



gtz

Ausgewählte Passagen und Auszüge aus dem
Prüfbericht zum GTZ-Projekt
**„Gesundheitspolitische Beratung mit
Schwerpunkt Krankenversicherung“**

PN. 2002.3513.5-00.00

6.-10.11.2007

Abschlussbericht
Überarbeitete Fassung

Jens Holst

Berlin, den 18.12.2007



Inhalt

1	Executive Summary	3
2	Einleitung	4
3	Rolle anderer Sozialversicherungszweige	5
4	Das Steuersystem in Albanien	7
5	Die Raiffeisenbank in Albanien	7
6	Aktueller Stand der albanischen Krankenversicherung	8
7	Herausforderung an die albanische Krankenversicherung	9
8	Methodische Vorschläge	14
9	Bibliografie	18
10	Anhang	19
10.1	Terms of Reference	19
10.2	Details zur Prüfmission	20
10.3	Gesprächspartner	20
10.4	Programm	21
11.5.	Proposal for Terms of Reference for the independent Albanian project advisor	22

3 Rolle anderer Sozialversicherungszweige

Das soziale Sicherungssystem Albanien umfasst zurzeit im Wesentlichen vier Bereiche, nämlich die Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung (Instituti i Segurimeve - ISSH),¹ die Krankenversicherung (ISKSH), eine Arbeitslosenversicherung (Sigurimi i të Papunëve) und ein Sozialhilfesystem für Arme, Behinderte und andere sozial schwache Gruppen. Diese Institutionen scheinen alle nach bestimmten und recht klar definierten Vorgaben und Kriterien zu arbeiten und die Aufgabe einer sozialen Abfederung von wirtschaftlichen oder anderen Notlagen zumindest ansatzweise zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund und vor allem wegen der verschiedenen synergistischen Ansätze der verschiedenen Sozialversicherungszweige sollte im Rahmen des GTZ-Projekts zur Förderung der albanischen Krankenversicherung auch eine eingehende 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.

Eine Kontaktaufnahme mit dem Sozialversicherungsinstitut (ISSH) erfolgte bereits im Rahmen der ersten Prüfmission und erbrachte Hinweise auf relevante Überlappungen zwischen Rentenversicherung und Krankenkasse auf administrativer Ebene sowie bei den Finanzflüssen. Eine eingehendere Darstellung der sozialen Absicherung gegen alters- und krankheitsbedingte Berufsunfähigkeit findet sich im ersten Prüfbericht (Holst 2007, S. 18f). Da für eine eventuelle Ausweitung der sozialen Sicherung auf selbständige Arbeiter des informellen Sektors in Stadt und Land von besonderer Bedeutung, seien an dieser Stelle noch einmal die flexiblen Beitragssätze des ISSH zwischen 3 und 7 % des Einkommens und die bereits bestehende ausgeprägte Steuersubvention der Nachfrage nach Sozialversicherungspolice hervorgehoben.²

Den überwiegenden Teil seiner Ausgaben wendet das ISSH für die soziale Absicherung bei Erwerbslosigkeit in Folge von Alter, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft und andere Ursachen auf, wobei Altersrenten mehr als vier Fünftel der Leistungsausgaben ausmachen (vgl. Holst 2007, S. 18f). Die Berechnung des Rentenanspruchs erfolgt unter Berücksichtigung dreier verschiedener Kriterien, die in den nachfolgend aufgeführten Formeln zum Ausdruck kommen und wobei jeweils der geringste ermittelte Betrag als Bemessungsgrundlage dient:

Option	Formel (P= Pension)	Bedeutung
1	$P = P_b + 1\% * W_n$	Mindestrente plus 1 % des Gehalts pro Beitragsjahr
2	$P = 0,75 * W_n$	75% des letzten Monatsgehalts
3	$P < 2 P_b$	Höchstsatz: doppelte gesetzliche Mindestrente

P = ausgezahlte Rente, P_b = Mindestrente, W_n = Nettogehalt/-lohn

Die Renten liegen in Abhängigkeit Beitragsdauer, Erwerbseinkommen und Wohnort zwischen 75 und 150 € und belaufen sich auf durchschnittlich 100 € pro Monat; etwa 80 % aller RentenbezieherInnen erhalten Zahlungen im Umfang der gesetzlich festgelegten und regional unterschiedlichen Mindestrente. Insgesamt sind die Altersrenten folglich vergleichsweise gering und sichern vor allem in den Städten, wo die Menschen keinen direkten Zugriff auf Lebensmittel haben, den Unterhalt nur in sehr bescheidenem Umfang. Andererseits stellt die beitragsfreie Absicherung dieser Bevölkerungsgruppe die Krankenkasse vor große finanzielle

¹ Website: www.iss.gov.al.

² So übernimmt der Fiskus bei Angehörigen des informellen Sektors einschließlich selbständiger Bauern 85 % der auf Grundlage des regionalen gesetzlichen Mindesteinkommens bemessenen ISSH-Beiträge.

Probleme, so dass die Möglichkeiten einer Beteiligung von RentnerInnen an den Gesundheitskosten zu prüfen ist. Den vollen Krankenkassenbeitrag aufzuwenden stellt sicherlich viele alte Menschen vor finanzielle Probleme. Möglicherweise lassen sich diese spürbar verringern, wenn BezieherInnen von Altersrenten so wie abhängig Beschäftigte nur die Hälfte des Beitrags selber aufbringen und die Rentenkasse ISSH als Quasi-ArbeitgeberIn den Rest aufbringt und dazu in einem noch zu bestimmenden Umfang Subventionen aus Steuermitteln erhält.

Ein anderer wichtiger potenzieller Partner des ISKSH bei der Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf bisher nicht abgesicherte Bevölkerungsgruppen könnte das albanische Sozialamt Shërbimi Social Shtetëror (SHSSH, State Social Service)³ werden. Ein großer Teil der Ausgaben dieser öffentlichen Behörde entfällt zwar auf direkte Versorgungsleistungen für alte und behinderte Menschen, Waisen, Opfer von Frauenhandel und andere benachteiligte Gruppen, denen das SHSSH Wohneinrichtungen und Tagesstätten zur Verfügung stellt.⁴ Gleichzeitig erhalten zurzeit zwischen 95.000 und 100.000 Familien in Albanien Zuwendungen im Rahmen der Sozialhilfe. Eine genaue Erfassung der Zahl der Begünstigten ist dadurch erschwert, dass die Erfassung der Anspruchsberechtigten auf Kommunalebene erfolgt, die systematische Erhebung aller diesbezüglichen Statistiken aber nur auf zentraler Ebene erfolgt.

Die Zuweisung von Sozialhilfe erfolgt nicht an Einzelpersonen, sondern an Haushalte nach den Kriterien des Arbeits- und Sozialministeriums, das auch die Höhe der Bezüge festlegt. Diese richten sich nicht nur nach dem zur Verfügung stehenden gesamten Haushaltseinkommen einer Familie, sondern variieren zusätzlich in Abhängigkeit von der Region und dem Heimatbezirk, wobei die Sozialhilfesätze in Städten höher sind als auf dem Lande. Behinderte, Arme und Mittellose müssen ihre finanzielle Bedürftigkeit bei den Kommunalbehörden melden, in deren Verantwortlichkeit auch die Überprüfung der Anspruchsberechtigung, die Erfassung der entsprechenden Angaben und die Überprüfung der Angaben durch eigens eingesetzte Inspektoren liegen.

Anspruch auf Sozialhilfe besteht grundsätzlich für körperlich und geistig Behinderte sowie für arme Haushalte, deren gesamtes Einkommen in Abhängigkeit von der Anzahl der Familienmitglieder nicht über einem groben Richtwert von 7.000 LEK liegt. Der Umfang der Zuwendungen liegt für die Haushaltsvorstände bei 2.700 LEK, für Personen über 65 Jahren bei 90 % dieses Betrages (abzüglich der Rente!), sowie für Kinder bei 70 % und für arbeitslose Angehörige im erwerbsfähigen Alter bei 30 % dieses Richtwertes. Die Kommunen können diesen vom Staat zugesicherten Betrag aufstocken, was zumeist im Zusammenhang mit bezahlter Beschäftigungsförderung bzw. Arbeitsbeschaffung erfolgt.

Bei der möglichen und empfehlenswerten Einführung einer beitragsfreien Absicherung der Armen und Mittellosen durch das ISKSH, die in Anbetracht der gegebenen Einkommensverhältnisse und zumindest mittelfristigen Entwicklungschancen für die Erreichung einer universellen Krankenversicherung unerlässlich bleiben wird, erscheint eine administrative und strategische Kooperation mit dem SHSSH dringend empfohlen. Diese öffentliche Institution des Arbeitsministeriums verfügt ebenso über Kriterien zur Bedürftigkeitsmessung wie zur Erfassung der Anspruchsberechtigten für Sozialhilfe. Gerade im Hinblick auf die Konzentration des Krankenversicherungsschutzes auf städtische Gebiete und die vergleichsweise geringe Präsenz bei der ländlichen Bevölkerung ist eine eingehendere Analyse der regionalen Verteilung unerlässlich.

³ Website: www.shssh.gov.al.

⁴ So unterhält der Sozialdienst Alten- und Waisenheime, Frauenhäuser und Tageseinrichtungen für die verschiedenen Zielgruppen, die er häufig in Zusammenarbeit mit Vereinen oder Nicht-Regierungsorganisationen betreibt.

4 Das Steuersystem in Albanien

Albanien hat in jüngster Zeit umfangreiche Reformen des Steuersystems vorgenommen, deren Auswirkungen bisher allenfalls ansatzweise zu beurteilen sind. Im Sinne vorherrschender Anschauungen internationaler Finanzorganisationen wie dem Internationalen Währungsfonds (IWF) und der Weltbank, aber auch auf eindeutige Empfehlung der Europäischen Union (EU) ist in den letzten zwei Jahren in erster Linie eine radikale Steuersenkung erfolgt, die auch von einem allmählichen Abbau von Importzöllen begleitet ist. So halbierte die albanische Regierung die Unternehmenssteuer von 20 auf 10 % und schaffte zugleich die Steuerprogression bei den Einkommenssteuern ab. Heute besteht für alle Gehalts- und Lohngruppen ein einheitlicher Steuersatz von 10 %. Dies hat nach Einschätzung des Finanzministeriums zwar zur Verbesserung der Steuerzahlungsmoral geführt und Steuerhinterziehung sowie die Unterdeklaration von Gewinnen eingedämmt, zweifellos aber auch das Steuersystem insgesamt eher regressiver gemacht.

Tabelle 2: Anteil der verschiedenen Arten von Steuereinkommen am Bruttoinlandseinkommen vor und nach der Steuerreform

Steuerart	Vorher	Nachher
Mehrwert-/Umsatzsteuer	9,3 %	9,3 %
Verbrauchssteuer	3,1 %	3,4 %
Einkommenssteuer	1,5 %	1,6 %
Gewinnsteuer	2,4 %	1,4 %

Bereits vor der aktuellen Steuerreform entfielen mehr als drei Viertel der Einnahmen des Fiskus auf indirekte Steuern, während einkommens- und gewinnbezogene Abgaben und nur einen kleineren Anteil ausmachten. Diese Verteilung hat sich zuletzt noch stärker zu Lasten direkter Steuern verschoben, die nun nur noch knapp 20 % der Steuereinnahmen ausmachen. Grundsätzlich sind indirekte Steuern weniger progressiv und haben eine geringere Umverteilungswirkung als einkommens- oder

gewinnassoziierte Abgaben. Dies ist im Hinblick auf die grundlegende Debatte über die Art der Gesundheitsfinanzierung in Albanien von großer Bedeutung. Denn der regressive Charakter indirekter Abgaben verringert das Ausmaß der Finanzierungsgerechtigkeit und das Umverteilungspotenzial von Sozialsystemen. In einem Land mit einheitlichem Steuersatz für alle und nur geringem Anteil direkter Steuern wäre die Einführung eines steuerfinanzierten Gesundheitswesens im Vergleich zu einem beitragsgestützten System mit einem deutlichen Verlust an sozialer Gerechtigkeit verbunden.

Dies ist prinzipiell auch bei der unerlässlichen Subventionierung des Krankenversicherungssystems aus dem Staatshaushalt zu beachten. Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, dass die albanische Regierung im Rahmen der Steuerreform die Chance auf eine zeitgleiche Erhöhung der Sozialabgaben versäumt hat. Dies dürfte im Zuge einer spürbaren Steuerentlastung vor allem zu Gunsten von Unternehmen und oberen Einkommensgruppen eher möglich gewesen sein als zu einem späteren Zeitpunkt ohne gleichzeitige Kompensation.

5 Die Raiffeisenbank in Albanien

Die Raiffeisenbank Albanien (RBA) als wirtschaftlich unabhängige Niederlassung von Raiffeisen International entstand 2004 im Zuge der Privatisierung der ehemaligen staatlichen Sparkasse (Savings Bank). Die Bank unterhält zurzeit 95 Niederlassungen und Zweigstellen im ganzen Land und ist nicht nur in den größeren, sondern auch in mittleren und vor allem Kleinstädten präsent; darüber hinaus unterhält sie ein ständig wachsendes Netz von Bankautomaten, die zunehmend auch in Dörfern vorhanden sind und zu dem 2008 5 neue hinzukommen sollen.

Die wichtigste Zielgruppe sind bisher kleine und mittlere Unternehmen im städtischen Raum, von denen zurzeit etwa 45.000 die Dienstleistungen der RBA in Anspruch nehmen. Darüber hinaus hat die Bank etwa eine halbe Million individuelle KundInnen; hinzu kommen ca. 2.000 größere Unternehmen mit einem Jahresumsatz von über 4 Millionen Euro. Der Gewinn im Jahr 2007 liegt bei 40 Mio Euro, der Umsatz beläuft sich auf insgesamt 300 Mio Euro, wovon zwei Drittel auf das Geschäft mit Unternehmen und ein Drittel auf Dienstleistungen für EinzelkundInnen entfallen.

RBA hat Interesse an der weiteren Entwicklung des Mikrofinanzmarktes vor allem in städtischen Gebieten, während die Aktivitäten auf dem Lande bisher kaum entwickelt sind. Allerdings hat die Raiffeisenbank durchaus Interesse am Landwirtschaftsmarkt, wartet in diesem Zusammenhang aber auf entsprechende Initiativen von Seiten der Regierung oder anderer Organisationen. Die in der historischen Entwicklung der Raiffeisenbanken in Mitteleuropa vorrangige Fokussierung auf (ländliche) Kooperativen spielt in der derzeitigen Unternehmenspolitik der RBA allenfalls eine untergeordnete Rolle.

Dessen ungeachtet bietet die RBA infrastrukturelle und strategische Stärken für eine mögliche Unterstützung des ISKSH bei der Abwicklung von anfallenden Finanzflüssen sowohl bei der Beitragseinziehung als auch bei der Honorierung der LeistungserbringerInnen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Auszahlung von Renten früher über die staatliche Sparkasse erfolgte, da diese landesweit über ein ausgedehntes Netz von Zweigstellen verfügte und somit nah bei den Adressaten dieser Zahlungsflüsse war. Derzeit stehen die RBA und das Sozialversicherungsinstitut ISSH wiederum in Kontakt und haben ihr gegenseitiges Interesse bekundet, nach Wegen zur Abwicklung der Auszahlung von Renten und anderen Zahlungen über das Zweigstellen- und Automatenetz der RBA zu suchen. Ein solches Verfahren könnte möglicherweise auch bei der Honorierung von Gesundheitsposten und -zentren zur Anwendung kommen, die auf anderem Wege nur mit größerem Aufwand erreichbar sind.

Des Weiteren wäre genauer zu prüfen, ob das Zweigstellennetz und ggf. auch entsprechend ausgerüstete Geldautomaten der RBA für die Beitragserhebung im informellen Sektor geeignet sind, um das offenkundige Problem zu überwinden, dass selbständige Versicherte ihre Monatsbeiträge nur bei der regionalen ISKSH-Zweigstelle entrichten können, was wenig motivierend erscheint (vgl. Holst 2007, S. 21). Die Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Verbesserung der Zahlungsflüsse des ISKSH (und des ISSH) und insbesondere angepassten Beitragserhebung für den informellen Sektor einschließlich der von Subsistenzwirtschaft lebenden Landbevölkerung ist ein wichtiger Schritt zur Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf bisher ausgeschlossen Bevölkerungsgruppen. Diese Herausforderung stellt ein geeignetes Feld für ein PPP-Projekt gemeinsam mit Raiffeisen International dar, das die Wirksamkeit der SFF-Maßnahme der GTZ im albanischen Gesundheitswesen sinnvoll ergänzen und die Wirksamkeit erhöhen würde.

6 Aktueller Stand der albanischen Krankenversicherung⁵

Kernaufgabe des GTZ-Projektes **Gesundheitspolitische Beratung mit Schwerpunkt Krankenversicherung** ist die Unterstützung des 1995 gegründeten Krankenversicherungsinstituts (Instituti i Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor – ISKSH). Lange Zeit und im Prinzip bis heute läuft in Albanien die Debatte über die Ausgestaltung und vor allem Finanzierung des zukünftigen Gesundheitswesens. Trotz starker Stimmen für ein steuerfinanziertes System scheint sich offenbar die Mehrheit der Befürworter eines Krankenversicherungswesens Bismarckscher Prägung durchgesetzt zu haben. Die Einrichtung dieser Krankenversicherungsinstitution stell-

⁵ Website: www.isksh.com.al.

te einen entscheidenden Schritt zum Aufbau eines entsprechenden Gesundheitsfinanzierungssystems dar.

Prinzipiell regelt das Rahmengesetz, das die Gründung des ISKSH besiegelte, weiterhin alle legalen und institutionellen Rahmenbedingungen des albanischen Krankenversicherungswesens. Derzeit befindet sich eine Novelle des Krankenversicherungsgesetzes im abschließenden politischen Abstimmungsprozess, das bis spätestens Anfang 2008 vorliegen soll, da die Weltbank die Auszahlung von Krediten an die Verabschiedung dieses Gesetzes knüpft. Bereits im Vorfeld scheint zumindest ein Teil der grundlegenden Fragen beantwortet zu sein. So besteht Einvernehmen, eine einheitliche landesweite Krankenkasse (*single payer system*) mit paritätischer Beitragsfinanzierung durch ArbeitgeberInnen und -nehmerInnen beizubehalten. Weiterführende Hintergrundinformationen zur albanischen Krankenversicherung, zu aktuellen Reformideen und insbesondere zu den Beziehungen mit den verschiedenen Leistungserbringern finden sich im ersten Prüfbericht zur Einschätzung des Gesundheitsprojekts in Albanien (Holst 2007, S. 21ff).

Angaben über die Anzahl der tatsächlich und effektiv Versicherten Mitglieder des ISKSH sind überaus schwer zu ermitteln. Nach Experten-Schätzungen gibt es zurzeit etwa 600.000 BeitragszahlerInnen. Diese besetzt für etwa 40 % der Bevölkerung Versicherungsschutz. Neben Angehörigen des öffentlichen Dienstes einschließlich der Armee, 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.).

Zurzeit erfolgt eine globale Subventionierung des ISKSH aus dem Staatsbudget ohne direkte Zuordnung der Mittel, mit denen das ISKSH zurzeit immerhin etwa die Hälfte seiner Ausgaben bestreitet. Prinzipiell dienen die Steuerzuschüsse dazu, die Versorgung beitragsfrei versicherten Mitgliedern (Kinder bis 18 Jahren bzw. bis 23 bei Ausbildung, Waisen, RentnerInnen, Arbeitslose, Veteranen, Behinderte und SozialhilfeempfängerInnen) zu finanzieren, aber die Zuwendungen erfolgen gänzlich unabhängig von der Zahl der Anspruchsberechtigten. Dies birgt in einem sozioökonomischen Umfeld wie in Albanien tendenziell die Gefahr einer kontinuierlichen Unterfinanzierung mit sich, da die Subventionen nicht an den tatsächlichen Bedarf angepasst sind. Um dieses Problem zu überwinden, erscheinen die genaue Registrierung aller beitragsfrei ISKSH-Versicherten und die Übernahme angemessener Beitragszahlungen für diese Gruppe durch die öffentliche Hand geboten.

7 Herausforderung an die albanische Krankenversicherung

1. Besserer Zugang zu mehr Gesundheitsleistungen

Prinzipiell übernimmt die Krankenversicherung sämtliche Versorgungsleistungen in öffentlichen Gesundheitszentren, auf Überweisung erfolgte Krankenhausbehandlungen und unter Einhaltung des Verordnungsweges verschriebene Medikamente sowie spezielle Diagnostik, wobei in den letzten drei Fällen festgelegte Zuzahlungen anfallen (vgl. Holst 2007, S. 21f). Das ISKSH übernimmt zurzeit keine Kosten, die für Versicherte bei Inanspruchnahme privater AnbieterInnen anfallen. Außer bei Notfällen übernimmt die Krankenversicherung auch nicht die Kosten bei Überspringen der Überweisungskette. Erschwerend kommt hinzu, dass die PatientInnen auf allen Ebenen zusätzlich inoffizielle Zahlungen an das Personal leisten müssen, so dass hier weitere erhebliche Zugangshürden bestehen (s. z.B. Hotchkiss et al. 2004, S. xiv; Vian et al. 2006, S. 880, 884; Burak/Vian 2007, S. 1068).

Grundsätzlich ist das Leistungsspektrum dadurch eingeschränkt, das erforderliche Apparate, Materialien und Medikamente in den öffentlichen Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen oder aus anderen Gründen nicht erhältlich sind. Die Erfahrung zeigt, dass die Verfügbarkeit im privaten Versorgungssektor besser ist (was natürlich auch mit entsprechenden Manipulationsmöglichkeiten der in beiden Bereichen tätigen Fachkräfte zusammenhängt), so dass eine Ausweitung der Vertragspartner des ISKSH auch in diesem Sinne eine Verbesserung der Versorgungslage verspricht.

2. ISKSH sollte Grundversorgungsleistungen (primary care) nicht nur bei öffentlichen, sondern auch bei privaten AnbieterInnen einkaufen.

Trotz der bisher erfolgten umfangreichen Investitionen im öffentlichen Gesundheitssektor sind private Praxen vielfach besser ausgestattet und bieten deshalb eine bessere ambulante Versorgung. ISKSH-Versicherte sollten Zugang zu PrivatanbieterInnen haben, ohne alles aus eigener Tasche bezahlen zu müssen, was bisher nicht der Fall ist. Vor allem kann Wettbewerb zwischen verschiedenen ambulanten Versorgungseinrichtungen um die ISKSH-Ressourcen einen starken Druck auf beiden Seiten hervorrufen, das eigene Angebot, die Qualität und die Kundenorientierung zu verbessern, damit die Versicherten im Krankheitsfall zu ihnen kommen und die entsprechenden Zahlungen für erbrachte Leistungen nicht bei der Konkurrenz landen.

Außerdem könnte die gleichzeitige Kontrahierung von öffentlichen und privaten LeistungserbringerInnen ein wichtiger Beitrag zur Überwindung der bestehenden Informalität insbesondere des medizinischen Personals sein. Viele Ärzte arbeiten sowohl im öffentlichen Gesundheitszentrum als auch in der eigenen Privatpraxis, was zu vielfachen Verzerrungen und Ineffizienzen führt. Die Verpflichtung auf ganztägige Verfügbarkeit als Voraussetzung für die Untervertragnahme durch die Krankenversicherung würde das Personal vor eine echte Alternative stellen.

3. Strengere Regulierungsvorgaben für Leistungsangebot und -qualität im öffentlichen Sektor

Eng verbunden mit der Diversifizierung des Anbieterspektrums ist der Bedarf an einer starken und wirksamen Regulierung und Kontrolle der Verfügbarkeit und der Qualität der Gesundheitsleistungen. Die Versorgungsqualität in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Albaniens lässt trotz intensiver Bemühungen der verschiedenen nationalen und internationalen AkteurInnen spürbar zu wünschen übrig, die sich insbesondere in den teilweise extrem niedrigen Nutzungsraten der Gesundheitszentren und der niedrigen Belegung der Regionalkrankenhäuser niederschlägt. Das Personal scheint wenig motiviert zu sein, die eigene Arbeitsbelastung zu erhöhen, da entsprechende Anreize fehlen. Aus diesem Grunde kann es durchaus im Interesse von MitarbeiterInnen des öffentlichen Systems sein, wenn die PatientInnen bei Kontrahierung privater AnbieterInnen durch das ISKSH gänzlich dorthin abwandern und ausbleiben. Aus diesem Grunde sind Leistungsvorgaben, adäquate Anreizsysteme, eine geeignete Regulierung und entsprechende Kontrollsysteme erforderlich, um die Qualität öffentlicher LeistungserbringerInnen zu steigern. Es bleibt abzuwarten, wie wirksam die vom ISKSH eingeführte Bindung eines (kleineren) Teils der Mittelzuwendungen an Gesundheitsposten sein wird.

4. Anhebung des Beitragssatzes

Der Krankenkassenbeitragssatz liegt seit Gründung des ISKSH bei 3,4 % der Löhne und Gehälter, also deutlich unter dem Niveau der anderen Rentenversicherung und kaum höher als die bloßen Abgaben für Mutterschutz (Holst 2007, S. 18). So ist es nicht verwunderlich, dass

die Beiträge weniger als die Hälfte der Einnahmen des ISKSH ausmachen. Allerdings scheint die Erhöhung der Sozialabgaben ein politisch heikles Thema zu sein, so lange die albanische Krankenversicherung in der Öffentlichkeit nicht den Nachweis einer transparenten und effektiven Verwendung der Ressourcen antreten kann. Außerdem ist mit Widerstand von Arbeitgeberseite gegen erhöhte Abgaben zu rechnen. Und insgesamt steht die Fiskalpolitik derzeit unter dem Druck einer Senkung von Steuern und Pflichtbeiträgen. Aus diesem Grunde erfolgte im Zuge der generellen Steuersenkung in den letzten Monaten auch keine zeitgleiche Anhebung des Krankenkassenbeitrags, obwohl generelles Einvernehmen besteht, dass die aktuelle Höhe nicht zur Finanzierung einer adäquaten Versorgung ausreicht. Diese Frage wird in näherer Zukunft virulent bleiben, denn die Erhöhung der Beitragseinnahmen ist eine Grundvoraussetzung für eine Verbesserung des Krankenversicherungsschutzes in Albanien.⁶ Andererseits wird eine Anhebung der Beiträge nur dann auf Zustimmung in der Bevölkerung stoßen, wenn sie von spürbaren Zugangserleichterungen, finanziellen Entlastungen bei Inanspruchnahme und Qualitätssteigerungen begleitet ist.

5. Effektive und nominale Zuweisung der staatlichen Zuschüsse zur Krankenversicherung

Die Subventionierung des ISKSH aus Steuermitteln erfolgt zurzeit als globale Mittelzuweisung und richtet sich nach dem jeweiligen Finanzbedarf der Krankenkasse. Dieses System verstärkt tendenziell die chronische Unterfinanzierung des ISKSH, birgt die Gefahr einer Gesundheitsversorgung nach Kassenlage und führt vor allem zu dauerhaften Auseinandersetzungen zwischen der Krankenversicherung und der Regierung, was die Autonomie des ISKSH in Frage stellt.

Grundsätzlich besteht Einvernehmen über die politischen Ziele einer solidarischen und universellen Gesundheitsfinanzierung in Albanien und darüber, dass der Staat für die soziale Absicherung jener Gruppen sorgen muss, die dazu aus eigenen Kräften nicht in der Lage sind, insbesondere soziale benachteiligte Gruppen und arme BürgerInnen. Wenn die Verantwortlichkeit für die Absicherung dieser vulnerablen Gruppen dem Krankenversicherungsinstitut zufällt, was sich in einem Single-Payer-System anbietet, muss das ISKSH Zuweisungen aus Steuermitteln nach Zahl und Risikoprofil der Anspruchsberechtigten erhalten, um dieser Aufgabe angemessen nachkommen zu können.

Dabei muss erkennbar bleiben, dass die Finanzierung des albanischen Gesundheitswesens im Wesentlichen auf Beiträgen beruht und Steuern nur zur Subventionierung besonders vulnerabler Gruppen in das System fließen. Dies geschieht in transparenter und nachvollziehbarer Form dadurch, dass der Fiskus für die Krankenkassenbeiträge für die als unterstützungsbedürftig definierten Gruppen übernimmt. Bei der Identifizierung der Zielgruppen bietet sich eine organisatorische und administrative Kooperation mit bestehenden Unterstützungssystemen für Arbeitslose, SozialhilfeempfängerInnen und andere an. Allerdings ist streng darauf zu achten, dass weniger erfasste Gruppen wie beispielsweise die arme ländliche Bevölkerung ebenfalls angemessene Berücksichtigung findet.

6. Klärung des rechtlichen Status und der Befugnisse des ISKSH

Die bisher diskutierten Alternativen, das ISKSH entweder unter die Kontrolle des Gesundheitsministeriums, des Parlaments oder des Finanzministeriums zu stellen, spiegelt nicht adäquat die grundsätzliche Entscheidung wider, die öffentliche Krankenkasse als selbstverwaltete

⁶ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Verbesserung der Einnahmesituation des ISKSH nicht nur durch Steigerung des Beitragssatzes, sondern auch durch die Einbeziehung neuer Versicherungsguppen und die Anpassung der Subventionen aus Steuermitteln an die realen Ausgaben für beitragsfrei Versicherte zu erreichen ist, wie der folgende Punkt 5 betont.

öffentliche Körperschaft zu organisieren. Trotz dieser Vorgabe streiten verschiedene Verfassungsorgane um die Oberhoheit über das ISKSH. Diese Fragestellung erscheint nicht sehr hilfreich, um die anstehenden Herausforderungen im Sinne einer universellen und sozial gerechten Gesundheitsfinanzierung anzugehen. So ist das Parlament als legislatives Organ sicherlich kaum geeignet und in der Lage, die Dienstaufsicht über das ISKSH zu übernehmen. Das Finanzministerium fühlt sich zwar als vorrangiger Mittelzuweiser am ehesten geeignet, die Kontrolle insbesondere über die finanziellen Abläufe in der Hand zu behalten; andererseits besteht dort keinerlei Fachkompetenz, um wesentlichen Kontrollaufgaben nachkommen zu können. Und das Gesundheitsministerium fühlt sich zwar als einziges in der Lage, die inhaltliche und technische Aufsicht über eine Krankenversicherung zu leisten. Allerdings ist diese Einschätzung nur insoweit gerechtfertigt, wie es um die Kontrolle der verschiedenen AkteurInnen des Versorgungssystems geht. Neben politischen Strategie- und Rahmenvorgaben ist die Regulierung eine der Kernaufgaben eines Gesundheitsministeriums, die es ohnehin zu erfüllen hat. Daraus den Anspruch auf Zuständigkeit für das Krankenversicherungswesen abzuleiten, erscheint indes kaum gerechtfertigt, fehlt doch die erforderliche Fachkompetenz auf dem Gebiet der Kernaufgaben von Krankenversicherungen.

Die externe Festlegung einer Autonomie in Fragen der Mitgliederaufnahme, Kontrahierung von LeistungserbringerInnen, Vertragsgestaltung, Beiträgen und Honorierung, Leistungsumfang und Verwaltung sollte die Rahmenbedingungen für den Aufbau selbstverwalteter Krankenversicherungsstrukturen schaffen. Intern fällt dann der Krankenversicherung die konkrete Ausgestaltung aller relevanten Abläufe und die Entscheidungsbefugnis über Ressourcenerhebung und -einsatz zu, die natürlich im Einklang mit der herrschenden Gesetzgebung stehen müssen und gleichzeitig eine nachhaltige und wirksame Finanzierung von Gesundheitsleistungen gewährleisten müssen.

7. Verbesserung der Verwaltung in der Zentrale und in den Regionen

Nach übereinstimmender Einschätzung innerhalb wie außerhalb des ISKSH bergen die verwaltungstechnischen Abläufe sowohl in der Zentrale als auch in den regionalen Krankenkassenniederlassungen erhebliches Verbesserungspotenzial in allen krankenversicherungsrelevanten Bereichen. Auch ohne eingehende Evaluierung des ISKSH lässt sich feststellen, dass kaum etablierte Verfahren zur Erfassung von Mitgliedern außerhalb des formalen Sektors bestehen, sich die Beitragseinzahlung für diese Gruppe als unzureichend erweist, es an Regeln und Erfahrungen bei der Kontrahierung von LeistungserbringerInnen außerhalb des öffentlichen Sektors mangelt und das Informationssystem zur Erfassung von Krankheitsprofilen, Ausgaben und Finanzflüssen verbesserungswürdig ist.

Ein Problem ist der häufige Personalwechsel aufgrund politischer Wechsel und eines ausgeprägten Klientelismus in Albanien. Neue Regierungen tauschen regelhaft nicht nur die Führung und vor allem die politisch Verantwortlichen aus, sondern auch einen großen Teil des technischen und sogar des einfachen Personals. Dies bringt nicht nur große Gefahren für die Kontinuität der gesamten Arbeit des ISKSH mit sich, sondern hat unweigerlich negative Auswirkungen auf die Effektivität und Qualität der Arbeit der Krankenkasse. Nachhaltige Verbesserungen in diesen Bereichen setzen also eine stärkere Kontinuität der administrativen und technischen Arbeit und die Einstellung des Personals in von ihrer Qualifikation und Leistungsbereitschaft voraus. Erstrebenswert erscheint die gezielte Förderung einer angemessenen Ausbildung von Versicherungsfachkräften mit einem Grad an Qualifizierung, um sie zu schwer ersetzbaren MitarbeiterInnen des ISKSH zu machen. Erst wenn der politisch oder anderweitig nicht fachlich motivierte Austausch von Personal das Funktionieren des Instituts gefährdet, sind die externen und politischen Kosten des Klientelismus möglicherweise zu hoch.

8. Verbesserung des Informationssystems

Mangelnde und vielfach fehlende Daten nicht nur über die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen, Krankheitsprofile der Versicherten, Inanspruchnahmeverhalten und diagnosebezogene Ausgaben, sondern auch über die sozioökonomische Zusammensetzung der Versicherten-Gruppe, deren regionale Verteilung und Risikoprofile erschwert das Management des ISKSH ebenso wie die Planung und Strategieentwicklung. Ausreichende und zuverlässige Daten sind eine entscheidende Voraussetzung für effizientes und nachhaltiges Agieren einer Krankenversicherung. In diesem Bereich ist die Datenlage in Albanien allerdings insgesamt recht lückenhaft und teilweise unzuverlässig. Nur eine enge Kooperation von Regierungsstellen, ISKSH und universitären oder anderen Forschungseinrichtungen wird in absehbarer Zeit die Datenlage in Albanien spürbar verbessern können (vgl. Roshi/Burazeri 2002). Die Einrichtung und adäquate Ausstattung einer wissenschaftlichen Abteilung im ISKSH würde diese Entwicklung fördern und zudem eine frühzeitige Fokussierung auf die krankenkassenrelevanten Bereiche erlauben.

Eine solche Abteilung wäre zudem geeignet, die Möglichkeiten, die in dem von internationalen GeberInnen unterstützten *Health Information System* stecken, effektiv zu nutzen. Denn es besteht grundsätzlich die Gefahr, dass dessen Einführung falsche Erwartungen weckt: Ein Informationssystem löst nicht per se alle Fragen, sondern es bedarf einer qualifizierten Nutzung und vor allem der Fähigkeit zur Erfassung und Interpretation relevanter Daten, um es Gewinn bringend einzusetzen.

9. Medikamentenerstattung unabhängig von Partialinteressen

Von vielfachen Interessen überlagert ist die Frage der Kostenübernahme von Medikamenten durch die albanische Krankenkasse, obwohl diese mit der Kombination von Positivliste und Festbeträgen im Prinzip zwei wirksame Mechanismen zur Kostendämpfung anwendet. Allerdings überlagern teilweise politisch überlagerte wirtschaftliche und Herstellerinteressen die Arzneimittelpolitik des ISKSH und es kommt zu Einmischungen des Gesundheitsministeriums. Zwar ist das Ministerium für die generelle Zulassung nicht nur von Leistungserbringenden, sondern auch von Arznei- und Hilfsmitteln im albanischen Gesundheitswesen zuständig, doch sollte eine selbstverwaltete Körperschaft öffentlichen Rechts wie das ISKSH die Freiheit haben, nach Kosten-Effektivitätskriterien über die Kostenübernahme für Medikamente zu entscheiden.

Auch in diesem Bereich wäre eine wissenschaftliche Abteilung gefragt, die nicht notwendigerweise selber entsprechende Studien durchführen müsste, sondern kontinuierlich international verfügbare Erkenntnisse recherchiert und auf die albanischen Gegebenheiten umsetzt. Viel versprechend ist in diesem Zusammenhang das internationale Projekt *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information* unter Federführung des Österreichischen Bundesinstituts für das Gesundheitswesen (ÖBIG), das auf der Grundlage internationaler Studienergebnisse arzneimittelpolitische Empfehlungen entwickelt (Habl 2007). Nachvollziehbare Fakten und belegte, überzeugende Argumente auf Seiten des ISKSH würden dessen Position in Verhandlungen nicht nur mit dem Gesundheits-, sondern auch dem Finanzministerium deutlich stärken, dem Institut erlauben, autonome Entscheidungen zu begründen, und damit seinen politischen Entscheidungsspielraum erweitern (vgl. Knaul/Frenk 2005).

9 Bibliografie

- 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>).
- Habl, Claudia (2007). Up-date on the Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Präsentation auf dem 1. Balkan-Forum über Gesundheitsreformen am 8.11.2007. Tirana.
- Holst, Jens (2007). 1. Prüfmision zum GTZ-Projekt „Reform des Gesundheitswesens, Etablierung sozialer Krankenversicherungssysteme und Stärkung des Krankenhausmanagements in Albanien“, PN. 2002.3513.5-00.00. Abschlussbericht. GTZ, Tirana / Berlin / Eschborn.
- 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 Reform *plus* Project, Abt Associates Inc (PHRPlus), Bethesda (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech051_fin.pdf).
- Knaul, Felicia; Frenk, Julio (2005). Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage through Structural Reform. *Health Affairs* 24 (6), S. 1467-1476 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/24/6/1467>).
- 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).
- 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>).