
Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	4
Egészségügyi dolgozók	6
Gyógyszerpiac.....	6
Reformok	7
Forrás	7

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

Gazdasági-politikai környezet

A GDP növekedési rátája az előző évhez képest:

2010: 3,8 százalék

2011: 3,1 százalék

2012: 3,0 százalék

2013: 4,0 százalék (előrejelzés)

2014: 4,2 százalék (előrejelzés)

Munkanélküliségi ráta, százalék, 2009: Nőknél : 15,9
Férfiaknál: 12,2

Inflációs ráta, százalék, 2012: 3

Államháztartási egyenleg a GDP százalékában: -3,5

Államadósság a GDP százalékában, 2011: 59,4

(*INSTAT, Bank of Albania, Ministry of Finance*)

Az utóbbi évtizedben Albánia gazdasága Európa egyik leggyorsabban fejlődő gazdasága volt, amely eredményeképpen a lakosság anyagi helyzete is javult. 2007 és 2012 között a gazdaság 22 százalékos fejlődést könyvelhetett el, és 2009 és 2011 között megkétszereződött az exporttevékenység. A gazdasági válságot az ország viszonylag könnyebben vészelte át, bár 2011-ben növekedési rátájának csökkenése tükrözte az Eurozóna és az energia szektor romló helyzetét. A mezőgazdaság a gazdaság legfontosabb szektora, az ipar és a banki szolgáltatásoktól a telekommunikációig terjedő szolgáltatások felé való nyitással pedig strukturális elmozdulás is tapasztalható.

Az ország államformája parlamentáris köztársaság, élén a 140 tagú, egykamarás Országgyűlés (Kuvendi) áll. A képviselők mandátuma 4 évre szól. A legutóbb 2013. június 23-án tartott választásokon a szavazatok 41 százalékát a szocialista párt nyerte el, így június 26-án vezetője, Edi Rama kapott felkérést kormányalakításra Bujar Nishani köztársasági elnöktől.

Demográfia

Albánia lakossága 2001 óta folyamatosan nő, 2012-ben 3 227 ezer főt számlált. (WHO HFA). 2009-ben az élveszületések rátája 1000 főre számítva 10,66 volt, a nyers halálozás 2000 óta öt százalék körül alakul; a termékenységi ráta 1,58. 2011-ben a születéskor várható átlagos élettartam mindkét nemet tekintve összességében 77,04 év volt. (WHO Country Cooperation) A csecsemőhalálozás és az anyai halálozás erősen csökkenő tendenciájú, a csecsemőhalálozás aránya 2011-ben 13/1000 élveszületett, az anyai halálozása pedig 5,8/100 000 volt (WHO HFA).

Az országban a fertőző betegségek közül a vírusos májgyulladás, a kanyaró és a mumpsz jelent számottevő problémát, és nő az állati paraziták okozta betegségek előfordulása. A HIV/AIDS incidenciája viszonylag alacsony, 2011-ben 38 új AIDS-esetet diagnosztizáltak, ami 1,18/100 000-es

értéknek felel meg. Ugyanebben az évben a tuberkulózisos megbetegedések incidenciája – 13,13/100 000 – 422 megbetegedést jelez.

Az országban a haláloki struktúra megváltozott, mivel az utóbbi időben a fertőző betegségek helyett a nem fertőző betegségek – közülük is a keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések – kerültek a haláloki statisztikák élére. Míg az alkoholfogyasztás viszonylag alacsony szintű, a dohányzás egyre nagyobb méreteket ölt. A gépjárműforgalom ugrásszerű növekedésének tulajdoníthatóan fokozódik a levegőszennyeződés, nő a gépjárműbalesetek okozta halálesetek száma és egyre komolyabb problémát jelent a lakosság zajártalom miatt bekövetkező egészségkárosodása. (WHO Country Cooperation)

Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

Albánia egészségügyi rendszere 1995 óta kötelező egészségbiztosításon alapul (amelynek viszont az aktív dolgozók járulékaiknak alacsony aránya miatt többségében az állami költségvetés biztosítja a finanszírozási hátterét).

Az ország Egészségügyi Minisztériuma az egészségpolitika irányítójaként felügyeli az erősen centralizált rendszert. A kormány dönt az egészségügyi ellátás operatív kérdéseiben, és hatáskörébe tartozik az egészségügyi stratégiai tervezés, az Országgyűlés jóváhagyásával az egészségügy költségvetésének meghatározása, elfogadása és a betegek önrészeinek meghatározása. Az utóbbi idők reformjai révén a finanszírozás kérdéseiben az ország Egészségbiztosítási Intézete egyre nagyobb döntéshozói jogkört tölt be.

Az egészségügyi szolgáltatások (diagnosztikai eljárások, gyógykezelések, betegségmegelőzés, egészségmegőrzés) legfőbb szolgáltatója az állam. A magánszektornak mindössze marginális szerep jut, bár állami és magán szolgáltatók egyaránt folytatnak gyógyító tevékenységet. Elsősorban Tiranában található néhány magánklinika, ettől eltekintve a magánszektor tevékenysége a gyógyszerészeti és a fogászati ellátásra korlátozódik.

Az ország diagnosztikai és gyógyító ellátása három szinten – az alapellátás, a fekvőbeteg-ellátás és a harmadlagos ellátás szintjén – valósul meg. A népegészségügyi szolgáltatások és az egészségmegőrzés ellátása a Népegészségügyi Intézet által felügyelt alapellátás feladatkörébe tartozik.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2011-ben 5,1 százalék volt (WHO HFA). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás vásárlóerő-paritáson számítva 2011-ben 565 US\$.

Forrásgyűjtés

Az egészségügyi kiadások finanszírozásában az állami szektor részvétele 45 százalékos (WHO HFA, becslés), a magánkiadások aránya 2011-ben 55 százalék volt, és ezen belül az out-of-pocket kiadások 92 százalékot tettek ki. Az állami erőforrások korlátozott volta a készpénz-kifizetések fokozott

alkalmazásához vezetett a fekvő- és a járóbeteg-ellátásban egyaránt, és általában nem dönthető el egyértelműen, hogy ezek a formális vagy az informális kifizetések közé tartoznak-e.

A lakosság egészségbiztosítását az Egészségbiztosítási Intézet igazgatja. Az Egészségbiztosítási Intézet (HII) non-profit tevékenységet folytató független állami intézmény, mely helyi szinten regionális igazgatóságokkal rendelkezik. A kötelező egészségbiztosítási rendszer szolidaritáson alapul, és szabad orvosválasztást tesz lehetővé. Az egészségbiztosítás pénzügyi erőforrásai a biztosítási járulékok, költségvetési hozzájárulások, adományok és egyéb bevételek (pl. külföldről érkező segélyek). A biztosítási járulékok beszedése az adóhatóságok feladata. Az egészségbiztosítás pénzügyi háttérét 25 százalékban az aktív dolgozók által fizetett járulékok, 75 százalékban az inaktív lakosság helyett teljesített és a kórházak finanszírozására nyújtott költségvetési összegek képezik. A biztosítási járulék az állami és a magánszektorban dolgozó munkavállalók havi munkabérének 3,4 százaléka, ezt aktív dolgozók esetén azonos arányban a munkáltató és a munkavállaló állja. (Kurti, 2011)

Az Egészségbiztosítási Intézet feladata az alapvető szolgáltatások meghatározása, és szolgáltatóktól való megvásárlása. Az Egészségbiztosítási Intézet az alábbi szolgáltatókkal szerződik közfinanszírozott ellátásra:

- általános orvosokkal és családorvosokkal
- szakorvosokkal
- gondozóotthonokkal, poliklinikákkal és kórházakkal
- laboratóriumokkal
- radiológiai vizsgálatokat végző szolgáltatókkal
- a harmadlagos ellátást végző intézetekkel egyes, 90 százalékos támogatás és 10 százalékos önrész mellett végzett vizsgálatokra

A szolgáltatási csomagban szerepelnek még az egyes lakossági csoportok betegségi típusoktól függően, különböző mértékben megállapított gyógyszer-támogatásai.

A kötelező egészségbiztosítás nem nyújt fedezetet a szolgáltatási csomagban nem szereplő szolgáltatásokra, illetve – a sürgősségi ellátás kivételével – a biztosítással nem rendelkezők számára.

Forrásallokáció

Az egészségügyi központok költségvetésük 85 százalékát kitevő fix összegű havi juttatásban részesülnek. Ebből állják egyéb dologi kiadásai mellett a dolgozók (orvosok, nővérek, kisegítő személyzet) munkabéréit. A teljesítmény alapú díjazás (a teljesítmény az orvosokat felkereső betegek számát tükrözi) a központok költségvetésének tíz százalékát teszi ki. A szolgáltatások minősége alapján juttatott bónuszok a központ költségvetésének öt százalékát adják. Az értékelésekhez hat indikátort alakítottak ki: az egészségügyi központokat egy bizonyos év során először felkereső személyek rátája, a diagnózisok szerint felírt gyógyszerek átlagára, krónikus betegek gondozása, a reprodukció egészségügyi ellátása, immunizálás és orvos-továbbképzés. (Kurti, Dollani, 2011)

A kórházak költségvetés alapján történő finanszírozása Albánia kormányának hatásköre, de az ágyak számára összpontosító finanszírozás a kapacitás növelését idézi elő, és nem vezet a kiadásoknak az

igényekhez való igazításához. 2008-ban az ország minisztertanácsa az Egészségbiztosítási Intézet hatáskörébe utalta az egészségügyi rendszer finanszírozását.

A kórházfinanszírozásban az Egészségbiztosítási Intézet és a kórházak között 2009 óta elindított új szerződések a költségvetés alapú kórházfinanszírozás helyett progresszívebb finanszírozási módokkal – mint az eset alapú vagy az eset-összetétel alapján történő finanszírozással kísérleteznek. (Purvis et al., 2011)

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az alapellátás szolgáltatásait egészségügyi központok, anya- és gyermekvédelmi klinikák, helyi ügyeleti részlegek és vidéki kórházak nyújtják.

Az egészségügyi központok (HC) az alapellátás alapvető intézményei. A városokon kívül az anyavédelmi, a gyermekegészségügyi szolgáltatásokat és az immunizálást a helyi önkormányzatok tulajdonában levő egészségügyi központok nyújtják. Az ország nagy részén, a HC-k több egységből állnak, beleértve a mentőegységeket is. A HC-k személyi állományába vezetők, orvosok (maximum három orvos), nővérek, szülésznők és kiegészítő személyzet tartozik. Az egészségügyi ellátás biztosítása nem egy intézményen belül történik, hanem a közösségeket ellátó egészségügyi szolgáltatókból álló hálózat tevékenységeként jön létre. Minden önkormányzat rendelkezik egy egészségügyi központtal, és minden faluban van mentőállomás és legalább egy nővér. Az egészségügyi központok átlagosan 8-10 ezer lakost látnak el, és az egy orvosra jutó betegek száma maximum 2500, illetve a nővér/beteg arány maximum 400. (Kurti, Dollani, 2011)

Az általános orvosok, akiknek feladata lenne a betegek szakorvoshoz vagy konzultánshoz való továbbutalása, általában nem eléggé felkészültek, így a betegek sokszor közvetlenül szakorvoshoz fordulnak. A terhességvizsgálat és a szülészeti ellátást, utókezelést a vidéki területeken szülész orvosok hiányában szülésznők végzik.

A városi területek ambuláns szakellátását az Egészségügyi Minisztérium tulajdonában álló poliklinikák nyújtják. A poliklinikák jobban finanszírozottak, mint az egészségügyi központok, és a Tiranán kívül működő poliklinikák működtetése a helyi kórházak hatáskörébe tartozik.

Az ország minden fogászati rendelője magántulajdonban van. A 18 éven aluli gyermekek számára az iskolai rendelőkben nyújtott fogászati ellátás ingyenes, de ez az ellátási forma sokszor nem eléggé szakszerű, és a rendelők műszerezettsége is meglehetősen hiányos.

Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátás orvosi és diagnosztikai szolgáltatásainak helyszínei a kórházak és a poliklinikák. A harmadlagos ellátás tudományos kutatómunkával társuló műszerezett szolgáltatásai az ország négy országos egyetemi központjában érhetőek el.

2012-ben Albánia egészségügye 8366 kórházi ágygal rendelkezett, 100 000 lakosra 259 ágy jutott. (WHO HFA).

Az országban körzeti és városi kórházak működnek. Az Albánia körzeteiben működő 20 nagyobb méretű kórház ágyellátottsága 100-400 ágy közé tehető, ezen kívül 22 kisebb kórház is ellátja a

körzetek lakosságát. A körzeti kórházak a betegek számára belgyógyászati, gyermekgyógyászati, sebészeti és szülészeti-nőgyógyászati ellátást nyújtanak. A betegek kórházi beutalását háziorvosok, konzultáns orvosok vagy a sürgősségi részlegek végzik.

Az ország városaiban működő kórházak többsége az Egészségügyi Minisztérium tulajdona. Az ország kórházai között több olyan intézmény van, mely szakterületre specializálódott, van egy honvédkórház és egy kormányzati kórház. Egy 200 ágyas egyházi intézmény felállítására is lépések történtek Tiranában, de ennek megvalósítása még folyamatban van.

Hiány van krónikus és akut-ágyakból egyaránt, de a betegfelvételek száma is jóval alacsonyabb, mint Európa legtöbb országában, mivel a betegek a kórházakban tapasztalható anyagi elvárások miatt, melyek teljesítését anyagi körülményeik nem teszik lehetővé, sokszor nem veszik igénybe beutalásukat. A kórházi ellátás mellőzésére vezet a szolgáltatások nem megfelelő színvonala és a gyógyszerhiány is.

A sürgősségi részlegek a nagyobb kórházakban találhatóak. A sürgősségi ellátás jelenti számos beteg számára az első kapcsolódási pontot az egészségüggyel, mivel sokan annyira elhanyagolják egészségüket, vagy különösen vidéken az egészségügyi ellátás annyira nehezen hozzáférhető, hogy a beteg már kritikus állapotban kerül orvoshoz. Az utóbbi időben számos magánklinika nyitott ambuláns részleget a nagyobb városokban. Ezek az ambulanciák magas színvonalú gyógykezelésben és diagnosztikai ellátásban részesítik a betegeket, de mivel ezekre a szolgáltatásokra a kötelező biztosítás nem nyújt fedezetet, a nehezebb anyagi helyzetben lévő állampolgárok számára ezek nem érhetőek el.

Egészségügyi dolgozók

Az orvosok száma növekvő tendenciájú, számuk 2012-ben 3696 volt, 100 ezer főre jutó arányuk 114,54. (WHO HFA) 2011 óta a háziorvosok száma is növekszik, a kötelező biztosítással szerződésben álló szakemberek száma 2012-ben 1583 volt.

A háziorvosok mellett dolgozó nővérek száma 1924, nővérek dolgoznak önállóan is, összlétszámuk az alapellátásban 6572. Az alapellátásban dolgozó szakorvosok száma 320. Az orvosok növekvő száma ellenére, a statisztikák nagy szakemberhiányt jeleznek. (Health Insurance Fund)

Gyógyszerpiac

A gyógyszertáraknak működésükhöz a kormány engedélyével kell rendelkezniük. Az alapvető gyógyszerek állami támogatásban részesülnek. Az egészségügyi költségvetés kiadásainak jelentős, bővülő részét (39 százalékát) képezik a gyógyszerkiadások. A pozitív listán szereplő gyógyszerek (2010-ben 420 generikum) 50-100 százalékos támogatásban részesülnek.

- 100 százalékos fedezet van a 0-12 hónapos gyermekek, a rokkantak, nyugdíjasok, látássérültek és az árvák pozitív listán szereplő gyógyszereire,
- a háborúban megrokkantak és a veteránok minden gyógyszerére,
- a daganatos betegek, vesetranszplantáltak, sclerosis multiplex és thalassémia major-ban szenvedő betegek gyógyszereire
- gyógyszertől függően minimum 50 százalékos részleges fedezet jár minden más lakossági csoport számára.

Reformok

2006 decemberében, az Egészségügyi Minisztérium elindította az alapellátás reformját, amely célkitűzése az alapellátás szolgáltatásainak javítása volt. A reformintézkedések az alábbi területekre irányultak:

- az anyagi alapok közös alapba gyűjtése az alapellátás számára az Egészségbiztosítási Intézet támogatása mellett,
- teljesítmény szerinti fizetések bevezetése,
- az egészségügyi központok számára bizonyos szintű autonómia biztosítása ahhoz, hogy önállóan tűzhessenek ki célokat, és rendelkezzenek anyagi erőforrásaikról szolgáltatásaik szerint,
- szolgáltatások nyújtása az Egészségügyi Minisztérium szolgáltatáscsomagjának megfelelően
- azonos lehetőségek teremtése az állami és a magánszektor által nyújtott szolgáltatások finanszírozására
- az egészségügyi rendszer régiókra tagolása és a szolgáltatások regionális szintű tervezése, jobban igazodva a lakossági igényekhez.

A reform bevezetésére 2007 januárjában került sor. 2007 januárja után az egészségbiztosítás az ország mintegy 420 egészségügyi központjával, 1625 általános/házorvossal és 6636 alapellátást nyújtó nővérrel kötött szerződést. A reformintézkedések részeként az egészségbiztosítás teljesítmény indikátorok szerinti értékelést indított el. Az alapellátás szolgáltatásaira 2009 januárjában komoly hatást gyakorolt az alapsomag meghatározása és alkalmazása, az egészségügyi informatika fejlesztése és egy új felügyeleti rendszer felállítása.

A szolgáltatások meglehetősen alacsony színvonala, a kórházak autonómiájának hiánya és a gyógyszerek, felszerelések terén jelentkező hiányosságok miatt a kórházi szektor reformja is egyre inkább szükségessé vált. Az Egészségbiztosítási Intézet szerződést kötött a kórházak többségével a fekvőbeteg-ellátás és az ambuláns szakellátás szolgáltatásainak finanszírozására. A kórházak vezetősége szintén szerződéses viszonyt létesített munkavállalóival. A kórházi tevékenységekről szóló jelentéseket illetően új módszer került bevezetésre, amely alapján az Egészségbiztosítási Intézet átfogóbb képet nyer az egyes kórházak által nyújtott szolgáltatásokról.

A továbbiakban megoldandó feladatok: a piaci mechanizmusok ellenőrzésének fokozása, a döntéshozatal transzparenciájának növelése, a szolgáltatások elérhetőségének javítása, az állami finanszírozás kereteinek konkrétabb meghatározása, a rendszer, és ezen belül a kórházak menedzsment módszereinek, kapacitásainak javítása, a szolgáltatók eredményeit monitorozó tájékoztató rendszer felállítása.

Az országban 2013-2020-ra új Országos Fejlesztési és Integrációs Stratégiát dolgoznak ki.

Forrás:

- Albania Overview. The World Bank <http://www.worldbank.org/en/country/albania/overview>
- Albania. In: Balkan Health Forum <http://www.balkanhealthforum.com/balkanhf/index.php/component/k2/item/7-albania.html>

-
- Albania. WHO Country Cooperation Strategy at a Glance. 2013.05.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_alb_en.pdf
 - Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania: evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2008
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2012/08/19/heapol.czs073.full.pdf+html>
 - Health Insurance Fund, Annual Report 2012
http://www.isksh.com.al/images/stories/lajme/RAPORTI%20%20ANGLISHT%20FINAL%20per_web.pdf
 - Kurti,S. - Dollani,P.: Overview of the Prime Health Care Performance in Albania. Mediterranean Journal of Social Sciences, 2011.02.03.
http://www.mcser.org/images/stories/2_journal/mjssso203september2011/8.%20sllavka.pdf
 - Kurti,S.: Albania: Health Care System in the Course of Health Reform. An Overview of Health Insurance System. Mediterranean Journal of Social Sciences Vol. 2, No. 3, September 2011
http://www.mcser.org/images/stories/2_journal/mjssso203september2011/14.%20sllavka.pdf
 - Law on Compulsory Health Care Insurance in the Republic of Albania. 2011.02.24.
http://www.isksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/legjislacioni/Ligji_nr_10833_24-2-2011_eng.pdf
 - Ministry of Finance, Albania
<http://www.minfin.gov.al/index.php?option=content&task=view&id=19&Itemid=40>
 - Purvis, George, Ainura Ibrahimova, and Flora Hobdari, July 15, 2011. Albania Health Insurance Institute Review: Challenges and Opportunities, Technical Report. Bethesda, MD. Enabling Equitable Health Reform Project in Albania, Abt Associates Inc.
 - The Institute of Statistics (INSTAT), Albania. <http://www.instat.gov.al/en/home.aspx>
 - Unemployment rates by gender in Albania
<http://open.data.al/sq/lajme/lajm/lang/sq/id/145/Shkalla-e-Papunesise-Sipas-Gjinive-ne-Shqiperi>
 - WHO Health for All Database <http://data.euro.who.int/hfad/>
-