

Kai Michelsen

Wettbewerbsorientierte Reformen im schwedischen Gesundheitssystem der 90er Jahre

Zu Beginn der 90er Jahre galt Schweden – bis dahin als *das* Modell eines ausgebauten Wohlfahrtsstaats bewundert oder kritisiert – als einer der »Pioniere« wettbewerbsorientierter gesundheitspolitischer Reformen (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 219). Reformbefürworter wie Saltman/Otter (1992) sprachen von einer »strategischen Reform« und erhofften sich von dieser einen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung sozialstaatlicher Errungenschaften in einem in die Kritik geratenen, nach den politisch-administrativen Prinzipien »command and control« organisierten Gesundheitssystem. Andere betrachteten die Reformvorhaben als pragmatische Fortsetzung eines bereits in den 80er Jahren eingeschlagenen Kurses, warnten dabei allerdings auch vor einigen Untiefen (vgl. Bergmann 1994). Kritiker sahen demgegenüber mehr Risiken als Chancen (vgl. Diderichsen 1997). Im vorliegenden Artikel soll den Triebkräften der wettbewerbsorientierten Gesundheitsreformen in Schweden sowie deren Umsetzungsproblemen und widersprüchlichen Wirkungen nachgegangen werden.

1 Der Aufbau des schwedischen Gesundheitssystems und die Reformen der 90er Jahre im Überblick

Das schwedische Gesundheitssystem wird als »public integrated« charakterisiert, da die Zuständigkeiten sowohl für die Finanzierung als auch für die Bereitstellung der medizinischen Versorgung in einer Hand – der des Staates – liegen (vgl. OECD 1994: 11ff.). Hierbei verweist die Bezeichnung »öffentlich« auf die dezentrale Organisation des schwedischen Gesundheitswesens und dient zu dessen Abgrenzung vom britischen »National Health Service« (vgl. Alban et al. 1995: 14f.).

Die medizinische Versorgung wird zum größten Teil aus Steuereinnahmen finanziert. 20 Landsting (Provinziallandtage) sowie die Gemeinden sind für die Gesundheits- und Krankenpflege ihrer Bevölkerung (zwischen 133 000 und 1,8 Millionen Einwohner) sowie für deren Gesundheitszustand verantwortlich. Die Landsting bilden eine Ebene der kommunalen Selbstverwaltung zwischen den Gemeinden und dem Staat, finanzieren den größten Teil der medizinischen Versorgung und

betreiben die meisten medizinischen Einrichtungen. Zur Bewältigung ihrer Aufgaben erheben sie eine proportionale Einkommenssteuer.

Die Leistungen der schwedischen (Einheits-)Sozialversicherung, bei der *alle* in Schweden wohnhaften Personen ab 16 Jahren gemeldet sind, umfassen hauptsächlich Einkommensersatzleistungen wie das Krankengeld. Sie finanziert sich aus einer von den Unternehmen und Selbständigen zu entrichtenden Lohnsummensteuer bzw. Sozialabgabe (vgl. Lundkvist 2002). Die Patienten entrichten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen in der Regel Gebühren bis zu einer jährlichen Obergrenze. Bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres sind Patienten von Arztgebühren und Zuzahlungen befreit. Dies gilt auch für zahnmedizinische Leistungen, bei denen für Patienten hohe Zuzahlungen anfallen können.

Die medizinische Versorgung ist nach dem Wohnortprinzip organisiert. Die primäre Krankenversorgung (primärvården) wird in 370 Primärversorgungsdistrikten von öffentlichen Einrichtungen (Gesundheitszentren, Bezirksschwesterstationen, Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen, Mütterberatungsstellen) sowie vertraglich in das Sozialsystem eingebundenen privaten ärztlichen und krankengymnastischen Praxen gewährleistet. Ferner existieren Betriebs- und Schulgesundheitsdienste.

Die stationäre Versorgung erfolgt in Distrikt- und Bezirkskrankenhäusern. Die Krankenhäuser sind mit poliklinischen Abteilungen in großem Umfang an der ambulanten Versorgung beteiligt. Schweden unterteilt sich in sechs Krankenhausversorgungsregionen mit 900 000 bis 1,9 Millionen Einwohnern, in denen mindestens eins von insgesamt neun Regionalkrankenhäusern für die hochspezialisierte Versorgung von Patienten zuständig ist.

Die schwedische Regierung legt Grundsätze und Leitlinien für die medizinische Versorgung fest. Als wichtiges Prinzip wurde fixiert, dass der gesamten Bevölkerung zu einheitlichen Bedingungen eine leicht zugängliche Versorgung von hoher Qualität angeboten werden soll – unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und der persönlichen Integrität der Patienten sowie ihrer Beteiligung an Behandlungsentscheidungen.

In den letzten beiden Jahrzehnten wurden Detailregelungen auf der nationalen Ebene abgebaut. Die Rolle zentralstaatlicher Akteure sollte sich weitgehend darauf beschränken, die Entwicklung des Gesundheitssystems nach vorgegebenen Rahmenzielen beobachtend und moderierend zu begleiten. Den Landsting wurden immer mehr Aufgaben und Entscheidungskompetenzen bei der Steuerung der medizinischen Versorgung übertragen. Faktisch sind ihre Spielräume aufgrund der Knappheit öffentlicher Mittel aber erheblich eingeschränkt.

2 Reformen des schwedischen Gesundheitssystems

2.1 Gesundheitspolitische Anforderungen im »Public Health Service«

Mit dem Gesetz zur Gesundheitsversorgung von 1982 und der Dagmar Reform von 1985 (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 78ff) war die Herausbildung eines öffentlichen, integrierten und dezentralisierten Gesundheitssystems im Prinzip abgeschlossen. Schon seit der »Sieben Kronen Reform« von 1970 gab es allerdings politische Diskussionen über die etablierten Versorgungsstrukturen und deren Umbau. Ende der 80er Jahre wurden eine Reihe von eng miteinander verknüpften Problemen thematisiert (vgl. Culyer 1991: 3).

Erstens rückte das Ziel einer Begrenzung der öffentlichen Ausgaben zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Im Unterschied zu zahlreichen anderen OECD-Ländern wurde in Schweden noch bis Anfang der 90er Jahre am Vollbeschäftigungsziel festgehalten und deshalb auch die Beschäftigung im öffentlichen Sektor, speziell im Gesundheitswesen, ausgebaut. Bei anhaltend niedrigen Wachstumsraten hatten Haushaltsdefizite und Staatsverschuldung jedoch erheblich zugenommen, so dass eine Konsolidierung der öffentlichen Haushalte mehr und mehr als unvermeidlich angesehen wurde.

Zweitens sollten die Versorgungsstrukturen an einen u.a. durch die demografische Alterung und den Wandel des Morbiditätsspektrums veränderten Versorgungsbedarf angepasst werden (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 17). Neuorientierungen des zunächst stark krankenhauszentrierten Gesundheitssystems hatten schon seit Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre mit dem Ausbau der Primärversorgung und in den 80er Jahren mit der zunehmenden Bereitstellung von Pflegeleistungen stattgefunden.

Drittens waren die gesundheitspolitischen Bemühungen darauf gerichtet, den gewandelten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung in einer wohlhabenden Gesellschaft Rechnung zu tragen. In der Auf- und Ausbauphase des Gesundheitssystems bis zum Beginn der 70er Jahre standen in erster Linie die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall und der ungehinderte Zugang zur medizinischen Versorgung im Vordergrund. Nun sollte das Gesundheitssystem an eine neue »individualistische Solidarität« bzw. den »anspruchsvollen Geschmack der Mittelklasse« (Esping-Andersen) angepasst werden, um die politische Zustimmung zum öffentlichen Gesundheitssystem zu erhalten und den politischen Druck zur Eröffnung privatwirtschaftlicher Alternativen zu begrenzen (vgl. Diderichsen 1997: 60f.). Der »Zeitgeist« schien eine stärkere »Kundenorientierung« im öffentlichen Leistungsangebot zu fordern (vgl. Schulenburg 1991: 85).

Viertens musste aus Sicht der mit dem schwedischen Wohlfahrtsstaat in erheblichem Umfang identifizierten sozialdemokratischen Partei SAP auf die Herausforderung neoliberaler Versprechungen reagiert werden (vgl. Saltman/Otter 1992). Fragen nach der »Effektivität« und »Effizienz« des Sozialstaats gewannen gegenüber dem Ziel der materiellen Gleichheit in der politischen Auseinandersetzung und in der Legitimation von Sozialpolitik an Gewicht.

Fünftens erwies es sich als schwierig, als erforderlich erachtete gesundheitspolitische Veränderungen zu implementieren. Die für die 70er und frühen 80er Jahre typischen »command and control«-Strukturen galten als ungeeignet, den Anforderungen einer sich immer schneller wandelnden Umwelt gerecht zu werden (vgl. Saltman/Otter 1992). Seit Anfang der 70er Jahre erwies es sich als zunehmend schwierig, eine *Reorganisation* des einmal Geschaffenen gegen die etablierten Akteurskonstellationen (Hierarchien in der Ärzteschaft, Position der Krankenhäuser, Einfluss der Gewerkschaften im öffentlichen Sektor) durchzusetzen (vgl. Michelsen 2002).

Sechstens kam es in den 80er Jahren zu Instabilitäten des Schwedischen Modells (vgl. ebd.). Vollbeschäftigungspolitik und zentralisierte Tarifverhandlungsstrukturen führten in den 80er Jahren zu Lohnabschlüssen, die eine hohe Preissteigerung begünstigten, als Bedrohung für die internationale Wettbewerbsfähigkeit empfunden wurden und dem Ziel der Konsolidierung der öffentlichen Haushalte zuwiderliefen (vgl. Elvander 1999; Kjellberg 1998; Mesch 1992). Die Entkopplung der Tarifverhandlungen im privaten und öffentlichen Sektor, die Dezentralisierung der Tarifverhandlungen und die rigider werdende staatlichen Einflussnahme führte dann (bei gleichzeitig stark anwachsender Arbeitslosigkeit) in der ersten Hälfte der 90er Jahre zu einer moderaten Lohn- und Gehaltsentwicklung bei den öffentlich Beschäftigten. Die Förderung eines Wettbewerbs im öffentlichen Sektor und eine Annäherung an die Arbeitsbedingungen im privaten Sektor versprachen ähnliche Effekte – im Sinne einer langfristigen Schwächung der Gewerkschaftsposition im öffentlichen Dienst – zu haben.

Hoffnungen auf Ausgabenbegrenzungen, auf eine verbesserte Effektivität und Effizienz sowie auf eine Überwindung von Reformblockaden standen somit neben stabilitäts- und »standort«politischen Überlegungen hinter der wachsenden Attraktivität von Wettbewerbs- und Privatisierungskonzepten – auch in der SAP (vgl. Feld 1997; Gustaffson 1987; Häggroth et al. 1999; Riegler/Naschold 1997; Otter 1999).

Eine nicht unwichtige Rolle hierbei spielte allerdings auch die zunehmende Überforderung der Landsting-Politiker. Diese standen vor dem

Problem, dem von der schwedischen Regierung vorgegebenen Kurs zur Sanierung der öffentlichen Haushalte und gleichzeitig erweiterten gesundheitspolitischen Anforderungen sowie Erwartungen ihrer Wahlbevölkerung – einschließlich der im Gesundheitswesen Beschäftigten – Rechnung tragen zu müssen. Ihre Hilflosigkeit höhnte das Vertrauen in die Möglichkeiten politischer Steuerung und Gestaltung aus und ebnete Marktlösungen den Weg (Diderichsen 1997: 62).

Am allgemeinen und gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung sowie an der öffentlichen Finanzierung sollte zwar festgehalten werden. Zugleich wurden jedoch erweiterte Wahlmöglichkeiten für Patienten, eine geringere bürokratische Kontrolle und die Implementierung eines Wettbewerbs innerhalb des öffentlichen sowie teilweise auch zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor zu zentralen reformpolitischen Zielsetzungen erhoben – neben einer Verkürzung von Wartezeiten und einer Verringerung von Krankenhausleistungen (insbesondere auch der poliklinischen Abteilungen) (vgl. OECD 1994: 30).

2.2 Reformpolitische Antworten auf die Probleme Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre

Zu Beginn der 90er Jahre begannen mehrere Landsting, in der öffentlichen Verwaltung Abteilungen für den Einkauf medizinischer Leistungen einzurichten. Gleichzeitig sollten den öffentlichen Versorgungseinrichtungen, insbesondere den Krankenhäusern mehr unternehmerische Freiräume eingeräumt werden. Anstelle der Zuweisung fester Jahresbudgets sollte eine stärker leistungsbezogene Ressourcenallokation stattfinden. Dabei ging es um die Förderung eines über Zugänglichkeit und Qualität (nicht aber über den Preis) ausgetragenen Wettbewerbs, von dem Anreize für Effizienz und Kostensenkung ausgehen sollten (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 223ff.).

Dieser »*purchaser-provider-split*« nahm in den einzelnen Landsting sehr unterschiedliche Formen an (vgl. Anell 1995; Bergmann 1998; Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 19 u. 86ff). Der Einkauf wurde zentral oder dezentral organisiert, die Versorgungseinrichtungen sollten einzeln oder als »Kette« verhandeln, die Gesundheitszentren wurden als Anbieter oder als Berater und potentielle Einkäufer stationärer Leistungen betrachtet. Mitte der 90er Jahre experimentierte die eine Hälfte der Landsting mit einer verhandlungs- und vertragsbasierten Ressourcenallokation, die andere Hälfte setzte das alte Budgetierungsverfahren fort.

Im Jahr 1992 wurde auf nationaler Ebene eine *Behandlungsgarantie* für elektive chirurgische Eingriffe eingeführt. Wartelisten und -zeiten

sollten verkürzt werden. Wartende erhielten das Recht, nach drei Monaten die Leistungen eines Krankenhauses außerhalb ihres Distrikts oder auch Landsting in Anspruch zu nehmen. Die Kosten gingen zu Lasten des »Heimat«-Landsting bzw. des ursprünglich vorgesehenen Krankenhauses. Auf diesem Weg sollten Krankenhäuser um Patienten – insbesondere auch aus anderen Landsting – konkurrieren (OECD 1994: 270). Die realen Effekte dieser Reform waren allerdings gering, weil zahlreiche Landsting es ihrer Bevölkerung auch schon vorher ermöglicht hatten, im Bedarfsfall Leistungen anderer Landsting in Anspruch zu nehmen (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 53). Außerdem zeigte sich, dass viele Patienten eher längere Wartezeiten in Kauf nahmen, als sich in einem weiter entfernten Krankenhaus behandeln zu lassen (vgl. Hanning 1996).

Im Jahr 1997 wurden die Ziele der Behandlungsgarantie neu definiert und auf den allgemeinen Zugang zu medizinischen Leistungen bezogen. Demnach soll Patienten in der Primärpflege am Tag des Erstkontakts sofort geholfen werden, wenn auch nicht unbedingt durch einen Arzt. Innerhalb von acht Tagen soll bei Bedarf ein Arztbesuch erfolgen. Wenn innerhalb eines Monats keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, wird ein Termin bei einem Spezialisten vor Ablauf von drei Monaten anvisiert (vgl. Schwedisches Institut 1999). Eine angemessene Versorgung der Patienten und insbesondere die Versorgung von hilflosen Patienten sollte mit einer 1997 verabschiedeten Prioritätenliste sichergestellt werden.

Unter der konservativ-liberalen Regierungskoalition (1991 bis 1994) wurden die Landsting verpflichtet, 1994 mit der Einführung eines *Hausarztsystems* zu beginnen. Ärzte konnten sich als Hausärzte betätigen, wenn sich bei ihnen innerhalb einer Frist mindestens 1 000 Patienten eingeschrieben hatten. Die Einwohner konnten öffentlich beschäftigte und privat praktizierende Ärzte als Hausärzte wählen. Unter den gesundheitspolitischen Reformen gehörte diese zu den umstrittensten. Die Kritik entzündete sich an dem Ziel, mit der Einführung des Hausarztsystems zugleich die private Niederlassung zu fördern. Nach dem Regierungswechsel 1994 nahm die neue SAP-Regierung das Gesetz zurück. Den Landsting wurde allerdings freigestellt, ob oder wie sie ein Hausarzt-system betreiben. Die Einwohner haben inzwischen häufig einen Hausarzt (auch in öffentlichen Einrichtungen) gewählt (vgl. Garpenby 1995: 710; Harrison/Calltorp 2000: 224 u. 227; Olsson Hort/Cohn 1995: 196; Preusker 1996). Seit 1999 können Patienten ihre Primärärzte frei wählen (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 82)

Die *Ädel-Reform* von 1992 sollte der Fehlbelegung von Krankenhausbetten entgegenwirken. Sie gilt manchen als wichtigste strukturelle

Reform (ebd.: 80). Mit ihr wurde den Gemeinden die Altenpflege überantwortet. War ein medizinisch nicht (mehr) erforderlicher Krankenhausaufenthalt auf mangelnde Pflegekapazitäten zurückzuführen, hatten die Gemeinden nun für die Kosten aufzukommen (OECD 1994: 21f.). Kurz darauf wurden ähnliche Regelungen für die Unterstützung und Betreuung körperlich behinderter sowie psychisch kranker Menschen verabschiedet.¹

2.3 Zu den Reformeffekten

Das politische Ziel der Begrenzung öffentlicher Ausgaben wurde im Gesundheitssektor teilweise erreicht. Der Anteil der *Gesundheitsausgaben* am Bruttoinlandsprodukt (BIP) verringerte sich bereits in den 80er Jahren. Selbst als sich das BIP in einer schweren wirtschaftlichen Krise 1991 bis 1993 um mehr als vier Prozent verringerte, blieb die Gesundheitsausgabenquote in etwa konstant (vgl. OECD Health Data 1999). In der zweiten Hälfte der 90er Jahre lag der Ausgabenanteil zwischen 7,5 und 7,7 Prozent (nach der Ädel-Reform, mit der es zu einem Rückgang der ausgewiesenen Gesundheitsausgaben in der Höhe von ca. einem Prozent des BIP kam). Die ausgewiesenen Pro-Kopf-Ausgaben sind allerdings seit 1993 bei relativ hohem Wirtschaftswachstum um ca. 50 Prozent auf 18 100 SKr (2000) gestiegen (vgl. Socialstyrelsen 2001: 273). Auch die Erstattungen der Sozialversicherung für Ausgaben der medizinischen Versorgung verringerten sich in den 90er Jahren erheblich und erreichte zwei Milliarden SKr (2000), nachdem die Landsting 1998 die Erstattung von Arzneimittelausgaben übernommen hatten (vgl. Socialstyrelsen 2001: 283). Die Finanzierung wurde damit von den die Unternehmen direkt belastenden Sozialabgaben auf Steuereinnahmen umgestellt.²

Ein wichtiges, sich teilweise mit der Ausgabenbegrenzung verbindendes gesundheitspolitisches Ziel bestand darin, die *Krankenhauszentriertheit* des schwedischen Gesundheitssystems zu verringern und Ressourcen zugunsten von Pflegeeinrichtungen und Primärversorgung umzuverteilen. Die Bemühungen waren insbesondere im Hinblick auf die Pflege erfolgreich: Mit der Ädel-Reform wurden Ressourcen von Akutkrankenhäusern zu Pflegeeinrichtungen umverteilt.

Im Gegensatz dazu verlagerte sich das Geschehen kaum zugunsten der medizinischen Primärversorgung. Die poliklinischen Abteilungen der Krankenhäuser sind weiterhin in großem Umfang an der ambulanten Versorgung beteiligt. Von den im Jahr 2000 im öffentlichen Sektor Beschäftigten arbeiteten ca. 181 000 in Krankenhäusern (eingeschlossen

die poliklinischen Abteilungen) und ca. 40 000 in der Primärversorgung (ebd.: 133). Ca. 77 Prozent der Gesundheitsausgaben (ohne die zahnmedizinische Versorgung) entfallen auf Krankenhauseinrichtungen, 23 Prozent auf Einrichtungen der Primärversorgung (Socialstyrelsen 2001: 279).

Allerdings verringerte sich die Zahl der in den Krankenhäusern vorgehaltenen Betten dramatisch – im öffentlichen Sektor von 94 107 (1991) auf 33 096 (1999). Ein Rückgang von ca. 31 000 Betten ist auf die Ädel-Reform zurückzuführen (Socialstyrelsen 2001: 119). Das Volumen der ausgewiesenen Krankenhaustage verringerte sich von 47 Millionen (bei einer durchschnittlichen *Verweildauer* von 27,5 Tagen) in 1991 auf 9,9 Millionen (bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,7 Tagen) in 1999 (ebd.: 175).

Die positiv bewerteten Entwicklungen der 90er Jahre –Ausgabenbegrenzung, Abbau von Krankenhausbetten, geringere Verweildauer in Krankenhäusern, Umschichtung von Mitteln zu Lasten der stationären Akutversorgung, Entlastung von Unternehmen, Zufriedenheit der Wähler – wurden von Befürwortern einer wettbewerbsorientierten Modernisierung des Gesundheitswesens in großem Umfang auf die Experimente mit »purchaser-provider-splits« zurückgeführt (vg. Saltman 1998). Diese Einschätzung lässt sich allerdings in ihrer Allgemeinheit kaum belegen und aus verschiedenen Gründen sogar bezweifeln (vgl. Anell 1996a: 24; Anell/Rosén/Svarvar 1996: 32):

- Nur selten wurden in ausreichendem Umfang Daten für eine Begleitforschung erhoben.
- Ein deutlicher Effizienzanstieg wurde auch in den Landsting beobachtet, die keinen »purchaser-provider-split« einführten – mitunter bereits vor der Implementation von Wettbewerbsmechanismen.
- Ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Implementierung eines Wettbewerbs und einem Effizienzanstieg zeichnete sich zwar in Stockholm ab. Aber aufgrund einer Mengenausweitung und einer Anhebung der Vergütungssätze für die ambulante Versorgung drohte dort gleichzeitig ein Ausgabenanstieg (Harrison/Calltorp 2000: 226).
- Schließlich wurde auch der Verdacht geäußert, dass die Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt ausgeweitet wurden (Diderichsen 1997: 65). In diesem Fall wäre ein »Produktivitätsanstieg« in der stationären Akutversorgung zumindest teilweise damit zu erklären, dass eine größere Anzahl weniger schwerer Fälle behandelt wurde.

Letztlich ist der Beitrag der »purchaser-provider-splits« und anderer Management- bzw. organisatorischer Reformen in den Landsting also höchst ungewiss (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 88f.). Die zu Beginn

der 90er Jahre in die Wege geleiteten Reformen erschienen nach kurzer Zeit sogar schon wieder als »Antwort auf die Probleme von Gestern« (vgl. Whitehead et al. 1997: 938). Die Wettbewerbsbegeisterung ließ rasch nach, »public competition« und »planned markets« konnten sich kaum entfalten.

Der schwere ökonomische Einbruch in der ersten Hälfte der 90er Jahre und der dadurch massiv gestiegene Ausgabenbegrenzungsdruck förderten eher die Neigung, den direkten politischen Einfluss auf die Ressourcenallokation und die Versorgungsstrukturen zu erhalten. Auch die (wegen der anwachsenden Arbeitslosigkeit) gleichzeitig angestrebte Bremsung des Beschäftigungsabbaus im öffentlichen Sektor schien auf der Grundlage eines politischen Aushandlungsprozesses eher möglich als unter den Bedingungen einer verschärften Konkurrenz zwischen Versorgungseinrichtungen. Außerdem wurden ausgabensteigernde mengenexpansive Wettbewerbseffekte angenommen. Budgetierung und Kooperation galten daher als der Situation angemessenere, effektivere Instrumente zur Kostenbegrenzung. Das Interesse an Ausschreibungsverfahren und der Inszenierung eines Krankenhauswettbewerbs trat demgegenüber in den Hintergrund (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 226ff.), zumal sich nach mehreren Dezentralisierungsschüben (vgl. Anell 1996a; Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 21ff.) unter den restriktiven Bedingungen der 90er Jahre Re-Zentralisierungstendenzen entwickelten, die in einer Verstärkung landstingübergreifender Kooperationen oder sogar Zusammenschlüssen von Landsting zum Ausdruck kamen. In 40 Fällen wurden mehrere Krankenhäuser einer gemeinsamen Verwaltung unterstellt (vgl. ebd.: 19).

Zu berücksichtigen ist ferner die (bislang) mangelnde öffentliche Akzeptanz von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen. In der Bevölkerung gab es erhebliche Verunsicherungen und Befürchtungen hinsichtlich einer wettbewerbsbedingten Qualitätsverschlechterung. Sobald Landsting-Politiker Patienten oder Beschäftigte an Krankenhäuser anderer Landsting zu verlieren drohten und dies die Existenz von Krankenhäusern bzw. Abteilungen vor Ort gefährdete, wurde interveniert. Auf Seiten der Versorgungseinrichtungen stieß eine Abschwächung der Wettbewerbseffekte auf wenig Widerstand, weil selbst die potenziellen »Wettbewerbsgewinner« unter den öffentlichen Einrichtungen kaum etwas zu gewinnen hatten. Sie wurden vielmehr durch nachträgliche Absenkungen vertraglich vereinbarter Vergütungssätze frustriert. Auch Vergütungsabschläge für den Fall, dass die Fallzahlen der Krankenhäuser sich über das vereinbarte Volumen erhöhten, minderten das Interesse an einem Wettbewerb (vgl. Anell 1995; Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 19).

Statt zur Freisetzung einer wettbewerbsgetriebenen Dynamik durch Deregulierung kam es eher zu einer Re-Regulierung:

Erstens führten die schwedischen Regierungen Verfahren und Instrumente zur Disziplinierung der Ausgabenpolitik der öffentlichen Haushalte, insbesondere der selbstregierten Gemeinden und Landsting, ein. Die Entwicklung der kommunalen Steuersätze wurde seit den 80er Jahren auf nationaler Ebene beraten, eine Anhebung in der ersten Hälfte der 90er Jahre für mehrere Jahre gesetzlich untersagt und im Anschluss daran durch eine Kürzung staatlicher Zuwendungen bestraft (vgl. Häggroth et al. 1999: 23 u. 36). Die Kommunen erhielten im Gegenzug »das Recht«, über die Verwendung der knapperen Mittel »freier« zu entscheiden – zweifellos mit einem Gewinn an Flexibilität und Dynamik, aber eben auch mit einer Verschärfung des Konfliktpotentials vor Ort.

Zweitens wurde im Rahmen der »purchaser-provider-splits« die Position der Finanzierungsseite gegenüber den Versorgungseinrichtungen gestärkt. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, den Ausgabenbegrenzungsdruck der Landsting zu den einzelnen Versorgungseinrichtungen durchzureichen.

Drittens wurden mit der Ädel-Reform die Versorgungszuständigkeiten zwischen den Landsting und Gemeinden neu geordnet und Anreize für den Ausbau von Pflegeeinrichtungen geschaffen, die die stationäre Akutversorgung entlasteten.

Viertens wurde mit der Reorganisation des Tarifverhandlungsgefüges die Position der öffentlichen Arbeitgeber gegenüber den Gewerkschaften bzw. den im Gesundheitswesen Beschäftigten gestärkt. Eine Dezentralisierung des zuvor hochgradig zentralisierten Lohnverhandlungssystems einschließlich einer Entkopplung der Verhandlungen im privaten und im öffentlichen Sektor beendete die makroökonomisch durchaus problematischen Lohn-Lohn- und Lohn-Preis-Spiralen der 80er Jahre. Dies eröffnete neue Möglichkeiten, den Ausgabenbegrenzungsdruck via Tarifpolitik an die Beschäftigten weiterzugeben.

3 Was bringt die Zukunft?

3.1 Verlagerung von Belastungen zu den Beschäftigten und Patienten

Die Zufriedenheit insbesondere der Mittelschichten mit den sozialstaatlichen Leistungen und die große Anzahl der im öffentlichen Sektor Beschäftigten galten neben einem relativ hohen Maß an materieller Gleichheit sowie einheitlichen sozialen Sicherungssystemen lange Zeit als stabilisierende Faktoren des schwedischen Wohlfahrtsstaats.

Die Gesundheitspolitik der 90er Jahre ging nun allerdings zu Lasten der im Gesundheitswesen *Beschäftigten*. Neben einer Reorganisation der Tätigkeitsfelder und einer damit einhergehenden partiellen Verlagerung der Beschäftigung vom öffentlichen in den privaten Sektor kam es zu Entlassungen und einer erheblichen Arbeitsverdichtung, während die Lohn- und Gehaltsverhandlungen von der Arbeitgeberseite restriktiver geführt wurden. Qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal wanderte ins Ausland ab; Pflegekräfte wechselten den Beruf oder arbeiteten zu besseren Konditionen als im öffentlichen Sektor für private Leiharbeitsfirmen.

Auch die Situation der *Patienten* verbesserte sich in vielerlei Hinsicht kaum; in finanzieller Hinsicht verschlechterte sie sich sogar. *Zugangsprobleme* bestanden trotz der Behandlungsgarantie fort. Letztere führte nur vorübergehend (1991-93) zu verkürzten Wartelisten und -zeiten, danach verlängerten sie sich wieder, teilweise über den ursprünglichen Stand bei Verabschiedung der Regelung hinaus (vgl. Hanning 1996). Der Anstieg der *finanziellen Belastung* der privaten Haushalte durch Ausgaben für medizinische Versorgungsleistungen zeigt sich u. a. im Verhältnis von *öffentlichem und privatem Konsum*. Der Anteil des öffentlichen Konsums an den Gesamtausgaben für Gesundheit lag im Jahr 2000 bei ca. 80 Prozent, der des privaten bei 15 Prozent (5 Prozent entfielen auf Investitionen). Seit 1993 erhöhte sich der private Konsum mit 35 Prozent stärker als der öffentliche mit 23 Prozent (Investitionen: plus 33 Prozent) (Socialstyrelsen 2001: 248).

Es kam zu einem beträchtlichen Anstieg der Gebühren für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie einer Anhebung von Zahlungen für Arzneimittel (vgl. Socialstyrelsen 2001: 285f., 304). Die größten direkten finanziellen Belastungen können in der zahnmedizinischen Versorgung entstehen: Bereits vor 1999 hatten die Patienten bei Rechnungen bis zu 13 500 SKr einen Eigenanteil von 4 500 SKr zu tragen. Kosten über 13 500 SKr wurden zu 70 Prozent erstattet. Im Jahr 1999 erhöhten sich die möglichen finanziellen Belastungen der Patienten dann noch einmal deutlich (vgl. Lißner/Wöss 1999: 153; Schwedisches Institut 1998).

3.2 *Privatisierung als Option?*

Nachdem in den 80er Jahren die Kritik an einem als zu zentralistisch, bürokratisch und unflexibel wahrgenommenen schwedischen Wohlfahrtsstaat gewachsen war, erhöhte sich die *Zustimmung* zu zentralen Pfeilern des Systems sozialer Sicherheit mit der Wirtschaftskrise in der ersten Hälfte der 90er Jahre (eine Ausnahme bildeten die nach dem Fürsorge-

prinzip organisierten Teilsysteme; vgl. Mau 1998 u. Berkmark 2000: 406). Dazu trugen auch Anstrengungen zur Verkürzung der Wartezeiten, eine Reorganisation der Versorgungsstrukturen sowie eine stärkere Bereitschaft des Managements im öffentlichen Sektor bzw. der Erbringer öffentlicher Dienstleistungen bei, die Bedürfnisse der Bürger zu berücksichtigen (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 226).

Allerdings sank die Zufriedenheit laut Eurobarometer zwischen 1996 und 1998 wieder ab (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 56). Für eine Prognose der zukünftigen Entwicklung muss berücksichtigt werden, dass eine Reihe von Problemen nur abgemildert worden und vorübergehend in den Hintergrund getreten sind. Ausgabenbegrenzung, Serviceorientierung, Zugangsprobleme und ein weiterer Ausbau der Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stehen weiter auf der Agenda. Die erhöhten direkten finanziellen Belastungen für Patienten könnten die Kritik an einer als nicht ausreichend betrachteten öffentlichen Gegenleistung verschärfen. Die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Sektor könnten das Interesse der im Gesundheitssystem Beschäftigten an einer Tätigkeit in privaten Einrichtungen erhöhen. Harrison/Calltorp (2000: 237) halten deshalb eine neue Phase marktorientierter Reformen für möglich, in der öffentliche Unternehmen verstärkt mit privaten konkurrieren bzw. Privatisierungen ein größeres Gewicht bekommen. Im Unterschied zu einem inszenierten ›Quasi-Wettbewerb‹ innerhalb des öffentlichen Sektors würde dies das gegenwärtige Gesundheitssystem in seinen Grundfesten erschüttern.

Die *Bedeutung des privaten Sektors* hat bereits in den 90er Jahren zugenommen – wenn auch in der eigentlichen *medizinischen* Versorgung nur leicht. Der Anteil der auf den privaten Sektor entfallenen Arzt-Patient-Kontakte in der ambulanten Versorgung ist von ca. 19 Prozent (1990) auf ungefähr 25 Prozent (1999) angestiegen (ungefähr zwei Drittel dieser Kontakte wurden aus öffentlichen Mitteln finanziert; vgl. Socialstyrelsen 2001: 155). Der Anteil privater Krankenhausbetten erhöhte sich ebenfalls. Ein relativ großer Anteil der Zahnärzte und auch der Physiotherapeuten arbeitete »schon immer« in eigener Praxis. – Von ca. 312 000 im Gesundheitswesen Beschäftigten arbeiteten 1999 ca. 254 000 im öffentlichen Sektor. Rund 213 000 waren Angestellte der Landsting. Ca. 58 000 Beschäftigte wurden den »übrigen Sektoren« zugerechnet, zu denen mit knapp 33 000 Beschäftigten auch der private Sektor zählt (vgl. Socialstyrelsen 2001: 127). Gegenüber 1990 (ca. 28 000 Beschäftigte) ist dessen Zuwachs damit gering.

Allerdings kam es zu einem deutlichen *Wandel der Beschäftigtenstruktur*, der auf einen anderen Trend verweist. Die Anzahl der im öffentlichen

Sektor angestellten Ärzte blieb im Zeitraum von 1990 bis 2000 in etwa gleich, während sich die des examinierten Krankenpflegepersonals um ca. zehn Prozent verringerte. Ein starker Beschäftigungsrückgang war auch beim angelernten Pflegepersonal zu verzeichnen. Hinter diesem Wandel stehen Bemühungen zur Ausgabenbegrenzung durch Arbeitsverdichtung, die Ädel- und die Psychiatriereform sowie die Verlagerung des Versorgungsgeschehens in den ambulanten Sektor. Es kommt in der *medizinischen* Versorgung zu einer »*Besinnung auf das Kerngeschäft*« mit einer erheblichen Leistungsverdichtung, die einerseits qualifiziertes Personal voraussetzt und gleichzeitig die Auslagerung von Tätigkeitsbereichen mit geringeren qualifikatorischen Anforderungen in den privaten Sektor (und damit in den Geltungsbereich anderer Tarifverträge mit für die Beschäftigten schlechteren Konditionen) ermöglicht. In größerem Ausmaß kam es zu Privatisierungen um den harten Kern medizinischer (Krankenhaus-)Leistungen herum: bei vor- und nachgelagerten Bereichen und auch in der nicht-medizinischen Pflege (z.B. der Altenpflege). Die Hälfte der Gemeinden greift bei der Sicherstellung von Pflegekapazitäten auf private Anbieter zurück. Die 200 privaten Pflegeheime haben in der Altenpflege allerdings bisher nur einen Marktanteil von sieben Prozent (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 59).

Es ist anzunehmen, dass Privatisierungen im Kernbereich der medizinischen Versorgung sich auch in Zukunft auf die »Ballungsregionen« konzentrieren werden. In größeren Städten entfallen 25 Prozent der Arzt-Patient-Kontakte auf private Praxen (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 40). Die Hälfte aller Kontakte im privaten Sektor entfällt auf den Großraum Stockholm, und hier ist auch die Zahl privater Krankenhausbetten am höchsten (vgl. Socialstyrelsen 2001: 155). Eine mit Privatisierungen einhergehende Intensivierung des Wettbewerbs in der medizinischen Versorgung ist in den dünn besiedelten Regionen unwahrscheinlich. Dort fehlt es an strukturellen Voraussetzungen für einen Wettbewerb und eine lukrative Betreibung privater Versorgungseinrichtungen.

Anders sieht es auf der Finanzierungsseite aus. Steigende Gebühren und Zuzahlungen sowie sich verlängernde Wartezeiten im Bereich der sozialen Absicherung vor dem Krankheitsfall können die Nachfrage nach einer privaten Zusatzabsicherung bzw. nach einem Zugang zu privaten Anbietern erhöhen (und haben das in gewissem Umfang auch getan; vgl. Köhler 1998). Bisher verfügen lediglich 120 000 Personen über Zusatzversicherungen (Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 30). Auf die privaten Krankenversicherungen entfallen lediglich ein Prozent der Einnahmen des Gesundheitswesens. Die Anreize für eine private Zusatzabsicherung haben sich allerdings in den 90er Jahren erhöht. Sollten diese sich in einen

wachsenden Marktanteil privater Krankenversicherungen transformieren, wäre dies ein potenzieller Sprengsatz für das an den Prinzipien Universalismus und Gleichheit ausgerichtete »sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsregime«.

4 Zusammenfassung

In der schwedischen Gesundheitspolitik konnten im Laufe der 90er Jahre gemessen an den Zielsetzungen zu Beginn des Jahrzehnts einige Teilerfolge erreicht werden. Gesundheitsausgaben wurden begrenzt, Ressourcen vom krankenhauszentrierten Gesundheitssystem weg verlagert. Auch in einer schweren Krise kam es zu keinen »systemverändernden« gesundheitspolitischen Reformen. Wettbewerbsorientierte Reformen blieben in ihrer Reichweite und Wirksamkeit äußerst begrenzt, wurden bald wieder als nicht zeitgemäß (oder als Gefahr für sozialstaatliche Prinzipien) betrachtet und daher selbst zum Gegenstand von Reformmaßnahmen.

Das dezentralisierte, integrierte und öffentliche Gesundheitssystem erwies sich als in gewissen Grenzen flexibel. Die »purchaser-provider-splits« stellten eine Adaption typischer Merkmale eines Sozialversicherungssystems – Trennung von Finanzierungsträgern und Leistungserbringern sowie Verhandlungen zwischen ihnen – dar und waren damit weit entfernt von einem Marktwettbewerb. In den 90er Jahren verbreitete sich außerdem der Eindruck, dass Ausgabenbegrenzungsziele, Versorgungsqualität und Grundprinzipien des schwedischen Sozialstaats in einem unter der Bedingung äußerst knapper Mittel ausgetragenen Wettbewerb gefährdet seien (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 234). Möglicherweise entpuppt sich die Abkehr von einer Förderung des »öffentlich regulierten Wettbewerbs« jedoch nur als Übergang zu einer Privatisierungs-Phase, die sich in verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems in unterschiedlich starkem Umfang niederschlagen könnte (ebd.).

Eine umfassende Restrukturierung und Deregulierung der medizinischen Versorgung scheiterte bisher am Widerstand zahlreicher in der politischen Auseinandersetzung gut positionierter Akteurguppen. Zugleich deutet sich nun aber ein mit der Wettbewerbsinszenierung einhergehender Umbau derjenigen politischen und administrativen Institutionen sowie Entscheidungsstrukturen an, die bislang für gesundheitspolitische Blockaden genutzt werden konnten (Stichwort klinische Autonomie). Damit erhöht sich aber auch die Gefahr einer Ökonomisierung der medizinischen Versorgung (einschließlich ökonomisch bedingter Rationierung), so dass die Frage nach politisch-administrativen und zivilgesellschaftlichen Kontrollmechanismen an Dringlichkeit gewinnt.

Bisher sorgten politische Legitimationserfordernisse dafür, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung an Grundprinzipien des schwedischen Sozialstaats (Universalismus, Gleichheit, Gesundheit und Versorgung im Krankheitsfall als öffentliche Angelegenheit) weitgehend festgehalten wurde und die Bedeutung von Markt, Wettbewerb und Privatisierung hier ziemlich begrenzt blieb. Dass die »Wettbewerbseuphorie« im Schweden der 90er Jahre deutlich abnahm, ist allerdings auch konjunkturell bedingt und auf eine schwere ökonomische Krise (1991 bis 1993) sowie zwei Regierungswechsel (1991 und 1994) zurückzuführen, die dem reformpolitischen Kurs kurzfristig ihren Stempel aufdrückten. Mittel- und langfristig betrachtet fiel die Diskussion um die Förderung von Markt und Wettbewerb im Gesundheitssystem mit einem umfassenderen Wandel der politisch-administrativen und der Tarifverhandlungsstrukturen zusammen, der die Frage nach der Zukunft der Institutionen und politischen Fundamente des schwedischen Gesundheitssystems als Teil eines Wohlfahrtsstaatsregimes aufwirft (vgl. Michelsen 2002).

Insofern bleibt abzuwarten, welche Rolle Märkte oder eine wettbewerbsvermittelte Steuerung im Kontext von Standortkonkurrenz, nationalen Verteilungsauseinandersetzungen und dem Ringen um die politische Basis eines »sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatsregimes« in Zukunft spielen werden. Festzuhalten ist, dass es sich bei allen Markt- und Wettbewerbsvarianten um politisch-strategische Steuerungsinstrumente mit disziplinierender und verteilungspolitisch relevanter Wirkung und damit um eine Re-Regulierung von gesellschaftlichen Machtverhältnissen, nicht aber um eine Deregulierung in einem machtpolitischen Vakuum handelt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Kai Michelsen

FH Fulda/FB Pflege und Gesundheit

Marquardstraße 35

36037 Fulda

E-Mail: Kai.Michelsen@pg.fh-fulda.de

Anmerkungen

- 1 Diese Reform ist für die Interpretation der entsprechenden Daten des Gesundheitssystem von erheblicher Bedeutung. 31 000 Pflegepatienten wurden nun nicht mehr in Einrichtungen der Landsting sondern in Gemeindeeinrichtungen versorgt. Die entsprechenden Ausgaben werden nicht mehr als Gesundheits- sondern als Sozialausgaben verbucht: Allein mit der Ädel-Reform wurden 20% der Gesundheitsausgaben der Landsting an die Gemeinden transferiert. Die Anzahl der als

- Beschäftigte des Gesundheitswesens ausgewiesenen Personen verringerte sich erheblich: Eine größere Anzahl an Pflegepersonal wechselte von den Landsting zu den Kommunen bzw. zu privaten Anbietern von Pflegeleistungen. 30-40 Prozent der Krankenhausbetten wurden zu Pflegebetten (vgl. Hjortsberg/Ghatnekar 2001: 49).
- 2 Die Ausgabenbegrenzung verband sich mit einem Beschäftigungsabbau. Im Jahr 1999 erfasste die Statistik fast 312 000 Personen als *Beschäftigte des Gesundheitswesens*. 1990 wurden rund 451 000 Beschäftigte erfasst. Mit der Ädel-Reform sank die Anzahl der bei den Landsting Beschäftigten 1991/92 um ca. 80 000, während für die Gemeinden ca. 40 000 Beschäftigte mehr ausgewiesen wurden. 1999 lag die Anzahl der Beschäftigten bei den Gemeinden dann wieder auf den Stand von 1990 (Socialstyrelsen 2001: 127): Beschäftigung wurde in den privaten Sektor verlagert (s.u.).

Literatur

- Alban, A.; Christiansen, T.; Häkkinen, U. et al. (1995): Overview of the Structures of the Nordic Health Care Systems. In: A. Alban; T. Christensen (ed.): *The Nordic Lights: New initiatives in health care*. Odense: Odense University Press, 14-30.
- Anell, A. (1995): Implementing Planned Markets in Health Services: The Swedish Case. In: R.B. Saltman; C. v. Otter (Hg.) (1995): *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Anell, A. (1996): Decentralisation and Health Systems Change: The Swedish experience. Lund: IHE/The Swedish Institute for Health Economics (Working Paper 1996/7).
- Anell, A.; Rosén, P.; Svarvar, P. (1996): Health Care Reform in Sweden. Striving towards equity, efficiency and cost containment. Lund: IHE/The Swedish Institute for Health Economics (Working Paper 1996/8).
- Bergmann, S.-E. (1994): Purchaser-Provider Systems in Sweden. An Overview of Reforms in Swedish Healthcare Delivery System. Stockholm: Spry tryck 250.
- Bergmann, S.-E. (1998): Swedish Models of Health Care Reform. A Review and Assessment. *International Journal of Health Planning and Management* 13: 91-106.
- Berkmark, Å. (2000): Solidarity in Swedish Welfare – Standing the Test of Time? *Health Care Analysis* 8: 395-411.
- Culyer, A.J. (1991): Health Care and Health Care Finance in Sweden. The Crisis that never was; the tension that ever will be. Stockholm: SNS (Occasional Paper 33).
- Diderichsen, F. (1997): Marktformen im Gesundheitswesen und die Beständigkeit des Sozialstaats. Die schwedische Reform im internationalen Kontext. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care. Hamburg: Argument, 53-70.
- Elvander, N. (1999): Einkommenspolitik in Schweden und den übrigen nordischen Ländern. In: Riegler/Schneider (1998), 231-244.
- Feld, R. (1997): Von Schweden lernen ... *Blätter für deutsche und internationale Politik* 42: 1104-1112.
- Garpenby, P. (1995): Health care reform in Sweden in the 1990s. Local Pluralism versus National Coordination. *Journal of health politics, Policy and Law* 20: 695-717.
- Gustaffson, L. (1987): Renewel of the Public Sector in Sweden. *Public Administration* 65: 179-191.
- Häggroth, S.; Kronvall, K.; Riberdahl, C.; Rudebeck, K. (1999): *Swedish Local Government. Traditions and Reforms*. Falköping: Swedish Institute.

- Hanning, M. (1996): Maximum Waiting Time Guarantee. *Health Policy* 36: 17-35.
- Harrison, M.I.; Calltorp, J. (2000): The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* 50: 219-240.
- Hjortsberg, C.; Ghatnekar, O. (2001): *Health Care Systems in Transition: Sweden* (European Observatory on Health Care Systems, Vol. 3, No. 8). Copenhagen: WHO Europe.
- Kjellberg, A. (1998): Sweden. Restoring A Model? In: A. Ferner; R. Hyman (ed.): *Changing Industrial Relations in Europe*. Oxford/Cambridge: Blackwell, 74-117.
- Köhler, A. (1998): Soziale Sicherheit für den Fall der Krankheit in Schweden. *Zeitschrift für internationales und ausländisches Arbeits- und Sozialrecht* 12: 408-422.
- Lißner, L.; Wöss, J. (1999): *Umbau statt Abbau. Sozialstaaten im Vergleich: Deutschland – Österreich – Schweden*. Frankfurt a.M.: Bund.
- Lundkvist, J. (2002): Pricing and reimbursement of drugs in Sweden. *European Journal of Health Economics* 3: 66-70.
- Mau, S. (1998): Zwischen Moralität und Eigeninteresse. Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat in internationaler Perspektive. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 34/35: 27-37.
- Michelsen, K. (2002): *Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat in Schweden. Gesundheitspolitik im Wandel des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatsregimes*. Frankfurt a.M.: VAS.
- OECD (1994): *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: OECD (Health Policy Studies No. 5).
- Olsson Hort, S.E.; Cohn, D. (1995): Sweden. In: N. Johnson (ed.): *Private Markets in Health and Welfare. An International Perspective*. Oxford/Providence: Berg.
- Otter, C.v. (1999): Öffentlicher Sektor im Wohlfahrtsstaat. In: Riegler/Schneider (1999).
- Preusker, U.K. (1996): *Gesundheitssysteme in Skandinavien. Eine aktuelle Darstellung des schwedischen, norwegischen und finnischen Gesundheitswesens*. Bergisch-Gladbach: Heider (Schriftenreihe des Marburger Bundes Bd. II).
- Riegler, C.H.; Schneider, O. (Hg.) (1999): *Schweden im Wandel – Entwicklungen, Probleme, Perspektiven*. Berlin: Berlin Verlag Arno Spitz.
- Riegler, C.H.; Naschold, F. (Hg.) (1997): *Reformen des öffentlichen Sektors in Skandinavien. Eine Bestandsaufnahme*. Baden-Baden: Nomos.
- Saltman, R.B. (1998): Health Reform in Sweden: The Road Beyond Cost Containment. In: W. Renade (ed.): *Markets and Health Care. A Comparative Analysis*. London/New York: Longman, 164-178.
- Saltman, R.B.; Otter, C.v. (1992): *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reforms in Northern Europe Health Systems*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Schulenburg, J.-M. G.v.d. (1991): The Swedish health care system. Being efficient, having cost control and meeting the solidarity goal at the same time. In: A.J. Culyer; R.G. Evans; J.-M. G.v.d. Schulenburg et al. (Hg.): *International review of the Swedish health care system*. Stockholm: SNS (Occasional Paper 33).
- Schwedisches Institut (Hg.) (1999): *Das schwedische Gesundheitswesen*. Stockholm: Schwedisches Institut (Tatsachen über Schweden TS 76 p Qi).
- Socialstyrelsen (ed.) (1999): *Hälsa- och sjukvårdsstatistik årsbok 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (ed.) (2001): *Hälsa- och sjukvårdsrapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Whitehead, M.; Gustaffson, R.A.; Diderichsen, F. (1997): Why is Sweden rethinking ist NHS style reforms? *British Medical Journal* 315: 935-939.