

Finanțarea și serviciile de îngrijire ale sistemului de sănătate albanez, 2000-2011

Ermelinda Durmishi*

Kristal University, Tirana, Albania

Abstract: *In the past decade, Albania has launched a series of reforms aimed at improving health care system, which in its turn should be more comprehensively given public health situation and in general the quality of services within the health system, diagnostic and curative services that are organized on three levels: primary services, secondary and tertiary hospital services. Today, one of the most important indicators of the health system is the financing, which is one of the main challenges for the edification of a sustainable and comprehensive health. Aspects of health system of finances and funding sources, and the destination of these funding sources are analyzed in detail in this introductory study of the presentation of the health system in Albania. Are analyzed the indicators regarding the efficiency of the allocation of funds, through secondary analysis of quantitative data, with the goal of the implementation of social policies which comply with national targets and European Union for the inclusion of the population health insurance schemes and the development of a health system into a more comprehensive and rich service.*

Keywords: health insurance; welfare; health system; primary health services; secondary and tertiary hospital services.

Cuvinte-cheie: asigurare de sănătate; bunăstare; sistem de sănătate; servicii primare; servicii spitalicești secundare și terțiare.

Introducere

Sistemul de sănătate din Albania este în principal public. Cele mai multe dintre serviciile oferite de către stat populației sunt în domeniul promovării, prevenirii, diagnosticării și tratamentului. Sectorul privat este încă în fază incipientă și acoperă în general majoritatea serviciilor farmaceutice și serviciilor stomatologice. Există și unele clinici de specialitate pentru diagnosticare, care sunt concentrate în principal în capitală.

Ministerul Sănătății este responsabil de elaborarea politicilor și strategiilor pentru sistemul de sănătate, a regulamentelor, precum și de coordonarea tuturor grupurilor de interes din interiorul și din afara sistemului

public de sănătate (<http://www.moh.gov.al/index.php/organizimi-i-sistemit-shendetesor>).

Obiectivul Ministerului Sănătății a fost și este securitatea și îmbunătățirea continuă a sănătății populației, o atenție deosebită acordându-se *accesului la servicii, calității, durabilității financiare, eficienței și motivației furnizorilor de servicii*, aceștia fiind considerați indicatori-cheie ce determină nivelul serviciului.

Bazându-se pe *Strategia sistemului de sănătate* și pe *Programul bugetar pe termen mediu*, Ministerul Sănătății a fost implicat în aprofundarea reformei lansate, luând măsurile necesare pentru actualizarea strategiei vizând modernizarea și adaptarea formelor de organizare și a standardelor europene, cu un impact direct asupra îmbu-

* Kristal University, Str. 5th May, Tirana, Albania. E-mail: eridurmishi@yahoo.com.

nătăririi sănătății întregii populații. Îmbunătățirea rezultatelor indicatorilor de performanță a sistemului de sănătate influențează și indicatorii care vizează măsurarea progreselor în atingerea rezultatelor și evaluarea impactului (Ministerul Sănătății, 2010).

Ministerul Sănătății în cadrul *Strategiei de dezvoltare pe termen lung a sistemului de sănătate din 2004* are în viziune un sistem de sănătate capabil să furnizeze servicii pe bază de sănătate, pentru a atinge ușor o calitate acceptabilă și eficientă în livrarea lor. Dar această viziune se concretizează mai mult în îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin furnizarea de servicii ca răspuns la solicitările primite și protecția financiară pentru costurile ridicate cauzate de boală.

Guvernul actual, numit ca urmare a alegerilor din 23 iunie 2013, are un program care tinde să îmbunătățească serviciile sistemului de sănătate și, în același timp, are și un departament specializat ce oferă un acces mai amplu populației la aceste servicii, astfel:

- *Serviciile*: Creșterea rolului sectorului de sănătate publică și al programelor de prevenire și promovare a sănătății.
- *Administrarea*: Spitalele vor fi gestionate în mod eficient și finanțate pe baza pachetelor de servicii, unde fiecare asigurat va încheia un contract individual pentru furnizare de servicii medicale personalizate. În plus, ei au propus trecerea de la plata serviciilor bazate pe costuri prin implementarea „Clinical Pathways” la stabilirea „DRG-Diagnostic-Related Group”. Toate spitalele publice și private vor fi supuse acreditării inițiale și reevaluării periodice. Serviciile spitalicești universitare vor avea rolul principal în ghidarea serviciilor spitalicești profesionale în întreaga țară.
- *Finanțarea*: Presupune finanțarea sistemului de îngrijire a sănătății prin impozitarea generală, eliminând regresivitatea plății contribuțiilor de asigurări

obligatorii de îngrijire a sănătății; eliminarea taxei pe valoarea adăugată asupra bunurilor și serviciilor medicale cu efect de la începutul anului 2014.

Serviciul Național de Sănătate va fi singurul plătitor de servicii de îngrijire medicală, asigurându-se că nimeni nu ar trebui să întâmpine obstacole financiare sau legate de vârstă, gen, localizare, nivel cultural în accesarea serviciilor de îngrijire a sănătății (<http://www.moh.gov.al/index.php/programi-i-qeverise>).

Analiza sistemului de sănătate se va face pe baza următoarelor criterii:

- analiza indicatorilor de eficiență ai sistemului de sănătate, cu referire la accesul la serviciile medicale, analiza financiară a sistemului de sănătate și calitatea serviciilor;
- analiza serviciilor de îngrijire a sănătății, cu referire la indicatori demografici care ilustrează speranța de viață și mortalitatea; în același timp, se ia în considerare și analiza datelor specifice, cum ar fi sănătatea mamei și copilului și tipurile de boli.

Acest articol va încerca să ofere răspuns la următoarele întrebări de cercetare: În ce măsură s-a îmbunătățit rolul sistemului de sănătate publică și calitatea serviciilor oferite de acest sistem în ultimul deceniu, 2000-2011? Finanțarea sistemului de îngrijire a sănătății prin impozitarea generală acoperă în mod potrivit îmbunătățirea infrastructurii și a serviciilor oferite? Serviciile de îngrijire a sănătății sunt în măsură să răspundă nevoilor societății? Care sunt tipurile de servicii de îngrijire a sănătății oferite mai des în Albania, bazate pe incidența bolilor?

Definirea conceptelor și literatura

Sistemul de sănătate a fost definit, adesea, dintr-o perspectivă reduționistă, de

exemplu reducându-l la un *sistem de îngrijire a sănătății*, prin urmare în multe publicații ambele expresii sunt folosite în mod alternativ. De asemenea, sistemul de sănătate face referire uneori la un sistem de asistență medicală sau de organizare de asistență medicală a persoanelor, instituțiilor și resurselor pentru a furniza servicii de îngrijire a sănătății pentru a satisface nevoile de sănătate ale populației vizate.

Definirea sistemului de sănătate este abordată de diferiți autori pe baza diferitelor argumente, cum este și cazul J. Frenk, care la rândul lui indică dimensiuni suplimentare, de definire a sistemului de sănătate, care trebuie luate în considerare, cum ar fi:

„...Sistemele de sănătate trebuie să fie analizate în ceea ce privește obiectivele lor, care includ nu numai îmbunătățirea stării de sănătate, dar și cea de capital, de răspundere la așteptările legitime, respectarea demnității, și printre altele de o finanțare adecvată; trebuie să fie, de asemenea, definite în termeni de funcțiile lor¹, inclusiv furnizarea directă de servicii, indiferent dacă acestea sunt serviciile medicale sau de sănătate publică” (Frenk, 2010).

Sistemul de sănătate este definit, în mod cuprinzător, de Organizația Mondială a Sănătății, după cum urmează:

„Un sistem de sănătate este format din toate organizațiile, persoanele și acțiunile al căror scop principal este de a promova, restabili sau a menține sănătatea. Aceasta include eforturile de a influența factorii determinanți ai sănătății, precum și mai multe activități directe de îmbunătățirea sănătății. Un sistem de sănătate este, prin urmare, mai mult decât o piramidă de facilități aflate în proprietate publică, care oferă servicii de sănătate *personale*²” (WHO, 2007).

În diferite țări ale lumii există o mare varietate de sisteme de sănătate, definite de către structurile organizatorice ale acestora. În unele țări, planificarea sistemului de

sănătate este distribuit între participanții de pe piață, în alte țări, există un efort concertat între guverne, sindicate, organizații de caritate, religioase sau alte organisme coordonate pentru a oferi servicii de sănătate planificate direcționate către populație. Cu toate acestea, planificarea de îngrijire a sănătății a fost descrisă adesea ca una evoluționistă, mai degrabă decât revoluționară (Gauande, 2009).

Așa cum am spus, sistemele de sănătate variază de la o țară la alta, în ultimii ani, comparațiile în această privință, fiind realizate la nivel internațional. Organizația Mondială a Sănătății, în *Raportul mondial al sănătății 2000*, face un clasament al sistemelor de sănătate din întreaga lume, în conformitate cu criteriile de nivel general și distribuirea asistenței medicale populației, capacitatea de reacție și finanțarea echitabilă a serviciilor de îngrijire a sănătății. Obiectivele pentru sistemele de sănătate, potrivit *Raportul mondial al sănătății 2000 - Sisteme de sănătate: Îmbunătățirea performanței* (WHO, 2000), sunt sănătate bună, reacție la așteptările populației și contribuție financiară echitabilă. Au existat mai multe dezbateri despre rezultatele acestui exercițiu al OMS, în special de clasamentul legat de acesta (Navarro, 2000), în măsura în care pare să depindă în mare parte de alegerea indicatorilor raportați. Albania, în ceea ce privește realizarea și performanța sistemului de sănătate, este clasificată pe locul 102 pentru nivelul de sănătate și pe locul 129 în ceea ce privește distribuirea serviciilor de sănătate. În clasamentul contribuției financiare este cotate la nivelul 173-174, al performanței de sănătate pe locul 64, și al performanței sistemului de sănătate în general pe locul 55 (WHO, 2000).

Comparația directă a statisticilor referitoare la sănătatea dintre națiunile lumii este complexă. OECD colectează și analizează diferite date, publicând un profil scurt pentru fiecare țară, statistici comparative, cum ar fi speranța de viață și mortalitatea

infantilă, inegalitățile în domeniul de sănătate, educație și alți indicatori sociali care au un impact semnificativ asupra stării de sănătate și acces la serviciile de sănătate. Diferențele în domeniul sănătății pot fi explicate și prin diferențele în condițiile de viață și de muncă, precum și diferențele care apar în stilul de viață legat de sănătate (de exemplu, fumatul, consumul de alcool nociv, lipsa de activitate fizică și obezitatea). Însă estimările cheltuielilor variază de la stat la stat în ceea ce privește cheltuielile pe cap de locuitor ca procent din PIB și tendințele recente ale cheltuielilor în domeniul sănătății³ (OECD, 2013). Health Consumer Powerhouse, la rândul ei, face comparații între sistemele naționale de sănătate în domeniul de consum al sănătății indexând domenii specifice de îngrijire a sănătății, analizând 35 de sisteme de sănătate naționale europene cu privire la 48 de indicatori, care acoperă șase domenii esențiale pentru consumatori de sănătate: *drepturile și informarea pacienților, accesibilitatea tratamentului (timpul de așteptare), rezultatele medicale, gama și accesului la serviciile prestate și produse farmaceutice*⁴. În clasificarea sistemelor de sănătate realizată de către ECI 2013, conform celor șase domenii, esențiale pentru consumatorul de sănătate, Albania este clasificată: în domeniul drepturilor și informării pacienților⁵ este pe locul 29, cu un scor ponderat de 83,3 puncte, Danemarca și Olanda fiind pe locul 1 cu un scor ponderat de 142 de puncte; în domeniul accesibilității la tratament (timpul de așteptare)⁶ Albania este pe locul 2, cu Austria, Germania și Luxemburg, cu un scor ponderat de 200 de puncte, în timp ce pe locul 1 se află Belgia și Elveția; în domeniul rezultatelor medicale⁷ este pe locul 29, cu un scor ponderat de 107 puncte, scorul cel mai înalt fiind de 250 de puncte, locul 1, fiind ocupat de Islanda; în domeniul gamei și accesului la serviciile prestate⁸ Albania este pe ultimul loc, adică pe locul 33 cu Bulgaria, scorul ponderat fiind de 50, în timp ce cel mai

înalt scor este de 150 de puncte, ocupat de către Olanda; în domeniul prevenirii⁹ Albania se află pe locul 31, cu un scor ponderat de 68 de puncte, scorul cel mai înalt fiind ocupat de Luxemburg; în domeniul produselor farmaceutice¹⁰ Albania este pe locul 34, cu un scor ponderat de 33 de puncte, în timp ce cel mai înalt scor de 81 de puncte este ocupat de Germania. În clasificarea sistemelor de sănătate cu un scor ponderat total de 542 de puncte, Albania este clasificată pe locul 29, din 34 de țări luate în analiză (Health Consumer Powerhouse, 2013).

Metodologie

Cercetarea am efectuat-o prin intermediul analizei secundare a datelor cantitative, prin investigarea și interpretarea documentelor oficiale existente și datelor statistice, analiza legislației din domeniul sănătății, cât și pe o analiză a politicilor sociale în acest domeniu. Analiza documentelor oficiale și a datelor statistice sociale în Albania este încă neconcludentă. Diferite instituții folosesc proprii lor indicatori administrativi, iar procesul de informatizare, care a debutat în cele mai multe dintre agențiile responsabile pentru administrarea sistemului de sănătate, are nevoie de sprijin, în primul rând pentru a face analiza reală și evaluarea programelor în domeniu, și în al doilea rând, pentru a evita corupția din sistem. Pentru elaborarea analizei noastre am folosit următoarele surse de date: Ministerul Sănătății pentru perioada 2000-2011, completată cu date statistice obținute de la alte instituții naționale, precum Ministerul Finanțelor, Institutul Național de Statistică din Albania (INSTAT) și instituții internaționale dintre care menționăm UNDP.

În același timp am folosit și *metoda istorică comparativă*, prin comparația efectuată pe o perioadă definită de timp, 2000-2011, destinată punerii în evidență în mod

adecvat a efectelor politicilor în domeniul sistemului sănătății și îmbunătățirii serviciilor oferite în timp.

Rezultate

Analiza indicatorilor de eficiență

Modelul comunist din Albania a fost urmat de prăbușirea instituțiilor și a organismelor statului. În această situație era necesar un alt sistem de sănătate, o reformă în management, organizare, resurse financiare etc.

În ultimii ani, serviciile de sănătate au fost modificate în conformitate cu schimbarea politică, socială și economică din Albania. Reformele s-au bazat pe politici bine concepute și strategii adecvate realității din Albania. Prioritatea a fost serviciul primar de asistență medicală, restructurarea și regionalizarea serviciilor spitalicești, privatizarea sectorului farmaceutic, privatizarea serviciului ambulator dentar, formarea unui sistem de referință în care se regăsește medicul de familie, utilizarea listelor de medicamente esențiale pentru tratamentul în serviciile de îngrijire primară, precum și crearea sistemului de asigurări de sănătate.

Accesul la serviciile medicale

Accesibilitatea în sistemul de sănătate este liberă la toate nivelurile de servicii: *servicii de asistență medicală primară, servicii de îngrijire secundare, servicii de îngrijire terțiare, servicii de sănătate publică.*

În datele oficiale ale Ministerului Sănătății, numărul total de centre care oferă servicii de asistență medicală, precum centrele de sănătate, policlinicile și ambulanțele, a variat în perioada 2000-2011 astfel: centrele care oferă asistență medicală s-au redus cu 30%, policlinicile cu

11%, în timp ce numărul ambulanțelor a crescut cu 24%.

Serviciul de consultare a crescut în perioada 2000-2011 cu 20%. De aceste servicii au beneficiat diferite categorii de oameni printre care copiii până la vârsta de 14 ani, proporția fiind de 21,2% din totalul serviciilor de consultare pe parcursul anului 2011. Totodată, de aceste servicii de consultare au beneficiat persoane cu vârsta de peste 14 ani, reprezentând 24% din totalul acestor servicii la nivelul anului 2011 (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>).

Activitatea spitalelor reprezintă un alt element al accesibilității în sistemul de sănătate. Prin politica de regionalizare a guvernului trecut, numărul de spitale la nivelul țării a scăzut cu 13,4%, asistența medicală a spitalelor fiind dezvoltată mai ales în oraș. Astfel, numărul spitalelor la 100 de mii de locuitori a fost de 1,60 în anul 2000 și de 1,55 în anul 2011, în timp ce numărul de paturi de spital pentru perioada 2000-2011 a înregistrat o scădere cu 17,5%. La fel s-a întâmplat și în cazul spitalizațiilor, numărul lor scăzând cu aproape 10%. Raportat la numărul de locuitori din anul 2000 când erau 326,3 paturi la 100 de mii de locuitori, în anul 2011 numărul acestora a scăzut la 297,3. Acest fapt se datorează regionalizării spitalelor care oferă între serviciile lor spitalizarea, conducând astfel la o scădere a numărului de paturi pe cap de locuitor (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>).

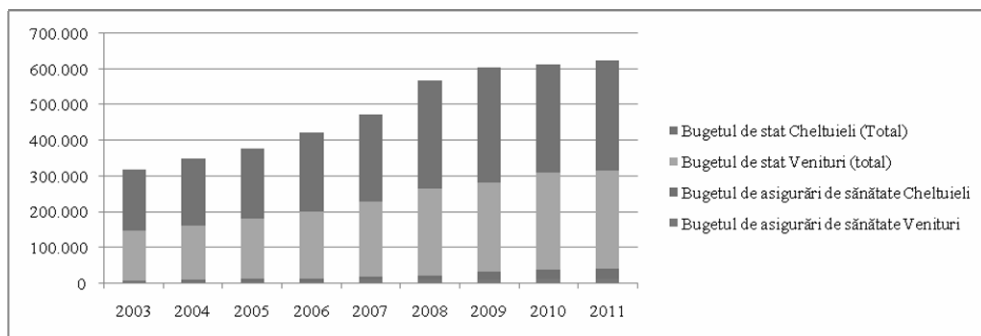
Finanțarea sistemului de sănătate

Finanțarea este una dintre cele mai dificile provocări cu care se confruntă sistemul nostru de asistență medicală astăzi. Cheltuielile sectorului sănătății din Albania sunt reduse în comparație nu numai cu alte țări europene, ci și cu fostele țări socialiste din Europa Centrală și de Est.

Finanțarea sistemului de sănătate din Albania se caracterizează printr-o deficiență a fondurilor publice pentru a acoperi în mod satisfăcător serviciile de sănătate. Prin urmare, albanezii plătesc sume importante în clinici private din străinătate, în special pentru furnizarea serviciilor curative de diagnosticare specializate, respectiv a celor care necesită tehnologii avansate. Acest lucru se datorează deficiențelor existente în servicii, dar și deficiențelor tehnologice din sistemul nostru de sănătate publică. De asemenea, pacienții din Albania plătesc în mod informal, pentru o parte din serviciile furnizate în spitalele și clinicile publice, ceea ce dă naștere unui sistem corupt și unei economii informale. În cazul în care aceste plăți vor fi efectuate în mod legal ca plată a serviciilor de sănătate și prin urmare putând să fie utilizate în mod eficient, acestea vor contribui la îmbunătățirea calității acestor servicii publice de sănătate (Ministerul Sănătății, 2004, 24-25). Bazându-ne pe acest mod de gândire, care înseamnă punerea în aplicare a normelor și regulilor legale, este necesară și rezultă sarcini precum: îmbunătățirea legislației privind finanțarea sistemului de sănătate, prin consolidarea capacității de elaborare a unui sistem de finanțare prin crearea unui Cont Național de Sănătate, statul fiind responsabil de finanțarea sănătății publice

și aplicarea de noi mecanisme de finanțare¹¹ în scopul de a crește productivitatea și serviciile de calitate; extinderea sistemului de asigurări de sănătate și contractarea directă a furnizorilor de servicii de îngrijire primară, în grupuri sau individuale (medic general/de familie), și construirea mecanismelor pentru a măsura eficiența costurilor serviciilor de sănătate, secundare și terțiare, în special a celor mai costisitoare (sisteme de gestionare a informațiilor) (Ministerul Sănătății, 2004, 25-27).

În ceea ce privește bugetul de stat în raport cu asigurările de sănătate pentru perioada 2003-2011, constatăm că veniturile din asigurările de sănătate în anul 2003 reprezintă 3,34% din suma totală a veniturilor din bugetul de stat, în timp ce pentru anul 2011 veniturile din asigurările de sănătate reprezintă 5% din veniturile bugetului de stat. Astfel, putem distinge o creștere a veniturilor din asigurările de sănătate cu 33,8% pentru perioada 2003-2011, în condițiile creșterii veniturilor totale din bugetul de stat cu 50% pentru perioada 2003-2011. În acest timp, cheltuielile asigurărilor de sănătate reprezentau 2,55% din cheltuielile totale ale bugetului de stat în anul 2003 și 8,7% în anul 2011. Putem distinge în acest caz o creștere a cheltuielilor asigurărilor de sănătate cu 16,18% pentru perioada 2003-2011.



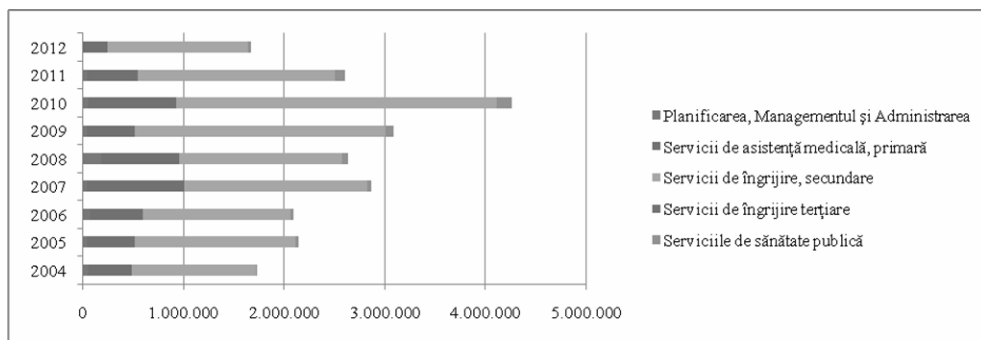
Sursa: Ministerul Finanțelor (http://www.minfin.gov.al/minfin/Buxheti_ne_vite_1268_1.php)

Figura 1: Bugetul real, asigurările de sănătate, 2003-2011 (leke¹² în milioane și an)

În ceea ce privește subvențiile acordate Ministerului Sănătății în perioada 2004-2012 vom analiza trei surse de finanțare: din *bugetul de stat*, din *veniturile proprii ale ministerului* și *finanțarea externă*. Serviciile subvenționate de către cele trei surse de finanțare sunt: planificarea, managementul și administrarea, serviciile de asistență medicală primară, secundară, terțiară și serviciile de sănătate publică. Finanțarea totală acordată Ministerului Sănătății, din cele trei surse amintite, în anul 2004 a fost: din bugetul de stat 56,22%, veniturile proprii ale ministerului 1,5% și din finanțarea externă 42,28%. Pentru anul 2012 aceste trei surse de finanțare reprezintă: 61,35% din bugetul de stat; 0,55% din veniturile proprii ale ministerului și 38,10% din finanțarea externă. Prin urmare se poate distinge foarte ușor și

evoluția finanțării din aceste trei surse, evidențiind o creștere a finanțării din bugetul de stat cu 5,13%, o diminuare a finanțării din veniturile proprii ale ministerului cu 0,95% și o diminuare a finanțării din finanțarea externă cu 4,18%.

Subvenționarea provenită de la bugetul de stat este distribuită în anul 2004 în cea mai mare parte pentru serviciile de îngrijire primară cu 71,49% din totalul sumei de subvenționare, în timp ce serviciile de îngrijire terțiară nu au primit nici o subvenție de la bugetul de stat. În anul 2012 din nou serviciile de îngrijire primară sunt cele mai subvenționate servicii de la bugetul de stat, cu 83,85% din suma totală de finanțare. Finanțarea de la bugetul de stat a crescut cu 58,39% în perioada 2004-2010 și a cunoscut o micșorare a subvențiilor cu 61% în perioada 2010-2012.

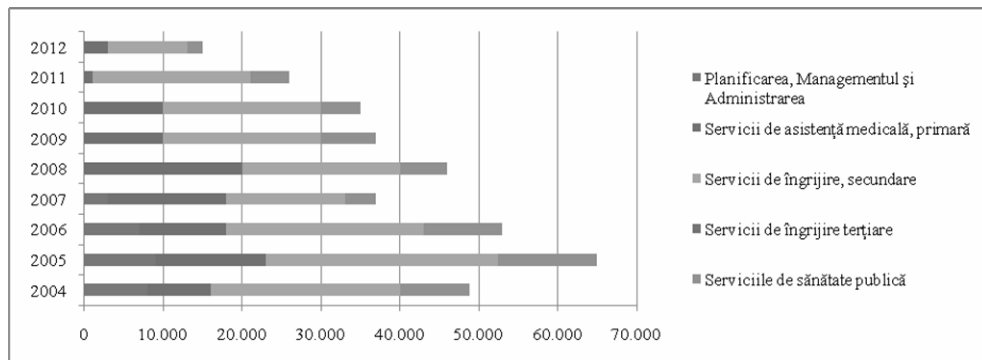


Sursa: Ministerul Finanțelor (http://www.minfin.gov.al/minfin/Buxheti_ne_vite_1268_1.php)

Figura 2: Finanțare din bugetul de stat, 2004-2012 (leke în milioane și an)

Al doilea tip de finanțare a serviciilor de sănătate provine din veniturile proprii serviciilor de sănătate, fiind distribuite în mare parte la serviciile de asistență medicală primară și secundară de îngrijire, serviciile de sănătate publică, planificare, management și administrare. Serviciile terțiare de îngrijire nu au nici o subvenție pentru perioada 2004-2012 de la finanțarea

provenind din veniturile din sănătate. În anul 2004 serviciile de îngrijire secundare au fost cele mai subvenționate cu 48,19% din totalul sumei de finanțare și cu 18% pentru serviciile de sănătate publică. În perioada 2004-2005 suma subvențiilor a crescut cu 25%, iar în perioada 2005-2012 a avut o scădere cu 77%.

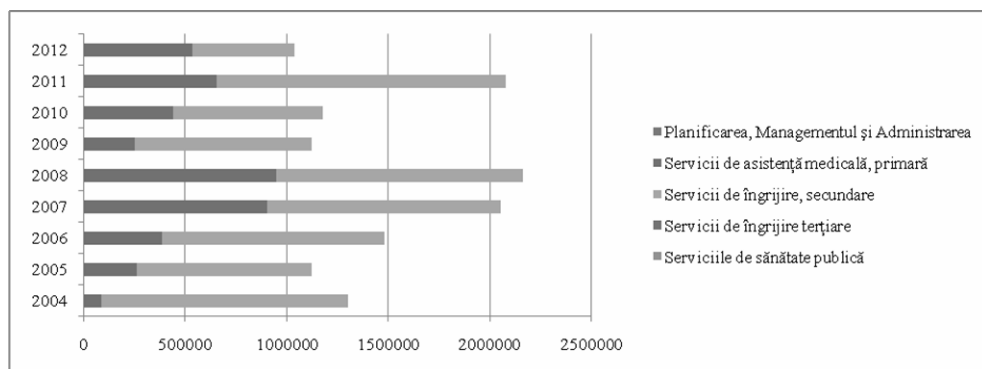


Sursa: Ministerul Finanțelor (http://www.minfin.gov.al/minfin/Buxheti_ne_vite_1268_1.php)

Figura 3: Finanțare din veniturile pentru sănătate, 2004-2012 (leke în milioane și an)

Finanțarea externă este direcționată doar la serviciile de asistență medicală primară și serviciile de îngrijire terțiară. În anul 2004 serviciile de asistență medicală primară au fost finanțate cu 6,46% din suma totală a finanțării externe și 93,54% pentru serviciile de îngrijire terțiară. Din suma totală a finanțării în anul 2012, un procent de 51,70% a fost folosit pentru

servicii de îngrijire terțiară și 48,30% pentru serviciile de asistență medicală primară. În perioada 2004-2012 a existat o scădere a finanțării externe cu 20,4%, iar suma finanțării pentru servicii de îngrijire terțiară a avut o scădere cu 58,82%, în timp ce serviciile de asistență medicală primară au avut o creștere cu 84,3% în anul 2012.



Sursa: Ministerul Finanțelor (http://www.minfin.gov.al/minfin/Buxheti_ne_vite_1268_1.php)

Figura 4: Finanțare externă, 2004-2012 (leke în milioane și an)

Analiza serviciilor de îngrijire a sănătății

Ca urmare a reformelor și a îmbunătățirii sistemului de sănătate, speranța de viață la naștere este exprimată ca un index

de sănătate, utilizând o valoare minimă de 20 de ani și o valoare maximă ce depășește indicele de sănătate al anilor 1980-2010. Pentru Albania, valoarea dezvoltării umane era de 0,093 în anul 2009, un reper cuprins între nivelul mare și foarte mare. De-a

lungul anilor, în perioada 2000-2009, acest indice de sănătate a fost cuprins între valorile dezvoltării umane mari și foarte mari, conform datelor de la UNDP.

Tabel 1: *Indicele de sănătate, 2000-2009*

Tara	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Dezvoltarea umană foarte mare	0,910	0,929	0,932	0,935	0,938	0,941
Dezvoltarea umană mare	0,787	0,809	0,814	0,819	0,824	0,829
Dezvoltarea umană medie	0,740	0,758	0,762	0,766	0,771	0,775
Dezvoltarea umană minimă	0,542	0,572	0,579	0,585	0,592	0,599
Albania	0,854	0,883	0,886	0,889	0,891	0,893

Sursa: Calcularea HDRO (<http://hdrstats.undp.org/en/indicators/72206.html>)

Sănătatea mamei și copilului

O altă preocupare importantă în cadrul serviciilor de sănătate este sănătatea mamei și copilului. Numărul centrelor de consultare a femeilor a crescut cu 25,6%, în perioada 2000-2011, în timp ce numărul centrelor de consultare în mediul rural a crescut cu 24,3%. În timp ce numărul de vizite în mediul rural în anul 2000 constituia 62,6% din numărul total de vizite, în anul 2011 era de 58,6%. Numărul total de vizite ale femeilor reflectă o descreștere cu 31% în perioada 2000-2011, descreștere reflectată și de numărul de vizite în mediul rural cu 36%.

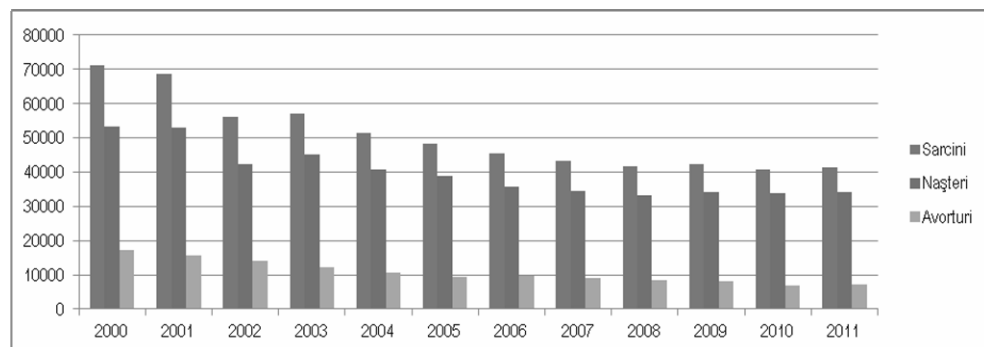
Printre cele mai accesate servicii medicale de către femei este cel ginecologic, procentul acestuia, în anul 2000, fiind de 20% din totalul serviciilor medicale și de 11,9% în anul 2011, constatându-se o descreștere. În acest timp, serviciile medicale obstetrice reprezintă 80% din totalul serviciilor medicale în anul 2000 și 89,1% în anul 2011 (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>).

Când facem referire la activitățile de consultanță pentru copii avem în vedere clinicile de consultare și vizitele consultative în mediul urban și cel rural. Centrele de pediatrie au avut o creștere de 23% în perioada 2000-2011. Activitatea de consultanță a copilului în mediul rural a crescut cu 25%, în timp ce în mediul urban a rămas

la același nivel, iar în aceeași etapă vizitele de consultanță au scăzut cu 22,6%. Această scădere a vizitelor de consultanță a fost reflectată și de nivelul vizitelor de consultanță în mediul rural cu 37% (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>).

Indici importanți care ne ajută să înțelegem și să explicăm evoluția sănătății mamei și copilului sunt și numărul sarcinilor, avorturilor și nașterilor. În perioada 2000-2011 numărul sarcinilor a scăzut foarte mult cu aproape 41,9%. De asemenea, regăsim și o scădere a nașterilor cu 45,6%, ceea ce are efect asupra mai multor indicatori social-economici, cum ar fi îmbătrânirea populației și, mai mult decât atât, îmbătrânirea forței de muncă, o susținere mai mare pentru populația vârstnică, cu pensii și servicii medicale, ceea ce, cu alte cuvinte se rezuma la politici sociale mai costisitoare și o forță de muncă în scădere. În acest timp, avorturile au avut o scădere cu aproximativ 59,9% pentru perioada 2000-2011, ceea ce arată o îmbunătățire a politicilor de protecție a mamei și copilului.

Procentul nașterilor raportate la sarcini în anul 2000 a fost 74,8% în comparație cu cel al avorturilor care a fost de 24% raportat la numărul sarcinilor. În anul 2011 vom vedea că apare o creștere a nașterilor raportat la sarcini care ajunge la 82,9% și o scădere a avorturilor raportat la sarcini până la 17% (figura 5).



Sursa: Ministerul Sănătății (<http://www.shendetesia.gov.al/publikime/statistika>)

Figura 5: Indicatorii nașterilor și avorturilor, 2000-2011

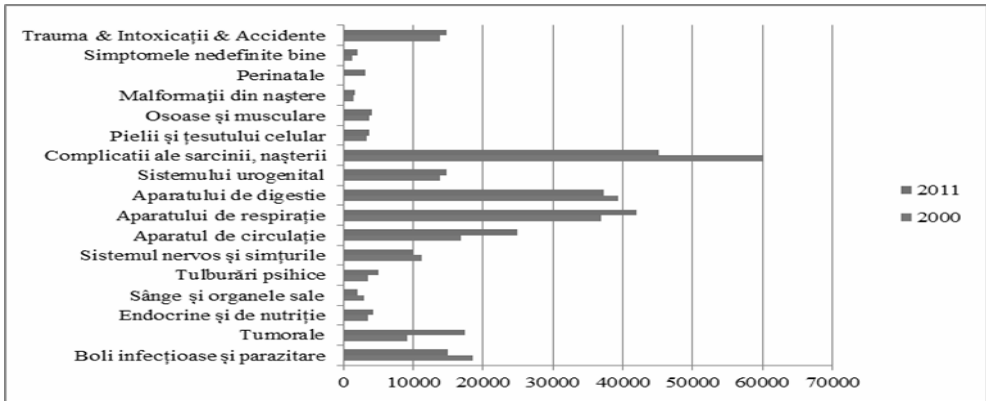
Numărul avorturilor la 1.000 de născuți pentru perioada 2000-2011 a scăzut cu 36,5%, la fel ca numărul avorturilor la 1.000 de sarcini, care a scăzut cu 29,3%. O tendință de scădere în perioada 2000-2011 l-au avut și avorturile spontane cu 28,9% și avorturile intermitente cu 90,9%.

Un indicator foarte important care evidențiază evoluția regresivă a avorturilor este raportul între nașteri și avorturi. În anul 2000 acest raport era 1 avort la 3,1 nașteri, în timp ce în anul 2011 acest raport este de 1 avort la 4,8 nașteri, evidențiind în acest caz o scădere a ratei mortalității raportată la creșterea cu 35,5% a nașterilor în perioada 2000-2011 (<http://www.shendetesia.gov.al/publikime/statistika>).

Dacă facem referință la decesele materne și infantile ca indicatori ai sănătății mamei și copilului vom vedea că pentru perioada 2000-2011 mortalitatea femeilor a scăzut de la 22,6% în anul 2000 la 5,8% în anul 2011, în timp ce rata mortalității infantile la 1.000 de născuți a scăzut de la 16,0% în anul 2000 la 8,7% în anul 2011. Numărul deceselor pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani a fost de 886 de mii în anul 2000 și 710 mii în anul 2011, ceea ce în procente înseamnă o scădere de aproape 20%. Numărul deceselor infantile pentru perioada 2000-2011 a scăzut cu 65,3% (<http://www.shendetesia.gov.al/publikime/statistika>).

Bolile cronice și infecțioase

Albania este o țară cu o populație tânără și sănătoasă. În perioada 2000-2011, conform clasificării internaționale a bolilor, se pare că albanezii sunt afectați în cea mai mare proporție de problemele apărute în cazul complicațiilor la sarcină și la nașteri, femeile fiind cel mai mult afectate, deoarece își pot pierde propria viață sau a copilului. Cu toate că procentul deceselor survenite ca urmare a acestor boli este în scădere, totuși, în anul 2011, se pare că ajunge la valori de peste 25% din totalul bolilor. În Albania, o mare problemă o constituie și bolile aparatului respirator, cu 16,9% din totalul bolilor la nivel de țară. Cancerul, considerat a fi una dintre bolile secolului, are o creștere foarte mare în perioada 2000-2011, cu 49%, ceea ce înseamnă o dublare a numărului de bolnavi. Este boala ce se soldează cu cele mai multe cazuri de decese în Albania, cu un nivel scăzut de speranță de supraviețuire. Din rezultatele ultimelor studii, se pare că tulburările mentale vor avea o creștere semnificativă în viitor, fiind dat și un semnal de alarmă de către medicii psihiatri în acest sens. Figura 6 arată evoluția bolilor, clasificate conform unei ierarhizări internaționale.



Sursa: Ministerul Sănătății (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>)

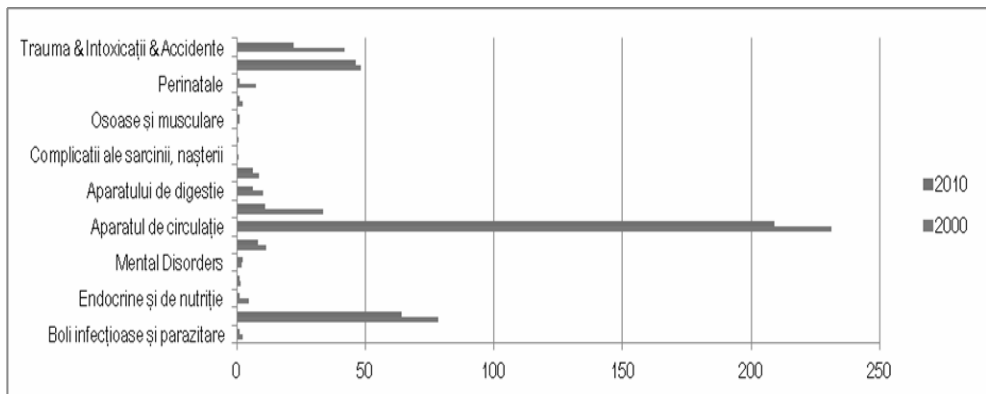
Figura 6: Spitalizări, cu diagnosticul principal, pe baza clasificării internaționale a bolilor, 2000-2011

Decesele referitoare la grupele de boli au avut o evoluție regresivă pentru perioada 2000-2011, cu o creștere în anul 2003 până la 16%, descrescătoare până la 21,3% în anul 2011. Referitor la cauzele de deces numărul cel mai mare al deceselor este cauzat de bolile aparatului circulator, reprezentând 47,9% din numărul total al deceselor. Aceeași situație o regăsim și în anul 2011, când bolile aparatului circulator reprezintă numărul cel mai mare al deceselor cu un procent de 55%, ceea ce ne dă de înțeles că avem o creștere a numărului de decese din cauza bolilor aparatului circulator raportat la numărul total de decese pentru anul 2011. Analizând evoluția în timp

a deceselor cauzate de aceste boli, în perioada 2000-2011 vom vedea că avem o scădere cu aproape 10 procente.

Tumorile sunt o boală care cauzează un număr relativ mare de decese relaționat cu alte boli. În anul 2000 decesele cauzate de către tumori reprezintă 16,2% din numărul total de decese și 16,8% în anul 2011, observând o tendință de descreștere a deceselor cauzate de tumori pentru perioada 2000-2011 cu aproape 19%.

Numărul cel mai mic al deceselor este cauzat de bolile pielii și țesutului celular care reprezintă o valoare minimală de 0,2 decese în anul 2000 și 0 decese în anul 2011.

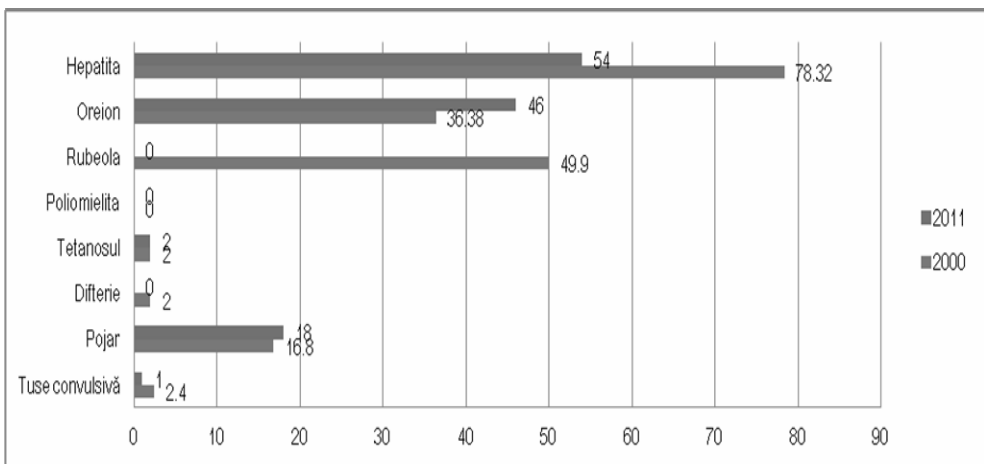


Sursa: Ministerul Sănătății (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>)

Figura 7: Cauzele de deces în funcție de grupele de boli, 2000-2010

Bolile infecțioase, care sunt introduse în schema de vaccinare, au avut o evoluție regresivă în perioada 2000-2011, cu un procent de 45,6%. Cea mai răspândită boală infecțioasă este hepatita cu o incidență de 78,32% în anul 2000 și 54% în anul 2010 și rubeola cu o incidență de 49,9% în anul 2000 și 0% în anul 2010, fiind în regresie în perioada 2000-2010. Cu toate că avem o evoluție regresivă a incidenței bolilor infecțioase, pojarul și oreionul sunt două dintre bolile infecțioase care în comparație cu altele au avut o creștere în perioada 2000-2010. Pojarul a

avut o creștere cu aproximativ 1,2% și oreionul cu 9,62% pentru perioada 2000-2011. În acest timp, boli precum difteria și rubeola au avut o scădere până la eliminarea totală a lor, difteria cu o scădere de la 2% în anul 2000 la 0% în anul 2010 și rubeola cu o scădere de la 49,9% în anul 2000 la 0% în anul 2010. Tusea convulsivă are o descreștere cu 1,4% în perioada 2000-2010. Tetanosul și poliomiелita nu au avut nici o schimbare în perioada 2000-2010, respectiv tetanosul cu o valoare a incidenței de 2% și poliomiелita cu 0%.



Sursa: Ministerul Sănătății (<http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>)

Figura 8: Incidența bolilor infecțioase în procente, în perioada 2000-2011, (în funcție de tipul bolii, variabilă și an)¹³

Discuții

Vom încerca să oferim un răspuns la întrebarea legată de măsura în care sistemul de sănătate publică și calitatea serviciilor oferite de acest sistem s-au îmbunătățit în ultimul deceniu (2000-2011). Sistemul bunăstării publice include reglementări cu privire la politicile referitoare la sănătate și la instituțiile publice care oferă servicii de sănătate, chiar dacă guvernul albanez a raportat lipsa unor resurse financiare care

să asigure suportul acestui sistem. Sistemul de Asigurări de Sănătate din Albania este unul dintre componentele statului bunăstării. Sistemul contributiv de asigurare oferă acoperire în domeniul sănătății pentru mai puțin de jumătate din populația aptă de muncă. Din acest motiv, aproximativ un milion de albanezi având vârsta optimă pentru muncă trebuie să plătească din buzunar pentru asistența medicală, astfel, crește inegalitatea și nedreptatea socială. Prin urmare și finanțarea publică pentru sănătate

este scăzută și cota de contribuție este construită pe baza regresivității.

În ultimul deceniu, serviciile de sănătate au fost supuse modificării conform schimbărilor politice, sociale și economice din Albania, prin reforme care au fost bazate pe politici bine concepute și strategii adecvate pentru realitatea din Albania. Un indice important prin care se poate sesiza îmbunătățirea sistemului de sănătate este creșterea speranței de viață la naștere, ce este exprimată ca un index de sănătate care a crescut în perioada 2000-2009 și clasează Albania ca o țară cu un indice între dezvoltare umană mare și foarte mare.

O altă problemă este cea a modului în care finanțarea sistemului de îngrijire a sănătății prin impozitarea generală acoperă necesitățile legate de infrastructură și serviciile oferite. Administrarea finanțării sistemului de sănătate este una dintre cele mai dificile provocări cu care se confruntă sistemul, fiind o responsabilitate a statului. Administrarea sistemului de sănătate prin infrastructura și gestionarea pachetelor de servicii s-a confruntat cu probleme de-a lungul ultimului deceniu. Cu toate că a cunoscut o îmbunătățire, putem identifica încă elemente ce necesită schimbare în continuare. Regionalizarea spitalelor, o reformă întreprinsă de către ultimul guvern, a avut consecințe negative în ceea ce privește eficiența gestionării administrative și a calității a serviciilor oferite. Această regionalizare a avut drept scop o bună concentrare a fondurilor de finanțare, dar a avut ca rezultat o reformă disfuncțională.

Disfuncționalitatea este o consecință a finanțării deficitare din partea statului, dar și a veniturilor proprii ale Ministerului Sănătății care sunt foarte scăzute, precum și a unei finanțări externe insuficiente. Prin urmare, îmbunătățirea infrastructurii și a serviciilor oferite este pe măsura finanțării.

Noul guvern se va confrunta cu o problemă majoră în direcția îmbunătățirii sistemului de sănătate printr-o finanțare adecvată.

Un al treilea aspect discutat pe scurt este legat de măsura în care serviciile de îngrijire a sănătății răspund nevoilor societății. Accesibilitatea în sistemul de sănătate a rămas liberă la toate nivelurile serviciilor, dar problemele de infrastructură și tehnologie ale instituțiilor spitalicești nu au fost îmbunătățite în mod semnificativ, prin urmare serviciile oferite nu sunt pe măsura necesităților populației. Acest fapt este simțit în viața de fiecare zi, când albanezii trebuie să se adreseze serviciilor specializate ale spitalelor particulare din Albania, datorită faptului că spitalele publice nu sunt bine dotate, la nivel raional în mod deosebit, dar și în spitalele specializate în capitală, cu instrumente de diagnosticare și personal specializat. Prin urmare universalitatea serviciilor de îngrijire a sănătății nu este în măsură să răspundă nevoilor societății.

Referitor la tipurile de servicii de îngrijire a sănătății oferite mai frecvent în Albania, în funcție de incidența bolilor, observăm, dacă ne referim la datele statistice ce prezintă indicatorii de îngrijire a sănătății, că mulți dintre indicatori, precum sănătatea mamei și copilului, decesele materne și infantile, bolile cronice și infecțioase, tulburările mentale, ocupă o parte considerabilă a serviciilor oferite de către sistemul de sănătate.

Printre cele mai accesate servicii medicale de către femei este cel ginecologic, cu un procent considerabil în comparație cu celelalte servicii, cu toate că se constată o descreștere a accesării în perioada 2000-2011. Decesele materne și infantile, ca indicator al sănătății mamei și copilului, au scăzut în perioada 2000-2011. Bolile cronice și infecțioase reprezintă o mare problemă, deși Albania are o populație tânără. În mod special, bolile aparatului respirator și cancerul au crescut în mod dramatic. Prin urmare și numărul deceselor cauzate de aceste boli este foarte mare. Tulburările mentale au avut o creștere semnificativă cu

timpul, aceasta fiind considerată o situație alarmantă de către medicii psihiatri.

Tipurile de servicii de îngrijire a sănătății variază sub aspectul cantității și al calității, raportat la tipurile bolilor cu care se confruntă societatea albaneză. Așa cum am susținut și mai sus acoperirea populației de către serviciile oferite de sistemul de sănătate este ineficientă, din cauza finanțării ineficiente și unei scheme de asigurări de sănătate care nu acoperă toate serviciile oferite, ceea ce se traduce în insuficiența resurselor pentru îmbunătățirea și creșterea calității serviciilor de sănătate oferite.

Concluzii

Sistemul de sănătate în Albania s-a caracterizat, înainte de anii '90, printr-un puternic control al guvernului în toate aspectele, fiind un sistem centralizat în care Ministerul Sănătății se ocupa cu asigurarea și reglementarea serviciilor de sănătate, alocarea resurselor și numirea personalului de îngrijire a sănătății. După anii '90 au fost inițiate o serie de reforme sectoriale și s-au făcut progrese considerabile în promovarea lor.

Analizând reformele întreprinse în ultimele două decenii, și în mod deosebit în al doilea deceniu, 2000-2011, putem observa că s-au înregistrat schimbări în domeniul sănătății ca și în alte domenii. Aceste schimbări s-au produs și la nivelul „bunăstării în general”, iar după douăzeci de ani de reforme și de eforturi de descentralizare ne putem concentra asupra rezultatelor și impactului pe care acestea le-au avut asupra societății albaneze.

Cu toate că sistemul de sănătate este unul de acoperire universală, oferind în funcție de necesitate, pentru toți cetățenii rezidenți în Albania, servicii și asistență medicală de nivel primar, secundar și terțiar, nu este încă pregătit de a oferi aceste servicii și nu poate furniza acoperire universală, din lipsa unei finanțări adecvate, realizată prin impozitarea generală a populației. Dintre reformele întreprinse, în domeniul finanțării și alocării resurselor, pentru a îmbunătăți sistemul de sănătate, în ultimul deceniu sunt: TVA-ul pentru medicamente și servicii de sănătate a fost redus cu 10%; îmbunătățirea raportului cost-eficiență al spitalelor publice prin intermediul concepției sau mecanismului spitalul-întreprindere; integrarea graduală, în sistemul alocării resurselor publice, a serviciilor de sănătate private conform standardelor criteriilor profesionale etc.

În ceea ce privește serviciile de sănătate, sistemul s-a confruntat cu diverse probleme, nefiind pregătit pentru a face față diferitelor categorii de boli transmisibile și netransmisibile, bolilor cronice etc. Cu toate că în ultimul deceniu au fost întreprinse diferite reforme, cum ar fi: restructurarea și modernizarea echipamentelor Serviciului de Urgență Medicală conform standardelor contemporane; prezența răspândită a serviciilor farmaceutice în întreaga țară și creșterea calității medicamentelor produse; îmbunătățirea serviciilor în parteneriatul public-privat; și modernizarea serviciilor de asistență medicală în conformitate cu legislația europeană și cu nevoile reale, sistemul de sănătate nu a ajuns la un nivel adecvat al serviciilor oferite și la o calitate potrivită.

Note

¹ J. Frenk definește sistemul de sănătate prin funcții cum ar fi administrare, finanțare și generare a resurselor, inclusiv cea care este,

probabil, cea mai complexă dintre toate provocările, forța de muncă din sănătate.

- ² Aceasta include, de exemplu, îngrijirea mamei pentru copilul bolnav la domiciliu; furnizori privați; programe de schimbare a comportamentului; organizații de asigurări de sănătate, a legislației privind sănătatea și securitatea în muncă. Acesta include o acțiune intersectorială a personalului din sănătate, de exemplu, încurajarea Ministerului Educației pentru promovarea și încurajarea femeilor în vederea frecventării diferitelor forme de educație din domeniul sănătății, la diferite niveluri, acesta fiind un factor determinant bine cunoscut pentru influența asupra sănătății.
- ³ Conform datelor OECD, în medie, cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor au crescut cu 4,1% pe an în termeni reali în perioada 2000-2009, dar aceasta a încetinit de la 0,2% în 2009 la 10% și 2010-11, multe țări au redus cheltuielile de sănătate pentru a ajuta la reducerea deficitelor bugetare și datoritiilor guvernelor, în special în Europa.
- ⁴ Indicele de sănătate 2013 nu a introdus *Prevenirea* ca un nou domeniu, cu opt indicatori.
- ⁵ Acest domeniu are 12 indicatori analizați.
- ⁶ Acest domeniu are șase indicatori analizați.
- ⁷ Acest domeniu are șapte indicatori analizați.
- ⁸ Acest domeniu are opt indicatori analizați.
- ⁹ Acest domeniu are opt indicatori analizați.
- ¹⁰ Acest domeniu are șapte indicatori analizați.
- ¹¹ De exemplu aplicarea coplății în mai multe servicii de diagnosticare și curative, ca o măsură foarte importantă, mai ales pentru a evita abuzul asupra resurselor în sănătate.
- ¹² Leke – moneda națională a Albaniei.
- ¹³ Bolile infecțioase precizate în figura 8 sunt introduse în schema de vaccinare.

Bibliografie

- Frenk, J. (2010) The Global Health System: strengthening national health systems as the next step for global progress. *Plos Medicine*, January, 7, 1. Disponibil la <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797599/>.
- Gawde, A. (2009) Health care system. *New Yorker Magazine*, 26 January.
- Health Consumer Powerhouse (2013) Euro Hepatitis Care Index 2012, Disponibil la <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-index-matrix-a3.pdf>. Accesat în 12 februarie 2014.
- Navarro, V. (2000) *Assessment of the World Health Report 2000*. Lancet.
- Ministerul Sănătății, Republica Albania (2004) *Strategia de dezvoltare pe termen lung a sistemului de sănătate albanez*, Aprilie.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013) *Health and Galance 2013: OECD indicators*. OECD Publishing. Disponibil la <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>. Accesat în 12 februarie 2014.
- Ministerul Sănătății (2010) *Starea de sănătate și îngrijire a sănătății. Realizări și direcții viitoare pentru anul 2010*. Disponibil la <http://www.moh.gov.al/index.php/raporte>. Accesat în 16 februarie 2014.
- World Health Organization (WHO) (2000) *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: WHO Press. Disponibil la <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>. Accesat în 12 februarie 2014.
- World Health Organization (2007) *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, WHO, Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. Disponibil la http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf. Accesat în 12 februarie 2014.
- <http://www.moh.gov.al/index.php/organizimi-i-sistemit-shendetesor>
- <http://www.moh.gov.al/index.php/programi-i-qeverise>
- <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/72206.html>
- <http://www.shendetesia.gov.al/al/publikime/statistika>
- http://www.minfin.gov.al/minfin/Buxheti_ne_vite_1268_1.php