



gtz

Ausgewählte Passagen und Auszüge aus dem
**Abschlussbericht einer GTZ-Prüfmission
zum Projekt**

**„Reform des Gesundheitswesens, Etablie-
rung sozialer Krankenversicherungssyste-
me und Stärkung des Krankenhausmana-
gements in Albanien.“**

9.-16.9.2007

Jens Holst

Eschborn / Berlin, 2.10.2007



3 Hintergrund¹

Historisch war das albanische Gesundheitswesen durch eine ausgeprägte zentralistische Struktur und eine starke Hospitalisierungstendenz gekennzeichnet. Das Gesundheitsministerium war neben der Regulierung des Systems auch für die Mittelzuweisung, die Personalauswahl und vor allem für die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen zuständig. Investitionen erfolgten eher in Form neuer Einrichtungen als im systematischen Erhalt der bestehenden Struktur. Die langjährige Isolation des Landes hatte negativen Einfluss auf Ausbildung und Qualität des Fachpersonals, und begünstigte die Fortführung obsoleter Therapieformen. Zwar hatten alle Bürger des Landes nominell Zugang zum Gesundheitswesen, aber die Versorgungsqualität wies erhebliche Mängel auf.

Die gewaltsamen Auseinandersetzungen in der ersten Zeit nach dem Machtwechsel sowie im Jahr 1997 verursachten erhebliche Schäden an der ohnehin eingeschränkten sowie der teilweise mit Hilfe internationaler Geber zwischen 1993 und 97 aufgebauten Infrastruktur. Während der Unruhen von 1997 verließ fast ein Drittel des medizinischen Personals das Land; wesentliche Gesundheitsdienste wie Impfungen, Surveillance und umweltmedizinische Maßnahmen entfielen. Der Abbau des ambulanten Versorgungssystems setzte sich auch mehrere Jahre nach dem politischen Umbruch fort. So sank die Zahl der Gesundheitszentren im Land seit 1998 um 40 %, während deren Nutzung sogar um 60 % von 3,9 auf 1,6 Kontakte pro Person zurückging (Tavanxhi/Burazeri 2006, S. 163). Auch die Inanspruchnahme der öffentlichen Krankenhäuser außerhalb der Hauptstadtregion ist trotz fortschreitenden Bettenabbaus auffällig niedrig, was auf eine systemisch bedingte Unternutzung des stationären Angebots hinweist (World Bank 2006d, S. 31).

Mitte der 1990er Jahre erfolgten dann die ersten Reformen des Gesundheitswesens einschließlich der Einführung eines Krankenversicherungsinstituts, aber insgesamt blieben die Fortschritte bis zur Jahrhundertwende und auch darüber hinaus recht bescheiden. Neben der Wiederaufnahme der unterbrochenen Versorgungsangebote gingen die verschiedenen Regierungen seither mehr oder weniger konsequent die größten Probleme des albanischen Gesundheitswesens an. Neben dem Abbau des überdimensionierten stationären Angebots und der Privatisierung von Apotheken- und zahnärztlicher Versorgung gehören die Einrichtung des KV-Instituts und die Dezentralisierung des ambulanten Sektors zu den wesentlichen bisher erfolgten Reformen. Nachdem die Bezahlung der Allgemeinärzte des Landes bereits seit 1997 durch das ISKSH erfolgt ist, ging die finanzielle und organisatorische Verantwortung für die etwa 400 Gesundheitszentren Anfang 2007 in vollem Umfang an die KV über. Damit verbunden war die Einführung einer leistungsabhängigen Honorierung zumindest für einen kleinen Teil des Budgets der Zentren. Der Krankenhaussektor obliegt mit Ausnahme eines Pilotprojekts in Durrës weiterhin vollständig dem Gesundheitsministerium.

Der Aufbau eines funktionierenden und nachhaltig finanzierten Gesundheitssystems stellt Albanien weiterhin vor enorme Herausforderungen, die ein entschiedenes Engagement der Regierung und umfangreiche internationale Unterstützung erforderlich machen. Nur ein konzertiertes Vorgehen unter klaren politischen Prämissen und Rahmenbedingungen verspricht realistische Aussichten, in einem überschaubaren Zeitrahmen das albanische Gesundheitswesen auszubauen und an den europäischen Standard heranzuführen.

¹ Quelle: World Bank 2006a, S. 17f, 2006d, S. i.

4 Soziale- und Gesundheitsindikatoren Albaniens im Überblick

Extract from health for all (HFA) database: Albania

Indicator	Year	Value
Mid-year population	2005	3130000
% of population aged 0-14 years	2004	26.90
% of population aged 65+ years	2004	8.21
Live births per 1000 population	2004	13.76
Crude death rate per 1000 population	2004	5.68
Life expectancy at birth, in years	2004	76.24
Life expectancy at birth, in years, male	2004	73.72
Life expectancy at birth, in years, female	2004	78.93
Estimated life expectancy, (World Health Report)	2003	72
Estimated infant mortality/1000 live births (World Health Report)	2000	23
Infant deaths/1000 live births	2004	7.79
SDR, diseases of circulatory system, all ages per 100000	2004	419.35
SDR, malignant neoplasms, all ages per 100000	2004	114.88
SDR, external cause injury and poison, all ages per 100000	2004	41.89
SDR all causes, all ages, per 100000	2004	810.24
Tuberculosis incidence per 100000	2004	17.49
Hospital beds per 100000	2005	296.61
Physicians per 100000	2004	118.28
In-patient care admissions per 100	2005	8.70
Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP), WHO estimates	2004	6.60

Quelle: WHO 2007.

5 Der Gesundheitssektor in Albanien

Wie in anderen ehemals sozialistischen Ländern zeichnet sich das albanische Gesundheitswesen traditionell durch eine sehr hierarchische Struktur und eine starke Fokussierung auf stationäre Versorgungseinrichtungen aus. Für die Bereitstellung und Finanzierung der Krankenhausversorgung ist im Wesentlichen die Regierung zuständig,² aber in zunehmendem Maße bauen ausländische InvestorInnen private Kliniken zur medizinischen Behandlung der besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Zwar ist die Zahl der Krankenhausbetten seit dem politischen Umbruch kontinuierlich gesunken und liegt mit etwa 3 Betten pro 1000 Einwohnern mittlerweile unter dem Durchschnitt in der Region (INSTAT 2007). Die albanische Seite misst dem Krankenhaussektor weiterhin wesentliche Bedeutung, und auch die Erwartung der Bevölkerung an das Gesundheitswesen scheint sich in erster Linie auf die Hospitäler zu konzentrieren. Eine spürbare Verbesserung des stationären Angebots dürfte bei der Bevölkerung auf eine ausgesprochen positive Resonanz stoßen und gilt daher als politisch relevantes Thema im Hinblick auf die bevorstehenden Präsidentschafts- und Parlamentswahlen 2009.

Eine Sonderposition innerhalb des albanischen Gesundheitswesens nimmt zweifellos die Nënë-Tereza-Universitätsklinik in der Hauptstadt ein, die mehrere über verschiedene Standorte verteilte Kliniken mit relativ ausgeprägter Autonomie umfasst. Formal erfüllt sie eine Doppelaufgabe als regionales Krankenhaus der Allgemeinversorgung für Tirana und Umgebung und als einziges Krankenhaus der Maximalversorgung im Land, das prinzipiell als Überweisungsklinik für die Krankenhäuser der Allgemeinversorgung dienen soll. Die Vermischung beider Funktionen, die Bevölkerungsdichte im Einzugsgebiet und vor allem das tendenziell größere Vertrauen der BürgerInnen in spezialisierte Einrichtungen führen zu einer ständigen Überlastung der Kapazitäten ohne Einhaltung von Behandlungshierarchien (vgl. auch Hotchkiss et al. 2007, S. 226). Zur Entlastung der Nënë-Tereza-Klinik plant das albanische Gesundheitsministerium den Neubau eines Krankenhauses der Allgemeinversorgung in Tirana. Abgesehen von der Frage, ob ein weiteres Hospital tatsächlich den Bedarf bei eingeschränkten Ressourcen am besten decken kann, erscheint die Lage der zukünftigen Klinik am Stadtrand auf dem Gelände der ehemaligen Lungenheilstätte nur bedingt Erfolg versprechend, die Patientenströme effektiv umzulenken.

Zweifellos hängen die aktuellen Schwierigkeiten und Engpässe im Nënë-Tereza-Krankenhaus auch mit knappen Ressourcen und den gegebenen Strukturen zusammen. So empfinden die beteiligten Parteien die Verteilung von Entscheidungskompetenzen auf zwei verschiedene Ministerien sowie auf unterschiedliche AkteurInnen als konfliktträchtig und verbesserungswürdig. Während die Krankenhausdirektion dem Gesundheitsministerium entsteht und für alle Fragen bzgl. der Organisation und Finanzierung zuständig sind, unterstehen die LeiterInnen der klinischen Abteilungen als Hochschullehrer gleichzeitig dem Bildungsministerium und verfügen über weit

Nënë-Tereza-Universitätsklinik Tirana:

Standorte: 5; Abteilungen: 8

Stationen: 40; Bettenzahl: 1.474

MitarbeiterInnen: 2.740, darunter 750 ÄrztInnen, davon wiederum 100 Professoren.

Budget: 40 Mio US-\$ = 1,9 % des BIP (davon 8 Mio Arzneimittel, 12 Mio Personalkosten)

Amb. Behandlungen: 5 Mio / Jahr

Einnahmen durch Patientendirektzahlungen: 450.000 €, Ziel: 1 Mio €

Inoffizielle Zahlungen: Ca. viermal so hoch wie offizielle Zuzahlungen

47 % der PatientInnen nicht aus Tirana

² Einzige Ausnahmen unter den öffentlichen Kliniken sind das Militärkrankenhaus, das dem Verteidigungsministerium untersteht, und das Regionalkrankenhaus in der Hafenstadt Durrës, das im Rahmen eines Pilotprojekts seit kurzem unter der Verantwortung und Finanzierung des KV-Instituts steht, um auch im stationären Sektor eine der Primärversorgung vergleichbare Struktur und entsprechende Anreizsysteme zu testen.

gehende Kompetenzen. Auseinandersetzung gibt es wiederholt bei der Besetzung der Abteilungsleiterpositionen, wobei das Dekanat der Medizinischen Fakultät stark involviert ist und sich offenbar nicht an Weisungen des Gesundheitsministeriums gebunden fühlt. Mit der erstmaligen Besetzung der Klinikdirektion mit einem Nicht-Mediziner scheint sich der Konflikt verschärft zu haben.³ Der von der jetzigen Administration ernannte Ökonom Mati Pepa steht im Dilemma, gute Qualität und Kosteneffektivität zu verbinden, während das Interesse der prinzipiell nach erbrachten Leistungen honorierten Abteilungsleiter eher das einer anbieterinduzierten Nachfragesteigerung ist.⁴

Ein erheblicher Teil der im Gesundheitsministerium wie in der Uni-Klinik wahrgenommenen Probleme hat allerdings seinen Ursprung außerhalb des Nënë-Tereza-Krankenhauses. So gilt die stationäre Versorgungsinfrastruktur in Albanien als veraltet, insuffizient und qualitativ unzureichend. Zwar besteht ein landesweites Netz von regionalen Krankenhäusern der Allgemeinversorgung (*secondary level*), doch weist die niedrige Bettenauslastung auf eine geringe Akzeptanz durch die Bevölkerung hin. Zwischen 1993 und 2003 sank die Belegung um knapp zehn Prozentpunkte. Bei gleichzeitiger Halbierung der mittleren Verweildauer weist Albanien im Vergleich zu anderen Ländern eine deutliche geringere jährliche Patientenzahl pro Krankenhausbett auf.

Table 2.8 - Utilization of Inpatient Care Facilities in Albania, 1993–2003

Years	1993	1995	2000	2001	2002	2003
Inpatient care admissions per 100 population per year	8.9	8.9	8.5	8.8	8.8	8.7
Average Length of Stay ALOS	12.2	9.1	6.9	7.0	6.7	6.6
Bed Occupancy rate %	63.0	63.0	52.0	52.8	53.1	53.6
Bed turnover rate	29.0	28.1	26.9	26.4	28.6	29.4

Note: Turnover rates show the number of patients per bed per year = (Number of available beds - Number of occupied beds) * (Number of days in study period) / (Number of discharges in study period).
Source: Ministry of Health, Albania. Albania Health Indicators for Years 1993-2003.

Quelle: World Bank 2006d, S. 31.

Die Bettenauslastung weist starke regionale Unterschiede auf, wobei nach den Zahlen des Gesundheitsministeriums sechs der zehn Regionalkrankenhäuser für 2003 eine weniger als 40-prozentige Bettenbelegung aufweisen (World Bank 2006d, S. 33). Auffällig ist hier die Diskrepanz beim Krankenhaus Shkodra, dessen Bettenauslastung mit nur 33,2 % abgegeben ist, nach Angaben der derzeitigen Verwaltungsleiterin aktuell aber bei etwa 70 % liegen soll. Eine kurze Inaugenscheinnahme des Krankenhauses lässt diese Zahl durchaus realistisch erscheinen. Die Krankenhausleitung erklärt die verbesserte Akzeptanz des Regionalhospitals mit den bisher getätigten Investitionen in Ausrüstung und vor allem in Weiterbildung des Per-

Regionalkrankenhaus Shkodra:

Einzugsgebiet: Ca. 250.000 Personen
 Angebot: Alle gängigen Fachrichtungen, Labor, Röntgen, Rettungsstelle
 Bettenzahl: 537; Belegung 70 %
 Mitarbeiter: 910 insgesamt, 367 Pflegekräfte, 102 FachärztInnen, 3 AllgemeinärztInnen
 Zuzahlungen (Aushang):
 Stat. Aufnahme 400 LEK (= 3,30 €)
 Facharztsprechstunde: 600 LEK (4,94 €)

³ Ein während des Missionszeitraums veröffentlichter Zeitungsartikel bezeichnete den Verwaltungsleiter beispielsweise als „trojanisches Pferd“ im Uni-Klinikum, einer traditionellen Hochburg des Medizinerinflusses.

⁴ Dies gilt umso mehr für die weiter unten eingehender diskutierten inoffiziellen Patientendirektzahlungen, das mit hoher Wahrscheinlichkeit andere als rein klinisch-fachliche Aspekte in Behandlungsindikationen und -entscheidungen trägt.

sonals sowie die Beschränkung von Neueinstellungen auf Pflegepersonal mit Universitätsabschluss. Positiv soll sich demnach auch die vor drei Monaten ins Leben gerufene systematische Zusammenarbeit mit anderen Kliniken im albanisch-sprachigen Raum sowie Italien auswirken, die auch Qualifizierungsmaßnahmen für ärztliche und andere MitarbeiterInnen umfasst.

Zwei Drittel der albanischen Krankenhäuser haben weniger als 200 Betten; sie sind daher zu klein, um den vollen Umfang der Akutversorgung vorzuhalten und Skaleneffekte ausnutzen zu können. Auch die Zahl qualifizierten Personals pro Bett ist niedriger als in größeren Einrichtungen. Nur drei Hospitäler in Albanien haben mehr als 500 Betten. Ihre Gesamtbettenzahl beläuft sich auf 28 % der stationären Behandlungsplätze des Landes und sie wickeln 30 % der Krankenhausaufnahmen ab (World Bank 2006d, S. 31f).

Für die ambulante Versorgung der Bevölkerung stehen im öffentlichen System in erster Linie Gesundheitsposten und –zentren sowie Poliklinika für weitergehende Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Prinzipiell besteht eine hierarchische Organisation zwischen den dörflichen Gesundheitsposten und übergeordneten Gesundheitszentren, denen im Prinzip jeweils 4-5 Posten zugeordnet sind, was sich indes nicht in der Gesamtzahl widerspiegelt. In den Gesundheitsposten arbeiten Pflegekräfte und Hebammen, während die Gesundheitszentren über mindestens eine/n Allgemein- bzw. „Familien“-A(e)rztIn verfügt. Für die ambulante fachärztliche Behandlung stehen Spezialisten in städtischen Poliklinika zur Verfügung, die entweder selber die Behandlung übernehmen oder Krankenseinweisungen veranlassen können. Für Mitglieder des Krankenversicherungsinstituts ist die Nutzung der ambulanten Einrichtungen ebenso wie stationäre Aufnahmen offiziell kostenfrei, sofern sie die vorgeschriebenen Überweisungswege einhalten. Alle anderen BürgerInnen müssen für die Nutzung der Gesundheitszentren 200 (1,15 €), für Poliklinika 300 (2,45 €) und für stationäre Aufnahmen 400 LEK (3,30 €) aus der eigenen Tasche bezahlen (vgl. Hotchkiss et al. 2004, S. ix; die Preise scheinen gewissen Veränderungen zu unterliegen und auch nicht überall einheitlich zu sein). Auch die Kosten für Spezialdiagnostik, die im Wesentlichen im Universitätskrankenhaus in Tirana zur Verfügung steht, haben Nicht-Versicherte in vollem Umfang selber aufzubringen.

Table 2.13 - Number of Private Outpatient Facilities by Regions, 2003

Type of Outpatient Care	Tirana	Durres	Other Regions	Albania
Total Number of Private Providers:				
No. of private outpatient facilities, of which	1,212	161	1,412	2,785
Doctor's office	402	29	195	626
Laboratories Diagnostic Centers	60	5	27	92
Dentists	376	61	533	970
Pharmacies, private	374	66	657	1,097
Total Private Providers per 1,000 Population:				
No. of private outpatient facilities, of which	2.03	0.66	0.63	0.91
Doctor's office	0.67	0.12	0.09	0.20
Laboratories Diagnostic Centers	0.10	0.02	0.01	0.03
Dentists	0.63	0.25	0.24	0.32
Pharmacies private	0.63	0.27	0.30	0.36
Percent distribution across regions				
Total private outpatient facilities	44%	6%	51%	100%

Source: Ministry of Health

Quelle: World Bank 2006d, S. 34.

Für die zukünftige Entwicklung des albanischen Gesundheitswesens relevant ist die Verbreitung privater ambulanter Versorgungsangebote im Land. Allein die Zahl der niedergelassenen ZahnärztInnen sowie der Apotheken außerhalb der Zentralregion Tirana-Durrës ist beachtlich. Aber das private Angebot wächst auch in den Bereichen, wo das öffentliche Gesundheitswesen im Prinzip ein Versorgungsangebot und Krankenversicherungsschutz bereithält, vor allem bei der ambulanten Versorgung. Die Haushaltsbefragung 2004 offenbarte, dass jede/r zehnte AlbanerIn zur ambulanten Versorgung eine Privatpraxis aufsuchte. Eigentlich ist es ÄrztInnen des öffentlichen Sektors mit Ausnahme der Beschäftigten des Uni-Klinikums nicht gestattet, nebenher privat zu arbeiten. Und nach offiziellen Statistiken gibt es in Albanien nur 626 Privatpraxen und 907 zugelassene PrivatärztInnen, die mehr als 2.100 öffentlichen ambulanten mit über 4.000 medizinischen MitarbeiterInnen gegenüberstehen (World Bank 2006d, S. 35).

Nachdem die Verantwortlichkeit für die ambulante Versorgung bereits 1997 vom Gesundheitsministerium und auch die Bezahlung des nicht-medizinischen Personals an das Krankenversicherungsinstitut übergegangen waren, liegt nun seit Anfang 2007 die gesamte Finanzierung der Gesundheitszentren beim ISKSH. Hinter dieser Reform, die mit maßgeblicher Unterstützung der Weltbank und von USAID zustande kam, steht die Absicht, das starre System historischer Budgets durch leistungsbezogene Honorierungsformen zu ersetzen und dadurch Anreize für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung zu schaffen. Aus diesem Grund plant das ISKSH, das garantierte Budget auf zunächst 85 % zu beschränken und die restlichen 15 % an die Erfüllung bestimmter Leistungs- und Qualitätsbedingungen zu knüpfen. Bisher sind allerdings die Parameter nicht hinreichend geklärt und de facto erhalten die Zentren und somit auch das gesamte Personal ihre bisherigen Bezüge in vollem Umfang.

Diese Reform hat zu einer gewissen Verstimmung bei den Regionaldirektionen des Gesundheitsministeriums geführt, die sich bestimmter Aufgaben enthoben und in ihrem Einfluss zurückgedrängt sehen. Reibungsverluste könnten dadurch entstehen, dass die regionalen VertreterInnen des Ministeriums weiterhin für Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich der Impfungen zuständig sind, die entsprechenden Maßnahmen aber in oder über die Gesundheitszentren erfolgen, die dem KV-Institut zugeordnet sind. Außerdem liegt die Erfassung vieler Daten der Primärversorgung weiterhin in Händen des Gesundheitsministeriums bzw. seiner regionalen Stellen, deren Angaben auch für die leistungsbezogene Honorierung eine Rolle spielen wollen. Gleichzeitig kontrollieren aber auch MedizinerInnen des ISKSH die Gesundheitszentren und überprüfen vor allem die Übereinstimmung zwischen Patientenakten und Rezepten und die jeweiligen Indikationsstellungen.

Bis Anfang der 1990er Jahre hatte Albanien wie andere ehemals sozialistische Länder ein staatliches Gesundheitswesen, das den Bürgern mit Ausnahme geringer Medikamentenzuzahlungen umfangreiche kostenfreie medizinische Versorgung gewährte. Die Festlegung des Budgets erfolgte nach politischen Kriterien und in Konkurrenz zu anderen öffentlichen Aufgaben, und die Bereitstellung der Versorgungsleistungen lag in ausschließlicher Verantwortung des Staates. Nach dem politischen Umbruch erfolgte eine Diversifizierung der Finanzierungsquellen und neben den öffentlichen Haushalt traten Krankenversicherungsbeiträge und vor allem Direktzahlungen der PatientInnen. Zwischen 1990 und 2000 sank der Steueranteil bei der Gesundheitsfinanzierung von 84 auf weniger als 60 %, obwohl das Finanzministerium die 1995 gegründete Krankenversicherung weiterhin in relevantem Umfang subventioniert, um die Versorgung vulnerabler Gruppen zu gewährleisten. Dennoch hat sich die öffentliche Finanzierung insbesondere der ambulanten Versorgung zunehmend auf das ISKSH verlagert, das seine Leistungen jeweils etwa zur Hälfte mit Beitragseinnahmen und aus Steuermitteln finanziert (Tavanxhi/Burazeri 2007, S. 161). Nach einem Defizit von 16 Mio US-\$ im Jahr 2005 geriet das KV-Institut allerdings in direkte Abhängigkeit vom Finanzministerium, was dessen großen Einfluss bis heute erklärt und ich möglicherweise längerfristig in der organisatorischen Einbettung des ISKSH niederschlagen könnte.

Für die anstehenden Herausforderungen und Reformen ist die Tatsache von besonderer Brisanz, dass der größte Teil der Gesundheitsfinanzierung in Albanien mittlerweile auf Zuzahlungen im Krankheitsfall entfällt. Damit wird angemessene medizinische Versorgung zunehmend zu einer Frage der individuellen Kaufkraft und für eine große Bevölkerungsgruppe zu einem kaum erschwinglichen Luxusgut. *Out-of-pocket-payments* treffen die NutzerInnen des albanischen Gesundheitswesens gleich doppelt. Neben den offiziellen Zuzahlungen für bestimmte Leistungen wie stationäre Aufnahmen, Rettungsstellen- und Facharztbehandlungen, diagnostische Maßnahmen sowie für Medikamente kassieren die AkteurInnen auf den verschiedenen Ebenen bei den PatientInnen noch einmal direkt ab, um die eigenen Taschen zu füllen und ihr als karg empfundenen Gehalt aufzubessern.

Mit der Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung (*purchaser-provider-split*), die in keiner aktuellen Gesundheitsreform fehlen darf, erfolgte eine Verlagerung der Finanzierungslast nicht allein auf die entstehende soziale Krankenversicherung, sondern in zunehmendem Maße auch auf die einzelnen PatientInnen. Erklärte Ziele sind üblicherweise die Erzeugung eines größeren „Kostenbewusstseins“ bei den BürgerInnen und die Eindämmung der „überflüssigen“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Ansatz zur Kostendämpfung. Abgesehen von offenkundigen theoretischen Schwächen dieses Ansatzes und einer Vielzahl unerwünschter Wirkungen (vgl. Holst 2006, S. 88ff.) blieb auch in Albanien die Frage ungestellt und somit unbeantwortet, ob die unterstellte Übernutzung des Versorgungsangebots tatsächlich besteht. Zudem sind im Akutfall erforderliche, allein vom Einzelnen zu tragende Gesundheitsausgaben einem hohen Risiko an Fehlallokation ausgesetzt und in Bezug auf Effektivität und soziale Gerechtigkeit vorfinanzierten Versicherungspools unterlegen (WHO 2000, S. 99, 113). Eher bedenklich ist vor diesem Hintergrund die Erwartung der Klinikleitung des Nënë-Tereza-Krankenhauses, die Einnahmen aus Patientenzuzahlungen von zurzeit etwa 450.000 auf jährlich über 1 Mio € zu steigern.

Ein zentrales Problem im albanischen Gesundheitswesen sind zweifellos die inoffiziellen Zahlungen, die alle beteiligten Berufsgruppen auf allen Versorgungsebenen einfordern und die von den PatientInnen weitgehend akzeptiert sind. Beschäftigte des Gesundheitswesens betrachten *under-the-table-payments* als angemessene Aufstockung ihrer kargen Gehälter, und PatientInnen akzeptieren sie mit der Erwartung, dadurch schneller Zugang zu Diagnostik oder Therapie und zu qualitativ besserer Behandlung zu bekommen (Hotchkiss et al. 2004, S. xiv). Begünstigend kommt hinzu, dass es in Albanien eine Tradition gibt, Dankbarkeit durch Geschenke zum Ausdruck zu bringen, und dass die Gesundheit jeden Preis wert ist (Vian et al. 2005, S. 880). Mittlerweile sind inoffizielle Zahlungen in die Taschen der MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens eine unerlässliche Voraussetzung für den Zugang zu medizinischer Behandlung (ibid. S. 884). Allerdings weisen Befragungen darauf hin, dass ein Großteil der AlbanerInnen inoffizielle Patientenzahlungen für schlecht und mehr als die Hälfte sogar als schädlich ansieht. Andererseits betrachten mehr als 57 % der BürgerInnen *under-the-table-payments* als erforderlich oder unausweichlich, während alle anderen sie für nutzlos und unsinnig halten (Burak/Vian 2007, S. 1068). Die bei MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens auszumachende Einschätzung, inoffizielle Zahlungen seien als quasi unausweichliche Voraussetzung für eine gute Behandlung weitgehend akzeptiert, ist für einen relevanten Bevölkerungsteil in Zweifel zu ziehen.

Eine systematische Patientenbefragung zeigte, dass fast die Hälfte (45,2 %) stationärer PatientInnen an ÄrztInnen und Krankenschwestern Gebühren zahlten und sogar fast zwei von drei (61,3 %) dem Personal Geschenke machte; bei ambulanten PatientInnen zahlte etwa der gleiche Anteil (44,6 %) Sprechstundengebühren, aber nur jeder vierte (24,7 %) überbrachte Geschenke (Hotchkiss et al. 2005b, S. 13ff). Andere Umfragen weisen darauf hin, dass sogar mehr als drei Viertel der PatientInnen illegale Zahlungen leisten und dies in öffentlichen Einrichtungen mindestens zwei Drittel der NutzerInnen betrifft (Burak/Vian 2007, S. 1066f).

Schätzungen gehen davon aus, dass *under-the-table-payments* im Krankenhauswesen etwa ein Viertel der gesamten Ausgaben für die stationäre Versorgung ausmachen, während sie sich im ambulanten Bereich nur auf ein Neuntel belaufen (Tavanxhi/Burazeri 2007, S. 160). Die für eine ambulante Behandlung anfallenden durchschnittlichen Patientenzuzahlungen belaufen sich auf etwa 50 % der monatlichen Ausgaben des einkommensschwächsten Bevölkerungsfünftels, und Krankenhausbehandlungen sogar das Vierfache des monatlichen Haushaltsbedarfs (World Bank 2006d, S. vi). Unter Einbeziehung aller Ausgaben beläuft sich die Gesundheitsquote zurzeit auf 6,6 %, die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben liegen mit 36 € (bzw. 50 US-\$) deutlich unter dem Durchschnitt der Nachbarländer.

6 Aktivitäten anderer internationaler Geber im Gesundheitswesen

Seit dem politischen Umbruch Anfang der 1990er Jahre, teilweise auch schon vorher, erhält Albanien umfangreiche internationale Hilfe zur Überwindung der größten Engpässe und zum Wiederaufbau des Landes. In den ersten Jahren erfolgte die Entwicklungshilfe des kleinen Landes weit gehend unkoordiniert und die verschiedenen Geber setzten jeweils eigene Prioritäten in Abhängigkeit von den als vorrangig angesehenen Bedürfnissen und den eigenen Stärken und Interessen. Mittlerweile bemüht sich die albanische Regierung zunehmend um eine bessere Koordinierung der internationalen Unterstützungsleistungen. Beim Premierminister ist die Abteilung für Strategie und Geberkoordinierung (Departamenti i Bashkëndimit të Strategjive dhe Koordineimit Strategjik të Ndihmës së Hua / Department for Strategy and Donor Coordination) angesiedelt, in deren Aufgabenbereich sowohl die strategische Politikplanung als auch die abgestimmte Zusammenarbeit mit bi- und multilateralen Gebern fällt.⁵ Eine Mitarbeiterin dieser Abteilung befasst sich gezielt mit der Koordinierung der internationalen Hilfe im Gesundheitssektor.

Zurzeit sind mehrere Entwicklungsorganisationen mit Gesundheitsprojekten in Albanien präsent. Bei den multilateralen Gebern ist in erster Linie die Weltbank zu nennen, die eine kreditfinanziertes Programm zur Modernisierung des Gesundheitssektor mit einem Kredit im Umfang von 15,4 Mio US-\$ unterstützt; jeweils 2,1 Mio bzw. 1,6 Mio US-\$ steuern die albanische Regierung und Japan bei. Das *Health Sector Modernization Programme* (HSMP) verfolgt in erster Linie die Umstrukturierung und Verbesserung der öffentlichen ambulanten Versorgung, Stärkung des Gesundheitsministeriums und Verbesserung von Management und Governance im Krankenhaussektor. Neben einer Verbesserung der Infrastruktur und vor allem der Ausrüstung der Gesundheitszentren umfasst es auch wesentliche Ansätze zur Reform der Gesundheitsfinanzierung. Dazu gehört seit Anfang 2007 umgesetzte ausschließliche Bezahlung der öffentlichen Gesundheitszentren durch das Krankenversicherungsinstitut und die Einführung einer leistungsbezogenen Honorierung der ambulanten Versorgung. Zum Zeitpunkt der Prüfmision unterstützten internationale Experten im Rahmen des HSMP das albanische ISKSH und das Gesundheitsministerium bei der Erarbeitung geeigneter Bewertungskriterien.

Maßgeblich an der Umsetzung des HSMP ist USAID beteiligt, die jährlich 3 Mio US-\$ allein in den Aufbau des Gesundheitswesens investiert: Neben Maßnahmen der Familienplanung und Marktforschung fördern die USA die Entwicklung eines *Demographic and Health Surveys* und eines *Health Information Systems*, zweier wesentlicher Voraussetzungen für ein funktionierendes Gesundheitswesen und gesundheitspolitische Planung. Der Schwerpunkt der USAID-Arbeit in Albanien liegt auf der Reform der primären Gesundheitsversorgung einschließlich Ausstattung und Beratung bei der Reform der Finanzierung der Gesundheitszentren, umsetzende Organisation ist das United Research Center (URC). Diese Programmkomponente steht zwar in direktem Zusammenhang zur albanischen Krankenversicherung, die für die Finanzierung der Gesundheitszentren verantwortlich ist, berührt aber nicht die interne Organisation und andere Belange des ISKSH. Allerdings lässt die Umstrukturierung der Honorierungsform und –kriterien die landesweite Krankenkasse natürlich nicht unberührt und erfordert eine angemessene Berücksichtigung bei der konkreten Ausgestaltung der deutschen Beratung.

Die italienische Regierung setzt zum einen ihre bisher eher traditionell angelegten Auf- und Ausbauprojekte im Gesundheitswesen fort und wickelt sämtliche Infrastruktur- und Ausstattungsvorhaben bis zu deren Vollendung ab. Neuerdings verfolgt die Cooperazione Italiana aber vermehrt eine neue Strategie im Sinne einer stärkeren Fokussierung auf technische und

⁵ Website: <http://www.keshilliministrave.gov.al>.

vor allem politische Beratung. Zurzeit erfolgt die Einrichtung eines eigens angemieteten und ausgestatteten Büros in unmittelbarer Nähe zum Gesundheitsministerium, das die fachbezogene Politikberatung bündeln soll. Eine Kontaktgruppe innerhalb des Ministeriums ist benannt und Vertreter der Cooperazione Italiana in Albanien zeigen sich offen gegenüber verschiedenen fachbezogenen Beratungsleistungen und insbesondere gegenüber der Zusammenarbeit mit Experten unterschiedlicher Herkunft.

Spanien unterhält ein 5,2-Mio US-\$-Projekt in den Bereichen Gender und Equity und wird vermutlich weitere Mittel für die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit zur Verfügung stellen; aus terminlichen Gründen kam während der Prüfmission kein Treffen mit Vertretern der Cooperación Española zu Stande. Die Unterstützung der Swedish International Development Agency (SIDA) für Albanien konzentriert sich vornehmlich auf Maßnahmen im Erziehungswesen, die in Zusammenarbeit mit UNFPA und dem Erziehungsministerium auch Peer-Education und Schulgesundheit umfasst. Darüber hinaus hat Schweden das Sozialversicherungsinstitut ISSH in technischen und Abwicklungsfragen beraten; auch ein Treffen mit SIDA-VertreterInnen fiel dem engen Zeitrahmen zum Opfer. Und als weitere wichtige binationale Geberin ist die Schweiz zu nennen, deren Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) in Albanien ein Programm zur kontinuierlichen Ausbildung des medizinischen und insbesondere des Pflegepersonals durchführt, in dessen Rahmen auch eine Reform der Ausbildungsordnung für Pflegeberufe vorgesehen ist. Das britische Department for International Development (DFID) plant zurzeit kein weiteres Engagement im Gesundheitswesen (Brandrup-Lukanow 2007, Annex 1).

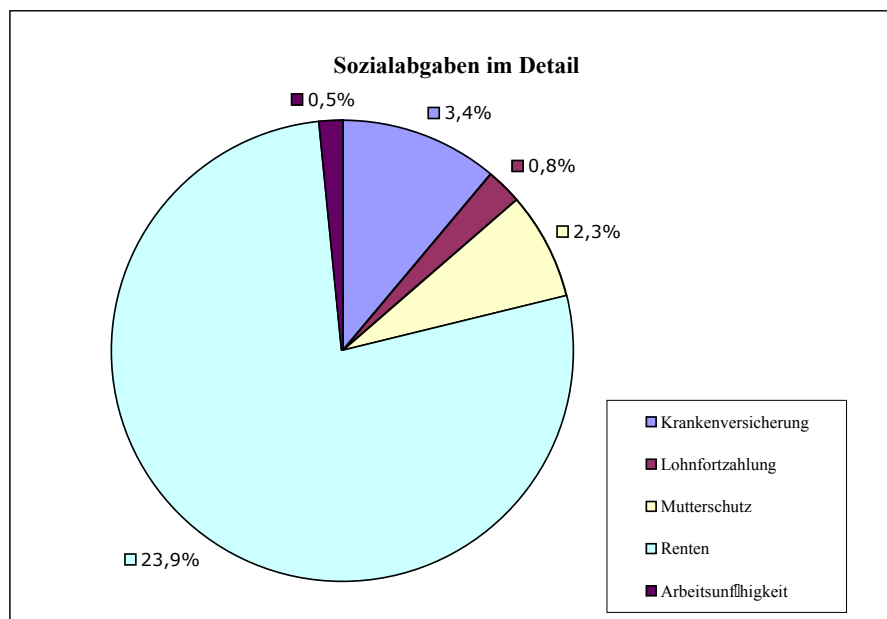
Ihrem üblichen Portfolio entsprechend unterstützt UNICEF die albanische Regierung bei der Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie bei einer Reihe speziellerer Fragen der öffentlichen Gesundheit wie Sicherung von Qualität und Versorgung mit Impfstoffen, Jodbeimengung zu Speisesalz und Fortbildung von Allgemeinärzten für die adäquate Behandlung von Säuglingen und Kindern. Auf der Politikebene unterhält UNICEF Projekte zur Verbesserung des Zugangs vor allem von Randgruppen zur primären Gesundheitsversorgung. Der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) hat Albanien 5 Mio US-\$ zur Bekämpfung dieser Krankheiten und für ein nationales HIV-Präventionsprogramm zur Verfügung gestellt. UNFPA unterstützte das albanische Gesundheitswesen durch gezielte Fort- und Weiterbildung, durch Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen, Aufklärungskampagnen, Familienplanung und andere Maßnahmen im Bereich der reproduktiven Gesundheit.

Die WHO konzentriert ihre Bemühungen auf die Entwicklung einer Nationalen Gesundheitsstrategie, Weiterbildung für medizinisches Personal, Schwangerschaftsprogramme, die Verminderung sexuell übertragbarer Krankheiten, Gender-Fragen und die Weiterverfolgung gesundheitsbezogener Ansätze des Südosteuropa-Stabilitätspakts. Zurzeit legt die WHO ein geringes Profil an den Tag, und Ansätze und Programme zur Politikberatung oder Sektorreformunterstützung sind nicht auszumachen. Außerdem scheint die WHO ein wenig abseits von dem One-UN-Ansatz zu stehen, der in Albanien als einem von weltweit acht Pilotländern schrittweise zur Anwendung kommt. Es ist beabsichtigt und davon auszugehen, dass sich diese von UNDP koordinierte Initiative nicht allein auf die Zusammenarbeit der UN Organisationen im Gesundheitsbereich auswirkt. Auch für die Kooperation mit anderen Gebern, die teilweise bereits ihre Bereitschaft zur Mitarbeit zu erkennen gegeben haben (z.B. Spanien), setzt sie neue Akzente. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit sollte bei den anstehenden Vorhaben im Gesundheitsbereich ebenfalls diese Anbindung suchen (vgl. Brandrup-Lukanow 2007, S. 12).

8 Das albanische Sozialversicherungssystem im Überblick

Das soziale Sicherungssystem Albaniens umfasst zurzeit im Wesentlichen vier Bereiche, nämlich eine Renten- und Berufsversicherung (Instituti i Segurimeve - ISSH),⁷ eine Krankenversicherung, eine Arbeitslosenversicherung sowie Sozialhilfe für Arme, Behinderte und andere sozial schwache Gruppen. Eine genauere Erfassung der Funktion und Leistungen der sozialen Sicherungsmechanismen für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger konnte aufgrund des kurzen verfügbaren Zeitrahmens und der zentralen Fragenstellungen im Rahmen dieser Kurzmission nicht erfolgen. Allerdings erscheint eine eingehendere Betrachtung insbesondere der Kriterien, Berechtigten und Leistungen des albanischen Sozialhilfesystems im Zusammenhang mit der Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf bisher nicht erfasste Bevölkerungsgruppen sinnvoll und geboten.

Neben der Hauptfunktion einer finanziellen Absicherung der Bürger im Alter obliegt der Rentenversicherung auch die Funktion einer Erwerbstätigkeitsversicherung. Der Gesamtbeitrag im Umfang von 29,5 % der Löhne und Gehälter ist paritätisch zwischen Arbeitgebern und –nehmern aufgeteilt. Der Löwenanteil der Sozialversicherungsabgaben (nämlich 81 % des Beitrags) entfallen auf die Rentenversicherung. 7,8 % der Sozialabgaben (ohne Krankenversicherungsbeitrag) entfallen auf Mutterschutzleistungen (6 Monate lang 80 %, für maximal sechs weitere Monate 50 % des letzten Gehalts), 6,8 % auf die Arbeitslosenversicherung, 2,7 % auf krankheitsbedingte kurzfristige Erwerbsunfähigkeit (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) und weitere 1,7 % der Sozialabgaben die Absicherung von berufsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Aufteilung der nicht-krankenversicherungsbezogenen Sozialabgaben nach Leistungsart.



Offenbar hat das Sozialversicherungsinstitut (ISSH), das zurzeit Unterstützung von der Swedish International Development Agency (SIDA) erhält, bereits mehrfach Beratungsleistungen u.a. von der oder über die deutsche Bundesanstalt für Angestellte (BfA) erhalten, was als weiteres Indiz für das starke Interesse der albanischen Seite am deutschen Modell gelten darf.⁸

⁷ Website: www.iss.gov.al.

⁸ Hier wäre es interessant, im Vorfeld der empfohlenen KV-Beratung genauere Kenntnisse über Ausmaß und Ansatz der deutschen Beratung zu eruieren, was im Rahmen dieser Kurzzeitmission nicht möglich war.

Außerdem besteht eine Kooperation des GTZ-Büros Tirana mit der ISSH im Rahmen eines lokalen Pilotprojekts zur aktiven Ausweitung der Versichertenbasis. Nach Aussagen der ISSH-Direktion bietet die GTZ Unterstützung bei der Rekrutierung neuer Mitglieder der Sozialversicherung mit Hilfe ortsansässiger Inspektoren, die beim ISSH angestellt sind und die Menschen in ihrer Gemeinde durch aktives Aufsuchen von den Vorteilen nicht nur einer Renten-, sondern auch einer Krankenversicherung überzeugen sollen. Nach Aussagen des GTZ-Büros Tirana ist dies bisher allerdings eher eine Wunschvorstellung des ISSH und die Zusammenarbeit habe sich auf die Vermittlung von Kontakten nach Preza beschränkt.

Erwähnenswert sind auch zwei sozialpolitisch interessante Ansätze zur Ausweitung der sozialen Sicherung auf selbständige Arbeiter des informellen Sektors in Stadt und Land. Zum einen bietet die ISSH flexible Beitragssätze an, die zwischen 3 und 7 % des Einkommens liegen und von den sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Versicherten abhängen. Des Weiteren subventioniert der albanische Staat die Nachfrage nach Sozialversicherungspolice massiv aus Steuermitteln: Angehörige des informellen Sektors einschließlich selbständiger Bauern müssen nur 15 % der auf Grundlage des gesetzlichen Mindesteinkommens regional bemessenen ISSH-Beitrags selber aufbringen, den überwiegenden Anteil steuert der Fiskus bei.

Für die zukünftige Ausgestaltung des albanischen Krankenversicherungsinstituts wie für bevorstehende Beratungsansätze ist die Tatsache von Bedeutung, dass der Einzug sämtlicher Sozialabgaben in Albanien gemeinsam mit den Steuern zunächst über das Finanzamt erfolgt, das der Verantwortlichkeit des Finanzministeriums unterliegt ist. Beschäftigte des formalen Sektors müssen insgesamt 32,9 % ihrer Löhne und Gehälter für die prinzipiell verpflichtende Sozialversicherung aufbringen. Das Finanzamt ist verpflichtet, die Sozialabgaben innerhalb von 24 Stunden an das ISSH weiterleiten. Mit 29,5 % der Gehaltssumme verbleibt der größte Teil dieser Einnahmen beim ISSH, die übrigen 3,4 % leitet es wiederum innerhalb von 24 Stunden an das Krankenversicherungsinstitut (Instituti I Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor – ISKSH) weiter.⁹

Beschäftigte nach Tätigkeitsbereich (Ende 1990er Jahre):

Section	1995	%	1999	%
Agriculture, fishing	777971	68,2	768300	72,1
Mining and quarrying industry	20982	1,8	15832	1,5
Manufacturing industry	64811	5,7	53312	5,0
Electric, gas and water supply	9100	0,8	13111	1,2
Construction	21286	1,9	11266	1,1
Trade	50961	4,5	28633	2,7
Transport communication	29926	2,6	32211	3,0
Hotels, restaurants	10882	1,0	13995	1,3
Education	53410	4,7	47622	4,5
Health	28817	2,5	25554	2,4
Others	72782	6,4	55268	5,2
TOTAL	1140928	100,0	1065104	100,0

[Source : Ministry of Labour and Social Affairs (MoLSA) - Directory of Statistics]

Quelle: Kisis 2000, S. 3 nach Angaben der Statistik-Abteilung des Ministeriums für Arbeit und Soziale Angelegenheiten (MoLSA).

Ein grundsätzliches Problem ergibt sich daraus, dass die Beitragseinziehung für den formalen Sektor und insbesondere für die Beschäftigten der öffentlichen Hand konzipiert ist und dort auch in dieser Form angebracht erscheint. Trotz entsprechender Bemühungen des ISSH um die kontinuierliche Verbesserung der Datenbasis ist weiterhin erheblicher Bedarf bei der systematischen Erfassung der versicherungspflichtigen Mitglieder und vieler anderer für das kontrollierte Funktionieren von Sozialversicherungen erforderlicher Daten auszumachen. So bestehen im privaten formalen Sektor Schwierigkeiten bei der angemessenen Erfassung der versicherungspflichtigen Beschäftigten. ArbeitgeberInnen melden vielfach ihre MitarbeiterInnen gar nicht an oder deklarieren zumindest die Lohnsumme deutlich unter den tatsächlichen Gehältern, um geringere Beiträge abführen zu

⁹ Damit erfolgt die Beitragsweiterleitung anders als in Deutschland, wo die GKV alle Sozialabgaben erhält und an die anderen Versicherungsträger weiter leitet.

müssen.

Des Weiteren sieht sich das albanische Sozialversicherungssystem großen Herausforderungen gegenüber, den Versicherungsschutz auf den informellen Sektor des Landes auszuweiten. Die bisher angewandten Beitragseinziehungsverfahren sind auf formale Beschäftigungsverhältnisse zugeschnitten und erweisen sich für Angehörige des informellen Sektors und insbesondere für die ländliche Bevölkerung als Hindernis. Vor diesem Hintergrund ist erwähnenswert, dass die ISSH mit Unterstützung des GTZ-Büros Tirana in dem etwa 25 km von Tirana entfernten Städtchen Preza ein Pilotprojekt durchführt, in dem sich lokal verwurzelte Inspektoren sich durch direkte Kontaktaufnahme um die Ausweitung der Versichertenbasis bemühen. Bisher hat die Sozialversicherung dort etwa 1.000 neue Mitglieder gewinnen können, eine eingehende Evaluierung des Projekts steht allerdings noch aus.

Einer eingehenderen Analyse bedarf die beitragsfreie Absicherung der Armen und Mittellosen durch das ISKSH, die im Rahmen dieser Mission nicht erfolgen konnte. Auf diesem Gebiet besteht offenbar zur Identifizierung der Bedürftigen bzw. der Bedürftigkeit eine Kooperation mit dem albanischen Sozialamt Shërbimi Social Shtetëror (State Social Service).¹⁰ Wichtig ist dabei nicht allein die Tatsache, dass es in Albanien ein Sozialhilfesystem und Verfahren zur Bedürftigkeitsprüfung gibt. Nicht einzuschätzen ist indes nach dem kurzen Aufenthalt, ob sich dieses System auf die städtischen Armen beschränkt oder zumindest konzentriert, oder ob auch die Bevölkerung auf dem Lande angemessen davon profitiert.

¹⁰ Website: www.shssh.gov.al.

9 Die albanische Krankenversicherung¹¹

1995 begann Albanien mit dem Aufbau einer sozialen Krankenversicherung und gründete das Krankenversicherungsinstitut (Instituti I Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor – ISKSH). Die Einrichtung dieser KV-Institution war Ausdruck einer grundsätzlichen Entscheidung des Landes für eine soziale Krankenversicherung und stellte einen ersten wichtigen Schritt zum Aufbau eines entsprechenden Krankenversicherungssystems dar.

Angaben über die Anzahl der tatsächlich und effektiv Versicherten Mitglieder des ISKSH sind überaus schwer zu ermitteln, nach Schätzungen besetzt für etwa 40 % der Bevölkerung Versicherungsschutz. Neben Angehörigen des öffentlichen Dienstes, einem nicht genau bekannten Teil der formal Beschäftigten des Privatsektors und einigen Selbständigen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Rentner, Kinder bis 14 Jahren (nach Angaben der Mitarbeiter des Regionalbüros in Shkodra Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sowie Schüler und Studierende bis 23 Jahren), Behinderte, Waisen, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (Tumoren, multiple Sklerose, etc.).

Der Nachweis der Mitgliedschaft erfolgt durch ein Krankenkassen-Heft mit den wichtigsten persönlichen Daten, auf dessen Rückseite der Gültigkeitszeitraum eingetragen ist, sowie ggf. das Betragsheft, in dem die geleisteten Abgaben eingetragen sind. Allerdings müssen die Versicherten des informellen Sektors, bei denen die Abgaben nicht automatisch an die KV gehen, ihre Beiträge in den Niederlassungen des ISKSH bezahlen, was eine relevante Hürde insbesondere für Menschen in ländlichen Regionen darstellt.

Die Finanzierung des ISKSH erfolgt teilweise aus paritätisch aufgebrachtten Beiträgen der Beschäftigten des formalen Sektors, zu einem sehr geringen Anteil aus den Beiträgen versicherter Selbständiger und zu erheblichen Teilen aus dem Staatshaushalt. Formal Beschäftigte und ihre Arbeitgeber sind verpflichtet, jeweils 1,7 % des Lohns für die KV aufzubringen. Der Beitragseinzug erfolgt für diese Gruppe über das Finanzamt, das die gesamten Sozialabgaben (29,5 % für Renten- und arbeitsbezogene Krankenversicherung sowie 3,4 % für KV) innerhalb von 24 Stunden an das Sozialversicherungsinstitut (ISSH) weiterleitet; Letzteres führt den KV-Anteil wiederum innerhalb eines Kalendertages an das ISKSH ab.

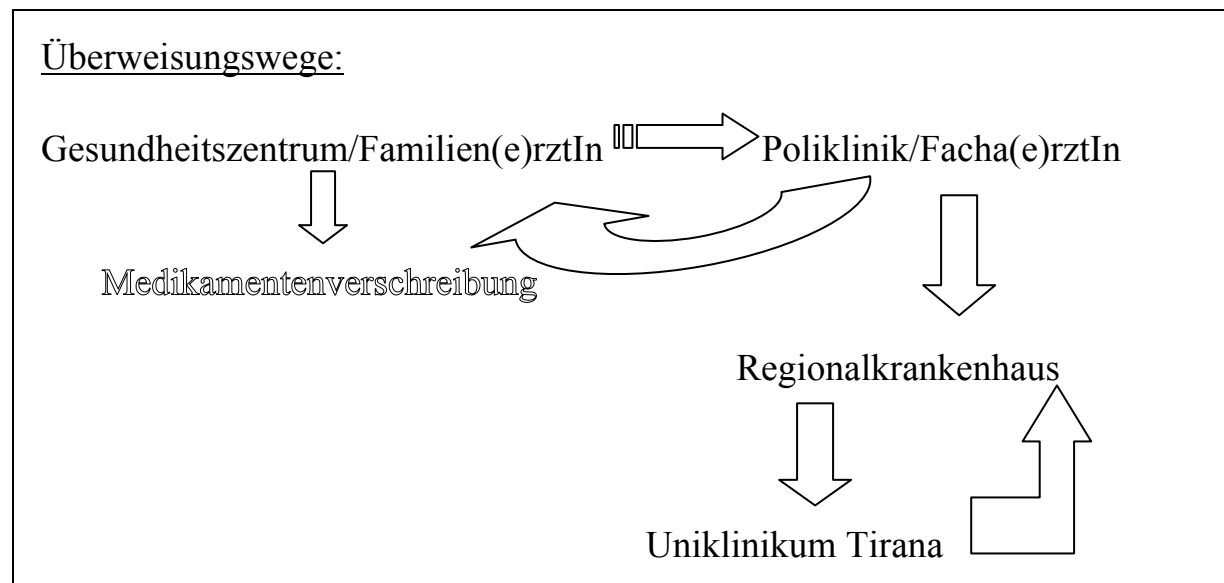
Die Zuwendungen aus Steuermitteln (knapp 50 % des ISKSH-Budgets) dienen in erster Linie zur Finanzierung der Versorgung der verschiedenen beitragsfrei subventioniert versicherten Mitglieder (RentnerInnen, Behinderte, Kinder bis 18 Jahren bzw. bis 23 bei Ausbildung, Waisen, Veteranen, Arbeitslose und SozialhilfeempfängerInnen). Allerdings ist die genaue finanzielle Trennung zwischen Steuer- und Versicherungsgeldern bei der Mittelzuweisung an die Gesundheitszentren noch nicht in aller Konsequenz vollzogen, so dass auf der Ebene der Primärversorgung, deren Träger eigentlich das SIKSH ist, de facto weitere Steuersubventionen erfolgen.

Das versicherte Leistungsspektrum des ISKSH umfasst die ambulante Behandlung in öffentlichen Gesundheitsposten und –zentren im ganzen Land, deren Angebot den Versicherten offiziell zuzahlungsfrei zur Verfügung steht. Bei Einhaltung der vorgegebenen Überweisungswege vom Gesundheitszentrum zur Poliklinik und von dort ggf. ins Krankenhaus übernimmt die Krankenversicherung offiziell die ambulanten Behandlungskosten, einen variablen Anteil der Arzneimittelausgaben, stationäre Behandlungen bis auf eine fixe geringfügige Zuzahlung sowie 90 % der Kosten für aufwändigere Diagnostik im Nënë-Tereza-Krankenhaus Tirana, beispielsweise 257 € für ein MRT zum Gesamtpreis von 286 €, so dass eine Selbstbeteiligung von rund 29 € verbleibt.

Der Besuch in Gesundheitszentren ist zumindest theoretische für Mitglieder des ISKSH kos-

¹¹ Website: www.isksh.com.al.

tenfrei, und für stationäre Aufnahmen auf Veranlassung von Familien- oder FachärztInnen übernimmt die Krankenversicherung bis auf eine einmalige offizielle Zuzahlung von zurzeit 400 LEK (3,30 €).



Die Kostenübernahme für Arzneimittel ist zum einen gestaffelt und richtet sich sowohl nach der Versichertengruppe als auch der Medikamentenklasse. In den Genuss vollständiger Kostenübernahme unabhängig vom Präparat kommen alle RentnerInnen, Schwerbehinderte, Waisen, Veteranen, Kleinkinder bis zu einem Jahr und TrägerInnen bestimmter chronischer Erkrankungen wie Tumoren, multipler Sklerose etc.). Beitragszahlende Versicherte sowie Kinder zwischen einem und 18 Jahren, Schüler und Studierende bis 23 Jahren, SozialhilfeempfängerInnen und Menschen mit geringgradigen Behinderungen müssen in Abhängigkeit von der Medikamentenklasse zwischen 20 und 60 % des Preises aus eigener Tasche bezahlen.

Zum anderen wendet das ISKSH eine Kombination von Positivliste und Festpreisbindung an. Die Kostenübernahme ist auf eine Liste von etwa 350 Präparaten beschränkt und richtet sich nach einem Referenzpreis, der üblicherweise an die günstigsten Preise angeglichen ist. denn es übernimmt die Kosten für Allerdings bleibt die Frage der Arzneimittelqualität aus Sicht der KV teilweise unbeantwortet, da die verschreibenden ÄrztInnen die wesentliche Rolle bei der Auswahl der Präparate spielen und die Entscheidung über die Kostenübernahme in erster Linie vom Preis abhängt. Eine allgemeine, vergleichsweise Rezeptgebühr soll erfolgreich zur Eindämmung betrügerischer Absprachen zwischen verschreibenden ÄrztInnen und ApothekerInnen beigetragen haben.

Angesehen von einem Rahmengesetz aus der Zeit der Gründung sind die legalen und institutionellen Rahmenbedingungen des albanischen Krankenversicherungsinstituts derzeit nicht abschließend geklärt. Das ISKSH hat die gesetzliche Struktur einer juristischen Person Momentan haben sowohl das Finanz- als auch das Gesundheitsministerium Einfluss und Mitspracherecht, und formal ist die Kontrolle beim Parlament angesiedelt. Aktuell befindet sich eine Krankenversicherungsgesetzesnovelle im politischen Abstimmungsprozess, die zumindest einen Teil der offenen Fragen beantworten soll. Da die Weltbank die Auszahlung weiterer Kredite an die Verabschiedung eines neuen KV-Gesetzes geknüpft hat, ist bis zum Jahresende mit einer überarbeiteten gesetzlichen Grundlage zu rechnen.

Die Hauptverwaltung des ISKSH sitzt in einem äußerlich recht auffälligen Gebäude in Tirana, verfügt aber über eine vergleichsweise moderne technische Innenausstattung. Regionale Niederlassungen gibt es in den größeren Städten des Landes, darüber hinaus besteht jedoch

kein Zweigstellennetz.

Das eigene Versorgungsnetzwerk des ISKSH umfasst zum einen die öffentlichen Gesundheitszentren sowie das Krankenhaus Durrës, das im Rahmen eines Pilotprojekts zurzeit wie die ambulanten Einrichtungen unter Trägerschaft des Krankenversicherungsinstituts steht. Zum anderen hat das ISKSH eine große Anzahl privater Apotheken unter Vertrag genommen, um die Medikamentenversorgung der Versicherten sicher zu stellen. Auch mit dem Universitätsklinikum in Tirana bestehen vertragliche Vereinbarungen über die Erbringung und Abrechnung bestimmter diagnostischer Leistung. Die genauen Konditionen der prinzipiell nahezu kostenfreien Behandlung der Versicherten in öffentlichen Krankenhäusern (außer Durrës) ließen sich im Rahmen dieses Kurzzeiteinsatzes nicht ermitteln. Die Leistungserbringer kontrollieren die Anspruchsberechtigung der vorstelligen PatientInnen an Hand der Einträge in einem Krankenversicherungsbüchlein (*booklet*) sowie ggf. an Hand der abgestempelten Einzahlungsbelege.

Die Honorierung der Leistungserbringer gestaltet sich in Abhängigkeit vom Typus unterschiedlich. So beruht die Bezahlung der Gesundheitszentren sowie des Krankenhauses Durrës einschließlich des dortigen Personals auf partiell leistungsabhängigen Budgets bzw. Gehältern. Apotheken und die Uni-Klinik Nënë Tereza rechnen nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung mit der Versicherung ab (pro Rezept bzw. pro erbrachter diagnostischer Leistung). Die Honorierung öffentlicher Regionalkrankenhäuser beruht vermutlich auf einer de-facto Sachleistungssubvention des Staates für die soziale Krankenversicherung.

10 Bibliografie

- Brandrup-Lukanow, Assia (2007). Recommendations to UNFPA regarding strategic areas for action and contribution to the 'Delivering as one UN' Pilot in Albania. Draft Report, UNFPA, Geneva.
- Burazeri, Genc; Čivljak, Marta; Ilakovac, Vesna; Janković, Slobodan; Majica-Kovačević, Tanja; Nedera, Olesea; Roshi, Enver; Sava, Valeriu; Šimunović, Vladimir; Marušić, Ana; Marušić, Matko (2005). Survey of attitudes and knowledge about science in medical students in southeast Europe. *BMJ* 331 (7510), S. 195-196 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/331/7510/195>).
- Burazeri, Genc; Roshi, Enver; Jewkes, Rachel; Jordan, Susanne; Bjegovic, Vesna; Laaser, Ulrich (2005). Factors associated with spousal physical violence in Albania: cross sectional study. *BMJ* 331 (7510), S. 197-201 (<http://www.bmj.com/cgi/reprint/331/7510/197>).
- Burak, Lydia; Vian, Taryn (2007). Examining and Predicting Under-the-Table Payments for Health Care in Albania: An Application of the Theory of Planned Behavior. *J Appl Soc Psych* 37 (5), S. 1060–1076 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1559-1816.2007.00199.x>).
- de Soto, Hermine; Beddies, Sabine; Gedeshi, Ilir (2005). Roma and Egyptians in Albania. From Social Exclusion to Social Inclusion. Working Paper 53, 32181, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/27/000090341_20050427131214/Rendered/PDF/32181.pdf).
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (o.J.). Training Programme in Health Planning and Management (THPM). DEZA, Tirana (http://162.23.39.120/dezaweb/ressources/resource_en_63309.pdf).
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (o.J.). Development Programme for Nurses and Midwives. DEZA, Tirana (http://162.23.39.120/dezaweb/ressources/resource_en_63256.pdf).
- Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (o.J.). Construction of a Daily Centre for Handicapped Persons in Berat (Lira). DEZA, Tirana (http://162.23.39.120/dezaweb/ressources/resource_en_63260.pdf).
- Durán, Antonio (2007). Health System Strategy 2007 to 2013. Draft.
- Fairbank, Alan; Glaumer, Gary (2003). Organization and Financing of Primary Health Care in Albania: Problems, Issues, and Alternative Approaches. TE 021, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech021_fin.pdf).
- Fairbank, Alan (2004). Costs and Utilization of Primary Health Care Services in Albania: A National Perspective on a Facility-level Analysis. TE 043, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech043_fin.pdf).
- Glaros, Dimitrios; Lionis, Christos; Qiqi, Helen; Theodorakis, Paul; Trelle, Erik (2001). Health care in Albania: what of the future? *Lancet* 357 (9261), S. 1047-1047.
- Holst, Jens (2006). User Fees in Health Care: Myths, Truths and Evidences. In: Laaser, Ulrich; Radermacher, Ralf (eds.), *Public Health: Dialogue between Southeast Europe and Germany*. Serie International Public Health, Verlag Hans Jacobs, Lage. S. 69-113.
- Hotchkiss, David-Richards; Hutchinson, Paul-Lawrence; Malaj, Altin; Berruti, Andrés-Alejandro (2004). Out-of-Pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts. TE 051, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech051_fin.pdf).

- Hotchkiss, David-Richards; Hutchinson, Paul-Lawrence; Malaj, Altin; Berruti, Andrés-Alejandro (2005a). Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. *Health Pol* 75 (1), S. 18-39.
- Hotchkiss, David; Piccinino, Linda; Malaj, Altin; Berruti, Andrés; Bose, Sujata (2005b). Primary Health Care Reform in Albania: Findings from an Impact Assessment of a Pilot Project. TE 066, The Partners for Health Reform *plus* Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech066_fin.pdf).
- Hotchkiss, David; Piccinino, Linda; Malaj, Altin; Berruti, Andrés; Bose, Sujata (2007). Addressing the phenomenon of bypassing in Albania: the impact of a primary health care strengthening intervention *Int J Health Plann Mgmt* 22 (3), S. 225-243 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114084350/PDFSTART>).
- Kisi, Pavli (ed.) (2000). Statistical data for background purposes of OECD review. Country: Albania. Support to OECD Thematic Reviews of Educational Policy in South East Europe. Centre for Educational Policy Studies, University of Ljubljana (http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/oecd_report-alb-enl-t01.pdf).
- Ministry of Finance (MoF) (2006). Programi Buxhetor Afatmesem 2007-2009. Ministria e Financave, Republika e Shqiperise (http://www.minfin.gov.al/downloads/PBA_2007-2009.pdf).
- Nutri, Besim; Tragakes, Ellie (2002). Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Care Systems, WHO Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/E80089.pdf>).
- Roshi, Enver; Burazeri, Genc (2002). Public Health Training in Albania: Long Way towards a School of Public Health. 43(4), S. 503-507 (www.cmj.hr/2002/43/4/12187532.pdf).
- Roshi, Enver; Burazeri, Genc (2005). Revitalization of Academic Medicine in Albania. *CMJ* 46 (1), S. 10-15 (<http://www.cmj.hr/2005/46/1/15726670.pdf>).
- Roshi, Enver; Kamberi, Ahmet; Goda, Artan; Burazeri, Genc (2005). Myocardial Infarction and Religion: Hospital-based Case-control Study in Tirana, Albania. *CMJ* 46 (6), S. 977-983 (<http://www.cmj.hr/2005/46/6/16342353.pdf>).
- Tavanxhi, Nertila; Burazeri, Genc (2006). Financing Health Care in Albania, Trends, Major Challenges and the Way Forward. In: Laaser, Ulrich; Radermacher, Ralf (eds.), *Public Health: Dialogue between Southeast Europe and Germany*. Serie International Public Health, Verlag Hans Jacobs, Lage, S. 155-165.
- Vian, Taryn; Gryboski, Kristina; Sinoimeri, Zamira; Hall-Clifford, Rachel; (2004). Informal Payments in the Public Health Sector in Albania: A Qualitative Study. Final Report. TE 047, The Partners for Health Reform *plus* Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech047_fin.pdf).
- Vian, Taryn; Gryboski, Kristina; Sinoimeri, Zamira; Hall, Rachel (2006). Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Soc Sci Med* 62 (4), S. 877-887.
- Vian, Taryn; Burak, Lydia (2006). Beliefs about informal payments in Albania. *H Pol Plan* 21 (5), S. 392-401 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/5/392>).
- World Bank (2006a). Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 10.7 Million (US\$15.4 Million Equivalent) to Albania for a Health System Modernization Project. Report No. 33415-AL, Human Development Sector Unit, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Tirana.
- World Bank (2006b). Social Insurance Review Albania. Report No. 37594-AL. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/03/23/000020953_2

[0070323090816/Rendered/PDF/375940AL.pdf](http://www.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/04/13/000112742_20060413153627/Rendered/PDF/375940AL.pdf)).

World Bank (2006c). Studim për Sektorin e Shëndetësisë të Shqipërisë. Raport Nr. 32612-AL, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/04/13/000112742_20060413153627/Rendered/PDF/326120AL1Health110March020060FINALMH.pdf).

World Bank (2006d). Albania - Health sector note. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/04/26/000160016_20060426172842/Rendered/PDF/32612.pdf).

World Bank (2006e). Albania - Third Poverty Reduction Support Credit Project. Report No: 36524World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/07/25/000310607_20060725164841/Rendered/PDF/365240ICR.pdf).

World Bank (2007a). Albania - Development Policy Loan (DPL). Report No. AB2819, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/02/21/000104615_20070221145711/Rendered/PDF/PID0at0appraisal03Feb221.pdf).

World Bank (2007b). Albania : Trends in poverty and inequality. 2002-2005. Working Paper 40402, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/07/25/000020953_20070725132910/Rendered/PDF/404020ENGLISH011in1poverty01PUBLIC1.pdf).

World Bank (2007c). International development Association Program Document for a Proposed Credit in the Amount of SDR 6.8 Million (US\$10 Million Equivalent) for a First Development Policy Operation to Albania. Report No. 38441-AL, Human Development Sector Unit, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/03/12/000020439_20070312143811/Rendered/PDF/38441.pdf).

World Health Organization (2000). World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. WHO, Genf (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).

World Health Organization (WHO) (2006). Highlights on health in Albania 2005. WHO EURO, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/E88282.pdf>).

World Health Organization (WHO) (2007). Albania: Country Information. WHO EURO, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=ALB&language=English>).