

Finn Diderichsen

## Marktformen im Gesundheitswesen und die Beständigkeit des Sozialstaats

### Die schwedische Reform im internationalen Kontext\*

#### *Gesundheitsreformen – ein globaler Konsens?*

Die Gesundheitsreformen, die in letzter Zeit in vielen Ländern durchgeführt werden, sind sich überraschend ähnlich. Lediglich in ihren spezifischen Erklärungen und Motiven scheinen sie sich international zu unterscheiden. Der Trend geht in Richtung Effizienz und Gerechtigkeit (equity)<sup>1</sup> mit der impliziten Annahme, die bestehenden Systeme seien im Hinblick auf eines oder beide dieser Ziele nicht optimal. Eine mögliche Interpretation dieser Ähnlichkeiten könnte ein breiter Konsens über ein ideales Gesundheitssystem sein, in dem aus öffentlichen Mitteln im Wettbewerb stehende private und öffentliche Anbieter finanziert würden. Ein politisch regulierter Markt würde für Effizienz und Wahlfreiheit sorgen, während die Marktkräfte die Kosten kontrollieren und die Fairneß durch politische Entscheidungen gesichert wird.

Diesem Ansatz folgen die gerade laufenden Reformen im schwedischen Gesundheitswesen, obwohl das schwedische System in der internationalen Debatte bislang als ein Vorbild angesehen wurde und nicht als so ineffizient und ungerecht, daß es rundum reformiert werden mußte. Für diese insofern »unerwartete« Reform sollen im folgenden einige Gründe untersucht werden. Dazu bedarf es zunächst einiger Vorbemerkungen zur Definition von Effizienz und Gerechtigkeit (equity) und zu den politischen und ökonomischen Grundprinzipien des schwedischen Sozialstaats.<sup>2</sup> Anschließend werden einige mögliche Auswirkungen dieser Reformen auf Effizienz und Gerechtigkeit diskutiert. Die Frage ist, in welchem Umfang solche Reformen im Sinne geplanter Märkte eine Lösung oder eine Bedrohung dieser sozialstaatlichen Grundprinzipien sind.

\* Mit Ausnahme des Postskriptums erschien der Aufsatz unter dem Titel »Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden« in »Health Policy« 32 (1995), 141-153. Die Übersetzung und Anmerkungen besorgte Hagen Kühn.

Eine Analyse wie diese ist zugleich empirisch und normativ. Wie David Ricci ausgeführt hat (2), hat der Trend zu immer komplizierteren statistisch-empirischen Studien die politischen Wissenschaften von der Analyse wichtiger normativer Themen des modernen Sozialstaats abgebracht. Es ist aber unmöglich, die Gründe von Gesundheitsreformen zu verstehen, wenn wir nicht die moralischen Grundlagen einbeziehen. Auch wenn wir über ihre Folgen sprechen, können wir normative Aussagen nicht vermeiden.

### *Effizienz und Gerechtigkeit (Equity) – einige Erläuterungen*

Ein holländischer Beobachter der schwedischen (und holländischen) Reformen hat festgestellt, daß im Wechselverhältnis zwischen Gerechtigkeit und Effizienz beide Länder der Gerechtigkeit eine größere Bedeutung geschenkt hätten und daß »nun beide Länder auf der Suche nach mehr Effizienz, Flexibilität und Sensibilität für Konsumentenwünsche seien, ohne die Gerechtigkeit gefährden zu wollen.« (3) Ähnliches hätte auch über viele andere der laufenden Gesundheitsreformen gesagt werden können. Aber die Frage ist erstens, ob es tatsächlich wahr ist, daß Gerechtigkeit über die Effizienz dominierte und daß dieser Umstand die Probleme hervorgebracht hat, die zur Reform führten und zweitens, wie sich die vorgeschlagenen und laufenden Veränderungen auf diese beiden Werte auswirken. Dies betrachtend stellt sich heraus, daß die Antworten davon abhängen, was wir unter Effizienz und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem verstehen. In der schwedischen Gesellschaft gibt es keinen Streit darüber, Gerechtigkeit zusammen mit Effizienz als ein übergreifendes Ziel anzusehen. Das geht aber sehr wahrscheinlich darauf zurück, daß die Bedeutung von Gerechtigkeit nicht präzise definiert und nicht operationalisiert wurde (4). Die möglichen Kontroversen würden wahrscheinlich nicht aus der traditionellen ökonomischen Unterscheidung zwischen horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit ausgehen, sondern eher von dem Versuch zu unterscheiden zwischen Gerechtigkeit des Zugangs, der Inanspruchnahme oder des Ergebnisses (outcome). Die *Gleichheit* des Zugangs zur Versorgung bedeutet, daß alle Individuen die gleichen monetären und zeitlichen Kosten des Zugangs haben. Das korrespondiert eng mit dem Wohlfahrtsansatz für Effizienz, denn es sagt nichts darüber, was gleicher Zugang ist und welche Wirkungen es auf die Gesundheit haben könnte. Eine andere, in empirischen Studien oft verwendete Definition von Gerechtigkeit bezieht sich auf die *gleiche Behandlung bei gleichen Bedürfnissen* (6). Jedoch müssen wir dann ›Bedürfnis‹ definieren. Versteht man

darunter den Gesundheitsstatus vor der Behandlung, dann kommt man in die Schwierigkeit, Gesundheitsprobleme für die es keine effektive Behandlung gibt als Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens zu definieren. Das wiederum konfliktiert mit dem Ziel der Effizienz, bezogen auf das Ergebnis (outcome). Wenn wir jedoch Bedarf definieren als Möglichkeit, einen Nutzen aus der Versorgung zu ziehen, dann optimiert man das Ergebnis, gefährdet aber das Gerechtigkeitsziel. Eine Bedarfsdefinition, wie sie oft von Ökonomen angeboten wird ist folgende: ein Bedarf an medizinischer Versorgung ist das Minimum an Ressourcen, das erforderlich ist, um die individuelle Möglichkeit, einen Nutzen zu ziehen, auszuschöpfen (4). Das bezieht sich auf die Effizienz, unabhängig davon, ob der individuelle Nutzen oder das Ergebnis (outcome) im Vordergrund steht.

Culyer (4) und Wagstaff (5) argumentieren, daß die Ressourcenverwendung aus der Perspektive der Gerechtigkeit nach ihrem Beitrag zur Gleichheit in der Gesundheit beurteilt werden sollte. Alle anderen Faktoren konstant (einschließlich des Bedarfs) erfordert dieses Prinzip eine relative Bevorzugung solcher mit einer geringen Nutzenmöglichkeit und eine relative Diskriminierung solcher mit niedrigem Bedarf (bei gleicher Nutzungsmöglichkeit) sowie eine relative Besserstellung derjenigen, die am stärksten krank sind. Es liegt hier eine klare Wechselbeziehung zwischen Effizienz und Gerechtigkeit vor.

Der Hauptgrund der Beschäftigung mit Gerechtigkeit und Gesundheit ist, daß Gesundheit, zusammen mit anderen Lebensbedingungen wie Erziehung, Beschäftigung, Einkommen, Grundbedingung für ein sozial aktives Leben und individuelle Selbstbestimmung ist. Darum sollte Gesundheit nicht nur in Begriffen von Krankheit und Behinderung, sondern auch in Begriffen von Unfähigkeit und Einschränkung gemessen werden, d.h. den sozialen Folgen von Krankheit. Gerechtigkeit im Zusammenhang mit dem Versorgungsergebnis sollte daher nach dem Beitrag zur Angleichung der Lebensbedingungen zwischen Kranken und Gesunden beurteilt werden. Das erfordert, den am meisten kranken Menschen die Priorität zu geben. Wenn wir die Analyse der Gesundheitsreform auf die Aspekte Gerechtigkeit und Effizienz konzentrieren wollen, dann ist es wichtig die Effizienz sowohl bezüglich des individuellen Nutzen als auch bezüglich des Ergebnisses (outcome) zu untersuchen sowie die Gerechtigkeit sowohl im Hinblick auf den Zugang als auch auf den Beitrag zur Angleichung der Gesundheit und der sozialen Folgen von Krankheit zu sehen.

### *Was verleiht einem Sozialstaat Dauerhaftigkeit?*

Das schwedische Gesundheitswesen ist ein integraler Bestandteil des schwedischen Sozialstaats. Die Gründe, warum eine Gesundheitsreform als nötig, sogar dringlich angesehen wurde, müssen darum nicht nur im Gesundheitswesen gesucht werden, sondern auch in den Problemen des Sozialstaats insgesamt. – Wenn wir zurückgehen in die sechziger Jahre, war der Anteil, den die OECD-Länder<sup>3</sup> für Sozialausgaben verwendeten am Bruttosozialprodukt ziemlich ähnlich. In den folgenden dreißig Jahren haben sich die Wirtschaften internationalisiert und wurden immer abhängiger voneinander. Obwohl man deshalb eher eine noch stärkere Harmonisierung der jeweiligen Sozialstaatstätigkeit erwarten würde, beobachten wir genau das Gegenteil (7). Dabei liegen die Differenzen nicht einmal so sehr in den gesamten Ausgaben, sondern mehr noch in qualitativen Aspekten wie der Universalität, dem Grad der Kommerzialisierung, der sozialen Stratifizierung und der Gerechtigkeit (8). Viele Forschungsarbeiten untersuchten die dafür verantwortlichen Faktoren. Und es scheint klar zu sein, daß in den Ländern, die einen eher universellen als selektiven Sozialstaat haben, starke Gewerkschaften und sozialdemokratische Parteien existierten (9). Das wirft die Frage auf, warum in einigen Ländern die Arbeiterbewegungen stärker sind als in anderen. Viele Forscher kamen zu dem Schluß, daß es insofern eine dialektische Beziehung gibt, als politische Kräfteverhältnisse nicht nur Niveau und Qualität des Sozialstaats bestimmen, sondern auch wiederum von dessen Existenz beeinflußt werden. Die Institutionen des Sozialstaats<sup>4</sup> reproduzieren oder unterminieren auch die politischen Strukturen, aus denen sie hervorgegangen sind (8, 10).

Ein sehr grobes und vereinfachtes Bild der Umverteilungswirkungen des schwedischen Sozialstaats sieht etwa so aus wie in der Tabelle 1 (11). Die Bevölkerung ist in fünf Gruppen unterteilt und es wird angenommen, daß deren Durchschnittseinkommen von 200 bis 1 000 variiert. Alle bezahlen 40 Prozent Einkommenssteuer, was etwa dem tatsächlichen Anteil der Sozialausgaben am BSP entspricht.<sup>5</sup> Der Einfachheit halber gibt es nur zwei Typen von Sozialstaatsaktivitäten. Die ›Dienstleistungen‹ (die bedarfsorientierten Gesundheitsleistungen, im umgekehrten Verhältnis zum Einkommen) und ›Geldleistungen‹ (Sicherung des Einkommens im Krankheitsfall, bei Arbeitslosigkeit, im Alter usw.), mit Bezug zum derzeitigen oder früheren Einkommen... Sozialhilfeleistungen bedürfen der Bedürftigkeitsprüfung, machen aber nur zehn Prozent der gesamten Geldleistungen aus. Zur Vereinfachung abstrahieren wir von der Zeitperspektive.

Tabelle 1: Der Umverteilungseffekt eines universellen Sozialstaats  
(modifiziert nach Rothstein [11])

Quintile	Durchschnitts- einkommen	40% Eink.Steuer	Ausgaben		Netto
			Dienstl.	Geldl.	
A	1000	400	80	180	860
B	800	320	100	160	740
C	600	240	120	120	600
D	400	160	140	80	460
E	200	80	160	60	340
A/E	5/1	5/1	1/2	3/1	2,5/1

Natürlich geben diese Zahlen kein genaues Bild von der Verteilung in Schweden oder in irgendeinem anderen Land, aber sie können einige Grundsachverhalte illustrieren, die für die Beständigkeit und die Wirkung eines universellen Sozialstaats von Bedeutung sind:

- Während der Beitrag der beiden oberen Einkommensgruppen substantiell ist, ist ihr Netto-Verlust moderat (7-14%). Zugleich ist der Umverteilungseffekt beträchtlich: Das Verhältnis zwischen der obersten und untersten Einkommensgruppe (A/E) ist halbiert.
- Renten und die meisten anderen Geldleistungen werden gemäß früherer Einkommen verteilt, während die medizinischen und anderen Dienstleistungen gemäß der Bedarfsschätzung durch das Mitglied einer Profession verteilt werden. So lange jeder glaubt, daß dies fair ist und die Erfahrung macht, daß das System tatsächlich nach diesen Prinzipien arbeitet, ist die Legitimität des Systems hoch.
- Die Tabelle illustriert auch die Politische Ökonomie des Sozialstaats von ihrer rechnerischen Seite. Um eine Mehrheit für einen egalitären universellen Sozialstaat zu erreichen, müssen die politischen Kräfte der Gruppen D und E einen Kompromiß mit den Vertretern zumindest der Gruppe C finden. Historisch können wir beobachten, daß hierin ein schwieriges Dilemma für viele sozialdemokratische Parteien liegt. Nur in einigen Ländern konnte ein solcher Kompromiß erzielt werden und entsprechend konnte hier normalerweise ein hohes Maß an Universalismus erreicht werden.
- Rothstein hat dargelegt, daß die Tabelle 1 auch illustriert, warum die Gruppe C nicht nur wichtig, sondern auch sensibel ist. Sie ist weder ein Nettogewinner noch ein Nettoverlierer und ihre Position ist folglich

nach strikt ökonomisch-rationalen Kriterien unbestimmt. Darum kann ihre Haltung leichter von anderen Faktoren beeinflusst werden, etwa von Qualitätsaspekten der Dienstleistungen etc. Zugleich ist sie ein unverzichtbarer Verbündeter und somit eine politische Schlüsselgruppe. Jedes Zeichen wachsender Unzufriedenheit ist also eine Bedrohung für das politische Überleben des universellen Sozialstaats und eine Chance für seine Gegner.

Esping-Andersen (8) faßt diese Strategie folgendermaßen zusammen: »Weil die Sozialdemokraten den Dualismus zwischen Staat und Markt, zwischen Arbeiterklasse und Mittelklasse nicht toleriert haben, verfolgten sie einen Sozialstaat, der eine Gleichheit auf dem höchsten Standard anstrebt und nicht auf dem Niveau von Mindestbedarfen, wie das ansonsten der Fall ist. Das bedeutet, erstens daß Dienste und Leistungen auf ein Niveau gehoben werden müssen, das selbst dem anspruchsvollsten Geschmack der neuen Mittelklassen entspricht und zweitens, daß zur Gleichheit auch die volle Qualität der Teilhaberechte gehört, derer sich die Bessergestellten erfreuen. Diese Formel gilt es in Programme zu überführen, deren Dienste keinen Warencharakter haben und die universell sind, aber dennoch unterschiedlichen Erwartungen entsprechen. Arbeiter erwarten daher die gleichen Rechte wie Angestellte oder Beamte, alle Bevölkerungsschichten sind in einem universellen Versicherungssystem, jedoch variieren die [Geld-; d.Ü.] Leistungen nach den üblichen Einkommen. Ein solches Modell schließt den Markt aus und baut auf eine notwendigerweise universelle Solidarität zugunsten des Sozialstaats. Alle haben Nutzen, alle sind davon abhängig und alle werden sich vermutlich verpflichtet fühlen zu bezahlen.«

### *Die aktuellen Herausforderungen für das schwedische Modell*

Aber was wie eine sich selbst erhaltende Konstruktion aussieht wird permanent wirtschaftlich, ideologisch und politisch in Frage gestellt. Einige Aspekte sind dabei speziell für das Gesundheitswesen von Bedeutung.

Die Kosten des schwedischen Gesundheitswesens werden strikt kontrolliert. Sein Anteil am BSP ist von 9,2 Prozent 1980 auf 7,5 Prozent 1993 gefallen (1 Prozent dieser Abnahme geht allerdings auf die Verlagerung der Pflege vom Gesundheitswesen zu den Kommunen zurück). Wenn man die Alterung der Bevölkerung und den Zuwachs von Möglichkeiten der Medizintechnologie bedenkt, ist klar, daß deutliche Prioritäten gesetzt werden müssen. Im schwedischen Fall erhielten in den

achtziger Jahren die Alten und die chronisch Kranken den Vorrang. Der Anteil der Gesundheitsausgaben für die über 75jährigen ist zwischen 1976 und 1985 von 30 auf 40 Prozent gewachsen. Anders ausgedrückt: Das jährliche Wachstum von 2 Prozent konzentrierte sich gänzlich auf die Menschen, die älter als 75 Jahre sind, während die Pro-Kopf-Ausgaben für die jüngeren sogar abgenommen haben (12). Dieser Trend war dann zwischen 1985 und 1989 weniger ausgeprägt (s.u.). Wenn man bei den jüngeren noch weiter die Ausgaben für chronisch Kranke und Behinderte isolieren würde, würde noch deutlicher, wie sehr sich die Ausgaben auf eine kleine, recht kranke Gruppe konzentrieren. Diese Priorität geht zwar durchaus zusammen mit dem Prinzip der Gerechtigkeit (equity), aber belastet die Loyalität der Steuerzahler. Wie Tabelle 1 verdeutlicht bezahlen die Gruppen A bis C 80 Prozent der Steuern und D und E nehmen 50 Prozent der Gesundheitsdienste in Anspruch. Wenn der Anteil für D und E (alte und behinderte Menschen haben eher niedrige Einkommen) ansteigt, werden die anderen in wachsende Wartelisten gezwungen, wenn in einem System das Gesamtbudget strikt kontrolliert wird. Dadurch wird auch die Gruppe C zum Nettoverlierer. Parallel dazu nimmt die Effizienz (Produktivität), ausgedrückt in Kosten zu Inanspruchnahme ab. Die Kosten eines Krankenhaustags oder eines Arztbesuchs steigen. Ein Grund dafür ist wahrscheinlich die Zunahme älterer und stärker eingeschränkter Patienten.

Eine andere Veränderung betrifft den ideologischen Wandel in der Bevölkerung insbesondere unter den mobilen Mittelschicht-Gruppen. Der tiefere Grund für die Universalität des Sozialstaats war, wie bereits erwähnt, die Aufrechterhaltung einer breiten Loyalität mit einem redistributiven und egalitären System. Das scheint sich nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch zu bestätigen.

Tabelle 2

Prozentsatz der Befürworter eines steigenden Steueranteils minus dem Prozentsatz der Befürworter eines fallenden Steueranteils in ausgewählten Sozialstaatsbereichen, Schweden 1982-1992 (Svallfors [13])

Jahr	1982	1986	1992
Gesundheit	+42	+44	+48
Renten und andere Hilfe für die Alten	+29	+34	+58
Sozialhilfe (Bedarfsprüfung)	- 5	- 5	- 13
Öffentliche Verwaltung	-54	-53	-68

Die Zahlen in der Tabelle 2 zeigen deutlich, daß es keine Tendenz einer abnehmenden öffentlichen Unterstützung für die wichtigen universellen Sozialstaatsprogramme gibt, aber die Unterstützung für die bedarfsgeprüften selektiven [d.h. nicht-universellen, d.Ü.] Sozialhilfeleistungen und der Verwaltung (die mehr bei selektiven als für universellen Leistungen eine Rolle spielt) ist negativ und zwar in zunehmender Weise. Jedoch auch wenn es keine Tendenz gibt für anti-solidarische Einstellungen, so zeigen die schwedischen Daten der World Value Study einen deutlichen Wandel hin zu den mehr *individualistischen* Werten, einschließlich ablehnender Einstellungen gegenüber Autoritäten und der Verwaltung, also gegenüber einigen der mehr paternalistischen Aspekte des Sozialstaats (14). In anderen Worten: Teile der öffentlichen Dienstleistungen, einschließlich des Gesundheitswesens dürften sich weniger auf das eingestellt haben, was Esping-Andersen den »anspruchsvollsten Geschmack der neuen Mittelklassen« genannt hat. Die Ideologie in der Gesellschaft scheint sich also in Richtung auf eine mehr »individualistische Solidarität« zu bewegen: die Menschen scheinen weiterhin stark solidarische Lösungen bei der Finanzierung öffentlicher Dienstleistungen zu befürworten, aber erwarten zugleich größere Sensibilität und mehr Respekt für individuelle Bedürfnisse. (15).

Die Probleme, mit denen das schwedische Gesundheitswesen in den späten achtziger Jahren konfrontiert war, lassen sich in Begriffen von Effizienz und Gerechtigkeit (equity) wie folgt zusammenfassen: Die Effizienz im Sinne des Wohlfahrtsansatzes mag in wachsendem Maße problematisch geworden sein, besonders die jüngeren und steuerzahlenden Gruppen dürften die [subjektive, d.Ü.] Nützlichkeit mehr und mehr als problematisch einschätzen. Ihr Anspruch auf Sensibilität für individuelle Bedürfnisse dürfte unzureichend befriedigt worden sein während sie zugleich durch die Alten und Behinderten auf Wartelisten abgedrängt wurden.

Die Effizienz in bezug auf Gesundheitswirkungen (health outcomes) ist schwierig zu beurteilen. Was allerdings in Kürze gesagt werden kann ist, daß auf der einen Seite die Kosten des Gesundheitswesens streng unter Kontrolle gehalten wurden während andererseits die Entwicklung der Gesundheit, ausgedrückt in der Erwartung gesunder Lebensjahre (healthy life expectancy) positiv ist (Tabelle 3). Das Gleiche gilt für spezifische Krankheiten, die der medizinischen Behandlung zugänglich sind (19).

Gerechtigkeit, ausgedrückt als Zugang und Inanspruchnahme ist eine der deutlichen Besonderheiten des schwedischen Gesundheitswesens (17), und die Tendenz zur Konzentration auf die Alten und chronisch Kranken verdankt sich dieser Priorität, die nicht nur eine politische

Priorität darstellt, sondern auch begriffen werden muß als realer Nettoeffekt täglicher klinischer Entscheidungen, die in den Institutionen getroffen werden.

Gerechtigkeit, wenn man sie in Gesundheitswirkungen ausdrückt, ist jedoch ein größeres Problem. Die sozialökonomische Ungleichheit der Gesundheit hat in Schweden in den letzten Jahrzehnten zugenommen (Tabelle 3). Jedoch hat das wahrscheinlich nur wenig mit den Wirkungen der medizinischen Versorgung zu tun, sondern geht auf Gesundheitspolitik in einem breiteren Sinne zurück. Die Ungleichheiten der sozialen Lebensbedingungen sind im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ebenfalls beträchtlich trotz einer allgemeinen Krankenversicherung. Das Prinzip, daß Geldleistungen von der Höhe der vorherigen Einkommen abhängig sind, führt zu geringen Einkommen besonders für diejenigen, die bereits in jungen Jahren beeinträchtigt waren (Tabelle 4). Sogar in diesem Sinne zeigt Schweden substantielle Ungleichheiten im Zusammenhang mit der Gesundheit.

Tabelle 3

Erwartung gesunder Lebensjahre (Überleben, Wohlbefinden, Einschränkungen) in Schweden 1981-1990 im Altersintervall 35-84 Jahre (Statistisch Sieden [16])

	Männer		Frauen	
	1981-85	1986-90	1981-85	1986-90
Gesamte Bevölkerung	34,3	35,0	37,5	37,8
Arbeiter	33,8	33,9	37,2	37,1
Angestellte	36,4	37,2	38,9	39,2

In der Gesundheitsreform wurde jedoch die Ineffizienz und nicht die Ungleichheit als zu lösendes Problem ins Zentrum gerückt.

Tabelle 4

Lebensbedingungen von 20- bis 44jährigen chronisch Kranken und Gesunden in Schweden 1988-89. »Behinderung« ist hier definiert als medizinisch positiv für eine Frührente begutachtet (16).

	Einkommen unter 150 US-Dollar/Woche	Kann Entscheidungen der Ämter nicht anfechten	Keine Ferienreise letztes Jahr
Psychiatrische Behinderung	53	57	65
Körperliche Behinderung	33	50	47
Ungelernter Arbeiter	20	35	39
Angestellter (»senior salaried employee«)	2	2	13

### *Politische Strategie: Dezentralisierung oder Markt?*

Wie oben schon skizziert wurde, bestehen die wachsenden Probleme im Gesundheitswesen bereits seit langer Zeit und haben auch schon manche politischen Aktionen hervorgerufen. Schon in den frühen achtziger Jahren erkannten Politiker, daß hier etwas getan werden müsse. Die Antwort lautete: Dezentralisierung. Die detaillierte Regulierung des Gesundheitswesens und anderer Dienstleistungen auf nationaler Ebene wurde aufgegeben und die politische Verantwortung wurde verlagert auf die Kreise und Gemeinden. Die Idee war, daß lokale Politiker sensibler gegenüber lokalen Meinungen seien und somit in der Lage wären, die Dienstleistungsinstitutionen in eine Richtung zu entwickeln, die den lokalen Bedürfnissen und Prioritäten besser angepaßt sei. Für diese Strategie stand der schwedische Health Care Act von 1983, der jedoch kein voller Erfolg war.

Auch für die regionalen Entscheidungsträger ist es nicht gerade einfach, das System effizienter zu machen und den Bedürfnissen anzupassen. Wie eine Bevölkerung die Dienste einschätzt, hängt von Tausenden von Kontakten zu Ärzten und Krankenschwestern ab und ihr Verhalten in jeder Situation kann nur sehr schwer reguliert werden. In den achtziger Jahren wurden Kampagnen gestartet, zu denen Experten der Scandinavian Airlines angeheuert wurden, die den Beschäftigten im Gesundheitswesen eine stärkere Dienstleistungsorientierung beibringen sollten. Jedoch bemerkte man zunehmend, daß es klare Anreize in einer Organisation geben muß mit deutlichen Signalen (15) und eine Dezentralisierung der politischen Verantwortung leistete das nicht aus sich selbst heraus.

Als man sich dann gleichzeitig für eine strikte nationale Budgetierung der Gesundheitsausgaben entschied, innerhalb derer dann die lokalen Handlungsträger agieren mußten – den Bezirksregierungen wurde die Erhöhung der Einkommenssteuersätze verboten und zugleich wurden die staatlichen Substitutionen gekürzt –, war unklar, wer nun die politische Verantwortung hatte: die lokalen Politiker, von denen die Einrichtungen betrieben werden oder die nationalen Politiker, die für die Kostendämpfung verantwortlich sind oder die Beschäftigten im Gesundheitswesen, denen die täglichen Entscheidungen obliegen, wer behandelt wird und wer warten muß etc. Es muß nicht überraschen, daß sich sowohl unter den Beschäftigten, als auch unter den regionalen Politikern und ihren Wählern Hilflosigkeit verbreitete. Die Aufteilung in eine zentrale wirtschaftliche Kontrolle und eine dezentrale politische Verantwortlichkeit ließ unklar werden, bei wem man sich im Fall der Unzufriedenheit

zu beklagen hatte. Diese Entwicklung höhlt den Glauben an die Möglichkeit der politischen Gestaltung aus und ebnete so den Weg für Marktlösungen.

### *Die Dynamik interner Märkte*

Ebenso wie Großbritannien und andere europäische Länder hat auch Schweden in den neunziger Jahren damit begonnen, unterschiedliche Formen von ›sozialen Märkten‹ einzuführen, bei denen Anbieter und Käufer voneinander getrennt wurden.<sup>6</sup> Im Falle Schwedens wurde das in einigen Regionen eingeführt, während andere abwarteten. Die politische Kontrolle beschränkt sich auf die Käuferseite, jedoch bleiben die meisten Anbieter (Krankenhäuser und niedergelassene Allgemeinärzte (GPs)<sup>7</sup>) noch öffentlich, auch wenn in letzter Zeit die Privatmedizin geringfügig zugenommen hat. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern ist kombiniert mit Wahlmöglichkeiten der Patienten für Ärzte und Krankenhäuser. Aber Wettbewerb zwischen den Käufern ist nicht zugelassen. Die Bürger werden je nach Wohnort einem Käufer zugeordnet und dieser trägt sämtliche Kosten der Versorgung dieses Individuums außer der Selbstbeteiligung von insgesamt etwa 5 Prozent. Die Krankenhäuser werden bezahlt nach DRGs<sup>8</sup> und die GPs nach einer altersmodifizierten Kopfpauschale.

Zwischen den Käufern und Anbietern werden Verträge abgeschlossen, aber dennoch haben die Patienten völlige Freiheit, unabhängig von solchen Verträgen ihres örtlichen Käufers, in jedem Krankenhaus oder von jedem privaten Praktiker Hilfe zu suchen. Das gewählte Krankenhaus schickt in jedem Fall die Rechnung dem für den Patienten zuständigen Käufer. Die Käufer bleiben somit ohne ein starkes Instrument der Kostenkontrolle. Diese ausgeprägte politische Priorität auf der freien Wahl hat ihre Wurzeln in dem, was wir oben als Ineffizienz im Sinne des Wohlfahrtsansatzes bezeichnet haben: fehlende Anreize, auf Bedürfnisse zu reagieren, ein System, das wenig Raum für eine marktgemäße Kundenrolle ließ und zumeist auf demokratisch-politischen Mechanismen beruht.

Die Reformen, wie sie in Großbritannien und in einigen Regionen (counties) Schwedens (z.B. in Stockholm) eingeführt wurden, sind noch immer sehr jung und es gibt wenig empirische Belege über ihre Wirkungen nach den Kriterien von Effizienz und Gerechtigkeit. Eine Veränderung, die bereits auf der Hand liegt ist die Wirkung auf die Produktivität und die Gesamtproduktion von Gesundheitsleistungen. Die Produktivität von Krankenhausleistungen (gemessen in Krankenhausaufnahmen)

wurde zwischen 1990 und 1993 um 20 Prozent gesteigert und die Wartelisten sind dramatisch kürzer geworden. Das hat sicher die Mikroeffizienz des Systems gesteigert und sogar die Effizienz im Sinne des Wohlfahrtsansatzes, wenn man annimmt, daß die erbrachten Dienstleistungen einer Nachfrage entsprachen. Dasselbe gilt für die erweiterten Möglichkeiten der freien Wahl des Anbieters (die nicht notwendigerweise eine Folge der Aufspaltung in Käufer und Anbieter sein muß).

Tabelle 5

Trends Krankenhausaufnahmen und Pflégetage pro Einwohner in Stockholm County Council 1987-92. Veränderung in Prozent/Jahr. Akutkrankenhäuser

Alter	Aufnahmen		Pflégetage	
	1987-90	1990-92	1987-90	1990-92
0 bis 64	-1,6	+2,4	5,0	- 2,3
65 bis 79	-1,9	+8,0	-5,4	- 3,1
80 +	-0,3	+4,4	-1,5	-14,1

Die Veränderungen der Inanspruchnahme sind jedoch nicht gleich über die Altersgruppen verteilt (Tabelle 5). Der Trend, wonach die alten Menschen jüngere Altersgruppen verdrängten kehrte sich um. Es gibt einen Anstieg bei den Patientenzahlen aller Altersgruppen und eine deutliche Abnahme bei den Pflégetagen der über 80jährigen Patienten. Zunächst wurde das deutliche Wachstum der ›Produktion‹ im Rahmen eines gegebenen Budgets erzielt, aber als die Inanspruchnahme weiter wuchs und es als unmöglich angesehen wurde die Preise (diagnosebezogenen Fallpauschalen) weiter zu senken, wurde ein Anstieg der Kosten für Akutkrankenhäuser unvermeidlich. Daten für 1994/94 zeigen, daß die Finanzierungsträger ein Defizit von 10 Prozent des Budgets haben.

Der Gesamteffekt dieser Veränderungen mag folglich nicht nur in einer höheren Effizienz im Sinne des Wohlfahrtsansatzes durch individuelle Wahlmöglichkeiten und verkürzte Wartelisten bestanden haben, sondern auch in einem starken Sog in Richtung steigender Gesamtkosten. Da die Einnahmen der Bezirksregierungen, die, wie oben erwähnt, das öffentliche Gesundheitswesen betreiben nun streng begrenzt worden sind, entstand ein wachsender Druck auf das System, um neue Finanzquellen zu erschließen. Das können entweder eine höhere Selbstbeteiligung der Patienten oder private Krankenversicherungen sein.

Beide Alternativen haben Auswirkungen auf die Gerechtigkeit (equity) und sogar auf die Effizienz. Selbst wenn es in einem öffentlich finanzierten System der politische Wille ist, die Kosten in den Griff zu bekommen und den Krankenhäusern Budgets aufzuerlegen, besteht das Risiko, daß damit der potentielle Markt für private Anbieter und Versicherer erweitert wird. Zusammenfassend gesagt, wurde die Effizienz im Sinne der Wohlfahrtstheorie erhöht (was das Hauptziel der Reform war) aber um den Preis eines starken Drucks für höhere Ausgaben.

### *Bedeutet erhöhte Produktivität auch erhöhte Effizienz?*

Die Beziehung von Produktivität und Effizienz (bezogen auf Gesundheitswirkungen) ist nicht linear. Die alloкатive Effizienz hängt davon ab, wie gut die Verteilung der Ressourcen an die sich verändernden Bedürfnisse der Bevölkerung angepaßt ist, und die Kosteneffektivität<sup>9</sup> bestimmter Interventionen ist stark abhängig von den Kriterien, nach denen Patienten für Prävention oder Behandlung ausgewählt werden. Darum ist es von großem Interesse, wenn der alterstandardisierte Bevölkerungsanteil, der wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ins Krankenhaus kam, zwischen 1990 und 1993 um 18 Prozent gestiegen ist, während Häufigkeit (Inzidenz) und Sterblichkeit der wichtigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgenommen hat (16). Vor 1990 war die Inanspruchnahmerate dem Krankheitstrend gefolgt. Der Inanspruchnahmeanstieg drückt folglich nicht nur eine erhöhte Hospitalisierung pro Kopf aus, sondern auch eine absolut höhere Patientenzahl. Der Anstieg ist viel höher als die Zahlen auf den vorherigen Wartelisten. Es gibt Anzeichen einer Ausweitung der Indikatoren für Krankenhausbehandlung. Diese Steigerungen beschränkt sich natürlich nicht nur auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern wurde für eine große Zahl von Diagnosen gefunden, bei denen anzunehmen ist, daß die erhöhte Hospitalisierung auf geänderte Kriterien zurückgehen könnte (20). Die Daten selbst beweisen nicht, daß die Effizienz bezogen auf Gesundheitswirkungen abnimmt, aber verweisen auf die problematische Möglichkeit einer Austauschbeziehung zwischen Anreizen für eine höhere Effizienz im Sinne des Wohlfahrtsansatzes [d.h. einer Orientierung am ›Kunden‹, d.Ü.] und Anreizen für eine höhere Effizienz bezogen auf Gesundheitswirkungen.

### *Wie beeinflussen Finanzierungssysteme die Gerechtigkeit (equity)?*

Es gibt kaum Daten, die zeigen daß Gerechtigkeit im Sinne von Zugang und Inanspruchnahme von den Reformen beeinflußt worden ist. In dem Maße, wie Wartelisten zu Ungerechtigkeiten beitragen haben könnten, könnte die Gerechtigkeit erhöht worden sein. Die zentrale Bedrohung für die Gerechtigkeit des wirtschaftlichen Zugangs wird, wie oben erwähnt, hervorgerufen durch den Druck auf Einnahmeerhöhungen mittels der Anhebung der Kostenbeteiligung durch die Patienten.

Wie bereits erwähnt kann die Gerechtigkeit bei den Gesundheitswirkungen sowohl an den Unterschieden der Gesundheit bezogen auf soziale Bedingungen gemessen werden als auch an den Unterschieden der sozialen Bedingungen bezogen auf die Gesundheit. Wir haben jedoch weder eine Evidenz für den einen noch für den anderen Aspekt. Was jedoch den zweiten angeht, so gibt es einige Befürchtungen.

Das Finanzierungssystem, das in vielen internen Gesundheitsmärkten wie auch im schwedischen Modell eingeführt wurde, basiert auf den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs)<sup>10</sup>, in deren Berechnung Patientendiagnose und -alter eingehen. Das bedeutet, daß die Finanzierung nicht bezogen ist auf die Krankheitsfolgen wie Einschränkungen und Behinderungen, die sehr stark innerhalb einer DRG variieren können und die den Behandlungs- und Pflegebedarf beeinflussen. Die Tabelle 5 zeigt, daß die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern für die Gruppe der über 80jährigen nach der Einführung der DRGs beträchtlich gesenkt worden ist. Obwohl bei den alten Menschen normalerweise mehr Beeinträchtigungen mit einer Krankheit einhergehen, die einen Bedarf nach längerem Aufenthalt bedeuten, weisen diese Trends auf ein Risiko drohender Gesundheitsungleichheiten hin, wie es die Tabelle 4 illustriert. Das Ziel, solcher Ungleichheiten zwischen den Lebensbedingungen von chronisch Kranken und Gesunden zu reduzieren meint aber, den Schwerpunkt bei jenen zu setzen, die den höchsten Bedarf an medizinischer *und* sozialer Hilfe haben.

Wir haben argumentiert, daß die Konzentration der Ressourcen auf eine kleine Gruppe von alten und chronisch Kranken politische Probleme macht und daß die implementierten Gesundheitsreformen diese Entwicklung umgekehrt zu haben scheinen. Dieser Wechsel kann jedoch Ungleichheiten hervorbringen bezogen auf die sozialen Folgen von Krankheit, denn den Reformen fehlen Anreize, auf andere als die strikt medizinischen Aspekte des Bedarfs einzugehen.

Wie es vor den Reformen war, so wird es auch danach sein: es muß eine Balance hergestellt werden zwischen Gerechtigkeit und Effizienz,

zwischen Gerechtigkeit und der breiten politischen Loyalität und zwischen breiter politischer Unterstützung und Kostenkontrolle. Die Gesundheitsreformen sollten ursprünglich dem Zweck dienen, die politischen Bündnisse wiederherzustellen, die ein kostspieliges universelles und öffentliches Gesundheitssystem braucht, aber sie könnten sowohl Kostenkontrolle als auch Gerechtigkeit bedrohen.

### *Postskriptum (1996)*

Die Gesundheitsreformen, die in einigen Regionen Schwedens eingeführt wurden, waren in der Hinsicht begrenzt, als sie Grundstruktur der öffentlichen Finanzierung und Herstellung der meisten Dienstleistungen nicht verändert haben. Die Reformen wurden konzentriert auf die Allokationsmechanismen, in dem ein Budgetsystem für Krankenhäuser und Primärversorgung ersetzt wurde durch ausgehandelte Verträge zwischen Käufern (die für ihre Personengruppe verantwortlich sind) und quasi-autonomen Krankenhäusern und Allgemeinärzten.<sup>11</sup> Die freie Arztwahl durch die Patienten sollte erhalten bleiben. Es wurden daher gatekeepers ebenso vermieden wie die ›fundholding functions‹ durch die Primärärzte.<sup>12</sup> Die Anreize sind verschieden für die Primär- und Sekundärversorgung. Die Allgemeinärzte wurden nach einer altersgewichteten Kopfpauschale bezahlt, während die Krankenhäuser mit einem festen Preis für die Dienstleistungen auf Grundlage einer DRG-Liste vergütet wurden.

In den Jahren 1991 bis 1994, als die Reformen graduell eingeführt wurden, erlebte Schweden die schlimmste wirtschaftliche und finanzielle Krise seit den dreißiger Jahren. Die Arbeitslosigkeit, die in Stockholm seit über 50 Jahren unter einem Prozent gelegen hatte, stieg und hielt sich auf 10 Prozent. Die Einnahmen der Käuferorganisationen der Bezirksregierungen sanken in der Folge, denn es bestand zu der Zeit die politische Priorität, die Einkommenssteuersätze für das Gesundheitswesen nicht zu erhöhen. Gleichzeitig waren sich alle politischen Parteien darüber einig, daß eines der größten Strukturprobleme des schwedischen Systems die geschichtlich gewachsene Dominanz der Krankenhäuser über die Primärversorgung ist. Konsequenterweise wurden die Zentren für Primärversorgung, die eine spezifische Population durch Teams von Ärzten, Schwestern, Hilfspersonal, Hebammen und Physiotherapeuten versorgen, teilweise abgebaut. Eingeführt wurden Primärarztinrichtungen, in denen vor allem Ärzte beschäftigt sind, die Zahl der Primärärzte wurde erhöht und der Anteil des Primärarztbudgets an

den Ausgaben stieg von 17 auf 22 Prozent. Diese Veränderung reduzierten das Käuferbudget für Krankenhäuser entsprechend.

Das neue Krankenhaus-Finanzierungssystem hatte jedoch eine sofortige und beträchtliche Wirkung: Die Produktion von Krankenhausleistungen stieg schnell an und die Wartelisten verschwanden. Trotz gesteigerter Produktivität und Effizienz stiegen auch die Gesamtkosten, die an die Käufer weitergegeben wurden. Dabei waren die wachsenden Zahlen bei den Krankenhausaufnahmen und den ambulanten Dienstleistungen [der Krankenhäuser, d.Ü.] kein Ausdruck eines Drehtüreffekts, denn die Anzahl der Aufnahmen pro Patient blieb konstant. Vielmehr gab es eine Ausweitung der Indikationen und Anwendungen neuer Technologien für Diagnostik und Behandlung, die den Kostenanstieg noch über den Anstieg der Fälle hinaus verursacht haben. Folglich lief bei den Käufern ein wachsendes Defizit auf. Die DRG-Preise auf den internen Märkten wurden gesenkt, um die Krankenhauskosten zu senken mit dem Ergebnis, daß die Einnahmen der Krankenhäuser nicht mehr die tatsächlichen Kosten deckten – besonders nicht in den Universitätskliniken. 1995 wurde die Lage kritisch mit rückläufigen Steuereinnahmen und einem Markt, in dem sowohl die Anbieter als auch die Käufer Defizite machten. Die Antwort darauf bestand darin, den Krankensektor im Jahre 1996 wieder zu budgetieren. Die politischen Veränderungen nach den Wahlen von 1994, die die Sozialdemokraten wieder in die nationalen und regionalen Regierungen zurückgebracht hatten, führten auch zu einem Wechsel in der Primärversorgung, indem die Zentren wieder eingerichtet wurden. Sie haben die Verantwortung für eine definierte Population und erhalten zugleich auch die Möglichkeit der freien Arztwahl. Die Aufspaltung des Gesundheitssystems in Anbieter und Käufer blieb erhalten. Die Vorteile einer lokalen politischen Käuferorganisation, die innerhalb eines festen Budgets Prioritäten setzen kann im Rahmen von gesamtpolitischen Zielen zur Effizienz, Effektivität und Gerechtigkeit wird noch immer als etwas angesehen, das Wert ist, bewahrt zu werden.

Korrespondenzadresse

Kardinska Institutet, Dept. International Health and Social Medicine  
S-17283 Sundbyberg

### *Anmerkungen des Übersetzers*

- 1 Der hier verwendete Begriff »Equity« (Gerechtigkeit im Sinne von Fairneß, Billigkeit) stammt aus der angelsächsischen Rechtslehre. In der internationalen

- Sozialstaatsdiskussion spielt er eine wichtige Rolle, hier läßt er sich am Kontrastbegriff »Equality« (Gleichheit) definieren: Beispielsweise kann eine einheitliche Volkspension als egalitär (egalitarian) bezeichnet werden vom Standpunkt der Rechtsgleichheit, aber kaum als gerecht und billig (equitable) im Sinne von »equity« angesehen werden, denn einige bekommen Rente ohne jemals einen Beitrag geleistet zu haben, andere bekommen weniger als ihr Beitrag. »Equity« meint die Rationalität von *Leistung und Gegenleistung* etwa im versicherungstatistischen Sinne, während »equality« die umverteilende Gerechtigkeit im Sinne einer kollektiven *Solidarität* ausdrückt. Vgl. *Esping-Andersen, G. (1994): Welfare States and the Economy*, in: Smelser, N.J./Swedberg, R. (Ed.): *The Handbook of Economic Sociology*, New York (Princeton University Press), 711-732.
- 2 Der »welfare state« im angelsächsisch-skandinavischen Gebrauch entspricht eher dem deutschen »Sozialstaat« (etwa im Zusammenhang mit den Sozialstaatspostulat des Grundgesetzes). Der Begriff »Wohlfahrtsstaat« hat in der deutschen Debatte häufig eine versteckt abwertende Konnotation, weswegen der von den Sozialstaatsgegnern auch meist bevorzugt wird.
  - 3 OECD: Organization for Economic Cooperation and Development, ist ein wirtschaftlicher Zusammenschluß der Industrieländer.
  - 4 Damit sind nicht nur Sozialleistungsträger gemeint, sondern u.a. auch Schutzrechte, Tariffreiheit etc.
  - 5 Gegen diese Annahme kann nicht der Einwand der Steuerprogression geführt werden, denn obwohl die Steuersätze meist progressiv sind, ist dies bei den tatsächlich gezahlten Steuern (nach Abzug der legalen und illegalen Steuervermeidung) kaum der Fall. Im Gegenteil sprechen viele Hinweise dafür, daß der reale Steueranteil an den hohen Einkommen geringer (und nicht selten gleich Null) ist als bei der Masse der mittleren Löhne und Gehälter. Vgl. »Nur die Dummen zahlen«, DER SPIEGEL Nr.12/1996, 22-28.
  - 6 Das entspricht zunächst formal dem kanadischen oder deutschen Modell, wo sich Krankenkassen (als Käufer) und Krankenhäuser, Kassenärzte usw. (als Anbieter) gegenüberstehen.
  - 7 General Practitioners, GPs.
  - 8 Diagnosis-related Groups: Kategorien des Behandlungsaufwands, die auf Diagnosen und Patientenalter gegründet und mit Fixpreisen versehen sind zur Finanzierung der Krankenhäuser. Zuerst eingeführt in der staatlichen Krankenversicherung für über 64jährige Amerikaner (Medicare).
  - 9 »Kosten-Effektivität«: Erzielung eines höchstmöglichen outputs (Güter oder Dienstleistungen) bei einem gegebenen Einsatz von Ressourcen, z.B. bei einem fixen Budget. Insofern gleichbedeutend mit »Wirtschaftlichkeit«.
  - 10 DRG: Diagnosis-related groups, sind ein Satz von Kategorien auf der Grundlage von Patientendiagnosen, medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten und Patientenalter. D.h. Für Patienten mit der Diagnose X im Alter von Y wird ein durchschnittlicher Aufwand geschätzt, der in den dann festgelegten Fixpreis eingeht. DRGs wurden ursprünglich für die Krankenhausfinanzierung durch das US-amerikanische Medicare Programm konstruiert und werden – in modifizierter Weise – heute auch von anderen Versicherungen und in anderen Ländern eingesetzt.
  - 11 Der größte Teil der spezialärztlichen ambulanten Versorgung in Schweden findet in Krankenhäusern statt.
  - 12 Gatekeeper: in den amerikanischen Managed Care Organisationen ist die Inanspruchnahme eines »gatekeepers« (Türwächter) obligatorisch, dem alle weiteren Maßnahmen veranlaßt und kontrolliert und der selbst vom jeweiligen Management

der Organisation kontrolliert wird (s. den Aufsatz von Kühn in diesem Band). – Fundholding: im britischen National Health System verfügen die General Practitioners über ein Budget, aus dem sie im Prinzip die von ihnen veranlaßten Maßnahmen finanzieren müssen.

### Literaturverzeichnis

- (1) World Development Report 1993. Investing in Health. World Bank. Oxford University Press NY 1993
- (2) Ricci D: The Tragedy of Political Science. Yale University Press. New Haven 1984
- (3) Culyer AJ, Evans RG, vSchulenburg JMG, deVen WPMM, Weisbrod BA: International Review of the Swedish Health Care System. Center for Business Studies. Occasional paper No 34. Stockholm 1991
- (4) Culyer AJ: The normative economics of health care finance and provision. Oxford Rev. Econ. Policy 1990;5:34-58
- (5) Wagstaff, A.: QUALYs and the equity-efficiency trade-off. J Health Economics 1991;10:21-42
- (6) V Doorslaer, Rutten and Wagstaff, Equity in Delivery and Finance of Health Care. 1993
- (7) Flora P et al.: Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II. Walter de Gruyter. Berlin 1986-87
- (8) Esping-Andersen G.: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press. Cambridge 1990
- (9) Olsson SE: Social Policy and the Welfare State in Sweden. Lund Studies in Social Welfare III. Arkiv, Lund 1990
- (10) Rothstein B: Labour Market Institutions and Working-class Strength. in Steinmo, Thelen & Longstreth (eds.): Structuring Politics, Historical Institutionalism in a Corporative Perspective. Cambridge University Press NY 1992
- (11) Rothstein B.: Vad bör staten göra. SNS förlag. Stockholm 1994
- (12) Gerdtham V, Jönsson B: Sjukvårdskostnader i framtiden – vad betyder åldersfaktorn. ESO Report. Ds 1990:39. Ministry of Social Affairs 1990
- (13) Svallfors S: Svenskarna och välfärdsstaten. Häftnen för Kritiska Studier 1994;27:2-3:39-52
- (14) Petterson T & Geyer K: Värderingsförändringar i Sverige. Utbildningsförlaget Brevskolan. Stockholm 1992
- (15) von Otter C, Saltman R: Re-vitalizing public health care systems: A proposal for public competition in Sweden. Health Policy 1987;7:21-40
- (16) Folkhälsorapport 1994: Socialstyrelsen. Stockholm 1994
- (17) Diderichsen F, Dahlgren G, Spetz C-l: Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering HS90. SOU 1984:40. Stockholm 1994
- (18) Dahlgren G: Framtida sjukvårdsmarknader. Natur & Kultur. Stockholm 1994
- (19) Westerling R: The avoidable death method. Uppsala University dissertations 1992
- (20) Diderichsen F. Epidemiologiska verktyg i beställararbetet. (Epidemiological tools for purchasing). Karolinska Inst. Dept Int Health Soc Med. Report 228. 1993