Productivité et profils de pratique des médecins généralistes à Tirana (Albanie)

Pierre Fournier, MD, MSc¹

Caroline Tourigny, MSc¹

Alban Ylli, MD, MSc²

Besim Nuri, MD, MSc¹

Slim Haddad, MD, PhD¹

RÉSUMÉ

Contexte : L'Albanie, comme tous les pays de l'Europe Centrale et de l'Est dont les systèmes de santé étaient fortement centralisés, a entrepris de nombreuses réformes qui touchent, entre autres, le mode de financement et la production des services de soins de première ligne.

Objectif : Cette étude analyse sur une période de 12 mois la pratique et l'activité des médecins généralistes de la région de Tirana, répartis entre la ville de Tirana et le reste de la région.

Méthode : La productivité est mesurée par le nombre de visites mensuelles, et le profil de pratique, par le taux de référence à des médecins spécialistes et le taux de prescription par visite. Des analyses de régressions multiples de type multiniveau tenant compte de la structure hiérarchique des données ont permis d'identifier les facteurs associés à la productivité et aux profils de pratique.

Résultats : Les conditions de pratique, les caractéristiques des médecins, la productivité et les profils de pratique diffèrent fortement entre la ville de Tirana et le reste de la région. À Tirana, la productivité est faible (277 visites mensuelles en moyenne), 18 % des patients sont référés à des spécialistes, et 66 % reçoivent des prescriptions. Dans le reste de la région, la productivité est encore plus faible (179 visites mensuelles en moyenne), les patients sont moins souvent référés (11 %), et le taux de prescription est de 74 %. Dans les deux milieux, la productivité et les profils de pratique sont liés aux caractéristiques de la clientèle et de l'établissement et au type de pratique.

Conclusion : On ne peut associer le faible niveau observé de productivité des médecins aux besoins de la population, car on dispose de peu d'études épidémiologiques qui documentent la transition qui est en cours et qui induira une demande croissante de services médicaux de première ligne accessibles et de qualité. La productivité des médecins et la prise en charge des patients sont meilleures pour certains groupes de la population et dans les établissements plus polyvalents qui disposent d'un plateau technique plus relevé. La capacité de planifier efficacement les effectifs médicaux est limitée du fait des déficiences du système d'enregistrement des patients sur les listes de ces médecins, rémunérés à capitation. Des études plus approfondies sur l'utilisation des services de santé et sur la satisfaction des usagers et des professionnels sont nécessaires pour être en mesure de formuler des recommandations précises sur les modifications à apporter au système de soins de l'Albanie.

Mots clés : Albanie; médecins; planification de la santé; productivité; soins de santé primaires

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Centre de recherches du CHUM et Unité de santé internationale, Université de Montréal, Montréal (Québec)

2. Institut de Santé Publique de Tirana, Albanie

Auteur pour la correspondance et les demandes de réimpression : Pierre Fournier, Département de médecine sociale et préventive, Edifice St Urbain, 3875 St Urbain, bureau 504, Montréal (Québec) H2W 1V1, Tél : (514) 890-8000, ext. 15926, Téléc : (514) 412-7108, Courriel : pierre.fournier@umontreal.ca

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier l'Agence canadienne de développement international qui a financé le projet dans le cadre duquel cette étude a été réalisée et l'Association canadienne de santé publique qui administrait le programme « Strengthening Public Health Functions in the Balkans ». Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que leurs auteurs.

L'Albanie, un des pays les plus pauvres d'Europe (produit national brut ou PNB : 930\$us, 1999), compte 3,1 millions d'habitants, l'espérance de vie (77,2 ans) est proche de la moyenne européenne (78,7 ans) ou du Canada (80 ans) et supérieure à celle des pays d'Europe Centrale et de l'Est (73,4 ans)¹.

Jusqu'en 1945, l'Albanie comptait peu de médecins tous formés à l'étranger. Le système de santé a été développé selon le modèle « Semashko » des pays communistes². Une école de médecine fut créée à Tirana en 1956. Tous les villages ont été dotés de services de santé de base dans les années 60. À partir des années 70, l'effort a été mis sur le développement du réseau hospitalier et des polycliniques.

À partir de 1990, l'Albanie a entrepris d'importantes réformes. Douze Régions ont été créées, chacune regroupant en moyenne 3 districts responsables de l'administration des hôpitaux de district, des polycliniques et des centres de santé. Les communes financent le fonctionnement et les salaires du personnel non médical des centres de santé à partir des produits de la taxation locale et des transferts du gouvernement central. Le Ministère de la Santé (MS) exerce directement son autorité sur les formations hospitalières et sur les responsables sanitaires des districts.

Une autre réforme importante concerne l'introduction de l'assurance maladie administrée par l'Institut d'Assurance Santé (IAS). Les services assurés sont les soins de santé primaires incluant les médicaments essentiels. Tous les médecins généralistes travaillent dans le secteur public et l'IAS les rémunère à capitation et rembourse les pharmaciens pour tout ou partie des médicaments essentiels prescrits. Les spécialistes sont rémunérés à salaire à partir du budget des établissements dans lesquels ils pratiquent.

La Région de Tirana compte 519 720 habitants; elle se subdivise entre la ville de Tirana (341 453) et le reste de la Région (178 267) qui est très diversifiée (zones péri-urbaines, semi-rurales et rurales).

La pratique médicale de première ligne dans la ville de Tirana se fait exclusivement dans des polycliniques où l'on retrouve également des spécialistes. Il y a deux catégories de médecins généralistes selon qu'ils ne s'occupent que des adultes (« généralistes-adultes ») ou des enfants de moins de 14 ans

(« généralistes-pédiatres »). Ils sont rattachés à une seule polyclinique. Hors de la ville, les pratiques sont variables. Les médecins sont rattachés à des communes (18). Les plus grosses agglomérations disposent d'un « centre de santé central » avec plusieurs médecins. Dans les plus petites villes, on retrouve un centre de santé périphérique avec un seul médecin. Les villages sans centre de santé sont couverts par des médecins qui s'y rendent une ou plusieurs fois par semaine. Il y a cinq combinaisons possibles de pratique : 1) uniquement dans un centre de santé central, 2) ou périphérique, 3) dans les deux, 4) dans les deux et avec des visites dans les villages et 5) uniquement dans des villages.

Les patients sont libres de s'inscrire auprès du médecin de leur choix. La mobilité des patients est faible car autrefois l'inscription dans le centre desservant le quartier de résidence était obligatoire. La médecine générale étant peu valorisée, la demande des utilisateurs est forte pour les services spécialisés³.

Les responsables politiques et les gestionnaires du système de santé s'interrogent sur l'organisation et l'efficacité des pratiques de première ligne. Une étude récente montre que les différents organes chargés de financer et de réguler la première ligne présentaient des défauts importants de coordination⁴.

OBJECTIFS ET MÉTHODES

Cette étude analyse la pratique et l'activité des médecins généralistes de la Région de Tirana et identifie leurs principaux déterminants.

La productivité et les profils de pratique de 87 % des 346 médecins actifs au 30 juin 2003 dans la Région de Tirana (tableau I) ont été analysés sur une période de 12 mois (juillet 2002 à juin 2003). Trois indicateurs ont été utilisés : le nombre de visites mensuelles; le taux de référence (patients référés à un spécialiste); et le taux de prescription (patients recevant une ordonnance).

Les variables indépendantes retenues sont les caractéristiques des médecins (âge, sexe, catégorie, spécialité), celles de leur clientèle (proportion des malades chroniques), de l'établissement où ils exercent (disponibilité et qualité des infrastructures et des équipements) ou du terri-

TABLEAU I

Population de référence (médecins généralistes de la région de Tirana) et échantillon de médecins inclus dans l'étude

Population de référence	346
Médecins sous contrat avec l'IAS entre juillet 2002 et juin 2003	
Médecins exclus de l'étude	44
Médecins ayant pratiqué moins de 9 mois dans l'année	25
Données manquantes	16
Médecins n'exerçant pas dans une formation sanitaire de première ligne	3
Population à l'étude	302
Milieu urbain	199
Milieu rural	103

TABLEAU II

Caractéristiques personnelles, clientèle et profils d'activité des médecins travaillant en zone urbaine et en zone rurale dans la région de Tirana

	Médecins en zone urbaine (N=199) N (%)	Médecins en zone rurale (N=103) N (%)
Caractéristiques socio-professionnelles		
Groupe d'âge		
<40 ans	32 (16,1)	39 (37,9)
40-49 ans	77 (38,7)	33 (32,0)
≥50 ans	90 (45,2)	31 (30,1)
Femmes médecins	166 (83,4)	47 (45,6)
Médecins avec qualification*	149 (74,9)	9 (8,7)
Médecins « généralistes-adultes »†	128 (64,3)	103 (100)
	<i>Moyenne (ET)</i>	<i>Moyenne (ET)</i>
Patients chroniques /inscrits	0,16 (0,13)	0,08 (0,06)
Productivité		
Visites mensuelles	277 (108)	179 (89)
Taux de référence	0,18 (0,10)	0,11 (0,08)
Taux de prescription	0,66 (0,16)	0,74 (0,15)

* Il s'agit de généralistes pour lesquels l'IAS reconnaît une qualification particulière.

† Catégorie complémentaire « généralistes-pédiatres »

toire de référence de ces établissements (densité médicale, bassin d'inscrits, caractéristiques démographiques locales). Toutes les données proviennent de bases de données de l'IAS, de l'ARST (Agence Régionale de Santé de Tirana) et de l'Institut National de la Statistique (tableaux II et III).

L'utilisation de données secondaires de différentes sources pose fréquemment des problèmes de validité. Pour les minimiser, seuls les médecins pour lesquels toutes les données étaient disponibles et qui avaient travaillé pendant toute la période retenue ont été inclus, les procédures de collecte des données (registres des médecins) et de saisie auprès de l'IAS ont été vérifiées et jugées satisfaisantes et pour certaines données qui étaient disponibles auprès de deux sources (IAS et ARST), leur concordance a été vérifiée.

Les analyses descriptives sont réalisées avec le logiciel SPSS⁵. L'analyse des déterminants de la productivité s'appuie sur des régressions multiples de type multiniveau (MLWin 1.10⁶) tenant compte du caractère hiérarchique des variables explicatives (premier niveau : médecins et leurs clien-

tèles; deuxième : formations sanitaires et leur bassin de référence). Seules les variables explicatives significatives sont retenues dans les modèles finaux. La modélisation a été complétée par des Bootstrap afin de maximiser la stabilité des estimateurs⁶.

RÉSULTATS

La productivité, les profils de pratique et les caractéristiques des médecins diffèrent fortement entre les milieux urbain et rural (tableaux II et III). Ceci a conduit à analyser séparément les milieux urbain et rural qui constituent des contextes très différents.

La productivité des médecins généralistes est faible : 14 visites par jour à Tirana et 9 en milieu rural. En milieu urbain, les patients sont référés plus fréquemment (18 %) et le taux de prescription est plus bas (66 %) qu'en milieu rural (respectivement 11 et 74 %). Les patients du milieu rural utilisent moins les services (environ 1,1 visite par année par habitant) que ceux du milieu urbain (2,1).

TABLEAU III

Caractéristiques des formations sanitaires dans lesquelles exercent les médecins et des territoires desservis par ces formations sanitaires (moyennes, écart-type, valeurs minimales et valeurs maximales rencontrées)

Variables	Zone urbaine (N=10)			Zone rurale (N=18)		
	Moyenne (ET)	Mini*	Maxi†	Moyenne (ET)	Mini*	Maxi†
Caractéristiques des formations sanitaires						
Nombre total de généralistes	20 (5,7)	13	30	6 (5,8)	1	26
Ratio md spécialistes/md généralistes	0,71	0,46	1,08	Seulement 4 communes ont des spécialistes dans leur centre de santé central		
Rénovations effectuées	Dans 3 polycliniques			6 des 94 centres		
Bâtiment neuf	Aucun			25 des 94 centres		
Existence d'un laboratoire sang/urine/crachat	Dans toutes les polycliniques			Dans 4 communes		
Laboratoire biochimie	Dans 1 polyclinique			Aucun		
Disponibilité de la radiographie	Aucun			Dans 2 communes		
Disponibilité de l'échographie	Dans 1 polyclinique			Dans 2 communes		
Caractéristiques des territoires desservis						
Population totale	34 145 (12 634)	13 084	55 733	9 904 (9813)	2 493	44 443
Densité médicale	1/1 691	1/3 276	1/935	1/1 813	1/3368	1/771
Nombre d'inscrits	42 307	24 312	61 965	13 360	3 551	65 606
Ratio inscrits/population	1,24	0,72	1,86	1,35	0,88	2,57
% 0-14 ans	23	18	30	31	27	35
% 15-64 ans	67	65	68	62	58	63
% 65 ans et +	10	6	16	7	4	11
Densité de la population (hb/km ²)				152	22	1 897
Nombre de visites annuelles /habitant	2,1	1,1	3,9	1,1	0,4	2,6

* Valeur la plus faible rencontrée dans un établissement ou un territoire.

† Valeur la plus élevée rencontrée dans un établissement ou un territoire.

Dans la ville de Tirana, les médecins sont majoritairement des femmes (83 %) avec une qualification reconnue par l'IAS (75 %), sans pour autant être des spécialistes, et plus d'un tiers d'entre eux (36 %) sont des « généralistes-pédiatres ». Tous pratiquent dans des polycliniques qui comptent en moyenne 20 généralistes et où les services de certains spécialistes et des examens de laboratoire sont disponibles.

Dans le reste de la Région de Tirana, les médecins sont majoritairement des hommes (54 %), très peu ont une qualification reconnue par l'IAS (9 %) et il n'y a pas de « généralistes-pédiatres ».

Le nombre de patients inscrits sur la liste des médecins est généralement supérieur à la population du bassin de desserte (urbain : 24 %; rural : 35 %). Les variations relevées (+157 à -18 %) ont conduit à analyser les facteurs associés au nombre d'inscrits pour utiliser cette variable comme contrôle dans les autres modèles.

Les tableaux IV et V présentent les modèles finaux des analyses multivariées.

En milieu urbain, le nombre de patients inscrits sur les listes varie selon leur catégorie (les « généralistes-pédiatres » en comptent en moyenne 1 237 de moins)* et la densité médicale (quand elle est faible, le nombre d'inscrits est plus faible). En milieu rural, il est associé à la densité de la

population, à sa structure d'âge et à la proportion des patients chroniques dans la clientèle.

Dans les deux milieux, la productivité est associée au « case-mix » (À Tirana, avoir 15 % et moins de patients chroniques diminue les visites mensuelles de 98, ailleurs, avoir 8 % ou plus de patients chroniques ajoute 72 visites mensuelles). À Tirana, les « généralistes-pédiatres » produisent plus de visites, une fois que le nombre d'inscrits est contrôlé. En milieu rural, les généralistes qui se déplacent dans les villages font en moyenne 52 visites de moins par mois.

Les variables associées aux taux de référence sont différentes en milieu urbain et rural. Dans la ville de Tirana, les « généralistes-pédiatres » réfèrent moins souvent leurs patients. En milieu rural, le fait de travailler dans un centre périphérique, de se déplacer dans les villages et de travailler dans un centre rénové (bâtiment neuf) est associé à un moindre taux de référence.

En milieu urbain, le taux de prescriptions par visite est moindre quand la clientèle compte 15 % ou moins de cas chroniques.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les résultats observés sur la productivité sont comparables à ceux rapportés par Fairbank en Albanie : environ 11 à 12

visites par jour⁷. Nordyke rapporte une charge d'environ 20 patients par jour en Macédoine qu'il qualifie de faible⁸. Aux États-Unis, Weeks et Wallace rapportent une baisse entre 1989 et 1999 du nombre de visites quotidiennes des médecins généralistes de 30 à 25⁹.

La productivité est plus faible en milieu rural et surtout chez les médecins qui effectuent des visites dans les villages sans centre de santé. Cette pratique héritée de l'époque communiste où le système était centralisé et coercitif assure une bonne accessibilité dans les régions isolées.

Les « généralistes-pédiatres » réfèrent moins souvent et produisent plus de visites que les « généralistes-adultes », une fois le nombre d'inscrits contrôlé. Ceci pourrait traduire une meilleure prise en charge de la population infanto-juvénile. On ne retrouve des « généralistes-pédiatres » qu'en milieu urbain; pourtant la proportion des 0-14 ans est plus importante en milieu rural (31 %) qu'urbain (23 %).

L'importante variation observée entre le nombre d'inscrits et la population (surtout la sur-inscription) est problématique car le nombre d'inscrits constitue une des bases de la rémunération (avec également les responsabilités administratives, la distance entre le lieu d'habitation et de travail) et un indicateur pour la distribution des effectifs médicaux.

La population rurale utilise moins les services de première ligne qu'en milieu

* L'IAS exige qu'ils maintiennent au moins 1 000 patients inscrits sur leur liste tandis que pour les « généralistes-adultes », l'exigence est de 2 000 inscrits.

TABLEAU IV

Déterminants de la charge d'inscrits des médecins et de leur productivité en milieu urbain (N=199 médecins)

	Modèles			
	Charge d'inscrits	Productivité des médecins		
	Indicateurs			
	(1) Nombre moyen de patients inscrits	(2) Nombre moyen de consultations mensuelles	(3) Taux de références par visite	(4) Taux de prescriptions par visite
	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)
Effets fixes				
Constante	2 594 (81)	10,4 (48)	0,18 (0,02)	0,71 (0,02)
Niveau 1 : Médecins (n=199)				
• 15 % ou moins de patients chroniques	NS	-98 (12,4)	NS	-0,11 (0,02)
• Généralistes pédiatres (réf= généralistes pour adultes)	-1 237 (34)	102 (25)	-0,14 (0,01)	NS
• Nombre moyen de patients inscrits	–	0,14 (0,02)	NS	NS
Niveau 2 : Formations et territoires (n=10)				
• Proportion des 15-64 ans > 67 %	NS	NS	0,07 (0,03)	NS
• Densité médicale <0,6 Md /1 000 habitants)	-214 (103)	NS	NS	NS
Effets aléatoires				
• Niveau 1 : Médecins	52 573 (5 408)	3 581 (368)	0,004 (0,000)	0,022 (0,002)
• Niveau 2 : Communes	22 545 (11 255)	1 295 (668)	0,001 (0,001)	0,003 (0,002)
Variance expliquée (R²)				
• Niveau 1 : Médecins	87,5 %	67,4 %	55,6 %	12 %
• Niveau 2 : Communes	29,4 %		50 %	
-2 * log likelihood	2 747	2 210	-507	-187

TABLEAU V

Déterminants de la charge d'inscrits des médecins et de leur productivité en milieu rural (N=103 médecins)

	Modèles			
	Charge d'inscrits	Productivité des médecins		
	Indicateurs			
	(1) Nombre moyen de patients inscrits	(2) Nombre moyen de consultations mensuelles	(3) Taux de références par visite	(4) Taux de prescriptions par visite
	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)	Paramètre (ET)
Effets fixes				
Constante	1 827 (116)	160 (15)	0,17 (0,01)	
Niveau 1 : Médecins (n=103)				
• 8 % ou plus de patients chroniques	442 (98)	72 (15)	NS	
• Travaille dans un village	NS	-52 (19)	-0,034 (0,016)	
• Travaille dans un centre périphérique	NS	NS	-0,043 (0,015)	
Niveau 2 : Formations et territoires (n=18)				
• Rénovation effectuée	NS	NS	-0,05 (0,02)	
• Densité de la population faible (réf=non)	-253 (126)	NS	NS	
• Proportion des 0-14 ans >31 %	399 (121)	NS	NS	
Effets aléatoires				
• Niveau 1 : Médecins	202 970 (30 413)	5 176 (785)	0,005 (0,001)	
• Niveau 2 : Communes	15 377 (17 795)	1 107 (785)	0,000 (0,000)	
Variance expliquée (R²)				
• Niveau 1 : Médecins	19,1 %	18 %	16,7 %	
• Niveau 2 : Communes	82,5 %		100 %	
-2 * log likelihood	1 553	1 183	-249	

urbain et de façon très variable selon les communes : entre 0,4 à 2,6 visites par personne et par an (1,1 à 3,9 en milieu urbain).

Les limites de cette étude corrélationnelle basée sur des données secondaires sont liées au devis qui permet d'identifier des associations pour lesquelles la causalité ne peut être inférée qu'avec prudence quand des explications tangibles peuvent être avancées et au fait que les données utilisées sont celles qui sont disponibles dans les enregistrements de routine. Ces caractéristiques sont souvent retrouvées dans les études qui se rapportent à l'activité des professionnels de santé.

Quelles leçons peut-on tirer de cette étude tant pour formuler des politiques de santé que pour identifier des besoins d'informations complémentaires?

1. La productivité des médecins généralistes et l'utilisation de leurs services sont faibles. Pour le second point, en l'absence d'une bonne connaissance épidémiologique des besoins de santé et de services on ne peut statuer sur leur niveau de satisfaction. Il faudrait mieux documenter les besoins de santé et établir des liens avec les réponses du système de soins. Les premières études épidémiologiques disponibles en Albanie montrent une évolution rapide des maladies chroniques de nature à augmenter les besoins de services médicaux de proximité et de qualité¹⁰⁻¹².
2. Le profil de pratique des « généralistes-pédiatres » qui assurent une prise en charge plus complète et celui des généralistes qui oeuvrent dans des établissements mieux équipés où des spécialistes sont disponibles pourraient donner des indications sur des modes d'organisation favorisant la productivité des médecins et une meilleure prise en charge des patients.
3. Le système d'inscription des patients sur les listes des médecins présente des déficiences graves. La sur-estimation entraîne des distorsions dans la rémunération et prive les opérateurs du système de santé d'un indicateur de couverture important.
4. Très peu d'études sur le système de santé sont disponibles en Albanie. Celle-ci montre qu'en regroupant des

données déjà disponibles provenant de différentes sources, il est possible de fournir des informations utiles pour les décideurs. Cependant avant d'être en mesure de formuler des recommandations visant à modifier l'organisation des services médicaux sur la base de données probantes, outre les études épidémiologiques qui commencent à être disponibles, il conviendrait de disposer de données provenant d'études plus approfondies sur l'utilisation des services de santé et ses déterminants et sur la satisfaction des usagers et des professionnels.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.pdf, consulté le 27 septembre 2005.
2. Tragakes E, Lessof S. Dans : Tragakes E (éd.), *Health Care Systems in Transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2003: 5(3). Disponible en ligne à <http://www.euro.who.int/document/e81966.pdf> (consulté le 27 septembre 2005).
3. Partners for Health Reformplus (PHRplus). *Primary Health Care Reform in Albania: Baseline Survey of Basic Health Service Utilization, Expenditures, and Quality*. Bethesda (MD): The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., 2004.
4. Fairbank A, Gaumer G. *Organization and Financing of Primary Health Care in Albania: Problems, Issues and Alternatives Approaches*. Bethesda: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., avril 2003. Technical report No. 021.
5. SPSS Inc. *SPSS Software version 11.5.0 for Windows*. Chicago, Illinois, 2002.
6. MLwiN Software version 1.10; *Multilevel models project*. Institute of Education, University of London, 2001.
7. Fairbank A. *Cost and Utilization of Primary Health Care Services in Albania: A National Perspective on a Facility-level Analysis*. Bethesda: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc., juin 2004.
8. Nordyke R. Determinants of PHC productivity and resource utilization: A comparison of public and private physicians in Macedonia. *Health Policy* 2002;60:67-96.
9. Weeks W, Wallace A. Time and money. A retrospective evaluation of the inputs, outputs, efficiency and incomes of physicians. *Arch Intern Med* 2003;21(1):77-83.
10. Shapo L, McKee M, Coker R, Ylli A. Type 2 Diabetes in Tirana City, Albania: A rapid increase in a country in transition. *Diabet Med* 2004;163:944-48.
11. Shapo L, Pomerleau J, McKee M, Coker R, Ylli A. Body weight patterns in a country of transition: A population-based survey in Tirana City, Albania. *Public Health Nutr* 2003;6(5):471-77.
12. Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition: A population based survey in Tirana City, Albania. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(9):734-39.

Reçu : 15 juin 2005

Accepté : 16 février 2006

ABSTRACT

Background: Albania, as with all Central and Eastern European countries whose health systems were highly centralized, has undertaken a number of reforms aiming to transform, among many items, the financing and delivery of primary health care services.

Objective: This study assesses the practice activities of general practitioners working in the region of Tirana, over a period of 12 months.

Methods: Production is measured by the number of monthly visits carried out by the practitioner, and practice profiles are determined by referral rates for specialist care and prescription rates per visit. Multi-level regression analyses, taking into account the hierarchical structure of the data, were performed to identify the factors associated with productivity and profiles of practice.

Results: Results show large urban-rural variations with respect to practice conditions, characteristics of practitioners, productivity, and profiles of practice. Productivity was weak in the city of Tirana (an average of 277 monthly visits), 18% of patients were referred to specialists, and 66% received prescriptions. In rural areas, productivity was weaker (an average of 179 monthly visits), referral rates were lower (11%), and the prescription rate was 74%. In urban and rural areas, productivity and profiles of practice were related to the characteristics of both the client and the health centre and to the type of practice.

Conclusion: There are only a few available epidemiological studies documenting the ongoing health transition and the concomitant increase in demand for primary health care services; therefore, we are unable to (causally) link the reported low productivity of general practitioners with population needs. Physician productivity and patient care is better for certain groups and in health care settings where a wide range of services and sophisticated medical technologies are available. The capacity to efficiently plan for medical manpower is limited – this may be attributed to deficiencies of the patient registration system on the lists of physicians who are paid on the basis of capitation. Additional studies examining utilization of health services, and satisfaction of patients and providers, is needed in order to provide sound recommendations for improving Albania's health care system.