

EL SISTEMA SANITARIO COREANO: IMPLICACIONES DE LA REFORMA DE 2000

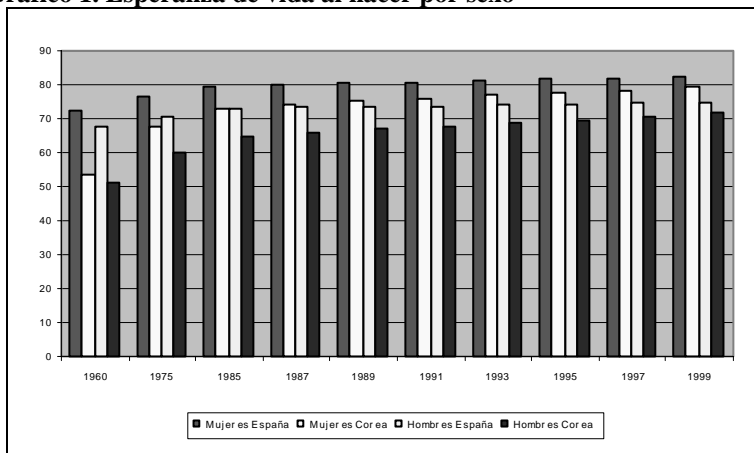
Álvaro Hidalgo*

1. Introducción

Corea ha experimentado un período de rápido desarrollo económico y de una fuerte industrialización desde los años 60. Este crecimiento económico se ha visto acompañado de logros sin precedentes en la salud de la población y por transformaciones en el sector de la asistencia sanitaria:

- Mejoras espectaculares en esperanza de vida y reducción de la mortalidad infantil.
- Cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasando de enfermedades infecciosas a crónicas y relacionadas con los estilos de vida.
- El acceso al cuidado médico se ha ampliado considerablemente con el establecimiento acertado de un sistema nacional de Salud (SNS o NHI).

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer por sexo



Fuente: Eco-salud 2002

* Profesor titular de fundamentos del análisis económico, UCLM. Subdirector del CEIC. Alvaro.Hidalgo@uclm.es

Como se aprecia en el gráfico 1, la diferencia de esperanza de vida entre España y Corea se ha reducido sensiblemente en los últimos 40 años. De los 18 años y 16 años existentes en 1960 entre mujeres y hombres respectivamente se ha pasado a 3,2 años en 1999, lo que indica la importante mejora registrada en Corea, ya que durante ese período España ha incrementado la esperanza de vida de las mujeres en 10 años y en 7 la de los hombres.

El NHI se establece mediante la cobertura gradual de los distintos grupos población. Como se recoge en la tabla 1, la cobertura universal de la salud fue alcanzada en 1989, solamente 12 años después de la introducción del NHI. El gobierno coreano siguió una política de contribuciones bajas, de reducidas coberturas y de altos copagos para garantizar la asistencia universal a un coste bajo.

La cobertura en 1997 incluía a los trabajadores de las empresas de más de 500 trabajadores. Desde 1979 la cobertura se amplía a las empresas de más de 300 empleados y a los funcionarios y maestros. En 1982 se incluían a las empresas de más de 16 trabajadores y en 1989 se llega a la cobertura universal incluyendo a las empresas de más de 5 trabajadores y a los autónomos tanto urbanos como rurales. En 1995, las prestaciones se alargan hasta 180 días, incluyendo el diagnóstico y el uso de tecnologías de alto coste. Por último, en 1995 se expanden las prestaciones a todo el año.

Tabla 1. Evolución de la cobertura del NIH y el MAP

	<i>NHI</i> <i>(asegurados y dependientes)</i>	<i>MAP</i>
1977	8.6	5.7
1980	424.2	5.6
1985	44.1	8.0
1990	93.9	9.2
1995	97.6	3.1
1999	96.4	3.5

Fuente: OCDE 2002.

En la tabla 2 podemos comprobar como el copago va desde el 20% en el caso de los pacientes hospitalizados, hasta el 55% en el caso de los pacientes ambulatorios de pacientes generales. En cualquier estos copagos se sitúan en el tramo alto de los países de la OCDE.

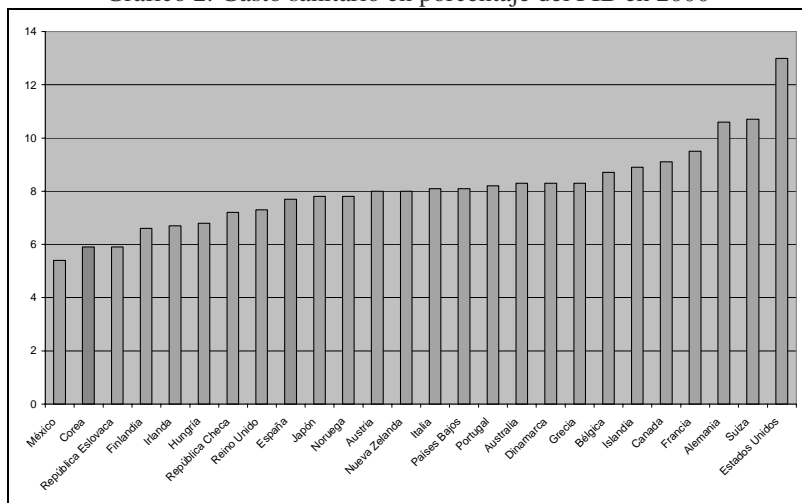
Tabla. 2 Copagos en los servicios cubiertos por el NHI

<i>Servicio médico</i>	<i>Copagos</i>
Hospitalizados	20% del coste del tratamiento
Ambulatorios	
Hospital General	Honorario por visita + 55% del coste del tratamiento
Hospital	Honorario por visita + 40% del coste del tratamiento
Clínica	30% del coste del tratamiento (3.200 won si el coste total es menor de 12.000 Won)

Fuente: Ministerio de Sanidad y Bienestar, Libro blanco sobre bienestar social, 1999.

Uno de los primeros aspectos que hay que destacar del sistema coreano es que es uno de los que menos recursos dedica a sanidad en porcentaje del PIB de todos los países de la OCDE. De todos los países de la OCDE, Corea es el segundo, detrás de México en tener un menor gasto en términos de PIB. La diferencia con España es de 2 puntos porcentuales.

Gráfico 2. Gasto sanitario en porcentaje del PIB en 2000



Fuente: Eco-salud 2002

El sistema coreano está dominado por el sector privado. Casi el 60% del gasto total es de origen privado, frente al 40 por ciento proveniente de fondos públicos. Esto se aprecia en la distribución del personal sanitario, cerca del 90% de doctores y de la gran mayoría de camas de hospital son privados. En la tabla 3 se aprecia cómo, cerca del 60% de los hospitales generales son privados, mientras que los hospitales privados representan el 91% y las clínicas privadas el 100%. Sólo en el caso de los centros de salud, integrados en la red de asistencia pública, la totalidad representan al sector público. Por tanto, el gobierno tiene un papel limitado como proveedor de servicios sanitarios y tiene una política poco intervencionista en la provisión privada de sanidad.

Tabla 3. Centros sanitarios públicos y privados, 1999

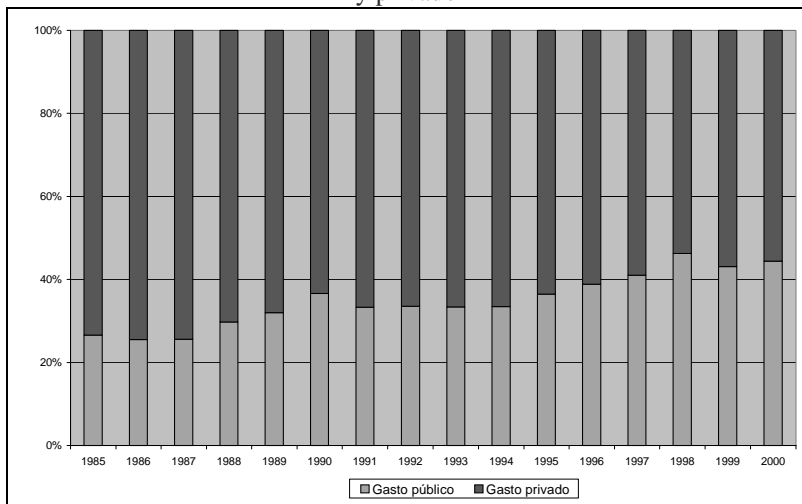
	Hospitales generales	Hospitales*	Clínicas*	Centros de salud	Farmacias
Públicas	20.1%	7.1%	0%	100%	0%
Privadas	58.0%	91.9%	100%	0%	100%
- Sin ánimo de lucro	18.0%	61.9%			
- Corporación	40.0%	30.0%			
- Con ánimo de lucro			100%		100%
Universitarios	21.9%	1.0%	0%	0%	0%
Total (número)	278	664	18,508	242	18,435

Fuente: Cuestionario OCDE.

Nota: *Excluidas hospitales y clínicas dentales y de medicina oriental.

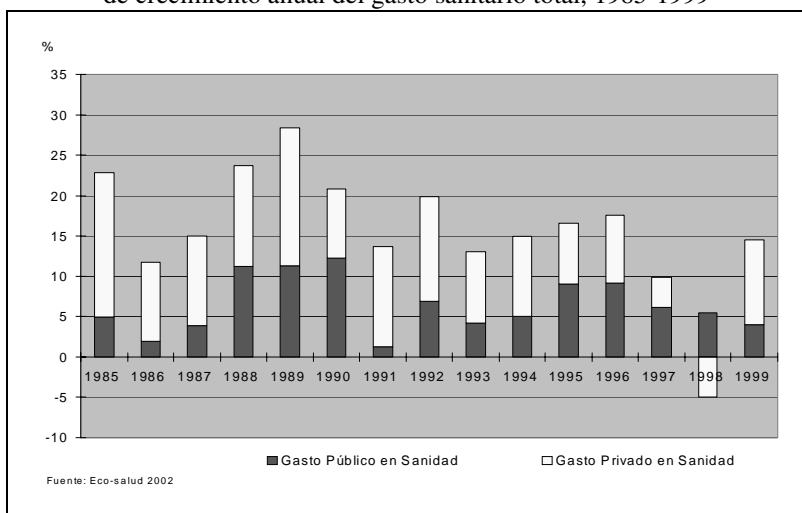
A pesar de esta distribución, en los últimos años y debido básicamente al incremento de la cobertura del NHI, la contribución del gasto sanitario privado y público a la tasa de crecimiento del gasto sanitario total se ha invertido. Tal como se puede apreciar en el gráfico 4 desde 1985 hasta 1992 es el sector privado quién más aporta al crecimiento del gasto sanitario, sin embargo desde 1993 hasta 1998 es el sector público el que toma el relevo. Resulta evidente que las reformas impulsadas por el gobierno coreano durante estos años aumentando la cobertura y aumentando las prestaciones ha empujado al alza el crecimiento del gasto sanitario público. Por su parte, el gasto sanitario privado registra los efectos de la crisis asiática de 1997, ya que en 1998 su tasa de variación fue negativa.

Gráfico 3. Distribución porcentual del gasto sanitario entre público y privado



Fuente: Eco-salud 2002

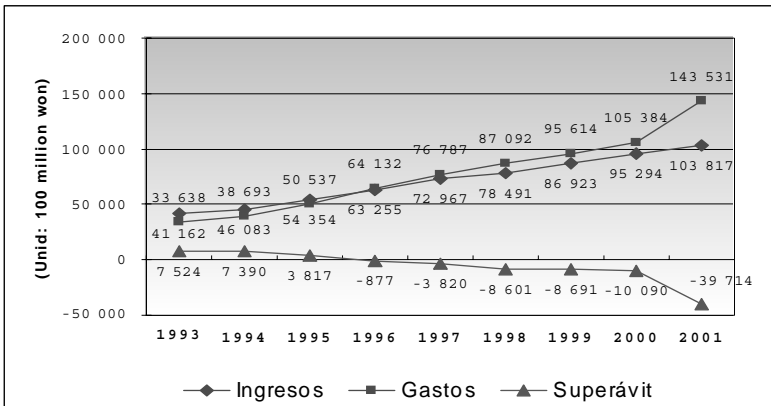
Gráfico 4 Contribución del gasto sanitario público y privado a la tasa de crecimiento anual del gasto sanitario total, 1985-1999



Fuente: Eco-salud 2002

Por último, nos queda ver en esta introducción la situación financiera del NHI. Durante los primeros años noventa, la situación reflejaba un ligero superávit que a partir de 1995 comienza a convertirse en déficit. Esta evolución a partir de 1995 es uno de los motivos que impulsan al gobierno coreano a introducir la reforma de abril de 2000. Sin embargo, durante el primer año después de la reforma la situación financiera del NHI ha empeorado notablemente.

Gráfico 5. Situación financiera del NHI.



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Tabla 4. Tasa anual de crecimiento de ingresos y gastos del NHI

	<i>Crecimiento anual de los gastos del NHI</i>	<i>Crecimiento anual de los ingresos del NHI</i>
1991-1992	19.25%	15.47%
1992-1993	16.60%	11.25%
1993-1994	14.62%	12.19%
1994-1995	27.87%	19.18%
1995-1996	27.34%	18.11%
1996-1997	20.59%	13.92%
1997-1998	12.73%	8.94%
1998-1999	9.36%	8.05%
1999-2000	11.07%	9.72%
2000-2001	34.65%	19.32%
<i>Media anual de la tasa de crecimiento</i>	<i>17.71%</i>	<i>12.98%</i>

Fuente: OCDE 2002.

Esta evolución se explica en la tabla 4 y en la tabla 5. Como se puede apreciar, la tasa de variación de los gastos es muy superior a la de los ingresos. Las mayores diferencias se concentran en los años 1995-1997 y en el año 2001, donde la tasa de variación del gasto es del 34% respecto a una variación de ingresos del 19%. Parece, que las reformas introducidas a lo largo del año 2000 han supuesto un fuerte aumento de los gastos. Respecto a las aseguradoras sanitarias, su posición financiera ha empeorado en el caso de los trabajadores industriales y en el de los autónomos, mientras que para los funcionarios y maestros en 1999 se invierte el signo negativo de los años 1997 y 1998.

Tabla. 5 Posición financiera de las aseguradoras sanitarias, 1994-1999
(Miles de millones de won)

		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Trabajadores industriales	<i>Ingresos</i>	1,937	2,337	2,704	2,884	3,038	3,123
	- de los cuales contribuciones	1,566	1,802	2,085	2,299	2,219	2,501
	<i>Gastos</i>	1,493	1,992	2,555	3,112	3,425	3,699
	- de los cuales prestaciones	1,211	1,493	1,879	2,143	2,477	2,922
	<i>Superávit</i>	445	345	149	-227	-387	-576
	Reservas	129	116	104	91	75	51
Funcionarios y maestros	<i>Ingresos</i>	628	779	944	938	905	1,217
	- de los cuales contribuciones	439	474	514	556	633	1,077
	<i>Gastos</i>	558	719	892	1,081	1,201	1,182
	- de los cuales prestaciones	417	503	652	734	927	992
	<i>Superávit</i>	70	60	52	- 143	-297	36
	Reservas	367	427	454	370	78	113
Autónomos	<i>Ingresos</i>	2,145	2,498	2,983	3,732	4,287	4,552
	- de los cuales contribuciones	1,689	1,886	2,232	2,784	3,256	3,712
	<i>Gastos</i>	992	755	872	995	1,076	1,166
	- de los cuales prestaciones	1,920	2,365	3,017	3,602	4,161	4,729
	<i>Superávit</i>	1,573	2,025	2,545	2,936	3,401	3,954
	Reservas	226	133	-34	129	126	-177
	<i>Ingresos</i>	709	839	964	787

Fuente: National Health Insurance Statistical Yearbook, 1999.

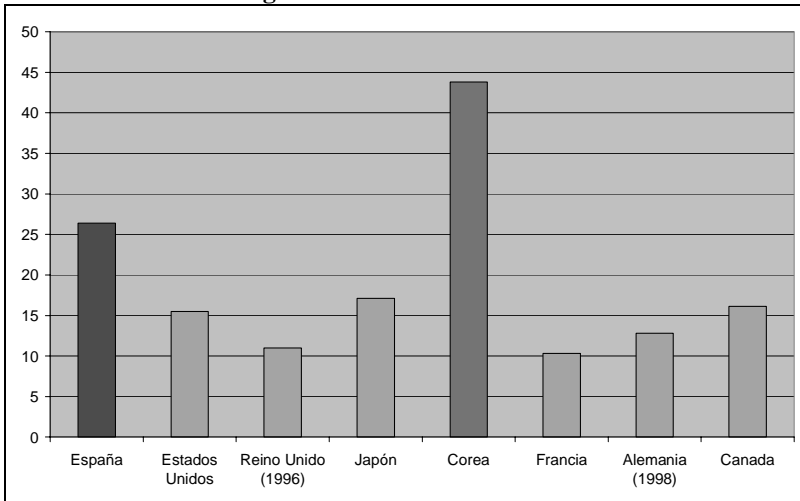
En el capítulo de ingresos, es muy importante el porcentaje de que aportan los usuarios al coste del servicio. En el siguiente cuadro observamos cómo Corea siendo el país con menor gasto per cápita en salud es el que mayor porcentaje sale de los propios hogares.

Tabla 6. Gasto sanitario per capital y gasto neto de los hogares como porcentaje del gasto sanitario total 1999

	<i>PIB per capita</i>	<i>Gasto sanitario per capita</i>	<i>Parte del gasto sanitario realizado por los hogares</i>
España	19.128	1.469	26,4
Estados Unidos	33.763	4.373	15,5
Reino Unido	23.303	1.666	11
Japón	24.940	1.844	17,1
Corea	13.645	739	43,8
Francia	23.745	2.226	10,3
Alemania	24.542	2.451	12,8
Canadá	26.462	2.428	16,1

Fuente: Eco-salud 2002 OCDE. PPA's con el dólar americano. Todos los países 1999 excepto Reino Unido 1996 columna 3 y Alemania 1998 para las columnas 2 y 3.

Gráfico 6. Gasto neto de los hogares en Sanidad como porcentaje del gasto sanitario total 1999



Fuente: Eco-salud 2002.OCDE.

2. Las reformas de julio de 2000: su impacto e influencia

Corea llevó a la práctica varias reformas de su sistema nacional de salud en julio de 2000. La primera reforma constituyó la integración de múltiples aseguradoras autónomas en un único pagador con el fin de mejorar la equidad de financiamiento del NHI. En segundo lugar, se introdujo la separación en la dispensación y prescripción de medicamentos que antes estaban unidas. La reforma estableció que la prescripción era facultad exclusiva de los médicos, mientras que la dispensación lo era de los farmacéuticos. Por último, también se incluyó la reforma en los sistemas de pago a proveedores.

Estas reformas han tenido resultados dispares y han generado gran polémica, ya que después de su implantación durante el año 200 y 2001 el déficit del NHI creció de forma alarmante tal como recogimos en la introducción. Por esta causa, en este apartado comentaremos cada una de las reformas llevadas a cabo y su efectividad.

2.1. Reforma de la financiación

Antes de julio de 2000 el NHI estaba formado por multitud e aseguradoras independientes entre sí, por ejemplo en 1997 su número ascendía a 373 tal como se muestra en la tabla 7. En 1977 se establecieron las aseguradoras destinadas a los trabajadores de las corporaciones industriales bajo la supervisión de la Federación Nacional del Seguro Médico (NFMI). Posteriormente, en 1979 se instauró una aseguradora única para funcionarios y profesores de escuelas privadas. Por último, las aseguradoras para trabajadores autónomos se establecieron en 1981 en las áreas rurales y en 1989 en áreas urbanas.

Las sociedades aseguradoras a pesar de ser autónomas unas de otras no tenían comportamientos competitivos a la hora de captar asegurados. Además, su capacidad, estructura financiera y cartera de riesgos variaban considerablemente de unas a otras. Por ejemplo, las sociedades de los grandes conglomerados tenían una base de contribución fuerte y una cartera de bajos riesgos, mientras que las aseguradoras de trabajadores autónomos, especialmente en el área rural tenían déficit crónicos y una cartera de pacientes de alto riesgo. Por estos motivos, el gobierno coreano había introducido con anterioridad dos medidas destinadas a favorecer la estabilidad financiera de las sociedades aseguradoras: primero, estableció como límite a los reembolsos de los autónomos independientes la mitad del salario para favorecer que éstos se integrasen en el NHI y que pagasen

sus contribuciones; segundo, introdujo un sistema de igualación financiera en 1991 para compartir con las aseguradoras el coste de las prestaciones de ancianos y de tratamientos de alto coste. A pesar de estas medidas existían numerosas empresas que presentaban dificultades financieras en 1999.

Tabla 7. Número de sociedades y población cubierta (%), 1980-2000

	1980	1985	1990	1997	1998	1999	2000
Trabajadores Industriales	423 14%	144 30%	154 25%	145 37%	142 34%	140 36%	
% población							
Funcionarios y profesores	1	1	1	1			1 (NHIC)
% población	10%	10%	11%	11%	1	1	
Autónomos:	-	6	254	227	(NMIC)	(NMIC)	
% población		1%	45%	50%	62%	60%	
Total	442	151	409	373	143	141	1

Fuente: National Health Insurance Statistical Yearbook, 1999.

El proceso de fusión fue llevado en varias etapas. Aunque el pago de prestaciones había sido centralizado, cada sociedad era responsable de fijar las cotizaciones de sus asegurados para recaudar fondos que cubriesen sus desembolsos en prestaciones. En 1998 se realizó la integración de las 227 compañías que prestaban cobertura a los autónomos con la aseguradora de funcionarios y maestros creando la Corporación nacional coreana del aseguramiento médico (Korean National Medical Insurance Corporation, NMIC). En julio de 2000, se combinaron a las 139 sociedades para los trabajadores industriales con la NMIC creando la corporación nacional de seguro médico (National Health Insurance Corporation (NHIC).

Las razones que tenía el gobierno para llevar a cabo la reforma de unificación de las compañías eran básicamente de dos tipos:

1. **Para mejorar la equidad en el financiamiento de la asistencia sanitaria.** Las diferentes sociedades no diferían en las prestaciones o los procedimientos de reembolso, aunque si lo hacían en los métodos para calcular las cotizaciones de los aseguradores. Personas con igual renta podían pagar distintas cotizaciones por las mismas coberturas lo que introducía inequidad horizontal.

2. **Para mejorar la eficacia del sistema del NHI.** El establecimiento de muchas sociedades aseguradora permitió al gobierno alcanzar la cobertura universal de forma gradual, aunque dejó al NHI con una estructura ineficaz de financiamiento debido a diseconomías de escala, ineficiente cobertura de riesgos y elevados costes administrativos.

Ahora bien, la reforma no contaba con un apoyo unánime, ya que existían diversos riesgos como era el establecimiento de una estructura única, monolítica, de difícil manejo y excesiva burocracia que generase ineficiencias.

Tabla 8. Cambio porcentual de las primas por tamaño de la compañía después de la reforma de integración

<i>Tamaño de la compañía</i>	<i>Número de empleados</i>	<i>Cambio porcentual en las primas</i>
Compañías pequeñas	Menos de 10	- 17.0%
Compañías medianas	30-100	- 11.0%
Compañías grandes	300-500	+ 8.2%
Compañías muy grandes	1.000 o más	+ 19.4%

Fuente: Ministry of Health and Welfare, National Health Insurance Corporation, "The meaning and effects of health insurance integration", Febrero 2000.

Tabla 9. Cambios en las cotizaciones de los trabajadores autónomos después de la reforma de integración

	<i>Nivel de la contribución</i>					<i>Media</i>
	<i>Menor a 10.000 won</i>	<i>20.000-25.000 won</i>	<i>40.000-45.000 won</i>	<i>60.000-70.000 won</i>	<i>100.000-110.000 won</i>	
% de hogares que experimentan un aumento de las cotizaciones	7,8	40,6	63,5	72,5	97,1	37,8
% de hogares que experimentan una disminución de las cotizaciones	92,2	59,4	36,5	27,5	2,9	62,2

Fuente: Ministry of Health and Welfare, National Health Insurance Corporation, "The meaning and effects of health insurance integration", Febrero 2000.

Si analizamos el grado de éxito de la reforma podemos afirmar que los objetivos iniciales se han logrado parcialmente hasta la fecha, aunque siguen existiendo algunos desafíos como la estabilidad financiera del

sistema. La equidad horizontal en el pago de contribuciones ha mejorado para empleados y autónomos tal como recogen las tablas 8 y 9. Se ha introducido un método uniforme para fijar las cotizaciones a escala nacional. Además, la reforma ha favorecido la redistribución de la renta porque los grupos más ricos experimentaron una subida de contribuciones después de la reforma, mientras que los individuos pobres han visto reducirse sus contribuciones.

Por otra parte, la reforma de la integración ha podido influir positivamente en la eficacia del sistema permitiendo separar riesgos gracias a un mayor número de individuos. Por otro lado, las economías de escala generadas después de la fusión se han traducido en gastos administrativos más bajos y en una mayor racionalización geográfica. La primera evidencia disponible muestra una reducción de costes administrativos del 8,8% del total de gastos del NHI en 1999 a 7,3% en 2000 y a una estimación de 4,4% en 2001. Ahora bien, la mayor ganancia de eficacia se centra en la existencia, después de la reforma, de un único pagador de proveedores, con lo que el poder de negociación y presión sobre las tarifas se ha incrementado notablemente.

2.2. Reforma farmacéutica

Hasta julio de 2000, la prescripción y dispensación de medicamentos no estaban separadas. Esta práctica tiene su origen en la medicina oriental, donde el médico prepara los remedios para el paciente, motivo por el que la no separación de prescripción y dispensación también está presente en Japón, China o Taiwán. Por otro lado, las clínicas y los hospitales tienen farmacias donde vender los medicamentos que recetan sus médicos. Por su parte, los farmacéuticos pueden dispensar muchos medicamentos directamente, por tanto médicos como farmacéuticos competían por los pacientes y los márgenes de venta sobre medicamentos. En este sentido, parece que muchas decisiones de prescripción podían estar influidas por el beneficio que genera al médico la dispensación del medicamento.

Con la reforma introducida se separaban la prescripción y la dispensación. Los fines perseguidos por la medida eran básicamente los siguientes:

1. **Reducir el abuso en la medicación.** La reforma tuvo como objetivo la racionalización del uso del medicamento y la reducción de su consumo. El consumo excesivo venía dado por los incentivos salariales que tenían los doctores en la dispensación. En muchos casos los médicos no recetaban el

medicamento más eficaz sino aquel que les reportaba mayor margen. Estos consumos elevados eran especialmente preocupantes en el caso de antibióticos e inyecciones. El 57% de las consultas médicas incluían una inyección y el 59% de los medicamentos recetados eran antibióticos. Proporciones estas muy elevadas.

2. **Mejorar la información suministrada a los pacientes.** Las explicaciones de los doctores sobre el tipo, la cantidad y el período del tratamiento de la medicación eran escasas en la mayoría de los casos. Esta falta de información incrementó la asimetría de información entre pacientes y médico y favoreció el consumo inducido por la oferta.
3. **Mejorar la eficacia de la industria farmacéutica y de la distribución de medicamentos.** La excesiva prescripción por parte de los médicos de medicamentos con alto margen condicionó los patrones de producción de los laboratorios nacionales y extranjeros. La industria no tenía incentivos para invertir en I+D, ya que la inversión no se podía recuperar en el mercado coreano. Los productores y distribuidores concentraron sus esfuerzos en políticas comerciales destinadas a ofrecer descuentos y contratos de exclusividad a farmacias y médicos por compras de gran volumen.

El principio de separación se aplica a todas las instalaciones médicas y a todos los medicamentos incluidos las inyecciones. Los medicamentos se clasifican en generales, dispensados por las farmacias sin recetas, y en especialidades dispensados también en farmacias pero con receta médica. Estos últimos coinciden con los reembolsados por el NHI.

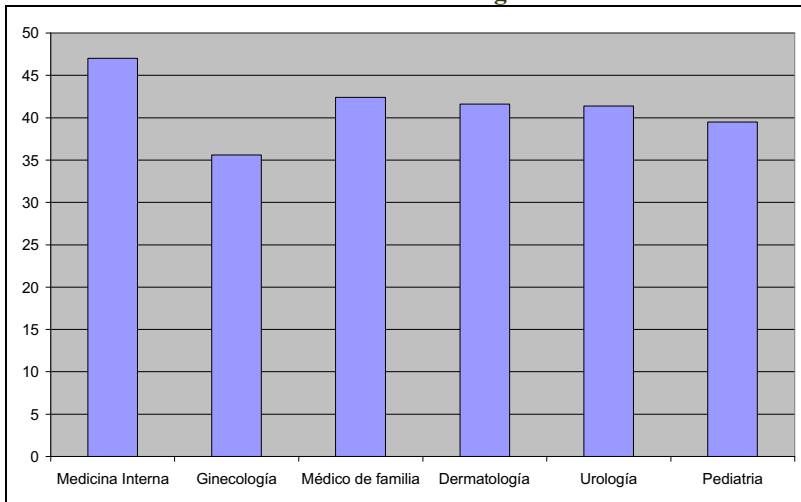
Tabla 10. Incremento en los honorarios médicos

Fecha	Incremento en los honorarios médicos
15-11-1999	9.0%
1-4-2000	6.0%
1-7-2000	9.2%
1-9-2000	6.5%
1-1-2001	7.08%
Total	43.9%

Fuente: OCDE 2002.

Otras de las medidas llevadas a cabo por el gobierno durante la reforma, noviembre de 1999, fue la igualación del precio de reembolso con el precio de compra, eliminando así el margen que obtenían los médicos en la dispensación. A pesar de un incremento de los honorarios médicos del 12,8%, los médicos convocaron una serie de huelgas para protestar por la eliminación de su margen en la venta de medicamentos, que condujeron al gobierno a incrementar sus honorarios en un 43%, compensando así la pérdida que suponía en sus ingresos la eliminación del margen que, como señala el gráfico 7, estaba en promedio en torno al 38%.

Gráfico 7. Porcentaje de los ingresos por prescripción y de medicamentos sobre el total de los ingresos de los médicos



Fuente: OCDE 2002.

Los datos preliminares sobre el impacto de la separación indican resultados positivos y negativos. La separación de la prescripción y dispensación favorece la especialización profesional de médicos y farmacéuticos, semejantemente a la práctica común en otros países de la OCDE. La reforma ha conseguido, al menos en un principio, disminuir el uso inadecuado de medicamentos y haber creado los instrumentos para un consumo más informado y responsable. Sin embargo, también redujo los incentivos para que los médicos receten genéricos y no favorece el uso

coste efectivo de los medicamentos, produciendo un fuerte incremento del gasto sanitario.

2.3. Nuevos medio de pago a proveedores

Acompañando a las reformas anteriores, el gobierno coreano ha tomado medidas importantes para modificar el sistema de pago a proveedores, médicos y hospitales.

Tal como hemos comentado anteriormente, el sistema coreano está orientado al pago por acto, lo que se ha traducido en situaciones de riesgo moral y relación de agencia imperfecta. Este sistema de retribución explica la sobreutilización de recursos sanitarios, consultas y medicamentos, demanda inducida por la oferta y derivación de pacientes hacia los servicios más rentables desde el punto de vista económico. Estas prácticas se pueden apreciar en la tabla 11, en donde se recogen el índice de cesáreas en distintos países de la OCDE, en el que Corea está por encima del 40% y a más de 10 puntos porcentuales del segundo país.

Tabla 11. Índice de cesáreas, 1998 o 1999 (%)

	<i>1998 o 1999</i>
Australia	21.2
Bélgica	15.3
Dinamarca	5.0
Finlandia	15.6
Hungría	21.4
Italia	31.9
Corea *	43.0
Portugal	21.3
Suecia	1.9

Fuente: Eco-salud 2002. OCDE.

Nota: * Corporación Nacional del Seguro Médico

Por tanto, la adopción de sistemas de pagos mixtos pretendía eliminar los incentivos que los proveedores tenían para llevar a cabo este tipo de prácticas. Los sistemas adoptados fueron:

1. Introducir el sistema de la escala relativa de valor (Resource-based relative value scale (RBRVS)): introducido en 2001, es un mecanismo híbrido que combina el mecanismo por proceso con el pago por acto haciendo especial énfasis en los recursos

necesarios para llevar a cabo una determinada intervención. Este sistema se implantó utilizando la escala de los EE.UU, motivo por el que no está claro si ésta refleja el coste verdadero de los servicios. Las evaluaciones periódicas determinaran el impacto de la medida y la modificación de los valores relativos que se deben tomar.

2. Reembolso de los proveedores basados en el volumen: este método reduce el coste unitario del acto médico a medida que el número de tratamientos aumenta, de modo que los abastecedores tienen menos incentivos para incrementar volúmenes. Esta medida desalienta el sobreuso, sin embargo en ausencia de estándares de tratamiento puede ser utilizada arbitrariamente y reducir la asistencia necesaria.
3. Grupos Relacionados por el Diagnósticos (GRDs). Los grupos relacionados por el diagnóstico constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital con el coste que representa su asistencia. Este mecanismo se introdujo como programa piloto en 1997.

Los resultados de estas medidas han sido positivos. En el caso de los GRD, los resultados positivos se han logrado en términos de disminución del coste medio, reduciendo el tiempo de estancia y no empeorando la calidad del cuidado. Esto indica que se pueden ampliar los GRD a todas las instituciones médicas y posiblemente a con una lista más grande de tratamientos. Por tanto, los esfuerzos para instaurar mecanismos de pagos mixtos deben continuar y sus resultados deben ser evaluados.

3. Conclusiones

El sistema coreano presenta luces y sombras. Las reformas introducidas han supuesto mejoras en ciertos aspectos, aunque en otros se han traducido en incrementos del gasto sanitario que han favorecido el desequilibrio financiero. Esta negativa evolución financiera obligó al gobierno a adoptar dos grupos de medidas encaminadas a recuperar el equilibrio financiero del NHI: un plan de la acción para reducir el déficit del sistema publicado en mayo de 2001, y una ley especial para estabilizar las finanzas del NHI decretada en enero de 2002 y con un plan de acción hasta finales de 2006.

Las principales ventajas del sistema coreano en comparación a otros sistemas de la OCDE son:

- El NHI proporciona cobertura universal a un coste bajo.
- Presenta libertad de opción del proveedor por parte del paciente.
- Una buena red de asistencia primaria pública

Sin embargo, y a pesar de las reformas introducidas, el NHI sigue presentado ciertas lagunas. Los principales inconvenientes del sistema coreano de salud son:

- Los altos copagos producen preocupación por la equidad del financiamiento y por la equidad del acceso a los servicios de los distintos grupos de la renta.
- Las primas contributivas no han crecido suficientemente para financiar los beneficios adicionales de NHI y su utilización creciente.
- No existen mecanismos que garanticen que el crecimiento del gasto sanitario se establezca en una senda estable. La contención de costes confió en controlar los honorarios médicos, sin embargo, después de las huelgas este control desapareció.
- Es necesario una mayor regulación de la calidad de la provisión de la asistencia sanitaria. Se debe intentar favorecer la medicina basada en la evidencia y reducir la variabilidad de la práctica clínica.
- Las dificultades aparecidas con las recientes reformas sugieren que es necesario consolidarlas.

Por este motivo, la OCDE y otros organismos coinciden en apuntar una serie de actuaciones que deben llevarse a cabo. Las principales reformas a realizar son:

- Cubrir el riesgo de enfermedades graves.
- Aumentar las tarifas contributivas.
- Reducir la sobre utilización de recursos sanitarios.
- La introducción gradual de los mecanismos híbridos del pago.
- Mejorar la negociación sobre el nivel de honorarios.
- Consolidación de controles del gasto.

- Promover la calidad del cuidado, por ejemplo supervisando el NHI la práctica clínica, recompensando la buena práctica y fomentar una autorregulación mejor con las asociaciones profesionales.