

Wirtschaftliche Lage und Gesundheitswesen in Kosovo

Ein Überblick

Jens Holst

**Auszüge aus dem Evaluierungsbericht im Auftrag des Luxemburger
Außenministeriums**

Auszüge aus /
Extracts from /
Extraits de /
Pjesë nga



Information, Systèmes et Développement, sàrl

DEUTSCHE ORIGINALVERSION

Evaluation des activités de la Coopération au développement luxembourgeoise dans le secteur de la santé au Kosovo

Rapport final

Mission au Kosovo : 5 – 25 février 2007

Jens Holst
Alfons Fuchs
Anton Berishaj

Auszugsweise Dokumentation mit freundlicher Genehmigung des Außenministeriums des Großherzogtums Luxemburg

Version originale en Allemand, traductions disponibles en Français et Albanais

*InSyDe Information, Systèmes et Développement, sàrl
31, Boulevard Grande-Duchesse Charlotte
L-1331 Luxembourg*

7. Das Gesundheitswesen im Kosovo

Aus der Tradition der sozialistischen Bundesrepublik Jugoslawien bestehen im Kosovo wie in der gesamten Region bis heute ein hoher Grad an Medikalisierung und eine starke Tendenz zur Hospitalisierung. Da ein großer Teil der Gesundheitsprobleme auf der ersten Versorgungsebene zu lösen ist, bietet die ambulante, nicht-stationäre Versorgung erhebliche Effizienz- und Kostenvorteile. Seit dem Ende des bewaffneten Konflikts hat das Gesundheitswesen in der ehemaligen jugoslawischen Provinz Kosovo mit großen Problemen zu kämpfen. Durch jahrelange Diskriminierung in der serbisch dominierten Gesundheitsversorgung mangelte es den albanisch-kosovarischen Medizern und Pflegekräften an praktischer Berufserfahrung, dem Zugang zu neueren Behandlungsmethoden und insgesamt an Wissen entsprechend internationalen Standards. Nach einem Jahrzehnt ohne Investitionen, Wartung und Erneuerungen war die Infrastruktur weit gehend veraltet und abgenutzt.

Zudem hatte die albanisch-sprachige Bevölkerung seit den 1990er Jahren öffentliche Gesundheitseinrichtungen gemieden, weil sie Diskriminierung seitens des vorwiegend serbischen Personals fürchtete. Die OMS ist seit 1998 in Kosovo und kümmert sich primär um die Infrastruktur sowie Gesundheitspolitik und -planung. Nach dem Unabhängigkeitskonflikt stieß eine wachsende Nachfrage auf ein unzureichendes Versorgungsangebot. Im Zuge ihres Gesamtengagements für den Kosovo bemühte sich die internationale Gemeinschaft ab 1999, zur Überwindung der großen Versorgungsengpässe beizutragen, die durch den vollständigen Rückzug des nicht-albanischen Personals zusätzlich verschärft waren. Zum Ausgleich dieses Mangels und auch zur Befriedigung der entsprechenden Erwartungen erfolgte nach dem bewaffneten Konflikt eine unkontrollierte Personalaufnahme. Vorrangiges Kriterium waren dabei vor allem für Führungskräfte, Mittelbau und technisches Personal persönliche Beziehungen.

Die Folgen dieser klientelistischen Politik beeinflussen bis heute die Arbeit des kosovarischen Gesundheitswesens. Leitende Mediziner sind keineswegs immer die am besten qualifizierten, und die Ethik des Ärztestandes lässt insgesamt zu wünschen übrig. Bei einem Monatsgehalt von 200 EUR für Allgemeinärzte und 250 EUR für Fachärzte ist das Bestreben nach Zusatzeinnahmen durch Direktzahlungen der Patienten für besondere Leistungen, kürzere Wartezeiten oder anderweitige Vorzugsbehandlung nachvollziehbar. Ebenso attraktiv ist die Eröffnung einer Privatpraxis, wo sich etwa vier Mal so viel verdienen lässt wie im öffentlichen Dienst, zumal die gleichzeitige Anstellung im Krankenhaus die Möglichkeit bietet, Patienten in die eigene Sprechstunde umzuleiten. Insbesondere eine gute Ausbildung des Personals bringt die Gefahr mit sich, dass Ärzte in den Privatsektor abwandern.

Grundlegende Merkmale des Gesundheitswesens im Kosovo:

- Unterfinanzierung
- Unzureichende Investition
- Mangelhafte Infrastruktur
- Schlechtes Management
- Geringe Bezahlung der Beschäftigten
- Verschlechterung ihrer Moral und zunehmende inoffizielle Zahlungen
- Wachsende Bedrohung der Haushalte durch ruinierende Ausgaben
- Ungünstige Gesundheits- und Sozialindikatoren

Quelle: Bislimi et al. 2006, p. 6

Angeführt von der OMS begann ein intensiver Aufbau-, Instandsetzungs- und Ausbildungsprozess, an dem sich anfangs nahezu allen internationalen Geldgeber intensiv, aber gänzlich unkoordiniert beteiligten. Die jeweilige nationale Herkunft der wechselnden UNMIK-Mitarbeiter brachte sehr unterschiedliche Systemideen in die Debatte über das zukünftige Gesundheitssystem im Kosovo. Mittlerweile ist die Primärversorgung der Bevölkerung weitgehend gewährleistet, und auch im sekundären und tertiären Sektor hat sich die Situation spürbar gebessert.

Inzwischen gilt auch die Qualifikation der Ärzte zumindest teilweise als recht gut, aber nach Auskunft von Angehörigen anderer Berufsgruppen verfügen vor allem jene Mediziner, die in den 90-er Jahren ihre Ausbildung im Parallelsystem absolviert haben, weder über ausreichende Laborkenntnisse noch beherrschen sie zuverlässig das medizinische Wissen für die Behandlung von Patienten.

Allerdings stehen soziale Fragen und auch das Thema Gesundheit nicht sonderlich hoch auf der Prioritätenliste der provisorischen kosovarischen Regierungsstellen. Eindeutig liegt der Schwerpunkt der Bemühungen auf der Fiskalpolitik, dem Energiesektor und der makroökonomischen Entwicklung. Es besteht eine enge Verbindung des MdF zum MdEn, aber nicht zum MdS und MdTAS. Doch nicht nur im Energiesektor, der einen deutlich höheren Stellenwert hat als sozialpolitische Erfordernisse, sondern auch im Erziehungs- und Gesundheitswesen besteht weiterhin Bedarf an Kapitalinvestitionen.

Das Gesundheitswesen spielt allerdings nur eine nachgeordnete Rolle, und die Regierung leitete im vergangenen Jahr sogar Teile des Gesundheitsbudgets in andere Bereiche um. Da sich viele internationale Organisationen und Geldgeber mittlerweile entweder aus Kosovo oder zumindest aus dem Gesundheitssektor zurückgezogen haben, besteht die Gefahr, dass es bei insgesamt knappem lokalem Budget zu dauerhafter Unterversorgung mit möglichen sozialen Konsequenzen kommen wird. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die öffentlichen Ausgaben perspektivisch niedrig bleiben werden und der *fiscal space* überaus begrenzt ist, schließlich musste Kosovo 2006 auch 12 Mio. € an Sozialhilfeausgaben aufbringen.

7.1. Finanzierung

Gesundheitspolitik ist im Kosovo wesentlich durch die bestehende Budgetknappheit bestimmt. Der Gesamthaushalt des MdS beträgt 74 Mio € und die Pro-Kopf Ausgaben für Gesundheit belaufen sich auf nicht mehr als 70 €, wobei die öffentlichen Gesundheitsausgaben nur 35 € ausmachen und Direktzahlungen der Patienten, seien es

Zuzahlungen oder die völlige Kostenübernahme für Behandlungen, eine gewichtige Finanzierungsquelle des Gesundheitswesens in Kosovo darstellt. Umfragen haben ergeben, dass die Menschen jährlich insgesamt über 45 Millionen € und damit 2,5 % des Bruttoinlandseinkommens für medizinische Versorgung ausgeben (Bislimi et a. 2006, p.15). Direktzahlungen erfolgen entweder in Form offizieller Gebühren für Gesundheitsleistungen oder als informelle „under-the-table payments“ an das Personal.

Eine Krankenversicherung soll die Finanzmisere im Gesundheitswesen überwinden helfen und gleichzeitig Vertragsfreiheit ermöglichen. Ein solches Versicherungssystem (système d'assurance maladie) könnte zusätzlich 25 Mio € für die Finanzierung von medizinischer Versorgung und Arzneimitteln einbringen und bessere bzw. umfangreichere Leistungen möglich machen. Am 22.2.2006 verabschiedete das Parlament ein AM-Gesetz, das an das kroatische Vorbild angelehnt ist und auch private Krankenversicherungen zulässt. Allerdings messen der provisorische Premierminister und das provisorische Kabinett auch der Einführung einer Krankenversicherung keine besondere Priorität bei.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die öffentliche Ausgabenstruktur:

Table 7:**Public expenditure by government function**

	Bosnia & Herzegovina	Croatia	Macedonia	Serbia & Montenegro	Kosovo	Slovenia	SEE-4	SEE-5	SEE-6	CEEC	EU-15
	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'00-02	avrg'02-04	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02	avrg'96-02
<i>(in percent of GDP)</i>											
General public services	2.70	2.94	3.70	3.20	4.49	3.90	3.14	3.58	3.64	2.91	7.30
Defense	4.04	4.03	2.64	4.53	0.58	1.29	3.81	3.05	2.76	1.64	1.70
Public order and safety	4.10	2.87	2.73	2.23	2.44	1.90	2.98	3.08	2.88	2.03	1.50
Education	5.60	4.06	3.87	2.53	3.48	6.01	4.02	4.10	4.42	5.71	5.40
Health	6.46	7.06	5.89	5.67	2.59	6.20	6.27	5.66	5.75	4.90	6.20
Social security & welfare	15.50	17.53	12.79	14.60	2.52	18.21	15.10	12.92	13.81	12.95	18.90
Housing & commun. Amenity	0.83	3.73	0.13	0.00	1.39	1.40	1.56	1.38	1.38	1.97	1.00
Recreational, cultural	0.40	1.30	0.60	0.00	0.34	1.20	0.77	0.69	0.79	0.90	1.00
Economic affairs	3.69	6.11	3.54	2.97	4.53	4.76	4.08	4.42	4.47	5.00	4.50
Others, n.i.e. 1/	7.01	2.47	1.17	5.12	0.13	-1.79	3.94	3.24	2.40	3.26	0.60
Total expenditure	50.33	52.09	37.06	40.85	22.49	43.09	45.67	42.11	42.29	41.26	48.10
<i>(in percent of total expenditures)</i>											
General public services	5.36	5.65	9.90	7.63	19.66	9.05	6.87	8.51	8.60	7.06	15.18
Defense	8.03	7.71	7.16	11.34	2.62	2.98	8.35	7.24	6.52	3.96	3.53
Public order and safety	8.15	5.51	7.37	5.44	10.90	4.41	6.53	7.31	6.81	4.91	3.12
Education	11.13	7.80	10.47	6.12	15.76	13.96	8.79	9.73	10.44	13.84	11.23
Health	12.83	13.55	15.91	14.04	11.71	14.39	13.72	13.44	13.59	11.88	12.89
Social security & welfare	30.80	33.67	34.57	35.57	9.97	42.28	33.07	30.69	32.65	31.38	39.29
Housing & commun. Amenity	1.65	7.14	0.34	0.00	7.53	3.25	3.42	3.27	3.27	4.77	2.08
Recreational, cultural	0.79	2.50	1.62	0.00	1.57	2.79	1.68	1.64	1.87	2.18	2.08
Economic affairs	7.32	11.74	9.59	7.12	19.77	11.04	8.93	10.49	10.58	12.11	9.36
Others, n.i.e. 1/	13.94	4.73	3.07	12.74	0.52	-4.15	8.63	7.68	5.67	7.90	1.25
Total expenditure	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Source: IMF Government Finance Statistic (GFS), MFE-Kosovo.

SEE-4 includes Bosnia & Herzegovina, Croatia, Macedonia, and Serbia & Montenegro.

SEE-5 refers the SEE-4 plus Kosovo; SEE-6 refers to SEE-5 plus Slovenia.

Quelle: World Bank 2006b1, S. 51

Die öffentliche Finanzierung der verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung erfolgt auf unterschiedlichen Wegen. In der Sekundärversorgung richten sich Krankenhausbedarfsplanung und Budgetzuordnung nach historischen Erfahrungen und den in Vorjahren erbrachten Leistungen; in die Haushaltsplanung für die einzelnen Krankenhäuser fließen die Personalausgaben, eine Projektion der laufenden Kosten sowie geplante Aufwändungen für Investitionen ein.

Die Mittelzuweisung für die Basisgesundheitsversorgung obliegt dem Ministère des Affaires Locales (MdAL), das Gelder an die Kommunen überweist, die im Zuge der Dezentralisierung die Zuständigkeit für Bildung und Basisgesundheit übernahmen. Im Rahmen dieser Evaluierung war es nicht möglich, zuverlässige und übereinstimmende Aussagen über die Kriterien der Finanzierung durch das MdAL zu erhalten. Diese erfolgt offenbar nach einem nicht sehr klar definierten und zudem kaum überprüften Schlüssel als eine Art Kopfpauschale, die aber aufgrund fehlender aktueller Daten über die Einwohner des Landes nur ansatzweise zu ermitteln ist. Zudem sind MdAL und Kommunen nur für 60 % der Finanzierung der CSF zuständig, das MdS übernimmt im Prinzip die Lieferung der erforderlichen Medikamente und medizinischen Verbrauchsmaterialien.

Gesundheitspolitik hängt in starkem Maße auch von anderen Ministerien ab, die überall erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung haben. Erste Priorität hat im Kosovo nach wie vor die Infrastruktur, die zwar Gesundheitseinrichtungen einschließt, aber vorrangig die ausreichende Versorgung mit Nahrungsmitteln, Wasserversorgung und Abwasser, Umweltverschmutzung, Straßenbau, Wohnungswesen, Energieversorgung als indirekte gesundheitspolitische Faktoren ins Auge fasst. Aber auch im unmittelbaren Gesundheitswesen besteht weiterhin Bedarf an einer Verbesserung der Versorgungsstruktur, wobei alle zukünftigen Investitionen nachvollziehbare Nachhaltigkeitskriterien erfüllen sollten.

7.2. Sektorielle Struktur

In der ehemaligen Bundesrepublik Jugoslawien erfolgte die allgemeinärztliche Behandlung in kleinen Gesundheitszentren. Darüber hinaus standen Polikliniken für ambulante Allgemein- und Facharztbehandlung zur Verfügung. Die zuständigen Gesundheitshäuser waren einem der fünf regionalen Krankenhäuser angegliedert (vgl. World Bank 2006b1, S. 69). Historisch bestand somit eine relativ enge Verbindung zwischen primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung, und die tertiäre Versorgung gewährleisteten die Universitätsklinik Pristina sowie vor allem für aufwändigere Fälle große Kliniken in Belgrad. Im Verlauf der 1990er Jahre entwickelten die Kosovo-Albaner im Zuge ihrer separatistischen Bestrebungen und in Anbetracht der zunehmenden Diskriminierung durch die serbische Obrigkeit eine Parallelstruktur zur Versorgung der albanischen Bevölkerung.

Nach dem Konflikt Ende der 1990er Jahre war die Infrastruktur der ambulanten Versorgung weitgehend zerstört, das nahezu ausschließlich serbische qualifizierte Personal abgezogen und es gab kaum qualifizierte Fachleute. Die OMS und andere internationale Organisationen¹⁹ konzentrierten sich in den Anfangsjahren auf die Basisgesundheitsversorgung, Investitionen in die entsprechende Infrastruktur und nicht zuletzt die Einführung einer Weiterbildung zum Allgemein- bzw. Familienmediziner. Diese Betonung der Primärversorgung hat letztlich eine weit gehende Abtrennung der PHC von der SHC und THC nach sich gezogen.

¹⁹ Hier sind neben den oftmals als ausführende Institutionen tätigen multilateralen Organisationen WHO, UNICEF, UNFPA etc. vor allem USAID, das finnische Außenministerium sowie die Japanische Botschaft in Belgrad zu nennen.

Andererseits ist das Familiengesundheitskonzept im Kosovo zumindest theoretisch weiter entwickelt als in allen anderen Ländern der Region. In den vergangenen Jahren erfolgte der schrittweise Auf- und Ausbau einer anerkannten Ausbildung zum Facharzt für Familienmedizin, die gemeinhin Voraussetzung für die Tätigkeit in ambulanten Gesundheitseinrichtungen ist. Doch in der Praxis bestehen weiterhin spürbare Mängel und ein erheblicher Nachholbedarf. Nahezu alle internationalen Organisationen setzen daher weiterhin auf kontinuierliche berufsbegleitende Weiterbildung nicht nur für medizinisches, sondern auch für Pflegepersonal.

Ein entscheidender organisatorischer Unterschied zwischen Primär- und Sekundär- bzw. Tertiärversorgung besteht in der Verantwortlichkeit und Finanzierung. Seit der Dezentralisierung der PHC erfolgt die Zuweisung der Mittel an die CSF über die Kommunen, die wiederum das Geld für Gesundheit wie für Erziehung und andere Bereiche über das Ministerium für Lokale Angelegenheiten (MdAL) erhalten. Allerdings machen diese Ressourcen nominell nicht mehr als 60 % des PHC-Budgets aus, die restlichen 40 % soll das Gesundheitsministerium für Medikamente und anderes medizinisches Verbrauchsmaterial zur Verfügung stellen. Allerdings kommt das MoH dieser Verpflichtung in der Regel nur unvollständig nach. Schätzungen von Mitarbeitern der CSF gehen davon aus, dass sie nur gut die Hälfte der dafür vorgesehenen Arzneimittel, Nadeln, Spritzen, Nahtmaterial u.ä. tatsächlich bekommen. Hierzu ist einschränkend anzumerken, dass es bei den Gesprächspartnern an klarem und abfragbarem Verständnis für genaue Abläufe und Verbindlichkeiten mangelte, so dass ggf. eine eingehendere Analyse und vor allem ein Abgleich von Theorie und Wirklichkeit unumgänglich sein wird.

Patienten fühlen sich zwar von medizinischem und Pflegepersonal überwiegend gut behandelt, klagen aber teilweise vehement über mangelnde Ausstattung und vor allem die Tatsache, dass sie Medikamente selbst kaufen müssen. Ein weiteres großes Ärgernis sind teilweise lange Wartezeiten, die nicht vorhersehbar und für Patienten nicht nachvollziehbar sind. Seit kurzem führt das CSF Prizren dreisprachige farbige Informationsbögen ein, die den Patienten bei der Zuordnung zu ihren Gesundheitsposten helfen und über die bestehenden Angebote aufklären sollen (s. Annex 9). Bisher hat keine Evaluierung der erst kürzlich fertig gestellten Bögen stattgefunden, auf den ersten Blick erscheint die Schriftgröße insbesondere für ältere Menschen verbesserungswürdig.

7.3. Internationale Kooperation

Vor allem in der Anfangsphase 1999-2002 bestand großer Bedarf an internationaler Unterstützung. Die Agence Européenne de Reconstruction (AER) übernahm die Führung und investierte vornehmlich in die Ausbildung zum Allgemeinmediziner für die CSF, in Pflegeausbildung, in die Reform des Medizinstudiums und in ein SIS einschließlich der Ausstattung der Haupt-Gesundheitszentren mit Hard- und Software. Die OMS leitete anfangs die Verwaltung des gesamten Gesundheitswesens und konzentrierte sich dabei auf die primäre Gesundheitsversorgung. Allein 1999-2003 hat USAID etwa 10 Mio US-\$ in kurzfristige Infrastrukturprogramme investiert,²⁰ der Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM) brachte 3,9 Mio US-\$ zur Tb-Bekämpfung, zur Einrichtung freiwilliger HIV-Test-Zentren und zur Testung von Hochrisiko-Gruppen auf.

²⁰ USAID ist hauptsächlich in den Bereichen PHC, Mutter-Kind-Gesundheit und SR tätig. Es besteht bei dem derzeitigen, noch bis Ende 2007 laufenden 500.000 US-\$-Projekt *Alliance for health Newborn* eine enge Verbindung mit der Dartmouth Medical School in Hanover, New Hampshire, die auch die phase-out-Phase und die weitere Begleitung des PPP-Projekts in privatwirtschaftlichem Interesse in Form einer Community Foundation begleiten wird. Schwerpunkte sind anti- und perinataler Gesundheitsversorgung (mit Hilfe von Puppen, Wiederbelebungsübungen, Überweisungsstrategien etc.

UNICEF und in zunehmendem Maße auch UNFPA widmen sich dem großen Problem der Mutter-Kind-Gesundheit durch die Förderung der SR. Weitere relevante Unterstützung für den Gesundheitssektor kamen aus Deutschland (GTZ und KfW), Kanada, Großbritannien, Schweden, Norwegen, Irland, Japan, Finland und Luxemburg. Allerdings hat die Luxemburger Entwicklungszusammenarbeit im Kosovo in der Wahrnehmung internationaler Geber eher einen geringen Stellenwert, und in einer Überblicksdarstellung der Weltbank taucht das Großherzogtum gar nicht auf (Annex 13). Zurzeit plant die Weltbank offenbar neue Projekte im Gesundheitsbereich, die sich vor allem auf die primäre Versorgungsebene und deren Finanzierung zu konzentrieren scheinen. In Bezug auf die Pläne zur Einführung eines Krankenversicherungssystems gab es Beratungen durch einzelne Experten aus Slowenien und Kroatien, aber bisher keine konkrete Anfrage nach technischer Zusammenarbeit.

Tabelle 8: Donor Assistance, 1999-2004 (thousands)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bilateral						
European Bilaterals/ 1	€53,184.04	€204,714.05	€126,686.04	€74,645.01	€61,721.20	€47,770.00
US	€9,386.21	€45,653.19	€71,758.14	€67,453.31	€60,352.34	€20,837.00
Japan	€70,441.20	€29,533.79	€21,846.15	€15,805.61	€2,607.68	€0.00
Others	€4,310.60	€25,783.13	€12,457.51	€31,569.56	€11,124.28	€0.00
Multilaterals						
EU	€25,563.50	€162,174.29	€271,817.00	€157,307.34	€126,786.38	€78,172.00
EBRD	€0.00	€1,530.00	€1,020.00	€1,000.00	€0.00	€0.00
United Nations	€0.00	€1,340.01	€4,850.72	€0.00	€0.00	€0.00
Agencies/2	€1,476.96	€4,885.30	€7,198.59	€6,624.65	€3,011.68	€8,010.00
World Bank/3	€0.00	€15,441.42	€24,946.47	€13,866.70	€7,794.01	€8,010.00
Others	€1,082.22	€39,466.59	€7,599.72	€0.00	€0.00	€0.00
NGOs	€12,072.21	€76,860.27	€43,020.67	€30,344.31	€0.00	€0.00
Total	€177,516.94	€607,382.04	€593,201.01	€398,616.49	€273,397.57	€162,799.00

Source: RIMS.

Notes: 1/ Includes all European countries not only EU member states.

2/ Includes Joint UNDP Japan program.

3/ Includes Joint World Bank Netherlands program.

Quelle: World Bank 2006b1, S. 37

Die in obiger Tabelle 8 detailliert aufgeführte finanzielle Aufbauhilfe für den Kosovo hat entscheidend dazu beigetragen, dass die medizinische Infrastruktur heute weitgehend aufgebaut und ausreichend Personal vorhanden ist, das im Prinzip auch eine angemessene Ausbildung vorweisen. Unklarheiten bestehen indes weiterhin bei Aufteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten. Nach mittlerweile fast achtjähriger Entwicklungshilfe und erfolgtem Wiederaufbau haben sich die vorrangigen Aufgaben der internationalen Hilfe auf die folgenden Bereiche verlagert:

- Technische Unterstützung
- Politikumsetzung
- Regulierungsfragen
- Dezentralisierung
- Anpassung an EU-Standards.

11. Bibliografia

- Arënlju, Aliriza (2006). Strengthened quality of Reproductive Health services through improved provider's competence. July 2004 - June 2006. Final Evaluation Report Swiss Red Cross/UNFPA, Pristina.
- Azémar, Serge (2004). Rapport final de Handicap International South East Europe (HI SEE). Lyon.
- Bislimi, Besnik; Muhaxheri, Edmond; Demukaj, Venera; Bislimi, Florin (2006). Financial Sustainability of a Health Insurance Fund for Kosovo. Consultancy work on the "Strengthening capacity in the Ministry of Health, Kosovo" programme MoH - HLSP – RIINVEST Project. Pristina.
- Costa, João; Boulton, George (2002). Source of Funds. Contract Consulting Services for Health Care Financing Development. Report to the Ministry of Health of the Provisional Self-Government of Kosova. Institute for Health Sector Development, London.
- Dartmouth Medical School (2007). Quarterly Progress Report: Kosovo – Dartmouth Alliance for Healthy Newborns 1. October – 31. December 2006. USAID/MoH, Lebanon/Pristina.
- Embassy of Japan in Belgrade (2006). Japanese Economic Co-operation to Kosovo. Pristina.
- Handicap International (2002). Soutien au Centre Ortho-Prothétique National de Pristina, Kosovo. Lyon.
- 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.
- Joint Interim Administration Structure (2001). Health Policy for Kosovo. UNMIK, Department of Health and Social Welfare, Pristina.
- Lamb, Mike (2007). Strengthening of the Regional Hospital of Prizren. Final Report Project - YUG/005. Lux Development/Conseil Santé, Luxembourg.
- Lamb, Mike (ed.) (2006). Operations Manual Kosovo. Ver. 1.0. Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo/Lux-Development, Pristina.
- Lamb, Mike (2007). Strengthening of the Regional Hospital of Prizren. Mission Report, Lux Development, Luxembourg.
- LuxDevelopment (2005). Evaluierung Report YUG/005: Strengthening of the regional hospital of Prizren. Luxembourg.
- Ministry of Health/UNMIK (2004). Kosovo Health Strategy 2005 – 2015. Pristina [Institucionet e Përkohshme Vetëqeverisë në Kosovë, Institucije Privremene Samouprave Na Kosovo, Ministria e Shëndetësisë/ Ministarstvo zdravlja]
- MoH/WHO/UNFPA/UNICEF (eds.) (2006). Perinatal Situation in Kosovo for Years 2000-2005. Pristina.
- NN (2001). Comprehensive Disability Policy Framework for Kosovo. Disability Task Force. Pristina.
- Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo/UNMIK (PISGK/UNMIK) (2006). Kosovo/a Development Strategy Draft 1 + 1. Pristina.
- Provisional Institutions of Self-Government of Kosovo (PISGK)/World Bank (2007). Buxheti 2005 per mehmetin. Pristina.
- Schaaf, Marta (2002). Kosovo's Roma: a Challenge for Public Health. EUMAP, Open Society Institute, Budapest
(<http://www.eumap.org/journal/features/2002/sep02/romainkosovo>).

Schlierf, Christian (2005). Orthopädietechnik in der Entwicklungsarbeit. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), S. 13-16 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Shuey, Dean; Qosaj, Fatime; Schouten, Erik; Zwi, Anthony (2003). Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999–2000. Health Pol 63 (3), p. 299-310.

Simpson, David; Maxhuni, Bayram (2003). Health Profile Kosovo. DFID/UNICEF, London (http://www.dfidhealthrc.org/publications/Country_health/europe/Kosovo.pdf).

Spitali Rajonal Prizren (2007). Biznes Plani-2007, Draft/1. Regional Hospital Prizren «Prim. dr. Daut Mustafa», Prizren.

Trebbin, Heinz; Castañeda, Mónica (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), p. 17-19 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Trebbin, Heinz (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. ISPO Newsletter, Copenhagen (http://www.ispo.ws/article_show.php?aid=10).

United Nations Interim Mission for Kosovo (UNMIK)/Provisional Self Government in Kosovo Ministry of Health (PSGK-MoH) (2002). Letter sent to Mr. Manuel Vega-Mälitz on March 20th 2002. Pristina.

World Bank (2005). Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 3.7 Million to the United Nations Interim Administration Mission in Kosovo for the Benefit of Kosovo for a Public Expenditure Management Technical Assistance Project. Report No. 31658-XK. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/05/27/000112742_20050527113845/Rendered/PDF/31658.pdf).

World Bank (2006a). Interim Strategy Note for Kosovo for the Period FY06-FY07. Report No. 35262-XK, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC ([http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_\(Final\).pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_(Final).pdf)).

World Bank (2006b1+2). Public Expenditure and Institutional Review. Report No. 32624-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (Vol. 1: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004161723/Rendered/PDF/326240XK.pdf, Vol. 2: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004162402/Rendered/PDF/326241XK0vol02.pdf).

World Bank (2006c). Kosovo Poverty Assessment. Promoting Opportunity, Security, and Participation for All. Report No. 32378-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Country%20Home/20662049/Kosovo_PA_report_final-16June2005.pdf).

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

World Health Organization (2004). Health and Health Care in Kosovo. Pristina.

WHO/UNFPA/UNICEF (2006). Improving Health of Women and Children of Kosovo 2007-2010. Joint Programme Agreement between UNICEF, UNFPA and WHO. Pristina.

Schlierf, Christian (2005). Orthopädiotechnik in der Entwicklungsarbeit. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), S. 13-16 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Shuey, Dean; Qosaj, Fatime; Schouten, Erik; Zwi, Anthony (2003). Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999–2000. Health Pol 63 (3), p. 299-310.

Simpson, David; Maxhuni, Bayram (2003). Health Profile Kosovo. DFID/UNICEF, London (http://www.dfidhealthrc.org/publications/Country_health/europe/Kosovo.pdf).

Spitali Rajonal Prizren (2007). Biznes Plani-2007, Draft/1. Regional Hospital Prizren «Prim. dr. Daut Mustafa», Prizren.

Trebbin, Heinz; Castañeda, Mónica (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. Zeitschrift Behinderung und Dritte Welt - Journal for Disability and International Development 16 (1), p. 17-19 (http://www.uni-kassel.de/fb4/zeitschriften/beh3w/ausgaben/2005/1_2005.pdf).

Trebbin, Heinz (2005). A comprehensive Distance Learning program to upgrade P+O practitioners in Latin America. ISPO Newsletter, Copenhagen (http://www.ispo.ws/article_show.php?aid=10).

United Nations Interim Mission for Kosovo (UNMIK)/Provisional Self Government in Kosovo Ministry of Health (PSGK-MoH) (2002). Letter sent to Mr. Manuel Vega-Mälitz on March 20th 2002. Pristina.

World Bank (2005). Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 3.7 Million to the United Nations Interim Administration Mission in Kosovo for the Benefit of Kosovo for a Public Expenditure Management Technical Assistance Project. Report No. 31658-XK. World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/05/27/000112742_20050527113845/Rendered/PDF/31658.pdf).

World Bank (2006a). Interim Strategy Note for Kosovo for the Period FY06-FY07. Report No. 35262-XK, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC ([http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_\(Final\).pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Resources/Kosovo_ISN_(Final).pdf)).

World Bank (2006b1+2). Public Expenditure and Institutional Review. Report No. 32624-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (Vol. 1: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004161723/Rendered/PDF/326240XK.pdf, Vol. 2: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/10/04/000310607_20061004162402/Rendered/PDF/326241XK0vol02.pdf).

World Bank (2006c). Kosovo Poverty Assessment. Promoting Opportunity, Security, and Participation for All. Report No. 32378-XK, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (http://siteresources.worldbank.org/INTKOSOVO/Country%20Home/20662049/Kosovo_PA_report_final-16June2005.pdf).

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

World Health Organization (2004). Health and Health Care in Kosovo. Pristina.

WHO/UNFPA/UNICEF (2006). Improving Health of Women and Children of Kosovo 2007-2010. Joint Programme Agreement between UNICEF, UNFPA and WHO. Pristina.

Annex 11 Haushalt der vorläufigen Regierung des Kosovo

Org. Code	Ministries/Institutions	Maximum Number of Staff in 2005	Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
10100	Assembly	316	2.461.431	1.726.906	1.901.783	2.665.000		8.755.120
10200	Office of the President	60	224.844	950.000		1.100.000		2.274.844
10400	Office of the Prime Minister	160	569.062	1.826.756		75.000		2.470.818
20100	Ministry of Finance and Economy	941	3.633.447	6.430.000	149.782.826	1.410.000	10.500.000	19.973.447
20200	Ministry of Public Services	1.068	2.877.475	6.272.800		7.002.000		16.152.275
20300	Ministry of Agriculture, Forestry and Rural Development	595	1.790.000	750.000		1.251.500		3.791.500
20400	Ministry of Trade and Industry	154	478.032	650.725		1.104.242		2.232.999
20500	Ministry of Transport and Communications	317	914.946	2.489.000		26.221.423		29.625.369
20600	Ministry of Health	7.513	17.920.441	25.443.918	724.082	8.100.000		52.188.441
20700	Ministry of Culture, Youth and Sports	495	1.252.445	1.594.636	3.045.415	6.989.174		12.881.670
20800	Ministry of Education, Science and Technology	3.059	7.217.306	8.028.823		7.777.390		23.023.519
20900	Ministry of Labor and Social Welfare	1.528	3.690.000	4.989.000	114.065.656	361.000		123.105.656
21000	Ministry of Environment and Spatial Planning	283	942.081	786.000		9.089.369		10.817.450
22000	Telecommunication Regulatory Authority	20	100.000	100.000		100.000		300.000
23000	Ministry of Communities	50	154.800	846.971	9.500.000	500.000		11.001.771
24000	Ministry of Local Government	55	157.000	263.000		1.080.000		1.500.000
25000	Ministry of Energy	50	153.327	1.303.398	53.275	490.000		2.000.000
27000	Independent Procurement Commission	31	76.000	270.000				346.000
28000	Academy of Science and Arts	36	131.356	268.644		1.000.000		1.400.000
20199	Advance to the Minister for Finance and Economy						3.845.725	3.845.725
	Total PISG Budget	16.731	44.743.993	64.990.577	279.073.037	76.316.098	14.345.725	330.686.604

Org. Code	Ministries/Institutions	Maximum Number of Staff in 2005	Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
Org. Code	Directorate/Organisational Unit		Wages and Salaries	Goods and Services	Subsidies and Transfers	Capital Outlays	Reserve	Total 2005
30110	Customs	591	3.058.616	3.817.000		1.834.000		8.709.616
30150	Auditor General	87	281.144	1.158.248		100.000		1.539.392
30200	Directorate of Administrative Affairs	300	711.718	2.600.000		700.000		4.011.718
30300	Office of the KPC Coordinator	3.132	8.375.764	4.427.000		2.342.285		15.145.049
30400	Police Services	8.933	24.799.537	16.249.218	100.000	16.641.191		57.789.946
30500	Justice	2.932	7.920.089	5.334.329	50.000	3.465.621		16.770.039
30600	Prison Services	1.875	24.799.537	16.249.218	100.000	16.641.191		57.789.946
30610	Kosovo Police Service School			1.800.000		161.000		1.961.000
30700	Directorate of Rural Affairs	38	142.000	260.000		504.000		906.000
30800	Kosovo Trust Agency	10	20.000	8.891.574	54.963.000	16.701.018		80.575.592
30900	Central Regulatory Unit	35	136.555	1.402.445		70.000		1.609.000
31110	Independent Commission for Mines and Minerals	57	165.000	800.000		1.000.000		1.965.000
31200	Independent Media Commission	15	79.269	300.000				379.269
31400	Central Electoral Commission	60	150.000	300.000				450.000
31500	Ombudsperson	50	225.000	167.000		25.000		417.000
31700	Kosovo Judicial Institute	18	81.535	230.000				311.535
31800	Office of Community Affairs	10	31.056	27.472	3.734.696			3.793.224
31900	Office of Gender Affairs			50.000				50.000
31600	RTK				600.000			600.000
30198	Advance to the SRSG						3.008.008	3.008.008
	Total Reserved Budget	18.133	50.807.283	52.204.286	59.447.696	46.275.115	3.008.008	211.742.388
	Total Central Government Budget	34.864	95.551.276	117.194.863	338.520.733	122.591.213	17.353.733	542.428.992

Annex 12 Current and anticipated Donor Assistance by Sector

	Canada (CIDA)	Danish (DANIDA)	EAR	European Commission	FAO	Finland	Germany (KfW and GTZ)	ILO	IMF	IMR	Italy	Ireland	Netherlands	Norway	OSCE	Sweden (SIDA)	Switzerland (SDC)	United Kingdom (DFID)	UNDP	UNFPA	UNHABITAT	UNHCR	UNICEF	USAID	WFP	WHO	World Bank
1. Agriculture, Natural Resources, Environment, Forestry and Pastures																											
Agriculture, Forestry and Pasture			x		x											x	x						x	x			x
Environment			x																								
2. Private Sector Development, Banking, SMEs and Finance																											
Banking/Finance			x				x		x								x										x
Private Sector Development and SMEs	x	x	x													x	x										x
3. Public Sector Reforms, Governance and Decentralization																											
Public Administration/Governance			x														x	x									x
Local Government/Decentralization			x								x						x	x									x
Tax Administration/Customs			x														x	x									x
Democratization/Civil Society Devt			x	x			x						x				x	x									x
Human rights			x																								
4. Economic Management, Planning and Capacity-Building																											
Macro support (PEM, NSSD)			x																								x
Statistics			x																								x
Advice/Technical Support			x					x																			x
5. Rule of Law (law and order)																											
Judiciary			x				x												x								x
Property Rights																											
Security and Police			x																								
6. Social Sector																											
Education	x		x	x			x																				x
Health																											x
Social protection/welfare																											x
Gender																											x
Minority protection			x																								x
Youth																											x
Culture/Media			x																								x
Labor			x																								x
7. Infrastructure and Other Economic Sectors																											
Energy/Heating			x																								x
Transport			x																								
Municipal Development																											
Housing			x																								
Sanitation																											
Water																											x

Source: World Bank 2006a, p. 31