

LA RELEVANCIA DE LA EXPERIENCIA NORTEAMERICANA EN LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRITÁNICO

El caso del GP Budget Holding

Vicente Navarro, MD, DMSA, DRPH

Profesor de Política y Gestión Sanitaria. Profesor de Sociología y de Gestión Económica. Universidad Johns Hopkins. EUA

THE RELEVANCE OF THE US EXPERIENCE TO THE REFORMS IN THE BRITISH NATIONAL HEALTH SERVICE. The case of GP Budget Holding

Introduction

A primary purpose of the health care reforms proposed by the British government is the introduction of market forces in the allocation of medical care resources, giving patients a greater choice of medical care providers. As indicated in the White Paper on the British government's proposals, some desirable outcomes of these reforms are an increased sensitivity of the health care system to consumer needs and an enlargement of the private sector role, which would allow greater efficiency and responsiveness to market forces¹.

A key component of these reforms is the establishment of General Practitioner Budget Holding Schemes (GPBHS), in which general practices with lists of not less than 11,000 persons will be given the responsibility of managing the budget for a large range of designated services, including general practice services, hospital and consultant services for elective care, diagnostics and investigations ordered or performed by GPs or consultants, all drugs dispensed by the GPs, all outpatient services provided by the hospital-based consultants and auxiliary staff, and administrative expenses incurred in the management of the Budget Holding plan. These GPBHS are similar to provider-sponsored health maintenance organizations (HMOs) in the US. This similarity is not coincidental. The architects of the GPBHS have explicitly referred to the experience of the provider-sponsored HMOs as the source of inspiration of their proposals for reform of general practice in the UK. In both schemes, the providers organize as a group practice, receive a pay-

Introducción

Uno de los principales propósitos de la reforma de la atención sanitaria propuesta por el gobierno británico es la introducción de las fuerzas de mercado en la distribución de recursos sanitarios, dando a los pacientes mayores opciones de elección entre distintas posibilidades de atención médica. Con la reforma se persigue, tal y como se indica en el Libro Blanco británico de propósitos gubernamentales en salud, aumentar la sensibilidad del sistema a las necesidades del consumidor expandiendo el papel del sector privado, lo que permitiría conseguir una mayor eficiencia y una mayor capacidad de respuesta a las fuerzas del mercado¹.

Un elemento clave de estas reformas es el establecimiento de los *General Practitioner Budget Holding Schemes* (GPBHS), Esquema de asignación presupuestaria para los médicos de atención primaria) en los que grupos de médicos con listas de usuarios no menor de 11.000 personas recibirían la responsabilidad de manejar el presupuesto de un amplio abanico de servicios, entre los que estarían los propios servicios de medicina general, los servicios de consulta y hospitalización para tratamientos electivos, los diagnósticos e investigaciones ordenados o realizados por el médico o los consultores hospitalarios, y los fármacos prescritos por ellos, todos los servicios ambulatorios brindados por los consultores o personal auxiliar procedentes de hospitales, así como los gastos administrativos asociados al manejo global del programa de Budget Holding. Estos GPBHS son similares a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs) controladas por proveedores de atención médica existentes ya en EUA. Esta similitud no es ca-

Correspondencia: Vicente Navarro, 624 N. Broadway St. Baltimore, Md. 21205, EUA.
Este artículo fue recibido el 5 de abril de 1991 y fue aceptado, tras revisión, el 30 de septiembre de 1991.

ment (premium in the US, capitation in the UK) that covers the provision of a wide array of health benefits, a health benefits coverage that is not comprehensive in the US, but would be almost comprehensive in the UK.

Considering the enormous influence of the HMO model on the design of the proposed GPBHS, it is very surprising that almost nothing has appeared in the British literature on the experience of HMOs and its relevance to the GPBHS. The only exception is a report published by the King's Fund Institute (KFI Report), which touches primarily on how the management systems in HMOs operate and how they may be adapted to the proposed GPBHS²; it only briefly notes the advantages and disadvantages of the HMO type of funding and organization of health services compared with current general practice. The purpose of this article is to analyze the empirical information published in the US and see whether it confirms or refutes some of the key assumptions made in the White Paper. Indeed, the key components of the GPBHS have been in existence in the US for a long time. British readers may benefit from knowledge of the US experience and may be more able to judge whether introduction of GPBHS will or will not improve general practice in the National Health Service.

First assumption: The HMO type of practice is a better model to respond to people's needs than current GP arrangements.

The White Paper defines as an objective of the health care reforms the improvement of the health system's ability to respond to patients' needs. The definition of patient's needs, however, is a complex one. Still, there is wide consensus that patient's and potential patient's satisfaction with a health care system is of great importance in evaluating how people perceive the system as meeting their needs. The published information from polls shows that the level of satisfaction with the care system is higher in the UK than in the US. The percentage of people who feel the health care system needs to be completely rebuilt is much larger in the US (29 percent) than in the UK (17 percent)³. Also, the percentage of people who are satisfied with doctor's visits is lower in the US (54 percent) than in the UK (63 percent). Similar differentials appear with people's satisfaction with hospital stays; the percentage of people satisfied is lower in the US (57 percent) than in Great Britain (67 percent). In the light of these findings, it is not surprising that more Americans prefer the British NHS (29 percent) than British prefer the US system (12 percent). The overwhelming majority of British people (80 percent) prefer the NHS⁴. No comparable studies have been published comparing satisfac-

sual. Los diseñadores de los GPBHS ingleses se han referido de manera explícita a la experiencia de las HMO controladas por proveedores norteamericanos como la fuente de inspiración en sus propósitos de reforma de la atención primaria en el Reino Unido. En ambos esquemas los proveedores se organizan en grupos, cobrando una cuota («incentivo» en EUA, «capitación» en GB) y cubren la provisión de un amplio espectro de beneficios sanitarios, que no es integral en EUA pero que casi lo sería en GB.

Considerando la enorme influencia que el modelo de las HMOs tiene en el diseño del GPBHS, es sorprendente que no haya aparecido prácticamente nada en la literatura británica con referencia a la experiencia de las HMOs norteamericanas y su relevancia en relación con los GPBHS. La única excepción es un informe publicado por el King's Fund Institute (el informe KFI) que, en esencia, analiza el funcionamiento de los sistemas de gestión en HMOs y su adaptación como GPBHS según el modelo propuesto² y alude de una manera muy somera a las ventajas e inconvenientes de la organización y financiación de servicios de salud tipo HMOs en comparación con las prácticas generales actuales. El propósito de este artículo es analizar la información empírica publicada en EUA y ver si confirma o refuta algunas de las asunciones fundamentales realizadas en el Libro Blanco. Más aún, los componentes clave de los GPBHS han existido en EUA durante mucho tiempo. Los lectores británicos se beneficiarán sin duda del conocimiento de la experiencia norteamericana y podrán juzgar con mayor propiedad si la introducción de los GPBHS mejorará o no la práctica de la medicina general dentro del Servicio Nacional de Salud (NHS).

Primera asunción: El modelo tipo HMO responde mejor a las necesidades de la gente que los actuales servicios basados en los GP.

El Libro Blanco define como uno de los objetivos de la reforma de la atención sanitaria la mejora de la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de los pacientes. La definición de las necesidades del paciente es, empero, compleja. Existe un amplio acuerdo en que tanto la satisfacción de los pacientes como de los potenciales pacientes con el sistema de atención sanitaria es de gran importancia a la hora de evaluar cómo la gente percibe el sistema en tanto que capaz de cubrir sus necesidades. La información publicada procedente de encuestas muestra que el nivel de satisfacción con el sistema de atención sanitaria es mayor en GB que en EUA. El porcentaje de gente que cree que su sistema de atención sanitaria necesita ser redefinido completamente es mucho mayor en EUA (29 por ciento) que en GB (17 por ciento)³. Asimismo, el porcentaje de gente que está satisfecha con las consultas médicas es más bajo en EUA (54 por ciento) que en GB (63 por ciento). Aparecen diferencias similares respecto las estancias hospitalarias; el porcentaje de gente satisfecha es menor en EUA (57 por ciento) que en GB (67 por ciento). A la luz de estos datos no es sorprendente que haya más norteamericanos que preferirían tener el NHS (29 por ciento) que

tion of American enrollees in HMOs or provider-sponsored HMOs with British satisfaction with their GP arrangements. The White Paper assumes that substituting an HMO-type of practice for current GP arrangements would improve people's satisfaction. The available evidence, however, questions this assumption. Enrollee's satisfaction with HMOs in the US is lower than people's satisfaction with their primary care arrangement in the UK. The rate of turnover of people enrolled in HMOs is much higher than that in GP practices. The most complete study of disenrollment in HMOs, done in Massachusetts, shows an annual disenrollment enrollees of 281 persons per 1.000, far larger than the disenrollment of patients from their GPs in the UK, estimated to be 50 persons per 1.000 enrollee's⁵. The majority of British people (75 percent) are satisfied with their GPs, and the overwhelming majority oppose the changes in the NHS advocated by the British government. The future of the NHS is the second most important concern (after law and order) for British citizens.⁶

Second assumption: Entrepreneurship in medicine is good for patients.

The White Paper emphasizes the need to change the ethics, culture, and practice of medicine to encourage entrepreneurship: physicians should become entrepreneurs; clinical and financial divisions should be closely linked. The NHS is criticized in the White Paper and in the KFI Report for not offering that linkage. Doctors, like any other entrepreneurs, should accept financial risks as a consequence of clinical decision-making. The White Paper suggests, for example, that GPs be given control of the funds for pharmacies and be left to take care of savings on that front, since this is an area where significant savings can occur. The KFI Report comments, «some of the biggest savings might accrue in pharmacy since it is an area where the GP exerts a high level of direct control».⁷ The KFI Report goes even further than the White Paper on the point of linking financial gain to clinical practice. The White Paper advocates that financial gains accrued by physicians should go to better their working conditions, physical facilities, secretarial assistance, and productivity bonuses, but not to better their basic income. The KFI Report disagrees with that limitation, encouraging the reformers not to feel constrained on that point: GPs financial gains should also be allowed to enrich their basic income; savings could «be returned directly to the GPs in the form of added salary»⁸.

The uniqueness of these British reforms is not that they encourage entrepreneurship in primary care, but rather that they

no británicos que preferirían el sistema norteamericano (12 por ciento). La aplastante mayoría de los británicos (80 por ciento) prefiere su propio NHS⁴. No se ha publicado ningún estudio similar que compare la satisfacción de los norteamericanos adscritos a HMOs o a HMOs controladas por los proveedores de atención sanitaria con la satisfacción de los británicos con su modelo de atención primaria. El Libro Blanco asume que la sustitución de los modelos actuales por una práctica tipo HMO aumentará la satisfacción de la gente. Las evidencias disponibles parecen, en cambio, cuestionar esta asunción. La satisfacción de quienes están bajo el esquema de las HMOs en EUA es menor que la satisfacción de quienes están bajo los sistemas actuales de atención primaria de GB. Las tasas de abandono registrados en HMOs es mucho mayor que en las prácticas de GP. El estudio más completo en este sentido ha sido realizado en Massachusetts y mostró una tasa anual de bajas de 281 personas por 1.000, muy superior a la registrada en las consultas de atención primaria en GB estimadas en 50 personas por 1.000 inscritos. La mayoría de los ingleses (75 por ciento) están satisfechos con sus GP y una mayoría aplastante se opone a los cambios en el NHS preconizados por el gobierno. El futuro del NHS es la segunda preocupación (después de la ley y el orden) de los ciudadanos británicos⁶.

Segunda asunción: La presencia de una actitud empresarial en la medicina es buena para los pacientes.

El Libro Blanco enfatiza la necesidad de cambiar la cultura, la ética y la práctica de la medicina a fin de estimular la intervención de la mentalidad empresarial: los médicos deben ser empresarios; las actividades clínica y financiera deben estar estrechamente ligadas. Se critica al NHS tanto en el Libro Blanco como en el informe KFI por no favorecer esta imbricación. Los médicos, como cualquier otro empresario, deberían aceptar riesgos financieros como una consecuencia de su toma de decisiones clínicas. El Libro Blanco sugiere, por ejemplo, que se otorgue a los médicos control sobre los fondos destinados a medicamentos y en consecuencia preocuparse por ahorrar dinero en sus prescripciones, puesto que ésta es un área en la que pueden obtenerse notables ahorros. El informe KFI comenta que «algunos de los mayores ahorros pueden obtenerse en los gastos de farmacia dado que ésta es un área en la que el médico tiene un alto nivel de control directo»⁷. El informe KFI va incluso más allá que el Libro Blanco a la hora de unir el beneficio financiero con la práctica clínica. El Libro Blanco aboga por que los ahorros conseguidos por los médicos se inviertan en sus propias condiciones laborales, en instalaciones, ayuda de secretaría y en primas de productividad, pero no en la mejora del sueldo base. El informe KFI disiente con esta limitación animando a los reformadores a no sentirse constreñidos en este aspecto: debería permitirse que los beneficios financieros de los médicos engrosaran su salario base; el ahorro podría «revertir directamente en el médico en forma de salario añadido»⁸.

Lo que hace únicas estas reformas británicas es que no sólo animan a la penetración del empresario en la atención pri-

aim at making GPs themselves entrepreneurs. The White Paper advocates an HMO controlled by physicians. In other words, not only do the White Paper and the KFI Report want to make the NHS into a business, they want to make business-persons of physicians; they claim this would mean better care for patients. No evidence is provided by either document to support this assumption. In fact, the US experience shows that business culture and practice in medicine and the business attitudes of physicians work against the patient. It is the patient, not the physician, who is at risk when financial decisions are linked to clinical decisions. In the US, very few medical businesses owned and controlled by MDs go bankrupt, but millions of patients (both in and outside HMOs) are dissatisfied with physician's practices and have sued their MD's for malpractice. Indeed, the prescribing practices of physicians who control pharmacies (as will be the case in the GPBHS) have forced even the American Medical Association to question the ethics of this type of linkage between financial gain and clinical practice.

Dissatisfaction with medical treatment is much more prevalent among HMO enrollees and the US public than among patients in the NHS. Physician malpractice suits are more common among HMO physicians than among GPs in the UK. Thirty-seven percent of US physicians have been sued by their patients. This is the outcome of business practices. Business culture leads to distrust between patients and physicians, in which a confrontation exists between the entrepreneur and the subject of that entrepreneurship⁹. A patient's realization that the clinical decisions of the physician are influenced by financial considerations established an element of distrust. The physician, aware of that distrust, practices a defensive medicine aimed at protecting himself or herself against a legal suit. In the US, the costs of defensive medicine are 3.5 times the costs of insurance malpractice premiums. This level of confrontation is much less in the UK. Consequently, the average annual fee for malpractice insurance in 1989 was nine times higher in the US than in the UK¹⁰.

Yet another example of the effect of linking financial and clinical decisions has been the negative impact of diagnosis related group (DRG) payments on the quality of care. Evidence has surfaced that providers have changed their practices to favor some DRGs over others, to unduly shorten the length of hospital stay for certain DRGs, and to reduce necessary tests. Gay and Kronenfeld have shown that DRGs have promoted premature discharges in response to economic considerations. As they put it, «Compression of service markets and retrenchment in services were associated with less profitable DRGs and cohorts, while expansion of services/markets occurred for more profitable DRGs and cohorts»¹¹. Another recent report on the

maria, sino que pretenden convertir a los mismo médicos generales en empresarios. El Libro Blanco preconiza una HMO controlada por los médicos. Dicho de otro modo, el Libro Blanco y el informe KFI quieren no sólo convertir al NHS en un negocio, sino que quieren convertir a los médicos en hombres de negocios; y lo justifican argumentando que van a redundar en una mejor atención a los pacientes. Ni un solo documento aporta alguna evidencia en apoyo de esta presunción. De hecho, la experiencia norteamericana muestra que la cultura del negocio en medicina y las actividades orientadas al negocio de los médicos van en contra del paciente. Es el paciente, no el médico, el que está en situación de riesgo cuando las decisiones clínicas y financieras van ligadas. En los EUA muy pocos negocios de propiedad y control médicos han ido a la bancarrota, mientras miles de pacientes (dentro y fuera de las HMOs) han presentado quejas o han demandado a médicos por mala práctica. Además, las prescripciones de los médicos que controlan farmacias (como sería el propio caso de los GPBHS) han llegado a forzar a la Asociación Médica Americana a cuestionar la ética de este tipo de conexiones entre práctica clínica y beneficio económico.

La insatisfacción con el tratamiento médico es mucho más frecuente entre los que están atendidos en HMOs o en el sistema público de EUA que entre los pacientes del NHS británico. Las demandas por mala práctica médica son más frecuentes entre los médicos de las HMOs que entre los GP británicos. El treinta y siete por ciento de los médicos norteamericanos han sido demandados en alguna ocasión por mala práctica por sus pacientes. Este es el resultado final de la práctica entendida como negocio empresarial. La cultura empresarial lleva a la desconfianza entre médicos y pacientes y a la existencia de la confrontación entre el empresario y el destinatario del producto⁹. Cuando el paciente se da cuenta de que las decisiones del médico están influenciadas por consideraciones económicas se establece un lógico elemento de desconfianza. El médico percibe esta falta de confianza y practica una medicina defensiva, destinada a protegerlo de las demandas legales. En los EUA los costes de medicina defensiva son 3,5 veces superiores a la suma de los pagos de indemnizaciones de seguros por mala práctica. Este nivel de confrontación es muy inferior en GB. En consecuencia el gasto anual promedio en pólizas de seguros para cobertura de indemnizaciones por mala práctica fue en 1989 nueve veces superior en EUA que en GB.¹⁰

Un ejemplo más de las consecuencias de ligar las decisiones clínicas y financieras ha sido el impacto negativo de los pagos por Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) en la calidad de la atención. Hay claras evidencias que indican que quienes prestan servicios sanitarios han cambiado sus prácticas primando algunos GDR sobre otros, acortando para ello de manera indebida la estancia hospitalaria para algunos GDRs a base de eliminar algunas pruebas necesarias. Gay y Kronenfeld han mostrado como los GDPs han promovido las altas prematuras en función de consideraciones económicas. En palabras suyas: «Ha aparecido una reducción de los servicios en aquellos GDRs y cohortes menos rentables, mientras que

impact of DRGs on quality of care indicates that «more patients —up from 10.3 to 14.7 percent— were unstable when sent home. Patients who leave the hospital with one or more instabilities are more than one and a half times more likely to die within 90 days of discharge»¹². These studies show that there are indeed risks in adding entrepreneurship to medical practice —risks to the patient rather than the provider.

Third assumption: Market-based primary care is more efficient than the non-market system in the UK.

The US experience does not support this assumption. By whatever indicators of efficiency one chooses, the NHS is much more efficient than the US health care system (or better, non-system). The US spends more on health care, in absolute and percentage terms, than any other country (11.6 percent of GNP in the US versus 6.88 percent in the UK in 1989). Nevertheless, we still have major problems of increasing costs and lacking or limited health benefits coverage, problems not faced by the UK or any other comparable industrialized nation. Seventeen percent of our population does not have any health benefits coverage whatsoever. Seventy-five percent of Americans reported having problems in paying for the care they and their families received, and 25 percent indicated that these payments represented a financial difficulty¹³. The administrative costs of running the market-oriented system are staggering: 25,1 percent of US health dollars go to administration¹⁴. Compared with this, the NHS is a model of simplicity and efficiency, with administrative costs of only 7 percent.

This unfavorable comparison between the US and the UK health care systems remains even when comparing the NHS with HMOs. The average enrollee in an HMO pays far more in out-of-pocket expenses, premiums, and taxes for health care than does the average person in the UK —and gets much less—. The level of coverage in the UK is practically comprehensive. The level of coverage in HMOs is not. Very few, for example, cover long-term care. And the administrative costs are much higher in HMOs than in the NHS. It has been reported that administrative overhead costs are well above 10 percent of revenues for most HMOs; average administrative expenses were 11.7 percent in 1988. Provider-sponsored HMOs had the highest administrative expenses (12.6 percent)¹⁵. The US experience raises doubts that the introduction of a market-driven system, organized around HMOs, will improve the efficiency of the NHS. The administrative costs would increase enormously with the increasing number of economic transactions and regulations. Bureaucratization and interference in cli-

se han expandido ofertas y servicios para cohortes y GDRs económicamente beneficiosos»¹¹. Otro trabajo reciente sobre el impacto de los GDRs en la calidad de la atención médica indicaba que «un mayor número de pacientes —de un 10,3 se pasó a un 14,7 por ciento— eran enviados a casa estando aún en situación inestable. Los pacientes que dejan el hospital con uno o más criterios de inestabilidad tienen más de una vez y media mayor riesgo de morir en los 90 días siguientes al alta»¹². Estos estudios muestran que existen riesgos intrínsecos al hecho de unir criterios empresariales y práctica médica— riesgos para el paciente, más que para el proveedor de atención médica.

Tercera asunción: La atención primaria regida por las leyes del mercado es más eficiente que el sistema no basado en el mercado de GB.

La experiencia en los EUA no apoya esta asunción. Cualquiera que sea el indicador de eficiencia escogido el NHS es mucho más eficiente que el sistema sanitario norteamericano (o mejor, el «no-sistema» sanitario). Los EUA gastan más en atención sanitaria, tanto en términos absolutos como porcentuales, que cualquier otro país (el 11,6 por ciento del presupuesto nacional frente al 6,88 británico en 1989). Aún así aquí seguimos teniendo grandes problemas con los costes crecientes frente a una cobertura sanitaria limitada (o ausente), problema que no existe ni en GB ni en ninguna otra nación industrializada comparable. El 17 por ciento de la población no tiene cobertura sanitaria de ningún tipo. El 75 por ciento de los norteamericanos declaraban tener problemas para poder pagar la atención sanitaria que recibían ellos y su familia, y el 25 por ciento declaraban que el pago de estos conceptos les suponía un grave problema económico¹³. Los costes administrativos del funcionamiento del sistema regido por el mercado son asombrosos: el 25,1 por ciento de los dólares gastados en atención sanitaria se pierden en gastos administrativos¹⁴. En comparación con esto el NHS es un modelo de simplicidad y eficiencia con unos costes administrativos de sólo el 7 por ciento.

Esta desfavorable comparación entre los sistemas sanitarios de EUA y GB se mantiene incluso cuando comparamos el NHS con las HMOs. Una persona promedio suscrita a una HMO paga bastante más entre gastos complementarios, primas e impuestos sanitarios que una persona promedio en GB —y obtiene mucho menos a cambio—. El nivel de cobertura en GB es prácticamente total, no así el nivel de cobertura en las HMOs. Muy pocas, por ejemplo, cubren la atención de enfermedades crónicas. Y los costes administrativos son muy superiores en las HMOs que en el NHS. Hay datos que indican que los gastos administrativos están muy por encima del 10 por ciento de las ganancias en la mayoría de HMOs: en 1988 supusieron, en promedio, el 11,7 por ciento de los gastos. Las HMOs ligadas al proveedor de atención médica tenían los gastos administrativos más elevados (12,6 por ciento)¹⁵. La experiencia en EUA plantea serias dudas sobre la hipótesis de que la introducción de un sistema regido por el mercado y organizado alrededor de HMOs vaya a mejorar la eficiencia del NHS.

nical practice would similarly expand. US medicine, including the HMOs, is more bureaucratic, has higher administrative costs, and interferes more aggressively with clinical practice than medicine in any other industrialized nation. The further encouragement of competition in the US in the 1980s worsened rather than improved this situation. Administrative expenditures have been the highest growth sector in medicine, quintupling since 1980. From 1980 to 1986, increases in administrative costs were more than double the rate of overall health cost increases¹⁶. In 1986, physician's offices had more personnel involved in administrative chores (1.7 persons per MD) than in medical care (1 per MD). The overhead and administrative expenses of medical practice in the US are 50 percent of all revenues, compared with 29 percent in Great Britain. Himmelstein and Woolhandler have estimated that if we had a health system like that in the UK, the US would save 38 billion dollars in administrative expenses alone¹⁷. In the US, the strengthening of market forces during the 1980s also meant a reduction in health care benefits. Eighteen percent of the American population (under 65 years of age) have seen their health benefits reduced¹⁸. Also, the share of employer contributions to the payment of employee's premiums has declined from 80 to 69 percent, with the employee paying the difference¹⁹. People are paying more and getting less coverage.

Fourth assumption: The expansion and strengthening of the private sector is an efficient and equitable means of encouraging competition and raising revenues.

The White Paper does not touch on the negative side of expanding the private sector, such as the regressive nature of private funding, the impoverishment of the public sector that accompanies reliance on the private sector, and the growing inequities that would occur with the expansion of that sector. Most private sources of revenues, premiums, and out-of-pocket expenses, including the user's fee, are highly regressive. The White Paper is silent about user's fees, but the KFI Report advocates them: «We recognize that the NHS prides itself on having almost no user fees. Based on considerable health services research in the US, we suspect that this has contributed to consumers requesting services that are not needed... It would be worth exploring the effects of budget-holder's charging a modest per visit copayment (say libras £3-£5) for the nonpoor. This might decrease inappropriate use as well as provide extra resources for use in improving services²⁰». Health services research in the US does not support the claim that user fees have beneficial effects on the patient and the system. Studies in both Canada and the US (not mentioned in the KFI report) show that user's fees discourage utilization, to the detriment of patient

Los costes administrativos aumentarán enormemente con el gran aumento de las regulaciones y de las transacciones económicas. Se expandirán de manera paralela la burocratización y la interferencia con la práctica clínica. La medicina de EUA, incluyendo las HMOs, es más burocrática, tiene mayores costes administrativos e interfiere de una manera más agresiva en la práctica clínica que la medicina de cualquier otra nación industrializada. El fomento aún mayor de la competitividad en los EUA durante los 80 empeoró, en lugar de mejorar, esta situación. El capítulo de gastos administrativos ha sido el que más ha crecido en medicina, quintuplicándose desde 1980. Desde ese año hasta 1986, los aumentos en los costes administrativos fueron en más del doble superiores al aumento promedio de los gastos sanitarios globales¹⁶. En 1986, las oficinas médicas tenían más personal dedicado a tareas administrativas (1,7 personas/médico) que a tareas sanitarias (1 persona/médico). Los gastos de administración de la práctica médica suponen en EUA más del 50 por ciento de los beneficios, comparado con el 29 por ciento en GB. Himmelstein y Woolhandler han estimado que si tuvieran un sistema sanitario similar al de GB, los EUA ahorrarían 38 billones de dólares sólo en gastos administrativos¹⁷. En los EUA el fortalecimiento de las fuerzas del mercado durante los 80 significó también una reducción de los beneficios sanitarios de la atención sanitaria. El 18 por ciento de la población norteamericana por debajo de los 65 años de edad ha visto reducidas con este sistema sus prestaciones sanitarias¹⁸. Además, la participación de los empleadores en las contribuciones al pago de las cuotas de los empleados ha disminuido del 80 al 69 por ciento, pagando el propio empleado la diferencia¹⁹. La gente paga más y obtiene una menor cobertura.

Cuarta asunción: La expansión y el fortalecimiento del sector privado es una manera eficiente y equitativa de alentar la competencia y de aumentar las ganancias.

El Libro Blanco no aborda el lado oscuro de la expansión del sector privado, como por ejemplo el carácter regresivo de la mayoría de los fondos privados, el empobrecimiento del sector público que significa una mayor confianza en el sector privado, y las desigualdades crecientes que ocurrirían con la expansión de este sector. En efecto, la mayoría de fuentes privadas de ingresos, primas y gastos adicionales de las HMO son altamente regresivos. El Libro Blanco no dice, por otra parte, nada acerca de las cuotas que deberán abonar los usuarios del sistema público, mientras que el informe KFI aboga en su favor: «Reconocemos que el NHS se enorgullece de no exigir ninguna cuota de pago al usuario. Basándose en un considerable número de investigaciones sobre servicios sanitarios realizadas en los EUA sospechamos que éste hecho ha contribuido a que los consumidores pidan servicios que en realidad no necesitan... Valdría la pena explorar los efectos que tendría el hecho de que el usuario —que no fuera pobre— pagase una contribución al gasto de la visita (de digamos 3£-5£). Esto podría disminuir el uso inadecuado y sería una fuente extra de recursos que podría invertirse en la mejora de los servicios»²⁰.

care²¹. Also, the Canadian experience shows that the extra expenses needed to administer copayments, deductibles, and fees consume large proportions of the extra revenues raised by such forms of payment. After retaining such forms of payment for a few years, all Canadian provinces dropped them as inefficient, unnecessary, and medically unwise.

US experience shows that reliance on the private sector impoverishes the public sector. Witness, for example, the nursing shortage in the US. There is a shortage of nurses everywhere in the US, but it is much more acute in the public than in the private sector, due in part to the absorption of nurses by the private sector. Moreover, those who benefit most from the private sector are the better-off, whose interest and support for the public sector consequently diminishes. This lessening of support from those with the most political muscle further impoverishes the public sector. A similar fate has befallen the public school system in the US. The existence of private schools led to the weakening of public schools. In societies where the overwhelming majority of the population uses the public schools, as in Sweden, the overall public school system is much better than in societies where private and public schools coexist.

In the UK, the private sector has been, for the most part, within the public sector. Private and non-private medicine meant better amenities and shorter waiting lists for private patients attended in the public hospitals. It is analogous to people taking first—or second-class seats, all using the same plane. The Labour Party is committed to eliminating private beds in public hospitals, yet one could say that under current arrangements at least everyone flies in the same plane; a certain amount of social solidarity is maintained. But the White Paper and the KFI Report advocate an HMO type of practice that will lead to the development of two different types of HMOs, one for the better off and one for the worse off. There will be two types of planes, first-class planes and second-class planes. In the US, we already know the consequences of this. The disparities in medical care are large. HMOs catering to poor patients provide worse care, and are themselves worse off than those catering to the non-poor. Both the White Paper and the KFI Report are, of course, aware of this reality, and they try to cope with it by acknowledging the necessity to «correct the level of capitation to favor the lower social classes». Such corrections have been tried unsuccessfully in the US (either by increasing Medicare payments or by providing vouchers). Correcting these disparities requires far more than financial incentives to the providers.

Las investigaciones en servicios sanitarios realizadas en los EUA no permiten justificar que las cuotas de los usuarios tengan un efecto beneficioso sobre el paciente y el sistema. Estudios tanto en Canadá como en los EUA (que no recoge el informe KFI) muestran que las cuotas al usuario desaniman la utilización y actúan en detrimento de la atención al paciente²¹. La experiencia canadiense muestra asimismo que los gastos extras necesarios para la gestión de pagos, cuotas y deducciones, consumen gran parte de los beneficios obtenidos por esta vía. Después de mantener este tipo de pagos durante algunos años, todas las provincias canadienses acabaron por eliminarlo por considerarlo ineficiente, innecesario y médicamente contraproducente.

La experiencia de los EUA muestra, por otro lado, que confiar en el sector privado redundaría en el empobrecimiento del sector público. Un buen ejemplo es la reducción del personal de enfermería en los EUA. Hay escasez de enfermeras en cualquier punto de los EUA, pero éste déficit es mucho más acuciante en el sector público que en el privado debido en parte a la absorción de enfermeras por parte del sector privado. Más aún, aquellos que se benefician en mayor medida del sector privado son los que disponen de mayores recursos económicos, cuyo interés y apoyo al sector público, en consecuencia, disminuirá. Esta falta de apoyo de aquellos que tienen mayor poder político empobrece más aún al sector público. Un destino similar ha sido el que ha sufrido el sistema de escuelas públicas norteamericano. La existencia de escuelas privadas ha acarreado debilitamiento progresivo de las públicas. En sociedades donde la inmensa mayoría de la población acude a escuelas públicas—como por ejemplo en Suecia— el sistema de escuela pública es mucho mejor que en sociedades donde coexisten la escuela pública y la privada.

En GB el sector privado ha funcionado, en la mayoría de casos, dentro del sector público. La coexistencia de medicina privada y no-privada significaba más comodidades y menores listas de espera para los pacientes privados atendidos en los hospitales públicos. Es algo análogo a la selección de un billete de primera o de segunda por pasajeros que viajarán en el mismo avión. El Partido Laborista desea eliminar las camas privadas de los hospitales públicos; aunque en las condiciones actuales puede afirmarse que todo el mundo viaja en el mismo avión; se mantiene un cierto grado de solidaridad social. Pero el Libro Blanco y el informe KFI reivindican una práctica tipo HMO que llevará al desarrollo de dos tipos diferentes de HMO, uno para los que dispongan de sobrados recursos económicos y otro para los que no. Habrá dos tipos de aviones, aviones de primera clase y aviones de segunda. En los EUA ya conocemos cuáles son las consecuencias de esto. Las disparidades en la atención sanitaria son enormes. Las HMO que sirven a pacientes con escasos recursos brindan una peor atención y son peores ellas mismas que las que sirven a pacientes con mayores posibilidades. Tanto el Libro Blanco como el informe KFI son por supuesto conscientes de esta realidad e intentan afrontarla reconociendo la necesidad de «corregir el nivel de capitación para favorecer a las clases sociales más bajas». Estas correcciones se han intentado llevar a

The most effective and most equitable way of raising much-needed revenues is not through the private sector but through the public one, by changing government priorities and/or by raising taxes. There is active popular support for both types of intervention. The majority of people in the UK believe that the government should spend far more on health care (and much less on defense), and 75 percent are willing to pay higher taxes if they are assured that these extra revenues would be spent in the health sector. Polls show that people are hostile to user's fees and support instead higher government revenues on health. The primary concern of the public and of providers is the underfunding of the NHS²².

In summary, the US experience seems to lead to a conclusion opposite to that reached by the NHS reformers. Changes in the NHS may indeed be necessary. There is evidence that people want to see changes; 52 percent of British people want to see fundamental changes to make the system work better²³. But the US experience should warn health reformers that those changes should not necessarily be toward a US-style system (in which an even larger 60 percent of American want fundamental changes), but away from it.

cabo sin éxito en los EUA (bien sea aumentando los pagos a Medicare, bien sea con un sistema de vales). Para corregir estas disparidades hace falta algo más que incentivos financieros a los proveedores de servicios médicos.

El método más efectivo y equitativo para aumentar los tan necesitados beneficios no es a través del sector privado sino del público, cambiando las prioridades gubernamentales y/o aumentando los impuestos. Existe un apoyo popular activo a ambos tipos de medidas. La mayoría de los británicos creen que el gobierno debería invertir más dinero en atención sanitaria (y mucho menos en defensa) y el 75 por ciento están dispuestos a pagar más impuestos si se les asegura que estos ingresos extras van a ser invertidos en la sanidad pública. Las encuestas muestran que la gente es contraria al pago de cuotas de usuario en el sistema público y apoyan en cambio mayores ingresos gubernamentales en salud. La principal preocupación, tanto del público como de los proveedores, es la insuficiente financiación del NHS²².

En resumen, la experiencia de los EUA parece llevar a conclusiones opuestas a las que llegan los reformadores del NHS británico. Los cambios en el NHS pueden, en efecto, ser necesarios. Hay evidencia de que la gente quiere cambios: el 52 por ciento de los británicos desearían ver cambios fundamentales que hicieran funcionar mejor el sistema²³. Pero la experiencia norteamericana debería alertar a los reformadores de la sanidad y mostrarles que los pasos no deben dirigirse hacia un sistema al estilo del norteamericano (donde más del 60 por ciento de la población desearía que se introdujeran cambios fundamentales) sino precisamente en la dirección opuesta.

Traducción: Pau Pérez

Bibliografía

1. *Working for Patients. The Health Service: Caring for the 1990s*. White Paper, HMSO, London 1989.
2. Weiner JP, Ferris DM. *GP Budget Holding in the UK; Lessons from America*. King's Fund Institute, Research Report n.º 7, 1990.
3. Blendon RJ, Leitman R, Morrison J, Donelan K. Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs*, summer 1990; p. 188.
4. Blendon, RJ. Three Systems: A Comparative Survey. *Health Management Quarterly*. First Quarter 1989.
5. For the US, see Shimsak DG, DeFuria MC, DiGiorgio JJ, Getson J. An Analysis of HMO Disenrollment Data. *GHA Journal*, Summer 1987; 8(1): 13-22. For the UK, see Leavey R, Wilkin DH. Consumerism and General Practice. *British Medical Journal* 1989; 298: 1128-1129.
6. Jacobs E, Worcester R. *We British: Britain under the Microscope*. Weidenfeld and Nicolson, London 1990; p. 50.
7. Weiner JP, Ferris DM, *op.cit.*, p. 19.
8. *Ibidem*.
9. Lee PR, Etaeredge L. Clinical Freedom: Two Lessons for the UK from US Experience with Privatisation of Health Care. *Lancet* 1989; 4: 263-265.
10. Coyte PC, Dewees DN, Trebilcock MJ. Medical Malpractice. *New Engl J Med* January 10, 1991; p. 89.
11. Gay EG, Kronenfeld JJ. Regulation, Retrenchment —the DRG Experience: Problems from Changing Reimbursement Practice—. *Soc Sic Med* 1990; 31: 1103.
12. Kahn KL, *et al.*: The Effects of the DRG —based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients. *JAMA* 1990; 264: 1953-1955.
13. *Los Angeles Times* Poll n.º 212: Health Care in the United States. Roper Center for Public Opinion Research, Storrs, Conn., March 1990.
14. Woolhandle S, Himmelstein DU. To Save a Penny Two are Spent: The Deteriorating Administrative Efficiency of US Health Care. Center for Health Policy, Harvard University (manuscript).
15. Palsbo SJ, Gold MR. *HMO Industry Profile: Vol. 3. Financial Performance, 1988*. Group Health Association of America, 1990.
16. Reinhardt U. The Medical B Factor: Bureaucracy in Action. *Washington Post*, August 9, 1988.
17. Himmelstein D, Woolhandler S. Cost without Benefit: Administrative Waste in US Medicine. *New Eng J Med* 1986; 314: 441-445.
18. *Los Angeles Times*. Poll, *op. cit.*
19. Leist KR, Freeland MS, Waldo DR. Health Spending and Ability to Pay: Business, Individuals, and Government. *Health Care Financing Review* 1989; 3: 10-12.
20. Weiner JP, Ferris D., *op. cit.*
21. For utilization after abolition of out-of-pocket payment in Quebec, see McDonald, *et al.* *New England Journal of Medicine* 1974; 291: 694-652; for impact of co-payments in Saskatchewan, see Horne, *et al.* *Medical Care* 1980; 18: 787; for the US, see Brook R *et al.* *New England Journal of Medicine* 1983; 309: 1426-1434; y Sin Z, *et al.* *New England Journal of Medicine* 1986; 315: 1259-1266.
22. Jacobs E, Worcester R, *op. cit.*
23. Blendon RJ, Leitman R, Morrison J, Donelan K, *op. cit.*

