

ALBANIE

DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR SANITAIRE

CREATION ET DEVELOPPEMENT D'UN CENTRE DE FORMATION CONTINUE

Rapport d'évaluation et de faisabilité préparé par:

Prof. Dr. Gianfranco Domenighetti
Prof. Barbara Fäh

Novembre 2005

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur disponibilité, suggestions et conseils toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer lors de notre mission en Albanie.

Nous remercions également le Bureau de coopération de Tirana et spécialement son Directeur Pius Rohner et Madame Elira Muedini.

Un remerciement particulier à Mr. Besim Nuri, Mrs. Enkelejda Sula et Edlira Muedini et Mr. Pierre Fournier. Sans leurs "inputs" lors du séminaire d'août 2005 ce travail n'aurait pas pu être achevé en temps utile et la thématique n'aurait pas pu être analysée avec tant de profondeur.

TABLE DES MATIERES

1.	Objectifs du mandat	1
2.	Méthodologie d'analyse	2
3.	Bref aperçu des tendances lourdes récentes du secteur de santé en Albanie.....	3
4.	La formation continue dans le cadre du sous-secteur santé des ressources humaines.....	4
5.	Principes à la base de la création d'un Centre de Formation Continue (CFC)	8
6.	Hypothèse et modèle d'un Centre de Formation Continue (CFC)	10
7.	Arguments qui justifient la création d'un Centre de Formation Continue (CFC)..	12
8.	Principaux besoins en formation continue	13
9.	Vérification de la compatibilité du modèle de CFC et de la liste des formations prioritaires avec les autorités et les autres partenaires albanais.....	16
10.	Structure, organisation et montage institutionnel d'un centre de formation continue (CFC)	17
11.	Conditions cadre indispensables pour la réalisation du Centre de Formation Continue (CFC).....	21
12.	Récommandations finales	22
13.	Liste des annexes	23

1. OBJECTIFS DU MANDAT

- 1.1. Dans le cadre d'un rapport d'évaluation du secteur de santé de l'Albanie commissionné par la DDC¹, trois secteurs prioritaires ont été proposés au soutien de la coopération Suisse:
 - le développement des ressources humaines;
 - la surveillance et le contrôle des maladies sexuellement transmissibles;
 - le renforcement des capacités en promotion de la santé;
- 1.2. Après analyse et en concertation avec le Ministère de la Santé de l'Albanie (MS), la DDC a décidé de soutenir la première recommandation par la mise en œuvre d'un **Centre de Formation Continue (CFC)** destiné aux professionnels et aux administrateurs du secteur de santé de l'Albanie.
- 1.3. Les **macro-objectifs** du mandat, objet de ce rapport, étaient, selon les termes de référence (**en annexe**), les suivants:
 - a) désigner un avant-projet de CFC
 - b) identifier les besoins prioritaires en formation continue et évaluer avec le MS leur acceptabilité et compatibilité avec la stratégie nationale pour la santé et le développement économique et social.
- 1.4. Autres **objectifs complémentaires** du mandat étaient:
 - a) l'identification des apports potentiels d'un CFC et des synergies avec les projets suisses déjà existants dans le domaine de la formation continue ainsi que les potentialités de collaboration avec d'autres donateurs;
 - b) l'élaboration de propositions pour la planification du "design" du CFC ainsi que pour le montage institutionnel du projet.

¹ "Albania Health Sector Assessment" par Besim Nuri et Dana Farcasanu (juin 2004)

2. METHODOLOGIE D'ANALYSE

- 2.1. Le mandat (d'une durée de 16 jours pour les deux experts) a été accompli par:
- analyse préalable de la documentation pertinente (**voir liste à l'annexe 1**)
 - l'organisation d'un **séminaire** (Ascona - août 2005) de préparation avec des experts du secteurs sanitaire albanais (Besim Nuri et Pierre Fournier de l'Université de Montréal, Enkeleida Sula et Edlira Muedini du BUCO Tirana)
 - **une visite en Albanie** pour vérifier sur place les besoins, les attentes et l'utilité du projet de la part du Ministre et de la Vice-Ministre de la santé, de la Vice-Ministre de l'éducation ainsi qu'avec les autres partenaires institutionnels et donateurs potentiels d'un futur CFC (**voir liste à l'annexe 2**).
- 2.2. Le **procédé** utilisé pour répondre aux objectifs du mandat a été le suivant:
- **élaboration** lors du séminaire d'Ascona **d'un avant-projet de "design"** de CFC et d'une **liste de formations** continues prioritaires pour répondre aux besoins d'une période de transition;
 - **vérification sur place** de la **compatibilité** du **modèle** d'avant projet de CFC élaboré lors du séminaire et **de la liste** des promotions prioritaires avec les objectifs de la stratégie nationale du MS;
 - il est important de souligner que notre visite a eu lieu à un **moment** particulièrement **favorable** du point de vue politique suite à la mise en place, un mois auparavant, **d'un nouveau gouvernement** ce qui devrait, au moins potentiellement, promouvoir le soutien à des nouvelles initiatives.

3. BREF APERÇU DES TENDANCES LOURDES RECENTES DU SECTEUR DE SANTE EN ALBANIE

- 3.1. Les principales tendances lourdes du système de santé albanaise selon une récente note encore confidentielle (septembre 2005) de la Banque Mondiale (**annexe 3**) montrent que, contrairement à certaines sources, l'espérance de vie en Albanie devrait être inférieure à celle des autres pays du Sud-Est de l'Europe (8 ans en moins par rapport à la moyenne de l'UE). Le profile épidémiologique est en train de changer et les maladies chroniques dégénératives (cardiovasculaires, cancers, diabète, etc.) sont en train de devenir la principale cause de décès parmi la population adulte.
- 3.2. Le secteur de santé est caractérisé par une grande variabilité des ressources entre les régions et les districts, par un manque en soins de santé primaires et par des investissements "opportunistes" dans le secteur hospitalier qui est en grande partie sous-utilisé.
- 3.3. La promotion de la qualité des soins et des services ainsi que la formation et **la mise à jour des compétences des professionnels de la santé et des administrateurs** devraient représenter un objectif central de la stratégie à long terme du Gouvernement.
- 3.4. Le financement public du secteur est insuffisant (les paiements "out of pocket" financent le 60% de la dépense) et bien que l'assurance maladie soit obligatoire seulement 40-45% de la population en bénéfice ce qui est source d'un large iniquité d'accès aux soins.

4. LA FORMATION CONTINUE DANS LE CADRE DU SOUS-SECTEUR SANTE DES RESSOURCES HUMAINES

4.1. Cadre institutionnel

- 4.1.1. Présentement l'Albanie n'a pas un système organisé et institutionnalisé de formation continue. La majorité des initiatives en termes de formation du personnel sanitaire sont financées, dirigées et organisées par les bailleurs de fonds. En effet, pendant les 10 dernières années il y a eu des initiatives très intéressantes en termes de formation continue, qui ont été mis à l'œuvre avec beaucoup de succès par différentes organisations bi-ou multilatérales et qui ont généré une demande de la part du personnel (**annexe 4**). Une information plus détaillée sur les initiatives de formation organisées et financées par différents bailleurs de fonds est présentée à l'**annexe 5**.
- 4.1.2. Malheureusement, les autorités du Gouvernement albanais n'ont pas été en mesure de développer une vision sur le futur de ces activités; même aujourd'hui, des activités financées par des organismes donateurs continuent à être en place, tandis que d'autres qui ne sont plus financées se sont arrêtées tout en soulevant l'éternelle question de la durabilité des initiatives financées de l'extérieur.
- 4.1.3. De l'autre côté, en l'absence d'un cadre politique qui serait un instrument régulateur pour les activités de ce type (par exemple, une politique ou plan national de formation continue), les initiatives de formation continue ont été menées par les bailleurs de fonds. Dans ces conditions, la coordination de ces activités est difficile, avec des potentiels et des risques de chevauchement. Le Département des Ressources Humaines au Ministère de Santé peut difficilement jouer un rôle de coordination car il est petit et chargé d'autres responsabilités dans la formulation de politiques en matière de ressources humaines en Albanie.
- 4.1.4. Il y a une question importante liée à la formation continue : le budget du gouvernement albanais ne prévoit pas de ressources financières pour les activités de formation continue. Le développement d'un système de formation continue pour le personnel sanitaire albanais serait une opportunité pour canaliser des ressources financières en provenance du budget public mais aussi de sources alternatives (bailleurs de fonds).

4.2. Cadre stratégique du Ministère de Santé.

Compte tenu de la situation des ressources humaines dans le pays, le Ministère de la Santé considère la formation continue et d'autres aspects liés à la formation continue comme une des priorités de sa stratégie nationale formulée et lancée en 2004². Il y a au moins trois priorités importantes dans la stratégie du Ministère de la Santé qui doivent être soulignées, car elles sont reliées directement avec le système de formation continue:

- 4.2.1. Création d'un centre (agence) de Formation Professionnelle Continue dont le mandat serait de coordonner et d'organiser des activités de formation pour les médecins et les infirmières albanaises, suivant les priorités et les besoins du pays. Le centre n'aurait pas la responsabilité de dispenser directement la

² A Long-term Strategy for the Development of the Health System in Albania. Ministry of Health. 2004

formation mais ceci serait réalisé à travers la mobilisation de formateurs et pédagogues albanais ou étrangers, reconnus dans le pays.

- 4.2.2. Développement d'ici 2006 d'un cours de formation continue pour les médecins de famille afin d'améliorer de façon substantielle les connaissances, les attitudes et les pratiques de cette catégorie professionnelle. L'idée étant très ambitieuse, le ministère envisage bâtir et consolider un cours similaire de formation continu d'abord à Tirana et dans une deuxième phase, décentraliser les capacités de formation dans d'autres centres régionaux. Cette priorité découle apparemment du fait qu'il n'y a pas eu de formation post-graduée en médecine de famille avant 1996.
- 4.2.3. Mise sur pied d'un système d'accréditation des professionnels de santé. Ce processus est considéré comme une responsabilité partagée entre le Ministère de la Santé, les associations professionnelles (tel que l'Ordre des Médecins, l'Association des Médecins de Famille, l'Association des Pharmaciens etc.) et les écoles universitaires donc le Ministère de l'Education. Une commission vient d'être créée entre les deux ministères.
- 4.2.4. Ce programme ambitieux montre qu'il existe une conscience des problèmes et des défis reliés au développement des ressources humaines au niveau du Ministère de la Santé et aussi une volonté politique de les attaquer. **Les colloques eus avec le Ministre de la santé et la Vice-Ministre de l'éducation semblent soutenir cette volonté qui devrait se concrétiser par la création du CFC objet de ce rapport d'évaluation et de faisabilité.**

4.3. Contexte spécifique dans lequel doit se développer le système de formation continue.

- 4.3.1. La plus grosse contrainte liée au développement d'un système de formation continue est la situation spécifique de l'Albanie en ce qui concerne l'hétérogénéité des formations de base et post-graduée du personnel de santé. Certaines catégories professionnelles peuvent bénéficier d'une formation de base (universitaire) et post-universitaires relativement organisées; c'est le cas par exemple des médecins spécialistes, toutes catégories confondues. D'autres groupes ont eu une formation de base (universitaire) correcte, mais pas ou peu de formation post-graduée; c'est le cas des médecins de famille. Cette spécialité est apparue en Albanie au milieu des années '90 et peu de médecins ont eu la possibilité de le suivre (les plus jeunes médecins uniquement). Un troisième groupe est composé du personnel avec une formation de base peu standardisée et dans la majorité des cas insuffisante: c'est le cas des infirmières. La formation universitaire a commencé au milieu des années '90 a pu être suivie seulement par les plus jeunes. Malgré la diversité dans la formation universitaire ou post-universitaire, ces types de formations ont été mis sur pied lors les 10 dernières années et continuent à fonctionner. Malheureusement le système contient une proportion importante de personnel dans ces catégories qui a besoin d'être recyclée pour être en mesure de dispenser des soins de qualité. Mais il y a pire : l'Albanie n'a aucun programme de formation, ni universitaire ni post-universitaire en gestion des services, surtout en gestion hospitalière. Le déficit dans ce domaine est énorme et pèse lourdement sur la gestion du système et des services.

- 4.3.2. Compte tenu de ce paysage extrêmement hétérogène, le pays doit bâtir des capacités de formation **pour répondre aux exigences d'une période de**

transition (10-15 ans). Seulement après avoir passé la transition, le pays sera en mesure de maintenir un système de formation continue dans le sens classique du terme, tel qu'on le retrouve dans les pays développés. Par conséquent, **le système de formation continue qui doit être développé présentement ne pourra être que très atypique, car bâti en fonction de besoins spécifiques de à la transition (rattrapage de compétences).**

4.4. **Contexte légal et institutionnel**

- 4.4.1. En raison de ce paysage paradoxal, les initiatives de formation supportées par les bailleurs de fond se sont retrouvées souvent piégées: d'un côté le besoin de corriger la situation de formation inadéquate héritée du passé et de l'autre les difficultés du contexte légal et institutionnel de l'Albanie.
- 4.4.2. Une des plus grosse contrainte est constituée par le conflit entre le système de santé et celui d'éducation. C'est surtout les deux plus gros programmes de formation en gestion des services de santé, implantés par l'Université de Montréal (**UdM**) et Le Bon Secours, qui ont dû faire face à des difficultés de ce genre. Ceci pour la simple raison que les contenus de ces deux programmes étaient complètement nouveaux à la réalité de l'Albanie et les curricula dépassaient le niveau d'une simple formation continue pour devenir des programme plus large, à mi-chemin entre la formation post-graduée/maîtrise et la formation continue.
- 4.4.3. Or, des programmes d'une certaine envergure sont l'apanage du Ministère de l'Education et ne peuvent être dispensés que par les structures appartenant à ce ministère. Malheureusement, dans certains cas, ces programmes ne peuvent pas être dispensés par les staffs pédagogiques des écoles du système d'éducation albanaise qui n'ont pas la formation nécessaire dans ces domaines. En effet, le staff pédagogique, même universitaire n'a pas souvent la formation nécessaire surtout dans des domaines spécifiques. De plus, il n'est souvent pas ouvert pour collaborer et faire impliquer des experts externes qui ne peuvent qu'enrichir les programmes de formation. Ces difficultés ont été surmontées d'une façon ou d'une autre, mais les conflits sous-jacents demeurent encore bien que **les colloques que nous avons eus avec les deux ministres semblent montrer une prise de conscience et surtout une volonté de surmonter ces difficultés.**
- 4.4.4. En effet la législation albanaise prévoit que les cours de formation de plus de trois mois doivent être dispensés par les écoles supérieures du système d'éducation. En conséquence, tout programme de formation qui dépasse cette période doit être organisés en étroite collaboration avec les écoles supérieures de l'Albanie.
- 4.4.5. La loi sur l'Education Supérieures stipule seulement que « l'éducation post-universitaire fait partie de l'éducation supérieure et est organisée auprès des écoles supérieures. L'éducation post-universitaire inclue la formation scientifique post-universitaire, les cours de spécialisation et les cours de qualification de longue et de courte durée ». Reste à interpréter qu'est-ce que cela signifie « des cours de qualification de longue et de courte durée ». Ces données ne peuvent être interprétées que par le personnel spécialisé du Ministère de l'éducation.

- 4.4.6. De plus il faut souligner **une apparente confusion de terminologie concernante « la formation continue »**. En effet en Albanie il y a une loi sur la « formation continue » dont la responsabilité revient au Ministère du travail. Il s'agit d'une formation de réorientation destinée aux personnes au chômage ayant perdu leur emploi sur le marché du travail. **Il est probable que les juristes** (voir avis à l'**annexe 6**) **ne saisissent pas la différence** entre cette dernière formation « de réorientation » et celle effectivement « continue » adressée au **développement professionnel du personnel de santé en activité**.
- 4.4.7. De ce fait les conclusions de l'avis de droit à l'**annexe 6** doivent être considérées comme discutables et incertaines. Si en effet il n'y a pas de doutes que la création et l'institutionnalisation du CFC nécessite d'une ordonnance du Gouvernement (Conseil des Ministres) il faut souligner que la leadership de cette initiative doit revenir au Ministère de la Santé avec la collaboration du Ministère de l'Education³

³ Selon l'avis de droit en annexe l'ordonnance sur l'institutionnalisation du CFC de la part du Gouvernement devrait être proposé conjointement par les Ministères de l'Education et celui du Travail et des Affaires sociales en accord avec le Ministère de la Santé.

5. PRINCIPES A LA BASE DE LA CREATION D'UN CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CFC)

Compte tenu des documents stratégiques élaborés par le gouvernement albanais, on peut dire que **les principes suivants devraient être à la base d'un système de formation continue**:

- 5.1. La formation continue est considérée comme une **responsabilité** et une **obligation du Ministère de la Santé** envers le personnel sanitaire afin de a) combler les lacunes importantes découlant de la formation de base de ce personnel; b) améliorer la qualité des services sanitaires et des soins par le renforcement des connaissances, savoir-faire et attitudes du personnel; c) permettre au personnel de suivre l'évolution des technologies nouvelles dans le domaine sanitaire. La formation continue serait aussi un outil très important pour motiver le personnel qui souvent et dans la majorité des cas est "oublié" par le système. Le Ministère de la santé devrait s'engager à organiser les activités de formation continue suivant les priorités définies dans ses plans nationaux et tenant compte de ses capacités financières.
- 5.2. La formation continue n'est pas seulement un droit **mais** aussi **une obligation pour le personnel sanitaire** albanais, qui devra d'abord participer aux différentes activités de formation continue et ensuite, faire tous les efforts requis pour planter les connaissances et habiletés apprises lors du processus de formation.
- 5.3. Des programmes spécifiques de formation continue seront mis sur pied et appliqués pendant **une période de transition de 10-15 ans**. Cette « formation de transition » va combler les vides urgents et importants découlant de la formation de base hétérogène et insuffisante du personnel de santé.
- 5.4. **L'implémentation d'une structure** (CFC), dont la responsabilité principale serait l'évaluation des besoins, l'implantation des activités de formation continue et leur coordination, constituerait une mesure importante vers l'opérationnalisation de la stratégie nationale du Ministère de la Santé.
- 5.5. La formation continue dans le domaine de la santé sera guidée par des **plans nationaux** de formation continue, dont l'adoption est une responsabilité du Ministère de la Santé. Les aspects techniques de la formulation de ces plans pourront être opérationnalisés à travers l'implication directe de la nouvelle structure de formation continue, qui devrait concentrer l'expertise dans ce domaine.
- 5.6. Des **ressources financières** devraient être mises à disposition par le **Gouvernement albanais** pour la **réalisation des activités de formation continue**, ce qui n'est pas le cas présentement. La mise sur pied d'un CFC sera une bonne opportunité pour absorber des ressources du budget public et aussi générer des ressources provenant d'autres sources tel que les bailleurs de fonds ou le secteur privé.
- 5.7. Le renforcement des capacités de planification, organisation et implantation des activités de formation continue devrait avancer parallèlement à la mise sur pied **d'un système d'accréditation** et/ou de **certification du personnel** de

santé. L'accréditation du personnel médical devrait devenir obligatoire. Cette mesure augmenterait la motivation du personnel à participer dans les activités de formation continue.

- 5.8. Des **incitations** économiques et/ou professionnelles pour promouvoir la formation continue et l'accréditation devraient être promues aussi en collaboration avec l'Institut d'Assurance des Soins de Santé.
- 5.9. Le Ministère de Santé devrait **collaborer avec des universités**, des écoles universitaires ou **d'autres établissements d'éducation, albanais et étrangers**, afin de rendre possible l'implantation de programme d'enseignement de bonne qualité. Ces établissements et leur personnel enseignant seront responsables pour la dispensation de la formation.
- 5.10. Une **collaboration** étroite avec le **Ministère de l'Education est nécessaire** afin de pouvoir accréditer les différents cours de formation (et reconnaître les certificats et diplômes) pour lesquels les besoins sont évidents.
- 5.11. La formation continue en Albanie doit **tenir compte des tendances et des politiques** adoptées par des organisations **européennes**, afin que le pays puisse se rapprocher les plus possible vers les réalités de l'Europe dans ce domaine et qu'il se prépare au mieux possible pour l'intégration aux structures de l'Union Européennes au moment opportun. La formation continue doit s'adapter aux politiques adoptées par des organismes professionnels européens tel que, par exemple, l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), l'UEMO (Union Européenne des Médecins Généralistes), les documents des organismes professionnels des infirmières et d'autres professionnels de la santé.

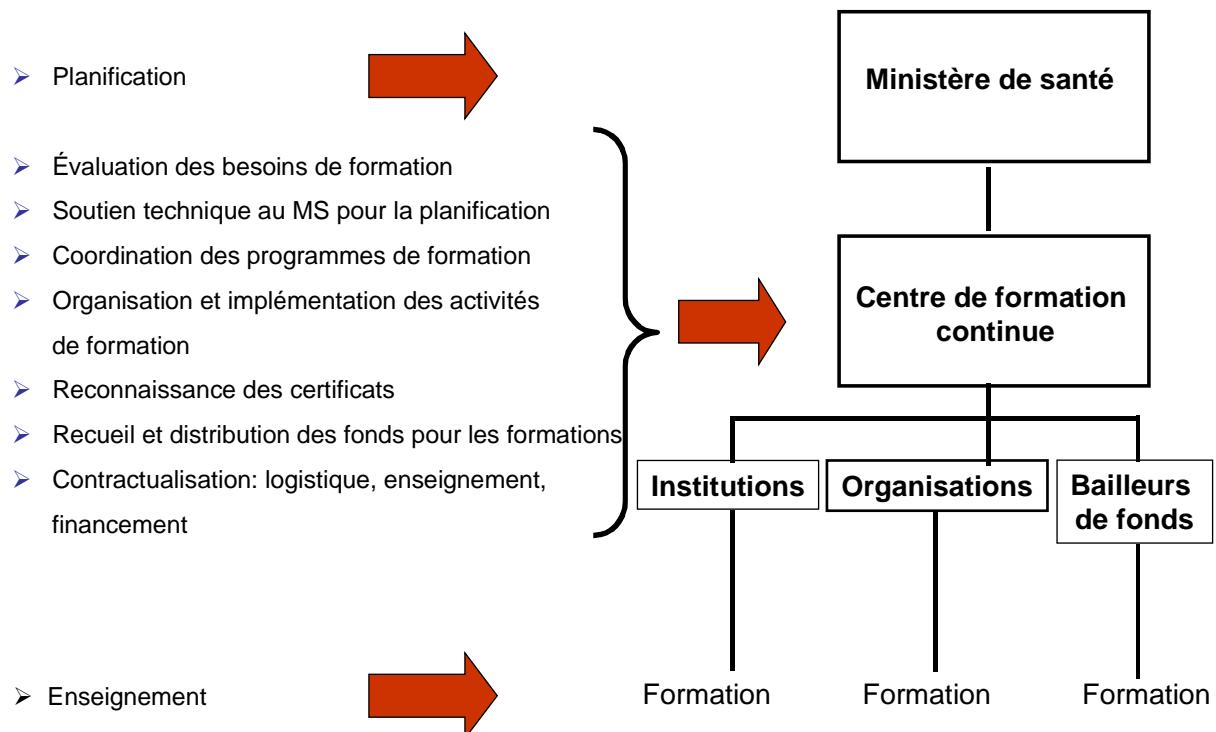
6. HYPOTHESE ET MODELE D'UN CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CFC)

Le modèle retenu parmi les hypothèses discutées lors du séminaire préalable à la vérification sur le terrain a été le suivant.

- 6.1. Compte tenu des besoins urgents et importants de la transition le **Ministère de la santé assume** pour ce qui a trait à la formation continue **les responsabilités d'évaluation des besoins, de planification nationale, de coordination, d'implémentation des programmes** de formation et une bonne **partie** de la fonction **de financement**. Seulement la fonction d'enseignement est assumée par les institutions, organisations ou experts appelés à donner la formation.
- 6.2. A cet effet il implémente **un Centre (Agence) de Formation Continue (CFC)** qui aura le mandat d'améliorer les compétences professionnelles du personnel des services de santé d'Albanie.
- 6.3. Le CFC aura donc du Ministère de la santé la délégation pour l'exercice des fonctions et des tâches suivantes:
 - **Evaluation des besoins de formation:** pour utiliser les ressources limitées à disposition et offrir des formations selon les priorités du pays, il faut procéder à une évaluation des besoins de formations.
 - **Planification nationale de la formation continue:** Responsabilité du Ministère de Santé, soutien technique du CFC.
 - **Coordination des formations continues:** Pour réaliser les formations basées sur l'analyse des besoins et pour utiliser au mieux les ressources il est nécessaire de coordonner les formations (surtout lors de la phase de transition).
 - **Organisation et implémentation des activités de formation:** il faut assurer la logistique, les structures et l'organisation de base à l'implémentation des programmes de formation.
 - **Enseignement:** sera donné par les staff pédagogiques des institutions, organisations ou experts (dans des cas exceptionnels le CFC peut aussi offrir directement des cours p. ex. pédagogie d'adulte) appelés à donner la formation.
 - **Reconnaissance** des certificats et diplômes donnés dans le cadre des enseignements du CFC.
 - **Financement:** le CFC (structure centrale) est financé par le MS, les formations par le MS, les associations professionnelles, les bailleurs de fonds, le secteur privé et les participants des cours - le CFC joue un rôle de recueil et de distribution de fonds.
 - **Contractualisation:** le CFC est chargé d'établir les contrats pour la logistique, l'enseignement et le financement.

6.4. Schématiquement:

Tâches et rôles du Centre de Formation Continue (CFC)



Mission Albanie 17 - 21 octobre 2005/gd/bf

1

- 6.5. Un **Conseil de Gestion** où seraient représentés les ministères impliqués (notamment santé et éducation) et d'autres partenaires clés pourrait accompagner l'activité du CFC.
- 6.6. **Préalable incontournable** à la mise en œuvre du CFC sera son **institutionnalisation** par l'adoption de la part du Gouvernement (Conseil des Ministres) d'un **acte législatif ou exécutif** (voir notamment **point 4.4**).

7. ARGUMENTS QUI JUSTIFIENT LA CREATION D'UN CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CFC)

- 7.1. **Réponse aux besoins de la transition** dans le domaine de la formation du personnel de santé. Les déficits créés par la formation de base déficiente peuvent être comblés à travers l'implantation de programmes spécifiques de formation à mi-chemin entre la formation continue classique et la formation post-graduée. Pour faire face à ce défi, des structures spéciales doivent être implémentées.
- 7.2. **Renforcement du cadre de la planification.** Il n'y a pas présentement en Albanie un cadre politique ou un plan pour encadrer des activités systématiques de formation continue. Le Ministère de Santé a des capacités très limitées en terme de personnel pour réaliser l'évaluation des besoins de formation, l'identification des priorités et la formulation de plans à court et moyen terme en ce qui concerne les activités de formation. Le CFC pourrait faciliter cette fonction en assumant des responsabilités et des rôles techniques dans cette direction.
- 7.3. **Plus de ressources financières.** Il n'y a pas de budget spécifique pour la formation continue en Albanie et tout ce qui se fait est en majorité financé par les bailleurs de fonds. L'existence du CFC faciliterait l'allocation de ressources pour la formation continue car désormais une structure serait rendue responsable pour la réalisation de ces activités. De plus, l'existence d'un institut pour la formation continue, aurait de bonnes chances d'attirer plus d'organisation bi- et multilatérales vers les activités de formation pour le personnel sanitaire.
- 7.4. **Centralisation des compétences et décentralisation des opérations.** L'institution du CFC pourrait créer les conditions nécessaires pour la création d'un réseau de formation continue. Le siège central du centre devrait développer des capacités en terme d'évaluation des besoins, planification des activités de formation, mise à l'œuvre de ces activités, gestion des opérations, levée de fonds, techniques pédagogiques pour la formation des adultes etc. Afin d'accélérer le processus de formation continue de toutes les catégories de personnel, une décentralisation des certaines fonctions pourrait être envisagée, à travers la création de bureaux régionaux du CFC, à l'image de l'Institut d'Assurance des Soins de Santé.
- 7.5. **Une meilleure coordination.** Une structure responsable de la formation continue faciliterait énormément le travail de coordination entre tous les partenaires intéressés, nationaux ou internationaux. Ceci éviterait les chevauchements inutiles et orienterait toutes les initiatives de formations vers les lignes directrices du plan national de formation continue.
- 7.6. **Rapprochement entre santé et éducation.** Le CFC pourra rendre possible la liaison entre le système de santé et celui de l'éducation afin de résoudre les vieux conflits entre les deux ministères et d'éviter de nouvelles tensions qui pourrait se créer. L'institut pourrait devenir le centre de gravité opérationnel de la coopération entre spécialiste de santé et d'éducation en ce qui concerne l'accréditation de programmes spécifiques de formation continue dans le domaine de la santé. Son rôle devrait être celui de facilitateur, sans vouloir s'approprier des attributs qui sont propres au système d'éducation.

8. PRINCIPAUX BESOINS EN FORMATION CONTINUE

Le CFC devrait procéder à l'évaluation des besoins et définir les priorités au niveau national en formation continue. L'on peut toutefois déjà identifier les **besoins prioritaires de formation continue « de transition »** qui devraient permettre un « ratrappage » à moyen terme (10-15 ans) là où la nécessité est plus urgente (voir aussi **annexe 4 et 5**).

8.1. Médecine de famille

La formation post-graduée en médecine de famille a été introduite seulement il y a une dizaine d'années. La majorité des médecins de famille en Albanie n'ont pas suivi de formation post-graduée. Pour combler les besoins créés par cette situation, des modèles de formation proposés ont été proposés par différents bailleurs de fond. Le plus gros programme était celui organisé et financé par le programme PHARE au milieu des années '90 tandis que le plus récent et le plus complet est l'approche de formation continue proposée par le programme PHRplus de USAID. Donc, pour cette catégorie il est nécessaire d'organiser une « formation de transition » pour tous les généralistes qui n'ont eu aucune formation, ni post-gradué ni d'un autre type. Une évaluation permettrait d'identifier le nombre précis des médecins à former et leur distribution à l'échelle du pays.

8.2. Infirmières opérant dans les hôpitaux

La formation de base de ces infirmières est très hétérogène et une bonne partie d'entre elles n'ont eu aucune autre formation. Les facultés/écoles d'infirmières doivent jouer un rôle important dans la formation continue de cette catégorie.

8.3. Infirmières et sages-femmes opérant dans les soins de santé primaires

La même situation que pour les infirmières des hôpitaux; formation de base très hétérogène. Il y a eu des programmes de « formation de transition », par exemple le programme PHARE et du Bon Secours. Une bonne partie de ces infirmières ou sages-femmes n'ont jamais eu de recyclage, sauf pour des sujets particuliers selon les besoins de programmes sanitaires particuliers. Formation continue « pont » nécessaire pour cette catégorie aussi.

8.4. Administration et gestion des services de santé

La formation en administration et gestion des services de santé ou plutôt l'absence de cette formation constitue un handicap très important en terme de formation du personnel sanitaire en Albanie. Présentement il n'y a aucun programme universitaire de base qui vise à former des administrateurs de la santé au niveau des districts. Le seul programme qui a essayé de pallier tant bien que mal à ces lacunes ait été et continue à l'être le programme implanté par l'Université de Montréal (UdM).

8.5. Gestion hospitalière.

Aucune formation vise actuellement l' « empowerment » des compétences des directions (médicale, économique et infirmière) des hôpitaux. Ce secteur à, selon l'avis unanime, un besoin « hurlant » de compétences. L'Université catholique « Zonja Keshillit te Mire » est orientée à introduire un curriculum dans le domaine de l'administration et gestion des services de santé au niveau « master ». Une collaboration et des synergies pourraient être explorées aussi

avec l'institut TIPA (**voir annexe 7**) qui forme les cadres de l'administration publique sans oublier le programme pour la formation des gestionnaires de district de l'Université de Montréal.

8.6. **Santé publique**

Dans le domaine de la formation continue pour le personnel des service de santé publique il y a beaucoup d'activités de formation continue surtout dispensées par l'Institut de Santé Publique de Tirana (ISP) en étroite collaboration avec différentes organisation bi- et multilatérale tel que L'OMS, l'UNICEF, l'Université de Montréal (cours d'épidémiologie d'intervention) pour n'en citer que quelques unes. L'ISP est l'endroit idéal pour la réalisation de ce type de formation car il a beaucoup d'expertise professionnelle et opérationnelle surtout dans les domaines de la santé publique classique tel que la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, y compris le programme élargie de vaccination, l'hygiène et l'environnement, les enquêtes opérationnelles pour produire des informations sanitaires etc. Le personnel le plus qualifiée de l'ISP enseigne au Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Tirana.

Actuellement, l'Institut a rénové à travers un financement de la Banque Mondiale, un bâtiment qui sera dédié exclusivement à la formation. Ce bâtiment est en train de servir d'infrastructure de base au programme de maîtrise en Santé Publique que la Faculté de Médecine a mis sur pied en étroite collaboration avec l'ISP. De plus, c'est dans ces locaux que le programme de l'UdM en « planification et gestion des services de santé », financé par la DDC, se déroule depuis le mois de septembre 2005. Le nouveau centre de formation de l'ISP va abriter aussi la nouvelle bibliothèque de l'institut. Les différentes activités de **formation continue** dispensées dans le cadre de l'**ISP** pourraient être **incluses parmi les formations planifiées par le Ministère de la Santé et coordonnées par le CFC**.

8.7. De ce fait **les programmes actuellement financés par la DDC** dans les domaines des infirmières et sages-femmes et en administration et gestion des services de santé **devraient être développés dans le cadre du CFC**. La mise en œuvre du CFC donnerait à toutes les formations décrites ci-dessous un cadre de **reconnaissance institutionnel claire** tout en promouvant la **coordination et les synergies entre les programmes**, les institutions, organisations et bailleurs de fonds impliqués dans l'enseignement.

8.8. **Une quantification fiable des professionnels nécessitant d'une formation continue pour les catégories surmentionnées n'est pour le moment pas possible. Elle sera d'ailleurs une des tâches principales du CFC.** Des données nous ont été fournies après la conclusion de la mission sur le terrain mais elles ne permettent qu'une évaluation grossière et tout à fait indicative:

- **médecins de famille:** sur les 1586 médecins qui fonctionnent comme médecins de famille 128 seulement ont une formation post-graduée dans cette spécialité et 600 ont suivi une formation « de rattrapage » de 3 mois.
- **infirmières/sages-femmes:** sur les 12'840 professionnels environ 3900 devraient avoir suivi un curriculum de formation complet. Le reste dispose de curricula varié impossibles à évaluer dans le cadre de ce rapport.
- **cadres administratifs des districts sanitaires.** L'estimation fournie fait état de 366 professionnels en activité mais aucune information est connue

sur l'acquisition de compétences spécifiques dans la planification et la gestion (le programme de l'UdM a formé environ 80 professionnels).

- **gestion hospitalière:** si l'on considère que l'Albanie dispose d'une cinquantaine d'hôpitaux et pour chaque établissement il faudrait former 3 cadres, le potentiel s'élève à environ 150 professionnels sans compter les besoins de formation en gestion des autres services qui distribuent des prestations médico-sanitaires.

9. VERIFICATION DE LA COMPATIBILITE DU MODELE DE CFC ET DE LA LISTE DES FORMATIONS PRIORITAIRES AVEC LES AUTORITES ET LES AUTRES PARTENAIRES ALBANAIS

- 9.1. L'hypothèse et le modèle de CFC décrit au **point 6** de ce rapport ainsi que la liste des formations "de transition" prioritaires dont au **point 8** ont été présentés pour avis et remarques aux autorités et fonctionnaires compétents des Ministères de la santé et de l'éducation ainsi qu'aux autres partenaires potentiels (**voir liste à l'annexe 2**).
Le **modèle de CFC et la liste des formations continues** prioritaires **ont bénéficiés d'un consensus large et unanime et aucune objection a été formulée à leur mise en œuvre selon le modèle et la liste ici proposés.**
- 9.2. Du côté des **autorités** (ministres et fonctionnaires) les propositions ont été saluées comme **un pas significatif, urgent et bienvenu** dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Un soutien et un accord particulièrement vifs ont été formulés par le **Ministre de la Santé** et la **Vice-Ministre de l'Education**. Pour les **autres partenaires** (notamment USAID, Banque Mondiale, Bon Secours, Université de Montréal et autres institutions de formation) l'institution du CFC est vue comme une garantie de durabilité, de coordination, de synergie et d'encadrement institutionnel des initiatives de formation continue.
- 9.3. Toutes les personnalités et les partenaires consultés ont jugé urgente et indispensable une formation "de transition" dans le domaine de la **gestion hospitalière**. Les thèmes et les contenus d'une telle formation devraient être décidés en accord avec le Ministère de la santé vue l'impossibilité (par incapacité) d'identifier les thématiques prioritaires de la part des gestionnaires des hôpitaux.
- 9.4. La représentante de la **Banque Mondiale** a manifesté l'intérêt de cette institution à **soutenir les efforts** d'implémentation du CFC (logistique, matériel technique, etc.) dans le cadre d'un prêt de 15 millions de dollars pour le soutien et la promotion des infrastructures du secteur sanitaire de l'Albanie.

10. STRUCTURE, ORGANISATION ET MONTAGE INSTITUTIONNEL D'UN CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CFC)

Cette partie **devra être développée ultérieurement dans le cadre d'un futur mandat**. Nous n'allons ici proposer que les résultats de nos réflexions lors du séminaire d'août 2005 (voir **point 2.1.**) en soulignant que les considérations qui suivent **n'ont pas été discutées avec les partenaires lors de notre mission**.

10.1. Structure et organisation du CFC

Afin de réaliser sa mission, le CFC doit avoir une structure et des capacités qui répondent aux fonctions déjà mentionnées (voir point 6.3.). Ici nous proposons une esquisse de structure qui pourrait servir de base de réflexion et de discussions avec les autorités albanaises du ministère et les autres partenaires intéressés. Le CFC serait composé de 4 services:

10.1.1. Service d'évaluation/ coordination/ planification. Cette direction concentrerait l'expertise qui permettrait au Centre de réaliser:

- a) les études opérationnelles d'évaluation des besoins de formation continue. Il faut souligner que cette expertise est presque absente du paysage de la santé en Albanie et que cette fonction n'est pas pratiquée du tout;
- b) le support technique au processus de planification nationale de la formation continue. Il est important de préciser que la fonction de planification nationale reste un attribut du Ministère et que le CFC va jouer seulement un rôle d'appui technique au ministère;
- c) la coordination des activités de formation réalisées par les agences de coopération bi- et multilatérale et d'autres acteurs locaux aussi. Il va de soi que une bonne planification doit prendre en considération toutes les activités en cours ou en train de se préparer. Ceci explique la raison d'attacher cette fonction à ce service.

10.1.2. Service d'implantation des programmes de formation. Ce service aurait pour mandat l'organisation et la mise en œuvre de toutes les activités de formation au centre et dans les bureaux régionaux de l'institut. Précision: le CFC n'assumera pas des responsabilités d'enseignement car ce rôle sera joué par les partenaires, sauf pour des thématiques particulières ou très pointues (par exemple la formation en pédagogie des adultes etc.). Dans ce cadre, c'est ce service qui incombe la responsabilité de lier des contacts et d'établir des ponts de communication et collaboration avec les universités, les écoles universitaires, les bailleurs de fonds, des experts reconnus provenant d'établissements d'éducation ou autres, en Albanie et à l'étranger. Tous les aspects logistiques et de gestion des activités opérationnelles de formation seront gérés par ce service.

10.1.3. Service des ressources pédagogiques et techniques. Il est important que le Centre développe une bonne expertise en techniques pédagogiques, surtout concernant la formation des adultes ou les techniques participatives, ce qui existe très peu en Albanie. Cette expertise pourrait être transmise aux différents pédagogues ou formateurs (y compris ceux qui proviennent des universités). De plus, une bonne base de documentation devrait être mis sur pied pour servir aux besoins de formation et de planification des activités de formation. Un archive garderait les documents reliés à toutes les activités de

formation organisées par l’Institut. Ce service aurait la responsabilité d’offrir l’expertise technique en pédagogie et de gérer le centre de documentation. De plus, il pourrait s’occuper de l’évaluation des programmes de formation déjà dispensé afin de garantir leur qualité pédagogique et leur pertinence (réponse aux besoins du système).

10.1.4. **Service administratif et financier.** Devra assumer les rôles classiques de gestion des ressources financières mis à disposition du CFC, de comptabilité et d’administration interne de l’établissement.

10.1.5. Il va sans dire que le CFC **devra avoir une Direction centrale** qui va prendre le rôle de **leadership** pour tous les aspects de fonctionnement du Centre, de ses relations avec les supérieurs (MS) et les partenaires stratégiques, de son développement etc. Le CFC relèvera directement du Ministère de la Santé et son directeur sera nommé par le Ministre. Ceci garde un potentiel de tensions entre direction du CFC et la Direction des Ressources Humaines au niveau du Ministère, mais assurera un fonctionnement plus autonome de cette organisation.

10.1.6. Il est certain qu’il serait prématuré à ce stade d’entrer dans des détails organisationnels mais la description ci-dessus pourras servir de base pour approfondir ultérieurement la réflexion. Il existe déjà le précédent d’un institut mis sur pied par le Gouvernement Albanais pour répondre à des besoin en formation; il s’agit du TIPA – l’Institut de Formation de l’Administration Publique, dont la description est dans **l’annexe 8**.

10.2. **Fonctionnement du CFC**

Schématiquement on pourrait ainsi imaginer le fonctionnement du Centre. La description suivante garde une logique temporelle dictée par l’existence d’un cycle de planification concernant la formation continue. Il faut concevoir cette activité sous forme cyclique et non pas de façon linéaire.

Année A. Le Centre réalise des études opérationnelles concernant les besoins en termes de formation continue pour le personnel sanitaire albanaise (toutes les catégories ou des catégories spécifiques). L’identification des besoins permet d’identifier des priorités et de proposer des interventions de formation continue. L’Institut joue le rôle de secrétariat pour le processus de planification nationale de la formation. Une première ébauche d’un plan de formation continue est présentée. Le plan pourrait être à moyen terme (3 ans) avec des plans opérationnels annuels. Des bailleurs de fonds sont contactés pour prendre en considération initiatives de formation, mais aussi leurs intérêts en terme d’activités de formation. Tout cela est pris en compte dans le processus de planification. Le plan est approuvé par le Ministère. Le gouvernement finance une partie des activités de formation du plan et une autre partie est financée par les bailleurs de fonds.

Année B. Le plan national commence à être mis à l’œuvre. L’institut établi des contacts avec des établissements universitaires ou autres et des experts reconnus, albanaise ou étrangers, afin de les mobiliser pour le processus d’enseignement. Les cours sont organisés en centre et en périphérie et la formation est dispensée, surtout les programmes de « formation de transition ». L’Institut continue les activités d’évaluation des besoins tenant compte des programmes de formation déjà offerts. De nouveaux besoins sont

identifiés qui seront incorporés dans les plans nationaux suivants. Le CFC organise des cours de formation en techniques pédagogiques pour les formateurs.

Année C. Suite des activités cycliques de planification et des activités courantes de formation.

10.3. **Montage institutionnel du CFC**

Comment peut-on imaginer la création et la mise sur pied de cette organisation? Il faut dire que **ce projet** ne pourra être **implémenté qu'à travers un appui financier et technique étranger**. Par conséquent, toute la description suivante est basée sur l'hypothèse qu'une importante expertise technique étrangère serait mise à disposition.

10.3.1. **Phase 1 – Conception, appropriation et création.**

- Les concepts sur la mission, les fonctions, l'organisation, la position dans le système et les relations avec les autres parties du système ou les autres secteurs sont discutés et décidés avec les partenaires albanais.
- Elaboration de l'organigramme, description des postes. Identification des « leaders à ombre » qui seront chargés de mettre en exécution cette entreprise
- **Formulation des actes législatifs à passer au Conseil des Ministres**
- Approbation des actes. Création formelle du CFC.
- Démarrage de l'initiative. Identification de l'infrastructure qui va loger l'Institut.
- Identification et recrutement du personnel.

10.3.2. **Phase 2 – Développement des capacités**

- Formation du personnel en Albanie et à l'étranger selon les champs d'expertise requise
- Approvisionnement de documents
- Développement des capacités de chaque service, à travers la réalisation des tâches, c'est à dire :
 - i. réalisation des premières études d'évaluation des besoins (avec assistance technique étrangère);
 - ii. préparation du premier plan de formation continue
 - iii. implantation des programmes de formation
 - iv. etc.

Cette phase doit mettre en évidence les produits attendus du Centre tel que le plan national de formation (sous sa forme technique), la première étude d'évaluation des besoins, les activités gérées par le personnel du Centre. Malgré leur qualité probablement modeste, ces premiers produits vont permettre d'établir le sentiment de confiance des supérieurs et des partenaires que le Centre est finalement en vie et actif. L'assistance technique doit jouer un rôle actif pour le transfert des compétences, l'accompagnement du personnel et la participation directe à la production.

10.3.3. Phase 3 – Consolidation des capacités développées et première décentralisation.

- Consolidation des capacités développées précédemment
- Implantation des activités du plan national de formation continue
- Mise sur pied et approvisionnement du centre de documentation
- Mise sur pied des premiers bureaux régionaux et développement de l'expertise régionale (3 bureaux régionaux)

10.3.4. Phase 4 – Consolidation des compétences centrales et régionales et deuxième phase de décentralisation

- Consolidation des compétences de l'Institut
- Consolidation des compétences régionales. Activités de formation régionales
- Mise sur pied de 3 autres bureaux régionaux de l'Institut
- Evaluation des besoins de formation de groupes professionnels particuliers
- Evaluation des activités de formation
- Etc.

10.3.5. Phase 5 - Autonomie complète du CFC.

Cette phase devrait se caractériser par une réduction importante de l'assistance technique et des activités d'appui plus ponctuelle et/ou à distance.

- Nouveau plan national formulé par le staff de l'Institut
- Etudes d'évaluation des besoins produites par le personnel de l'Institut
- Gestion des activités de formation au centre et en périphérie
- Le Centre gère de façon satisfaisante

11. CONDITIONS CADRE INDISPENSABLES POUR LA REALISATION DU CENTRE DE FORMATION CONTINUE (CFC)

- 11.1. La réalisation du projet dépend **d'une série de conditions** qui vont influencer **sa réussite ou son échec**:
1. Volonté politique d'entreprendre l'initiative
 2. Volonté du gouvernement central de financer la formation continue (ce qui n'existe pas à l'heure actuelle).
 3. Complexité du projet: des projets de ce type exigent une volonté de l'organe central, une capacité d'entreprendre et de réaliser des changements complexes, un changement culturel, etc.
 4. Une bonne gestion du processus politique: créer des alliances efficaces avec les partenaires, atténuer les jalousies des parties concernées (surtout le secteur de l'éducation) ou des organisations professionnelles.
 5. Un appui financier et une assistance technique importante.
- 11.2. Cependant, il y a des **conditions qui peuvent faciliter** cette initiative :
1. Nouveau gouvernement en place
 2. Cadre politique et stratégique très favorable de la part du Ministère de la santé
 3. Intérêt particulier de la DDC pour appuyer cette initiative
- 11.3. **Mesures parallèles à la construction d'un système de formation continue.**
- Système d'accréditation du personnel en place (ou intégré avec le système de formation)
 - Mécanismes d'accréditation et de reconnaissance des certificats des différents programmes/cours/activités de formation
 - Textes législatifs nécessaires pour réglementer la fonction de la formation continue
 - i. modalités du processus de planification continue
 - ii. mise sur pied d'un Comité National de Formation Continue
 - iii. autres

12. RECOMMANDATIONS FINALES

Vu ce qui précède nous recommandons à la DDC:

- a) d'entamer les pas nécessaires pour soutenir la création d'un Centre de Formation Continue (CFC), dépendant du Ministère de la santé, avec le mandat général d'améliorer les compétences professionnelles du personnel des services de santé de l'Albanie sur la base du modèle décrit au point 6 de ce rapport.
- b) à cet effet la DDC devrait garantir un appui financier et l'expertise technique nécessaire pour assister directement les autorités albanaises dans la définition du mandat, le design de l'organisation et de la structure, la formulation des fonctions et l'opérationnalisation du centre.
- c) de poursuivre l'effort pour le financement des programmes de formation continue en planification et gestion pour les équipes de districts (Université de Montréal) et en développement des compétences pour les infirmières et sages femmes (Bon Secours) qui devraient être inclus parmi les formations prioritaires "de transition" gérés et coordonnées par le CFC (voir point 8).
- d) d'évaluer la possibilité de soutenir financièrement et techniquement la mise en œuvre d'un programme de formation continue "de rattrapage" en gestion hospitalière destiné aux directions médicales, économiques et infirmières de ces institutions (voir points 8.5 et 9.3).
- e) explorer auprès de la Banque Mondiale la disponibilité concrète à participer au financement des infrastructures logistiques et du matériel du CFC.

13. LISTE DES ANNEXES

1. Documentation consultée
2. Liste des personnes contactées en Albanie
3. Word Bank "Policy Notes for the Government of Albania: (1) Health Sector Reform" (September 2005)
4. Tableau synthétique de la formation d'une partie du personnel sanitaire en Albanie
5. Les plus importants programmes de formation continue mis à l'œuvre par des bailleurs de fonds (Albanie 1996-2005)
6. Avis juridique sur la mise en place d'un Centre de Formation Continue (CFC)
7. About the Training Institute of Public Administration (TIPA)
8. DDC. Termes de référence pour la mission de préparation de programme

ANNEXE 1

DOCUMENTATION CONSULTEE

Caritas. (2004). Improved Health Status of Lezhë District, Operation and financing proposal for the years 2005 - 2006. Final draft.

Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region CAIMED. Welfare in the Mediterranean Countries - Albania.

Conseil des Ministres République d'Albanie. (1994). Décret sur l'approbation du statut de l'Institut des Sécurités Sanitaires (Vol. 613).

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. (2002). Building a Microfinance Network in Albania - Challenges and Opportunities. Division 3110 Europe, Caucasus and Central Asia.

DEZA. (2004). Memo, HRD Centre for Continuing Education CCE.

DEZA. (2005). Centre de Formation continue en Albanie: Terme de référence pour une mission d'évaluation.

Haute Ecole de Santé Bon Secours. (2003a). Programme de coopération pour les infirmières et sages-femmes albanaises. Document de projet 5B 2003 - 2005.

Haute Ecole de Santé Bon Secours. (2003b). Programme de coopération pour les infirmières et sages-femmes albanaises. 5ème phase A et B (juin 2003 - décembre 2005). Document de projet.

Heesbeen Consulting Engineering the Netherlands, & Euro Health Group Denmark. (2004, November 2004). Concept note for Development of Business Plan for the Lezhë Hospital in Albania.

International Monetary fund Washington DC. (2004). Albania: Joint Staff Assessment of the Poverty Reduction Strategy Paper Annual Progress Report.

Jacquier, G. (2002). Réponse à l'évaluation externe.

Jacquier, G. (2003). Rapport d'activité 2002.

Jacquier, G. (2004). Rapport d'activité 2003.

Jacquier, G. (2005). Rapport d'activité 2004.

Kessler, D. (2002). Rapport sur l'atelier de planification de la 5ème phase du programme de coopération pour les infirmières et sages-femmes albanaises. KEK-CDC consultants.

Ministry of Health of Albania. (2004). The long-term strategy for the development of the Albanian health system.

Nuri, B., & Oertle, C. (2002). Evaluation externe du programme de développement pour les infirmières et sages-femmes albanaises implanté par le Bon Secours de Genève et financé par le gouvernement Suisse.

Peck, C., McCall, M., McLaren, B., & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* (320), 432-435.

State of Albania. (2002). Law: On education and professional training in the Republic of Albania (Vol. 8872).

Swiss Agency for development and collaboration (SDC). (2005). Consultancy: legal framework of Republic of Albania, to set up Centers of Continuing & Vocational Education.

UEMS. (1994). The position of the UEMS in regard to the continuing medical education of specialists. In U. e. d. m. spécialistes (Ed.): UEMS.

Union Européenne des Médecins Spécialistes UEMS. (2003). Continuing Professional Development of General Practitioners in Europe (Vol. 2003): European Union of General Practitioners.

Union Européenne des Médecins Généralistes UEMO. (2000). CPD - Continuing Professional Development of General Practitioners in Europe.

Université de Montréal. (2005). Albania. Training Program in health Planning and Management. Project document.

USAID, & Partners for Health Reform plus. (2005a). Primary Health Care Reform in Albania: A Pilot Project to Provide Evidence for Health Policy (No. End of project report).

USAID, & Partners for Health Reform plus. (2005b). Toolkits for Strengthening Primary Health Care.

World Bank. (2004, June 7-15 2004). Republic of Albania. Aide Mémoire. Draft.

World Bank. (2005). Policy notes for the government of Albania. Health Sector Reforms.

European Observatory on Health Care Systems, & Nuri, B. (2002). Health Care Systems in Transition: Albania.

Taylor, D. (2003). Health profile Albania. DFID health Systems Resource Centre.

Nuri, B., & Farcasanu, D. (2004). Albania Health sector assessment. Problems, priorities and recommendations for the Swiss agency for cooperation and development.

World Bank (September 2005) Policy Notes for the Government of Albania (10) Health Sector Reforms.

02.11.2005/bf

ANNEXE 2
LISTE DES PERSONNES CONTACTEES EN ALBANIE/PROGRAMME DES VISITES

Name	Institution
Pius Rohner	SDC
Isabelle Sorg	SDC
Edlira Muedini	SDC
Maksim Cikuli	Ministère de la Santé (MdS) Ministre de Santé
*Zamira Sinoimeri	Ministère de la Santé Vice ministre de Santé
Adriana Kumbaro	Ministère de l'Education Vice-ministre
*Auron Cara	Section Human Ressources MdS, directeur
*Sokol Dedja	Secretariat général MdS Secrétaire général
*Paskal Cullufi	Hôpital universitaire Tirana, directeur
*Fellon Meksi	Faculté de médecine, vice-doyen
*Isuf Kalo	Hôpital universitaire Centre d'accréditation, formation médicale
*Edvin Prifti	Hôpital universitaire "Madre Teresa", directeur
*Andrea Gudha	Section infirmière MdS, directeur
Chislain Jaqcuar	HES Bon Secours
At Mariano Passerini	Université Zonja Keshillit te Mire
Tritan Shehu	Directeur/ Recteur Vice-directeur
Emira Mitushi	Institute of training of Public administration (ITAP) Vice-directrice
Silva Bino	Institute of Public Health Directrice
Dine Abazi	Ordre des médecins
Halim Kosova	Hôpital universitaire Tirana, Maternité, directeur
Silva Hoxha	Infirmière chef, responsable pour la formation des infirmières et sages-femmes
Lorena Kostllari	Worldbank
Zhani Shatri	USAID
Adriana Kumbaro	Ministère d'Education, vice-ministre

* Personnes présentes lors de la réunion avec madame la vice-ministre de la santé (à l'exception de A. Cara que nous avons vu encore une deuxième fois)

October 17-21, 2005

Meeting schedules for CCE mission

TIME	Monday 17	Tuesday 18	Wednesday 19	Thursday 20	Friday 21
9.00				Institute of Public Health Silva Bino 0682209394/370058	At Mariano Passerini 250663/232038 0692179959 Univ Zonja e keshillit te mire
10.00		Meeting at MoH with the Minister Maksim Cikuli			
11.00		Meeting with the vice Min Zamira Sinoimeri and other dep. in MoH (* people at the list)		Emira Mitsuhi ITAP 271860	
12.00					Debriefing Pius, Edlira, consultants
13.00				Maternity Halim Kosova 224878 Silva Hoxha 225516	
14.00	Arrival in Tirana				Travel back
15.00		Order of Physician Dine Abazi '22 42 81		Adriana Kumbaro Deputy Minister MoES 226307-secretary	
16.00	Meeting with Pius, Isabelle, Edlira		LBS Ghislain		
17.30	Enkelejda Boci (legal expert)	USAID Zhani Shatri 266395	Auron Cara MoH	WB Lorena Kostallari 230017, 240587/88/89	

ANNEXE 3 (*DOCUMENT CONFIDENTIEL*)

POLICY NOTES FOR THE GOVERNMENT OF ALBANIA

(10) HEALTH SECTOR REFORMS

SEPTEMBER 2005

1. THE HERITAGE

1. **Albania's health care system prior to the transition was characterized by strong central government control over all aspects of the system.** Despite a widespread primary care network which had been established with a focus on antenatal care and immunization, Albania's pre-transition health care system was largely led by secondary care. The system was highly centralized, with the Ministry of Health providing and regulating all health services in the country and deciding on resource allocation and the nomination of health care staff. The construction of new facilities was favored over the maintenance and operation of existing infrastructure, which lead to considerable deterioration in facilities and equipment. Inadequate recurrent expenditures, obsolete drug therapies and outdated medical skills resulted in low quality of care and inefficient use of resources.

2. **Civil unrest and the Kosovo crisis took a heavy toll on the health care system during the 1990s.** The violence and civil unrest resulted in extensive damage to the health care infrastructure and in the disruption of essential services, including immunization, surveillance and environmental health programs, such as water quality and waste removal. Almost one third of the country's medical staff abandoned their posts during the 1997 unrest. The Kosovo crisis in 1999 put additional strains on the system, as over 4,000 refugees were admitted to hospitals, while others were provided accommodation in hospitals for want of other shelter. The crisis caused further damage, consumed a significant amount of resources and brought to a halt nascent structural reforms in the sector.

3. **A series of sectoral reforms were initiated in the mid-1990s, but limited progress has been made over the past five years in advancing these reforms.** While focusing on re-establishing services following the events of the early and mid-1990s, Government also initiated a series of reforms to begin to address some of the sector's weaknesses in the mid-1990s. The reforms included some reduction in the overextended provider network capacity, the decentralization of primary care management to district public health directorates and integration of the former with public health functions, the privatization of the pharmaceutical sector and most dental care, and the establishment of the Health Insurance Institute (HII) in view of a gradual aspired change of the health financing system. Plans were also made to substantially upgrade the quality of the primary care system through physical investments and skills upgrading. These initiatives were interrupted and limited progress has been made in most of the reform areas. Some pilot projects on the provider organization and financing front were initiated over the past four years which have yielded valuable lessons. More recently, encouraging progress has been made on pharmaceutical policy issues.

2. HEALTH OUTCOMES AND HEALTH CHALLENGES

4. Despite progress achieved, Albania's health outcomes lag behind those of other countries in the South East European Region. While all sources show an improvement in key health outcome indicators over the past decade, different data sources paint a different picture as to how well Albania is faring compared to other countries in the region. By most accounts, Albania's health outcomes compare relatively favorably to those of other lower middle income countries outside the Europe and Central Asia (ECA) Region, but not to other lower middle income countries in the South East European (SEE) Region. On the basis of official data, Albania enjoys the longest life expectancy in the Balkans -- just two years below the EU average. Other sources put Albania's life expectancy below that of all other countries in the SEE Region, and eight years below the EU average. Albania has the lowest healthy life expectancy in the SEE Region. Similarly, estimated data, which correct for expected underreporting, put Albania behind other countries in SEE regarding infant mortality.

5. Albania's demographic and epidemiological profile is changing. The relative burden of infectious diseases is decreasing while non-communicable diseases have become the leading cause of death among the adult population. Infectious diseases are still a leading cause of infant and child deaths, but they are no longer a major cause of mortality among adults. Although HIV/AIDS prevalence is reportedly still low, the risk of HIV transmission is high owing to mobility of the population and human and drug trafficking. Non-communicable diseases, mainly cardiovascular diseases and cancer, have become the leading cause of death among adults. The incidence of these diseases is expected to increase substantially as the population over 65 years of age doubles in the next 20 years. Some studies suggest that the diabetes incidence rate is higher than in many Western European countries and likely to grow substantially over the coming two decades. Among the top new health risk factors are the high tobacco consumption, the rapidly increasing rate of fatal road accidents and changing diets. The health care system is ill prepared to face the increase of non-communicable diseases and the lengthy and costly treatment associated with them.

6. Albania's health care system is ill prepared to face the growing incidence of non-communicable diseases and other new health risks. A significant portion of chronic disease conditions could be prevented through the promotion of healthy lifestyles, screening and primary and secondary preventive care measures. Increased focus on preventive health care is therefore becoming a pressing need in Albania. The capacity for health promotion and for primary and secondary prevention for cardiovascular diseases and cancer requires significant strengthening. This will require aggressive efforts to build up the capacity of primary care providers to adequately assess patient risk factors and to effectively manage the conditions of those exhibiting such risks. Concerted efforts are also required to improve Albania's health promotion capacity, so as to inform the population about new health risk factors and ways to avert them. Addressing these factors requires inter-sectoral coordination and outreach to the local community, in addition to the strengthening of the surveillance system. The Institute of Public Health is well placed to play a leading role in these efforts, but its capacity will require further strengthening and the resources allocated to public health issues, including health promotion and new public health initiatives, as well as health information, will need to be increased to allow to effectively address these issues.

3. HEALTH CARE DELIVERY

7. A review of the distribution of physical and human resource capacity in the health sector points to large variations in coverage across districts and regions. The significant internal and out-migration in Albania over the past 15 years, combined with the massive destruction of facilities during the 1990s, has left an already imbalanced health care provider network further out of line with the population's health needs. The distribution of physical and human resource capacity in the sector remains uneven across regions, as well as within regions. While substantial efforts have gone into rehabilitating primary care facilities following the widespread destruction during the early and mid-1990s, these efforts appear to have been made without any thorough analysis of population needs and the suitability of proposed facilities in a given area. Similarly, investments in hospital facilities continue to be made without a clear hospital map in mind, often leading to opportunistic investment decisions which contribute little to much needed consolidation and efficiency improvements in the sector.

8. There are marked regional imbalances in medical personnel coverage. Regional variations are highest for specialists and pharmacists and lowest, though still considerable, for primary care physicians. The relatively lower variation in general practitioner coverage appears to reflect concerted Government efforts to rebalance the ratio of general practitioners versus specialists, to substantially upgrade salaries for general practitioners, and, most importantly, to allow for considerably higher salaries for general practitioners serving in the more remote rural areas. There are also imbalances in terms of hospital versus primary care medical staff, and the ratio of doctors to nurses is high by international standards. There is considerable scope for substituting nursing time for physician time and clerical staff for nursing staff in hospitals in the medium to longer term. The skewed geographic distribution of health sector staff will need to be corrected over time as part of an overall planning exercise for health sector human resources.

9. Productivity is low, both for primary and hospital care, and it varies substantially across regions and individual facilities. Administrative data suggest that Albanians have significantly less outpatient contracts with health care providers than people from other countries in Eastern Europe and Central Asia, Latin American and the Caribbean or Western Europe. Due to low perceived quality, bypassing of primary care in favor of seeking care at polyclinics or hospital outpatient facilities is widespread even for simple conditions like a cold or a flu. This leads to low utilization of primary care facilities and extremely low productivity of primary care staff. On average, a primary care doctor sees only about eight patients per day, with marked regional variations resulting in as few as three visits per day in certain regions. Analysis of primary care activity in Tirana region further points to substantial inter-facility variation in productivity. The gatekeeper role that general practitioners (GPs) are expected to play is not functioning, even though the MoH has introduced a fee system which would require payment for care by all those who seek outpatient care directly at a polyclinic or at the hospital. The fee structure, however, is such that it provides the estimated 60% of the population without a health insurance card with little incentive to see a primary care physician, particularly if it is felt that the physician will be unable to provide the expected care. Experience in other transition countries and initial evidence from recent pilot activities in Albania suggest that productivity of primary care providers, particularly in rural areas, can substantially improve if they are provided the with skills upgrading to offer a more comprehensive population centered set of services and have access to adequate supplies and equipment.

Table 1 - Distribution of Hospitals and Utilization, by Number of Beds, 2003

Bed range	MOH Hospitals		Beds		Admissions		Bed occup rate	ALOS
	Total	In %	Total	In %	Total	In %		
< 49 beds	11	23.9%	331	3.7%	5,392	2.0%	26.7%	6.7
50 – 99	9	19.6%	728	8.0%	16,000	6.0%	34.5%	5.6
100 -199	10	21.7%	1,386	15.3%	44,438	16.5%	47.8%	5.9
200 - 299	7	15.2%	1,774	19.6%	59,064	22.0%	67.5%	35.8 (*)
300 - 399	3	6.5%	1,072	11.8%	27,331	10.2%	53.5%	76.0 (*)
400 - 499	3	6.5%	1,236	13.7%	37,232	13.9%	39.0%	4.8
500 - 599	2	4.3%	1,099	12.1%	27,459	10.2%	48.3%	7.3
1000+	1	2.2%	1,423	15.7%	51,609	19.2%	74.4%	7.5
Total	46	100%	9,049	100%	268,525	100%	53.6%	6.7

Source: Ministry of Health Albania. Albania Health Indicators for Years 1993-2003. Note: (*) includes psychiatric hospitals with each having ALOS of more than 100 days

10. A large number of small hospitals with low utilization and occupancy rates point to a sub-optimal hospital structure. While low compared to European averages, Albania's hospital capacity (3.03 beds per 1,000 population) compares favorably to that of many other lower middle income countries and is similar to that of Spain and Turkey. However, the configuration of the hospital network points to large inefficiencies. Over 60% of Albania's hospitals are too small to exploit scale economies in the general acute care hospital setting. 30 out of 46 hospitals have less than 200 beds and jointly account for only one quarter of all hospital admissions, while they continue to consume a considerable amount of scarce resources. Low admission and occupancy rates lead to high staff per occupied bed ratios in the smaller hospitals and raise serious concerns about fixed costs, ineffective utilization of limited resources and quality assurance. Several hospitals exhibit an oversupply of identical departments that could be merged, thus allowing for substantial efficiency gains. Hospital managers have neither incentives nor authority to undertake changes to improve the efficiency and quality of their operation.

11. The quality of health care is low, particularly at the primary care level. The substantial amount of primary care bypassing and qualitative surveys point to serious deficiencies in the quality of care, particularly at the primary care level. Quality of care standards and standard treatment protocols have not been developed and adopted for outpatient care and providers do not have an established system for continuous quality improvement. The current incentive framework for providers gives no importance to quality of care. Quality issues identified by focus group participants and other surveys include low skills of medical staff, the lack of drugs, supplies and equipment, poor infrastructure, limited scope of services provided at PHC facilities, and the level of quality being conditional upon the informal amount a patient is willing to pay. Household survey data suggest that bypassing of primary care is more prevalent among the rural population and low income groups, although seeking care at a higher end facility results in higher out-of-pocket payments and longer

travel times. This suggests that the quality and scope of service delivery in primary care facilities in rural and peri-urban areas with a high concentration of poor households is of particular concern.

12. A recent survey on reproductive health found that the quality and coverage of prenatal care is of serious concern and ranks among the lowest in the ECA Region.

The survey found that while officially reported coverage of prenatal care is high, one in five women who gave birth between 1997 and 2002 did not have any prenatal care. This is one of the highest ratios in the ECA Region, and is similar to Central Asia. The survey also showed that 70% of pre-natal care provided was inadequate and that only one in five women had any postnatal follow-up. Although regional data on infant mortality are of questionable reliability, there are indications that mortality rates are higher in the poorest mountainous regions. Improvements in the quality of prenatal and obstetrical care will need to be given higher priority, particularly in the more disadvantaged regions, if Albania strives to move closer towards European averages for maternal and child health outcomes

13. Health personnel in Albania continue to remain isolated and lack in-service training to upgrade their skills. At the same time, they are often over-specialized for the type of population centered medicine needed to ensure that people can obtain comprehensive service at the primary care level. The limited efforts to strengthen clinical skills of primary care providers to date have been uncoordinated and dispersed. Albania's primary care physician and nurses have insufficient knowledge about the prevention, detection and management of non communicable diseases and of other growing health risks such as HIV/AIDs. There is also a need to carefully review and determine the scope of services which primary care providers can offer and ensure improved management of patient pathways.

14. Quality improvement is a core objective of the Government's long term health sector strategy¹. Albania has already undertaken substantial work on the establishment of quality standards for hospitals and strives to establish a hospital accreditation system. A set of quality standards covering the main domains of hospital functioning are currently being pilot tested. However, before a final decision on the appropriate mechanism to ensure quality control in the Albanian context is taken, it should be further assessed whether the financial and human resource capacity to support an accreditation system are available. Introduction of a quality improvement system will require a multi-pronged approach involving facilities managers, designated facilities staff, external surveyors and the health insurance institute as the agency which will purchase health services. It will also require awareness raising about the importance of continuous quality improvement among the medical profession as well as the wider population. Efforts at establishing and implementing standards will need to be complemented by skills upgrading of health care professionals.

15. Although the private sector is still relatively small, its importance in providing outpatient services is growing. Dental care and the pharmaceutical sector are largely privatized. The provision of other health care is still dominated by public providers, but the importance of the private sector is growing in the areas of diagnostics and outpatient services. While public sector physicians and nurses are not allowed to operate in private practice, (with the exception of university professors), anecdotal evidence suggests that the incidence of private care provided by publicly employed physicians may be growing. 2004 household survey data found that somewhat over 10% of those who sought outpatient care

¹ Government of Albania, Long Term Strategy for the Development of the Albanian Health System, July 2004. This document is referred to as the long term health sector strategy in this note.

did so from a private provider, although official statistics point to only 626 private outpatient doctor's offices and 907 licensed private physicians, compared to over 2,100 public outpatient facilities with over 10,000 medical staff. As the economy grows and the health system develops, private providers will invariably become more important players. The Government's long term health sector strategy foresees that much of primary care would in the medium to long term be provided through independent primary care physicians or groups of independent physicians. Yet, an adequate regulatory framework and effective system of safety and quality regulation and inspection have not yet been developed.

16. Substantial steps have been taken to improve transparency along the pharmaceuticals distribution chain and to institute cost containment on HII reimbursed prescription drugs and hospital drugs. A new drugs law, enacted in 2005, simplifies the registration of new drugs but raises the bar in terms of quality standards, requiring approval in a major foreign market before a drug can be marketed in Albania. Local manufacturers have to adhere to European standards for Good Manufacturing Practice within two years. Irregularities in the distribution network are being addressed by a sticker system for legally marketed drugs. Competitive tendering for hospital drugs has resulted in substantial cost savings and problems in the distribution to hospitals have been addressed through contracting with a private distributor, cutting back theft and diversion and leading to significant savings. Price negotiations for innovative drugs reimbursed by HII, an internal reference pricing system for generic drugs and informal budgets for prescribing physicians have been introduced to contain the rapidly increasing expenditures on prescription drugs. Remaining challenges include the need for further cost containment as the HII beneficiary population expands, the need to strengthen quality control in the market, the need for increased transparency of various commissions that make decisions affecting the pharmaceutical market and the need to further review the margins on drugs to encourage consolidation of a fragmented wholesaling and distribution system.

4. FINANCING HEALTH CARE

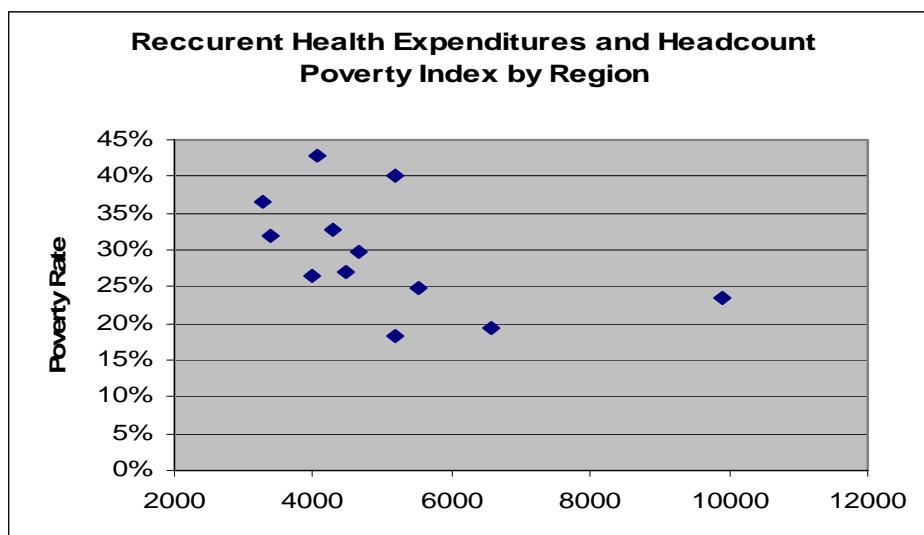
17. The 6% of GDP which Albania spends on health care is in line with the average for lower middle income countries, but Albania's public sector contributes a below average share to these expenditures. As a result of low public sector spending, out of pocket expenditures at the point of service account for almost 60% of sectoral funding. The high level of direct household spending signifies that the existing health financing system offers limited protection for the population against catastrophic illness or injury and allows for little redistribution of resources to protect the most vulnerable groups from health shocks. Although health insurance is mandatory, household survey data suggest that only between 40-45% of the population do in deed have a health insurance license and thus benefit from coverage. As is to be expected in a country with a large informal labor market, the coverage is significantly higher among the urban population and the upper income groups. Active contributors account for less than one third of the active labor force, pointing to large contribution evasion.

18. The high share of out of pocket payments at the point of service and outside an overall health finance framework creates serious inequities in access, has a considerable poverty impact and limits effectiveness of the Government's sectoral stewardship. Lower income households exhibit a significantly higher likelihood of incurring catastrophic health care expenditures than better off households, with the average out of pocket expenditures for one episode of outpatient care amounting to 50% of the average

monthly per capita expenditure of the lowest consumption quintile. Although the law provides for free inpatient care, survey data suggests that essentially everybody who is hospitalized incurs substantial costs and that informal payments account for at least one quarter of these costs. Average outlays for hospital care amount to four times the monthly per capita expenditure of the lowest consumption quintile. The likelihood of paying for health care and the absolute amounts paid are lowest in Tirana and highest in the mountainous regions, pointing towards inequities which are of particular concern given the high incidence of poverty in those regions. Household survey data suggests that income and insurance coverage are important determinants of seeking health care, despite the fact that insurance benefits are limited to primary care and drugs benefits only.

19. The continued fragmentation of the health finance system and at times unclear assignment of financing responsibilities have resulted in a lack of accountability for sectoral performance in general and individual providers' performance in particular. The health finance system is fragmented with the MoH paying for hospital care, non-physician salaries and at times other operating costs for primary care, while HII pays for salaries of primary care physicians, prescription drugs and high end diagnostics. Financing responsibilities have changed repeatedly over the past several years, with local governments at times expected to cover operating costs for primary care. As a result of dispersed funding sources, the lines of accountability are unclear, particularly at primary care level. The introduction of user fees for outpatient care for those not covered by health insurance or those who circumvent primary care has not been applied evenly and tended to create uncertainty among providers and patients, leaving ample room for abuse. While informal payments are relatively modest for outpatient care, they are widespread and substantial for inpatient care. Input based financing gives providers no incentive to improve quality or efficiency and has led to skewed geographic allocation of resources. The geographic imbalance in the provider network and human resource base, combined with uneven access to health insurance, have resulted in highly unequal distribution of public sector expenditure for health care, with regions with the highest poverty incidence generally receiving the least amount of public expenditure on health per capita as demonstrated in figure 1 below.

Figure 1 – Recurrent Health Care Expenditures and Headcount Poverty Index by Region



5. IMPROVING THE HEALTH SECTOR'S ABILITY TO MEET THE POPULATION'S CHANGING HEALTH NEEDS

20. To consolidate achievements in health outcomes, establish capacity to effectively address new health needs and better protect low income groups from health risks, fundamental and systemic changes in the way health care is financed, delivered and organized will be required. These can best be summarized around three core pillars: (i) more efficient resource mobilization and allocation; (ii) improvements in service delivery quality; (iii) improvements in sectoral management and stewardship.

21. Pool all public sector resources under one funding agency. To improve efficiency in resource mobilization and allocation and ensure maximum accountability of the funding agency and providers, all public sector resources, meaning budgetary funds and health insurance funds, should be pooled and channeled through one agency (the Health Insurance Institute) which will then purchase health care on behalf of Albania's population from health care providers. Pre-conditions for successful expansion of a payroll tax based social insurance system are not met in Albania. Preconditions include a large formal labor market, strong administrative capacity for contribution collection, good regulatory and oversight structures and strong economic growth. If these conditions are not met, and they rarely are in middle income countries, payroll tax based social insurance results in substantial inequity in access to health care, a problem which Albania is already beginning to face.

22. Rely on general taxation rather than payroll tax contributions as the main source of public funding for health care. This note recommends that Albania consider phasing out the current 3.4% payroll tax contribution for health insurance and shift entirely to general taxation as a public source of funding health care, fiscal space permitting. Currently, only 7% of public sector spending on health come from non-budgetary contributions to HII, this amounts to only 0.2% of GDP and could be absorbed by the general budget over the next few years. A second best solution would be to maintain, but not increase, the current health insurance contribution rate, pool contributions with general revenues under the Health Insurance Institute (HII) and introduce a two tiered benefits package. However, this solution would administratively prove substantially more demanding. In view of HII's limited administrative capacity, it would appear more prudent to focus on building up HII's capacity on the purchasing side and rely exclusively on a general revenue financed system in the years to come.

23. Clearly define the health care benefits which will be made available from public funds and introduce co-payments for a wider range of services, including inpatient care. The amount of public sector funding for health care will invariably remain limited. To increase transparency, enhance provider accountability and improve equity in access, it is necessary to clearly spell out what services the population is entitled to receive free of charge from public providers, what services will require a co-payment from the patient and for what services the population must pay in full. The limited amount of public sector resources available in the medium term will require that co-payments for most care be substantial and some high end procedures be excluded from public funding. In view of the currently low consumption of primary care and its potential cost effectiveness, co-payments for such care should remain relatively low, while substantially higher co-payments could be introduced for higher order care, with hefty supplements for those who self-refer to higher order care. Protection mechanisms should be put in place to mitigate against the impact of the out-of-pocket payments for low income groups. This could take the form of co-payment

limits for social assistance recipients or alternatively selected target groups using proxy means indicators. The high poverty impact of out-of-pocket drugs expenditures suggests that low income groups should eventually be accorded limited drugs benefits. If funding is purely general revenue based, this would essentially mean that a single basic benefits package be introduced for all, with limits on co-payments and limited drugs benefits for low income groups and possible drugs benefits for other target groups. If the funding remains two tiered (e.g. general revenues, plus payroll tax based contribution) general revenues would provide for a basic package for all, with expanded benefits for low income groups commensurate to those received by HII contributors.

24. Combine the introduction of increased co-payments with broad based action to root out informal payments. Informal payments create a substantial burden on those who seek care, both financially and through the uncertainty which they create. Furthermore, these funds remain completely outside the managerial control of the health system. The objective of introducing broader co-payments would be to formalize these payments, rather than to increase the already high out of pocket payments. Therefore the introduction of wider formal co-payments must be combined with aggressive efforts to curb informal payments, through public awareness raising campaigns, allowing providers to allocate a substantial amount of co-payments collected towards performance based salary supplements, introduction of patient complaint mechanisms and prosecution of gross violators. Evidence from other countries suggests that combining such efforts with the introduction of formal co-payments does allow for reduction in informal payments. In the medium term, further revisions to the medical staff remuneration system will also be required, but these could be undertaken within the overall framework of changes to provider payments. Given the prevalence of informal payments in hospitals, it is advisable that efforts first focus on reducing informal payments there.

25. Increase resource allocation for public health and health information. The health care system remains skewed towards clinical care, while public health initiatives remain underdeveloped and under funded. The increasing burden of non-communicable diseases and the new health risk factors call for increased emphasis on health promotion and public health initiatives. Furthermore, the analysis of epidemiological trends in Albania is severely compromised by the availability and reliability of data. Incomplete and inadequate data can not form the basis of effective policy. It poses the risk of distorted emphasis and attention. This is an area which has not received sufficient attention over the past. The Institute of Public Health (IPH) has a good basis and would be a natural body to assume responsibility for the collection and analysis of routine health information as well as increased focused research efforts. Similarly, IPH has a good basis and would be the natural locus for increased efforts in health promotion and public health initiatives. However, IPH can only effectively carry out these tasks if more resources are allocated towards health promotion, new public health initiatives and health information and its capacity is further strengthened.

26. In the medium term, shift to a population based regional allocation of health sector funds. The current system of allocating funds merely based on existing infrastructure and human resources results in inequitable allocation of resources and gives health care providers no incentive to improve performance and efficiency. Therefore, as Albania introduces changes in the way providers will be financed and further streamlines the provider network, it may want to move toward a system where resources are allocated regionally on a risk adjusted capitation basis, with adjustment factors taking account of demographic and socio-economic factors.

27. In the medium term, improve the balance between public and private spending on health care to enhance the population's protection from health shocks. Albania spends about 6% of GDP on health care. While this is less than most ECA countries spend, it is about on par with the average for lower middle income countries. However, Albania's share of public sector spending in total sectoral spending (38%) is below the average of lower middle income countries (45%) and substantially below the average of upper middle income countries (58%). Over time, Albania may wish to improve the balance between public and private funding, by gradually increasing the share of public funding. An increase in the share of public funding could be linked to the expansion of the publicly provided benefits package. The high share of private out-of-pocket funding creates serious inequities in access, has a considerable poverty impact and limits the effectiveness of the Government's sectoral stewardship. However, any increase in public funding should be closely linked to fundamental reforms in the way resources are allocated and utilized.

28. Finalize and use the hospital map as an instrument to guide any future investment in the hospital infrastructure. The large number of small hospitals with low utilization rates and poor physical conditions, overall low hospital occupancy rates and the continued indecisiveness about which hospitals should expand their capacity to serve as regional hospitals call for a careful evaluation of the country's hospital infrastructure. In view of the substantial remaining investment needs in the hospital sector, there is a critical need to finalize the hospital map based on efficiency, quality assurance and accessibility considerations and then utilize this map to guide further investments in the sector. While the poor quality of the road network may not allow for highest optimization of the hospital network in the medium term, there is nevertheless a need to consolidate those facilities which are rarely utilized, but continue to consume a substantial amount of resources. Options to better organize the multiple departments with the same profile across a relatively small catchment area or at times even within the same hospital should also be explored. The decision to establish a regional hospital that would provide a substantial range of services in each of the 12 regional prefectures also deserves further consideration, in view of Albania's limited resources to maintaining such a network.

29. Develop regional primary health care plans. The overall low but largely varying productivity of primary care providers calls for an evaluation of current PHC planning standards and the revision of the scope of services which GPs and PHC facilities can provide.

30. Improvements in service delivery will require action on four fronts: (i) upgrading the clinical effectiveness, (ii) changing the incentive framework for providers and, (iii) establishing a quality assurance system and, (iv) further consolidating reforms in the pharmaceutical sector.

31. Consolidate pilot efforts to improve clinical effectiveness and quality of care. Pilot efforts to develop clinical guidelines, to train primary care providers in their use and to introduce quality improvement and case management processes at provider level, appear to have yielded promising results, as demonstrated by lower bypass rates and an increase in visits to concerned primary care facilities. These efforts should now be taken a step further by institutionalizing the development and adoption of treatment and prescribing guidelines, establishing a national in-service training program for physicians and nurses and developing and implementing a training program. The latter could initially focus on providing primary care staff with the skills necessary to better meet the population's demand for health care. While there clearly also is a need to improve the skills of outpatient specialist and hospital physicians, the substantial amount of primary care bypassing and the need to strengthen

capacity for health promotion and primary and secondary prevention for non-communicable diseases make skills improvement at the primary care level a first priority. However, efforts to strengthen the clinical skills of providers are unlikely to reap the desired results unless they are accompanied by changes in the incentive system.

32. Shift from input based financing of health care providers to performance based payments. Under the current input based financing system providers have no incentives to increase efficiency and improve quality and quantity of care. It is therefore suggested that the payments for providers be changed to a performance based system by means of having HII contract with providers for a defined bundle of services. Experience in other transition economies as well as OECD countries suggests that capitation based payments (with possible performance supplements) for primary care and global budgets with case mix adjusters may present a good basis for such changes in Albania. It would, however, be critical that capitation payments (or a variant theory) for primary care include the full cost of providing care (including operating costs and allowance for equipment depreciation) and be based on actual enrollment of patients with a particular doctor or facility. The development of global budgets for hospital providers would need to occur gradually. The introduction of case mix adjusters would be conditional upon provider information systems becoming more developed so that they can provide the necessary data on the financial and clinical performance of facilities and, ultimately, of facility departments. Work in this respect could build on the achievements to date at Durres hospital. However, such changes can only be expected to lead to desired provider behavioral changes if they are complemented by organizational changes which give providers increased managerial autonomy and by efforts to strengthen the quality of care.

33. Establish a quality assurance system. Ongoing efforts to establish hospital quality standards should continue, in parallel with the development of quality standards for primary care. Standards should cover clinical care, administrative and financial services, as well as facilities and equipment. The feasibility of establishing an accreditation system deserves further review on fiscal sustainability grounds. As a first priority, the provider licensing system would benefit from substantial strengthening so that it can serve as an instrument to ensure higher quality of care. This would require development of new licensing standards and development of capacity in MoH to enforce these standards. Physician licenses could be rendered more meaningful if they were subject to periodic renewal (re-licensing) conditional upon completion of continuing education requirements.

34. Consolidate reforms in the pharmaceutical sector. The possible expansion of drugs benefits to a wider population group, together with stricter registration requirements for generic drugs, are likely to put additional pressure on drug expenditures. Steps will therefore need to be taken to ensure cost containment. This will require keeping a close watch on prescription patterns, reviewing the co-payments structure and co-payment exemption policy, tightening the positive list of reimbursable drugs and introducing an indication reference group based reimbursement system for innovative drugs. A review of the positive drugs list and co-payment policies could take place within the framework of the overall definition of the publicly financed benefits package. In the medium term, the structure and level of margins for distributors and pharmacists deserve further review. Current margins are relatively high and do not encourage consolidation of the fragmented distribution system. The composition and modus operandi of the main commissions dealing with registration, reimbursement of drugs and licensing of professionals would benefit from further review to rule out conflict of interest and to increase the transparency of their decision making. The capacity for quality assurance needs to be strengthened to avert wide spread perception of

the low quality of many generic drugs. In the absence of local laboratory capacity, this service could be contracted from a qualified international laboratory, but a rigorous system of random sampling at customs and in retail pharmacies, combined with public information about potential quality violations and decisive action against violators will need to be established.

35. The roles and responsibilities of all core actors in the sector need to be clearly defined and accountability mechanisms established. Accountability in Albania's health sector is weak due to unclear definition of responsibilities, lack of proper performance standards and monitoring tools and insufficient integration of feedback from stakeholders into policy formulation and decision making. The Government's long term health sector strategy and the reforms proposed here entail substantial changes in the roles and responsibilities of various actors in the sector. The MoH would assume a policy making and stewardship role and increasingly withdraw from service provision and financing of health care. The HII would assume full responsibility for financing of health care, channeling the Government's health budget to health care providers by contracting them to offer a defined set of services to the population against an established price. Service providers would be given increased autonomy to decide how to most effectively produce these services and their performance would be evaluated against an established set of performance standards. These changes require a supportive legislative framework, establishment of performance standards and monitoring tools and most of all a clear definition of each actor's functions and responsibilities. They would also require substantial stakeholder consultation to ensure broad based support for the proposed changes and adequate capacity building at MoH, HII and provider level.

36. The potential role of regional health authorities needs to be reviewed in light of the pilot experience gained in Tirana and a decision needs to be made about the future of regional health authorities in Albania. The Tirana Regional Health Authority (TRHA) was established in the Tirana region as a pilot experiment with the objective to consolidate previously dispersed public health, health planning and health management functions under one umbrella and optimize service delivery in the Tirana region. The experiment did not reach its expected results for a variety of reasons. The effectiveness of RHAs stems mainly from their ability to allocate the available funding amongst service providers in a region and make the necessary trade-offs to improve the overall quality and access to patient care. This, however, requires that RHAs be granted full autonomy to make such decisions and calls for highly skilled managerial talent to prepare for, propose and subsequently execute such decisions. The experience in Tirana suggests that the required skills may be difficult to find in Albania, and that there is a continuous danger that MoH retains decision rights, thus obviating potential benefits of RHAs. If these conditions are not met, it is unlikely that the benefits of the RHA approach outweigh the costs in terms of an additional layer of management and decision-making, and especially in terms of the use of scarce managerial talent. This would suggest that the direct purchasing model, whereby HII would contract individual providers or groups of providers directly may be a more appropriate solution to consider for Albania and that the further expansion of RHAs should be carefully revisited. Therefore, it is recommended that the Government commission an external evaluation of the TRHA pilot as a basis for a decision about the role of RHAs in Albania in general and TRHA in particular. TRHA was conceived as a pilot and therefore calls for careful evaluation and corrective action based on the evaluation results.

37. Organization and Management of Primary Care Providers. The Government's long term health sector strategy envisages that primary care will eventually be provided

through independently contracted general practitioners or groups of such practitioners. While this is the model which many ECA countries have adopted, it would be important to carefully evaluate the feasibility of such arrangements for primary care provided in rural areas. Alternative set-ups to consider for rural areas might be community based health organizations or affiliation of rural health care providers with urban providers under an umbrella contract with HII. To this effect stakeholder consultations with providers in rural areas might be carried out and the feasibility of various organizational arrangements in the Albanian context further evaluated.

38. Increasing autonomy for hospitals. The Government's long term health sector strategy and proposed amendments to the hospital law foresee that hospital providers will become autonomous non-budgetary not for profit public organizations governed by a board, while the MOH will retain the right to appoint the hospital director. This points to inherent conflict between granting providers increased autonomy under the governance of their boards and MOH's reluctance to withdraw from service delivery. It also points to a need to further evaluate the proposed governance structures for autonomous hospitals. Increasing autonomy of hospitals will require substantial capacity building both of hospital managers and of the governing board members and important decisions will need to be taken about the extent of autonomy which such institutions will be granted. In the medium term, granting hospitals full autonomy, including over decisions of the desired profile, scope of services to be provided and large investments is not advisable in the Albanian context. Similarly, it is not advisable in the medium term to grant hospitals full financial autonomy to the extent of letting them borrow commercially for investments. On the other hand, as provider management capacity increases, providers could be granted increased autonomy over human and financial resource allocation within a given budget, including staffing positions and salaries, and they could be given the right to decide on the utilization of potential savings achieved under HII contracts.

39. Population Feedback and Community Participation. To date, both community participation in the health sector and seeking direct feedback from the population on sectoral performance have been largely neglected. Local authorities and community representatives can play an important role in ensuring accountability of providers through, for example, representation on provider governing boards and through participation in local or national sectoral performance reviews. To the extent that the reforms will be implemented gradually on a regional basis, the Government may wish to institute regular stakeholder consultations and sectoral performance discussions with the involvement of sectoral and community representatives. Sectoral performance targets for the region could be established, monitoring mechanisms agreed upon and outcomes subsequently reviewed on a regular basis. Targets could include provider performance indicators, health outcomes, and the extent of financial protection of low income groups. Similarly, feedback mechanisms from users of health services, particularly as the reforms begin to take hold, will be of critical importance to gauge the success of such reforms. In the short and medium run this would require specific efforts to gain such feedback through patient satisfaction surveys, possible report card systems as they have been introduced by Tirana Municipality, focus group discussions, provider utilization surveys and the establishments of patient complaint mechanisms. In the longer run, more organized feedback through patient right organizations or similar set-ups might take hold.

6. IMPLEMENTATION

40. The changes in the organization and financing of health care will require a gradual introduction and careful preparation and capacity building of health care providers, HII, and MOH to ensure that they are ready to assume their increased responsibilities. Fundamental decisions on the legal status, organizational arrangements, governance structures and extent of autonomy for health care providers will need to be taken before such changes can be introduced. Provider accounting systems need to be strengthened, performance standards established and adequate provider reporting and information systems introduced to allow for appropriate performance monitoring and transparency. Provider management capacity will need to be developed and payment reforms will need to be coordinated with efforts to improve the quality of care to enhance payment mechanisms' incentives for behavioral change on the provider as well as the patients' side. Therefore, it is proposed that the Government consider implementing reforms in a phased approach. The first phase would be a preparatory phase which would involve deciding on provider organization and governance structures, developing appropriate accountability and reporting mechanisms, developing and costing out the benefits package to be made available from public funding, enhancing the legislative framework to support the changes, and establish training programs in provider management and clinical skills upgrading. The second phase would introduce changes in provider organization and financing in two regions in parallel with upgrading of clinical and managerial skills, expanding on going initiatives in Durres and one of the regions where USAID support has been paving the ground for improved provider performance management and clinical upgrading. Based on results from the second phase, the initiative could be expanded to three or four additional regions and finally during a subsequent phase to the remaining regions. In parallel, the capacity of IPH to assume increased responsibilities in health promotion, health information and health intelligence and new public health initiatives would strengthened to ensure that it can assume these important new functions effectively.

ANNEXE 4

TABLEAU SYNTHETIQUE DE LA FORMATION D'UNE PARTIE DU PERSONNEL SANITAIRE EN ALBANIE^(*)

Catégories du personnel	Formation de Base	Formation post-graduée	Formation Continue et Recyclage
Médecins spécialistes	++ ou +++ (1)	+++	+ à +++
Médecins de famille	++ ou +++ (1)	Depuis 1996	+ (une minorité)
- Méd. de famille jeunes	+++	++ (2)	?
- Méd. de Famille (la majorité)	++	Pas du tout	+ (une minorité)
Infirmières	+ à +++	N'existe pas	embryonnaire
- Inf. jeunes	+++	N'existe pas	+
- Inf. (les autres)	+	N'existe pas	+
Personnel de Santé Publique	+++	+	+ à +++
Gestion/administration	N'existe pas	N'existe pas	+
- Gestionnaires des hôpitaux	N'existe pas (3)	N'existe pas	+ (?) (4)
- Gestionnaires des districts et des régions	N'existe pas	N'existe pas	++ (5)
Infirm. chefs des services	+	N'existe pas	++ (6)

- (1) Les médecins spécialistes et les médecins de famille ont en général une formation de 5 ans. La formation de base de 6 ans a été introduit au milieu des années '90
- (2) La formation post-graduée des médecins de famille a été lancé en 1996 et le programme est en train de se consolider
- (3) La profession de gestionnaire d'hôpital n'existe pas en Albanie. Les directeurs des hôpitaux sont tous des médecins, nommés à la base des affiliations politiques et/ou capacités professionnelles et humaines
- (4) Peu de programmes de formation de courte durée ont été réalisés pour les gestionnaires des hôpitaux , surtout par les bailleurs de fonds
- (5) Le cours de formation en Planification et Gestion de l'Université de Montréal a formé environ 80 personnes dans un programme d'une durée de 5 mois
- (6) Le programme de formation implanté par l'école Le Bon Secours a formé un nombre important d'infirmières/chef des services hospitaliers (180).

(*) Les différents types de formation sont classifiées à travers des +. Un + signifie que seulement une petit nombre de personnes est formées ou que la qualité de cette formation est faible. +++ signifient que tous les membres de cette catégories ou la majorité ont réalisé ce type de formation et que ce type de formation est consolidé.

ANNEXE 5

LES PLUS IMPORTANTS PROGRAMMES DE FORMATION CONTINUE MIS A L'OEUVRE PAR LES BAILLEURS DE FONDS ALBANIE 1994 - 2005

Cette fiche contient des informations sur les programmes de formation plus importants qui ont été dispensés dans le domaine de la santé en Albanie pendant la décennie 1994 – 2005. Cette fiche n'a pas pour ambition d'être exhaustive et il se peut que certaines activités de formation assistées par des bailleurs de fonds n'y soient pas incluses.

- 1. Programme de formation en Planification et Gestion pour l'équipe de santé de districts.** L'Université de Montréal (UdeM) en collaboration avec le Ministère de Santé, l'Institut de Santé Publique et la Faculté de Médecine de Tirana ont organisé un programme important de formation en planification et gestion sanitaire, ayant comme point focal les soins de santé primaires. Ce programme de 5 mois a été dispensé à trois reprises, respectivement dans les périodes mars-juillet 2000, octobre 2000 – février 2001 et avril – octobre 2002 avec l'appui financier de la Banque Mondiale (2 cours) et de la Coopération Suisse (le dernier cours). Les cours ont été donnés à l'Institut de Santé Publique, qui était le principal partenaire de l'UdeM pour cette activité. Le programme est donné par des cadres albanais et tous le matériel de formation est présenté en albanais.

Le contenu de ce programme de formation est orienté vers les techniques de planification et de gestion des services sanitaires au niveau du district. Le but de ce programme était d'accroître les capacités de planification et gestion au niveau du district en appui à un processus de prise de décision et de gestion des ressources plus décentralisé. Le programme visait surtout les membres des équipes sanitaires des districts mais aussi des employés du ministère de la santé. Environ 80 personnes ont été formées pendant l'implantation des ces trois programmes, y compris tous les directeurs sanitaires des districts et une partie des membres de leurs équipes.

Dans la période 2003-2004, l'Agence Canadienne pour le Développement International a financé l'évaluation de ce programme et sa révision. Présentement, la Coopération Suisse (DDC) est en train de financer la nouvelle série (2005-2008) de formation en planification et gestion, avec un programme révisé et plus étendu (6 mois).

- 2. Formation continue des infirmières et sages-femmes et activités de l'École Le Bon Secours.**

La DDC finance le plus gros programme formation continue dans le système sanitaire albanais. Ce programme a commencé en 1993 par un financement de la ville de Genève, et s'est poursuivi dès 1994 jusqu'à présent par un appui financier de la DDC. Le programme envisage entre autre, l'amélioration de la gestion des unités de soins et le renforcement du rôle des infirmières dans l'organisation des unités de soins à travers la stratégie suivante : une formation en gestion nommée « Gestion niveau1, (G1) » et une formation post-grade supérieure de personnes choisies en France ou en Suisse. Une formation de praticiens formateurs a également été mise en place, 97 personnes ont été formées. (Jusqu'en 2003, cette stratégie comprenait également la formation de formateurs en soins infirmiers dans les principales écoles du pays, 47 personnes ont été formées).

Depuis le début du projet ce programme G1 a réussi à former 180 infirmières et sages-femmes, en Albanie, et à envoyer à l'étranger, 11 infirmières, sages-femmes et

(*) Les différents types de formation sont classifiées à travers des +. Un + signifie que seulement une petit nombre de personnes est formées ou que la qualité de cette formation est faible. +++ signifient que tous les membres de cette catégories ou la majorité ont réalisé ce type de formation et que ce type de formation est consolidé.

formateurs pour suivre une formation supérieure post-diplôme. Au début, les formations ont été dispensées par des enseignantes suisses, mais depuis quatre ans ces 11 personnes formées à l'étranger ont été impliquées comme formateurs. Actuellement, ces dernières prennent en charge tout le programme (10 modules théoriques sur une année et des travaux pratiques qui introduisent des améliorations dans les services de soins). Le projet travaille actuellement avec les régions de Tirana, Korça, Vlora, Lehza et Shkodra.

3. **Formation continue pour les infirmières et les activités du centre DOKITA.** Ce cours est offert sous l'égide de l'Institut de Spécialisation des Professions Sanitaires « Padre Luigi Monti ». Il s'agit d'un programme de formation de 7 mois destiné aux infirmiers/chefs des services sanitaires et hospitaliers (Abilitazione Funzioni Direttive). Ce programme forme chaque année environ 25 infirmières et les cours sont donnés en deux langues par des professeurs italiens et/ou albanais.
4. **Formation continue pour les médecins de famille et les infirmières de soins de santé primaires (SSP) financé par le programme PHARE.** Ce programme a été réalisé au milieu des années '90 et a bénéficié d'un financement important (quelques millions de dollars US) de l'Union Européenne à travers le programme PHARE. Il s'agissait d'une initiative de formation continue pour le personnel des soins de santé primaire composée de deux programmes de formation séparés: un programme de 3 mois pour les généralistes et un deuxième programme de 6 semaines pour les infirmières des SSP. Le projet a été mis à l'œuvre avec beaucoup de succès mais les événements de 1997 ont dévié l'attention des bailleurs de fonds européens sur d'autres secteurs et domaines, ne considérant plus la santé comme un secteur prioritaire. Le programme de formation continue du personnel des SSP a été conclu et il n'a pas pu être continué par le Gouvernement albanais.
5. **Programme de formation continue pour les généralistes dispensé par PHRplus (USA) et PRIME (UK).** Ce programme de formation était financé par USAID et a été implanté dans la période janvier 2003 – février 2005. Même si le programme était concentré dans la région de Berat, il envisageait à tirer des leçons qui pourraient être appliqués à l'échelle du pays. La formation était basée sur un programme étalé sur 10 mois et qui consistait en 150 heures dispensées à travers 24 séances à Berat et quatre semaines à temps plein dans une clinique universitaire à Tirana. Le staff du Département de Médecine de Famille et les experts de l'organisation non gouvernementale PRIME ont développé le curriculum et ont assuré la dispensation de cette formation clinique. L'essence du programme était l'apprentissage des connaissances et des compétences du guide de la pratique clinique formulé avec l'assistance technique de PHRplus. 70 médecins généralistes de la région de Berat ont été formés dans ce programme de formation. Il est intéressant de savoir que PHRplus a offert au ministère de santé un scénario de réPLICATION de ce programme partout dans le pays, y compris une estimation des coûts pour la formation de tous les médecins généralistes d'ici 5 ans. Le toolkit du contenu de ce programme élaboré par les assistants technique de PRIME est disponible et prêt à être répliqué partout en Albanie. USAID va élargir ce programme à trois autres régions du pays et le financement est assuré pour les prochains 3 ans.
6. **Programme de formation continue pour les infirmières dispensé par PHRplus.** Environ 40 infirmières provenant des centres sanitaires pilotes de la région de Berat ont participé dans des séances de formation continue organisées sur 21 journées complètes de formation, pendant la période mai – octobre 2003. Une évaluation a montré que l'amélioration des connaissances de ces infirmières est passée d'un résultat d'un taux 40% avant la formation à 84% après le programme. Le contenu de ce

programme aussi (le toolkit de formation) a été mis à disposition du ministère de santé. (Ce programme sera étendu aussi aux autres régions?)

ANNEXE 6

AVIS JURIDIQUE

Consultancy

To:

THE SWISS AGENCY FOR DEVELOPMENT AND COLLABORATION (SDC)

The Swiss Agency for Development and Collaboration (SDC), is one of the Swiss Confederation Government authorities, according to the "Agreement between the Government of Republic of Albania and the Government of Swiss Confederation on technical, financial and humanitarian assistance Collaboration", ratified by the law no. 8777, dt. 26/04/2001 (article 7.1)

The Swiss Agency of Development and Collaboration, on behalf of this authority requires knowing about the legal framework of Republic of Albania, to set up Centers of Continuing & Vocational Education.

Prepared according to the terms of references

Issue 1. What is the definition of the following terms in the Albanian legal framework: continuing education, long life learning, professional development, vocational education (or other similar terms)?

According to the Constitution of the Republic of Albania, article 100, the Council of Ministers defines in general the main directions of state governing policy and takes decisions on proposal of the Prime Minister or the certain Minister. The acts issued by the Council of Ministers are valid, upon the assignment of the Prime Minister and the Minister that has proposed the act. The Council of Ministers issues decisions directives. Also, refering to the Constitution of the Republic of Albania, in the part of the *Social, Economical and Cultural Freedoms and Rights*, the article 49 defines that everyone is free to choose the profession, the workplace, as well as the system of his own professional qualification.

The law no. 8872, dt.29.03.2002 "On vocational and profesional education in the Republic of Albania", (article 1.3) guarantees the constitutional right for vocational and profesional education during all the lifetime. This law stipulates the basic principles, the structure, organization and administration of vocational and profesional education, based on the collaboration among the governmental institutions with social partners and other stakeholders operating in the this field.

The terms "vocational education" and "course attendant" are defined as follows: (article 4, clauses ç, ë, gj, h of the mentioned law)

- elements of the system of vocational and profesional education that consist in the professional riqualification, to obtain necessary professional skills, in order to be in coherence with the demands of the labour market.
- The person (course attendant) that participates in a program or course of vocational/professional education. This term is given as a definition in the law

no.7995, dt.20.09.1995 "On incitement of employment" article 2, clause 13, as a person that get qualification and participates in a professional qualification program, authorized by the Ministry.

_ "other social partners" – non-profit organization which in collaboration with governmental administrative institutions work for law enforcement.

_ "professional education center" – public and non-public agency developing professional education program and professional practice for course attendants, with no profit intention.

"- The center", the law no. 8461, date 25/02/1999 "On higher education in the Republic of Albania", (article 12) determines that a center may be established within the structures of university units (these centers function according to the appropriate internal regulations).

*The Centers of Public Professional Education, as non-profit institutions are excluded from taxation. Persons that give contributions in the form of donations or financial support in favor of these centers, enjoys facilities regarding taxation on income.

Issue2. To which categories of health workers do the mentioned definitions apply: to nurses, (education curriculum various greatly, often is not higher education), to doctors (MD), to specialists of public health, technicians etc.

Article 5 of the cited law defines the categories of individuals that profit from this law, such as: the pupils, or the persons under 18 etc, which are estimated as insufficient to establish such a center.

*Decision of the Council of Ministers no.616, dt.04.12.2002 "On determine the other categories of special groups that profit from the law no. 8872, dt.29.03.2002 , "On vocational and professional education" determines also the category of bachelors, the non-oriented people in the labor market (clause 1, letter e).

In the category of bachelors, referring to the law "On higher education in the Republic of Albania" and the Statute of the Tirana University, as well as the Decision of the Council of Ministers no.612, dt.21.09.2004 "On converting the high education school of nursery in Tirana under the authority of Tirana University", aiming their professional and vocational education (in the field of health), are included:

nurse – graduated at the high education school of nursery (created on the Decision of the Council of Ministers no.494, dt.05.08.1996 "On the higher education school of nursery ")

doctor – graduated at the medicine faculty, profile "general medicine" (referring to the statute of the Tirana University).

*Decision of the Council of Ministers no.612, dt.21.09.2004 "On converting the high education school of nursery in Tirana into the Faculty of Nursery, under the authority of Tirana University", has transformed it into a faculty.

Issue 3. Which ministries should be involved, why and what role can they play for the continuing education centre of the Ministry of Health in terms of building up the centre, its functioning, recognition of the trainings and the accreditation of the trainings?

Article 6 defines that the vocational and professional education consists of other forms of professional education stipulated by the law, too. (letter c and ç).

Their form of organization should be determined by a Decision of Council of Ministers.

Vocational and professional education institutions (article 7), among the others, are also the Centers and courses of professional education; public and non-public specialized institutions, whose activity is regulated special acts (letter c, ç, dh).

*Within the structures of units of higher education schools, center is anticipated as such, based on the law no.8461, dt.25.02.1999 "On higher education in Republic of Albania" (article 12). Also, this law provides the criteria which are similar with structure of other higher education schools, too (article 13, paragraph 7). Opening of structures and units is made with a Decision of Council of Ministers, on the proposal of Ministry of Education and Science.

Registration of suchlike institutions becomes established in the Ministry of Education and Science and in the Ministry of Work and Social Affairs, as stipulated in the article 8 of the law no. 8872, dt.29.03.2002 "On vocational and professional education in Republic of Albania". This law also stipulates that accreditation of professional education institutions is made according to the respective decisions of Council of Ministers (article 9). Decision of Council of Ministers no. 543, dt. 31/10/2002 "On accreditation of professional and vocational education institutions" has stipulated the way of accreditation: the demand addressed to two ministries has to be analyzed within 3 months (see the decision attached).

Article 11/4 of the same above mentioned law, defines the duration of public and non-public professional education under 3 years. Various durations can be defined with special Directives in accordance with the type of professional education.

In continuance, the article 14 on certification defines that the content and procedure of issuing is defined from the respective Minister for the course attendants, whereas for pupils is defined from the Ministry of Education and Science. Article 15, titled "Consultation and orientation in professional education", defines that by consultation and orientation in professional education aims to assist all the citizens in choosing the most appropriate education, profession, vocational education and professional qualification for their physical and mental interests and possibilities.

In continuance, article 16 on documentation, information and statistics, determines as responsible institutions Ministry of Education and Science and the Ministry of Work and Social Affairs.

In continuance, article 20 clause 2 letter b, determines the Ministry of Work and Social Affairs as responsible for vocational education, and clause 2 letter a, determines the Ministry of Education and Science as responsible for professional education. Directive no.6, dt.14.03.2003 "On registration of Vocational and Professional Education Institutions" based on the article 21 of this law, defines the respective institutions. The institutions that offer professional education are submitted to the process of registration in the education departments within the offices of respective districts, whereas the institutions providing vocational education – in the labor department of respective district. This process of registration, according to clause 6 does not intend the approval of educational programs (attached).

The Directive no.17, dt.01.09.2003 "On composition of accreditation and vocational education commissions" defines in detail the composition of these commissions.

In continuance, article 23 (letter a) regarding the competencies of the Ministry of Work and Social Affairs in the field of professional and vocational education, on the procedures of creation, reorganization and closure of suchlike institutions is filled with the Decision of the Council of Ministers no. 675, dt 25.09.2003 "On defining the procedures of creation, organization, and closure of vocational education, under the dependence of the Ministry of Work and Social Affairs".

Clause 2 of this decision defines the reasons of setting up suchlike institutions. Therefore, these institutions are created:

- a. On demand of labor market;
- b. When there is a change in the conditions and qualification for certain categories of jobs;
- c. When new investments or implementation of modern technology have to be applied by qualified workers;
- d. On other occasions, depending on working policies.

Clause 4 defines the model of statute of this centers and institutions, too. (attached).

The Decision no.675, dt.25.09.2003 has abrogated the previous Decisions "On organization of the system of vocational education in the Republic of Albania" no.306, dt.21.03.1993, no.516, dt.01.11.1993, no.80, dt.21.02.1994.

In continuance, article 23 clause b, defines that to implement the activities of vocational education, the license is issued by the Ministry of Work and Social Affairs.

According to the Directive no.437, dt.03.03.2003 "On procedures of licensing of subjects that perform education activities" clause 3/b of this directive determines the documentation to be filled by subjects, such as: private subjects and non-profit organizations.

In continuance, article 28 of the law on the preparation of curricula, set the responsibility to the National Council of Vocational and Professional Education in coordination with other social partners (one of these partners may be the Ministry of Health). This article is complemented by the Decision of the Council of Ministers no. 196, dt.20.03.2003 "On the standards of development of vocational and professional education curricula" in accordance with the article 100 of the Constitution. The Decision elaborates the standards of development of vocational and professional education. Choosing one of the standards effects the determination of education, kind of qualification etc.

Legal framework in the field of health, defines:

Decision no.238, dt.10.04.2003 "On licensing the private activities in the field of health" defines that legal entities, both national and international ones, that will exercise their activity in the health field, should be licensed from a special commission, at the Ministry of Education and Science for all the kinds of activities as defined in this Decision. Centers of vocational education are not included in these activities.

II. CONCLUSIONS

The term "continuing education" even is not defined explicitly as such in our legislation, implies a vocational and professional education during all the lifetime. A similar definition is stipulated in certain considerable laws and by-laws in the field (attached). I worked on that base when preparing this material.

I. The law no.8872, date 29.03.2002 "On vocational and professional education in Republic of Albania", guarantees the constitutional right for vocational and professional education during all the lifetime. (article 1/3); the objectives for vocational and professional education, such as: giving a professional culture and a specialized vocational education (article 2/c).

The law no.8461, date 25.02.1999 "On higher education in Republic of Albania" in accordance with the Constitution of Albania has defined the mission of preparing new scientists as one of the priorities (article 2/c)

The institutions that offer such services in the field of vocational and professional education are considered, among the others, ***the vocational and professional centers and courses***, according to the article 7/c (the law no.8872,dt29.03.2002). These centers organize vocational education and professional requalification for providing individuals with the necessary professional skills in order to be in coherence with the demands of the labor market.

According to the law no.8461, date 25.02.1999 "On higher education in Republic Of Albania", also a ***center*** could be included within the structure of higher education schools. These centers are formed based on a Decision of the Council of Ministers, on the proposal of the Ministry of Education and Science (article 12;13). The way of functioning, the criteria and the procedures of licence permission are defined in other acts.

Such institutions have to be registered (article 7) both in the Ministry of Work and Social Affairs and in the Ministry of Education and Science. The Criteria and the rules are to be defined in some joint acts between both ministries.

1.Directive no.6, date 14.03.2003 "On registration of vocational and professional education institutions" determines explicitly in clause 1, the registration of suchlike institutions (either vocational and professional education centers or courses), respectively ***A* for professional education – in the educational department of the district and B* for vocational education – in the labor offices of the district***. The process of licensing is the competence of, respectively: ***a*the Ministry of Education and Science for the professional education, and b* the Ministry of Work and Social Affairs for vocational education***. The necessary required documentations has to be submitted at the proper offices of these Ministries. (demand, activity description of the vocational and professional education). *This process does not imply the approval of the curricula or the vocational education programs.

2. Decision of the Council of Ministers no.675, date 25.09.2003 "On defining the procedures of creation, organization, and closure of vocational education, under the dependence of the Ministry of Work and Social Affairs" has stipulated in clause 1, ***b* the creation of vocational education institution under the authority of Ministry of Work and Social Affairs, based on an Order of Minister (by-law act)***; this Order defines the formation of the statute of such institutions, too. (see attached the model of a statute).

3.Decision of the Council of Ministers no.19, date.06.01.1997 "On functioning of vocational and qualification courses at the higher education schools", ***a* the clause 2*** determines the opening of vocational and qualification courses, for providing knowledge, and continuing qualification of university level, through teaching from specialized teachers with higher education degree.

- Vocational training is offered for certain categories according to article 5, which is complemented with a Decision of Council of Ministers no. 616, date 04.12.2002 "On defining the other categories of special groups", as follows:
- ***The group of bachelors, the unoriented with the labor market (clause 1/e), all those with a university diploma.***

II. Accreditation of a suchlike institution (center or vocational and professional education course) is made by the Ministry of Work and Social Affairs and the Ministry of Education and Science in accordance with the capabilities of these institutions (article 9). The conditions and criteria are defined with a by-law act of Council of Ministers as follows:

1. The Decision of the Council of Ministers no.543, date 31.10.2002 "On accreditation of vocational and professional education institutions" stipulates the general criteria on allowing the accreditation in accordance with the respective documentation to be filled. The Ministry of Education and Science and the Ministry of Work and Social Affairs are responsible for formation of commissions.
2. Directive no.17, dt.01.09.2003 "On composition of vocational education and accreditation commissions"

III. The National Council of Vocational and Professional Education in collaboration with other social partners is in charge of drafting and preparing the curricula, according to the law (article 28). This article is complemented with Decision of Council of Ministers, no.196, date 20.03.2003 "On standards of curricula developing".

- The Ministry of Health may be considered as one of the other social partners in this process, regarding the preparation of curricula, programs etc.
- An example could be "The agreement between the Government of Republic of Albania and the Catholic Church of Albania for administration of the hospital "Zonja e Keshillit te Mire".

Conclusions:

A* Establishment of a Vocational Education Center is a direct responsibility of the Ministry of Work and Social Affairs and are formed by an Order of Minister.

B*. Establishment of a Professional Education Center is a direct responsibility of the Ministry of Education and Science and has to be included within the university structures. Within University, the direct link should be with the Medicine Faculty and the Faculty of Nursery.

C*. Centers of Continuing Education, which should be conceived as centers that develop their activities within the field of vocational and professional education, are formed by a by-law act. i.e. On a Decision of the Council of Ministers, on proposal of two line Ministries, the Ministry of Education and Science and Ministry of Work and Social Affairs. As the vocational education is aimed at the health field, then an agreement with the Ministry of Health should be assigned.

III. Legal acts used when preparing this material are:

- Constitution of Republic of Albania
- Law no.8872, dt.29.03.2002 “On vocational and professional education in Republic of Albania”
- Law no. 8461, dt.25.02.1999 “On higher education in the Republic of Albania”
- Decision of Council of Ministers no. 306 dt.21.06.1993 “On organization of the system of vocational/professional education in the Republic of Albania”.
- Law no.7995 dt.20.09.1995 “On encouraging the employment”
- Law, dt.26.04.2001 “The agreement between the Government of Republic of Albania and the Catholic Church of Albania for administration of the hospital “Zonja e Keshillit te Mire”
- “Agreement between the Government of Republic of Albania and the Government of Swiss Confederation on technical, financial and humanitarian assistance Collaboration”, ratified by the law no. 8777, dt. 26/04/2001
- Decision of Council of Ministers no.675, dt.25.09.2003 “Per percaktimin e procedurave te krijimit, organizimit dhe mbylljes se institucioneve te formimit profesional, ne varesi te Mministrise se Punes dhe te Ceshtjeve Sociale”
- Decision of Council of Ministers no.543, dt.31.10.2002 “On accreditation of vocational and professional education institutions (AFP)
- Decision of the Council of Ministers no. 675, dt 25/09/2003 “On defining the procedures of creation, organization, and closure of vocational education, under the dependence of the Ministry of Work and Social Affairs
- Decision of the Council of Ministers no. 616, dt 04/12/2002 “On defining the other categories of special groups benefiting from the law 8872, dt.29.03.2002 “on vocational and professional education in Republic of Albania”
- Decision of the Council of Ministers no. 196, dt 20/03/2003 “On the standards of curricula development”
- Decision of the Council of Ministers no. 238, dt 10/04/2003 “On licensing the private activity in the field of health”
- Decision of the Council of Ministers no. 612, dt 21/09/2004 “On converting the high education school of nursery in Tirana into the Faculty of Nursery, under the authority of Tirana University”
- Decision of the Council of Ministers no. 19, dt 06.01.1997 “On functioning of vocational and qualification courses at the higher education schools”
- Statute of Tirana university, approved by Senate of UT, on 02/06/2000
- Joint Directive between the Ministry of Education and Science no.17, dt.01.09.2003 “On composition, organization and functioning of vocational education and accreditation commissions”
- Joint Directive between the Ministry of Education and Science no.6, dt.14.03.2003 “On registration of vocational and professional education institutions”
- Directive of Ministry of Work and Social Affairs no.437, dt. 03.03.2003 “On procedures of licensing subjects that perform vocational education activities”
- Decision of Council of Minister, no.516, dt.01.11.1993
- Decision of Council of Minister, no.80, dt.21.02.1994

ANNEXE 7

ABOUT THE TRAINING INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION¹

I. Introduction

TIPA is a state institution established to fulfil the training needs of civil servants in the Republic of Albania, according to the government's program on Public Administration Reform.

The Stabilization-Association Process of the European Union and the membership perspective highlight the growing training needs, according to European standards in Public Administration.

The Training Institute of Public Administration has taken the first step in becoming a leading training institution covering both central and local government civil servants and focusing on priority training programs which are indispensable to foster the reform process. Training is focused not only on present, but also on the expected needs and challenges of the civil service and it fosters an awareness of the need for continual change and development in the civil service and, at the same time, it maintains continuity by creating a common reference scale to serve as the backbone of the new civil service culture.

II. Legal Background

The law 8549 "Civil Servants' Status" approved on 11.11.1999 by the Parliament of the Republic of Albania is the legal basis that supports the strategy, the policies and the activities of the Institute.

Legal acts and arrangements

The Institute is supported by several legal acts and arrangements with donors:

- Council of Ministers Decree nr. 315, dated 23.06.2000 "On the Establishment and Functioning of the Training Institute of Public Administration"
- Council of Ministers Decree nr. 316, dated 23.06.2000 "Approval of Project Establishment of the Training Institute of Public Administration financed by the United Nations Development Program"
- Arrangement on 22.11.2000 between the representative of Open Society Foundation for Albania (Soros Foundation) and the director of the Department of Public Administration on the development of the Institute.

III. TIPA Mission

The Institute is in charge of the organization and delivery of training programs for Public Administration. Its mission is:

"to support the improvement and reform of a sustainable and professional civil service through qualitative and comprehensive training and development".

In accordance with its mission, TIPA is a strategic partner to all local and international actors in the field of Public Administration training.

¹ Cette information a été reprise du site web de l'Institut:

http://www.itap.gov.al/english_index.html

IV. Structure of the Institute

- **The Department of Public Administration** determines the Institute's general policies and decides on the Institute's activities. These activities are presented at the meetings of the Advisory Board.
- **The Advisory Board** is made up of the Secretary Generals of the Ministries, two representatives from the University of Tirana and one representative of the local governments. The Board holds periodical meetings in which participate as well representatives from the donor institutions.
- **The Institute:**

Director: manages, monitors and evaluates the overall policies of the Institute for the effective implementation of TIPA strategic vision and objectives.

Training Managers: identify and facilitate the process of preparation and implementation of high quality training programs for civil servants in selected areas in accordance with the training strategy and needs of the civil servants.

Communication Manager: designs and implements the marketing strategy through maintaining communication and constant information exchange with client institutions, local and foreign partners.

Finance Manager: coordinates TIPA's expenditures and relations with donors.

Training Specialists: provide logistic support in preparation and implementation of training programs, develop and maintain the library of the Institute.

Secretary: ensures the everyday functioning of the office.

V. Strategy of the Institute

In May 2002 the Training Institute of Public Administration designed the **Strategic Business Plan** for 2002-2004 along with an accompanying program of sustaining activities. The Business Plan, which was approved by the Advisory Board in June 2002, defines the goals and objectives of TIPA and establishes the way forward in the capacity building and development of the Training Institute for the Albanian Public Administration. The strategy for the next two years is ongoing internal capacity building of TIPA, coupled with training course delivery

The main goal of TIPA will be to provide training for civil servants, both at central and local levels, in order to support capacity building within public administration and the Civil Service in Albania. This should lead to improvements in the professional skills and qualifications of civil servants and hence an improvement in their performance.

The Strategic Business Plan defines five main strategic objectives as following:

1. **Identify, design and deliver high quality training programs to upgrade the civil service;**
2. **Promote good practice and innovation in training and development in the civil service;**
3. **Raise the profile of the Institute and market its services;**
4. **Develop the internal capacity of the Institute;**
5. **Establish a library and portfolio of learning and resource materials for training in the Civil Service.**



ANNEXE 8

ALB - EN/RHP

08 / 07 / 2005

Secteur de santé en Albanie

TERMES DE RÉFÉRENCE pour une MISSION de PRÉPARATION de PROGRAMME

1. Contexte général

1.1 Situation du départ

Les problèmes hérités du passé et l'insuffisance de moyens nécessaires pour faire face à cette situation ont fait que le domaine de la santé en Albanie se caractérise par des standards très bas en infrastructure comme en qualité de soins. Cette faible qualité est due à (i) un manque d'experts et de professionnels de santé dans des disciplines spécifiques comme la santé publique, la promotion de la santé, l'économie de la santé, gestion de la santé, la planification et la politique de la santé, etc., (ii) ainsi qu'à un manque de programme de formation dans le domaine de la gestion de la santé et d'autres disciplines relatives à la santé.

Ce déficit important en terme d'éducation est une conséquence de plusieurs facteurs tel un manque de tradition et de capacités d'enseigner de concepts nouveaux et modernes de la santé publique et la gestion de la santé, un manque de textes et de matériel pédagogique et didactique, etc. Généralement, le niveau de formation du personnel médical ne correspond pas à celui d'une médecine moderne. Les services de la santé publique sont gérés d'une manière prédominante par des médecins qui n'ont pas de formation en gestion de la santé.

La médecine familiale a été introduite seulement récemment et les besoins en formation de médecins généralistes sont énormes.

De plus, il n'existe pas encore en Albanie un système de formation continue pour les différentes catégories de professionnels de santé.

Le bas niveau de rémunération, la désuétude de l'infrastructure et l'environnement inadéquat dans lequel il travaille sont les facteurs principaux d'une motivation très basse du personnel.

Actuellement, plusieurs formations destinées au personnel de santé sont données par différentes organisations, sans qu'elles soient coordonnées au niveau des Ministères.

Malgré le manque de clarté institutionnelle en termes de programmes d'éducation, les besoins en formation dans les disciplines de la santé publique et de la gestion de la santé sont importants et urgents.

Afin de couvrir ces écarts, une stratégie nationale¹ de développement du secteur de la santé a été approuvée en avril 2004, et le Ministère de la Santé (MdS) est en train de la mettre en pratique faisant appel à son propre budget et avec le support des donateurs. Dans cette stratégie, la formation professionnelle où la mise à jour des connaissances du personnel soignant en général est considérée comme un des points clés. C'est une urgence qui permettra d'améliorer dans les plus brefs délais la qualité des soins dans les services hospitaliers et ambulatoires.

Ce besoin de renforcement des compétences du personnel soignant afin d'améliorer la qualité de soins et du management des services est également souligné dans la stratégie du pays sur le développement économique et social (NSSED)². Dans cette stratégie l'*empowerment* par la formation formelle et informelle (*capacity building*) est considéré comme une condition clé pour sortir de la situation actuelle.

1.2. Activités de la DDC

Le secteur de la santé demeure un des secteurs clés dans la stratégie de la DDC pour l'Albanie³. Il fait partie du domaine «Infrastructure de base et services sociaux». Jusqu'à maintenant l'intervention de la DDC dans ce domaine consistait dans la réhabilitation des centres ambulatoires et des hôpitaux, la fourniture d'équipement, la formation des infirmières et du personnel médical ainsi que la formation des gestionnaires de la santé au niveau central et des districts. Le but de ces interventions est l'amélioration des conditions de vie de la population albanaise.

Brièvement, les activités de la DDC dans ce domaine sont les suivantes :

Lezha Health Development Program (LHDP)

Le projet financé par la DDC représentait seulement une partie du projet implémenté par Caritas Suisse. Il s'agissait d'un projet de réhabilitation externe et interne de l'hôpital de Lezha, lequel est arrivé à terme le 31 décembre 2003. L'objectif général du projet était l'amélioration du système de santé du district de Lezha, compatible avec la stratégie nationale du pays. Afin de garantir les investissements suisses faits à Lezha, Caritas Suisse a proposé à la DDC une phase ultérieure pour les prochains trois ans qui consiste en développement d'un *business plan* pour l'hôpital de Lezha et en sa mise en œuvre sous le schéma de l'assurance maladie.

Ce projet figure à titre d'information dans ces termes de référence et ne fera pas partie du mandat.

Programme de développement pour les infirmières et sages-femmes – Bon Secours

Le projet de formation des infirmières et sages-femmes s'est déroulé durant une période de 10 ans. Il a d'abord porté sur la construction d'un nouveau curriculum de formation pour les infirmières et les sages-femmes. Parallèlement, le projet a mis progressivement au point des programmes de formation pour les infirmières et sages-femmes cheffes, ainsi que pour les enseignantes en soins infirmiers, en collaboration avec les institutions concernées du pays.

La phase actuelle du projet est la cinquième et elle comprend la période de 2003 à 2005. Elle a été conçue conjointement et en étroite collaboration avec les différents partenaires.

¹ The Long-term Strategy for the Development of the Albanian Health System, Tirana, April 2004;

² NSSED – National Strategy for Social and Economic Development;

³ voir Kooperationsstrategie Albanien 2005-2006 DDC-seco (présentée à la COSTRA, 22 avril 2005)

Le projet est réalisé par l'école le Bon Secours à Genève et ses activités se développent à Tirana, Korça, Vlora, Lezha et Shkodra.

Dans les grandes lignes, cette phase du projet consiste en une continuité des phases précédentes; cela veut dire que chaque activité planifiée se concentre sur la consolidation des acquis et leur reprise à l'intérieur des structures albanaises, particulièrement avec l'ancrage des formations à un niveau institutionnel (écoles, hôpitaux, santé publique). Les objectifs du projet sont les suivants: (i) amélioration de la gestion des unités de soins, à travers la formation des infirmières cheffes des services, (ii) soutenir la formation de base des infirmières, à travers la formation des enseignantes des soins infirmiers. Tous les cours sont progressivement assurés (donnés) par les formateurs albanais. Ces professionnelles constituent le pool des formateurs pour les formations ultérieures organisées par le Ministère de la Santé.

À nos yeux, ce cours pourrait parfaitement faire partie des cours organisés par le CFC.

La formation en planification et gestion de la santé

Ce projet existe depuis 1996. Il s'agit d'un cours de 6 mois en planification et gestion de la santé qui est a été mis sur pied pour former des cadres de santé au niveau central et local. Cela est réalisé avec l'initiative de l'Université de Montréal (UoM), sous la demande de MdS et avec le support financier de l'Agence Canadienne du Développement (CIDA), la Banque Mondiale (WB) pendant 1996-2001 et la DDC en 2002. La DDC financera les cours pour les années 2005-2008.

Les cours sont donnés entièrement en albanais par des formateurs albanais qui ont eu de formations post grades à l'étranger dans le domaine de la santé publique ou de sa gestion.

Le partenaire principal du projet est l'Université de Montréal. Elle travaille en étroite collaboration avec le MdS, l'Institut de la Santé Publique (IPH) et la Faculté de Médecine de l'Université de Tirana. Elle est un partenaire reconnu par le Gouvernement albanais pour sa contribution dans le domaine de la santé.

Etant un projet de formation du personnel médical, il s'inscrit également dans le cadre de la politique nationale pour le développement de la santé.

1.3. Le projet prévu d'être lancé: Centre de Formation Continue (CFC)

L'année passée la DDC a entrepris une évaluation⁴ de son secteur de santé afin d'identifier de nouveaux domaines d'interventions dans ce secteur, tenant également compte des besoins dans le domaine ainsi que des priorités du MdS pour le développement du secteur. Les recommandations de cette évaluation portaient sur le soutien des domaines suivants :

1. Le développement des ressources humaines ;
2. La surveillance et le contrôle des maladies sexuellement transmissibles
3. Le renforcement des capacités en promotion de la santé ;

Après analyse et plusieurs discussions, la DDC a décidé de soutenir la première recommandation, le développement des ressources humaines. En concertation avec MdS nous sommes mis d'accord pour aider le MdS à désigner, établir et développer un centre de formation continue.

⁴ „Albania Health Sector Assessment“, par Besim Nuri et Dana Farcasanu, juin 2004

Ce projet est une réponse précise à un besoin et à un problème identifié dans la stratégie nationale de la santé. Il est d'autant plus pertinent qu'il s'inscrit directement dans la nouvelle politique de la santé albanaise concernant la formation des professionnels de la santé ainsi que dans la stratégie nationale pour le développement économique et social.

2. Objectifs du Mandat

Afin de connaître les besoins en formation continue dans le secteur de santé ainsi que d'identifier le cadre d'un possible projet futur avec le MdS, une mission de préparation de programme est organisée.

Les experts doivent se prononcer sur les objets suivants :

A) D'une manière générale

Déterminer:

1. les besoins principaux en formation continue dans le domaine de la santé en Albanie et les hiérarchiser (en fonction des besoins et des possibilité de les couvrir par des interventions de coopération);
2. les apports potentiels d'un probable projet suisse au niveau de la formation continue et sur quel domaines (gestion hospitalière, gestion du système, etc.)
3. le *design* d'un avant-projet « Centre de Formation Continue » ;
4. les synergies et complémentarités entre les quatre institutions (CFC; Bon Secours, Université de Montréal et la formation en gestion hospitalière) en particulier et d'autres institutions albanaises en général;
5. les potentialités de coopération avec d'autres donateurs

B) En particulier :

1. Identification des besoins du MdS en terme de ressources humaines et spécifiquement de l'établissement du CFC;
2. D'identifier ensemble avec MdS le but et les objectifs de ce centre;
3. De planifier les étapes suivantes avec le MdS sur le *designing* du projet ;
4. d'identifier les opportunités et les inconvénients pour les activités futures exprimés par les partenaires ;
5. Le montage institutionnel d'un tel projet

Formation en gestion hospitalière

6. Evaluer les besoins et l'importance de ce projet pour le MdS ;
7. Evaluer la possibilité de développer ce projet dans le cadre du CFC ;

Programme de développement pour les infirmières et sages-femmes – Bon Secours

8. Evaluer la possibilité de développer ce projet dans le cadre du CFC

3. Méthodologie

Les experts sont mandatés pour :

- analyser les documents de projets et autres documents importants relatifs aux sujets mentionnés ;
- se réunir avec la DDC à Berne (briefing et debriefing) ;
- interviewer les différents acteurs de projets suggérés par la DDC ;
- rencontrer les partenaires institutionnels de la DDC (MdS, MoES, Institut de la Santé Publique, etc.) ;
- visiter les projets financés par la DDC à Tirana ;
- se réunir au BuCo à Tirana en début (briefing) et en fin de mission (debriefing) ;
- rédiger un rapport de mission sur les sujets clés mentionnés les termes de référence

4. Programme

La mission en Albanie aura lieu **du 12 au 16 septembre 2005**. La mission sera chargée de:

• Réunions à Berne	1 jour
• Lecture et préparation des documents et de la littérature	3 jours
• Préparations et entretiens lors du séminaire à Ascona	3 jours
• Mission dans le terrain (voyage Suisse-Albanie-Suisse inclu)	5 jours
• Rédaction du rapport final	4 jours
Total:	16 jours

5. Rapport

La mission doit soumettre à la DDC un rapport de mission sous forme d'un avant-projet basé sur les questions spécifiques mentionnées dans les termes de références et en plus un résumé de pas à suivre dans le futur (« next steps »).

Le rapport sera rédigé en français et il aura un maximum de 20 pages sans les annexes. Le rapport sera soumis en deux originaux et deux copies ainsi qu'en version électronique dans un délai de 30 jours après la fin de la mission.

6. Equipe de la mission

L'équipe sera composée de M. Gianfranco Domenighetti et Mme. Barbara Fäh, les deux spécialistes de ressources humaines dans le domaine de la santé et des questions de santé publique. Pour les travaux préparatifs à Ascona, M. Besim Nuri de l'Université de Montréal ainsi que Mme. Enkelejda Sula du Bureau de la coopération à Tirana seront invités.

L'équipe sera accompagnée d'un(e) traducteur (trice) qui sera désigné(e) par le BuCo.

7. Remarques particulières

Les consultants ne doivent pas divulguer à des tiers les informations reçus dans le cadre de ce projet sans une autorisation explicite de la DDC ou du Bureau de Coopération de la DDC.

Ce n'est pas la responsabilité des consultants de promettre des activités futures avec des conséquences financières pour la DDC.

Berne, xx juillet 2005

Direction du Développement et
de la Coopération DDC

Berne, XX juillet 2005

Hans Peter Reiser
Chargé de programme

Gianfranco Domenighetti
Team leader

Berne, XX juillet 2005

Barbara Fäh
Membre de l'équipe