
Ley de Modernización del Sistema Sanitario: la penúltima reforma alemana

Marcial Velasco Garrido^a, Markus Wörz^a y Reinhard Busse^{a,b}

^aTechnische Universität Berlin. Alemania.

^bEuropean Observatory for Health Care Systems Berlin. Alemania

Resumen

En el presente artículo describimos los aspectos más importantes de la última reforma del sistema sanitario alemán, que entró en vigor en enero del 2004. La llamada "Ley de Modernización del Seguro Sanitario Estatutario" contiene, entre otras, medidas orientadas a la transferencia de la carga financiera del sistema sanitario, más concretamente a limitar la contribución de los empleadores a la financiación del sistema. La reforma persigue además fomentar la competencia entre los fondos de enfermedad del seguro estatutario y reforzar los derechos del paciente. Otro aspecto importante es la creación del "Instituto para la Calidad y la Eficiencia de la Asistencia Sanitaria".

Summary

In this paper we describe the latest major health care reform in Germany, the "Statutory Health Insurance-Modernisation Act". Most of its elements are in effect since January 2004. Four important components of the act are presented in more detail: the measures oriented to cost-shifting and exoneration of employers from their financing burden, the enhancement of competition in particular between statutory sickness funds, the organisational reform of the self governing bodies, including the foundation of a new "Institute for Quality and Efficiency in Health Care" and the strengthening of patients' rights.

Introducción

El año 2003 ha representado un nuevo hito en la interminable historia de reformas del sistema sanitario alemán. Con la aprobación en octubre del 2003 de la llamada "Ley de Modernización del Seguro Sanitario Estatutario" se ha culmi-

nado un complejo proceso político de negociación que ha venido prolongándose durante cerca de un año¹⁻³. La aprobación de la ley ha supuesto además el fin de un largo período (1996-2002) de polarización y desacuerdo en el área de política sanitaria entre los dos grandes partidos alemanes, el Partido Socialde-

El Seguro Sanitario Estatutario (*Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]*) es un seguro de afiliación obligatoria para aquellos asalariados cuyos ingresos brutos no superen un determinado nivel fijado por Decreto. Actualmente existen alrededor de 350 fondos de enfermedad dentro del sistema GKV. Aquellas personas cuyos ingresos superen dicho tope, pueden elegir entre asegurarse de forma voluntaria en el GKV o en alguna de las múltiples aseguradoras privadas (*Private Krankenversicherung [PKV]*), cuya regulación difiere de la del GKV, o incluso si lo prefieren no asegurarse. Actualmente, el sistema estatutario del GKV cubre a cerca del 90 % de la población alemana, mientras que el 9 % está asegurado en el sistema privado. El seguro estatutario se financia de forma paritaria mediante cotizaciones tanto de los asalariados como de los empleadores.

El catálogo de prestaciones del GKV incluye medidas de prevención y cribaje, tratamiento médico ambulatorio y hospitalario, así como prestaciones ortoprotésicas y transporte de enfermos. Además, se incluyen prestaciones monetarias como el subsidio por enfermedad o el de maternidad.

Los fondos de enfermedad del GKV tienen la obligación de contratar con todos aquellos proveedores de asistencia ambulatoria que hayan sido acreditados por las asociaciones médicas regionales. Igualmente están obligados a contratar con todos aquellos hospitales incluidos en los respectivos planes de asistencia hospitalaria establecidos por los Estados Federales.

Cuadro 1. Breve descripción del Sistema Sanitario Alemán^{4,5}

mócrata (SPD) y la Unión Cristianodemócrata (CDU). La última reforma acordada por ambos fue de hecho la “Ley de Estructura de la Asistencia Sanitaria” en 1992, aprobada como resultado del llamado “Acuerdo de Lahnstein”⁽¹⁾ entre ambas fuerzas políticas. De forma similar, la recién aprobada “Ley de Modernización” es fruto de un acuerdo y representa un compromiso en el que ambos partidos se han visto obligados a ceder parte de sus posiciones. El consenso existente sobre la necesidad de una reforma orientada a contener el gasto sanitario y a frenar el crecimiento de la cotización a los fondos de enfermedad

(*Krankenkassen*), cuya media ha aumentado del 13,6 % del salario bruto en el 2001 al 14,4 % en el 2003, explican en parte este nuevo punto de inflexión en la política sanitaria alemana (cuadro 1).

Elementos principales de la Ley de Modernización

Uno de los objetivos principales de la reforma actual es la exoneración a los empleadores de la carga financiera que supone el continuo aumento de las contribuciones a los fondos de enfermedad del seguro estatutario. Una buena parte de las medidas van encaminadas a transferir los costes de los empleadores hacia otras fuentes de financiación. Además de las medidas de contención de costes, la

⁽¹⁾Lahnstein es el lugar donde se celebraron las negociaciones que llevaron al acuerdo.

Ley incluye otras de carácter organizativo dirigidas a fomentar la competencia y a mejorar la calidad de la asistencia.

Transferencia del gasto

Hasta ahora la financiación del GKV se basaba en el principio de paridad entre empleadores y asalariados. Por primera vez desde la constitución de la República Federal de Alemania, la reforma actual transgrede dicho principio en detrimento de los asegurados, cuya contribución financiera al sistema aumentará, mientras que se reduce la del empleador.

A partir del año 2005 las prótesis dentales serán excluidas del catálogo de prestaciones del GKV. Como resultado del acuerdo entre el Gobierno y la oposición todos los afiliados al GKV se verán obligados a contratar un seguro adicional para cubrir dicha prestación. El empleador no participará en la cotización al seguro para la prestación protésica dental. El asegurado tendrá dos opciones:

I. Contratar el seguro dental adicional con su fondo de enfermedad actual. Todos los fondos de enfermedad del GKV cobrarán la misma póliza, que además incluirá a los miembros no productivos de la unidad familiar.

2. Contratar una póliza con una aseguradora privada, cuyo precio será de-

terminado libremente por la compañía. A partir del año 2006 los asegurados asumirán al completo la financiación del subsidio por enfermedad, que hasta ahora se financiaba de forma paritaria entre asalariados y empleadores. Con este propósito la cuota de los asegurados se incrementará en 0,5 puntos procentuales. Se ha estimado que como resultado de ambas medidas los asegurados pasarán a asumir el 53,7 % de la financiación del sistema GKV, mientras que los empleadores reducirán su contribución al 46,3%²⁶. Adicionalmente se producen algunos recortes menores en el catálogo de prestaciones, como las restricciones en las prestaciones de salud reproductiva (inseminación artificial y esterilización), de gafas o de transporte.

Por otra parte, la reforma incluye el aumento de los copagos. Por primera vez en la historia del sistema sanitario alemán se introduce un modelo de ticket moderador en la asistencia ambulatoria. Desde el 1 de enero del 2004 los pacientes deben pagar 10 euros en la primera consulta ambulatoria de cada trimestre, sea al generalista, especialista o dentista. Si la consulta al especialista se hace por prescripción del generalista no será necesario desembolsar los 10 euros. Las visitas que se encuadren dentro de programas preventivos y/o de promoción de la

salud, como por ejemplo la profilaxis dentaria o el cribaje del cáncer de cérvix, quedarán eximidas de esta tasa. La atención pediátrica y del adolescente (hasta los 18 años) también queda eximida del ticket moderador.

Por otro lado se incrementa el nivel de otros copagos ya existentes, por ejemplo los de medicamentos, a la vez que se endurecen las condiciones de exención de los mismos. Hasta ahora aquellos asegurados cuyos ingresos brutos anuales no alcanzaban un determinado nivel mínimo, quedaban exentos del copago. Dicha exención no era infrecuente; en el año 2000, por ejemplo, quedaron exentas 9,1 millones de personas, es decir, el 13 % de los asegurados. Con la nueva Ley todos los asegurados, incluidos los pensionistas o las personas que reciben subsidios sociales, están obligados a realizar copagos hasta del 2 % de sus ingresos brutos anuales. Si la cantidad de copagos supera dicho límite, los fondos de enfermedad reembolsarán el exceso al asegurado. Para los enfermos crónicos el límite es del 1 % de sus ingresos brutos anuales.

Tradicionalmente, el Estado ha subvencionado el seguro de desempleo y el seguro de pensiones (los otros dos grandes pilares del estado de bienestar alemán) mediante fondos de la recaudación

tributaria. En cambio, el seguro sanitario estatutario había venido financiándose exclusivamente mediante las cotizaciones de afiliados y empleadores. La “Ley de Modernización” prevé un aumento progresivo del impuesto sobre el consumo de tabaco, con cuya recaudación se financiarán algunas prestaciones no sanitarias del GKV, como por ejemplo el subsidio de maternidad. De esta forma se introduce la recaudación tributaria como pilar adicional de la financiación del seguro estatutario.

Como consecuencia de las distintas medidas de transferencia de costes citadas, en especial las referentes a la prestación protésica dental y a la financiación del subsidio de enfermedad, el gobierno espera un ahorro para los empleadores de hasta 3.500 millones de euros para el año 2005 y de 8.500 millones de euros anuales a partir del año 2006. Como resultado del aumento de los copagos se espera un ahorro para los fondos de enfermedad de 5.700 millones de euros anuales a partir del año 2004. Además el GKV se beneficiará de los ingresos derivados de la recaudación del impuesto sobre el tabaco que se espera alcancen los 4.200 millones de euros anuales a partir del año 2006, cuando dicho impuesto se haya establecido en su máximo nivel⁷. Para dar una idea de la magnitud de estas

cifras en el año 2002 el gasto total del GKV se elevó a más de 142.000 millones de euros, de los cuales el 15,6% fueron en asistencia ambulatoria, el 16,5% gasto farmacéutico y el 32,4 % en asistencia hospitalaria (tabla 1)⁸.

Reforma organizativa

El aspecto más importante de la reforma organizativa afecta a los órganos de autogobierno del sistema. El autogobierno tiene una larga tradición en el sistema sanitario alemán y se caracteriza por la delegación de una serie de funciones regulatorias del Estado a los órganos de autogobierno formados por las asociaciones corporativas de proveedores y de los fondos de enfermedad. La “Comisión Federal de Médicos y Fondos de Enfermedad” (*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*) es uno de los órganos de autogobierno más relevantes en el sector ambulatorio. Entre sus funciones se encuentra la de establecer el catálogo de prestaciones de la asistencia ambulatoria y la de elaborar Directivas de cumplimiento estatutario sobre la provisión de servicios ambulatorios. Dichas Directivas recogen, entre otros, requerimientos mínimos de cualificación profesional, de equipamiento o de documentación, para la provisión de determinadas prestaciones. Las Directivas de la Comisión regu-

Capítulo	Euros (en millones)	%
Asistencia hospitalaria	46.150	32,4
Farmacia	23.450	16,5
Asistencia médica ambulatoria	22.310	15,6
Administración	8.020	5,6
Assistencia dental (sin prótesis)	7.970	5,6
Subsidio por enfermedad	7.560	5,3
Prestación ortoprotésica	5.090	3,6
Asistencia terapéutica no médica (fisioterapia, logopedia, etc.)	3.700	2,6
Prótesis dentales	3.520	2,5
Transporte	2.760	1,9
Subsidio de maternidad	2.690	1,9
Rehabilitación	2.660	1,9
Asistencia de enfermería a domicilio	1.680	1,2
Servicios sociales	920	0,6
Otros	3.870	2,7
Total	142.350	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social⁹.

Tabla 1. Gasto por capítulos del Seguro Sanitario Estatutario (2002)

lan los siguientes ámbitos de la asistencia ambulatoria: Medicina preventiva, planificación familiar, procedimientos médicos y quirúrgicos, psicoterapia, socioterapia, prestaciones farmacéuticas, planificación de la asistencia, control de la calidad asistencial ambulatoria, rehabilitación, fisioterapia y enfermería ambulatoria. La Comisión Federal se estableció en 1955, si bien sus raíces se remontan a 1924⁹. En el año 2000 se complementó esta institu-

ción con el establecimiento de una comisión similar para el sector hospitalario y un consejo para la coordinación de ambas. Hasta entonces se habían dado algunas situaciones paradójicas como la exclusión de determinadas intervenciones de eficacia no demostrada del catálogo de prestaciones ambulatorias, que, en cambio, sí eran provistas en el sector hospitalario (para el que no existe un catálogo de prestaciones explícito) si que eran cubiertas por el GKV. Así, por ejemplo, la tomografía por emisión de positrones (PET) está excluida explícitamente del catálogo de prestaciones ambulatorias para las siguientes indicaciones: evaluación de la vitalidad del miocardio, diagnóstico del nódulo pulmonar solitario, diagnóstico del cáncer de páncreas, seguimiento del glioma y localización de focos epilépticos. La utilización del PET en el contexto hospitalario, en cambio, no está sujeta a estas limitaciones. Un caso similar es el de la polisomnografía para el diagnóstico de la apnea del sueño, también excluida del catálogo ambulatorio pero utilizada en el sector hospitalario.

Con el establecimiento del Comité del Sector Hospitalario y del Consejo de Coordinación se trató de responder a este problema, derivado en parte de la estricta separación de ambos sectores en Alemania. La “Ley de Modernización”

va más allá al unificar las Comisiones del sector ambulatorio y del sector hospitalario, y el Consejo de Coordinación en la llamada “Comisión Federal Conjunta” (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), que se establece como el sucesor legal de todas ellas. En el futuro este órgano tendrá una importancia crucial en el sistema sanitario alemán, pues aunará en una sola institución buena parte de las funciones del autogobierno, con lo que se espera una mejor coordinación intersectorial.

La organización de la nueva Comisión Conjunta se muestra en la figura 1. Constará de 30 miembros incluyendo tres miembros neutrales, así como representantes de los proveedores y de los fondos de enfermedad. La novedad más interesante es la inclusión de representantes de los usuarios en un órgano de autogobierno. Su función será más bien de carácter consultivo, pudiendo realizar propuestas y participar en las sesiones de la comisión, pero careciendo de derecho a voto en la toma de decisiones. La representación del usuario será asumida por las federaciones nacionales de asociaciones de discapacitados, de grupos de ayuda mutua y de oficinas del consumidor. Dichas organizaciones deberán tener estatutos acordes con los principios democráticos, además de verse obligadas a declarar sus fuentes de financiación. La

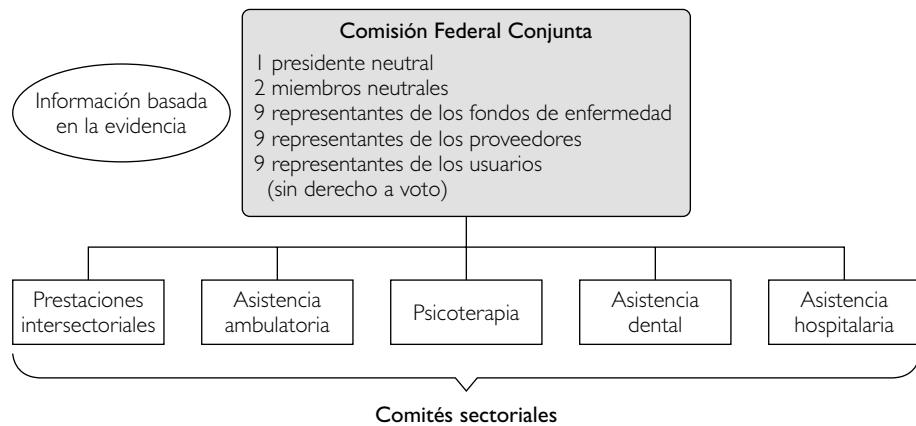


Figura 1. Nueva estructura de los órganos de autogobierno, adaptado de Bromer D¹⁰.

composición de dicha representación será variable, dependiendo de los temas a tratar en la comisión, si bien deberá garantizarse que al menos la mitad de los representantes sean personas afectadas.

La Comisión Conjunta formulará recomendaciones basadas en la evidencia sobre intervenciones preventivas y terapéuticas para problemas de salud de gran relevancia epidemiológica. Además elaborará folletos sobre dichas intervenciones basados en la evidencia científica y que presenten la información de una forma comprensible para el paciente. La mayor parte de las decisiones, sin embargo, se tomarán en los Comités Sectoriales, cuya composición será variable, pero en los que los tres grupos (proveedores,

usuarios y pagadores) estarán siempre representados.

La Comisión Conjunta establecerá además el “Instituto para la Calidad y la Eficiencia de la Asistencia Sanitaria”. La implementación de dicho instituto ha sido uno de los aspectos que más controversia ha suscitado en el proceso de negociación de la “Ley de Modernización”. Inicialmente, la coalición Socialdemócrata-Verde planeaba una agencia gubernamental al estilo del *National Institute for Clinical Excellence* inglés, separado de los órganos de autogobierno y con extensas competencias, pero estos planes encontraron una fuerte oposición en el parlamento^{1,2}. Al final el Instituto formará parte de los órganos de autogobierno y

será financiado por las asociaciones corporativas de los proveedores y de los fondos de enfermedad. La “Ley de Modernización” enumera para el nuevo Instituto las siguientes labores:

1. Llevar a cabo descripciones y evaluaciones, basadas en la evidencia científica, del estado del arte respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades seleccionadas.
2. Elaboración de informes, dictámenes y tomas de posición científicas respecto a cuestiones de calidad y eficiencia de las prestaciones del GKV.
3. Evaluación de guías de práctica clínica referentes a las enfermedades epidemiológicamente más relevantes.
4. Elaboración de recomendaciones en relación con el diseño de programas de atención integral.
5. Evaluación de la efectividad de medicamentos (si bien no se realizarán análisis comparativos de coste-efectividad, como era la intención original del gobierno).
6. Provisión de información para el público no profesional referente a la calidad y la eficiencia de los servicios asistenciales.

Fomento de la competencia

Hasta 1996 la afiliación a uno de los distintos tipos de fondos de enfermedad

del GKV venía determinada por el tipo de empleo desempeñado. En 1996 se introdujo la libre elección del fondo para aproximadamente el 97% de los asegurados. Se ha demostrado que el motivo principal que determina el cambio de fondo es el nivel de la cotización¹¹. Para los fondos de enfermedad es prácticamente imposible competir a nivel del catálogo de prestaciones pues éste está fijado por la Ley y por las Directivas de los órganos de autogobierno. Así pues, el Gobierno intenta fomentar la libre competencia mediante la introducción de elementos típicos del mercado de seguros sanitarios privados en el GKV, lo que permitirá a los fondos de enfermedad diferenciarse. Por ejemplo, a partir de ahora será posible premiar a los asegurados que no hagan uso de los servicios sanitarios durante un tiempo determinado, devolviéndoles parte de su cuota. Otra posibilidad abierta con la reforma es el establecimiento de pólizas de seguro con franquicia, de forma que los asegurados que escogen este tipo de póliza se beneficiarán de una cuota menor. De todas formas estas medidas se podrán aplicar exclusivamente a asegurados voluntarios dentro del GKV.

Además, se introduce la posibilidad de establecer sistemas de bonus para todos los asegurados. Los bonus consistirán en reducciones de la cuota y/o de los copa-

gos para aquellos asegurados que participen en programas de promoción de la salud, de prevención, y/o en programas de asistencia integrada, por ejemplo adscripción a un generalista (modelo de puerta de entrada), adscripción a un programa de asistencia integral (*disease management*) o asistencia coordinada. Estos modelos persiguen mejorar la calidad de la asistencia, en especial de los enfermos crónicos, mediante la mejor coordinación entre proveedores⁴.

De los programas de bonus se espera incentivar la competencia no sólo entre los fondos, sino también entre los proveedores. Los programas de asistencia integral y el modelo de puerta de entrada abren a los fondos de enfermedad la posibilidad de contratación selectiva de proveedores. Inicialmente, la intención del Gobierno era permitir la contratación selectiva en todo el sector ambulatorio, sin embargo, se vio obligado a ceder en este punto durante las negociaciones que permitieron alcanzar el consenso, y limitarla a dichos programas.

Por otra parte se han abolido los precios unitarios en los medicamentos OTC, lo que permitirá a cada farmacia establecer sus propios precios. Además, se permitirá a cada farmacéutico ser titular de hasta tres farmacias, aboliendo el vigente límite de una sola.

Participación del usuario

Cuando la coalición Socialdemócrata-Verde asumió el poder por primera vez en 1998 uno de sus objetivos más explícitos era el de reforzar los derechos de los usuarios del sistema sanitario¹². La “Ley de Modernización” incluye una serie de medidas encaminadas a alcanzar dicho objetivo. Por un lado, como ya hemos explicado, se institucionaliza la participación del usuario mediante su representación en los órganos de autogobierno. Adicionalmente, el Gobierno Federal ha establecido la figura del “Defensor del Paciente” una de cuyas funciones será la de velar por el respeto de los derechos del paciente y por la consideración de sus intereses en el proceso legislativo. Para facilitar esta función, los Ministerios Federales deberán informar al Defensor de todos aquellos proyectos de ley en curso u otras medidas que pudieran afectar a los intereses del paciente. Tanto el Defensor del Paciente como los representantes del usuario en la Comisión Conjunta podrán proponer temas a evaluar por el Instituto de Calidad y Eficiencia.

La reforma del futuro: el modelo de financiación

La gran reforma pendiente del sistema sanitario alemán es la de su modelo de fi-

nanciación, como reconoce el propio borrador de la “Ley de Modernización”. Los partidos políticos alemanes coinciden en la necesidad de afrontar dicha reforma en un futuro próximo. La actual Ministra de Sanidad y Seguridad Social, Ulla Schmidt, encargó a una comisión de expertos la elaboración de una propuesta de un modelo de financiación sostenible para los distintos pilares de la seguridad social alemana. En lo que respecta a la financiación del seguro sanitario estatutario, la Comisión Rurüp⁽²⁾ ha presentado dos alternativas cuyas filosofías subyacentes difieren de forma considerable: un “seguro nacional obligatorio” o un “seguro estatutario de prima unitaria”.

El seguro nacional obligatorio cubriría a toda la población independientemente de sus ingresos. De esta forma, aproximadamente el 10% de la población que actualmente tiene un seguro sanitario en una aseguradora privada pasaría a cotizar al sistema GKV. Las aseguradoras privadas podrían ofrecer seguros complementarios para prestaciones no vitales. Las cuotas al seguro nacional se calcularían en relación a los ingresos, si bien y esta es una de las novedades más relevantes de esta propuesta, se tendrían en

cuenta no sólo los ingresos salariales, sino todo tipo de ingresos (por ejemplo por rendimiento de capitales o por alquileres). La cotización proporcional a los ingresos mantendría el componente redistributivo en la financiación del sistema sanitario. Además, el componente salarial de la cuota seguiría siendo financiado de forma paritaria por empleados y asalariados.

La otra opción, el seguro estatutario de prima unitaria, tiene como principal objetivo desligar totalmente de los costes del empleo la cotización al seguro sanitario estatutario. Para ello se establecería una prima unificada por adulto asegurado independiente de sus ingresos, es decir, una especie de tarifa plana (se baraja una suma de 210 euros mensuales). Con esto, el seguro sanitario estatutario perdería su componente de redistribución de la riqueza. El estado asumiría esta función mediante subvenciones a personas económicamente más débiles.

El empleador quedaría libre de su contribución a la prima. El seguro privado continuaría existiendo en su forma actual.

En ambas propuestas, sin embargo, se mantiene la financiación convencional por el procedimiento de reparto, distanciándose de los modelos de capitalización¹³.

⁽²⁾Llamada así por su Presidente el Profesor Bert Rüter, Catedrático de C.C. Económicas en la Universidad Politécnica de Darmstadt.

Las posiciones de los principales partidos políticos alemanes respecto a cuál debe ser el modelo de financiación más adecuado difieren considerablemente¹⁴. Por una parte tanto Socialdemócratas como Verdes abogan por el modelo de seguro nacional. El Partido Democrático Liberal, en cambio, defiende la privatización total del sistema, mediante la transferencia de los fondos de enfermedad del seguro estatutario a compañías privadas. Por último, la CDU aprobó en su congreso nacional en diciembre del 2003 incluir en su programa electoral para el 2006 su propia versión de un sistema de prima unitaria, que además introduciría elementos de financiación por el sistema de capitalización. Por el contrario, la Unión Social Cristiana (CSU), el partido hermano de la CDU en Baviera, se opone al sistema de prima única. En concreto, su actual portavoz de política sanitaria, el ex-Ministro de Sanidad Horst Seehöfer, es un defensor declarado del seguro nacional estatutario.

La reforma que asegure una financiación sostenible del sistema sanitario alemán parece quedar relegada para la próxima legislatura. Sea quien sea el ganador de las próximas elecciones generales, ninguno de los modelos propuestos podrá llegar a adoptarse sin alcanzar un consenso mínimo que garantize la mayoría parlamentaria.

Bibliografía

1. Busse R,Wörz M. German plans for health care modernisation. *Euro-health* 2003;9(1):21-4.
2. Riesberg A, Busse R. Cost shifting and modernization in German health care. *Euro Observer* 2003;5(4).
3. Wörz M, Busse R. Structural reforms for Germany's health care system? *Euro Observer* 2002;4(4):1-3.
4. Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems, Copenage, 2004.
5. Busse R. Reformas en el sistema sanitario alemán. *Rev Admini Sanit* 2001;5(17):45-69.
6. Gericke C,Wismar M, Busse R. Cost sharing arrangements in Germany. En:Thompson S, Mossialos E, editores. *Cost sharing in EU health care systems. Report for the European Commission*. [En prensa]. Brussels, 2004.
7. Bundestags-Drucksache 15/1525. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG. Berlin, 2003.

- 8.** Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Kennzahlen und Faustformeln der Gesetzlichen Krankenversicherung. Disponible en: http://www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln_2002.pdf
- 9.** Alber J. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Campus Frankfurt am Main, 1992.
- 10.** Bronner D. Struktur und Aufgaben des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 2 SGB V. Das Krankenhaus 2003;95(11):866-8.
- 11.** Greß S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. Health Policy 2002;60(3):235-54.
- 12.** Wörz M, Wismar M. Green Politics in Germany: What is Green Health Care Policy? International Journal of Health Services 2001;31(4):847-67.
- 13.** Report by the Commission. Achieving Financial Sustainability for the Social Security Systems. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin, 2003.
- 14.** Flintrop J. Gesetzliche Krankenversicherung. Eine Jahrhundertentscheidung. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(47):A3068-A73.