	281
Đông Âu	212	100	15	22	48	840
Tây Âu	435	282	52	42	119	1350
Châu Mỹ						
Bắc Mỹ	361	173	65	19	74	793
Mỹ Latinh/Caribe	602	513	82	35	33	827
Châu Phi						
Bắc Phi/Trung Đông	450	206	46	17	22	540
Cận Sahara	868	134	51	6	26	125
Toàn thế giới	7036	2420	467	389	541	8401
Webappendix trang 6-11 có nguồn số liệu và phân bổ theo vùng						

có ít trường. Số lượng trường khan hiếm thường gắn liền với mức thu nhập quốc dân thấp, đặc biệt ảnh hưởng đến khu vực Cận-Sahara châu Phi; tuy nhiên việc số lượng dồi dào các trường không chỉ tập trung ở các nước giàu có. Thực tế, một vài nước thu nhập trung bình đã tăng số lượng các cơ sở giáo dục để có mục đích xuất khẩu các cán bộ chuyên môn vì nhiều nước giàu luôn trường diễn thiếu hụt loại cán bộ này vì họ đào tạo không đủ cho yêu cầu quốc gia. Không ngạc nhiên khi ta thấy số lượng và hình thức các trường y không đáp ứng tốt được với quy mô dân số, tổng sản phẩm quốc nội, hoặc gánh nặng bệnh tật.

Chúng tôi ước tính có khoảng 2420 trường y đào tạo khoảng 389 000 sinh viên y tốt nghiệp ra trường hàng năm cho một thế giới có 7 tỷ người (Bảng 1). Điều đáng chú ý là số lượng lớn các trường y tập trung ở Ấn Độ, Trung Quốc, Tây Âu, châu Mỹ Latinh và vùng Ca-ri-bê. Ngược lại sự khan hiếm các trường đó có thể thấy ở Trung Á, Trung và Đông Âu, và cận Sa-ha-ra châu Phi. Chúng tôi cũng ước tính có 467 trường hoặc khoa YTCC, chỉ chiếm 20% số lượng các trường y. Số lượng chúng tôi đếm được các trường YTCC lại bị tính đa biến về định nghĩa gây cản trở. Chúng tôi tổng hợp các cơ sở YTCC đào tạo có cấp bằng với các khoa hoặc đơn vị nhỏ của các trường y cấp bằng có tên khác nhau như y học cộng đồng, y học dự phòng, hoặc YTCC. Chúng tôi ước tính rằng có khoảng 541 000 điều dưỡng viên tốt nghiệp hàng năm, gần gấp đôi số sinh viên y

khoa tốt nghiệp. Con số đếm của các trường điều dưỡng cũng không rõ ràng vì chỉ có ít số liệu và các định nghĩa lại không rõ ràng. Mặc dù điều dưỡng có nhiều chương trình sau đại học, vẫn còn nhiều chương trình cấp chứng chỉ trong các trường dạy nghề. Nhiều người hành nghề truyền thống và không chính thức có đào tạo tại chức mà không được cấp bằng chính quy. Điểm ranh giới giữa học phổ thông và đại học thì khó để đánh dấu.

Hình 6 cho thấy mật độ của các trường y theo các vùng chủ yếu. Các khu vực nhiều nhất là ở Tây Âu, Bắc Phi và Trung Đông, Mỹ La-tinh và Ca-ri-bê, trong khi đó Cận Sa-ha-ra châu Phi và nhiều phần của Đông Nam Á có ít trường hơn. Phân bố của các cơ sở đào tạo y khoa còn bị chênh lệch nhiều hơn giữa các nước. Ấn Độ, Trung Quốc, Bra-xin, và Hoa Kỳ - mỗi nước có hơn 150 trường - chiếm tới 35% tổng số các trường trên toàn thế giới. Có 31 nước không có bất kỳ một trường y nào, trong số đó có 9 nước là ở khu vực Cận Sa-ha-ra châu Phi. Có 44 nước chỉ có một trường y, 17 nước trong số đó là ở khu vực Cận Sa-ha-ra châu Phi. Gần một nửa số nước trên thế giới hoặc chỉ có một hoặc không có trường y nào.



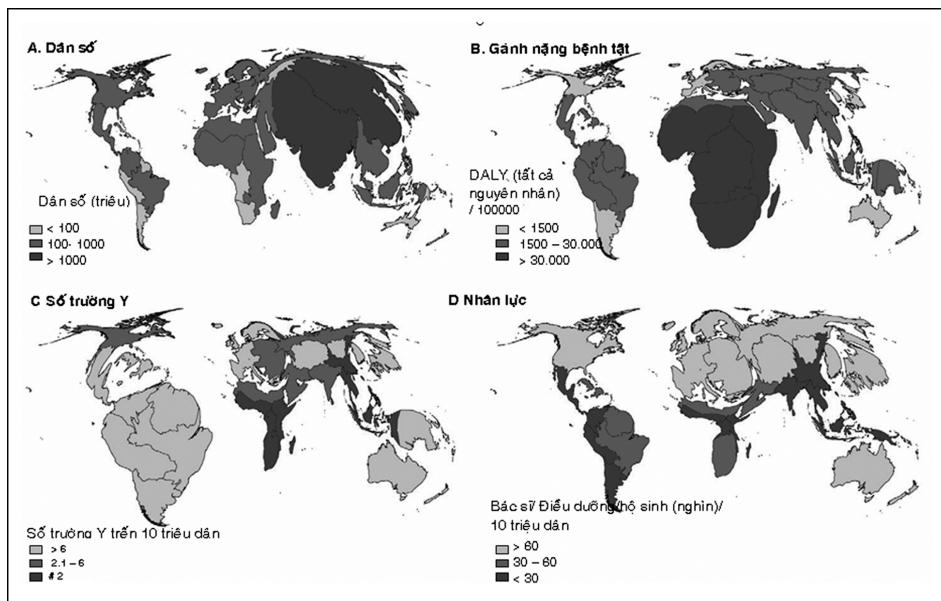
Hình 6. Mật độ các trường Y theo khu vực.

Nguồn số liệu được trình bày trong webappendix - trang 6-11

Phân bố toàn cầu của các trường y và phân bố dân số trên thế giới cũng như gánh nặng bệnh tật không thật tương xứng nhau (hình 7). Trong khi dân số thế giới ngày càng gia tăng ở châu Á thì gánh nặng bệnh tật toàn cầu, được đánh giá bằng những năm sống được điều chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYS) đang tập trung nhiều ở châu Phi. Phân bố

của các trường y không tương xứng nhiều cả với quy mô dân số và cả gánh nặng bệnh tật quốc gia.

Hơn nữa, số lượng các trường y không phù hợp với số lượng các sinh viên tốt nghiệp y. Một cách giải thích có thể đưa ra là quy mô các lớp khác nhau, được phản ánh bằng so sánh giữa Ấn Độ và Trung Quốc (bảng 2). Ba trăm trường y của Ấn Độ được ước tính cho thi tốt nghiệp ra trường khoảng 30.000 bác sĩ hàng năm với ước tính trung bình cho mỗi khóa khoảng 100 sinh viên. Ngược lại, 188 trường y của Trung Quốc được ước tính cho thi tốt nghiệp ra trường 175.000 bác sĩ hàng năm với ước tính quy mô mỗi khóa trung bình là 1.000 sinh viên.



Hình 7. Bản đồ thế giới theo dân số (A), gánh nặng bệnh tật (B), mật độ các trường Y (C), và mật độ nhân lực (D)

Nguồn số liệu được trình bày trong webappendix - trang 6-11.
DALY = những năm sống được điều chỉnh theo mức độ tàn tật.

Bảng 2. Tài chính cho các sinh viên Y và điều dưỡng đã ra trường theo vùng (2008)

	Bác sĩ			Điều dưỡng / Hộ sinh		
	Ước tính ra trường hàng năm (nghìn)	Ước tính chi phí sv tốt nghiệp (nghìn)	Tổng chi phí (tỷ đô la Mỹ)	Ước tính ra trường hàng năm (nghìn)	Ước tính chi phí sv tốt nghiệp (nghìn)	Tổng chi phí (tỷ đô la Mỹ)
Châu Á						
Trung Quốc	175	14	25	29	3	01
Ấn Độ	30	35	10	36	7	02
Khác	18	85	1.6	55	20	1.1
Trung Á	6	74	0.4	15	13	0.2
Các nước châu Á - TBD thu nhập cao	10	381	38	56	75	4.2
Châu Âu						
Trung Âu	8	181	1.4	28	39	1.1
Đông Âu	22	151	3.4	48	29	1.4
Tây Âu	42	400	17.0	119	82	9.8
Châu Phi						
Bắc Mỹ	19	497	9.7	74	101	7.5
Mỹ Latinh/Caribê	35	132	4.6	33	26	0.9
Châu Phi						
Bắc Phi/Trung Đông	17	113	1.9	22	24	0.5
Cận Sahara	6	52	0.3	26	11	0.3
Toàn thế giới	389	122	47.6	541	50	27.2
Webappendix trang 6-11 có nguồn số liệu và phân bổ theo vùng						

Điều đáng ngạc nhiên là không có mối liên quan tích cực mạnh mẽ nào giữa số lượng sinh viên y tốt nghiệp và đội ngũ các bác sĩ cũng như không có mối quan hệ như vậy giữa số sinh viên điều dưỡng tốt nghiệp và đội ngũ những điều dưỡng viên. Một lý giải có thể đưa ra ở đây là vấn đề không có việc làm của những người tốt nghiệp ra trường khi các thị trường lao động bị mất cân đối. Một lý giải khác là những người không có bằng cấp cũng có thể làm một số công việc y và điều dưỡng. Các mức độ tiêu hao khác nhau cũng có thể lý giải bổ sung thêm, trong đó nổi bật nhất là

sự di cư quốc tế. Các nước xuất khẩu có mục đích có thể được kỳ vọng là có lực lượng bác sĩ thấp hơn các nước khác. Bác sĩ Ấn Độ là đông đảo nhất trong tất cả các bác sĩ có quốc tịch ngoại quốc nhập cư vào Hoa Kỳ. Nhiều điều dưỡng viên từ Phi-líp-pin và Ca-ri-bê được đào tạo ở các trường tư thực đặc biệt để chuyển giao tới các nước giàu có hơn. Cu-ba có một chính sách rõ ràng về đào tạo y khoa để chia sẻ với các nước khác. Ngược lại, các nước thiếu hụt trường diễn như Hoa Kỳ và các nước ở Tây Âu và Trung Đông, có thể được kỳ vọng là có đội ngũ lực lượng lao động cao hơn so với số lượng các nhóm sinh viên tốt nghiệp vì có số lượng các cán bộ chuyên môn y tế di chuyển sang các nước này.

Cung cấp tài chính

Đối lập với tầm quan trọng to lớn của vấn đề tài chính, chúng tôi lại chỉ có ít số liệu về vấn đề này trong đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Để có những hiểu biết sâu sắc ban đầu, chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu đặc biệt để ước tính vấn đề tài chính cho đào tạo y khoa và điều dưỡng trên thế giới. Chi tiết của phương pháp đã sử dụng được miêu tả trong webappendix trang 6 - 11. Công việc này đã lần đầu tiên có thể cho được ước tính toàn cầu về quy mô tài chính của kỹ nghệ giáo dục đào tạo cán bộ chuyên môn y tế (bảng 2). Mặc dù những con số này chưa được chau chuốt, chúng vẫn cho ta khái quát ban đầu với hy vọng khuyến khích những nghiên cứu thật sự cần thiết. Chúng tôi chấp nhận 2 phương pháp tiếp cận cho việc ước tính tài chính. Phương pháp vi mô tính toán tài chính bằng cách nhân số sinh viên tốt nghiệp y và điều dưỡng với chi phí đơn vị của đào tạo. Phương pháp vĩ mô xem xét tổng doanh thu của giáo dục đại học và ấn định một tỷ lệ cho đào tạo cán bộ chuyên môn y tế. Thực tế là các phương pháp vi mô và vĩ mô cùng cho ra các mức về quy mô tương tự nhau đã bảo đảm cho tính hiệu quả của số liệu.

Tổng chi phí hàng năm trong đào tạo cán bộ chuyên môn y tế được ước tính là khoảng 100 tỷ đô la Mỹ cho y khoa, điều dưỡng, YTCC và các ngành nghề y tế liên quan khác. Đào tạo sinh viên tốt nghiệp y ước tính tốn khoảng 47.6 tỷ đô la và điều dưỡng khoảng 27.2 tỷ. Các con số cho từng ngành nghề đơn lẻ này là hơi đại khái vì không có thông tin chi tiết lên đến 100 tỷ đô la tính cả cho YTCC và các chuyên ngành có liên quan khác. Chúng tôi ước tính tổng số một chi phí đơn vị là 122 000 đô la

cho một sinh viên y tốt nghiệp, và chi phí đơn vị là 50 000 đô la cho một sinh viên tốt nghiệp điều dưỡng. Các chi phí này chỉ cho việc đào tạo thôi, chưa tính tổng doanh thu của các cơ sở y tế. Một nghiên cứu của Ca-na-đa báo cáo rằng trong khi chi phí trung bình để đào tạo một sinh viên y tốt nghiệp vào khoảng 286 000 đô la Ca-na-đa, chi phí có thể lên tới 787 000 đô la Ca-na-đa nếu doanh thu cho nghiên cứu và dịch vụ lâm sàng được đưa vào trong ước tính. Hiệp hội các trường Đại học Y Hoa kỳ báo cáo rằng doanh thu tài chính trung bình của các trường y ở Hoa Kỳ là 440 triệu đô la Mỹ trong năm tài chính 2008. Với 126 trường đại học y (và với giả thuyết là trung vị thì gần như giá trị trung bình) thì chi phí này tổng số lên đến khoảng 55 tỷ đô la cho đào tạo, nghiên cứu, và dịch vụ lâm sàng cho tất cả các trường y. Ngược lại, ước tính thấp hơn của chúng tôi cho giáo dục y khoa ở Hoa Kỳ chỉ vào khoảng 8.7 tỷ đô la. Phép ngoại suy cho các tỷ số này là không phù hợp vì nhiều trường y ở Hoa Kỳ nhận được kinh phí chính cho nghiên cứu, và những cán bộ giảng dạy trong trường y thường được liên kết với các dịch vụ lâm sàng ở những bệnh viện lớn tuyến trung ương.

Phân bố toàn cầu của những sinh viên y và điều dưỡng đã tốt nghiệp cũng khác nhau. Đào tạo bác sĩ gia tăng mạnh ở Trung Quốc, Ấn Độ, Tây Âu, châu Mỹ Latinh và vùng Ca-ri-bê, trong khi đó việc đào tạo lại khai khiem tốn ở Trung Á, Trung Âu, và Cận Sa-ha-ra châu Phi. Những hình thái tương tự cũng thấy ở những sinh viên điều dưỡng tốt nghiệp. Chi phí đơn vị khác biệt nhau lớn giữa các nước và khu vực. Chi phí ở Tây Âu tương tự như chi phí ở các nước Bắc Mỹ nhưng chi phí thấp hơn nhiều ở Trung quốc, Ấn độ, các vùng khác ở châu Á và Trung Âu. Ví dụ, chi phí trung bình của một sinh viên y tốt nghiệp ở Trung Quốc ước tính là 14 000 đô la. Điều ngạc nhiên là chi phí đơn vị ở Cận Sa-ha-ra châu Phi ở mức trung bình là 52 000 đô la cho một sinh viên tốt nghiệp, có thể là do các nhóm sinh viên tốt nghiệp với quy mô nhỏ. Khác biệt tương tự nhưng với chi phí đơn vị thấp hơn cũng được ghi nhận với các sinh viên điều dưỡng tốt nghiệp.

Đầu tư cho đào tạo chuyên môn dưỡng như quá khai khem tốn so với tầm quan trọng của nó đối với hoạt động của hệ thống y tế. Ví dụ như ở Hoa Kỳ, thậm chí ước tính cao nhất với 55 tỷ đô la cho tất cả các hoạt động của các trường y thì chỉ vừa bằng 2% của 2 - 5 ngàn tỷ đô la được chi tiêu năm 2009. Ước tính

chặt chẽ hơn của chúng tôi chỉ cho các hoạt động giáo dục thể hiện con số 0.3% tổng số chi tiêu cho y tế. Đầu tư của Hoa Kỳ trong đào tạo chuyên môn chỉ rất sơ sài khi được so sánh với chi tiêu 34 tỷ đô la cho yô-ga, mát-xa, thiền, và các sản phẩm thiên nhiên, và chi tiêu 23 tỷ đô la cho thực phẩm chức năng và vitamin bổ sung. Bức tranh đáng báo động này thậm chí còn rõ rệt hơn ở cấp độ toàn cầu với đầu tư cho đào tạo chuyên môn y tế chỉ chiếm 2% của ngành chăm sóc y tế với doanh thu ước tính đạt 5.5 ngàn tỷ đô la hàng năm.

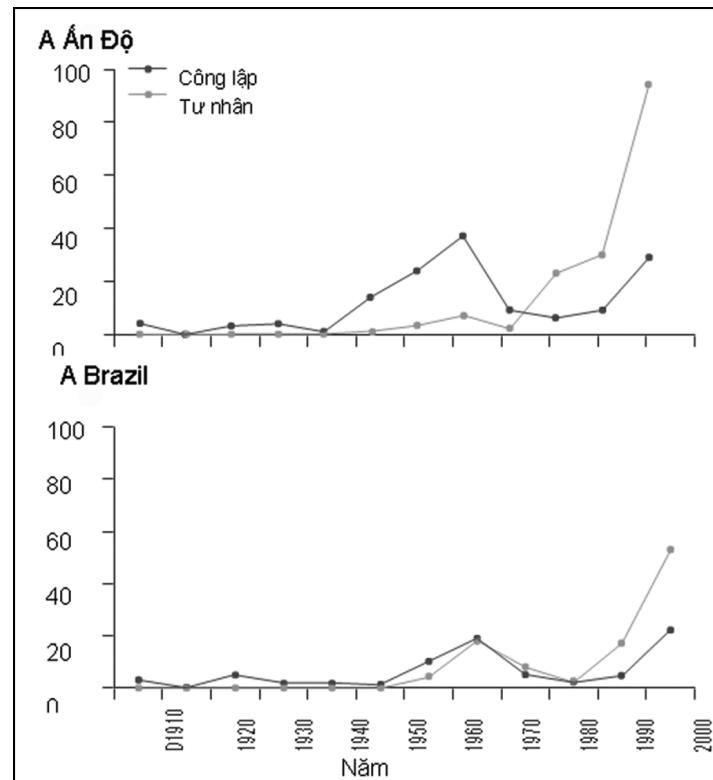
Ngân sách của chính phủ các nước và các nhà tài trợ phát triển không thường xuyên phân định kinh phí dành cho giáo dục đào tạo chuyên môn y tế. Trong một đánh giá kinh phí dành cho y tế toàn cầu, có ít thông tin về hỗ trợ của nhà tài trợ cho đào tạo chuyên môn. Một số thông tin tản mạn có thể thu thập được từ các cơ quan hay quỹ đơn lẻ. Một phần là do việc vận động chính sách để tăng cường nguồn nhân lực cho y tế để đạt được các MDG, một số kinh phí của nhà tài trợ đã bắt đầu được sử dụng cho đào tạo các nhân viên y tế tuyến cơ sở ở một số nước đang phát triển. Thế nhưng sự công nhận chính sách lại không tương ứng với dòng nguồn lực thực tế. Những nhà tài trợ hiếm khi cung cấp tài chính cho việc đào tạo y khoa như là một phần cho trợ giúp phát triển y tế của họ.

Chi phí gia tăng của đào tạo y khoa đang là một thách thức ngày càng tăng ở tất cả các nước. Chi phí gia tăng không chỉ tạo ra khó khăn cho gia đình sinh viên mà còn có thể không cho người nghèo tiếp cận được đào tạo. Cung cấp tài chính cho đào tạo y khoa theo cách cho vay tiền gây ra thêm những trở ngại. Tại Hoa Kỳ, nợ trung bình của các sinh viên tốt nghiệp hiện giờ là khoảng 200.000 đô la, và nghĩa vụ này là một gánh nặng nghiêm trọng với họ có thể cản trở việc theo đuổi sự nghiệp có tính xã hội quan trọng nhưng lại sinh lợi ít.

Đầu tư tư nhân về đào tạo chuyên môn có thể gia tăng. Mặc dù kinh phí này được chào đón nhưng nó tạo ra những mối quan tâm về chất lượng và mục đích xã hội. Các phân tích về các trường y mới có ở Ấn Độ và Bra-xin cho thấy sự bùng phát các cơ sở tư nhân mới (hình 8). Ở Ấn Độ, sự gia tăng của các trường y tư nhân làm tăng quan tâm về chất lượng và tính minh bạch của một

trong những hệ thống giáo dục y khoa lớn nhất trên thế giới. Giới truyền thông Ấn Độ đã vạch ra sự chỉ trích bất hợp pháp của các trường tư thục mới khi cần có sự công nhận chất lượng kiểm định của Hội đồng Y khoa Ấn Độ, một cơ quan độc lập có nguồn gốc từ thời thuộc địa. Báo cáo này đã khơi nguồn cho việc Chính phủ Ấn Độ tiếp quản để cải cách hệ thống kiểm định chất lượng. Trong số 191 trường mới của Ấn Độ trong 3 thập kỷ vừa qua, 147 trường là trường tư thục. Hơn nữa những trường này đều tập trung chủ yếu ở các thành phố trung tâm và các bang giàu có, việc này càng làm tăng tính mất cân bằng về mặt địa lý.

Trường hợp của Ấn Độ cũng chỉ ra rằng lợi nhuận có thể ít quan trọng hơn mục đích xã hội vì phần lớn các trường y tư thục mới của Ấn Độ được liệt kê là phi lợi nhuận nhưng thực tế lại tạo ra các dòng thu nhập lớn. Không phải tất cả những gia tăng đều là do kinh phí tư nhân vì sự tăng trưởng đáng kể gần đây số lượng các trường y của Trung Quốc là do sự phát triển của tài chính công. Do thiếu hụt về lực lượng lao động toàn cầu và yêu cầu thị trường gia tăng về dịch vụ y tế, sự gia tăng lớn số các trường y không theo kế hoạch và không kiểm



Hình 8. Các trường Y mới (công lập và tư thục) ở Ấn Độ (A) và Bra-xin (B)

soát được có thể dẫn đến loại hình các trường chất lượng thấp rất giống như loại hình mà Flexner đã đề cập, phê bình, và đã được đóng cửa thành công. Một quá trình được gọi là quá trình chống Flexner hóa đang được thực hiện, theo đó các trường chuyên môn chất lượng thấp có thể lại tăng lên nhanh chóng về số lượng một lần nữa trong dịp kỷ niệm 100 năm báo cáo của Flexner.

Trường hợp của Ấn Độ cũng chỉ ra rằng lợi nhuận có thể ít quan trọng hơn mục đích xã hội vì phần lớn các trường y tư thực mới của Ấn Độ được liệt kê là phi lợi nhuận nhưng thực tế lại tạo ra các dòng thu nhập lớn. Không phải tất cả những gia tăng đều là do kinh phí tư nhân vì sự tăng trưởng đáng kể gần đây số lượng các trường y của Trung Quốc là do sự phát triển của tài chính công. Do thiếu hụt về lực lượng lao động toàn cầu và yêu cầu thị trường gia tăng về dịch vụ y tế, sự gia tăng lớn các trường y không theo kế hoạch và không kiểm soát được có thể dẫn đến loại hình các trường chất lượng thấp rất giống như loại hình mà Flexner đã đề cập, phê bình, và đã được đóng cửa thành công. Một quá trình được gọi là chống Flexner hóa đang được thực hiện, theo đó các trường chuyên môn chất lượng thấp có thể lại tăng lên nhanh chóng về số lượng một lần nữa trong dịp kỷ niệm 100 năm báo cáo của Flexner.

Kiểm định chất lượng

Kiểm định chất lượng là sự hợp pháp hóa chính thức một cơ sở đào tạo để cấp bằng, tạo điều kiện cho sinh viên tốt nghiệp ra trường đạt được giấy phép và chứng chỉ để hành nghề chuyên môn. Tiến trình kiểm định chất lượng thường dựa vào việc đánh giá bên ngoài, đánh giá đồng đẳng hoặc tự đánh giá, trong đó một cơ sở được đánh giá về việc tuân thủ những tiêu chuẩn đã định trước về cơ cấu, quá trình và thành công đạt được. Mục đích là nhằm đảm bảo có được các sinh viên tốt nghiệp có chất lượng phù hợp đáp ứng nhu cầu sức khỏe của người bệnh và của quần thể. Vì vậy kiểm định chất lượng là vấn đề trung tâm của các cơ sở giáo dục đào tạo chuyên môn kết nối các hoạt động giảng dạy với mục tiêu xã hội của mình. Mặc dù không có đánh giá mang tính hệ thống về việc thực hiện kiểm định chất lượng trên thế giới, nhưng chúng tôi có thể cho rằng có tồn tại sự khác biệt rất lớn trên toàn cầu về vấn đề này. Ở hầu hết các nước, chính phủ thực hiện chức năng kiểm định và có thẩm quyền cao

nhiết mạc dù ở nhiều nước việc kiểm định chất lượng được các hội đồng hay hiệp hội chuyên môn thực hiện. TCYTTG đã báo cáo rằng các cơ chế kiểm định chất lượng "có ở ¾ các nước Đông Trung đông, gần một nửa các nước Đông Nam Á, và chỉ khoảng 1/3 ở các nước châu Phi. Hơn nữa, các trường y tư thực ít có điều kiện hơn so với các trường công lập để thực hiện các quy trình kiểm định chất lượng". Các tổ chức khu vực như Conférence Africaine des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (Hội nghị các Hiệu trưởng của các Trường Y khoa nói tiếng Pháp ở châu Phi - CADMEF), có thẩm quyền nhưng lại không thường xuyên thực hiện công tác kiểm định chất lượng. Công tác điều tra đã xác định được nhiều trường y khác ở châu Phi và hầu hết trong số đó nằm ngoài hệ thống kiểm định chất lượng. Thậm chí ở vùng giàu có như châu Âu, cũng có những quan tâm về khác biệt địa lý đối với kiểm định chất lượng. "Mặc dù các trường y ở 25 nước của Cộng đồng châu Âu (EU) phải tuân thủ tiêu chuẩn của EU nhưng không có những tiêu chuẩn này được áp dụng ở Đông Âu".

Thực thi việc kiểm định chất lượng cũng khác nhau ở các nước. Trung Quốc có khoảng 1 triệu bác sĩ thôn bản và Ấn Độ có khoảng 1 triệu người hành nghề y ở nông thôn mà không tốt nghiệp từ các trường đạt tiêu chuẩn kiểm định chất lượng. Mặc dù không có quy mô như trên, nhưng những khoảng trống tương tự trong việc kiểm định chất lượng (KDCL) và trình độ vẫn còn tồn tại ở hầu hết các nước. Khó khăn vì thông tin không đầy đủ lại càng tăng thêm vì một loạt các câu hỏi không được trả lời. Mục đích của kiểm định chất lượng là gì? Ai là người có thẩm quyền để điều hành hệ thống? Quá trình này có tính minh bạch và trách nhiệm giải trình thế nào? Và vai trò của chính phủ, các hiệp hội chuyên môn, và những bên có liên quan khác là gì? Ở đây nảy sinh hai thách thức chính. Thứ nhất là những mục đích cuối cùng và động cơ thúc đẩy quá trình KDCL; thứ hai là sự hài hòa hóa các nguyên lý toàn cầu với các đặc thù của từng nước.

KDCL cần thể hiện là hiện thân của cơ sở đào tạo của phẩm chất chuyên môn được xã hội giao phó và phản ánh nguyện vọng của các cán bộ chuyên môn. Cụm từ trách nhiệm xã hội đã được nâng cao để nhấn mạnh các mục tiêu sức khỏe của việc KDCL các cơ sở giáo dục đào tạo. TCYTTG đã định nghĩa trách nhiệm xã hội của KDCL là "hướng các hoạt động giáo dục, nghiên cứu và dịch

vụ vào việc giải quyết các quan tâm ưu tiên sức khỏe của cộng đồng, khu vực, và/hoặc quốc gia nơi mà họ có nhiệm vụ phải phục vụ". Yêu cầu của trách nhiệm xã hội lớn hơn trong KĐCL sẽ là công cụ trong đào tạo lực lượng chuyên môn gắn kết tốt với các mục tiêu sức khỏe của xã hội, bao gồm tính công bằng, chất lượng, và hiệu suất (Pa-nen 4). KĐCL có thể mở rộng phạm vi xã hội của hệ thống để bao gồm cả các tiêu chí ban đầu như công bằng trong việc tuyển chọn sinh viên nhập học, học bổng cho những sinh viên gặp khó khăn, và chương trình giảng dạy có sự tiếp cận làm việc với các cộng đồng khó khăn, và các tiêu chí sau này như các chính sách khuyến khích sinh viên tốt nghiệp ra trường phục vụ tại các vùng sâu vùng xa khó khăn. Mở rộng sự tham gia của tất cả các bên có liên quan cũng sẽ giúp cho việc tạo ra các tiêu chí cho việc KĐCL có tính trách nhiệm xã hội.

Pa-nen 4:

Tạo mạng lưới làm việc vì sự công bằng

"Công lý xã hội có thể không bao giờ đạt được cho tới khi mà đại đa số con người sẽ thấm nhuần đầy đủ tinh thần trách nhiệm đối với bảo vệ sức khỏe của nhau". Chính vì thế mà làm việc trong mạng lưới giữa những cá nhân và nhóm có cam kết xã hội và suy nghĩ giống nhau đã trở thành những yếu tố chính yếu cho công bằng xã hội thông qua cải cách đào tạo chuyên môn. Có ba sáng kiến bắt nguồn từ xã hội được mô tả ở đây.

Trách nhiệm xã hội và KĐCL

Các cơ quan KĐCL ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu liên kết, đánh giá và khuyến khích các cơ sở đào tạo chuyên môn đáp ứng các nhu cầu của xã hội thế nào? Đây là một chương trình nghị sự tham vọng nhưng cần thiết do Boelen và Woollard đề xuất, họ là những người đã phát động những quá trình tương tác để đạt tới đồng thuận toàn cầu về vai trò của KĐCL trong việc bảo đảm trách nhiệm xã hội của các trường y. Đồng thuận này dựa trên cơ sở của một kế hoạch hành động lôi cuốn các cơ quan trong nước và quốc tế chính yếu để thực hiện KĐCL trong thực tế. Họ đã đề xuất một mô hình tương thuộc giữa đào tạo y tế và hệ thống y tế theo cách việc khái niệm hóa, đào tạo và sử dụng sinh viên tốt nghiệp trường

y phản ánh nhu cầu sức khỏe ưu tiên của xã hội. Họ tranh luận rằng hệ thống KĐCL cho các trường y cần phải đánh giá năng lực của những sinh viên tốt nghiệp và các nghiên cứu trong việc đáp ứng các nhu cầu này.

Các sáng kiến của các tổ chức như Hiệp hội quốc tế các nước nói Tiếng Pháp về Giáo dục Y khoa và Tổ chức Quốc tế Hiệu trưởng các trường Y nói tiếng Pháp cùng với một số ví dụ khác đã được công nhận là những nỗ lực đáng khuyến khích để cải tổ hệ thống KĐCL nhằm mang lại một kỷ nguyên của các cán bộ y tế có những nhạy cảm xã hội và gắn kết toàn cầu để đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của thế giới hiện thực. Họ đề xuất một tiến trình đồng thuận toàn cầu nhằm nâng cao sự lồng ghép tinh thần trách nhiệm xã hội vào tất cả các hệ thống để tạo ra một tương lai cho đào tạo y khoa dựa trên một cam kết thích ứng để khám phá và giải quyết các nhu cầu sức khỏe đang thay đổi được những đổi mới trong giáo dục, nghiên cứu và dịch vụ trên toàn thế giới đem lại.

THEnet

Được thiết lập năm 2008, THEnet là một mạng lưới hợp tác của các trường y đang thử nghiệm những đổi mới về giảng dạy và cơ sở đào tạo để thu hút, lưu giữ, và tăng cường hiệu suất của các cán bộ y tế phục vụ các quần thể khó khăn thường ở các vùng sâu vùng xa. Bối cảnh đào tạo của các trường khác nhau - từ các cộng đồng thổ dân xa xôi ở Ca-na-đa (Trường Y Bắc Ontario) đến các vùng nông thôn ở châu Phi (Đại học Walter Sisulu); và từ khu ổ chuột thành thị với mật độ dân số cao của Vê-nê-zuy-ê-la (Chương trình đào tạo thầy thuốc cộng đồng toàn diện) đến các khu vực chính trị dễ thay đổi của Mindanao ở Phi-lip-pin (Đại học Anteneo de

Zamboanga). Kinh nghiệm được chia sẻ đang tạo ra một phương pháp tiếp cận hệ thống cho việc hoàn thiện thành công công tác nhân sự cho những khu vực trước kia khó khăn, và ngược lại với nhận thức phổ biến về các tiêu chuẩn học thuật kém cỏi của các cơ sở đào tạo ở nông thôn hoặc dựa vào cộng đồng, sinh viên của các trường trong mạng lưới THEnet đã liên tục giành điểm cao hơn trung bình trong các kỳ thi quốc gia.

Mạng lưới: Hướng tới Thống nhất về Sức khỏe (TUFH)

Mạng lưới này là một hiệp hội các cán bộ

chuyên môn y tế và các tổ chức học thuật cống hiến cho việc tạo ra một nền tảng toàn cầu về chăm sóc y tế công bằng thông qua đào tạo dựa vào cộng đồng, nghiên cứu năng động và dịch vụ tận tâm cho nông thôn. TUFH đã thực hiện các dự án chính sách và các nghiên cứu điển hình về các vấn đề rất quan trọng như chương trình nột trú ở nông thôn (Bra-sil), tăng cường những hành vi lành mạnh (Cộng hòa Czech), nghiên cứu lồng ghép cùng tham gia (Kenya), nghiên cứu thực hành gia đình tại các nước nghèo nguồn lực (Hy-lạp), và chương trình sau đại học quốc tế về được (Ca-na-đa). Năm 2007, TUFH khởi động Giáo dục trực tuyến (eEducation) cho y tế - một tạp chí điện tử có tiếp cận mở nhằm mục đích tăng cường trao đổi tri thức và thông tin quốc tế.

Nhưng không phải tất cả các cơ sở được thành lập vì trách nhiệm xã hội. Mặc dù các trường phi lợi nhuận có thể tìm kiếm để đào tạo ra những sinh viên tốt nghiệp có chất lượng vì họ có thể tăng cường tính hấp dẫn thị trường của mình, họ vẫn cần thiết phải tìm kiếm việc hoàn vốn tài chính. Tất nhiên, các trường vì lợi nhuận có thể cũng đào tạo ra các cán bộ chuyên môn có chất lượng cao và động cơ thúc đẩy xã hội, nhưng thuận lợi này có thể không phải là một động cơ có mục đích vì những nỗ lực để đạt được các tiêu chuẩn KĐCL. Các mục đích xã hội khác nhau không nhất thiết được phiên giải nhằm tự chuyển thành những giá trị xã hội của các hình thức trường đào tạo khác nhau. Điểm mấu chốt quan trọng nhất để giải quyết vấn đề trách nhiệm xã hội là sự hài hòa hay bất hòa giữa những mục đích xã hội, các động cơ thúc đẩy, nội dung của đào tạo, năng lực được tạo ra, và các nhu cầu thực sự của cộng đồng.

Một thách thức khác là sự hài hòa hóa của các tiêu chuẩn toàn cầu với sự áp dụng thích hợp ở các nước đối với các bối cảnh đa dạng. Hiện nay không có các tiêu chuẩn toàn cầu nào cho KĐCL. Tuy nhiên tầm quan trọng của các nguyên tắc toàn cầu với đặc thù của hoàn cảnh bao giờ cũng phù hợp hơn cho đào tạo chuyên môn trong một thế giới di động và tương thuộc. Các nguyên tắc toàn cầu có thể đem lại tính nhất quán, minh bạch, và trách nhiệm giải trình mở cho tiến trình KĐCL, trong khi làm dịu đi sự nổi bật của các cộng đồng về tri thức và thực

hành. Tuy nhiên, tính không thống nhất giữa các nước có thể có các hệ quả không định trước khi nó giúp cho việc di cư của cán bộ chuyên môn tới các quốc gia khác. Sự thích nghi hóa ở trong nước sẽ cần thiết để điều chỉnh và thực hiện các xu hướng toàn cầu trong những bối cảnh cụ thể cho thực hành lâm sàng, dạy học, đạt được các trình độ, và đánh giá trong khi vẫn duy trì đủ tính linh hoạt cho đổi mới và cải cách.

Đạt được một số cân bằng giữa toàn cầu-trong nước là một ưu tiên, thực sự là một điều cần thiết khi sự tương thuộc giữa các cơ sở đào tạo gia tăng. Nhiều cơ quan quốc tế (WHO, UNESCO, WTO và các tổ chức khu vực) đang đặt ra các tiêu chuẩn đối với đào tạo chuyên môn hoặc là để đối phó với những đe dọa xuyên quốc gia như những đại dịch hoặc để hài hòa hóa những thị trường lao động quốc tế. Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á (ASEAN) đã kiên định phát triển tiến trình công nhận lẫn nhau của mình để hài hòa hóa việc chuẩn hóa bằng cấp chuyên môn trong điều dưỡng và y khoa. Viện Quốc tế về Giáo dục Y khoa (IIME) đưa ra một sáng kiến về Yêu cầu thiết yếu tối thiểu Toàn cầu (GMER) cho việc thích ứng với một số trường y của Trung quốc để đánh giá hoạt động của các trường trên cơ sở của những thành tích sinh viên đạt được trong những lĩnh vực chủ chốt của năng lực y khoa. Liên đoàn thế giới về Giáo dục Y khoa (WFME) đã cộng tác với TCYTTG (WHO) nhằm để xuất một tiến trình xây dựng đồng thuận toàn cầu giữa các bên có liên quan cấp quốc gia. Ở trong nước, Viện Y khoa Hoa Kỳ đã khuyến nghị đệ trình cứ 2 năm một lần để các vị lãnh đạo xem xét lại đội ngũ, ghi nhận xu hướng, xác định thiếu hụt, và xây dựng kế hoạch tương lai nhằm hài hòa hóa các cơ quan giám sát khác nhau và thể hiện tính minh bạch và trách nhiệm lớn hơn. Khuyến nghị kêu gọi việc lôi cuốn các Chủ tịch, hiệu trưởng, trưởng khoa, và giám đốc thường trú trong một tiến trình liên kết các năng lực và chương trình giảng dạy để có các tiêu chí KĐCL mang tính trách nhiệm xã hội nhiều hơn.

Hệ thống học thuật

Trong phần hệ thống học thuật, chúng tôi bàn luận ngắn gọn về một loạt những thách thức, bao gồm các trung tâm bệnh viện và chăm sóc ban đầu; hợp tác giữa các trường thông qua làm việc trong mạng lưới; xây dựng đội ngũ giảng dạy, và chia sẻ

học tập. Việc mở rộng dần dần đào tạo lâm sàng để bao gồm việc học nội trú chính thức và thường trú trong bệnh viện đã đánh dấu thế hệ đầu tiên của cải cách cơ sở đào tạo. Trong vòng 50 năm qua, thế hệ thứ hai của cải cách đã chứng kiến sự phát triển nhanh chóng của các trung tâm học thuật do có thu nhập từ các dịch vụ lâm sàng và nghiên cứu. Sức mạnh và ảnh hưởng của các trung tâm này lồng ghép với chuỗi liên tục của phát hiện-chăm sóc-đào tạo cũng tăng lên. Một hiệp hội quốc tế các trung tâm y tế học thuật đã được thành lập để tăng cường chia sẻ những thực hành tốt nhất, tăng cường quan hệ quốc tế, và đẩy mạnh các sứ mệnh của giáo dục, chăm sóc người bệnh và nghiên cứu.

Đã có nhiều nỗ lực để mở rộng các lựa chọn về giáo dục ngoài các bệnh viện tuyến trên thông qua đào tạo thực hành ở các trung tâm y tế cộng đồng, nhiều khi ở những cộng đồng chịu thiệt thòi. Địa điểm đào tạo thực địa không chỉ là một vấn đề duy nhất mà còn có cả vấn đề cân bằng trong giáo dục được so sánh với những dòng thu nhập từ lâm sàng và nghiên cứu đầy sức mạnh có thể ảnh hưởng tới các ưu tiên giáo dục hoặc thậm chí làm méo mó vai trò mô hình của các cán bộ giảng dạy lâm sàng và nghiên cứu. Một số người đã đề xuất một phương pháp tiếp cận hệ thống trong đó các trung tâm không chỉ tạo ra các công nghệ mới mà còn thử nghiệm các cách mới để triển khai các chiến lược dự phòng và điều trị với chi phí tiết kiệm và hiệu quả cho bệnh nhân và quần thể. Một phương pháp tiếp cận hệ thống có thể bao gồm không chỉ các trung tâm bệnh viện tuyến trung ương mà còn các mạng lưới các đơn vị y tế tuyến ban đầu và tuyến tỉnh/thành phố, kể cả các chương trình dựa vào cộng đồng. Một phương pháp tiếp cận hệ thống sẽ sử dụng các công cụ như làm việc trong mạng lưới và quan hệ đối tác để mở rộng chuỗi liên tục giáo dục-chăm sóc-nghiên cứu ở cấp độ trong nước và toàn cầu. Tuy nhiên, ở những nước nghèo nhất, hệ thống học thuật có thể rất kém phát triển, đôi khi chỉ có một cơ sở lớn tuyến trung ương thường ở ngay thành phố là thủ đô.

Có một điều nguy hiểm đó là các trung tâm học thuật tuyến trung ương có thể chỉ phát triển đơn giản về thẩm quyền và kinh phí mà không có chú ý tương ứng với đào tạo được cân bằng ở tuyến ban đầu và tuyến tỉnh/thành phố. Vì đào tạo chuyên môn bị ảnh hưởng sâu sắc bởi môi trường có sẵn cho

đào tạo lâm sàng, hệ thống học thuật có thể hoặc bị thành kiến là đào tạo hướng tới chăm sóc chuyên môn chuyên sâu ở các cơ sở tuyến trung ương hoặc là tạo ra sự tiếp cận rộng hơn với hàng loạt môi trường thực hành ở cộng đồng, tại gia đình, và các địa điểm khác, kể cả các quần thể gặp khó khăn. Thực tế là nhiều chứ không phải là hầu hết các trung tâm học thuật đều dựa vào các khu vực ở thành thị đã làm hạn chế việc đưa đào tạo lâm sàng về các địa bàn xa xôi, trừ khi CNTT có thể được sử dụng để kết nối với họ.

Đào tạo cho chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được hoàn toàn lồng ghép vào toàn bộ hệ thống y tế, kể cả hệ thống học thuật. Đào tạo chuyên môn phải cung cấp kỹ năng ban đầu là bảo đảm tiếp cận được với tất cả dịch vụ có chất lượng cao đối với một quần thể đã được xác định thông qua các chiến lược chủ động, trợ giúp tính liên tục của chăm sóc, đảm bảo có những tiêu chuẩn hướng lợi rõ ràng, và bảo đảm sự bảo vệ mang tính xã hội phổ cập trong y tế. Những thách thức cho hệ thống học thuật là phải cung cấp một môi trường cân bằng hơn để đào tạo các cán bộ chuyên môn thông qua việc tham gia với các cộng đồng địa phương để chủ động giải quyết công tác dự phòng dựa vào quần thể, tiên đoán các đe dọa sức khỏe trong tương lai, và làm đầu tàu trong thiết kế tổng thể và quản lý hệ thống y tế. Một công cụ đầy sức mạnh tiềm năng của hệ thống học thuật là sự hợp tác sẽ mô tả các cơ hội để tăng cường chất lượng và hiệu suất đào tạo thông qua việc chia sẻ thông tin, trao đổi học thuật, theo đuổi công việc chung, và hiệp lực giữa các trường. Hợp tác có thể phục vụ cho nhiều mục đích, triển khai nhiều công cụ, và thực hiện ở các tuyến khác nhau. Hợp tác rút cục là bao gồm quan hệ giữa các cá nhân, nhưng nó có thể được cơ cấu và duy trì thông qua những sắp xếp thể chế được chính thức hóa để tăng cường, cung cấp tài chính, và duy trì quan hệ theo thời gian. Những mục đích thể chế trong giáo dục, nghiên cứu và dịch vụ có thể được nâng cao qua chia sẻ chương trình giảng dạy, trao đổi giảng viên và sinh viên, hợp tác nghiên cứu, và các hoạt động khác. Nhiều sắp xếp về tổ chức đã được sử dụng để tạo điều kiện cho các đồng vận này: các mạng lưới, hiệp hội, liên minh và quan hệ đối tác. Đặc biệt đáng quan tâm là việc xây dựng năng lực thông qua sắp xếp song hành cùng bình đẳng để tăng cường cả hai cơ sở đào tạo (Pa-nen 5).

Pa-nen 5:**Song hành cho phát triển năng lực ở châu Phi**

Các trường y ở tất cả các nước đã được hưởng lợi từ các chương trình song hành thúc đẩy việc trao đổi, chia sẻ nguồn lực và thực hiện công tác hợp tác vì tiến bộ của nhau. Một số cơ sở y khoa đầu tiên ở vùng cận Sa-ha-ra châu Phi đã hưởng lợi từ việc sắp xếp song hành này. Được thành lập năm 1948, trường y Ibadan - có thể là trường y đầu tiên của Nigeria - đã bắt đầu hợp tác với Đại học London, Anh quốc. Ở Uganda, các trường về khoa học sức khoẻ danh tiếng Makarere đã có nhiều chương trình song hành kể cả với trường Johns Hopkins ở Hoa Kỳ về YTCC.

Ở Kenya, trường y của đại học Moi đã đi tiên phong bằng một chương trình song hành với hiệp hội các trường đại học bắc Mỹ đứng đầu là bang Indiana. Dựa vào chú trọng mang tính truyền thống của việc hợp tác trong giáo dục và nghiên cứu, chương trình song hành tiên phong của Moi đi đầu với việc lôi cuốn cả hai đối tác trực tiếp tham gia việc cung cấp dịch vụ. Trọng tâm về áp dụng thực tiễn cho phép phát triển giáo dục và nghiên cứu phù hợp. Moi cũng đã mở rộng giáo dục song hành với mối quan hệ tay ba với 3 đối tác, kể cả đối tác là Bộ Y tế Kenya. Tương tự, trong 2 thập kỷ, trường đại học của bang Indiana đã thực hiện giảng một môn tự chọn về sức khoẻ toàn cầu cho sinh viên của mình ở gần Eldoret Kenya, những sinh viên này được các giảng viên trong nước và thỉnh giảng đến giảng dạy. Môn tự chọn đã giúp sinh viên tham gia với các nhóm chăm sóc sức khoẻ bao gồm thực hiện công tác lâm sàng, viết bài cho tạp chí, viết phản ánh cảm nghĩ của bản thân, hòa nhập văn hoá, và những thách thức về mặt đạo đức.

Những mô hình như vậy đã giúp khởi đầu cho một sáng kiến Hợp tác trong giáo dục y khoa giữa các Viện Sức khoẻ Quốc gia và Kế hoạch khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng chống AIDS (PEPFAR) bắt đầu từ tháng 10 năm 2010. Sáng kiến này sẽ đầu tư 130 triệu đô la Mỹ trong 5 năm để tăng cường đào tạo cho 140.000 nhân viên y tế ở châu Phi và chuyển đổi giáo dục y khoa thông qua việc hỗ trợ kinh phí cho gần một chục cơ sở đào tạo châu Phi có sử dụng chương trình song hành cho việc xây dựng năng lực cùng với các công cụ khác.

Hai loại hợp tác giữa các cơ sở đào tạo đáng

được đề cập là giữa các trường đào tạo chuyên môn và giữa các cơ sở đào tạo và các loại hình trường khác. Hợp tác giữa các trường hầu hết là tăng cường năng lực trong các chức năng chủ yếu của cơ sở đào tạo như giáo dục, nghiên cứu, và dịch vụ. Hợp tác giữa các loại hình cơ sở khác liên kết các cơ sở đào tạo với các tổ chức đối tác như chính phủ, các tổ chức phi chính phủ, doanh nghiệp, và giới truyền thông, tất cả có thể cùng mang lại những tài sản bổ sung cho lợi ích cùng nhau. Loại hợp tác thứ ba, mặc dù không thực sự là hợp tác, là các trường ở nước ngoài tự thiết lập một mình hoặc cùng đối tác với các trường có thương hiệu ở các nước có thu nhập cao ở các nền kinh tế đang trỗi dậy, thông thường với mục đích để tăng thu nhập trong khi vẫn quảng bá được thương hiệu. Hợp tác giữa các cơ sở có thể kết nối các trung tâm giáo dục với các chính sách và thực hành trong khi vẫn tạo cho đối tác là chính phủ, các tổ chức PCP, doanh nghiệp, và giới truyền thông các nguồn lực học thuật bổ sung (Pa-nen 6). Sinh viên có thể được đào tạo, học nội trú hay có kinh nghiệm làm việc-học tập trong những cơ sở có hợp tác với nhau, và nhóm đối tác có thể tận dụng được nguồn lực của giảng viên ở cơ sở giáo dục. Các chương trình đào tạo điều hành có thể yêu cầu phải có cán bộ giảng dạy là những người có trình độ chuyên môn trong theo dõi và đánh giá chương trình.

Có các chi phí theo thời gian thực, năng lực và tài chính cho việc hợp tác để cho các sản phẩm của nó phải có lợi ích hơn so với đầu tư bỏ ra. Tất cả các hình thức hợp tác đang được thay đổi bởi cách mạng CNTT với tiềm năng của nó làm ngắn lại khoảng cách, kết nối những biên giới, giảm chi phí và mở rộng sự tham gia - tất cả trong thời gian thực. Tình đoàn kết được xây dựng thông qua việc thực hiện chung sứ mệnh, chia sẻ nguồn lực, kiến thức, và kinh nghiệm có thể tăng cường và khuyến khích tất cả các cơ sở tham gia.

Đội ngũ cán bộ là nguồn lực tối thượng của tất cả các cơ sở giáo dục đào tạo. Họ là những giảng viên, người quản lý, các thành viên chuyển tải tri thức, và điều quan trọng nhất là các mô hình vai trò của sinh viên - tái tạo lại chuyên môn bằng việc đào tạo thế hệ tiếp theo các cán bộ chuyên môn. Thách thức với đội ngũ này ở hầu hết các nước bao gồm khối lượng giảng dạy lớn, thiếu hụt số lượng giảng viên, các yêu cầu cạnh tranh về nghiên cứu và dịch vụ tư vấn, và những rủi ro khi kiệt sức giữa quá

trình thăng tiến nghề nghiệp. Trong một số hệ thống, có sự vượt trội của nghiên cứu đối với giảng dạy, không chỉ trên con đường sự nghiệp về học thuật và chuyên môn lâm sàng, mà cả về quyền lực, tiền bạc và đặc quyền đặc lợi. Trong nhiều cơ sở đào tạo, việc giảng dạy không hòa hợp với vị thế hay mức độ ưu tiên của nghiên cứu. Tạo nguồn kiến thức thường được coi là quan trọng hơn so với chia sẻ kiến thức và truyền đạt kiến thức. Những cán bộ chuyên môn nổi bật cũng có thể ngại ngần để chấp nhận vai trò giảng dạy toàn thời gian vì còn có những cơ hội có lợi về tài chính và xã hội hơn khi có vị trí cao trong hành nghề chuyên môn so với làm công tác giảng dạy.

Ở những nước nghèo, trở ngại chính là sự khan hiếm các giảng viên có trình độ, những người có vai trò thiết yếu để đào tạo thế hệ tiếp theo những cán bộ chuyên môn, kể cả việc đào tạo những nhân viên y tế tuyến cơ sở. Thực tế để có được việc mở rộng lực lượng lao động ở những nước nghèo mà lại không tăng cường nguồn lực đội ngũ giảng dạy là một điều khó. Trong những lựa chọn đáng để tìm hiểu có việc đưa ngắn hạn những người đã tốt nghiệp từ các nước giàu muôn có những đóng góp ở những nước đang thiếu hụt nghiêm trọng đội ngũ giảng dạy. Tuy nhiên, những hoạt động như vậy cần phải là một phần của chiến lược rộng hơn để xây dựng năng lực ở những nước nghèo. CNTT có thể đóng phần chính trong vấn đề này thông qua các loại hình của nguồn lực giáo dục mở.

Chia sẻ việc học tập mô tả việc sử dụng thông số, đánh giá và nghiên cứu để xây dựng và phổ biến cơ sở kiến thức của những gì có hiệu quả và không có hiệu quả trong đào tạo chuyên môn. Trong khi thực hiện những nhiệm vụ của Ủy ban, chúng tôi đã nhiều lần gặp những khó khăn vì chất lượng số liệu kém.

Lĩnh vực đào tạo chuyên môn bị thiếu thông tin và văn hóa theo dõi và đánh giá kém cỏi. Ví dụ, số liệu về số lượng các cơ sở đào tạo chuyên môn y tế có rất ít và hầu hết tập trung ở một vài nước hoặc chỉ phục vụ các mục đích quốc gia hạn hẹp như cấp phép hoặc chứng chỉ cho các bác sĩ và điều dưỡng viên. Các tiêu chí KĐCL và đánh giá cũng có ít. Ngoại trừ số liệu về các trường y ở Hoa Kỳ và Trung Quốc, chúng tôi không thể tìm thông tin đáng tin cậy về nguồn thu nhập của các cơ sở giáo dục. Đào tạo chuyên môn phải thực hiện đo lường và đánh giá vì những mục đích chuyên biệt. Kiểm tra sinh viên là

phương thức hoàn toàn phổ biến trong khi họ học và sau khi tốt nghiệp để đảm bảo đã đạt được những năng lực cần thiết cho thực hành chuyên môn. Các công cụ kiểm tra bao gồm bài thi viết, đánh giá của giảng viên, thi lâm sàng chuẩn, mô phỏng, đánh giá tại nơi làm việc, báo cáo những công trình/dự án, và thi quốc gia. Thử nghiệm GMER đã mở rộng sử dụng kiểm tra cá nhân thành một chỉ số cho thực hiện toàn bộ công việc của cơ sở đào tạo trong việc xây dựng các phạm vi chuyên môn cốt lõi của năng lực. Nhưng đáng tiếc là mê tric lại đôi khi được dùng trong việc KĐCL.

Pa-nen 6:

Mạng lưới làm việc Lusophone và điều phổi của Bra-xin

Cộng đồng các nước nói tiếng Bồ-Đào-Nha (CPLP) đã xây dựng một kế hoạch chiến lược để tăng cường hệ thống y tế ở tất cả các nước thành viên cho việc tiếp cận phổ cập với các dịch vụ y tế có chất lượng cao bao gồm cả đào tạo nhân viên và một mạng lưới các dự án để tăng cường năng lực cơ sở đào tạo. Vì vậy CPLP đã tạo ra một mạng lưới Lusophone (nói tiếng Bồ-Đào-Nha) của các viện sức khoẻ quốc gia, các trường kỹ thuật y tế, các trường quản lý y tế và các trung tâm đào tạo y khoa chuyên ngành. Quỹ Oswaldo Cruz của Bra-xin đang đóng vai trò chủ yếu trong mạng lưới này - v.d. hỗ trợ việc phát triển ở Mozambique một đơn vị công lập cho việc sản xuất các thuốc gốc và thiết yếu. Nguồn tài chính cho việc đào tạo và dự án của mạng lưới là từ các nước Lusophone giàu có là Bồ-Đào-Nha và Bra-xin, và từ các cơ quan quốc tế cũng như các quỹ tư nhân.

Song song với mạng lưới là những đổi mới ở một số nước Lusophone, như Pro-Saude và PET-Saude - Chương trình của Bra-xin về Định hướng lại Đào tạo cán bộ Y tế. Một vấn đề lâu dài ở Bra-xin là sự không cân xứng giữa đào tạo chuyên môn và yêu cầu về nguồn nhân lực của hệ thống Y tế Quốc gia Thống nhất. Bộ Giáo dục và Bộ Y tế vì vậy đã khởi động một quan hệ đối tác mới về cải cách. Tất cả những cơ sở học thuật đang định hướng lại chương trình giảng dạy để chuyển đổi đào tạo từ bệnh viện sang các phòng khám và cộng đồng, để chú trọng vào dự

phòng và các yếu tố xã hội quyết định sức khoẻ, và tăng cường việc học tập chủ động, và dựa trên vấn đề. Hơn 500 khoá học, 9000 học bổng, và đào tạo 14 chuyên ngành y tế dựa trên hơn 80 cơ sở đào tạo đại học đã nhận được kinh phí trong quan hệ đối tác này giữa 2 bộ ngành chính yếu.

Mặc dù có những hạn chế này, có nhiều cơ hội cho việc học tập lẫn nhau trong phương pháp tiếp cận toàn cầu và đa ngành. Cũng như các lĩnh vực khác, đào tạo chuyên môn cần tăng cường cơ sở kiến thức của mình. Hai trăm hệ thống quốc gia khác nhau để so sánh tạo ra những lựa chọn mới cho nghiên cứu so sánh về đào tạo chuyên môn. Một quan điểm toàn cầu có thể tạo ra một kiến thức đầy đủ về đào tạo chuyên môn trong một thế giới tương thuộc với một nguồn tài năng, và làm tăng các giao lưu xuyên quốc gia về kiến thức, bệnh nhân và dịch vụ. Để tận dụng những cơ hội này, một cộng đồng học tập toàn cầu vì những cải tiến thường xuyên và không ngừng cần được xây dựng.

Quy hoạch giảng dạy

Tổng kết của chúng tôi về các xuất bản liên quan đến giáo dục đã xác định được 11 054 bài viết về đào tạo y khoa, điều dưỡng và YTCC. Các báo cáo về đào tạo y khoa (73%) chiếm tỷ lệ nhiều vượt trội hơn so với số lượng báo cáo về điều dưỡng (25%) hay YTCC (2%). Hơn một nửa số bài viết (53%) chú trọng vào đào tạo chuyên môn ở Bắc Mỹ, một phần tư (26%) ở châu Âu, và số còn lại (21%) là ở các vùng khác. Đáng chú ý là chúng tôi đã ghi nhận có ít bằng chứng được lưu giữ về tác động hay hiệu quả của các đổi mới trong đào tạo. Mặc dù có trào lưu hướng tới biện pháp phân tích nhiều hơn trong nghiên cứu giáo dục, hầu hết các nghiên cứu đều mang tính mô tả, gây sự chú ý về tầm quan trọng của việc tăng cường năng lực nhằm tạo ra bằng chứng thuyết phục có từ thực địa. Những thách thức đối với quy hoạch giảng dạy có thể được đánh giá một cách hệ thống bằng việc xem xét tiến trình học tập của sinh viên từ khi tuyển chọn nhập học cho tới khi tốt nghiệp ra trường và hành nghề chuyên môn. Chúng tôi phân tích các thách thức này thông qua việc bàn luận 4 chữ C (tiếng Anh): Tiêu chí tuyển chọn nhập học, các năng lực, các

kênh/phương thức chuyển tải, và con đường thăng tiến nghề nghiệp.

Tiêu chí tuyển chọn nhập học

Tại hầu hết các nước, năng lực xã hội của sinh viên tốt nghiệp ra trường có thể không liên kết với tính đa dạng về xã hội, ngôn ngữ và chủng tộc của người bệnh và các quần thể. Sinh viên chuyên môn y tế được nhập học một cách bất xứng từ các tầng lớp xã hội cao hơn và các nhóm chủng tộc nổi trội. Sự loại trừ này một phần là do sự tuyển lựa các ứng viên từ một quá trình loại trừ dần trước đó vì tỷ lệ bỏ cuộc thường cao hơn ở các nhóm nghèo và thiểu số ở các lớp thấp khi học phổ thông. Tuy nhiên, có sự gia tăng nhận biết về tầm quan trọng của tính tương hợp về văn hóa xã hội và ngôn ngữ trong chăm sóc người bệnh và sức khỏe quần thể, và sự gia tăng hiểu biết rằng các vấn đề như tỷ lệ bao phủ đối với vùng sâu vùng xa bị thiên lệch thường là do các chính sách tuyển chọn nhập học thường thiên vị cho vùng thành thị.

Thành phần giới tính trong tuyển chọn nhập học có một tác động chủ yếu đối với hoạt động của hệ thống y tế. Ảnh tượng giới tính thường mạnh mẽ giữa những cán bộ chuyên môn y tế - ví dụ phụ nữ và nghề điều dưỡng. Ở nhiều nước thường xuyên có một vấn đề gọi là phụ nữ hóa lực lượng y khoa. Cân bằng giới tính không chỉ tăng cường sự nhận biết của xã hội về tiềm năng con người đầy đủ với giới tính mà nó còn có thể chứa đựng một khía cạnh quan trọng của việc lấy người bệnh làm trung tâm - v.d., trong một số xã hội, bệnh nhân nữ thường thích cán bộ chuyên môn y tế nữ. Cũng có những hệ lụy về việc phụ nữ hóa đối với hệ thống y tế vì phụ nữ có thể có ít thời gian hơn để làm việc vì có gánh nặng những bổn phận gia đình. Phân bố lực lượng lao động theo giới tính cũng có những hệ lụy quan trọng đối với những năng động của thị trường lao động vì phụ nữ có khả năng hơn nam giới để theo đuổi con đường sự nghiệp linh hoạt, với nhiều điểm để ra và vào lực lượng lao động. Bác sĩ và điều dưỡng viên nữ có thể thấy khó khăn hơn khi được phân công về vùng sâu vùng xa vì những cam kết với gia đình họ và đôi khi vì những quan tâm tới vấn đề an ninh.

Nhiều giải pháp đã được đề xuất nhằm đạt được việc tuyển chọn nhập học một cách cân bằng, nhưng chỉ có một vài cách thành công. Các trường có thể

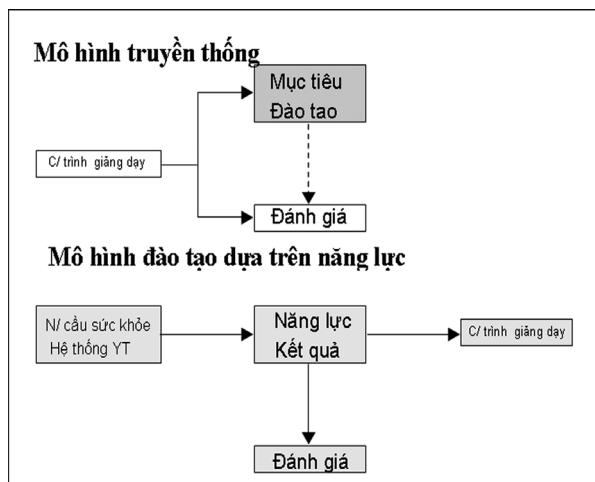
đặt ra các tiêu chuẩn để tuyển sinh viên đáp ứng được với đặc điểm của quốc gia về đa dạng xã hội, ngôn ngữ và chủng tộc và đánh giá các giá trị chính yếu cũng như đặc điểm cá nhân như các kỹ năng giao tiếp, liên nhân và hợp tác, và quan tâm về chuyên môn. Các chương trình hành động tích cực có thể được xây dựng để có thể mở rộng hỗ trợ phục hồi cho giáo dục phổ thông nhằm phát triển số lượng các sinh viên có đủ tiêu chuẩn nhập học. Một đề xuất sẽ là để cho các cộng đồng ở nông thôn, với tiềm năng hỗ trợ của chính phủ, lựa chọn các ứng viên của riêng họ để giới thiệu nhập học, chi trả học phí, và tuyển họ làm việc sau khi tốt nghiệp. Tài chính là quan trọng, vì tiền học phí có thể là rào cản nhập học đối với người nghèo hoặc chi phí có thể cao nên sinh viên phải lâm vào cảnh nợ lớn. Một đề xuất khác là đặt các cơ sở đào tạo gần với các cộng đồng còn đang thiếu thốn để giúp cho việc tuyển sinh viên và giữ chân cán bộ chuyên môn ở lại các vùng đó, mặc dù cần phải chú ý đến thách thức là phải bảo đảm một khối lượng nguồn lực đào tạo quan trọng trong các cơ sở này. Nếu sinh viên nhập học chỉ có xuất thân từ vùng thành thị, thì khả năng đưa họ làm công việc cuối khóa học ở nông thôn là rất thấp. Tuy vậy, sinh viên tốt nghiệp ra trường có thể được yêu cầu dành một thời gian cho dịch vụ xã hội trong một cộng đồng nông thôn - một yêu cầu đã được thử nghiệm tại trường y của Đại học Quốc gia Mê-hi-cô năm 1936 và đã được nhiều nước chấp nhận. Các trường đã xây dựng được các tiêu chí xã hội quan trọng cho việc tuyển chọn sinh viên và quá trình phân công làm việc bao gồm Escuela Latino-Americana de Medicina (ELAM) ở Cu-ba, Trường các khoa học sức khỏe của Đại học Phi-lip-pin ở Leyte, và Trường Y khoa Bắc Ontario ở Ca-na-da. Kinh nghiệm cho thấy rằng việc phân công làm việc cuối cùng cho sinh viên tốt nghiệp là do nhiều yếu tố, bao gồm việc tiếp xúc, những động cơ khuyến khích phù hợp, và thiết yếu nhất là giá trị, cam kết, và mục tiêu xã hội của sinh viên tốt nghiệp.

Cuối cùng thì tiêu chí tuyển chọn nhập học được kết nối và là biểu thị của mục đích của trường. Một chính sách cho nhập học hoàn toàn cạnh tranh dựa trên phẩm chất có thể tuyển chọn được những ứng viên tốt nhất và sáng sủa nhất cho lãnh đạo chuyên môn và học thuật. Tuyển chọn chủ động để có được thành phần cân bằng về nông thôn, chủng tộc, và văn hóa xã hội có thể bày tỏ và thể hiện mục đích của trường về tăng cường tính công bằng

trong sức khỏe. Các mục tiêu tuyển chọn này không hề không tương thích với nhau. Thực sự, nhiều cơ sở cố gắng hài hòa hóa các mục đích có liên quan thành một chính sách tuyển chọn chặt chẽ. Lãnh đạo có thể có ở nhiều hình thức và dành cho các mục đích khác nhau. Sinh viên xuất thân với những khó khăn có thể thường nổi trội trong những đánh giá mang tính cạnh tranh sau khi những cơ hội đã được tạo ra cho họ.

Các năng lực

Tiểu phần này bàn luận một phương pháp tiếp cận dựa trên năng lực đối với chương trình giảng dạy và học tập dựa theo nhóm. Có một trào lưu mạnh mẽ để liên kết chương trình giảng dạy như một công cụ của học tập nhằm đạt được những năng lực cần thiết là mục đích đào tạo. Về mặt lịch sử, các chuyên ngành đều đã đặt ra những yêu cầu để xác lập ai sẽ có thể trở thành thành viên dựa trên việc hoàn thành một khóa học đã định trước mà các lãnh đạo học thuật hoặc chuyên môn có thể xác định. Các chương trình giảng dạy thường liên kết chặt chẽ với di sản lịch sử hệ thống hóa những truyền thống, ưu tiên, và giá trị của đội ngũ cán bộ trong chuyên ngành ấy. Theo thời gian, chương trình giảng dạy ít khi được rà soát lại mà chỉ được thay đổi một cách từ từ để có thêm thông tin mới. Không phải là đặc biệt khi các trường thay đổi mục tiêu để đáp ứng những gì mà đội ngũ giảng viên muốn giảng dạy do đó chương trình giảng dạy lại xác định ra các mục tiêu chứ không phải như người ta mong muốn là các mục tiêu học tập phải làm cơ sở để phát triển chương trình giảng dạy (hình 9)



Hình 9. Giáo dục dựa trên năng lực

Một phương pháp tiếp cận dựa trên năng lực là một phương pháp tiếp cận chuyên ngành để cụ thể hóa các vấn đề sức khỏe sẽ được giải quyết, xác định những năng lực cần thiết phải có của sinh viên tốt nghiệp cho hoạt động của hệ thống y tế, xây dựng chương trình giảng dạy để đạt được những năng lực, và đánh giá thành tích cũng như tồn tại. Epstein và Hundert đã nói rằng: "Năng lực là việc sử dụng thường lệ và đúng đắn truyền thông, kiến thức, các kỹ năng kỹ thuật, lập luận lâm sàng, tình cảm, giá trị và phản ánh trong thực hành hàng ngày vì lợi ích của cá nhân và cộng đồng đang được phục vụ".

Đào tạo dựa trên năng lực cho phép có một quá trình học tập cá nhân hóa cao hơn là một chương trình giảng dạy truyền thống, phù hợp với tất cả. Một cách lý tưởng là sinh viên sẽ có một cơ hội để khám phá một loạt những lựa chọn trong các hoạt động học tập và các phương pháp có thể cho phép họ đạt được năng lực với các thời kỳ khác nhau.

Với chú trọng vào kết quả đầu ra của đào tạo, phương pháp tiếp cận này minh bạch hơn và vì vậy mang tính trách nhiệm đối với người học, các nhà hoạch định chính sách, và các bên có liên quan. Thông số và đánh giá với nhiều loại phương pháp là không thể thiếu đối với phương pháp tiếp cận dựa trên năng lực, có việc đánh giá tiến bộ hoặc thiếu sót trong việc đạt được những năng lực.

Một sử dụng có tiềm năng chuyển đổi những năng lực là nó sẽ là một cơ sở khách quan để phân loại các ngành nghề chuyên môn y tế khác nhau, thay vì những phân định mang tính độc đoán hiện nay, đó là biểu thị của thành công tương đối của các nhóm nghề khác nhau trong việc huy động quyền lực của Nhà nước để thưởng cho những phẩm chất cụ thể là thiết lập những độc quyền trong thực hành. Đạt được những năng lực cụ thể, chứ không phải là thời gian hay bảo vệ thành quả học thuật, phải là đặc điểm định rõ đào tạo và đánh giá các cán bộ chuyên môn y tế tương lai. Một khi những nhà giáo dục chú trọng vào năng lực chuyên môn, các cơ hội mới sẽ đến cho một quy hoạch giàu tưởng tượng hơn về hệ thống y tế. Vai trò và trách công có thể có liên kết tốt hơn. Ranh giới truyền thống giữa các ngành nghề chuyên môn có thể được giảm thiểu. Xu hướng lan tràn hướng tới mốc phẩm chất giữa các ngành nghề - nghĩa là xu hướng nhờ đó phẩm chất cần có cho một vị trí cụ thể đang tăng lên - có thể bị thách thức.

Đối với đào tạo liên ngành, y tế cần có làm việc nhóm, và điều cần thiết này đã gia tăng tầm quan trọng vì sự chuyển đổi của hệ thống y tế. Sự nảy sinh bệnh không truyền nhiễm, theo đó việc chăm sóc điều trị người bệnh trở thành một loạt sự chuyển tiếp từ nhà đến bệnh viện để các cơ sở phục hồi chức năng và lại quay trở về nhà, cần thiết có sự tham gia của hàng loạt cán bộ chuyên môn đa ngành - Nhân viên xã hội, điều dưỡng viên, nhân viên trị liệu, bác sĩ, tư vấn viên, v.v.. - là những người phải cùng làm việc với nhau để cung cấp hàng loạt những dịch vụ y tế. Nhưng ngoài việc này sinh bệnh không truyền nhiễm, y tế luôn luôn là vấn đề cùng làm việc theo nhóm. Sứ trí với bệnh truyền nhiễm cũng cần có các nhóm chỉ huy và kiểm soát bao gồm giám sát, tiêm chủng, khống chế, điều trị, và can thiệp để thay đổi các yếu tố xã hội quyết định như không có tiếp cận với nước sạch và vệ sinh. Tương tự, phòng chống chấn thương tùy thuộc vào công việc của các cán bộ liên ngành, đa ngành hợp tác với các kỹ sư, cảnh sát, quan chức chính quyền và các cán bộ chuyên môn khác.

Học tập dựa theo nhóm là một phương pháp giảng dạy nhằm chuẩn bị cho sinh viên có được cách làm việc cộng tác với nhau, hiệu quả trong một nhóm gắn kết với nhau. Đào tạo liên ngành bao gồm sinh viên của hai hay nhiều chuyên ngành cùng học với nhau, đặc biệt là về vai trò của nhau, bằng cách tương tác với nhau trong một chương trình đào tạo chung. Mặc dù học tập dựa trên nhóm đã được thực hiện thành công trong hơn 20 năm ở các trường ngoài y khoa, nhưng nó mới chỉ được đề xuất gần đây làm một công cụ giảng dạy trong giáo dục chuyên môn y tế. Dù có đơn giản về mặt khái niệm, đào tạo liên ngành lại khó để thực hiện. Một số lượng lớn sinh viên, tỷ số giảng viên/sinh viên thấp, và cơ sở vật chất chật hẹp đã khiến cho nhiều giảng viên sử dụng phương pháp lớp chỉ bằng bài giảng. Vai trò trong nhóm của cá nhân cán bộ chuyên y tế bị lẩn lộn giữa các giảng viên được phân công và chương trình giảng dạy của các chuyên ngành khác nhau, tính cục bộ cứng nhắc làm họ phiền toái, chuyên khoa hẹp của một số chuyên ngành, và các tiêu chuẩn KĐCL quá cứng nhắc làm cho các cơ hội hợp tác bị giới hạn.

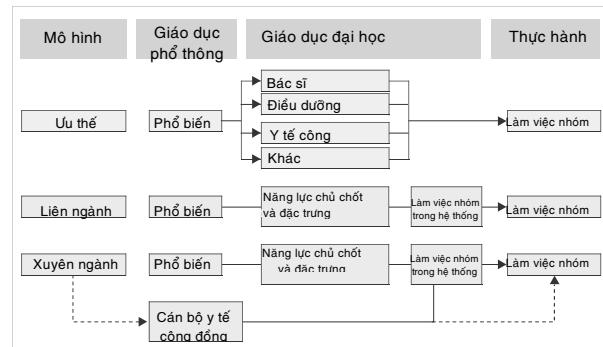
Tuy nhiên trong thực tế, làm việc theo nhóm luôn cần thiết và đã được thực hiện, và vấn đề là liệu nó có được công nhận, tăng cường và ưu tiên hoá hay không. Điều quan trọng là học tập theo

nhóm và đào tạo liên ngành không thể chỉ thực hiện trong lớp học. Các báo cáo cho thấy có tác động lớn hơn với các phương thức phụ trợ bao gồm các xê-mi-na chung khuyến khích thảo luận giữa các chuyên ngành, các môn học chung, tình nguyện làm chung chuyên môn, và người của các chuyên ngành cùng ở cùng học tập với nhau. Hơn nữa, giáo dục đại học liên ngành cần phải được lồng ghép với việc xã hội hoá và học tập trước và sau khi tốt nghiệp như là một phần của chuỗi học tập liên tục. Và nó phải được coi trọng và khuyến khích và được gắn với quá trình phát triển của tất cả cán bộ chuyên môn y tế.

Cuối cùng, cần phải nhận biết rằng làm việc nhóm với nhiều/xuyên chuyên ngành bao gồm cả nhân viên y tế không chuyên ngành có thể có tầm quan trọng lớn hơn đối với hoạt động của hệ thống y tế, đặc biệt nhóm làm việc của các bộ chuyên môn với nhân viên tuyến cơ sở và phụ trợ, các nhà quản lý, nhà hoạch định chính sách, và lãnh đạo cộng đồng địa phương. Hình 10 làm tương phản mô hình của những đường lối giáo dục biệt lập hiện nay nổi trội với các mô hình khác của giáo dục liên ngành và xuyên ngành. Vấn đề cơ bản là thực hành thực tế trong các cơ sở y tế ngày càng trở nên phức hợp phải dựa vào các nhóm. Năng lực cho các loại hình công việc càng được chú ý nhiều trong đào tạo, thì những cán bộ chuyên môn y tế sẽ càng được trang bị để thích nghi tốt hơn với làm việc theo nhóm, một điều cần thiết cho thực hiện tốt công việc.

Các kênh/phương thức chuyển tải

Các chương trình đào tạo chuyên môn tốt huy động tất cả kênh học tập với đầy đủ tiềm năng của chúng: các bài giảng trên lớp của giảng viên, nhóm nhỏ sinh viên học tập, đào tạo dựa theo làm việc nhóm, tiếp cận sớm với người bệnh và quần thể, các cơ sở đào tạo thực địa khác nhau, quan hệ lâu dài với người bệnh và cộng đồng, và sử dụng CNTT. Chúng tôi chú trọng vào tác động của thay đổi việc học tập nhờ có cách mạng về CNTT. Hiệu quả của việc học điện tử (học trực tuyến - e-learning) chắc chắn mang tính cách mạng, mặc dù vẫn còn chưa biết một cách chính xác nó sẽ cách tân đào tạo chuyên môn như thế nào. Học trực tuyến bao gồm việc giảng bài có sự trợ giúp của máy tính làm nhẹ nhàng hơn cho việc chuyển tải các gói đa phương tiện độc lập và học từ xa để chuyển tải bài giảng tới nơi xa xôi. Sự bùng nổ của internet đã đem lại sức mạnh, tốc độ, và đa dụng cho cả hai phương thức.



Hình 10. Các mô hình giáo dục liên ngành và xuyên ngành

Những lựa chọn sẵn có ngày nay bao gồm các khoá học có internet hỗ trợ với các bài giảng trực tuyến, sử dụng thư điện tử, và kết nối với các nguồn tài liệu trực tuyến; các khoá học dựa vào internet yêu cầu sinh viên sử dụng các nguồn tài liệu có trên mạng; và các khoá học trực tuyến hoàn toàn chỉ có chút ít giờ trên lớp học hoặc tương tác trực tiếp giữa người với người. Tất nhiên không phải tất cả sinh viên đều có tiếp cận đầy đủ với các nguồn lực CNTT. Hơn nữa, khi kỹ thuật số mở rộng tới đào tạo chuyên môn y tế, rất nhiều trường phải đổi mới với những thách thức như cơ sở hạ tầng về CNTT yếu, chi phí cao và việc tiếp cận bị hạn chế.

Một chính sách toàn cầu để khắc phục sự phân bố các nguồn lực kỹ thuật số mất cân bằng đó phải tốn thời gian để có thể thực hiện bằng việc trao quyền cho những cộng đồng nghèo nhất để đẩy nhanh hay bỏ qua các giai đoạn mà các nước đã phát triển phải quá độ một cách chậm chạp trong quá khứ. Những khả năng thay đổi có rất nhiều. Ở nhiều trường đào tạo chuyên môn, sinh viên với các phương tiện CNTT cầm tay có thể kiểm tra tỉ mỉ trong thời gian thực tính chính xác của một bài giảng. Điện thoại di động hứa hẹn chuyển đổi việc sử dụng các phương tiện cầm tay thành một công cụ học tập chính. Với những nền tảng toàn cầu về tri thức trên internet đã dẫn đến một thay đổi từ ghi nhớ thông tin sang xác định nơi có thông tin cần thiết để tổng hợp, phân tích và ra quyết định. Bản chất sẵn có rộng rãi của thông tin có nghĩa rằng trường đại học và các cơ sở tương tự giờ đây trong những nỗ lực đào tạo của mình phải chú ý đến khả năng phân biệt, phiên giải, và tận dụng thông tin. CNTT cũng đang mở rộng tiếp cận với đào tạo chính quy bằng việc giảm các rào cản địa lý. Ví dụ như Trường YTCC quốc gia của Nam Phi đã xây

dựng một chương trình CNTT từ xa, trong 5 năm đã có số sinh viên tốt nghiệp nhiều hơn của tất cả các trường khác trong nước gộp lại. Tuy nhiên, tính hiệu quả của các chương trình như vậy vẫn chưa được đánh giá đầy đủ.

Cũng như với tất cả các công nghệ, động lực cho thay đổi có tính xây dựng không phải là bản thân phần cứng hay phần mềm mà là sự thay đổi của cơ sở đào tạo có sự trợ giúp của công nghệ, kể cả vấn đề được gọi là "phần người vận hành - humanware" (tức là con người vận hành phần cứng và phần mềm). Học tập có trợ giúp của CNTT đã trở thành một thực tế cho thể hệ trẻ ở hầu hết các nước, và trong rất nhiều trường hợp, hiểu biết về các công nghệ số mới đã nhanh chóng hơn và lan tỏa sâu rộng hơn ở các nước nghèo so với các nước giàu. Các cơ sở giáo dục giờ đây phải được cơ cấu lại để thích ứng với chuyển đổi này, nếu không thì chúng sẽ có nguy cơ bị tụt hậu. Thực tế, việc sử dụng CNTT có thể là động lực quan trọng nhất trong việc học tập chuyển đổi - một trong những khái niệm chủ đạo của báo cáo này. Một khía cạnh đầy hứa hẹn cụ thể của cuộc cách mạng trong công nghệ thông tin và truyền thông là ở trong trào lưu nguồn lực giáo dục mở (Pa-nen 7), với tiềm năng của nó nhằm mở rộng tiếp cận toàn cầu với các tài liệu giảng dạy. Một lĩnh vực phát triển hứng thú khác là việc áp dụng các công nghệ thông tin và truyền thông để xây dựng các hiệp hội toàn cầu của các cơ sở giáo dục nhằm tăng cường nguồn lực của các cơ sở này, thực hiện đồng vận, và chuyển đổi cơ hội giáo dục thành lợi ích công cộng toàn cầu. Mặc dù cần có thử nghiệm và đánh giá nhiều hơn, những phương pháp tiếp cận có hứa hẹn nhất dường như là những phương pháp kết hợp việc khai thác đầy đủ những nguồn lực số và tương tác của con người, và đó chính là điểm nhấn của việc giáo dục đào tạo thực sự.

Pa-nen 7:

Công nghệ thông tin và đào tạo mở

Truyền thông và công nghệ thông tin tiên tiến đã tạo được một vai trò ngày càng chính yếu trong giáo dục đại học bằng việc cách mạng hóa sự tiếp

cận, biên soạn, và dòng thông tin và kiến thức. Nhiều đổi mới đã được thử nghiệm - truy cập thông tin, học theo mô phỏng, giảng dạy tương tác, học từ xa, đánh giá và kiểm tra.

OpenCourseWare (Khoá học liệu mở - OCW) lần đầu tiên được Viện Công nghệ Massachusetts đề xuất năm 2001 và được định nghĩa là "xuất bản phẩm dạng số mở và miễn phí của những tài liệu giáo dục có chất lượng cao, được cơ cấu thành các khoá học". OCW đã giúp cho nhiều trường đại học chia sẻ trực tuyến chương trình, bài giảng, bài tập và kiểm tra miễn phí cho những người khác tải xuống, thay đổi và sử dụng. Đến năm 2009, OCW đã có trên 200 trường đại học làm thành viên, với trên 6 200 khoá học miễn phí trực tuyến thu hút hơn 2 triệu lượt truy cập mỗi tháng. Các thành viên bao gồm những trường đại học hàng đầu ở Hoa Kỳ, Trung quốc, Nhật bản, Tây-ban-Nha, Mỹ La tinh, Hàn quốc, Thổ Nhĩ Kỳ, và Việt Nam, và các mạng lưới khu vực sử dụng phù hợp cho ngôn ngữ của các nước đã được xây dựng ở Mỹ La tinh, Trung quốc, và Nhật bản. Trường YTCC Bloomberg của Đại học Johns Hopkin s đã bắt đầu dự án OCW năm 2005 và hiện đang triển khai 60 khoá sau đại học trực tuyến với trung bình 40 000 lượt truy cập mỗi tháng. Đại học Tufts hiện có trên một nửa các khoá học y khoa trực tuyến.

OCW là một phần của trào lưu rộng hơn về nguồn lực giáo dục mở cổ vũ cho các tài liệu được số hoá miễn phí và mở dành cho giảng viên, sinh viên và người tự học sử dụng và tái sử dụng trong giảng dạy, học tập và nghiên cứu. OCW có tiềm năng để chuyển đổi giáo dục chuyên môn y tế thông qua việc cung cấp tiếp cận miễn phí và mở cho tất cả những học viên có quan tâm trên toàn thế giới, bao gồm các quốc gia đang phát triển có các nguồn lực giáo dục bị hạn chế nghiêm trọng. OCW cũng tăng cường chất lượng nội dung qua việc chia sẻ tài liệu để có phản hồi và cải tiến liên tục. Ngoài những trào lưu được tổ chức, còn có nhiều nỗ lực ở tuyến cơ sở - v.d. Connexions, một giáo trình nguồn mở và SuperCourse, một thư viện nguồn mở có các bài giảng về YTCC toàn cầu. Không đáng ngạc nhiên khi những trào lưu phi lợi nhuận này phải đối mặt với các thách thức tương tự nhau - làm thế nào để lồng ghép bộ mặt học tập của con người với công nghệ, sự thích nghi hoá với các bối cảnh đa dạng, quyền về sở hữu trí tuệ, ngoại ngần trong việc chia sẻ, và tính bền vững về tài chính.

Cũng giống như CNTT đã làm thay đổi quan hệ giữa người học và giảng viên, nó cũng làm thay đổi nhanh chóng quan hệ giữa cán bộ chuyên môn y tế và đối tượng mà những cán bộ này phục vụ - họ có thể là những cá nhân người bệnh hoặc toàn thể cộng đồng. Đóng góp quan trọng nhất của các cán bộ chuyên môn này thường là sự phán xét chi li và các kỹ năng ra quyết định hơn là mức độ tri thức. Bởi vậy, CNTT tiên tiến là quan trọng không chỉ cho đào tạo cán bộ chuyên môn y tế hiệu quả hơn; mà sự tồn tại của nó cũng yêu cầu một sự thay đổi trong những năng lực được kỳ vọng. Nói một cách đơn giản, giáo dục cán bộ chuyên môn y tế trong thế kỷ 21 phải chú trọng ít hơn vào việc ghi nhớ và chuyển tải những gì thực tế đã có mà phải chú trọng nhiều hơn vào tăng cường các kỹ năng lập luận và truyền thông để giúp cho người cán bộ trở thành một đối tác, một người hướng dẫn, một người tư vấn và vận động có hiệu quả.

Con đường thăng tiến nghề nghiệp

Tốt nghiệp đánh dấu quãng đường từ sinh viên trở thành một thành viên của một trong những chuyên ngành y tế. Với việc tham gia này, người cán bộ chuyên môn mới mẻ cần phải hiểu nhiệm vụ và nghĩa vụ là thành viên và thực hiện lời cam kết về quy tắc đạo đức chuyên môn. Tất cả những ngành nghề chuyên môn, y khoa hay những ngành khác, đều có những thuộc tính tích cực và tiêu cực. Và tất cả sinh viên, dù họ theo ngành nghề nào, đều có tiềm năng được chuyển đổi với quá trình giáo dục đào tạo đem lại những đổi thay. Là một nguyên mẫu của công việc chuyên môn, y khoa đã là một môn phải học cẩn thận với nỗ lực để hiểu những thuộc tính thiết yếu để phân biệt chuyên môn được đào tạo với nghề nghiệp khác, và những tác động chuyển đổi những thuộc tính này. Trong một công trình kinh điển của mình, Freidson đã giải thích 2 nghĩa của từ chuyên môn là: "một loại nghề nghiệp đặc biệt" và là "một sự thừa nhận hay lời hứa". Để hoàn thành lời hứa như vậy, tính chuyên nghiệp "thể hiện những giá trị, hành vi và quan hệ làm cơ sở cho lòng tin" của công chúng. Vì vậy, đào tạo chuyên môn phải có bao hàm tính trách nhiệm chuyên nghiệp không chỉ qua kiến thức và kỹ năng được thể hiện mà còn cả việc tăng cường hình ảnh và chấp nhận những giá trị, cam kết và thiên hướng chuyên môn. Sự phát triển của các thuộc tính cơ bản của hành vi chuyên môn, nhân

dạng, và những giá trị được dễ dàng hơn với những mô hình vai trò phù hợp, tương tác trong nhóm, cầm tay chỉ việc, giảng giải, đánh giá, và phản hồi. Có trong quá trình này là sự liên kết một vấn đề gọi là chương trình giảng dạy ẩn để môi trường học tập được tạo ra nhất quán với tiếng tăm nghề nghiệp và những giá trị được đề cập.

Tính chuyên nghiệp có được từ những thói thúc trái ngược nhau. Một mặt, nó thuộc về trào lưu hướng tới một xã hội dân chủ và một nền kinh tế thị trường tự do. Tính chuyên nghiệp hứa hẹn mở ra những sự nghiệp cho những người tài năng ... Mặt khác, chuyên môn nghề nghiệp lại là độc quyền ... Nhân viên y tế cần hiểu các mặt tích cực và tiêu cực của tính chuyên nghiệp. Chưa phải là một lực lượng loại trừ tạo ra được những rào cản nhân tạo đối với việc tham gia, bảo vệ đặc quyền, và khuyến khích thực hiện độc quyền thông qua việc tăng yêu cầu về phẩm chất chuyên môn, tính chuyên nghiệp mới cho thế kỷ 21 cần tăng cường chất lượng, thực hiện làm việc nhóm, bảo vệ mạnh mẽ đạo đức dịch vụ, và làm trung tâm cho quyền lợi của người bệnh và các quần thể.

Vai trò tác nhân liên quan đến khả năng của các cá nhân thực hiện hành động có mục đích trong một bối cảnh xã hội cụ thể. Một quy hoạch giảng dạy toàn diện cần bao gồm những nỗ lực để làm cho các sinh viên chuyên ngành trở thành những tác nhân thay đổi có địa vị, quyền lực và khả năng tăng cường chuyển đổi sáng tạo trong xã hội. Những sinh viên tốt nghiệp ra trường thực hiện năng lực này thế nào lại là một đặc quyền của cá nhân. Không phải tất cả sinh viên chuyên môn tốt nghiệp đều cần phải là một người cải cách xã hội, nhưng những rào cản nhân tạo không cần thiết phải tạo ra để ngăn cản vai trò tác nhân xã hội của những cán bộ chuyên môn. Một điểm cần đề cập đó là tất cả sinh viên chuẩn bị tham gia vào các chuyên môn y tế cần được tiếp cận với nhân văn, đạo đức, khoa học xã hội, và những khái niệm về công lý xã hội để hoạt động với tư cách là người có chuyên môn và để tham gia vào tranh luận với công chúng với tư cách là người công dân hiểu đầy đủ thông tin. Hai ví dụ được nêu ra ở đây là công bằng trong y tế và sức khoẻ cùng quyền con người.

Một trong những thách thức chính của chuyên môn y tế là thiên hướng thành thị và bởi vậy có rất nhiều thành viên đã ngại ngần khi làm việc ở vùng nông thôn xa xôi với những quần thể bị thiệt thòi.

Nhiều chương trình đào tạo đổi mới đã được thiết kế để giải quyết sự mất cân bằng này. Báo cáo của Bhore năm 1943 ở Ấn Độ đã ủy nhiệm rằng mỗi trường y cần phải có một khoa sức khỏe cộng đồng hay sức khỏe xã hội, bao gồm việc bắt buộc bao phủ 3 huyện vùng nông thôn bao quanh trường. Phong trào bác sĩ chân đất của Trung Quốc cố gắng đảm bảo tiếp cận của các quần thể vùng nông thôn xa xôi với các nhân viên y tế giàu kỹ năng. Nhiều nước đã có những nỗ lực giáo dục nhiều hơn thời đó. Các mạng lưới quốc tế cũng đã được thiết lập để tăng cường công bằng sức khỏe qua việc tái định hướng giáo dục chuyên môn. Mặc dù phần lớn cán bộ chuyên môn sống và làm việc ở những vùng khó khăn có sự miến cưỡng, vẫn có nhiều cán bộ chuyên môn tận tâm đã có lựa chọn cho mình và cam kết phục vụ những quần thể bị thiệt thòi. Công việc này của tác nhân xã hội thể hiện tốt nhất trách nhiệm xã hội của tính chuyên nghiệp có trách nhiệm và biểu thị của một công dân tốt cả ở bình diện trong nước và quốc tế.

Một trường hợp khác là sức khoẻ và quyền con người. Báo cáo viên đặc biệt đầu tiên của LHQ về quyền đối với sức khoẻ đã nhấn mạnh vấn đề hiện nay với đào tạo y khoa: [K]hông có cơ hội để thực hiện quyền về sức khoẻ mà không có sự tham gia tích cực của nhiều cán bộ chuyên môn y tế. Tuy nhiên, đây là một vấn đề rất cơ bản. Nói thẳng ra là hầu hết những cán bộ chuyên môn y tế mà Báo cáo viên đặc biệt đã gặp gỡ thậm chí còn chưa nghe đến quyền về sức khoẻ. Nếu họ đã nghe đến vấn đề đó thì họ cũng thường không hiểu đó là cái gì cả về khái niệm cũng như thực hiện nó thế nào... Nếu có tiến bộ trong việc thực hiện quyền đối với sức khoẻ, sẽ có nhiều cán bộ chuyên môn y tế hơn phải bắt đầu coi trọng bình diện quyền con người trong công việc của mình. Báo cáo viên này tiếp tục lập luận rằng một phương pháp tiếp cận dựa trên quyền đối với sức khoẻ có thể là một tài sản vô giá đối với cán bộ chuyên môn để đưa ra những chính sách và chương trình công bằng, xúc tiến các vấn đề sức khoẻ quan trọng trong chương trình nghị sự của quốc gia và quốc tế, huy động nhiều kinh phí hơn, và tăng cường tôn trọng phẩm giá những người mà họ phục vụ.

Sức khoẻ toàn cầu và trong nước

Mặc dù trong báo cáo của mình năm 1910 Flexner chỉ tập trung vào một vùng, ông vẫn khai

quát cơ sở nền tảng và hệ lụy toàn cầu trong nghiên cứu của mình, nói rằng "Trong khi công việc được thực hiện với mong muốn để cải thiện điều kiện hiện có ở Hoa Kỳ và Ca-na-đa, nó đã được viết từ quan điểm về tiến bộ của khoa học y học trên toàn thế giới". Flexner tiếp tục theo đuổi tầm nhìn toàn cầu này thông qua báo cáo năm 1912 của mình về giáo dục y khoa tại các nước chủ chốt ở châu Âu, khởi đầu một phong trào ở nhiều trường y trên thế giới theo đuổi một mô hình gọi là mô hình Flexner cho giáo dục chuyên môn ở trường đại học kết nối các khoa học cơ bản và lâm sàng.

Thế nhưng bối cảnh ngày nay khác biệt nhiều so với bối cảnh của một thế kỷ trước đây. Mức độ đa dạng phong phú không hoàn toàn mới nhưng nhịp độ tiến triển, quy mô và cường độ của tính tương thuộc toàn cầu đã mang lại nhiều rủi ro mới và cũng mở ra nhiều cơ hội mới. Hãy xem xét khía cạnh của sự không bình đẳng trên toàn cầu. Về thu nhập quốc gia, các nước giàu nhất và nghèo nhất cho thấy sự khác nhau 100 lần, nhưng tính theo chi phí cho chăm sóc y tế theo đầu người thì khoảng cách giữa các nước giàu nhất và nghèo nhất là 1000 lần. Những cách biệt ở mức độ như vậy đã ảnh hưởng sâu sắc tới các hệ thống giáo dục và y tế. Mỗi nước đều có những kế thừa có sẵn đào tạo đặc trưng trong giáo dục chuyên môn, và hệ thống y tế của họ phải xây dựng một cơ cấu tổ chức cán bộ (skill mix) phù hợp với những yêu cầu năng lực để có hiệu quả tại trong nước. Thách thức cho giáo dục chuyên môn là làm phù hợp hoá với tình hình trong nước trong khi khai thác hiệu quả các nguồn lực của toàn cầu.

Đối với khác biệt lớn của các hệ thống y tế và giáo dục, thách thức là làm cho các mục tiêu dựa trên năng lực phù hợp với hiệu quả của trong nước hơn là chấp nhận những mô hình từ những bối cảnh khác có thể không phù hợp. Các tiêu chuẩn giáo dục của trong nước cũng thường được đề xuất với mong muốn phù hợp chúng với khung khái niệm đã có ở mọi nơi.

Mặc dù cố gắng để đạt uy tín và tiêu chuẩn toàn cầu cao là vấn đề quan trọng, nhưng hiệu quả của việc chấp nhận toàn bộ là những năng lực không còn phù hợp, đều tư không còn hiệu quả trong giáo dục chuyên môn và có sự ra đi khỏi đất nước của những người đã ra trường vì việc di cư quốc tế. Trong phương pháp tiếp cận dựa vào năng lực, những thuộc tính bắt buộc của một chuyên môn phải chỉ rõ bối cảnh mà người đó sẽ thực hiện công việc. Vai

trò sẽ đảm nhiệm và những năng lực cần phải đạt được sẽ phản ánh những thách thức cần phải giải quyết, nguồn lực có sẵn, là những công cụ chẩn đoán và điều trị được sử dụng trong chuyên môn.

Điều nghịch lý là nhu cầu bắt buộc của sức khỏe toàn cầu bắt nguồn một phần từ sự cần thiết của việc thích nghi hoá cho nội địa. Những lý do là tính tương thuộc trong y tế, lưu thông toàn cầu, và những cơ hội cho việc học tập lẫn nhau. Tính tương thuộc và toàn cầu hoá đã đẩy nhanh những lưu thông có liên quan đến sức khoẻ vượt qua biên giới quốc gia. Một số lưu thông như tri thức và tài chính có thể có lợi cho tính bình đẳng, nhưng những lưu thông khác như bệnh truyền nhiễm có thể thậm chí đe doạ loài người. Nhiều vấn đề có vẻ mang tính địa phương lại dẫn đến hay gây ra hậu quả toàn cầu. Bởi vậy, một quan điểm mang tính toàn cầu sẽ làm cho hiểu biết về nguyên nhân và giải pháp đối với vấn đề của địa phương tốt hơn. Hiểu biết về những khía cạnh đặc biệt toàn cầu sẽ cải thiện cho năng lực thích ứng tại địa phương vì có học tập lẫn nhau. Điều quan trọng nhất là những người trẻ tuổi tự coi họ là những cán bộ chuyên môn y tế quốc tế và thực tế là những công dân quốc tế; rất nhiều trong số họ bày tỏ mối quan tâm mãnh liệt để học tập và đóng góp cho một bối cảnh đa dạng bên ngoài đất nước của mình. Số lượng gia tăng sinh viên và cán bộ chuyên môn trẻ từ các nước đã phát triển và đang phát triển đang di chuyển theo cả 2 chiều, tạo ra những mạng lưới kiến thức và thực hành mới.

Những cán bộ chuyên môn tạo ra kết nối con người để chuyển những lợi ích công toàn cầu về kiến thức thành những yêu cầu của thực tế trong nước. Vai trò quan trọng này khiến nó trở thành nhu cầu nhất thiết cho tất cả các nước để trả lời cho một câu hỏi cơ bản: có bao nhiêu cơ sở đang đào tạo loại hình cán bộ chuyên môn y tế nào mà một nước mong muốn đạt tới? Các trường chuyên môn có sinh viên tốt nghiệp ra trường tham gia vào thị trường lao động cuối cùng đóng góp cho cơ cấu nhân sự cán bộ cụ thể của một nước. Cơ cấu nhân sự này mô tả hình thái nhân viên y tế trong hệ thống y tế, ví dụ như tỷ số bác sĩ với điều dưỡng. Ở các nước đang phát triển, cơ cấu nhân sự cần thiết tuỳ thuộc vào nhiều nhân viên y tế cơ sở và nhân viên y tế tuyển phụ trợ, thực tế này có những hệ luỵ quan trọng cho đào tạo chuyên môn, cả về thuật ngữ định lượng về số lượng sinh viên ra trường và định tính về những năng lực cho làm việc nhóm

xuyên chuyên ngành. Nhiều nước đã phát triển có hệ thống y tế hoàn chỉnh hơn nhưng vẫn có những thách thức với việc làm việc nhóm kém cỏi của những chuyên ngành cứng nhắc. Các nước đã phát triển cũng có thiếu hụt trường diễn về lực lượng lao động và phụ thuộc vào việc nhập khẩu cán bộ chuyên môn được đào tạo ở nước ngoài.

Sử dụng hầu hết các nguồn lực hạn hẹp đã khiến nhiều nước đang phát triển thực hiện mở rộng lực lượng lao động của mình thông qua đào tạo cán bộ y tế tuyến cơ sở và phụ trợ. Bằng chứng phong phú đã cho thấy rằng những nhân viên như vậy có thể bổ sung đáng kể cho nỗ lực cải thiện sức khoẻ của quần thể, đặc biệt trong những hoàn cảnh có thiếu hụt nghiêm trọng nhất những cán bộ chuyên môn y tế có động cơ và năng lực tốt. Nhân viên y tế tuyến cơ sở có thể cung cấp nhiều loại dịch vụ y tế ban đầu từ đỡ đẻ an toàn và tư vấn về bú sữa mẹ đến quản lý trẻ có bệnh không phức tạp; và từ giáo dục y tế dự phòng về sốt rét, lao, các bệnh không truyền nhiễm, và HIV/AIDS, đến phục hồi chức năng cho những người bị các vấn đề sức khoẻ tâm thần phổ biến. Để tăng cường việc đạt tới các mục tiêu Thiên niên kỷ, nhiều nhà tài trợ đã đầu tư cho việc đào tạo ôn tập các nhân viên y tế tuyến cơ sở. Với những nỗ lực này, nhiều nước đang phát triển đã thể hiện những trí óc và khả năng sáng tạo lớn, với những bài học mang tính toàn cầu cho mọi người (Pa-nen 8). Tại trường Tecnicos de cirucórgia ở Mozambique, có 88% trong số sinh viên sau 7 năm ra trường vẫn làm việc ở vùng nông thôn, cung cấp các dịch vụ phẫu thuật đơn giản. Có 100 000 Nhân viên Y tế nữ được triển khai ở Pa-kis-tan. Chương trình mở rộng y tế Ethiopia và các nhóm y tế thôn bản của Uganda đã triển khai các nhân viên y tế dựa vào cộng đồng. Hội các nhà Hoạt động Y tế xã hội đã được công nhận của Ấn độ (ASHAs) đã xung kích trong sứ mệnh y tế nông thôn quốc gia gần đây. BRAC, một tổ chức phi chính phủ lớn nhất thế giới, đã triển khai hàng ngàn shastho shebika (nhân viên YTCD nữ) ở tất cả các làng bản của Bangladesh. Những nỗ lực chính đã được đưa ra để làm rõ, cổ súy và thực hiện chuyển đổi và chia sẻ công tác. Ưu tiên đã được xác định là "...đào tạo và triển khai lực lượng thực hiện công tác hiện có trong tay và không hoàn toàn chỉ dành cho cán bộ chuyên môn".

Dưới áp lực của các ưu tiên này, đào tạo chuyên môn đã từng bị bỏ quên ở nhiều nước. Sự lảng quên này, về một số khía cạnh nào đó, có thể hiểu được

với thực tế là giáo dục chuyên môn là tốn kém, tốn thời gian và thường không hòa đồng hoàn toàn với gánh nặng bệnh tật của trong nước. Những mặt tiêu cực của tính chuyên nghiệp cũng đã làm chệch hướng đi khỏi đào tạo chuyên môn. Đặc biệt nổi cộm là vấn đề phẩm chất có thể so sánh được của bác sĩ và điều dưỡng viên dẫn đến gia tăng di cư quốc tế với việc mất mát tài năng từ những nước nghèo. Quy mô của loại mất mát này được thể hiện qua trường hợp của Ghana với 61% trong số 489 bác sĩ tốt nghiệp trong khoảng thời gian 1985 - 1994 đã di cư khỏi nước khoảng năm 1997.

Tuy nhiên bằng chứng phong phú cho thấy rằng hiệu quả và tính bền vững lâu dài của nhân viên y tế tuyến cơ sở phụ thuộc nhiều vào sự cân bằng phù hợp và những liên kết hợp tác mạnh mẽ với những cán bộ chuyên môn. Nhiều chương trình nhân viên y tế cộng đồng (NVYTCĐ) đã thất bại vì chúng không kết hợp thành công những cán bộ chuyên môn vào cơ cấu tổ chức lực lượng lao động. Các cán bộ chuyên môn luôn luôn là những nhà lãnh đạo, lập kế hoạch, và những nhà hoạch định chính sách của hệ thống y tế. Họ cũng là nguồn lực vô giá cho việc đào tạo nhân viên cộng đồng. "(Bằng chứng) cho thấy rằng các chương trình NVYTCĐ này là có hiệu quả nhất khi chúng được lồng ghép với hệ thống y tế rộng hơn, chúng có thể làm cho có nhiều nhân viên y tế được đào tạo hơn và họ có cơ hội để được đào tạo bổ túc hoặc tiếp tục đào tạo và giám sát.

vai trò chính trong việc triển khai rộng rãi và hỗ trợ những chiến lược này mặc dù những quan hệ đối tác này chưa được ghi nhận nhiều trong các tài liệu. Trong một đánh giá mang tính hệ thống về kinh nghiệm của các chương trình NVYTCĐ trong việc đáp ứng các Mục tiêu Thiên niên kỷ, 326 báo cáo đã được xác định, trong đó chỉ có 21 (chiếm 6%) đã ghi nhận việc theo dõi và giám sát do các bác sĩ và điều dưỡng đã được đào tạo tiến hành. Trong số các báo cáo có ghi nhận việc theo dõi và đánh giá, 21 (chiếm 30%) báo cáo có đề cập các cán bộ chuyên môn y tế đóng vai trò này.

Một số các chương trình này đã được thực hiện với quy mô lớn như chương trình Nhân viên Y tế Nữ (Lady Health Workers) ở Pa-ki-stan, tiếp cận trên $\frac{3}{4}$ dân số nông thôn. Các chương trình NVYTCĐ như vậy đã mở rộng tầm các dịch vụ và các chương trình đào tạo cũng như đã chú trọng chủ yếu vào việc chăm sóc y tế có chi phí thấp, công bằng, và dễ tiếp cận. Nói chung, các chương trình như vậy đã đóng vai trò cầu nối quan trọng giữa cộng đồng và các dịch vụ y tế.

Các chương trình NVYTCĐ ở một số nước có hệ thống y tế chính quy yếu - v.d. chương trình Nhân viên Y tế Nữ (Lady Health Workers) ở Pa-ki-stan, chương trình mở rộng y tế của Ethiopia, chương trình agents polivalentes elementares của Mozambique, và agents/accompagnateurs của Haiti - chịu những thách thức với những vai trò của chúng trong việc lấp đầy những thiếu hụt cần phải tăng cường những liên kết và hỗ trợ. Ở những nước khác có hệ thống chính quy vững mạnh - v.d. chương trình nhân viên y tế tình nguyện thôn bản của Thái Lan, chương trình y tế gia đình của Brazil, chương trình BRAC shastho shebika của Bangladesh, và chương trình nhóm y tế thôn bản của Uganda - những liên kết về giám sát, chuyển tuyến, và hỗ trợ đã được phát triển khá tốt.

Thiếu hụt về bác sĩ phẫu thuật và gây mê hồi sức trong những hệ thống y tế mỏng manh có thể được giải quyết bằng việc đào tạo các cán bộ bán chuyên môn phù hợp. Có nhiều trường hợp thành công nhưng hoài bão là phải mở rộng nhiều hơn những can thiệp mang tính chi phí hiệu quả để cứu cuộc sống người bệnh. Trong mọi bối cảnh của chăm sóc ban đầu và các dịch vụ phẫu thuật, các cán bộ chuyên môn y khoa, phẫu thuật viên, điều dưỡng viên và hộ sinh viên đã và sẽ tiếp tục đóng vai trò quan trọng để chương trình thành công.

Pa-nen 8:

Cán bộ chuyên môn trong hệ thống nhân viên y tế cộng đồng

Khởi nguồn từ phong trào bác sĩ chân đất ở Trung quốc và nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu Behvarz mang tính chính thức hơn ở I-ran, đã có rất nhiều nỗ lực để phát triển nhân viên y tế cộng đồng (NVYTCĐ) nhằm tăng cường lĩnh vực y tế chính quy để cung cấp dịch vụ và tăng cường sức khỏe. Nhiều bằng chứng cho thấy lợi ích của các chương trình dựa vào NVYTCĐ để cung cấp hàng loạt những dịch vụ ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Cán bộ y tế và điều dưỡng chuyên môn đã đóng

Thế nhưng những loại năng lực nào mà những cán bộ chuyên môn cần có để cộng tác mang tính xây dựng với NVYTCĐ? Rõ ràng là một chuyên viên lâm sàng làm việc cô lập sẽ không thể tăng cường đáng kể hệ thống tuyến cơ sở. Phương thức tiếp cận dựa vào năng lực có thể xác định những kỹ năng cần thiết chủ yếu. Để mở rộng độ bao phủ thông qua nhân viên tuyến cơ sở, chúng ta cần nhận rõ rằng chỉ có giáo dục đại học mới có thể làm cho cán bộ chuyên môn đưa ra được những lập luận phức tạp, đương đầu với những vấn đề không chắc chắn, tiên đoán và vạch kế hoạch cho những thay đổi sắp đến, và thực hiện nhiều chức năng khác thiết yếu cho hoạt động và tính bền vững của hệ thống y tế. Mặc dù sự lãnh đạo có thể có ở tất cả các cấp, hầu hết những lãnh đạo thành công nhất của ngành y tế là những cán bộ chuyên môn có đào tạo đại học. Những kỹ năng cần thiết bổ sung đối với những cán bộ chuyên môn này cần bao gồm các chức năng hệ thống y tế chủ yếu như lập kế hoạch, chính sách, và quản lý. Đặc biệt hữu ích là sự lãnh đạo quốc gia để quản lý mối quan hệ phức hợp ngày càng tăng với các cơ quan quốc tế và các nhà tài trợ. Điều quan trọng tương tự là năng lực để đào tạo và giám sát những nhân viên tuyến cơ sở thông qua những mối quan hệ hợp tác và tôn trọng nhau.

Đào tạo xuyên ngành có thể quan trọng như đào tạo liên ngành. Một rà soát cơ cấu tổ chức nhân sự tại một số nước được lựa chọn vùng Cận Sa-ha-ra châu Phi đã nhấn mạnh tầm quan trọng của cán bộ chuyên môn học để làm việc cùng với những cán bộ phi chuyên môn cùng nhóm y tế. Ở Ethiopia, Nigeria và Nam Phi, tỷ số của NVYTCĐ so với bác sĩ thay đổi từ 10 đến 0.24, và tỷ số của NVYTCĐ với điều dưỡng viên thay đổi từ 2 đến 0.05. Tại nhiều nơi làm việc, bác sĩ hoặc điều dưỡng viên có thể là cán bộ chuyên môn duy nhất trong nhóm y tế. Bởi vậy, một năng lực chuyên môn chủ chốt là khả năng làm việc với các nhóm gồm phần lớn các nhân viên y tế cơ sở và phụ trợ cũng như các nhân viên hỗ trợ. Cơ cấu tổ chức nhân lực đa dạng này đã đưa đào tạo ra ngoài việc tương tác chỉ có giữa các cán bộ chuyên môn với nhau để có thể bao gồm tất cả các thành viên của nhóm y tế.

Song song với việc mở rộng đào tạo cơ bản ở các nước nghèo là một phong trào gần đây hướng tới việc mở rộng đào tạo y khoa tại các nước giàu. Sau những thập kỷ ổn định, số lượng các trường y, ví dụ như tại Hoa Kỳ, sẽ phải tăng lên để đáp ứng

yêu cầu ngày càng tăng. Như hầu hết các nước giàu có khác, Hoa Kỳ luôn có thiếu hụt bác sĩ do có mất cân bằng về tinh thông chuyên môn (đặc biệt thiếu hụt các thày thuốc chăm sóc tuyến ban đầu) và do phân bố không đều cán bộ chuyên môn để bao phủ các quần thể thiệt thòi. Việc mở rộng trường y tạo ra cơ hội để đem lại sức sống mới cho đào tạo chuyên môn vì những đổi mới chương trình giảng dạy có thể được thử nghiệm và phổ biến rộng rãi. Một trong những đổi mới này là việc lồng ghép phương châm toàn cầu trong những chương trình giảng dạy đã đổi mới. Đào tạo chuyên môn với những nhạy cảm liên văn hóa là điều quan trọng đối với các quần thể người bệnh đang ngày càng đa dạng. Việc lưu thông xuyên biên giới bệnh tật, nguy cơ, công nghệ, và các cơ hội việc làm cũng yêu cầu có những năng lực mới của cán bộ chuyên môn. Các năng lực này cần được phát triển thông qua việc đưa vấn đề sức khỏe toàn cầu vào chương trình giảng dạy, bao gồm tiếp cận thực nghiệm giữa các nền văn hóa và các quốc gia.

Các khóa học về sức khỏe toàn cầu gặp một thách thức tương tự như tất cả các lĩnh vực mới khác - tức là tìm ra được khoảng trống và thời gian để bổ sung vào chương trình giảng dạy vốn đã quá tải. Mặc dù những khóa học và phần đào tạo chuyên biệt về sức khỏe toàn cầu là quan trọng, việc lồng ghép quan điểm toàn cầu vào tất cả các khóa học và bài tập thậm chí còn quan trọng hơn. Ví dụ như đề cập đến các vấn đề kiểm soát bệnh truyền nhiễm có thể đưa ra những tỷ lệ bao phủ rất khác biệt trên khắp thế giới và so sánh những trường hợp các nước đã thành công cũng như thất bại. Đề cập các bệnh mãn tính cần đưa ra tình hình dịch ngày càng gia tăng về béo phì ở nhiều nước đang phát triển và những tỷ lệ chưa từng có về hút thuốc ở nhiều nước khác. Xu hướng quan điểm về so sánh toàn cầu có thể làm phong phú thêm chương trình giảng dạy hiện có, và như vậy làm giảm yêu cầu phải có thêm thời gian và khoảng trống trong chương trình.

Là một lĩnh vực còn mới, định nghĩa, nội dung và các chiến lược của sức khỏe toàn cầu không có nghi ngờ gì nữa là vẫn chưa thật hoàn chỉnh. Một số người coi sức khỏe toàn cầu như là một khía cạnh bổ sung cho các ngành nghề tương ứng. Những người khác coi đó như một tương đương với YTCC đã được nghiên cứu và thực hành từ một quan điểm toàn cầu. Đồng thuận đang ngày càng tăng về nguyên lý cơ bản của nó - tính phổ cập, quan điểm

toàn cầu trong khám phá và phiên giải, việc đưa vào các yếu tố quyết định rộng rãi về sức khỏe, các phương pháp tiếp cận liên ngành, và khung toàn diện. Việc chấp nhận và mở rộng của nó cho tất cả các chuyên môn y tế cơ bản hiện đang được thực hiện tốt.

Có 5 đặc điểm nổi bật trong việc toàn cầu hoá đào tạo chuyên môn. Đầu tiên là sự nhận biết rằng chúng ta đang có một đội ngũ toàn cầu những cán bộ chuyên môn y tế tài năng ngày càng lớn mạnh. Vì thị trường lao động mang tính toàn cầu, cán bộ chuyên môn hiện nay đang di chuyển, vượt qua các biên giới quốc gia và tạo ra các cộng đồng chuyên môn sâu toàn cầu. Hội đồng YTTG vừa qua đã phê chuẩn quy tắc ứng xử đối với di cư quốc tế của các cán bộ chuyên môn. Ở nhiều nước giàu có, nhập khẩu các bác sĩ và điều dưỡng viên nước ngoài để đáp ứng các thiếu hụt trưởng dien vẫn tiếp tục tồn tại và có thể thậm chí còn tăng. Khoảng $\frac{1}{4}$ thày thuốc ở Hoa Kỳ, Ca-na-đa, và phần lớn các nước Tây Âu được đào tạo ở nước ngoài. Nhiều thày thuốc đào tạo ở nước ngoài là công dân Hoa Kỳ đã ra nước ngoài để học tập, thường được bao cấp với các khoản vay của liên bang lên tới 315 triệu đô la hàng năm. Chỉ có một vài đổi mới hoặc cải cách cho giáo dục y khoa ở những nước này có kết hợp các nhu cầu đào tạo của tỷ lệ lực lượng lao động các thày thuốc này. Thay vào đó, giành được thành tích và bằng cấp của những cán bộ chuyên môn đào tạo ở nước ngoài lại do việc thi cử khách quan chú trọng vào kiến thức chuyên môn kỹ thuật. Các kỳ thi này hầu hết không có nội dung gì liên quan tới cải cách giáo dục y khoa - như tính chuyên nghiệp được khai sáng qua việc xã hội hóa những giá trị, thái độ và hành vi chuyên môn; xây dựng những kỹ năng phân tích, lãnh đạo và truyền thông chung; lồng ghép kiến thức với kinh nghiệm; và học tập suốt đời. Một điểm có thể nêu lên là đào tạo chuyên môn ở những nước giàu hơn cần phải thực hiện cho tất cả thày thuốc đang phục vụ cho dân số quốc gia không kể nơi họ học đại học ở đâu.

Thứ hai là nguyễn vọng và thách thức phổ cập của việc chăm sóc sức khỏe ban đầu ở những bối cảnh rất khác biệt nhau. Chăm sóc sức khỏe ban đầu thường được đánh giá từ những quan điểm khác nhau tùy theo tình trạng phát triển của từng nước. Ở các nước giàu, chăm sóc ban đầu chú trọng vào bảo đảm sự tiếp cận của các bác sĩ chuyên môn, những người hành nghề điều dưỡng và những người khác

đến với tất cả mọi người, đặc biệt những người ở các cộng đồng khó khăn. Ở những nước nghèo, chăm sóc ban đầu thường bao gồm những nhân viên phi chuyên môn cung cấp những dịch vụ cơ bản. Ở những nước này, những nhân viên đó thường được huy động vào những chiến dịch để phổ biến các công nghệ chi phí ít lại có hiệu quả cao như vắc-xin và thuốc, để đạt được tỷ lệ bao phủ phổ cập. Ở cả nước giàu và nghèo, chăm sóc ban đầu bao gồm chuỗi liên tục, yêu cầu phải có việc thích nghi hóa đào tạo chuyên môn với với các bối cảnh khác nhau đáng kể. Trong một số trường hợp, cán bộ chuyên môn là những người cung cấp dịch vụ trực tiếp; trong những trường hợp khác, cán bộ chuyên môn phải đảm nhiệm việc đào tạo và vai trò giám sát để đảm bảo việc thực hiện chức năng một cách trôi chảy của toàn hệ thống. Các vấn đề của chăm sóc ban đầu bao gồm cả các thách thức cung cầu. Đào tạo các cán bộ chuyên môn về chăm sóc ban đầu chỉ có thể hiệu quả nếu hệ thống y tế tạo ra được một yêu cầu hiệu quả thu hút những cán bộ chuyên môn đã được đào tạo làm những công việc xứng đáng. Một phương pháp chỉ chú ý về cung, mặc dù hữu dụng, cũng không thể tạo ra một hệ thống chăm sóc ban đầu mạnh mẽ. Ví dụ, thày thuốc chăm sóc ban đầu rất nhiều ở Nhật Bản vì hệ thống chi trả chú trọng cho hành nghề tuyến ban đầu nhiều hơn so với việc chi trả cho chuyên khoa của bệnh viện. Thực tế, việc tăng tiến nghề nghiệp điển hình ở Nhật Bản thường khởi đầu với chuyên khoa bệnh viện sau đó với nhiều thực hành nghề nghiệp có lợi nhuận với chăm sóc ban đầu tư nhân.

Hệ lụy thứ 3 đối với đào tạo chuyên môn được nhấn mạnh với tính tương thuộc ngày càng gia tăng trong tất cả các vấn đề y tế. Ngoài sự di cư quốc tế của các bác sĩ và điều dưỡng viên, chúng tôi đang bắt đầu chứng kiến sự gia tăng của tất cả các loại hình giao lưu liên quan đến y tế - KĐCL quốc tế, tài chính, di chuyển của người bệnh, và thương mại trong dịch vụ y tế. Một vấn đề được chấp nhận đã lâu ở các trung tâm y khoa tiên tiến nhất ở các nước giàu là việc những bệnh nhân giàu có đến từ các nước thu nhập thấp và trung bình để tìm kiếm dịch vụ điều trị y khoa có chất lượng cao, mặc dù đắt tiền. Ngày nay, nhiều bệnh nhân đi nước ngoài để điều trị với dịch vụ chất lượng chi phí thấp của các hình thức gọi là tour du lịch chữa bệnh. Các dịch vụ chi phí thấp có sức thu hút đặc biệt là nha khoa, phẫu thuật thẩm mỹ, và các thủ thuật ngoại khoa

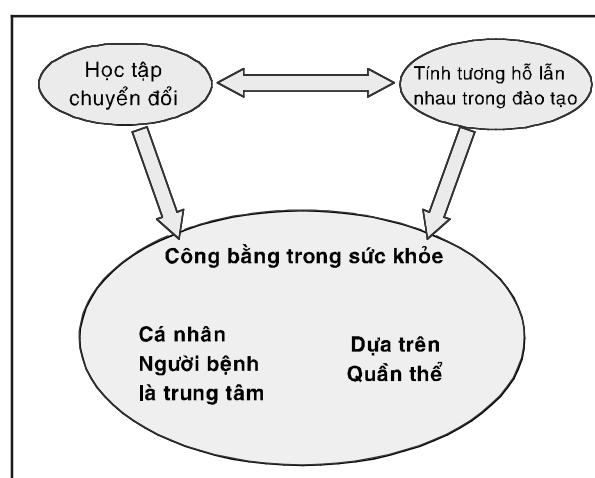
và y khoa ngày càng tiên tiến. Các cơ sở ở những nước cung cấp dịch vụ đang tìm kiếm cạnh tranh cho những bệnh nhân người nước ngoài đã đợi chờ lâu để điều trị với chi phí cao. Ở những nước có người đi, cán bộ chuyên môn sẽ phải hiểu làm thế nào để cung cấp việc quản lý liên tục những chuyến du lịch chữa bệnh như vậy tại cơ sở quê nhà của mình. Dịch vụ y tế cũng đang dịch chuyển qua biên giới quốc gia như điện tâm đồ, X-quang, xét nghiệm chẩn đoán, và các dịch vụ khác. Các dịch vụ trao đổi này sẽ làm gia tăng cạnh tranh giữa các cán bộ chuyên môn của các nước khác nhau có cùng những kỹ năng tương tự nhưng hoạt động với cơ cấu chi phí rất khác nhau.

Khía cạnh thứ tư trong toàn cầu hóa đào tạo chuyên môn là sự di chuyển ra nước ngoài của các trường ở nước đã phát triển để thiết lập những cơ sở trực thuộc tại các nước kinh tế đang nổi. Nhiều loại hình khác nhau của việc xuất khẩu thương hiệu các trường chuyên môn này đang được thực hiện - xuất khẩu chuyên môn kỹ thuật, liên doanh, thậm chí các cơ sở của trường ở ngoại quốc. Một số trường y từ các nước thu nhập cao giờ đây có các chi nhánh độc lập ở nước ngoài, và các trường khác đã có các giảng viên đóng ở các nước khác nhau trên thế giới. Các trường khác lại hình dung một trường hoàn toàn mang tính toàn cầu trong đó địa điểm của trường không quan trọng bằng chất lượng của giáo dục từ cơ sở dẫn đầu. Những trường loại này dường như tập trung vào những đại học có thương hiệu ở các nước giàu và những nước đang nổi hoặc có nguồn lực tự nhiên giàu có mong muốn đáp ứng những đòi hỏi của thị trường về giáo dục có chất lượng ở các nước giàu. Tuy nhiên tính bền vững và hệ lụy của những phát triển này không chắc chắn.

Cuối cùng, sức khỏe toàn cầu với tư cách là một lĩnh vực đang mở rộng một cách nhanh chóng trong đào tạo chuyên môn. Các trung tâm, viện, đơn vị, và chương trình trong sức khỏe toàn cầu đang được thành lập khắp nơi trên thế giới; trường Đại học Cape Town tại Nam Phi, Trung tâm các Khoa học Sức khỏe của Đại học Bắc Kinh ở Trung Quốc, và Viện YTCC Quốc gia của Mê-hi-cô là một số ví dụ đáng chú ý ở các nước đang phát triển. Tại Hoa Kỳ, một hiệp hội giáo dục y tế toàn cầu được thành lập năm 1991 với trên 90 trường làm thành viên ở Hoa Kỳ, Ca-na-đa, Mỹ La tinh, và vùng Ca-ri-bê. Năm 2008, một vài trường chính yếu ở Hoa Kỳ đã thành lập Hiệp hội các trường Đại học về Sức khỏe toàn

cầu hiện có trên 60 đại học làm thành viên.

Chiến lược cho đào tạo chuyên môn tại các nước nghèo và giàu là nhằm tối ưu hóa việc giải quyết vấn đề tại chỗ trong khi khai thác lợi ích của lưu thông tri thức và nguồn lực xuyên biên giới. Các nước nghèo mặc dù có những khó khăn kinh tế bắt buộc phải tìm kiếm các giải pháp có chi phí thấp để đạt được các mục đích và đã bớt khó khăn với việc chuyên tâm đào tạo chuyên môn. Những đổi mới của các nước này tạo cơ hội học tập cho tất cả các nước. Các nước giàu đang lồng ghép các quan điểm toàn cầu vào trong những năng lực chủ chốt cho các sinh viên ra trường. Giáo dục thường xuyên và tại chức của những cán bộ chuyên môn được đào tạo ở nước ngoài cần được coi trọng như giáo dục trong nước. Cuối cùng chúng ta cần nhận biết rằng nhiều cán bộ chuyên môn trẻ tuổi ở cả những nước nghèo và giàu rất mong muốn đưa dịch vụ của họ ra nước ngoài. Đi thăm và làm việc ngắn hạn có thể là một gánh nặng nhưng nếu hành động được tổ chức chu đáo trong một Đoàn Y tế toàn cầu (một chương trình để gửi cán bộ chuyên môn trẻ ra nước ngoài phục vụ) thì nhiều cán bộ chuyên môn trẻ có thể tham gia trong việc xây dựng những nỗ lực hoặc cung cấp một trong những tài sản quý giá nhất mà những cộng đồng nghèo cần có - đó là những giảng viên chuyên môn để trợ giúp việc đào tạo cho cả cán bộ chuyên môn và nhân viên y tế cơ sở. Việc tích cực trao đổi sinh viên có thể tăng cường việc gắn kết đồng cảm và đoàn kết - một điều rất cần thiết cho một thế giới tương thuộc nhưng có tính bất công bằng cao.



Hình 11. Tâm nhìn cho một kỷ nguyên mới của đào tạo chuyên môn

Phần 3

Những cải cách cho một thế kỷ thứ hai

Sức khỏe là cho con người; do vậy mục đích dẫn động chủ chốt của đào tạo chuyên môn là tăng cường hoạt động của hệ thống y tế nhằm đáp ứng những nhu cầu của người bệnh và các quần thể một cách công bằng và hiệu quả. Ủy ban của chúng tôi đã kết luận rằng những kiểm khuyết về cơ sở đào tạo và công tác giảng dạy đang dẫn đến những thiếu hụt, mất cân bằng, và phân bố không đồng đều cán bộ chuyên môn y tế trong và giữa các nước. Các cơ sở không liên kết tốt với những gánh nặng bệnh tật hoặc những yêu cầu của hệ thống y tế. Những thiếu hụt định lượng đang là động lực phát triển của các trường vì lợi nhuận và như thế đang thách thức tiến trình KĐCL và cấp bằng vốn dĩ đã được thực hiện không cân bằng trên thế giới. Việc cung cấp tài chính cho đào tạo chuyên môn là rất không rõ ràng trong một ngành công nghiệp dựa trên tài năng và cần nhiều công sức lao động. Tình hình còn tồi hơn khi đầu tư về nghiên cứu và phát triển cho đổi mới giáo dục vẫn còn thiếu hụt để xây dựng một cơ sở tri thức hoàn chỉnh cho giáo dục. Hầu hết các cơ sở không có tầm nhìn xa hiệu quả để khai thác sức mạnh của làm việc theo mạng lưới và kết nối cho việc tăng cường lẫn nhau. Đặc biệt đáng chú ý là sự thất bại của chăm sóc ban đầu ở cả các nước giàu và nghèo. Nhưng những cơ hội cũng đang xuất hiện. Quy hoạch giảng dạy có thể đang ở ngưỡng cửa của thế hệ cải cách thứ ba có thể làm tăng cường hoạt động của hệ thống y tế thông qua việc cụ thể hóa những năng lực của làm việc nhóm được những công cụ giảng dạy tiếp sức. Trung tâm của cả cải cách trong cơ sở đào tạo và giảng dạy là tính thích ứng để thực hiện thay đổi bối cảnh trong nước trong khi vẫn khai thác sức mạnh của những giao lưu xuyên quốc gia của thông tin, kiến thức và nguồn lực.

Đối với những nước nghèo, thách thức mang tính bắt buộc nhất là đương đầu với chương trình nghị sự còn dang dở để vượt qua những thiếu hụt không thể chấp nhận được trong việc đạt những thành tích y tế. Một yếu tố quan trọng trong nỗ lực này sẽ là việc thích ứng thành công của đào tạo chuyên môn cho sự lãnh đạo tại địa phương và trung ương đối với các nhóm lực lượng lao động có đủ năng lực mở rộng tiếp cận đến tất cả mọi người. Đối

với những nước giàu, thách thức là trang bị cho những cán bộ chuyên môn y tế những năng lực để đổi phỏng với những vấn đề hiện tại trong khi tiên đoán những vấn đề trở ngại này sinh. Nhưng ngoài chương trình nghị sự còn dang dở, các nước nghèo cũng phải nắm bắt được những đe dọa mới này sinh, và ngoài những vấn đề này sinh, các nước giàu cũng phải đấu tranh với những bất công bằng thường diễn nội tại trong y tế. Những thách thức đang đổi mới với các nước giàu và nghèo là những phần của một chuỗi liên tục toàn cầu được đánh dấu bằng cả sự bất công bằng đe dọa cố kết xã hội và tính khác biệt tạo ra những cơ hội cho học tập chia sẻ với nhau.

Tâm nhìn

Tất cả các dân tộc và các nước được gắn bó với nhau trong một không gian y tế tương hỗ lẫn nhau ngày càng tăng, và những thách thức trong đào tạo chuyên môn phản ánh sự tương thuộc này. Mặc dù tất cả các nước phải giải quyết những vấn đề trong nước thông qua xây dựng lực lượng chuyên môn của riêng mình cho hệ thống y tế, nhiều nhân viên y tế tham gia trong một đội ngũ những tài năng toàn cầu chung - với sự dịch chuyển xuyên biên giới các nước. Đội ngũ chung này phản ánh tính tương thuộc ngày càng tăng trong tất cả các vấn đề y tế, kể cả việc mở rộng thuyền chèo rủi ro và kiến thức, di chuyển xuyên quốc gia về nhân viên và người bệnh, và gia tăng thương mại trong các dịch vụ và sản phẩm y tế.

Tất nhiên, đội ngũ chung toàn cầu những cán bộ chuyên môn và các nhân viên y tế khác bị chia sẻ bởi ranh giới chính trị và việc công nhận bằng cấp chuyên môn trong các quốc gia. Tuy nhiên việc luân chuyển xuyên biên giới của những nhân viên chuyên môn, người bệnh và các dịch vụ y tế là đã đáng kể và sẽ gia tăng ảnh hưởng đến nội dung, kinh/phương thức chuyển tải và những năng lực ở tất cả các nước. Các chuyên môn/ngành nghề đơn lẻ có thể có những kỹ năng riêng biệt và bổ sung để có thể được coi là cốt lõi của sự chuyên biệt. Thế nhưng có một điều bắt buộc để đưa những chuyên biệt như vậy vào trong nhóm làm việc để cho công tác y tế lấy người bệnh làm trung tâm và dựa vào quần thể có hiệu quả. Hơn nữa, những bức tường giữa năng lực công tác của nhiều chuyên môn khác nhau là mỏng manh cho phép việc chuyển đổi và chia sẻ công việc để đưa ra những kết quả về sức khỏe thực tiễn mà sẽ không thành hiện thực được

nếu chỉ có các năng lực đóng kín.

Trong đội ngũ toàn cầu này, các cán bộ chuyên môn có giáo dục đại học được đặc biệt coi trọng vì đào tạo họ tốn kém nhiều thời gian, nỗ lực và đầu tư của chính họ, hay gia đình họ, của xã hội, và thường yêu cầu có cung cấp tài chính công đáng kể. Cán bộ chuyên môn bởi vậy có những bối phận và trách nhiệm đặc biệt để tiếp thu những năng lực và để thực hiện các chức năng ngoài những công tác thuần túy kỹ thuật - như làm việc nhóm, những ứng xử đạo đức, phân tích phản biện, đương đầu với rủi ro, yêu cầu mang tính khoa học, tiên đoán và lập kế hoạch cho tương lai, và quan trọng nhất là sự lãnh đạo của hệ thống y tế hiệu quả. Tầm nhìn của chúng ta cần thiết phải có một kỷ nguyên mới của đào tạo chuyên môn thúc đẩy việc học tập mang tính chuyển đổi và khai thác sức mạnh của sự tương hỗ lẫn nhau trong giáo dục đào tạo. Cũng giống như những cải cách trong đầu thế kỷ 20 được thúc đẩy bởi lý thuyết mầm bệnh và sự thiết lập của các khoa học y học hiện đại, và cũng như vậy Ủy ban chúng tôi tin tưởng rằng tương lai sẽ được hình thành bằng sự thích ứng các năng lực với các bối cảnh đặc thù nhờ có sức mạnh của giao lưu toàn cầu về thông tin và kiến thức. Ủy ban chúng tôi mong muốn khởi nguồn một thế kỷ thứ hai của cải cách ở tất cả các nước và tất cả các ngành nghề chuyên môn đang đương đầu với những hoàn cảnh mới và những thách thức mới có. Tầm nhìn của chúng tôi mang tính toàn cầu hơn là địa phương nhỏ hẹp, đa ngành chứ không phải giới hạn trong một nhóm, cam kết để xây dựng những bằng chứng thuyết phục, bao trùm cả các phương thức tiếp cận cá nhân và dựa vào quần thể, và chú trọng đến những đổi mới cơ sở đào tạo và giảng dạy.

Mục đích của chúng ta là khuyến khích tất cả những cán bộ chuyên môn y tế, bất kể quốc tịch cũng như chuyên ngành, chia sẻ một tầm nhìn toàn cầu chung cho tương lai. Trong tầm nhìn này, tất cả cán bộ chuyên môn y tế ở tất cả các nước được đào tạo để huy động tri thức, và để tham gia vào việc phê bình phản biện và đạo đức ứng xử để họ có đủ năng lực tham gia vào hệ thống y tế lấy người bệnh làm trung tâm và dựa vào quần thể với tư cách là những thành viên của các nhóm mang tính đáp ứng ở trong nước và được kết nối toàn cầu. Mục đích cuối cùng là để đảm bảo sự bao phủ phổ cập của các dịch vụ toàn diện có chất lượng cao và mang tính thiết yếu để thúc đẩy cơ hội trong và giữa các nước.

Chúng tôi tin rằng mong muôn về một nền y tế tốt được chia sẻ chung sẽ cộng hưởng với những cán bộ chuyên môn y tế trẻ tuổi đang tìm kiếm giá trị và ý nghĩa của công việc mình làm.

Bảng 3. Các cấp độ học tập

	Mục tiêu	Kết quả đầu ra
Tiếp nhận	Thông tin, kỹ năng	Chuyên gia
Hình thành	Xã hội hóa, giá trị	Cán bộ chuyên môn
Chuyển đổi	Các thuộc tính lãnh đạo	Tác nhân thay đổi

Thực hiện tầm nhìn này cần có một loạt những cải cách về cơ sở đào tạo và công việc giảng dạy. Chúng là những vấn đề có trong đề xuất của chúng tôi liên quan đến hai kết quả đầu ra được gợi ý trong phần 1 - tức là học tập mang tính chuyển đổi và tính tương thuộc trong giáo dục (Hình 11). Khái niệm học tập mang tính chuyển đổi bắt nguồn từ công trình của một vài nhà lý thuyết giáo dục, đáng chú ý là Freire và Mezirow. Mặc dù khái niệm này được sử dụng với nhiều nghĩa khác nhau, chúng tôi coi khái niệm đó là cấp độ cao nhất trong 3 cấp độ kế tiếp nhau, bắt đầu từ học tập để tiếp nhận đến hình thành rồi đến chuyển đổi (bảng 3). Học tập để tiếp nhận là học để lấy kiến thức và kỹ năng; mục đích của việc học này là tạo ra những chuyên gia. Học tập mang tính hình thành là xã hội hóa sinh viên về những giá trị; mục đích của việc học này là tạo ra những cán bộ chuyên môn. Học tập mang tính chuyển đổi là phát triển những thuộc tính lãnh đạo; mục đích của việc học này là tạo ra những tác nhân thay đổi có tri thức. Đào tạo hiệu quả xây dựng từng cấp độ dựa trên cấp độ đã có trước.

Là một kết quả đầu ra được ưa chuộng, học tập mang tính chuyển đổi bao gồm 3 chuyển đổi cơ bản: từ ghi nhớ sự việc có sẵn đến lập luận có tính phê bình có thể hướng dẫn năng lực tìm tòi, phân tích, đánh giá, và tổng hợp thông tin cho việc ra quyết định; từ tìm kiếm những phẩm chất chuyên môn đến đạt được những năng lực chủ chốt cho làm việc nhóm hiệu quả trong hệ thống y tế; và từ chấp nhận không ý kiến bình luận các mô hình giáo dục đào tạo đến việc thích ứng sáng tạo các nguồn lực toàn cầu để giải quyết những ưu tiên trong nước. Tính tương thuộc là một thành phần chính yếu trong một phương pháp tiếp cận có tính hệ thống vì nó nhấn mạnh cách thức trong đó các thành phần khác nhau

tương tác với nhau mà không có hàm ý rằng chúng bình đẳng với nhau. Là một kết quả đầu ra mong đợi, tính tương thuộc trong giáo dục cũng bao gồm 3 thay đổi: từ hệ thống giáo dục và y tế mang tính đơn độc đến hệ thống giáo dục và y tế mang tính hài hòa; từ những cơ sở đơn độc đến mạng lưới, liên minh và hiệp hội toàn thế giới, và từ những tài sản thể chế tự tạo ra và tự kiểm soát đến khai thác những giao lưu toàn cầu về nội dung giáo dục, nguồn lực sự phạm và những đổi mới.

Như đã trình bày trong phần 1, học tập mang tính chuyển đổi và tính tương thuộc trong giáo dục là những kết quả đầu ra được đề xuất cho những cải cách về giảng dạy cũng như cở sở đào tạo (Pa-nen 9).

Pa-nen 9

Những đề xuất cải cách

Cải cách trong giảng dạy cần bao gồm toàn thể một phạm vi từ tuyển chọn sinh viên nhập học đến khi ra trường, để tạo ra một cơ cấu sinh viên đa dạng với một chương trình giảng dạy dựa trên năng lực, thông qua việc sử dụng sáng tạo CNTT để chuẩn bị cho sinh viên thực tiễn làm việc nhóm, để phát triển con đường thăng tiến nghề nghiệp linh hoạt dựa trên tinh thần và nhiệm vụ của một phẩm chất chuyên môn nghề nghiệp mới.

1. Chấp thuận chương trình giảng dạy dựa trên năng lực đáp ứng với các nhu cầu thay đổi nhanh chóng hơn là bị cách học theo các môn cứng nhắc lấn lướt. Những năng lực cần được thích ứng hóa với bối cảnh của địa phương và được những bên có liên quan cấp quốc gia khẳng định trong khi vẫn khai thác lợi thế của tri thức và kinh nghiệm toàn cầu. Đồng thời, những khoảng trống thiếu hụt cần được lấp đầy với một loạt năng lực cần thiết để đương đầu với những thách thức của thế kỷ 21 phô biến với tất cả các nước - v.d. ứng phó đối với những đe dọa an ninh sức khỏe toàn cầu hoặc quản lý hệ thống y tế ngày càng phức tạp.

2. Xúc tiến đào tạo liên ngành và xuyên ngành, loại hình phá vỡ những lô-cốt chuyên ngành trong khi vẫn tăng cường những mối quan hệ hợp tác và không có thứ bậc trong nhóm làm việc hiệu quả.

Bên cạnh những kỹ năng kỹ thuật cụ thể, đào tạo liên ngành cần chú trọng vào những năng lực chung xuyên suốt như khả năng phân tích (đối với việc sử dụng hiệu quả cả bằng chứng và cảm nhận về mặt đạo đức trong việc ra quyết định), năng lực lãnh đạo và quản lý (đối với xử lý hiệu quả những nguồn lực khan hiếm trong những điều kiện không chắc chắn), và những kỹ năng truyền thông (đối với huy động tất cả các bên có liên quan, kể cả người bệnh và các quan thể).

3. Khai thác sức mạnh của CNTT cho việc học tập thông qua phát triển những bằng chứng, năng lực cho thu thập và phân tích số liệu, mô phỏng và kiểm tra, học từ xa, kết nối hợp tác, và quản lý sự gia tăng của kiến thức. Những đại học và những cơ sở đào tạo tương tự phải tiến hành những điều chỉnh cần thiết để khai thác những hình thức mới của việc học mang tính chuyển đổi do cuộc cách mạng CNTT đem lại, di chuyển ra ngoài công việc truyền thống là chuyển tải thông tin để đóng vai trò mang tính thách thức hơn là xây dựng những năng lực để tiếp cận, phân biệt, phân tích, và sử dụng kiến thức. Hơn bao giờ hết, những cơ sở này có nhiệm vụ dạy sinh viên cách suy nghĩ sáng tạo để làm chủ những luân chuyển lớn của thông tin trong việc tìm kiếm những giải pháp.
4. Thích ứng hóa với tình hình trong nước nhưng khai thác nguồn lực toàn cầu theo cách chuyển tải năng lực để giải quyết những thách thức của địa phương một cách linh hoạt trong khi sử dụng tri thức, kinh nghiệm toàn cầu và những nguồn lực được chia sẻ, bao gồm đội ngũ giảng viên, chương trình giảng dạy, tài liệu lên lớp, và sinh viên được kết nối quốc tế thông qua những chương trình trao đổi.
5. Tăng cường những nguồn lực giáo dục vì đội ngũ giảng dạy, giáo trình, giáo án, tài liệu và cơ sở hạ tầng là những công cụ cần thiết để đạt tới những năng lực. Nhiều nước có những thiếu hụt nghiêm trọng cần phải huy động những nguồn lực, cả tài chính và giáo khoa, bao gồm tiếp cận mở với tạp chí và tài liệu giảng dạy. Phát triển đội ngũ giảng viên cần chú ý đặc biệt thông qua việc tăng đầu tư vào đào tạo giảng viên, con đường thăng tiến nghề nghiệp, và đánh giá mang tính xây dựng liên kết với khuyến khích khen thưởng cho việc thực hiện tốt công việc.
6. Tăng cường phẩm chất chuyên môn mới có sử dụng những năng lực làm tiêu chí khách quan cho

phân loại cán bộ chuyên môn y tế, chuyển đổi những lô-cốt thông thường hiện nay. Một tích hợp những thái độ, giá trị, và hành vi phổ biến cần được xây dựng thành một nền tảng cho việc chuẩn bị một thế hệ cán bộ chuyên môn mới để bổ sung cho việc học tập chuyên ngành sâu của họ với vai trò của họ là những tác nhân thay đổi có trách nhiệm, những nhà quản lý nguồn lực đầy năng lực, và những người ủng hộ những chính sách dựa vào bằng chứng.

Cải cách cơ sở đào tạo cần liên kết với nỗ lực quốc gia thông qua việc lập kế hoạch chung đặc biệt trong các ngành giáo dục và y tế, lôi cuốn tất cả những bên có liên quan trong tiến trình cải cách, mở rộng các địa bàn học tập hàn lâm xuống tận cộng đồng, phát triển những mạng lưới hợp tác toàn cầu cho việc tăng cường lẫn nhau, và đi đầu trong việc đẩy mạnh văn hóa phê bình phản biện và tranh luận công khai.

7. Thiết lập những cơ chế lập kế hoạch chung tại mỗi nước để lôi cuốn những bên có liên quan chủ chốt, đặc biệt là các Bộ Giáo dục và Bộ Y tế, các hội đoàn chuyên môn, cộng đồng học thuật, để khắc phục tính tản mạn bằng đánh giá tình trạng/điều kiện của quốc gia, đặt ra những ưu tiên, xây dựng chính sách, theo dõi thay đổi, và hài hòa hóa cung cầu đối với cán bộ chuyên môn y tế để đáp ứng những nhu cầu sức khỏe của quần thể. Trong tiến trình lập kế hoạch này, cần đặc biệt chú ý tới giới tính và địa lý. Vì có sự gia tăng tỷ lệ phụ nữ trong lực lượng y tế, cần phải có những cơ hội công bằng - v.d. thông qua việc sắp xếp công việc linh hoạt hơn, con đường nghề nghiệp phù hợp với những gián đoạn tạm thời, hỗ trợ những vai trò xã hội khác của phụ nữ như chăm sóc con trẻ, và một tinh thần tích cực chống lại mọi hình thức phân biệt hoặc coi thường giới tính. Về phân bố địa lý, cần nhấn mạnh về việc tuyển chọn sinh viên từ những vùng thiệt thòi khó khăn, khuyến khích bằng tài chính và thăng tiến sự nghiệp cho người cung cấp dịch vụ đang phục vụ tại những nơi này, và triển khai sử dụng CNTT để làm giảm sự cô lập chuyên môn.

8. Mở rộng từ những trung tâm học thuật thành những hệ thống học thuật, mở rộng chuỗi liên tục truyền thống khám phá- chăm sóc-giáo dục trong các trường và bệnh viện ra những cơ sở chăm sóc ban đầu và cộng đồng, được tăng cường thông

qua cộng tác bên ngoài như một phần của hệ thống đào tạo chuyên môn mang tính đáp ứng và năng động hơn.

9. Kết nối cùng nhau thông qua các mạng lưới, liên minh, và hiệp hội giữa các cơ sở giáo dục trên thế giới và qua những tổ liên minh như chính phủ, các tổ chức xã hội dân sự, doanh nghiệp, và giới truyền thông. Về vấn đề thiếu hụt đội ngũ giảng viên và những khó khăn về nguồn lực khác, mỗi nước đang phát triển khó có khả năng tự lực cánh sinh đào tạo phần bổ sung đầy đủ những cán bộ chuyên môn y tế cần có. Bởi vậy, những hiệp hội khu vực và toàn cầu cần phải được thành lập như một phần của cơ cấu tổ chức cơ sở đào tạo trong thế kỷ 21, tận dụng những công nghệ thông tin và truyền thông. Mục đích là vượt qua những khó khăn của các cơ sở cá thể và mở rộng các nguồn lực về kiến thức, thông tin, và tình đoàn kết cho những sứ mệnh cùng chia sẻ. Những quan hệ này cần được dựa trên những nguyên lý của việc chia sẻ công bằng không có lợi dụng và không gia trưởng những nguồn lực để tạo ra lợi ích và trách nhiệm giải trình của lẫn nhau.

10. Nuôi dưỡng một văn hóa phê bình phản biện như một chức năng trung tâm của trường đại học và các cơ sở khác trong giáo dục đại học, đó là vấn đề quan trọng để huy động kiến thức khoa học, cân nhắc đạo đức, và lập luận và tranh luận công khai để tạo ra một chuyển đổi xã hội mang tính thuyết phục.

Những hành động hỗ trợ

Mười cải cách giáo dục chính trong cơ sở đào tạo và công tác giảng dạy được ưu tiên hóa và trình bày trong Pa-nen 9. Sáu khuyến nghị đề cập đến giảng dạy và 4 khuyến nghị đề cập cải cách cơ sở trường. Thực hiện những cải cách này sẽ gặp phải nhiều rào cản và cần phải có sự huy động, cung cấp tài chính, các chính sách và những khuyến khích. Những khuyến nghị của chúng tôi vì thế cần có 4 hành động hỗ trợ từ trước mắt đến lâu dài để tạo ra một môi trường có lợi cho những cải cách cụ thể (hình 12).

Huy động sự lãnh đạo

Một lực lượng chuyên môn y tế có năng lực và và tri thức đóng góp cho những chương trình nghị sự rộng lớn hơn của quốc gia và toàn cầu vì phát triển kinh tế và an ninh con người. Sự lãnh đạo trong đào tạo chuyên môn tất nhiên nên đến từ những cộng đồng học thuật và chuyên môn, nhưng sự lãnh đạo đó cũng cần được lãnh đạo chính trị ủng hộ của những cơ quan chính phủ và của xã hội khi những quyết định ảnh hưởng đến việc phân bổ nguồn lực cho y tế được đưa ra. Sự tham gia rộng rãi của lãnh đạo ở tất cả các cấp - địa phương, quốc gia và thế giới - sẽ là thiết yếu để đồng vận những cải cách giảng dạy và cơ sở đào tạo. Để khởi đầu, chúng tôi liệt kê một số khuyến nghị.

- Sự lãnh đạo của các tổ chức từ thiện rõ ràng đã khởi đầu những cải cách đột phá của thế kỷ 20 và có cơ hội để làm lại việc đó. Cuộc cách mạng của thế kỷ 20 trong đào tạo chuyên môn và hiệu quả của nó đối với y tế là những đóng góp tồn tại lâu dài nhất của các quỹ như Rockefeller, Carnegie và những quỹ khác. Các Quỹ có năng lực, sự bén nhạy, và cung cấp tài chính mang tính thúc đẩy dũng cảm có thể khơi nguồn một làn sóng cải cách mới ở thế kỷ thứ hai.
- Các cuộc họp cấp cao cấp bộ trưởng do hai cơ quan chủ chốt của LHQ chịu trách nhiệm lãnh đạo trong lĩnh vực này tổ chức - TCYTTG và Quỹ VH-KH của LHQ (WHO và UNESCO) - có thể tập hợp những bộ trưởng y tế và giáo dục cùng nhau để chia sẻ những quan điểm, xây dựng những phương thức cho việc điều phối liên ngành mạnh mẽ hơn, và phát động tham vấn những bên có liên quan của các nước và đó là một cấu phần chủ yếu của các cơ chế lập kế hoạch chung.
- Các diễn đàn quốc gia cho đào tạo chuyên môn cần được thử nghiệm ở những nước có quan tâm như một cách để tập hợp cùng nhau những người lãnh đạo giáo dục đến từ các trường hàn lâm, những hiệp hội chuyên môn, và chính phủ để chia sẻ quan điểm về cải cách giảng dạy và cơ sở trường đào tạo.
- Các cuộc họp cấp cao về học thuật cần được xem xét để thu hút sự hỗ trợ của lãnh đạo mạnh mẽ hơn của các trường đại học vì đó là một yếu tố quan trọng cho thành công của những nỗ lực cải cách trong các trường và khoa có trách nhiệm trực tiếp đối với đào tạo cán bộ chuyên môn y tế.

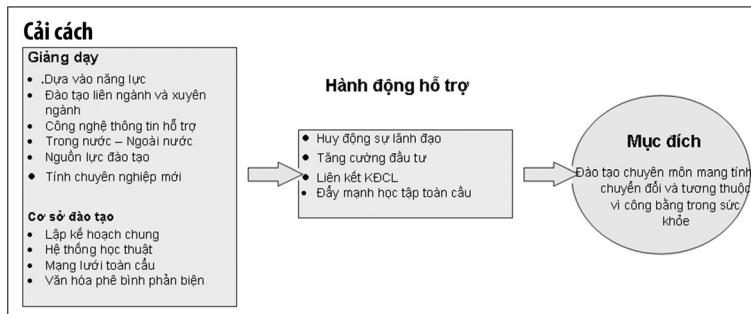
Tăng cường đầu tư

So sánh với tổng chi phí về y tế được ước tính là 5.5 nghìn tỷ đô la trên thế giới, thì những mức độ đầu tư trong đào tạo chuyên môn, được Ủy ban của chúng tôi ước tính trong khoảng 100 tỷ đô la một năm, thì rõ ràng là quá nhỏ bé. Đối với một hệ thống vận hành kiến thức, đầu tư ít hơn 2% trong tổng số thu nhập khi phát triển những thành viên có kỹ năng nhất của hệ thống đó là không những chưa đủ mà còn là một điều không sáng suốt, để phần còn lại 98% chi tiêu có nguy cơ. Cung cấp tài chính không đủ hiển nhiên dẫn đến những thiếu hụt về giáo dục đào tạo làm tổn thất cho hoạt động của hệ thống y tế. Xét về những thực tế này, mọi quốc gia và cơ quan cần xem xét tăng gấp đôi đầu tư của mình vào đào tạo chuyên môn trong vòng 5 năm tới và đó là sự đóng góp không thể thiếu cho hệ thống y tế hiệu quả và bền vững. Tuy nhiên, không chỉ có vấn đề là yêu cầu phải có kinh phí nhiều hơn cho đào tạo chuyên môn. Đồng thời, cần phải xác định những lăng phí và không hiệu quả để có được việc sử dụng tốt nhất những kinh phí hiện được phân bổ, và cần khuyến khích khen thưởng để đẩy mạnh chất lượng và tính công bằng.

- Tài chính công là nguồn quan trọng nhất của kinh phí bền vững cho tất cả các nước dù nghèo hay giàu. Những đầu tư như vậy cần phải được phân bổ để phát triển một cơ cấu nhân sự tổ chức phù hợp với những bối cảnh quốc gia. Vì tầm quan trọng này, cần phải có những nỗ lực để làm tăng không chỉ mức độ mà cả hiệu quả của tài chính công. Ngoài việc tổng hợp những ước tính về tài chính, những khuyến khích đưa ra cần được hiểu theo cách là những luồng đầu tư và bao cấp được phân bổ tới từng cơ sở giáo dục. Những bao cấp công cũng thường nhạy cảm với việc thực hiện công việc. Cung cấp tài chính căn cứ vào việc thực hiện công việc thông qua các học bổng, phần thưởng, và hệ thống đã được cải thiện cho việc theo dõi và đảm bảo chất lượng cần phải được triển khai và đánh giá.
- Kinh phí của những nhà tài trợ cho đào tạo chuyên môn ở các nước đang phát triển cần được tăng cường để trở thành một phần đóng góp đáng kể của viện trợ phát triển. Sau những thập kỷ cộng đồng phát triển chú trọng hầu như hoàn toàn vào giáo dục tiểu học, thì những thực tế về nhân khẩu, kinh tế, xã hội mới đã gây sự chú ý bắt buộc tới giáo dục trung học và giáo dục đại học

ở các nước thu nhập thấp. Sự sao nhãng của các nhà tài trợ là do thiếu cận vì vấn đề năng lực con người cần thiết cho hệ thống y tế hiệu quả và bền vững lại không được xem xét. Sự sao nhãng như vậy là đáng kể khi hầu hết những người ra quyết định trong các cơ quan song phương và đa phương (và ở các nước nhận tài trợ) có bằng cấp chuyên môn của bản thân họ, nếu không thì họ không trở thành người lãnh đạo đáng tin cậy của tổ chức/cơ quan mình. Chúng ta cần kết thúc sự thiếu nhất quán này và chuyển chúng thành những đầu tư đầy đủ. Một sự thật không tránh khỏi, nhất là ở những hệ thống có nguồn lực khó khăn, là sự lãnh đạo chuyên nghiệp có chất lượng cao trở thành thiết yếu cho sự tiến bộ.

- Kinh phí tư nhân cần được đón nhận với những quy tắc cơ bản để tối ưu hóa những thành quả y tế. Kinh phí tư nhân là cần thiết vì những nguồn lực công lập không thể đáp ứng tất cả những thiếu hụt và vì đào tạo chuyên môn ít nhất là một phần đầu tư tư nhân của chính sinh viên và gia đình họ. Kinh phí tư nhân trong thị trường đào tạo chuyên môn, xét về khía cạnh thiếu hụt của toàn cầu, dường như đang gia tăng như được thấy với sự bùng nổ gia tăng của các trường điều dưỡng và trường y cho việc xuất khẩu lao động. Đây là những nguy hại thực tế của quá trình phi Flexner hóa của các trường không được điều hành, không được KĐCL và có chất lượng thấp, và vấn đề này cần có sự minh bạch và giám sát nhiều hơn cả ở cấp quốc gia và toàn cầu.



Hình 12. Những khuyến nghị cho cải cách và những hành động hỗ trợ

Liên kết về KĐCL

Tất cả các nước cần dần dần tiến tới việc liên kết KĐCL, cấp phép và chứng chỉ với những mục

tiêu y tế thông qua thu hút những bên có liên quan phù hợp trong việc đặt ra những mục tiêu, tiêu chuẩn, đánh giá, và theo dõi tiến trình KĐCL. Việc tham gia của chính phủ, các cơ quan chuyên môn, và cộng đồng học thuật trở nên thiết yếu. KĐCL cần dựa vào những tiêu chuẩn về giảng dạy và cơ sở đào tạo. Các nước sẽ khác biệt nhau về phương diện các yếu tố trách nhiệm học thuật và xã hội khác nhau được đưa vào trong quá trình KĐCL.

- Hệ thống KĐCL quốc gia cần xây dựng những tiêu chí để đánh giá, xác định thông số của kết quả đầu ra, và tạo ra những năng lực cho sinh viên ra trường để đáp ứng được những nhu cầu sức khỏe của xã hội.
- Hợp tác toàn cầu cần được các cơ quan liên quan khuyến khích, bao gồm WHO, UNESCO, Liên đoàn về Giáo dục Y khoa thế giới, Hội đồng Điều dưỡng quốc tế, Hiệp Hội Y tế Công cộng thế giới, và các tổ chức khác, để giúp đỡ đặt ra những chuẩn mực có thể được coi là những điểm tốt công khai toàn cầu, giúp đỡ các nước trong việc phát triển năng lực về thích ứng và triển khai thực hiện ở địa phương, tạo điều kiện cho trao đổi thông tin, và cổ vũ cho chia sẻ trách nhiệm về KĐCL cần phải có tính bắt buộc trong việc bảo vệ người bệnh và các quần thể trong bối cảnh có một lực lượng y tế di động toàn cầu.

Tăng cường học tập mang tính toàn cầu

Hệ thống học tập về đào tạo chuyên môn vẫn còn yếu và không có tài chính đầy đủ. Kinh phí cho nghiên cứu và phát triển ở lĩnh vực này vẫn còn rất khiêm tốn, hầu hết được cung cấp tài chính một cách tản漫 bằng cách chuyển hướng các nguồn lực từ chi tiêu định kỳ của các cơ sở đào tạo. Tuy nhiên đổi mới không thể diễn ra mạnh mẽ nếu thiếu nghiên cứu và phát triển. Thậm chí ở những cấp độ khá thấp, thu nhập trong đào tạo chuyên môn y tế cần tạo ra những đầu tư lớn hơn nhiều trong nghiên cứu và phát triển hơn với hiện tại. Một thế kỷ trước đây, có những quỹ

trợ giúp đã hỗ trợ sự đổi mới quan trọng những thời điểm quan trọng. Lợi ích của những đầu tư này là rất lớn. Thế kỷ 21 một lần nữa cần có sự mạnh dạn nhìn xa trông rộng để hỗ trợ cho sự phát triển của lực lượng chuyên môn mà thời đại đầy thách thức của

chúng ta yêu cầu. Có 3 lĩnh vực chủ chốt mà cộng đồng học tập cần được cổ vũ để tạo ra những điểm tốt công khai toàn cầu liên quan đến tri thức.

- Các thông số/tiêu chuẩn về giáo dục chuyên môn phải được định rõ, thu thập, tổng hợp, phân tích và phổ biến rộng rãi.
- Việc đánh giá là chính yếu đối với việc học tập cùng chia sẻ về những gì có hiệu quả và không có hiệu quả, cũng như lý do tại sao - nền tảng kiến thức của tất cả các hoạt động. Mỗi nỗ lực cải cách, từ giai đoạn thiết kế đến triển khai thực hiện, cần được đánh giá để một cơ sở bằng chứng về thực hành tốt nhất có thể được phổ biến và các nước nghèo có thể được trợ giúp để đẩy mạnh đáng kể việc thích ứng và đổi mới.
- Nghiên cứu trong đào tạo chuyên môn cần được mở rộng để cho lĩnh vực này xây dựng vững chắc những tri thức cần có đối với việc cải tiến liên tục.

Con đường phía trước

Tại thời điểm quan trọng này, với kỷ niệm 100 năm của những cải cách chủ yếu, chúng ta mời tất cả những bên có liên quan cùng tham gia với chúng ta suy nghĩ lại về những cải cách của đào tạo chuyên môn trong thế kỷ 21. Cán bộ chuyên môn y tế đã đóng góp to lớn đối với sức khỏe và phát triển kinh tế xã hội trong thế kỷ qua, nhưng không thể thực hiện những cải cách y tế của thế kỷ 21 với những năng lực lỗi thời hoặc không thỏa đáng. Nhịp độ thay đổi toàn cầu phi thường đang kéo căng kiến thức, kỹ năng, và giá trị của tất cả các chuyên ngành y tế. Đó là lý do tại sao chúng ta kêu gọi một chu kỳ mới của những năng lực chủ chốt linh hoạt hơn và thích ứng nhanh hơn dựa trên những quan điểm xuyên quốc gia, đa ngành và lâu dài để đáp ứng nhu cầu của những cá nhân và quần thể.

Trên hết, cải cách phải bắt đầu với một thay đổi trong triết lý thừa nhận những thách thức và tìm cách để giải quyết thách thức đó. Không khác biệt với một thế kỷ trước đây, cải cách giáo dục là một tiến trình lâu dài và khó khăn yêu cầu phải có sự lãnh đạo và thay đổi quan điểm, phong cách làm việc, và có quan hệ tốt giữa tất cả các bên có liên quan. Chúng ta vì vậy kêu gọi những thực thể quan trọng nhất hãy nắm bắt nhu cầu về cải cách thông qua đối thoại, trao đổi cởi mở, thảo luận, và tranh luận về những khuyến nghị này. Những nhà giáo dục chuyên môn là những người có vai trò chính vì

thay đổi sẽ không thể diễn ra mà không có sự lãnh đạo và quyền làm chủ của họ. Cũng như vậy, sinh viên và cán bộ chuyên môn trẻ tuổi là những người có đóng góp trong giáo dục và sự nghiệp của riêng mình. Những bên có liên quan chủ yếu khác bao gồm những cơ quan chuyên môn, các trường đại học, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan quốc tế và những nhà tài trợ và các quỹ hỗ trợ.

Điều quan trọng nhất, việc thực hiện những khuyến nghị của chúng tôi có thể được thúc đẩy bởi một trào lưu xã hội toàn cầu thu hút tất cả các bên có liên quan thành một phần của nỗ lực chung nhằm tăng cường hệ thống y tế. Kết quả sẽ là một bản tính chuyên môn mới với đầy đủ tri thức có thể dẫn tới những dịch vụ tốt hơn và cải thiện tiếp sau cho sức khỏe của người bệnh và các quần thể. Theo cách này, đào tạo chuyên môn sẽ trở thành một cầu phản quan trọng trong nỗ lực chung để giải quyết những thách thức khó khăn về y tế của thời đại chúng ta, và thế giới có thể tiến gần hơn tới một kỷ nguyên mới đầy những hành động nhiệt tình và cùng tham gia để đạt được mong muốn toàn cầu về tiến bộ công bằng trong sức khỏe. Điều cần thiết là những tiến bộ như vậy sẽ được tiếp sức bằng tri thức, tạo cho người cán bộ chuyên môn một vai trò thiết yếu trong việc cụ thể hóa những giá trị được Louis Menand thể hiện một cách phù hợp như sau:

"Theo đuổi, tạo ra, phổ biến và lưu giữ kiến thức là những hoạt động trung tâm của một nền văn minh. Tri thức là sự ghi nhớ mang tính xã hội, một kết nối với quá khứ; và nó chính là hy vọng xã hội, một đầu tư trong tương lai. Khả năng tạo ra kiến thức và đưa nó vào sử dụng là đặc điểm thích ứng của con người. Đó chính là cách chúng ta tái tạo lại bản thân chúng ta như những chủ thể xã hội và cách chúng ta thay đổi - làm thế nào mà chúng ta đặt chân trên mặt đất nhưng đều lại chạm vào mây."

Những người đóng góp:

Tất cả những thành viên của Ủy ban đều đóng góp cho báo cáo những khái niệm, khuyến nghị, viết và hiệu đính báo cáo, với số liệu thu thập được dưới sự chỉ đạo của các đồng chủ tọa và một nhóm hỗ trợ nghiên cứu.

Xung đột về quyền lợi

Chúng tôi tuyên bố rằng chúng tôi không có xung đột về quyền lợi nào.

Lời cảm ơn

Công việc của Ủy ban được hỗ trợ kinh phí từ Quỹ Bill & Melinda Gates, Quỹ Rockefeller, và China Medical Board. Những thành viên Ủy ban vui mừng cảm ơn sự đóng góp của nhóm nghiên cứu, gồm có Catherine M Michaud, Ananda S

Bandyopadhyay, Chenhui Liu, Ruvandhi Nathavitharana, Stanislava Nikolova, Sonali Vaid, và Leana S Wen. Chúng tôi cũng cảm ơn hai thành viên đánh giá độc lập, Anita Berlin và Kenji Shibuya, đã có nhận xét quý giá đối với bản thảo được đệ trình.

Tài liệu tham khảo

1. Frenk J. Globalization and health: the role of knowledge in an interdependent world. David E Barmes Global Health Lecture. Bethesda: National Institution of Health, 2009
2. Chen L, Berlinguer G. Health equity in a globalizing world. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001: 35-44.
3. Pablos-Mendez A, Chunharas S, Lansang MA, Shademani R, Tugwell P. Knowledge translation in global health. Bull World Health Organ 2005; 83: 723.
4. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004; 364: 1603-09.
5. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academy Press, 2002.
6. Institute of Medicine In: Gebbie K, Rosenstock L, Hernandez LM, eds. Who will keep the public healthy: educating public health professionals for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2003: 7.
7. Josiah Macy Jr Foundation. Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion. Charleston: Josiah Macy Jr Foundation, 2008.
8. UK General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council, 2009.
9. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.
10. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Shulman LS. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.
11. The Association of Faculties of Medicine of Canada. The future of medical education in Canada (FMEC): a collective vision for MD education. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada, 2010.
12. The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England. Front line care: the future of nursing and midwifery in England. London: The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England, 2010.
13. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
14. Welch WH, Rose W. Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 1915.
15. The Committee for the Study of Nursing Education. Nursing and nursing education in the United States. New York: The Rockefeller Foundation, 1923.
16. Gies WJ, Pritchett HS. Dental education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1926.
17. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001.
18. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
19. WHO. The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
20. Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives. Geneva: World Health Organization, 2008.

Lời cảm ơn

Công việc của Ủy ban được hỗ trợ kinh phí từ Quỹ Bill & Melinda Gates, Quỹ Rockefeller, và China Medical Board. Những thành viên Ủy ban vui mừng cảm ơn sự đóng góp của nhóm nghiên cứu, gồm có Catherine M Michaud, Ananda S

Bandyopadhyay, Chenhui Liu, Ruvandhi Nathavitharana, Stanislava Nikolova, Sonali Vaid, và Leana S Wen. Chúng tôi cũng cảm ơn hai thành viên đánh giá độc lập, Anita Berlin và Kenji Shibuya, đã có nhận xét quý giá đối với bản thảo được đệ trình.

Tài liệu tham khảo

1. Frenk J. Globalization and health: the role of knowledge in an interdependent world. David E Barmes Global Health Lecture. Bethesda: National Institution of Health, 2009
2. Chen L, Berlinguer G. Health equity in a globalizing world. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001: 35-44.
3. Pablos-Mendez A, Chunharas S, Lansang MA, Shademani R, Tugwell P. Knowledge translation in global health. Bull World Health Organ 2005; 83: 723.
4. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004; 364: 1603-09.
5. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academy Press, 2002.
6. Institute of Medicine In: Gebbie K, Rosenstock L, Hernandez LM, eds. Who will keep the public healthy: educating public health professionals for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2003: 7.
7. Josiah Macy Jr Foundation. Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion. Charleston: Josiah Macy Jr Foundation, 2008.
8. UK General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council, 2009.
9. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.
10. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, Shulman LS. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.
11. The Association of Faculties of Medicine of Canada. The future of medical education in Canada (FMEC): a collective vision for MD education. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada, 2010.
12. The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England. Front line care: the future of nursing and midwifery in England. London: The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England, 2010.
13. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
14. Welch WH, Rose W. Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 1915.
15. The Committee for the Study of Nursing Education. Nursing and nursing education in the United States. New York: The Rockefeller Foundation, 1923.
16. Gies WJ, Pritchett HS. Dental education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1926.
17. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press, 2001.
18. Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
19. WHO. The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
20. Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives. Geneva: World Health Organization, 2008.

21. Buvé A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002; 359: 2011-17.
22. Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 2008; 372: 475-88.
23. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36.
24. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century. New York: Oxford University Press, 2010.
25. Institute of Medicine. In: Smolinski MS, Hamburg MA, Lederberg J, eds. Microbial threats to health: emergence, detection, and response. Washington,: National Academy Press, 2005.
26. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
27. Institute of Medicine. Global issues in water, sanitation, and health. Workshop summary. Washington: National Academy Press, 2009.
28. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *Lancet* 2005; 366: 1514.
29. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005; 366: 1578-82.
30. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 24: 68-79.
31. Yach D, Leeder SR, Bell J, Kistnasamy B. Global chronic diseases. *Science* 2005; 307: 317.
32. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88: 323A.
33. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> (accessed Aug 12, 2010).
34. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364: 1984-90.
35. Amin Z, Burdick WP, Supe A, Singh T. Relevance of the Flexner Report to contemporary medical education in South Asia. *Acad Med* 2010; 85: 333-39.
36. Naylor CD. Leadership in academic medicine: reflections from administrative exile. *Clin Med* 2006; 6: 488-92.
37. Siantz ML, Meleis AI. Integrating cultural competence into nursing education and practice: 21st century action steps. *J Transcult Nurs* 2007; 18: 86S-90S.
38. Public Health Foundation of India. Report of the international conference on new directions for public health education in low and middle income countries. Hyderabad: Public Health Foundation of India, 2008.
39. Merson M, Schulman K. Health systems strengthening through human resources and capacity building: a landscaping study on the supply of health systems management, policy, and financing training programs and the demand for health systems experts. Nairobi: The Landscaping for Health Systems Strengthening Initiative (LHSSI), 2009.
40. Ke Y, Sun BZ. Challenges in China's health professional education. Presentation at the second meeting of the Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century. Peking University, Beijing, China; April 26, 2010.
41. Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJL. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet* 2010; 375: 1375-87.
42. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: Global Health Workforce Alliance, 2010. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chw_report/en/index.html (accessed Oct 29, 2010).
43. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. London: Royal College of Physicians, 2005.
44. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-16.
45. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 115-18.
46. Cohen JJ, Cruess S, Davidson C. Alliance between society and medicine: the public's stake in medical professionalism. *JAMA* 2007; 298: 670-73.
47. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing

- physician communication skills for patient-centered care. Health A? (Millwood) 2010; 29: 1310-18.
48. Garcia PJ, Curioso WH, Lazo-Escalante M, Gilman RH, Gotuzzo E. Global health training is not only a developed-country duty. J Public Health Policy 2009; 30: 250-52.
49. OECD. Policy brief: E-learning in tertiary education. Paris: OECD, 2005. <http://www.cumex.org.mx/archivos/ACERVO/ElearningPolicybriefenglish.pdf> (accessed Aug 12, 2010).
50. Frenk J, Durán-Arenas L. The medical profession and the State. In: Ha?erty FW, McKinlay JB, eds. The changing medical profession: an international perspective. New York: Oxford University Press, 1993: 25-42.
51. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78: 717-31.
52. Azizi F. The reform of medical education in Iran. Med Educ 1997; 31: 159-62.
53. Kent A, de Villiers MR. Medical education in South Africa-exciting times. Med Teach 2007; 29: 906-09.
54. Kurdak H, Altintas D, Doran F. Medical education in Turkey: past to future. Med Teach 2008; 30: 768-73.
55. Lam TP, Lam YY. Medical education reform: the Asian experience. Acad Med 2009; 84: 1313-17.
56. Filliozat J. The classical doctrine of Indian medicine. Delhi: Munshiram Manoharlal, 1964.
57. Zhu Y-P. Chinese materia medica: chemistry, pharmacology, and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
58. Bonner TN. Becoming a physician: medical education in Britain, France, Germany, and the United States 1750-1945. New York: Oxford University Press, 1996.
59. Porter R. The greatest bene?t to mankind: a medical history of humanity. New York: W W Norton & Company, 1997.
60. Irvine D. A short history of the General Medical Council. Med Educ 2006; 40: 202-11.61 Nightingale F. Notes on Nursing. What it is, and what it is not(1st American edn). New York: D Appleton and Company, 1860.
62. Bostridge M. Florence Nightingale: the making of an icon. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2008.
63. Flexner A. Medical education in Europe: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1912.
64. Fosdick R. The story of the Rockefeller Foundation. New York: Harper & Bros, 1952.
65. Bullock MB. An American transplant: the Rockefeller Foundation and the Peking Union Medical College Berkley: University of California Press, 1980.
66. Wellman C. The New Orleans School of Tropical Medicine and Hygiene. New Orleans Med Surg J 1912; 64: 893-915.
67. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. Lancet 2003; 362: 1667-71.
68. Horton R. The occupied Palestinian territory: peace, justice, and health. Lancet 2009; 373: 784-88.
69. Frenk J, Gonzalez-Block MA. Institutional development for public health: learning the lessons, renewing the commitment. J Public Health Policy 2008; 29: 449-58.
70. Chen LC. Philanthropic partnership for public health in India? Lancet 2006; 367: 1800-01.
71. Rosenberg CE. Our present complaint: American medicine, then and now. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
72. Whitcomb ME. Commentary: Flexner Redux 2010: graduate medical education in the United States. Acad Med 2009; 84: 1476-78.
73. Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its e?ects on knowledge and clinical performance. Med Princ Pract 2009; 18: 1-9.
74. Papa FJ, Harasym PH. Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective. Acad Med 1999; 74: 154-64.
75. Pickering G. Quest for excellence in medical education: a personal survey. Oxford: Oxford University Press, 1978.
76. Harden RM. What is an OSCE? Med Teach 1988; 10: 19-22.
77. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. Patient Educ Couns 1995; 26: 257-63.
78. Seipp C. Health care for the community. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1963.
79. Wyon JB, Gordon JE. The Khanna study: population problems in the rural Punjab. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

80. Kark S. The practice of community oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.
81. Chen CC, Bunge FM. Medicine in rural China. Berkeley: University of California Press, 1989.
82. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. October, 2010. <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx> (accessed Oct 20, 2010).
83. Upvall MJ, Karmaliani R, Pirani F, Gul R, Khalid F. Developing nursing leaders through graduate education in Pakistan. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2004; 1: article 27.
84. American Association of Colleges of Nursing. The essentials of Master's education for advanced practice nursing. Washington: American Association of Colleges of Nursing, 1996.
85. Association of American Medical Colleges. A snapshot of medical student education in the United States and Canada. *Acad Med* 2010; 85: S1-648.
86. Eckhert NL. Perspective: private schools of the Caribbean: outsourcing medical education. *Acad Med* 2010; 85: 622-30.
87. Shomaker TS. For-profit undergraduate medical education: back to the future? *Acad Med* 2010; 85: 363-69.
88. Xu D, Sun B, Wan X, Ke Y. Reformation of medical education in China. *Lancet* 2010; 375: 1502-04.
89. Anand S, Fan VY, Zhang J, et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *Lancet* 2008; 372: 1774-81.
90. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005; 353: 1810-18.
91. Kline DS. Push and pull factors in international nurse migration. *J Nurs Scholarsh* 2003; 35: 107-11.
92. Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. Trends in international nurse migration. *Health A?* (Millwood) 2004; 23: 69-77.
93. Bach S. International migration of health workers: Labour and social issues. Geneva: International Labour O?ce, 2007. <http://www.hrhresourcecenter.org/node/154> (accessed Aug 12, 2010).
94. Valberg LS, Gonyea MA, Sinclair DG, Wade J. Planning the future academic medical centre. *CMAJ* 1994; 151: 1581-87.
95. Keehan S, Sisko A, Tru?er C, et al. Health spending projections through 2017: the baby-boom generation is coming to Medicare. *Health A?* (Millwood) 2008; 27: w145-55.
96. Institute of Medicine. Integrative medicine and the health of the public: a summary of the February 2009 summit. Washington: National Academy Press, 2009.
97. John E Fogarty International Center. Medical Education Partnership Initiative (MEPI), U.S. National Institutes of Health. June, 2010. http://www.nih.gov/programs/training_grants/mepi/ (accessed Aug 12, 2010).
98. Institute of Medicine. In: Sepulveda J, Carpenter C, Curran J, et al. PEPFAR implementation: progress and promise. Washington: National Academy Press, 2007.
99. Kwong JC, Dhalla IA, Streiner DL, Baddour RE, Waddell AE, Johnson IL. E?ects of rising tuition fees on medical school class composition and ?nancial outlook. *CMAJ* 2002; 166: 1023-28.
100. United States Government Accountability O?ce. Graduate medical education: trends in training and student debt. Washington DC; May, 2009. <http://www.gao.gov/new.items/d09438r.pdf> (accessed Oct 20, 2010).
101. Hauer KE, Durning SJ, Kernan WN, Fagan MJ, Mintz M, O'Sullivan PS, et al. Factors associated with medical students' career choices regarding internal medicine. *JAMA* 2008; 300: 1154-64.
102. Ghuman BS. Corruption in education: time to tame the regulators. *The Tribune* (Chandigarh), May 25, 2010. <http://www.tribuneindia.com/2010/20100525/edit.htm#6> (accessed Aug 12, 2010).
103. Chatterjee P. Trouble at the Medical Council of India. *Lancet* 2010; 375: 1679.
104. Maseeh J. Magnitude of corruption in Medical Council of India unimaginable. Media Scan June 4, 2010. <http://mediaskanenglish.blogspot.com/2010/06/magnitude-of-corruption-in-medical.html> (accessed Aug 8, 2010)
105. Woppard RF. Social accountability and accreditation in the future of medical education. Commission paper 2010. <http://www.globalcommehp.com/> (accessed Oct 29, 2010).
106. WHO. The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006: 46.
107. WHO/WFME strategic partnership to improve medical education. Report of a technical meeting Sch?erg#rdens, Copenhagen, Denmark. 2004. http://www.who.int/hrh/links/partnership/en_index.html

- (accessed Aug 12, 2010).
108. Sub-Saharan African Medical Schools Study (SSAMS). <http://www.samss.org> (accessed Aug 12, 2010).
 109. WHO, Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.
 110. Keller H. In behalf of the IWW. *Liberator* 1918; 13.
 111. Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
 112. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ* 2006; 40: 301-13.
 113. Pálsdóttir B, Neusy A-J. Transforming medical education: lessons learned from THEnet. Commission paper 2010. <http://www.globalcommehp.com/> (accessed Oct 29, 2010).
 114. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract* 27: 48-54.
 115. WTO. Health and social services. Geneva: World Trade Organization, 2010. http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/health_social_e/health_social_e.htm (accessed Aug 12, 2010).
 116. Chanda R. Trade in health services. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 158-63.
 117. Jarman H, Greer S. Crossborder trade in health services: lessons from the European laboratory. *Health Policy* 2009; 94: 158-63.
 118. WHO. WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel Geneva: World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index.html> (accessed Aug 12, 2010).
 119. International Institute for Medical Education. Global minimum standards. <http://www.iime.org/gmer.htm> (accessed Aug 12, 2010).
 120. Institute of Medicine. Health professions education: a bridge to quality. Washington: National Academy Press, 2003.
 121. Wartman SA, Hillhouse EW, Gunning-Schepers L, Wong JEL. An international association of academic health centres. *Lancet* 2009;
 - 374: 1402-03.
 122. Dzau VJ, Ackerly DC, Sutton-Wallace P, et al. The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *Lancet* 2009; 375: 949-53.
 123. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009; 374: 170-73.
 124. Horton R. North and South: bridging the information gap. *Lancet* 2000; 355: 2231-36.
 125. Corbett MA, Marsico T. Faculty burn-out in nurse-midwifery education. *J Nurse Midwifery* 1981; 26: 33-36.
 126. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med* 2006; 355: 1339-44.
 127. Shirey MR. Stress and burnout in nursing faculty. *Nurse Educ* 2006; 31: 95-97.
 128. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. Career risk and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* 2009; 169: 990-95.
 129. Blades DS, Ferguson G, Richardson HC, Redfern N. A study of junior doctors to investigate the factors that influence career decisions. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 483-85.
 130. Institute of Medicine. In: Mullan F, Panosian C, Cu P. *Healers abroad: Americans responding to the human resource crisis in HIV/AIDS*. Washington: National Academy Press, 2005.
 131. Schwarz MR, Wojtczak A, Stern D. The outcomes of global minimum essential requirements (GMER) pilot implementation in China. *Med Teach* 2007; 29: 699-705.
 132. Harden RM, Grant J. BEME guide number 1: best evidence medical education. *Med Teach* 1999; 21: 553.
 133. Reichenbach L. Exploring the gender dimensions of the global health workforce. Cambridge: Harvard Global Equity Initiative, 2007.
 134. Borroto Cruz ER, Salas Perea RS. National Training Program for Comprehensive Community Physicians, Venezuela. *MEDICC Rev* 2008; 10: 35-42.
 135. Blumenthal DS. Geographic imbalances of physician supply: an international comparison. *J Rural Health* 1994; 10: 109-18.
 136. Zurn P, Poz MRD, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health* 2004; 2: 1-12.
 137. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35.
 138. Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. Competency-based education in the health professions: implications for

- improving global health. Commission paper 2010. <http://www.globalcommehp.com/> (accessed Oct 29, 2010).
139. Calabretta N. Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information. *J Med Libr Assoc* 2002; 90: 32-37.
140. Haidet P, O'Malley KJ, Richards B. An initial experience with "team learning" in medical education. *Acad Med* 2002; 77: 40-44.
141. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of E-learning in medical education. *Acad Med* 2006; 81: 207-12.
142. Mokwena K, Mokgatle-Nthabu M, Madiba S, Lewis H, Ntuli-Ngcobo B. Training of public health workforce at the National School of Public Health: meeting Africa's needs. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 949-54.
143. Iiyoshi T, Kumar M. Opening up education. Cambridge: MIT Press, 2008.
144. Carson S. The unwalled garden: growth of the OpenCourseWare Consortium, 2001-2008. *Open Learning J Open Distance Learning* 2009; 24: 23-29.
145. Kanchanaraksa S, Gooding I, Klaasa B, Yager JD. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health OpenCourseWare. *Open Learning J Open Distance Learning* 2009; 24: 39-46.
146. Lee MY, Albright S, O'Leary L, Terkla DG, Wilson N. Expanding the reach of health sciences education and empowering others: the OpenCourseWare initiative at Tufts University. *Med Teach* 2008; 30: 159-63.
147. OECD. Giving knowledge for free: the emergence of open educational resources. Paris: OECD, 2007. http://www.oecd.org/document/41/0,3343,en_2649_35845581_38659497_1_1_1_1_00.html (accessed Aug 12, 2010).
148. Ha?erty F, McKinlay J. Introduction. In: Ha?erty F, McKinlay J, eds. *The changing medical profession: an international perspective*. New York: Oxford University Press, 1993.
149. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd & Mead, 1970.
150. Menand L. The marketplace of ideas: reform and resistance in the American university. New York: W W Norton & Company, 2010: 101-02.
151. Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books, 1982.
152. Sen A. The idea of justice. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2009.
153. Southall D, Cham M, Sey O. Health workers lost to international bodies in poor countries. *Lancet* 2010; 376: 498-99.
154. Government of India. Report of the Health Survey and Development Committee. Delhi: Manager of Publications, 1946.
155. Zhang D, Unschuld PU. China's barefoot doctor: past, present, and future. *Lancet* 2008; 372: 1865-67.
156. Hunt P. Report on progress and obstacles to the health and human rights movement (A/HRC/4/28). Geneva: O?ce of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2007. <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/issues.htm> (accessed Aug 12, 2010).
157. National Health Service (UK). The role of the doctor consensus statement. London: NHS, 2007. <http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/MedicalWorkforce/Future-of-the-medical-workforce/Pages/Role-of-doctor-consensus.aspx> (accessed Aug 12, 2010).
158. Global Health Workforce Alliance. Community health workers: key messages. Global consultation on community health workers. Montreux, Switzerland, 2010. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwkeymessages/en/index.html> (accessed Aug 12, 2010).
159. Haines A, Sanders D, Lehmann U, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007; 369: 2121-31.
160. Cherian M, Choo S, Wilson I, et al. Building and retaining the neglected anaesthesia health workforce: is it crucial for health systems strengthening through primary health care? *Bull World Health Organ* 2010; 88: 637-39.
161. Bhutta ZA, Soo? S, Memon Z. Training for Lady Health Workers clari?ed. *Bull World Health Organ* 2008; 86: B.
162. Bakeera S, Wamala S, Galea S, State A, Peterson S, Pariyo G. Community perceptions and factors in?uencing utilization of health services in Uganda. *Int J Equity Health* 2009; 8: 25.
163. Accorsi S, Bilal NK, Farese P, Racalbuto V. Countdown to 2015: comparing progress towards the achievement of the health Millennium Development Goals in Ethiopia and other sub- Saharan African countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2010; 104: 336-42.
164. Mudur G. India launches national rural health mission.

- BMJ 2005; 330: 920.
165. Ahmed SM. Taking healthcare where the community is: the story of the shasthya sebikas of BRAC. Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAH) Annual Conference. Beijing, China, 2007. http://www.aaahrh.org/2nd_Conf_2007/Cases/Bangladesh-Syed%20%20Shasthya%20Sebikas.doc (accessed Oct 20, 2010).
166. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st Century. New York: Oxford University Press, 2010: 201.
167. Dovlo D, Nyonator F. Migration by graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resourc Health Dev J* 1999; 3: 40-51.
168. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 575-80.
169. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st Century. New York: Oxford University Press, 2010: 114.
170. Fried LP, Bentley ME, Buekens P, et al. Global health is public health. *Lancet* 2010; 375: 535-37.
171. Pang T, Lansang MA, Haines A. Brain drain and health professionals. *BMJ* 2002; 324: 499-500.
172. Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *BMJ* 2003; 327: 926-28.
173. Hagopian A, Thompson MJ, Fordyce M, Johnson KE, Hart LG. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Hum Resourc Health* 2004; 2: 17.
174. Chen LC, Bourd JI. Fatal flaws-doctors on the move. *N Engl J Med* 2005; 353: 1850-52.
175. National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation (NCFMEA). NCFMEA meeting transcripts. United States Department of Education NCFMEA open session. Washington DC, March 30, 2010.
176. Tatara K, Okamoto E. Japan health system review: health systems in transition. Geneva: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, 2009.
177. Herrick DM. Medical tourism: global competition in health care. Dallas: National Center for Policy Analysis, 2007. <http://www.unf.edu/brooks/center/pdfs/Medical%20Tourism%20Herrick.pdf> (accessed Aug 12, 2010).
178. Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Med Gen Med* 2007; 9: 33.
179. Hansen F. A revolution in healthcare: medicine meets the marketplace. IPA Review Article. Melbourne: Institute of Public Affairs, 2008.
180. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373: 1993-95.
181. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Seabury Press, 1970.
182. Mezirow J. Learning as transformation: critical perspectives on a theory in progress. San Francisco: Jossey Bass, 2000.
183. Markos L, McWhinney W. Editors' perspectives: auspice. *J Transformative Educ* 2003; 1: 3-15.