



**MMS Bulletin # 107**

*"Im öffentlichen Interesse..."*

---

**Contracting in Kambodscha – aus der Sicht einer NGO**

**Die Zusammenarbeit mit dem „real existierenden“ Staat ist möglich**

Von Lorenz Indermühle

*Aufgrund von zwei Beispielen aus der Praxis zeigt dieser Artikel, wie sich das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) als private Organisation in Projekten in Kambodscha ins öffentliche Gesundheitssystem integriert. Bei der Zusammenarbeit mit dem Provinzspital Takeo handelt es sich um die Integration der SRK-Ansätze ins öffentliche System. In den operationellen Gesundheitsdistrikten ist das SRK als Vertragspartnerin mit dem Gesundheitsministerium als Auftragnehmerin voll integriert. Beide Ansätze zeigen, dass im Falle von Kambodscha unter bestimmten Bedingungen eine Integration und die Zusammenarbeit mit dem Staat sinnvoll ist.*

Dieser Artikel, basierend auf dem Referat vom 6. November 2007, widmet sich den Fragen, ob die Integration und Zusammenarbeit zwischen einer NGO und dem nationalen Gesundheitssystem möglich ist; welches die Bedingungen und Herausforderungen für Integration und Rückzug sind; und welches die positiven oder negativen Erfahrungen und Auswirkungen sind. Nach einer Begriffsklärung für Integration und einer allgemeinen Übersicht über die Aktivitäten des Schweizerischen Roten Kreuzes in Kambodscha und die Voraussetzungen im kambodschanischen Gesundheitssystem werden zwei SRK-Projekte beleuchtet: Spitalmanagement am Provinzspital Takeo und Stärkung der Distriktgesundheit in zwei Distrikten derselben Provinz. Im Fazit wird die Möglichkeit der Integration ins öffentliche System, sowie die nötigen Bedingungen aufgezeigt.

## **Integration ins öffentliche Gesundheitssystem**

Für diesen Beitrag werden drei verschiedene Arten der Integration unterschieden:

a) Integration eines Angebotes, beispielsweise eines Privatspitals oder einer anderen medizinischen Dienstleistung;

b) Integration von Ansätzen und Werkzeugen mit dem Ziel eines effizienteren und qualitativ verbesserten Angebots im öffentlichen Gesundheitssystem; und

c) die vorübergehende Integration einer Organisation ins Gesundheitssystem, um bestimmte Aktivitäten umzusetzen beziehungsweise um Managementfunktionen wahrzunehmen.

Dieser Artikel geht in erster Linie auf die beiden letzten Formen der Integration ein.

## **Das Schweizerische Rote Kreuz in Kambodscha**

Schon in den 70er Jahren war das SRK in Kambodscha mit medizinischem Personal tätig, welches on-the-job Training am Kantha Bopha Spital in Phnom Penh leistete. Auch Dr Richner I war damals für das SRK vor Ort, musste seinen Einsatz jedoch aufgrund der Khmer Rouge und der damit verbundenen Konflikte verfrüht abbrechen.

In den 80er Jahren lud das kambodschanische Gesundheitsministerium das SRK zur Zusammenarbeit ein. Die Unterstützung wurde zuerst in Kampong Chan und seit 1986 in der Provinz Takeo im Süden Kambodschas geleistet.

Nach zehnjähriger Unterstützung am Provinzspital bereitete das SRK von 1996 bis 2001 einen Phasing-Out Plan vor. Es wurde das Ziel verfolgt, das Spital und sein Management in einem hohen Masse nachhaltig zu gestalten, um weitere Unterstützungen überflüssig zu machen.

2003 erhielt das SRK an einem internationalen Wettbewerb für die Stärkung von Distriktgesundheit in Takeo den Zuschlag.

## **Eine Gesundheitsstrategie als gute Voraussetzung**

In welchem Umfeld bewegen wir uns in Kambodscha? Und welches sind die bestehenden Voraussetzungen, wenn wir von Partnerschaft, Integration und Zusammenarbeit sprechen? Kambodscha verfügt über eine gut ausgearbeitete Gesundheitsstrategie<sup>2</sup>, welche veröffentlicht wurde und allen Partnern zugänglich ist. Sie zeigt auch die wichtigsten Arbeitsgebiete auf, wie beispielsweise Qualitätssteigerung, Personalentwicklung, Gesundheitsfinanzierung, Verhaltensänderung und institutionelle Entwicklung. Auf dieser Strategie basieren auch die SRK-Projekte.

Aus dem Gesundheitsbudget in Kambodscha werden Basis-Löhne sowie Nacht- und Wochenendarbeit oder Überstunden bezahlt. Unterhaltskosten der Spitäler und Zentren, sowie Medikamente werden grösstenteils durch das Gesundheitsministerium gedeckt. Zudem hat die Regierung ein Dekret verhängt, wonach Tarifsysteme zur Kostenbeteiligung der Dienstleistungen an den Spitälern und Gesundheits-Zentren eingeführt werden können.

Viele Gesundheitsbeamte verfolgen und bestimmen mit grossem Interesse die Entwicklung des Gesundheitssystems mit. Dies trägt dazu bei, dass auch Offenheit und Unterstützung für neue Ansätze bestehen. Seit 1998 wird in Kambodscha in einzelnen Distrikten der „Contracting“-Ansatz getestet. So übernehmen NGOs im Auftrag des Gesundheitsministeriums verschiedene Aufgaben der Gesundheitsarbeit in den Distrikten. Der Contracting-Ansatz hat sich über die Jahre verändert, verschiedene Arten wurden versucht. Wichtig ist als Erkenntnis, dass Patientenzahlen gesteigert werden konnten und die ärmere Hälfte der Bevölkerung dadurch besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erhielt.

Verschiedene internationale Geber sind an der Entwicklung im Gesundheitsbereich interessiert und beteiligen sich finanziell. Die Geberharmonisierung im Sinne der Erklärung von Paris (siehe Beitrag von Edita Vokral) nimmt dabei an Bedeutung zu.

## **Qualität als dauernde Herausforderung**

Welches sind die Herausforderungen, denen wir uns in Kambodscha stellen müssen? Wie auch Dr Richner immer wieder hervorhebt, ist gute Qualität der Gesundheits-Dienstleistungen nach wie vor ein Hauptproblem im Gesundheitsbereich. Dabei geht es aber nicht in Erster Linie um die Qualität der Geräte und Infrastruktur, sondern um die Qualität der Leistungen des Personals.

Qualität und auch Quantität des Gesundheitspersonals sind mangelhaft. So fehlen beispielsweise vor allem Hebammen und gut ausgebildete Arbeitskräfte.

Korruption ist ein Thema, welches sich in Kambodscha durch alle Bereiche zieht und auf allen Ebenen stattfindet. Die Bezahlung eines Jahresgehaltes als „Eintrittspreis“ für einen Posten und andere Mechanismen der Korruption stellen uns immer wieder vor Herausforderungen.

Das Erreichen von Nachhaltigkeit in finanzieller Hinsicht und im Management ist in diesem Umfeld eine schwierige und herausfordernde Aufgabe.

Das SRK setzt sich dafür ein, dass alle Zugang zu den Dienstleistungen haben. Dabei stehen besonders die Ärmsten vor verschiedensten Hürden: So sind die Kosten für Gesundheitsdienste vielerorts unabsehbar, die Transportkosten verschlingen den grössten Teil des privaten Gesundheits-Budget und übersteigen nicht selten sogar die Hälfte der Ausgaben eines Haushaltes.

## **Provinzspital Takeo: Rückzug nach zehn Jahren**

Nach zehn Jahren der technischen Unterstützung und Infrastruktur des Provinzspitals Takeo ging es dem SRK darum, einen Weg zu finden, das Management und die Finanzierung des Provinzspitals nachhaltig zu gestalten, um seinen Rückzug vorzubereiten.

Dazu wurden auf verschiedenen Ebenen Untersuchungen durchgeführt. Beispielsweise erörterte das SRK, wie viel die Bevölkerung im Jahr für Gesundheit ausgab und wo sie die Dienstleistungen aufsuchten. Wie viel wäre die Bevölkerung bereit zu bezahlen für gute Dienstleistungen? Und wie viel verdienen Ärzte wirklich, wenn auch die informellen und anderen Zahlungen zusammengerechnet werden? Auf diesen Grundlagen wurde ein Projekt entworfen, das zum Ziel hatte, eine transparente und globale Spitalfinanzierung zu erreichen.

Zudem war es dem Projekt wichtig aufzuzeigen, dass es möglich ist, in Kambodscha mit den gegebenen Mitteln ein transparentes und gut verwaltetes System in einem Provinzspital aufzubauen, das auch ohne auswärtige Gelder gute Dienstleistungen für alle anbieten kann. Dabei wurde eine Verbesserung des finanziellen Zugangs für Patienten, der Kontrolle privater Gesundheitskosten für Haushalte und der Qualität der Dienstleistungen erwartet.

Das SRK intervenierte, wie schon während den Vorjahren, auf der Ebene des Spitals und der Provinzgesundheit. Die Hauptaufgabe des SRK war die technische Unterstützung und die Einführung von neuen Management-Werkzeugen. Zudem finanzierte das SRK auch mit abnehmender Höhe Aktivitäten am Spital.

Für die Zusammenarbeit diente ein Rahmenvertrag mit allen Partnern. In diesem verpflichtete sich das Gesundheitsministerium von der Zentrale bis hin zum Spital, gewisse Verantwortungen – auch finanzieller Art – zu übernehmen. Beispielsweise wurde geregelt, in welcher Höhe das Spital Unterhaltskosten erhalten würde oder wofür die Einnahmen aus Tarifen benutzt werden konnten.

Nach Abschluss des Projektes bestanden keine formellen Bindungen mehr zwischen öffentlicher Gesundheit und SRK. Das SRK diente anschliessend nur noch als technischer Unterstützer auf Anfrage des Spitals – stand also ausserhalb der offiziellen Strukturen. Diese Beziehung besteht noch heute. Die vom SRK und dem Spital ausgearbeiteten Ansätze wurden ins öffentliche System integriert und werden bis heute benutzt.

Seither bestehen für Patienten keine „under-the-table“ Zahlungen mehr, das Personal profitiert von besseren Löhnen und das Spital konnte transparent und korruptionsfrei gestaltet werden. 4, 5 Mit der Erreichung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Beibehaltung der Managementansätze konnte die Integration des SRK-Ansatzes ins nationale Gesundheitssystem bewiesen werden.

## **Distriktgesundheit in der Provinz Takeo – Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium**

Eine Andere Art der Integration zeigt das folgende Beispiel, wo sich das SRK als Organisation ins Gesundheitssystem integriert. Aufgrund einer internationalen Ausschreibung erhielt das SRK den Zuschlag für ein Projekt in derselben Provinz Takeo für die Verbesserung und

Stärkung der Gesundheitsdienste in zwei operationellen Gesundheitsdistrikten.

In den beiden Gesundheitsdistrikten leben um die 350'000 Einwohner. Das Projekt war ursprünglich von 2004 bis 2007 geplant und hat nun eine Verlängerung bis 2008 erfahren. Anschliessend ist das SRK bereit, im Sinne einer No-Cost-Extension mit eigenen Geldern während einigen Monaten den sanften Übergang der Distrikte zu begleiten. Für die Projektzeit hat die Regierung dem SRK die volle Managementautorität übertragen. Dies ist in einem Vertrag zwischen dem Gesundheitsministerium (MoH) und SRK geregelt. Hauptgeldgeber ist die Asiatische Entwicklungsbank in Zusammenarbeit mit DFID. Des Weiteren setzt sich die Finanzierung aus Geldern der Regierung, der Bevölkerung, sowie Geldern aus der Schweiz zusammen.

Die Ziele des Projektes sind:

- Zugang zu effizienter und qualitativ guter Gesundheits-Dienstleistung für alle. Besonders wichtig ist dabei für das SRK aber auch die Garantie von Sicherheitsnetzen wie Sozialfonds oder Versicherung, die den Zugang vor allem auch für die Ärmsten garantieren.
- Erreichung der Vertragsziele, die von der Regierung festgesetzt sind, sowie institutionelle Stärkung des Gesundheitssystems
- Benutzer sollen von einem rationalen und kompetenten Gesundheitssystem profitieren und das Personal zufrieden stellende Arbeitsbedingungen erreichen.
- Nachhaltigkeit und Rückgabe von Management an Distrikte per 2008.

Der Vertrag zwischen dem Gesundheitsministerium und dem SRK legt die Verantwortlichkeiten fest. Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, trägt das Gesundheitsministerium Personal und deren Salär, Unterhaltskosten und Medikamente bei. Des Weiteren gelten die Richtlinien des MoH für das Projekt. Auch die Zahlungen von der Asiatischen Entwicklungsbank werden durch das Gesundheitsministerium ausgelöst.

Das SRK ist für die Zielerreichung entsprechend der Indikatoren verantwortlich: Beispielsweise der Prozentsatz der Frauen, die sich vorgeburtlich mindestens zweimal untersuchen lassen, oder die Impfabdeckung in den Distrikten. Weiter hat sich das SRK auch qualitative Ziele gesetzt, wie beispielsweise die Qualität der Dienstleistungen, das Verhalten der Angestellten gegenüber den Patienten oder die Förderung des Zugangs auch für die Ärmsten.

Das SRK leistet zudem technische Unterstützung und konzentriert sich auf Ansätze, welche die Nachhaltigkeit fördern. Einer dieser Ansätze ist die Einrichtung von Unterverträgen mit den Distrikt-Gesundheitsbehörden. In diesen Verträgen nimmt das SRK gegenüber den Distrikten nebst technischer Unterstützung eine ähnliche Rolle ein, wie das Gesundheitsministerium gegenüber dem SRK im Hauptvertrag. Von den Distrikten wird verlangt, dass die quantitativen und qualitativen Ziele erreicht werden. Ähnlich dem Vertrag SRK/MoH werden auch die Distrikte entsprechend den Leistungen und der Zielerreichung entschädigt.<sup>5</sup>

Entsprechend dem Vertrag übernimmt das SRK im Bezug auf die beiden Distrikte die Rolle des Provinz-Gesundheits-Büros. Allerdings achtet das SRK seit Beginn darauf, die Verantwortlichen der Provinzgesundheit in die Aktivitäten einzubeziehen, um anschliessend den Übergang – also den Rückzug des SRK – gut vorzubereiten.

Nach Abschluss des Vertragsverhältnisses löst sich das SRK aus der öffentlichen Gesundheitsstruktur und die Provinzgesundheit übernimmt wieder die volle Verantwortung über die beiden Distrikte.

Alle quantitativen Ziele, welche auch vom Gesundheitsministerium vorgegeben sind, wurden erreicht. Auch viele der qualitativen Ziele wurden bereits erreicht. Allerdings arbeitet das SRK auch weiter an Aspekten wie Qualitätssicherung, Ownership oder Community Involvement im Projekt. Die meisten finanziellen Ziele sind ebenfalls bereits erreicht worden. Im Jahr 2006 betragen die Pro Kopf Ausgaben in den beiden Distrikten 4.3 US\$ ohne die Projektkosten und 5.6 US\$, wenn alle Kosten mitgerechnet werden.

Durch den Ansatz der transparenten Gesundheitsfinanzierung, inklusive der Leistungslöhne und dem Tarifsystem, stiegen die Patientenzahlen an den Gesundheitszentren und Spitälern, was wiederum höhere Einnahmen zur Folge hatte. Die Einnahmen übertrafen kürzlich die Prognosen derart, dass sich das SRK – gemeinsam mit dem MoH – gezwungen sah, eine Plafonierung der Löhne vorzunehmen, um nicht die Nachhaltigkeit zu gefährden.

## **Ist Integration möglich?**

Die beiden aufgezeigten Beispiele demonstrieren, dass es nicht nur möglich, sondern auch sehr sinnvoll ist, in Kambodscha eine Integration und Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitssystem anzustreben.

Beim Spital Takeo hat sich gezeigt, dass aus dem ehemals SRK unterstützten Spital eine Institution hervorging, die weit über die SRK-Unterstützung hinaus reicht. Das ehemalige SRK-Spital wurde durch eine Anzahl von Ansätzen und Massnahmen fit gemacht, im öffentlichen System bestehen zu können und weiterhin Qualitätsleistungen zu liefern. Dadurch, dass Finanzierungsmechanismen verbessert wurden, das Management von Administration und Personal gestärkt wurde, konnte Korruption verhindert werden, eine nachhaltige Entwicklung gefördert und das Spital so integriert und gestärkt werden.

Das Spital verwendet noch heute diese Ansätze und hat aufgrund der Entwicklung und auch eine hohe Beliebtheit in der Bevölkerung – was sich in Patientenzahlen und einer Bettenbelegung von über 150% ausdrückt.

Im Falle der Distriktgesundheit handelt es sich um eine Integration des SRK als Organisation ins Gesundheitssystem. Auch hier kann klar gesagt werden, dass diese Art von Integration und Zusammenarbeit im Kontext von Kambodscha möglich ist. Im Folgenden werden die Bedingungen und die Vor- und Nachteile solcher Integration aufgezeigt.

**Gegenseitiges Vertrauen und Transparenz** sind wichtig, denn die verschiedenen Partner sind zur Zielerreichung aufeinander angewiesen. Zudem muss die öffentliche Gesundheit über die Projektdauer die Gewissheit haben, dass Ansätze eingeführt werden, die sie später auch finanziell und inhaltlich tragen können.

**Angepasstheit an die realen Verhältnisse und Konzepte** ist einer der Schlüsselpunkte für das erfolgreiche Gelingen einer Integration – sei es eine Integration von Ansätzen oder auch von Dienstleistungen oder einer Organisation selber. Falls nicht angepasste Konzepte eingeführt werden, die nicht vom öffentlichen System weitergetragen werden können, scheitert eine Integration. In diesem Bereich ist es besonders wichtig, sich an nationale Richtlinien zu halten, und auch kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen und zu akzeptieren.

**Zudem sind angemessene Zeitdauer und genügend Ressourcen** von allen Seiten nötig. Des Weiteren sind klare Vertragsverhältnisse und Verantwortlichkeiten sowie ein transparentes Partnerschafts- und/oder Auftraggeberverhältnis wichtig.

## Erfahrungen aus Takeo

Am Provinzspital Takeo konnte die Korruption gestoppt werden. Dies zeigen die eingangs erwähnten Studien. Und in der Zusammenarbeit mit der Distriktgesundheit kann die Korruption stark eingedämmt werden.

Durch Weiterbildungen, Monitoring und Kontrolle, sowie durch die Leistungskomponenten der Löhne konnte die Qualität der Dienstleistungen deutlich gesteigert werden. Dies ist vor allem dann möglich, wenn die private Organisation auch Management - Verantwortung hat.

Durch die Nähe und Integration ins öffentliche System, war es dem SRK auch möglich auf verschiedenen Ebenen Advocacy zu betreiben. So wurden Sicherheitsnetze für Ärmste ins System eingebaut, oder die Regierung stellte den Distrikten zum Teil zusätzliches Personal zur Verfügung, wo dies nötig war. Zu den Schwierigkeiten gehört unter anderem auch, dass gemäss Vertrag für eine gewisse Zeit vom MoH Mechanismen unterstützt werden, die nicht mit Sicherheit nach Vertragsende beibehalten werden. So beispielsweise haben die vom SRK unterstützten Distrikte direkten Zugriff auf Regierungsgelder für Unterhaltsarbeiten. Dieser Zugriff ist nach Projektende nicht garantiert.

Innerhalb der Regierung bestehen auch politische Widerstände gegen die Integration von privaten Organisationen. Es ist nicht einfach zu akzeptieren, dass ein SRK das Gesundheitspersonal leiten und auch noch über die nötigen Geldquellen verfügen kann. Aufgrund solcher Einwirkungen wurden auch bereits Weichen für die Fortsetzung der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste in Kambodscha gestellt.

## Weitere Schritte

Aus diesem Grund wird wohl in der nächsten Zeit eine Verschiebung vom externen Contracting zum internen Contracting stattfinden. Das MoH will damit die Aufträge zur Stärkung der Gesundheitsdienste an die Provinz abgeben, welche dann mit den Distrikten Verträge einget. Dies ist aber nur sinnvoll für Distrikte, die bereits seit einigen Jahren unterstützt werden. Bei anderen Distrikten dürfte der gewünschte Erfolg ausbleiben.

Mit solchen Veränderungen werden sich auch die Voraussetzungen auf Distriktebene stark ändern. Wie werden die zukünftigen Unterverträge für die Distrikte aussehen? Werden sie Komponenten der Direktzahlung beinhalten? Diese und andere Frage werden sich für die Distrikte stellen.

Für das SRK wird sich auch die Frage stellen, wie die zukünftige Zusammenarbeit aussehen kann. Wir sind der Meinung, dass die aufgezeigten Beispiele – vor allem auch das Beispiel der Distriktgesundheit mit Integration ins System – sehr vielversprechend sind. Wenn Aspekte des Rückzuges der Organisation von Anfang an eine Rolle spielen, können gute Gesundheits- und Managements- Ziele erreicht werden. Wie die Situation im Moment aussieht, könnte es aber auch sein, dass die zukünftige Zusammenarbeit wieder eher die der technischen Unterstützung sein wird.

Wir werden uns bemühen, auch in diesem Sinne weiter Konzepte, Ansätze und Werkzeuge einzuführen, die der Verbesserung der Gesundheit dienen, und die vom Gesundheitsministerium übernommen und integriert werden können.

\*Lorenz Indermühle arbeitet seit 1999 als Programmverantwortlicher beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK). Seit 2002 ist er für die Projekte in den SRK-Schwerpunktländern Südostasiens zuständig (Laos, Kambodscha, Vietnam). Vorher war Lorenz Indermühle während sechs Jahren für kleinere NGOs in Zentralamerika sowie für das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) in Osteuropa und Zentralasien im Einsatz. Mit einem MSc in Development Studies und verschiedenen Kursen im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit hat sich Lorenz Indermühle für seine heutige Tätigkeit weitergebildet. Seine Hauptinteressen der Entwicklungszusammenarbeit gelten Fragen der Finanzierung und des Zugangs zu Gesundheit, sowie sozialen Sicherheitsnetzen und Management in Projekten der öffentlichen Gesundheit. Die Stärkung der lokalen Partnerorganisationen (Rotes Kreuz), um die Interessen der Bedürftigsten wahrnehmen zu können, bildet einen weiteren wichtigen Bereich seiner Projektarbeit. <http://www.redcross.ch>, [Lorenz.Indermuehle@redcross.ch](mailto:Lorenz.Indermuehle@redcross.ch).

## **Anmerkungen**

I. Der Kinderarzt Dr. Beat Richner ist seit dem Jahr 1992 in Kambodscha tätig, wo seine Kantha-Bopha-Stiftung inzwischen vier Kinderspitäler führt. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt mehrheitlich durch private Spenden aus der Schweiz, häufig im Anschluss an einen Auftritt von Beat Richner als „Beatocello“. Beat Richners Sichtweise – „Staatliche Gesundheitsversorgung in Kambodscha: ineffizient, korrupt und zu teuer; es braucht korrekte, kostenfreie Strukturen wie Kantha Bopha“ wurde am Symposium vom 6.



November 2007 in einem Filmbeitrag dargestellt. Kontakt: <http://www.beatrichner.ch>. Anmerkung der Redaktion.

2. MoH, (2002) Health Sector Strategic Plan 2003-2007, (Phnom Penh: Ministry of Health of the Kingdom of Cambodia), Volumes I-IV.
3. Barber, S., DeLoof, F., Bonnet, F. and Bekedam, H. (2002), Takeo Provincial Referral Hospital: Pioneering a Health Financing Scheme, (Phnom Penh: Government of Cambodia, Ministry of Health/Swiss Red Cross/World Health Organisation).
4. Barber, S. (2004), "Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia", Health Policy and Planning, Vol. 19, No 4, 199-208.
5. Indermühle, L., Jacobs, B., Overtoom, R. (2007), "Contracting in Cambodia: Fostering ownership of health services as a means to counter the workforce crisis", Medicus Mundi Bulletin, Vol. 104, 52-55



## **Kontakt**

### **Deutschschweiz**

Medicus Mundi Schweiz  
Murbacherstrasse 34  
CH-4056 Basel  
Tel. +41 61 383 18 10  
[info@medicusmundi.ch](mailto:info@medicusmundi.ch)

### **Suisse romande**

Medicus Mundi Suisse  
Rue de Varembé I  
CH-1202 Genève  
Tél. +41 22 920 08 08  
[contact@medicusmundi.ch](mailto:contact@medicusmundi.ch)

### **Bankverbindung**

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel  
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel  
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5  
BIC: BKBBCHBBXXX