

LA CRISIS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA REFORMA QUE PROVOCARON. LA REFORMA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD BRITÁNICO Y SU RELEVANCIA PARA EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Octavi Quintana

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Introducción

Desde hace veinte años los sistemas sanitarios de los países desarrollados se enfrentan a una crisis que, lejos de resolverse, se ha ido generalizando y que tiene su punto neurálgico en el cuestionamiento de su eficacia real para resolver los problemas para los que han sido diseñados.

Es constatable que las medidas que se han introducido para paliar esta crisis abierta poseen unos rasgos comunes a pesar de las diferencias que separan a los distintos sistemas sanitarios.

En este artículo se hace un breve repaso a las causas de la crisis y a los problemas comunes de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, a las medidas que se han tomado para afrontar estos problemas haciendo especial hincapié en la propuesta de reforma del NHS británico, y averiguar qué aspectos positivos puede tener que mejorar nuestro sistema sanitario.

La crisis de los sistemas sanitarios

La política sanitaria se está internacionalizando cada vez más¹. El gasto sanitario representa una parte importante del

PIB de un país; este gasto sanitario es en su mayor parte un componente de los salarios lo que le confiere una clara repercusión en la competitividad del país. Por otra parte determinadas acciones de las organizaciones internacionales, en nuestro ámbito la CEE y la OMS, contribuyen a esta internacionalización.

Tres son las crisis en las que se debaten los sistemas sanitarios de los países desarrollados²:

- Crisis financiera.
- Crisis de eficiencia.
- Crisis conceptual.

La crisis financiera empieza con la crisis del petróleo a mitad de los años 70. Las medidas de ajuste que se emprenden a partir de entonces, no afectan tanto al sector sanitario, que durante estos años, los inmediatamente posteriores a la crisis del petróleo, siguen creciendo por encima de lo que crece el PIB. Las medidas de ajuste se toman en el sector sanitario posteriormente a las que se tomaron en el sector industrial y por lo tanto sus efectos no son tangibles hasta muy recientemente, en el curso de los tres últimos años. En España la crisis financiera coincide con la transición por lo que las medidas de ajuste no se toman hasta más

tarde, de forma que coincide en el sector sanitario y en el resto de la economía.

La crisis de eficiencia es más difícil de definir porque hay pocas e inexactas medidas para evaluar el producto sanitario. En líneas generales la crisis de eficiencia se refiere a qué volúmenes de gasto sanitario sensiblemente diferentes (de distintos países) no se corresponden con estados de salud igualmente diferentes y proporcionales al gasto. Así, por ejemplo, mientras que los EE.UU. gastan alrededor de un 11% del PIB en sanidad, Canadá gasta un 8% y en cambio todos los indicadores sanitarios son sensiblemente mejores en Canadá que en EE.UU. Ello es así por varias razones de entre las que destacamos dos, que en realidad se refieren a dos tipos distintos de eficiencia:

La primera es que el estado de salud depende poco de la asistencia sanitaria y sí mucho más de las condiciones ambientales y del estilo de vida. Dado que la suma de estos factores tiene mucha influencia en la salud, lo eficiente sería dedicar más recursos a medidas de prevención que mejorarán estos factores. Por un razonamiento análogo habría que invertir más recursos en atención primaria, que en la mayoría de países está in-

Correspondencia: Octavi Quintana Trias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28671 Madrid
Este artículo fue recibido el 20 de septiembre de 1991 y fue aceptado, tras revisión, el 25 de noviembre de 1991.

suficientemente desarrollada, tal y como preconiza insistentemente la OMS.

La segunda razón es que los sistemas sanitarios tienen distinto grado de eficiencia como organización. Abundan los incentivos económicamente perversos en el sentido de que no conducen a una preocupación por la eficiencia en ninguno de los agentes que intervienen en el sistema sanitario: proveedores de cuidados, pacientes y financiadores. Existen grandes diferencias no explicadas en tasas de frecuentación, tasas quirúrgicas, calidad, costes, rendimiento, lo que sugiere que se puede mejorar notablemente. Este último aspecto es el eje de muchas reformas de los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

La crisis conceptual aparece en los años 80 y no es exclusiva tampoco del sector sanitario. Supone la reformulación del papel del Estado en la sociedad y en la provisión de servicios. Se ha constatado, que incluso en los países donde se ha desarrollado una política propia de Estado de bienestar no se ha conseguido resolver de forma definitiva las desigualdades sociales más graves, ni eliminar las marginación existente, criticándose la ineficiencia de sus servicios.

Cuando la base socioeconómica sobre la que actúa es desigual, la universalización de las prestaciones no asegura la equidad. Es un mecanismo redistributivo de renta, pero las clases socioeconómicas más desfavorecidas siempre tienen mayor riesgo de enfermar, y tienen más necesidad. Por otra parte, mantener un nivel alto de prestaciones, allí donde las hay, o incrementarlas en los demás países, supone aumentar la presión fiscal, medida sumamente impopular y, por tanto, de alto costo político.

Las soluciones propuestas van desde una reducción drástica del Estado de bienestar, como se propugna desde posiciones conservadoras, hasta el establecer unas prioridades, el alcance y tipo de prestaciones, así como su financiación³.

Las reformas en los sistemas sanitarios desarrollados

Para hacer frente a esta crisis en la mayoría de países desarrollados se han propugnado una serie de reformas, sea desde el Gobierno (Reino Unido, Suecia,

Austria, Alemania), desde el Parlamento (Francia, Holanda, EE.UU.), o desde grupos de distintas tendencias^{4, 5}.

Para la realidad española, sin duda, lo que más nos interesa, son las medidas que se han tomado en sistemas parecidos al nuestro, que son la mayoría de países desarrollados, como Canadá, Italia, Gran Bretaña o los Países Escandinavos.

En este artículo sólo vamos a analizar de forma específica la propuesta del Gobierno conservador del Reino Unido para reformar el NHS, sin embargo, como encuadre general es útil identificar aquellas medidas que son comunes a varios países y que pretenden contrarrestar las crisis financieras y de eficiencia.

En general las reformas han tenido dos objetivos explícitos: acercar el sistema al usuario de forma que se ajuste mejor a sus necesidades, y disminuir la progresiva inflación en los costes, en general a partir de mejoras en la eficiencia y en la organización.

Las medidas que abordan las reformas tienden en general a intentar resolver el problema de contención del gasto y mejora de la eficiencia, siendo los aspectos relativos al acercamiento al usuario más secundarios en la práctica.

Veamos algunos puntos comunes a estas reformas que se refieren principalmente a contener el gasto:

— Ticket moderador por el cual el paciente paga una parte de los gastos incurridos en el momento del servicio. Lo mencionamos aquí porque uno de los objetivos es frenar la demanda aunque no esté claro cuál es el efecto que produce en los sitios donde se ha puesto en práctica. En España existe en el pago de farmacia. El objetivo puede ser aumentar la recaudación y/o de disuasión frente al excesivo consumo de prestaciones. Se ha puesto en práctica en Francia, Alemania, Suecia y Holanda. En Italia se ha implantado el ticket a pesar de una fuerte oposición popular inicial.

— Restringir el número de médicos, que son excedentarios en muchos países. El aumento del número de médicos no ha supuesto en muchos países una competencia entre ellos, sino que ha estimulado la prestación de más servicios, necesarios o no tanto, con el consiguiente aumento del gasto. España con una de las

cifras más altas de médicos por 1.000 habitantes del mundo⁷, introdujo el *numerus clausus* en la Universidad que previsiblemente igualará en pocos años el número de médicos que se licencian con el número de plazas de MIR. No obstante, quedará un fuerte excedente de médicos sin MIR y con difícil acceso al mercado laboral de los últimos 8-10 años.

— Restringir cerrando en muchos casos, el número de camas de agudos. Esta medida se ha tomado en países con un número de camas de agudos por 1.000 habitantes superiores al nuestro y con más camas y servicios destinadas a crónicos y ancianos. En cualquier caso es ilustrativo de cuál puede ser nuestra tendencia en el futuro, máxime si se destinan servicios a los crónicos.

— Mayor énfasis en la atención domiciliaria. Es más barata y probablemente más eficiente que la hospitalaria. En España esta atención, así como buena parte de la atención a los crónicos la realiza la familia, que ésta si es barata y eficiente, pero hay que prever que cada vez lo hará menos. En Dinamarca y Suecia se ha creado un permiso laboral para cuidar a pacientes enfermos⁸.

— Evaluación de la tecnología médica. Históricamente empieza en Estados Unidos y posteriormente en el Reino Unido. Pretende evaluar no sólo la seguridad y eficacia de cada nueva tecnología médica, sino también el costo/beneficio de cada procedimiento para decidir sobre su posterior difusión en los distintos centros asistenciales.

— Descentralización. Este es uno de los aspectos cruciales de todas las reformas y se refiere no a la descentralización puramente geográfica, sino por centro asistencial o por área de salud. Hay un debate no resuelto sobre si es mejor descentralizar a nivel de área o si es mejor hacerlo a nivel de hospital (o de centro asistencial). La descentralización ha de ir ligada a los presupuestos prospectivos, valga la redundancia, que son presupuestos pactados de antemano en función de unos criterios, a veces muy complejos, y con unos objetivos que se revisan periódicamente. En algunos casos se ha ensayado el llevar esta descentralización hasta los servicios médicos para que sea el clínico, que toma decisiones muy rele-

vantes en la asignación de recursos, quien se responsabilice. Aunque interesante como planteamiento, las experiencias con los llamados presupuestos clínicos distan de ser concluyentes¹⁰.

Cuanto más se avanza en el proceso de descentralización más se pone de manifiesto la necesidad de profesionalización de la gerencia de los servicios sanitarios, proceso en el que los médicos han perdido una cierta cuota de poder, lo que ha originado las previsibles resistencias.

Se han introducido nuevos sistemas de gestión a menudo procedentes de la empresa privada, con el objetivo de darle a la gestión de la asistencia sanitaria un cariz empresarial.

La reforma del Sistema Nacional de Salud británico (NHS, National Health Service)

Los cambios del NHS son especialmente relevantes por su magnitud y por tener lugar en el Sistema Nacional de Salud más veterano, con gran aceptación por parte de la población y que ha conseguido logros indiscutibles. Los cambios que se propugnan intentan mejorar la eficiencia del sistema y están muy en la línea de la crisis conceptual a la que nos hemos referido anteriormente. Por otra parte pretenden acercar el sistema al usuario, de forma que el dinero siga al paciente. El problema está en que el paciente puede decidir poco y la mayor parte de las decisiones las toma el médico en su nombre.

Como medio para conseguir mejorar la eficacia y acercar el sistema al usuario, se propugnan mecanismos de mercado, sobre todo de competitividad y mercado interno en la provisión.

Los cambios más significativos son⁶:

— Creación de hospitales independientes desde el punto de vista económico y de la gestión, que permitiría una flexibilidad mucho mayor en la política de personal, salarios, endeudamiento.

— Presupuestos independientes para los médicos o grupos de médicos con más de 11.000 pacientes.

— Presupuestos indicativos de las prestaciones farmacéuticas para cada médico general, con el fin de evitar demasiadas recetas.

— Refuerzo de las líneas jerárquicas, tanto la ejecutiva como la estratégica.

— En contabilidad, incluir el valor del capital, activos, depreciación y costes de capital, para obtener precios reales y poder competir en el sector privado.

— En los consejos de área (DHA) desaparecen los representantes de las autoridades locales para convertirse en consejos donde se sientan los miembros ejecutivos y los no ejecutivos, éstos designados por el Secretario de Estado de Sanidad. Los consejos ven reforzado su poder gerencial.

— Auditorías externas para auditar a las autoridades sanitarias y a los consejos de área.

— Audit médico: control de calidad de la asistencia sanitaria sistemática, primero para todos los hospitales y después para la asistencia primaria.

— Incentivos a los jefes clínicos (consultants) para estimular sus capacidades gerenciales y de desarrollo del servicio. Los jefes de servicio son uno de los pivotes en los que se apoya la reforma en los hospitales.

— Desgravación fiscal para los ancianos que tengan un seguro privado.

Las críticas que se le han hecho al White Paper para la reforma del NHS son múltiples y van desde las ideológicas, en cuanto que pueden suponer una ruptura de los principios de equidad, solidaridad, y universalidad en que está basado el NHS, hasta las más técnicas, de dificultad de poner en marcha, y sobre todo de poder asumir el gran coste adicional que supone el proyecto de reforma. Estas críticas han supuesto que en algunos puntos la implantación sea más general y en otros se ha llegado a algo parecido a una moratoria. Las críticas más relevantes son, a mi juicio, las que tienen que ver con equidad, acceso y el papel del usuario en este nuevo mercado.

Por otra parte no está claro que la eficiencia vaya a mejorar suficientemente con el mercado interno, lo cual invalida el objetivo de la propia reforma.

— Se pasa del concepto de usuario al de paciente con lo que los términos tienden a confundirse, lo que implica un mayor acento en el tratamiento. El cliente es el paciente no el ciudadano.

— Dado que habrá una serie de hospitales autogobernados, los pacientes tendrán menos posibilidades de escoger, con lo que se perderá el concepto de servicio integral que, hasta ahora, tenía el servicio hospitalario. La competencia se establece entre proveedores de forma que los usuarios quedan marginados de todas las decisiones, salvo la de escoger médico que vendrá, en muchos casos, condicionado por la distancia geográfica.

Puesto que los hospitales pueden pagar a sus trabajadores como quieran, los profesionales de más calidad serán atraídos por los hospitales que más pueden pagar y se crearán dos tipos, muy separados, de hospitales y de asistencia. Una medicina para pobres es siempre una pobre medicina.

Los médicos generales que no tengan presupuesto propio, la mayoría, deberán contentarse con lo que las autoridades sanitarias locales consideran la mejor oferta, con lo que fácilmente los pacientes, se verán obligados a viajar, para tener acceso a unos servicios que, ahora, tienen en el lugar de residencia. Obviamente los ciudadanos se dividirán en dos categorías, los que pertenezcan a la consulta de médicos con presupuesto propio y los demás. En cualquier caso, tampoco serán todo ventajas para los clientes de médicos con presupuesto propio porque los médicos generales pasarán de ser los valedores de sus enfermos, a intentar que gasten lo menos posible dentro de un presupuesto limitado, lo que indudablemente afectará a la relación médico-enfermo.

— La existencia de incentivos económicos para dar menos tratamiento supondrá un serio conflicto de intereses entre el médico y el paciente. Un sistema por el cual se hiciera un seguimiento para los médicos que recetan mucho o dan más tratamiento que lo esperado, sería más adecuado y permitiría discriminar mejor.

— Un punto especialmente relevante es el que haya selección adversa de pacientes por parte de médicos y hospitales. Dado que los pacientes de alto riesgo (crónicos o viejos) son mucho más caros, cabe la posibilidad de que el médico general y el hospital tiendan a rechazarlos, porque les supondría un aumento importante del gasto.

— La información que recibe el ciudadano puede tener varios interpretaciones.

Una corta lista de espera puede ser a la vez signo de mucha eficiencia, porque se atienden a muchos pacientes y por tanto se absorbe mucha demanda, o de poca confianza con lo que la demanda es muy baja. Por otra parte la lista de espera tampoco dice nada de la calidad que es uno de los datos más relevantes para el consumidor. Con la información que se da va a ser difícil que el usuario tome decisiones adecuadas. Cuando los usuarios pueden escoger, como lo que mejor entienden es la hostelería, forzarán a los hospitales a distinguirse en este aspecto, que con ser importante no es lo que se pretende.

— Los plazos que prevé el White Paper para su puesta en marcha son muy poco realistas, puesto que son muy cortos para unos cambios muy radicales, aunque en la práctica estos plazos se han diferido considerablemente.

— No están previstas experiencias piloto, lo que parece muy aconsejable para cambios de tanta entidad.

— Los costes administrativos del sistema se van a disparar porque habrá que individualizar para cada paciente en los gastos incurridos. Estos costes añadidos, sino se costean adicionalmente, habrá que detraerlos de la asistencia.

— El control de calidad de la asistencia, como conoce cualquier persona que haya trabajado en ello, no puede ser sólo un instrumento gerencial sino más bien un proceso educativo. En el momento en que se convierte en obligatorio y sancionador, los inconvenientes superan a las ventajas.

— La nueva composición de los consejos de área (DHA), en los que han desaparecido los representantes locales y de los sindicatos, siendo sustituidos por los miembros no ejecutivos designados directa o indirectamente por el Secretario de Estado de Sanidad, pone en entredicho la participación de los ciudadanos.

¿Qué es lo más relevante de la propuesta de reforma del NHS?

Lo más relevante de la reforma del NHS, propuesta en el White Paper es que la estructura administrativa británica permite asumir una reforma tan radical como la propuesta por el White Paper,

independientemente de la orientación de su contenido, mientras que en la administración española la mayoría de cambios, aunque sean de mucha menor entidad que los apuntados en la reforma británica, están sencillamente prohibidos.

Entrando en el contenido específico de las propuestas del White Paper cabe analizar en la viabilidad y oportunidad de su aplicación al sistema sanitario español. En los apartados siguientes analizamos los puntos que desde nuestra perspectiva nos parecen importantes a considerar.

Dos son los pivotes sobre los que gira la reforma del NHS y que merece la pena examinar críticamente, teniendo en cuenta los problemas del sistema sanitario español.

El primero de ellos es la descentralización. Parece pertinente contemplar la descentralización como un aspecto necesario de cualquier reforma del sistema sanitario español. Descentralización no significa, en este contexto, descentralizar desde el Gobierno Central a las Comunidades Autónomas si no descentralizar a nivel de centro asistencial.

Se podrá discutir si conviene más hacerlo hasta el área de salud o hasta el centro asistencial, aunque mi criterio es que debe descentralizarse hasta donde se realiza la asistencia. Tal y como se ha mencionado anteriormente se puede incluso llegar hasta los servicios clínicos, puesto que es a este nivel donde se decide la mayor parte de la utilización de recursos.

Una descentralización como la que se apunta debe acompañarse de unos presupuestos pactados en función de unos objetivos o por actividad y con criterios lo más simples y realistas posibles y una profesionalización de los estamentos gerenciales y administrativos.

Esta descentralización tendrá que ir probablemente asociada a un cambio del organigrama de dirección de los hospitales, en los que la línea de mando queda muy diluida con la creación de varias direcciones del mismo nivel, que deben actuar colegiadamente. En la práctica esta situación ha creado no pocos problemas de gestión, por lo que probablemente sería oportuno reconsiderar un organigrama en el que la línea jerárquica quedara mejor establecida.

El segundo pivote sobre el que se asienta la reforma británica es la introducción de mecanismos de mercado. Ello supone introducir en el sistema:

- Incentivación.
- Financiación privada.
- Competencia.
- Marketing.

Incentivación. Tal y como se ha analizado antes, el mecanismo propuesto por el White Paper para incentivar tiene efectos perversos para la equidad de usuario. Los incentivos no pueden ser globales de centro asistencial, sino que deben discriminar a los trabajadores con criterios pactados y flexibles. Los incentivos introducidos con el plus de productividad en el sistema sanitario español se han revelado totalmente ineficaces y han resultado un aumento de sueldo encubierto.

Financiación privada. En este punto creo que aunque estamos en un sistema mixto en el que conviven sanidad privada y pública, no es eficiente ni equitativo dar una preponderancia a la financiación privada, como lo demuestra la experiencia del sistema de EE.UU., donde la privada tiene la primacía, con grandes gastos administrativos, y con unos indicadores sanitarios en muchas ocasiones peores que los españoles. La financiación privada es poca (desgravando a los ancianos que se aseguran privadamente), pero significativa por lo que tiene de simbólica. En la propuesta del White Paper aumenta la financiación privada, lo que aumenta las desigualdades, aunque persiste la financiación pública. Por otra parte, el problema de la complementariedad con el sector exige como paso previo que queden perfectamente delimitadas las reglas de juego y las responsabilidades de cada sector.

Competencia. La competencia es compatible con cualquier ideología y, por lo tanto, con cualquier sistema sanitario. Puede mejorar la eficiencia del sistema notablemente. En un sistema sanitario público la competencia puede establecerse entre centros públicos, según el modelo propuesto por Saltman¹¹, o puede hacerse entre centros públicos y privados que es el que propugna Einthoven¹² en el que son los usuarios los que escogen entre distintas opciones

y no los propios vendedores, compradores o autoridades sanitarias, como en la propuesta británica.

Marketing. Ya se han comentado antes algunos de los efectos del marketing en el White Paper, por lo que los centros asistenciales tenderían a cuidar perfectamente la hostelería. Ello sería deseable en cualquier sistema, y en particular en el español si esto no fuera en detrimento de otros aspectos fundamentales de la asistencia. En cualquier caso, no hay que olvidar el papel de la información sesgada que trae la publicidad, sesgo que el White Paper asume como inevitable.

En España es necesaria una reforma que acerque el servicio al usuario, dotándolo de mayor flexibilidad y de forma que responda mejor a sus necesidades y que, por otra parte, mejore la eficiencia del sistema. Varias son las medidas enunciadas en este artículo que acercarían el servicio al usuario. En este sentido apunta la reciente reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo⁹, en que se contempla una Dirección General de Evaluación, que tiene como función principal seguir muy de cerca la opinión de los usuarios respecto al sistema sanitario.

Hay que conseguir una auténtica descentralización para que los centros asistenciales puedan gestionarse desde los propios centros y tengan la posibilidad de adaptarse a las características de cada sitio, mejorando a la vez su eficiencia. Potenciar la atención domiciliar es otra medida que acerca el sistema sanitario al ciudadano y, de nuevo, mejora la eficiencia.

Los mecanismos de competencia deben responder más a las demandas de los ciudadanos que no a las de los proveedores, como en el caso del Working for Patients y, por lo tanto, el marketing y la información que hay que suministrar es fundamental para que el ciudadano pueda elegir en las mejores condiciones posibles. Se trata de dotar de mecanismos de competencia, en la medida de lo posible, de forma que sea el ciudadano el que elija entre una o varias opciones, más que dejar al proveedor que sea el que elija en nombre del ciudadano.

Para mejorar la eficiencia del sistema sanitario español varias son las medidas, aparte de las señaladas en el párrafo anterior, que pueden contribuir en este logro:

Hay que incentivar a los trabajadores sanitarios, de forma que se rompa en la medida de lo posible el estrecho corsé que supone el marco funcional.

La evaluación tecnológica, no sólo de los productos farmacéuticos, sino también del equipamiento médico, y sobre todo de los protocolos de actuación, es una medida que se aplica en varios países y en la que el nuestro debe hacer un esfuerzo considerable. Hay que evaluar el número y tipo de camas que se precisan y los horarios de funcionamiento de los centros asistenciales antes de emprender la construcción de más camas de agudos.

Por otra parte, el ticket moderador no parece que haya tenido un impacto importante en ninguno de los países donde se ha aplicado, pues, o bien no ha disminuido el consumo de prestaciones, o si lo ha hecho no queda claro que hayan disminuido las prestaciones innecesarias.

Cualquier reforma que aborde el sistema sanitario en nuestro país, deberá contemplar por lo menos estos aspectos, aunque evidentemente se requerirá por una parte importantes dosis de imaginación, y por otra flexibilidad entre todos los sectores implicados, para poder llegar a un mínimo consenso que haga viable la reforma.

Bibliografía

1. Ortún, V. Rol 128.
2. Poullier J.P. From risk aversion to risk rating: trends in OECD health care systems. *International Journal of Health Planning Management*. 1987; 2: 9-33.
3. García Vargas J. Universalización de la asistencia sanitaria en el marco del estado de bienestar. *Seminario de la Universidad Menéndez y Pelayo*. Cádiz. Septiembre 1988.
4. Evans R. Controlling health expenditures. The Canadian reality. *New Engl J Med* 1989; 320: 571-7.
5. Himmelstein D A. National Health Program for the United States. *New Engl J Med* 1989; 320: 102-108.
6. Secretary of State for Health. Working for Patients. Londres. HMSO 1989.
7. OCDE Financing and delivering health care. París. OCDE 1987.
8. Dos leyes reconocen en Dinamarca y Suecia el permiso laboral para cuidar enfermos. Madrid, *El País*, 7 de junio de 1989.
9. Real Decreto 987/1991, de 21 de junio, por el que se determina la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. *B.O.E.* 25-6-1991.
10. Saltman R. Sweden. International handbook of health care systems. Greenwood Press. Westport. Conn, 1987.
11. Saltman R. Public competition versus mixed markets. *Health Policy* 1989; 11: 43-55.
12. Einthoven A. A consumer-choice health plan for the 1990's. *New Engl J Med* 1989; 320: 29-37.

