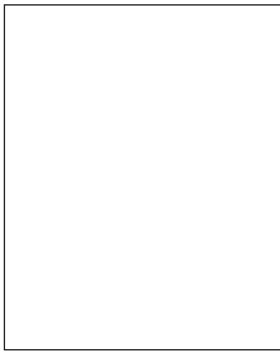


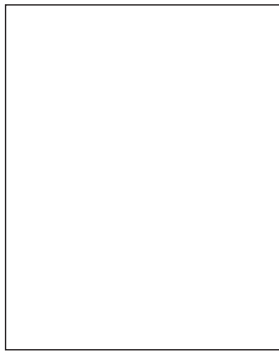
Konkurrens i ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem

Nya direktiv för tyska sjukkassor

av ek. lic **Per-Johan Horgby**, ek. dr **Oliver Schöffski** och professor **J.-Matthias greve von der Schulenburg**



Per-Johan Horgby



Oliver Schöffski



*J.-Matthias greve
von der Schulenburg*

I. Inledning

Konkurrens medför kamp om överlevnad. För aktörer på en konkurrerande marknad gäller att effektiva producenter får konsumenternas förtroende och ineffektiva slås ut. Det finns inget liknande fördelningsmönster som kan mäta sig i fråga om effektivitet och anpassning till nya förutsättningar som en marknad. Konkurrens på en fri marknad sker emellertid under det villkoret att plånbokens storlek får bestämma vad man kan köpa. Därmed sagt att de rika kan köpa sig bättre varor och service än de mindre bemedlade. För vissa varor och tjänster har den politiska viljan uteslutit allokation efter betalningsförmåga och ersatt en marknadskonkurrens med en administrativ fördelning. Detta gäller t.ex.

för den gigantiska sektor som hälso- och sjukvården utgör. Där bestämmer politiker, administratörer och läkare vilken vård patienterna får samt tvångsfinansierar deras egen verksamhet via skatter eller sjukförsäkringar, t.ex. landstingsskatten i Sverige eller den obligatoriska sjukförsäkringar i Tyskland. I detta administrativa fördelningsmönster råder det ingen naturlig konkurrens. Eftersom konkurrens i de flesta fall stimulerar människor att arbeta effektivare och dessutom lyssna på vad patienterna faktiskt tycker, har den politiska viljan vänts från ett planekonomiskt tänkande till förmån för så kallade "marknadslösningar" inom hälso- och sjukvården.¹ Ett av de senaste och mest vitala försöken att liva upp en administrativ fördelningspolitik återfinns i det tyska sjukförsäkringssystemet.

Den 1 januari 1993 trädde strukturlagen för hälso- och sjukvården (*Gesundheits-Strukturgesetz*) i kraft. Det var en i raden av lagar som syftade till att dämpa kostnadsexplosionen i det tyska hälso- och sjukvårdssystemet. Till skillnad från tidigare reformlagar riktade sig udden inte bara emot kostnadsdämpande åtgärder utan också mot organisationen av det obligatoriska sjukförsäkringssystemet (*die Gesetzliche Krankenversicherung*).² Strukturreformerna sammanfattades i tre punkter:

- införande av en riskutjämningsfond mellan sjukkassor,
- garantera valfrihet mellan sjukkassor,
- nyförordning av sjukkassornas självständighet.

Enligt lagskrivaren ämnade de två första åtgärder att lösa sjukkassornas strukturella problem med en snedvriden riskfördelning mellan sjukkassor och avsaknad av incitament för sjukkassorna att agera effektivt och kundanpassat. I denna artikel skall vi närmare gå in på den andra punkten: valfrihet att välja sjuk-kassa. Denna milsten i tysk sjukförsäkringshistoria är det senaste steget mot en konkurrensorienterad sjukförsäkring och började verka den 1 januari 1996. Inför denna viktiga omvälvning skall vi i det följande beskriva omfattningen av de konkurrensåtgärder som har lagstiftats i Tyskland. För kännedom ges först en allmän genomgång av det tyska sjukförsäkringssystemet.

II. Obligatoriska och frivilliga sjukförsäkringar

Socialförsäkringar har en lång tradition i Tyskland. I det tyska kejsardömet under 1800-talet grundades ett flertal sjukkassor, ofta knutna till företag eller geografisk ort. Fler och fler insåg fördelarna med en sjukförsäkring, men många tyskar, framför allt arbetare, saknade finansiella medel för att köpa sig ett försäkringsbrev. År 1883 införde kejsare Wilhelm

den andre efter beredning av rikskansler Otto von Bismarck en obligatorisk socialförsäkringslag för arbetare.³ Motiven bakom denna försäkringsinnovation är omtvistad, men den allmänt växande kommunistiska arbetarrörelsen blidkades därmed, vilket delvis förhindrade kommunisternas genomslagskraft i Tyskland.⁴

Till en början omfattade socialförsäkringsskyddet i huvudsak sjuk- och olycksfallsförsäkringar av arbetare. Som följd av en stabil ekonomisk utveckling fram till det första världskriget utvidgades försäkringsskyddet successivt till andra grupper. År 1911 sammanfattades socialförsäkringarna i en *Reichversicherungsordnung* med tre försäkringsområden; sjuk-, pensions- och olycksfallsförsäkringar. Samma år uppgick antalet sjuk-kassor till 23 000, varav 70 procent hade färre medlemmar än 250.⁵ Från början av 1900-talet till idag har antalet sjukkassor minskat dramatiskt. 1993 fanns det endast 1 304 sjuk-kassor med i genomsnitt 55 000 försäkrings-tagare. Orsaker bakom denna koncentration är, förutom ekonomiska stordriftsfördelar i försäkringsbranschen, lagförändringar som vi återkommer till senare.

Betraktar vi närmast den obligatoriska sjukförsäkringen så administreras den idag av ungefär 900 sjukkassor.⁶ Sjuk-kassorna är självständiga, men staten förbehåller sig rätten att påverka försäkringskatalogen genom lagstiftning. Historiskt sett delas dessa sjuk-kassor in i två slag; primärkassor (*Primärkassen*) och ersättningskassor (*Ersatzkassen*). Primärkassorna består i sin tur av sex olika typer av sjukkassor uppdelade i allmänna lokala sjukkassor (*Allgemeine Ortskrankenkassen*), företagskassor (*Betriebskrankenkassen*), hantverkskassor (*Innungskrankenkassen*), lantbrukskassor (*Landwirtschaftliche Krankenkassen*), sjökassor (*See-Krankenkassen*) och gruvarbetarkassor (*Bundesknappschaft*). Ersättningskassorna består av tjänstemanna- och arbetarkassor.⁷ Innan den 1 januari

ari 1996 blev man obligatoriskt ansluten till någon primärkassa utifrån kriterier om boställningsort, yrke, eller tillhörighet till något hantverksskrå. Ersättningskassorna har alltid varit ett alternativ för särskilda yrkesgrupper och kan historiskt förklaras utifrån en rigid uppdelning mellan arbetare och tjänstemän allt sedan den första sjukförsäkringens tid.

Den obligatoriska sjukförsäkringen betalas in av arbetstagare och arbetsgivare med lika stor andel. Premieavgiften är inkomstrelaterad och varierar beroende på vilken sjukkassa man tillhör. Sjukassorna kan själva bestämma premieavgiften. I princip är alla tyska medborgare försäkrade. Barn, studenter, arbetslösa och andra obemedlade personer har även tillgång till den obligatoriska sjukförsäkringen.

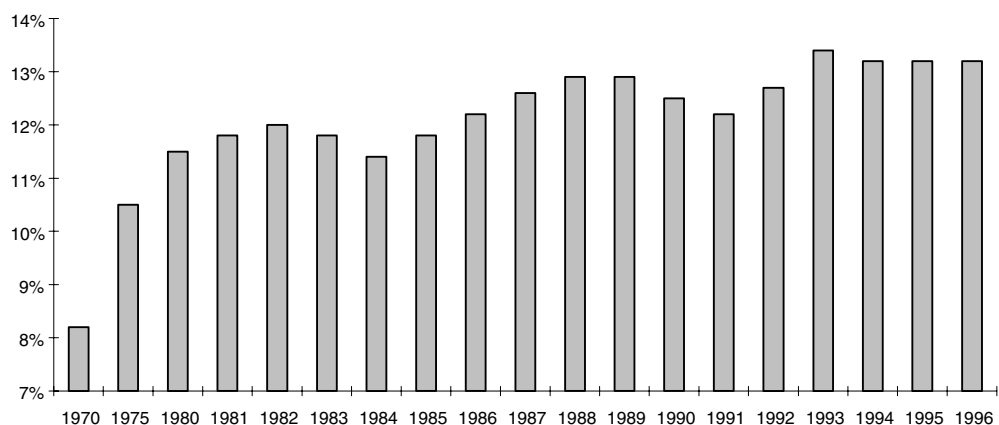
Under 1995 varierade premieavgiften i de olika sjukassorna mellan 9 och 15,5 procent av bruttolönen upp till en högsta lönegräns på 5 850 DM per månad (Östtyskland 4 800 DM). Genomsnittlig premieavgift låg under samma tidsperiod på 13,2 procent.¹⁰ För inkomster över lönegränsen avräknas ingen premie. Se nedanstående figur hur premie-

avgiften har förändrats från början av 1970 till idag.

Jämte den obligatoriska sjukförsäkringen finns flertalet privata försäkringsgivare. Dessa drivs som aktiebolag eller som ömsesidiga försäkringsföreningar och underkastas statlig översyn enligt försäkringslagen.¹¹ Betydelsen och framtiden för de privata sjukförsäkringarna är delvis beroende av i vilken mån laggivaren föreskriver medlemskap i den obligatoriska sjukförsäkringen. Privata sjukförsäkringarna är endast öppna för dem som inte är försäkringspliktiga. Personer som har en månatlig inkomst som överstiger den högsta lönegränsen är ej försäkringspliktiga utan kan antingen i) försäkra sig hos en privat sjukförsäkrare, ii) hos en sjukkassa eller iii) helt avstå från en sjukförsäkring. Ungefär 20 procent av befolkningen är förunnade denna valfrihet. Av dessa har nästan hälften valt en privat sjukförsäkring.

En allmän jämförelse mellan privat och obligatorisk premieavgift är inte möjlig, eftersom den obligatoriska sjukförsäkringen är en omfördelande sjukförsäkring mellan generationer och inkomstgrupper. Dessutom omfatt-

Genomsnittlig premieavgift i den obligatoriska sjukförsäkringen, i procent, 1970–1996⁹, Västtyskland⁹



Källa: Bundesministerium für Gesundheit 1996

tar den obligatoriska sjukförsäkringen automatiskt flera medförsäkrade, såsom make/make och barn. Privata sjukförsäkringskontrakt 'skräddarsys' efter försäkringstagarnas önskemål, samt differentieras efter kriterier om ålder, kön och hälsostatus. Som privatförsäkrad patient har man dessutom möjlighet att köpa sig bättre vård och service. Vissa privata kontrakt garanterar behandling av en överläkare, enkelrum, bättre mat etc. Dessa specialförmåner är tungt vägande skäl för många att lämna den obligatoriska sjukförsäkringen. Det är därför ingen överraskning att privata sjukförsäkringar i allmänhet är dyrare. Men för en frisk, ensamstående och ung höginkomsttagare kan det faktiskt bli billigare att lämna den obligatoriska försäkringen och istället teckna privata sjukförsäkringar.¹²

III. Valfrihet att välja sjukkassa

Allmänna bestämmelser

Sedan den 1 januari har alla försäkringstagare i den obligatoriska sjukförsäkringen rätt att välja vilken sjukkassa de vill tillhöra. Medlemskap grundar sig inte längre på tvång föreskriven i lag utan istället på en rättighet att välja. För att undvika att sjukkassorna gör en selektion av personer med låg sjuklighet, får de inte neka någon sökande medlemskap (kontraktstvång). I och med detta steg har skillnaden mellan primär- och ersättningskassorna upplöst. De enda särbehandlade sjukkassorna är för närvarande sjömanskassor, gruvarbetarkassor och flertalet lantbruksskassor.¹³ Personer som arbetar i yrken besläktade till dessa sjukkassor har ingen valfrihet utan är tvångsmedlemmar även i fortsättningen.

Ersättningskassorna har traditionellt sett en särskild status då de i huvudsak försäkrar tjänstemän. Innan den 1 januari 1996 gjorde arbetare sig onödigt besvär med att ansöka om medlemskap i en ersättningskassa. Detta

medförde att ersättningskassorna försäkrade relativt homogena riskgrupper, ofta med låg morbiditet. I och med att ingen sjukkassa (förutom de tre ovannämnda) får neka någon sökande medlemskap tillåts inte en diskriminering av arbetare längre. Det enda kravet som måste uppfyllas är dock att försäkringstagaren måste bo eller arbeta inom ersättningskassans upptagningsområde. Härvid uppkommer dock en möjlighet för riskselektion per geografiskt område, vilket är speciellt känsligt i ekonomiskt svaga regioner i det forna DDR. För att förhindra att ersättningskassor koncentrerar sina verksamheter till regioner med höga avkastningsmöjligheter är det inte tillåtet att godtyckligt förändra det geografiska området som kassorna arbetar på.¹⁴

Särbehandlade enligt den nya lagen förblir företags- och hantverkskassorna. Dessa sjukkassor är endast valbara för personer som arbetar inom det försäkrade företaget eller tillhör det speciella hantverksskrået. Till skillnad mot andra försäkringspliktiga har anställda vars företag har en sjukkassa eller hantverkare vars intresseorganisationer bedriver en sjukkassa möjlighet att välja mellan den egna sjukkassan och alla andra sjukkassor. Som för de andra sjukkassorna gäller det för företags- och hantverkskassor att de inte får neka någon som enligt statuterna är berättigande medlemskap.

Utövande av valrättighet

Lagtexten utgår ifrån att den sjukförsäkrade är en aktiv part i fråga om val av sjukkassa. Detta innebär att hon/han själv skall uppsöka den sjukkassa hon/han vill ha och att ingen annan, ej heller arbetsgivaren, har rätt att påverka vilken sjukkassa den berörda skall välja. Eftersom arbetsgivaren betalar in hälften av försäkringspremien finns det incitament för arbetsgivaren att styra den försäkringspliktiga, men ett sådant beteende är alltså rättsvidrigt. Val av sjukkassa är en personlig rättighet.

Rättigheten att välja en sjukkasse innebär också en rättighet att avstå från att välja. När det aktiva sjukkassevalet uteblir, inträder regler för passivt medlemskap. Laggivaren har uppmanat sjukkassornas förbundsorganisationer att utveckla ett system för fördelning av "soffliggarna".¹⁵ I de regler som nu gäller fördelas passiva försäkringspliktiga enligt de två sista siffrorna i varje enskilds socialförsäkringsnummer. En speciell sifferkombination koderas därmed till en viss sjukkassa. Detta slags fördelningsnyckel beräknas efter sjukkassornas inbördes marknadsandelar, dvs. små sjukkassor får en lägre tilldelning medan stora sjukkassor erhåller fler "passiva" försäkringstagare.

Man kan endast växla en sjukkassa vid slutet av varje kalenderår och uppsägnings-tiden är i regel tre månader. Efter ett byte av sjukkassa är man bunden vid den nya i minst tolv månader. Dessa begränsningar i valrättigheten är till för att minska de administrativa kostnaderna som uppkommer i samband med ett byte. Det är dock möjligt att byta sjukkassa när yttre omständigheter förändras, som t.ex. vid nyanställning, flyttning till annan ort, övergång till pension etc.

Konkurrensområden

1993 års strukturlag för hälso- och sjukvården har förstärkt försäkringstagarnas position i det tyska sjukförsäkringssystemet. Framför allt gäller det försäkringstagarnas nya rörlighet. Marknadens allokationsprincip – kunden bestämmer – har börjat få intrång i den stelbenta tyska byråkratin. För att behålla sina försäkringstagare och därmed säkra överlevnaden är sjukkassorna nu tvungna att profilera sig. Två konkurrensområden är av särskilt intresse: storleken på premieavgiften och sjukkassornas kundorientering.

Sjukförsäkringsbeloppet är proportionellt mot lönen till och med den högsta lönegränsen. Sjukkassornas intäkter är alltså beroende av dels premieavgiftens storlek och dels med-

lemmarnas inkomster. Eftersom det är känt att korrelationen mellan inkomst och sjuklighet är hög, empirin visar att låginkomsttagare uppvisar större sjuklighet än höginkomsttagare,¹⁶ infördes 1994 en så kallad riskutjämningsfond. Denna fond omfördelar premieintäkter från sjukkassor med stora grupper höginkomsttagare till sjukkassor med i huvudsak låginkomsttagare. Fördelen med denna omfördelning är förstas att sjukkassor som verkar i svaga inkomstskikt inte skall behöva ta ut för höga premier. Detta sker dock till priset av en försvagad incitamentsstruktur. Riskutjämningsfonden fixerar inkomstsidan av sjukkassornas verksamhet och de enda alternativ som kvarstår för att sänka premieavgiften är att påverka kostnaderna. Också detta visar sig problematiskt. Mot bakgrund av en laggiven försäkringskatalog, som specificerar vilka hälso- och sjukvårdstjänster som en försäkrad är berättigad till, och dessutom centralt förhandlade sjukhus- och läkarevårdstaxor så är sjukkassornas möjligheter att sänka kostnaderna inom hälso- och sjukvården starkt begränsade. Vad sjukkassorna verkligen kan påverka är deras egna administrativa kostnaderna. När dessa endast uppgår till fem procent av de totala kostnaderna, blir effekten av även drastiska administrativa nedskärningar likväl marginella. Vi ser att konkurrens om premieavgiften visserligen är önskvärd men i realiteten svår att förverkliga för en enskild sjukkassa.

Sedan införandet av den obligatoriska sjukförsäkringen i slutet av 1800-talet har sjuk-kassorna sett sina huvudsakliga uppgifter som förvaltare. Men en sjukkassa förvaltar inte enbart försäkringsinbetalningar utan erbjuder en tjänst, närmare bestämt en service för att minska de ekonomiska effekterna av hälsorisker. I linje med en ökad konkurrens förändras medvetenheten om sjukkassornas uppgifter. Sjuk-kassornas tjänster består dels av den konkreta utformningen av försäkringsutbudet och dels hur kunderna bemöts av sjukkas-

san. Bortom den laggivna försäkringskatalogen, finns det möjligheter för sjukkassan att erbjuda tilläggstjänster åt sina försäkringsstagare.¹⁷ Ett område där sjukkassornas har beviljats frihet att öka försäkringsutbudet gäller friskvård. Preventiv friskvård uppfattas allmänt som en investering för framtiden och redan nu kan man märka hur vissa sjuk-kassor profilerar sig som "hälsokassor", erbjudande ett rikligt utbud av allmän hälsofrämjande aktiviteter. En välformulerad friskvårdsstrategi attraherar hälsomedvetna personer, vilket förhoppningsvis medför lägre kostnader för sjukkassan. Denna orientering av försäkringsutbudet efter försäkrings-tagarnas önskemål är ny. Innan valfriheten att välja sjuk-kassa infördes den 1 januari 1996 tvångstilldelades de flesta tyskar en primär-kassa. För primärkassorna fanns det alltså inga krav att tillgodose försäkringsgivarens behov utöver det som stipulerades i lag. Ersättningskassorna, som hela tiden har varit tvungna att attrahera medlemmar, har däremot utvecklats en servicepolitik som visat sig gångbar. Öppningstider, kundbemötande, närhet etc. är numera faktorer som ingen sjuk-kassa har råd att förbise. Även om mycket har skett, kvarstår dock det faktum, att angående sjuk-kassornas kundorientering, så finns det mycket övrigt att önska.

IV. Strukturella förändringar

En fri marknad kännetecknas av fritt in- och utträde. Så är inte fallet i det tyska sjukförsäkringssystemet. Enligt det nya rättsläget kan enbart företags- och hantverkskassor nystartas. Vill en arbetsgivare starta en sjuk-kassa måste han uppvisa en försäkringspliktig personalstyrka på minst tusen personer. Istället för att grunda nya sjuk-kassor uppmanar laggivaren sjuk-kassorna att koncentrera sjukförsäkringen i större enheter.¹⁸ En av orsakerna bakom denna uppmaning är de stordriftsfördelar som finns i en försäkrings-

industri. Små regionala försäkringsgivare kan inte utnyttja diversifikationsfördelar som stora försäkringspooler kan och i större enheter finns det utrymme för kostnadsbesparingar och rationaliseringar genom att t.ex. dela på administrativ personal. Tendensen går också mot fusioner. Så fanns det exempelvis 272 lokala sjuk-kassor i december 1992. Tre år senare hade antalet sjunkit till endast 20 stycken.¹⁹

Sedan den 1 januari 1996 gäller också nya regler för utträde ur marknaden. Om tillsyningsmyndigheten finner att en sjuk-kassa är på obestånd, kan han begära att sjuk-kassan skall stängas. Innan denna regel trädde i kraft hade ju primärkassorna funktionen som "uppsamlingskassor". Personer som inte hade någon annan tillhörighet tilldelades medlemskap i en primärkassa. Med den nyvunna valfriheten upphör primärkassornas funktion som "första" försäkrare och därmed finns inga formella hinder att stänga en sjuk-kassa.

Eftersom ny sjuk-kassor inte kan startas, bortsett från företags- och hantverkskassor, samtidigt som laggivaren befrämjar större enheter, kännetecknas dagens tyska sjukförsäkringssystem av en stark koncentrationsprocess. Hur långt denna sammanslagning av sjuk-kassor tillåts att gå, återstår att se. Det är dock inte omöjligt att "marknaden" för obligatoriska sjukförsäkringar snart kommer att ske under en oligopolistisk marknadsstruktur. De sjuk-kassor som en gång i tiden grundades för en viss yrkesgrupp förlorar allt mer sin ursprungliga identitet. Den inslagna vägen går mot likriktade sjuk-kassor som tävlar på en starkt reglerad marknad.

V. Sammanfattning

Strukturlagen för hälso- och sjukvården har med det senaste lagförändringen angående valfrihet att välja sjuk-kassa och som trädde i kraft den 1 januari 1996 skapat förbättrade förutsättningar för en reglerad konkurrens

inom det obligatoriska sjukförsäkringssystemet i Tyskland. Det är emellertid för tidigt att avgöra hur denna förändring kommer att utfalla. Dels kunde de första fluktuationerna först ske i slutet av 1996 och denna rörlighet har ännu inte kunnat analyserats. Dels förknippas sjukförsäkringar med traditionellt handlande, dvs. man förblir gärna sin sjuk-kassa trogen. I vilket fall som helst kan man redan nu säga att valfriheten har påverkat sjuk-kassornas beteenden. Omstruktureringar och rationaliseringar är direkta följder av den potentiella kundrörligheten. Sjuk-kassor försöker också profilera sig gentemot varandra och kundorientering är åtminstone det officiella honnörsordet. Vidare talar mycket för att valfriheten kommer att innebära ökad effektivitet hos sjuk-kassorna. Med en laggiven försäkringskatalog är den administrativa sidan en av de få utgiftsposterna sjuk-kassorna kan påverka. Att detta i sin tur leder till fusioner är för närvarande inget större problem. Visar det sig dock att koncentrationsprocessen leder till oligopol måste stordriftsfördelarna i sjukförsäkringsindustrin vägas mot välfärdsluster på en marknad med få aktörer.

För svenskt vidkommande är det viktigt att följa utvecklingen av sjuk-kasssystemet i Tyskland. Om svenska försäkringsgivare vill vara med och tävla om rätten att sjukförsäkra den dag då Landstingens monopol som huvudmän för både finansiering och produktion upphävs, krävs det kunskap och framförhållning. För att vara trovärdiga alternativ till Landstinget måste svenska försäkringsgivare övertygande visa att de behärskar uppgiften att samtidigt vara effektiv, ha kostnads-kontroll och leva upp till solidaritetens mål.²⁰ Vill man från försäkringsindustrins sida visa att finansiering av hälso- och sjukvården sköts bättre av fristående privata sjuk-kassor bör man inte förbise erfarenheter från den reglerade konkurrensmarknaden i Tyskland.

Noter

- ¹ Ett exempel på en marknadslösning inom svensk sjukvård är införandet av "interna marknader", där en "köp och sälj"-modell fördelar resurserna inom sjukhusen. Rehnberg (1995) har skrivit en bra översikt om för- och nackdelar med interna marknaderna i svensk sjukvård, se vidare Horgby (1997).
- ² En av huvudorsakerna till strukturlagen, och framför allt dess snabba beredning i förbunds-dagen, var att den genomsnittliga premiesatsen höjdes från 12,2 % i början av 1991 till 13,4 % i slutet av 1992. Denna höjning till trots, underskottet i hälso- och sjukvården uppgick till hela tio miljarder DM under 1992.
- ³ Weber (1995, s. 2 ff.).
- ⁴ För vidare upplysningar om Bismarks roll hänvisas till Gall (1980).
- ⁵ Schneider et al. (1995, s. 198).
- ⁶ 1994 uppgick antalet sjuk-kassor till 897, som försäkrade totalt 71,71 miljoner medlemmar (Schneider et al. 1995, s. 201)
- ⁷ § 4 SGB V (SGB V = Sozialgesetzbuch V motsvarande svensk hälso- och sjukvårdslag).
- ⁸ Prognos för 1996.
- ⁹ Premieavgiften redovisas för de förbundsstater som ingick i Förbundsrepubliken Tyskland (BRD) innan statskontraktet med den Tyska Demokratiska Republiken (DDR) stadfästes den 18 maj 1990.
- ¹⁰ Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens (1995, s. 53). Sjukvårdssektorn har expanderat kraftigt de senaste årtionden. 1960 låg inbetalningskvoten på 8,4 procent och 1994 hade den stigit till 13,3 procent. (Mehl 1995).
- ¹¹ *Versicherungsaufsichtsgesetz*
- ¹² Se vidare i Horgby (1996).
- ¹³ Jfr. §§ 176 och 177 i SGB V.
- ¹⁴ Ersättningskassornas verksamhetsområde måste följa indelningen i förbundsstater eller gälla för hela Tyskland (Schöffski, Galas och von der Schulenburg, 1996).
- ¹⁵ Jfr. § 175 Abs. 3 SGB V.
- ¹⁶ Jfr. Breyer och Zweifel (1997).
- ¹⁷ Jfr. § 194 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.
- ¹⁸ Jfr. § 144 Abs. 1 SGB V.
- ¹⁹ Schöffski, Galas och Graf v.d. Schulenburg (1996).
- ²⁰ Se vidare von der Schulenburg (1992) för en närmare specificering av dessa mål

Litteraturförteckning

- Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens (1995), Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg.
- Breyer, F och Zweifel, P. (1997), *Gesundheitsökonomie*, Berlin, Heidelberg.
- Gall, L. (1980), *Bismarck*, Frankfurt.
- Henke, K.-D., Ade, C., Murray, M.M. (1994), "The German Health Care System: Structure and Changes", *Journal of Clin. Anesth.*, 6, 252-262.
- Horgby, P.-J. (1996), *Ersättning av privatläkare och sjukgymnaster i Tyskland: En deskriptiv analys*, Underlagsrapport till översynen av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster (Dir 1995:150), Stockholm.
- Horgby, P.-J. (1997), "Two Ways to Organize Health Care: A Description of the Swedish and German Health Care Systems", forthcoming in *Proceedings from the Baltic Seminar*, Copenhagen.
- Mehl, E. (1995), "Hausarztzentriertes Versorgungssystem", *DOK*, 460-462, 77. Jahrgang.
- Rehnberg, C. (1995), "The Swedish Experience with Internal Markets", in Jérôme-Forget, M., White, J. and Wiener, J.M. (eds.), *Health Care Reform Through Internal Markets: Experience and Proposals*, Québec.
- Schneider, M., Biene-Dietrich, P., Gabanyi, M., Hofmann, U., Hiber, M., Köse, A., Sommer, J.H. (1995), *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1994, Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen*, Augsburg.
- Schöffski, O., Galas, E. och greve von der Schulenburg, J.-M. (1996), "Der Wettbewerb innerhalb der GKV unter Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit", *Sozialer Fortschritt*, 12, 293_305
- Greve von der Schulenburg, J.-M. (1992), "Att samtidigt vara effektiv, ha kostnadskontroll och leva upp till solidaritetens mål", i Culyer, A.J. et al., *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, Stockholm.
- Sozialgesetzbuch V (SGB V) (1995), Bonn.
- Weber, S. (1995), *Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin.