

Federico Mannocci e Lorenza Giannarelli



Protagonista insieme alle altre “tigri asiatiche” del boom economico che ha caratterizzato gli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, la Corea del Sud è andata incontro ad una straordinaria trasformazione anche in campo sanitario.

**L’aspettativa di vita della popolazione coreana, in soli 30 anni, ha raggiunto la media dei paesi dell’OECD. Estremamente significativo, in questo senso, è il confronto fra la situazione coreana e quella delle potenze mondiali (Cina, Russia e Giappone) che, per la loro vicinanza geografica hanno esercitato una pesante influenza economica, politica e socio-sanitaria su tutta l’area.**

Lo stato di salute della popolazione mostra una situazione di progressivo miglioramento, sia per aspettativa di vita alla nascita che per tassi di mortalità (**Tabella 1**). A partire dagli anni '90 è cambiata la prevalenza delle malattie in Corea: quelle infettive sono diminuite, mentre le malattie croniche sono aumentate (**Figura 1**)[1].

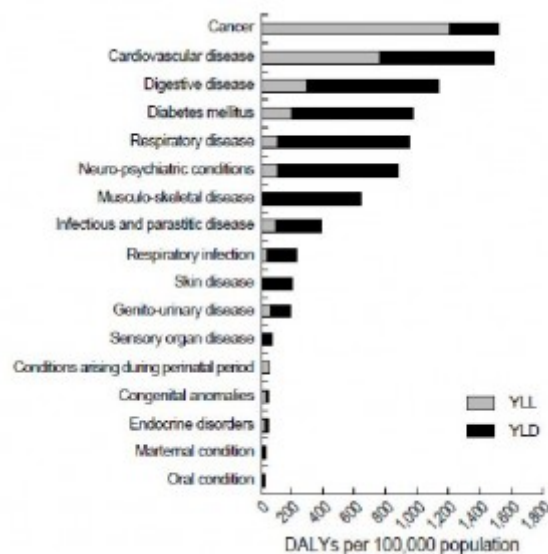
**Tabella 1. Principali indicatori sanitari, anni 1990, 2000 e 2008. Confronto fra Corea, paesi asiatici dell’area e USA.**

	Aspettativa di vita alla nascita (anni)			Tasso di mortalità neonatale (per 1000 nati vivi)	Tasso di mortalità negli adulti 15-60 anni (per 1000 abitanti)		
	1990	2000	2008	2008	1990	2000	2008
<i>Repubblica di Corea</i>	72	76	80	2	171	113	76
Cina	68	71	74	11	172	135	113

Giappone	79	81	83	1	81	73	65
Federazione Russa	69	65	68	6	218	309	273
Stati Uniti	75	77	78	4	132	114	107

Fonte: WHO; World Health Statistics 2010

**Figura 1. Carico delle malattie - anni di vita persi per morte prematura (YLL), e anni di vita persi a causa della disabilità (YLD) e totale della disabilità aggiustata per anni di vita (DALYs) - per ampi gruppi di malattie in Corea, nel 2002.**



Il sistema sanitario coreano mostra caratteri di forte originalità, presentando soluzioni che sembrano essere state mutuare dai paesi che più fortemente hanno condizionato la vita politica della Corea a partire dalla fine della seconda guerra mondiale, in particolare il Giappone[2].

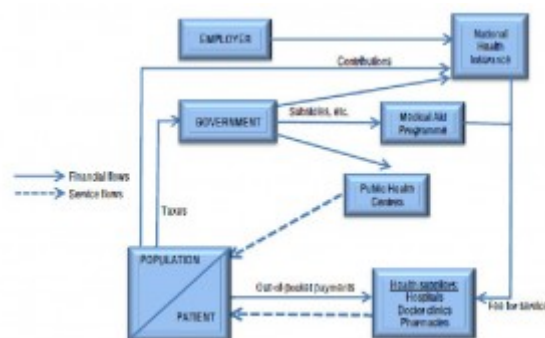
**Nel 1977 fu introdotta l'assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori dipendenti delle grandi aziende, con l'estensione all'intera popolazione a partire dal 1989. I servizi e le prestazioni sono forniti da providers privati.**

Nel 2000 il sistema è andato incontro a due radicali riforme[3].

La **Riforma d'Integrazione** ha portato all'unificazione di più di 350 assicurazioni sanitarie in un unico soggetto erogatore: **National Health Insurance, organizzazione pubblica no profit**, che rimborsa gli erogatori con pagamento *fee-for-service*, sulla base di tariffe prefissate e concordate (**Figura 2**). Questo ha permesso di rendere più omogenee le tariffe assicurative (molto diverse nonostante le prestazioni erogate fossero le stesse) e di ridurre sensibilmente i costi amministrativi (da circa il 9% al 4% dei costi totali). L'esistenza di un singolo acquirente di servizi sanitari, inoltre, ne ha rafforzato il potere contrattuale.

La Riforma d'Integrazione non ha però completamente risolto il problema dell'equità fra i lavoratori dipendenti e autonomi, dal momento che quest'ultimi pagano un premio calcolato in base al reddito dichiarato.

**Figura 2. Il sistema sanitario Coreano.**



Fonte: Ministro della salute, benessere ed affari famigliari.

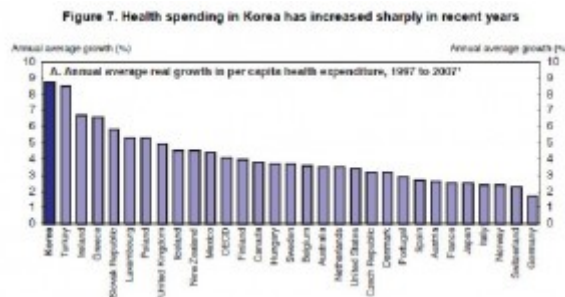
La **Riforma di Separazione** ha affrontato il problema della spesa farmaceutica.

Prima del 2000 i medici ricavano parte delle loro entrate (per alcuni specialisti anche fino al 40%) dalla vendita diretta dei farmaci ai pazienti. Naturalmente tale sistema favoriva fortemente sprechi ed abusi, con la spesa farmaceutica che incideva per il 24% sui costi totali della sanità. La riforma ha cercato di limitare e razionalizzare le modalità di prescrizione, ma la forte opposizione della classe medica, è riuscita ad attenuarne in parte gli effetti. Ad ogni modo si è realizzata una diminuzione del 30% nell'uso di antibiotici e, più in generale, nel numero di medicine prescritte per ricetta.

Tuttavia la spesa ha continuato a crescere, a causa dell'aumento del numero di visite mediche e dei giorni di terapia e a causa del maggior ricorso, a scapito dei generici, ai costosi farmaci "brand" [4].

Nel 2008 la spesa sanitaria totale ha assorbito complessivamente il 6,6% del PIL. **Il tasso medio di crescita è stato, nel decennio 1998-2007, dell'8,7% annuo, il più alto fra quelli dei paesi OECD.** (Figura 3)

**Figura 3. Tasso medio di crescita annuo della spesa sanitaria (1997-2007) nei paesi OECD**



Attualmente la spesa sanitaria è distribuita fra settore pubblico e privato in modo quasi paritetico (55,5% della spesa totale contro il 44,5%). (**Tabella 2**)

La spesa pubblica è costituita dai premi delle assicurazioni sociali (per il lavoratori dipendenti divisi equamente fra i dipendenti e le aziende) e dalla spesa statale diretta (per i programmi Medicaid per la popolazione meno abbiente).

La spesa privata, invece, è costituita prevalentemente dalla spesa *out of pocket* e dal *co-payment* per i servizi assicurati dal NHI. La spesa *out of pocket* è estremamente elevata (oltre un quinto del totale): i providers sanitari, sono incentivati, infatti, ad introdurre nuovi servizi e cure ad alta tecnologia non coperti dall’NHI e quindi non soggetti a regolazione.

**Tabella 2. Ripartizione della spesa sanitaria in corea dal 1980 al 2008**

	1980	1990	2000	2001	2005	2007	2008

Spesa statale diretta	15.0	13.3	19.3	24.1	15.9	18.3	16.9
Spesa assicurativa sociale	5.1	23.2	25.6	27.7	36.1	36.6	38.6
<b>Totale spesa pubblica</b>	<b>20.1</b>	<b>36.5</b>	<b>44.9</b>	<b>51.7</b>	<b>52.7</b>	<b>54.9</b>	<b>55.5</b>
Spesa out of pocket.	72.1	47.8	31.4	25.4	25.1	22.0	21.0
Co-pagamento per servizi assicurati	3.4	10.4	14.5	14.4	13.9	13.7	13.7
Assicurazioni private	0.7	2.0	4.7	3.8	3.9	4.1	4.4
Pagamenti dalle aziende	3.2	2.7	4.1	4.2	4.6	4.8	4.6
Istituzioni no-profit	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.7
<b>Totale spesa privata</b>	<b>79.9</b>	<b>63.5</b>	<b>55.1</b>	<b>48.3</b>	<b>47.9</b>	<b>45.1</b>	<b>44.5</b>
<b>Totale</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Il co-payment è previsto sia per ricoveri ospedalieri (fissato al 20% dei costi) sia per le cure ambulatoriali (variabile dal 30% al 60%). Le quote di compartecipazione alla spesa sono più alte per i servizi erogati dagli ospedali di secondo livello, per incoraggiare i pazienti a rivolgersi prima alle cliniche mediche polispecialistiche.

Circa tre quarti della popolazione coreana, inoltre, ha sottoscritto un'assicurazione sanitaria privata di tipo supplementare, che garantisce la copertura dell'80%-90% del co-payment e dei servizi non assicurati.

In un sistema ospedale-centrico come quello coreano non deve stupire il fatto che oltre il 90% dei medici lavori in cliniche private o in ospedali. Il settore ospedaliero (al 96% di proprietà privata) è basato sulla distinzione fra ospedali (di dimensioni variabili in base al grado di specializzazione) e cliniche, che forniscono prevalentemente servizi ambulatoriali.

**Il numero di posti letto negli ospedali per acuti (ogni 1000 abitanti) è quasi il doppio della media OECD (Tabella 3)** e, in controtendenza rispetto agli altri paesi, è aumentato negli ultimi quindici anni (anche a causa della scarsa regolazione del settore).

Un'altra caratteristica della sanità coreana, che l'avvicina a quella giapponese, è la **lunga durata della degenza media** (10,6 giorni contro 6,6 negli altri paesi).

Il numero dei medici laureati, stabilito dal governo, è sotto la media dei paesi dell'OECD e il rapporto medici/popolazione rimarrà basso per molto tempo, particolarmente al di fuori della capitale e nelle aree rurali.

**Tabella 3. Comparazione internazionale fra i servizi sanitari nel 2007**

	<b>Posti letto ospedalieri (per 1.000)</b>	<b>Degenza media (in giorni)</b>	<b>Numero di medici (per 1.000)</b>	<b>Medici laureati (per 100.000)</b>	<b>Numero di infermieri (per 1.000)</b>	<b>Infermieri laureati (per 100.000)</b>
<b>Corea</b>	7.1	10.6	1.7	9.0	4.2	30.1
<b>Paesi OECD (media)</b>	3.9	6.6	3.1	9.9	9.6	35.5

Il sistema di pagamento *fee-for-service*, in altri termini, facilita ed incoraggia lo spreco delle risorse. I providers sanitari sono infatti incentivati:

- ad aumentare il **volume** dei servizi erogati, fornendo prestazioni non necessarie. Il numero annuo di consultazioni per medico è fra i più alti al mondo, perché i sanitari effettuano, anche per patologie trascurabili, ogni due o tre giorni una visita (in genere

di pochi minuti);

- ad incrementare l'**intensità** dei servizi (il tasso dei parti cesarei è stato nel 2008 del 36%)
- a ricorrere in maniera prioritaria a **servizi non assicurati** dal NHI.

**Nel 2002 è stato introdotto, su base volontaria, il sistema di pagamento prospettico basato sui DRG per otto patologie, rappresentanti circa un quarto della casistica ospedaliera.** Uno studio ha rilevato come i DRG abbiano diminuito sensibilmente i costi e la degenza media ospedaliera, senza sostanziali ripercussioni sulla qualità dell'assistenza. Nel 2009 quasi il 67% delle istituzioni aveva accettato di aderire al sistema DRG, che continua, però, a non essere obbligatorio e a riguardare un numero limitato di patologie.

Un altro importante fronte per migliorare l'efficienza del sistema sanitario è potenziare l'assistenza territoriale rivolta alla popolazione più anziana.

La spesa pubblica per le cure long term, assorbe lo 0,2% del PIL e solo il 2,9% della popolazione riceve cure domiciliari (rispetto ad una media OECD dell'8,6%). Nel 2008 è stata creata un'assicurazione per anziani che necessitano di cure a lungo termine (LTCI), con prestazioni socio-assistenziali erogate o all'interno di istituti o a domicilio.

I cambiamenti socio-demografici della popolazione coreana (invecchiamento progressivo, crollo del tradizionale modello familiare, ruolo sempre più grande delle donne nel mondo del lavoro) impongono l'espansione della copertura del LTCI: si prevede che entro il 2050 circa il 4% del PIL sarà impiegato nell'assistenza a lungo termine.

**Per il futuro, la politica sembra essere orientata verso un'ulteriore apertura al mercato, rafforzando il ruolo delle assicurazioni private. Questa scelta finirà sicuramente per accentuare i problemi di equità di accesso al sistema, già peraltro presenti.**

Nel 2007 la spesa sanitaria *out of pocket* ha pesato per il 4,6% sul bilancio delle famiglie coreane (terzo valore più alto fra i paesi OECD). I pagamenti *out of pocket*, inoltre, incidono sul reddito dei meno abbienti quattro volte di più rispetto alle fasce più ricche della popolazione.

La mancanza di equità è sostenuta anche dalla distribuzione non uniforme dei servizi sul territorio: nelle zone rurali (dove vive il 20% della popolazione) lavora solo il 10% dei medici

e molto spesso, anche per le carenze nei sistemi di trasporto, le grandi aree metropolitane risultano difficilmente raggiungibili. A questo si aggiunge la crescente mancanza di specialisti in alcune branche (ad esempio la chirurgia toracica), considerate poco remunerative

Dalle ricerche demoscopiche effettuate, i due motivi di insoddisfazione maggiore nei confronti del sistema sanitario sono rappresentati dai costi (considerati troppo elevati da oltre il 30% dei cittadini) e dalla scarsa qualità delle cure (20%) [5]. Il governo ha deciso di farsi promotore di una maggiore trasparenza nelle istituzioni e di promuovere le buone pratiche cliniche attraverso lo sviluppo di protocolli, di meccanismi di controllo di qualità e la scelta di opportuni set di indicatori per la valutazione del sistema.

**Federico Mannocci e Lorenza Giannarelli**, Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

## Bibliografia

1. Seok-Jun Yoon, Sang-Cheol Bae, Sang-Il Lee, Hyejung Chang, Heui Sug Jo, Joo-Hun Sung, Jae-Hyun Park, Jin-Yong Lee, Youngsoo Shin. Measuring the Burden of Disease in Korea. *J Korean Med Sci* 2007; 22: 518-23.
2. Maciocco G. *Politica, Salute e Sistemi Sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione.* Pag 79; 1-107.
3. Randall S. Jones. *Health-Care Reform in Korea. Economics department working papers No. 797; 1-34.*
4. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning* 2009, 24(1):63-71
5. Woo Hyun Cho, Hanjoon Lee, Chankon Kim, Sunhee Lee, and Kui-Son Choi. The Impact of Visit Frequency on the Relationship between Service Quality and Outpatient Satisfaction: A South Korean Study. *HSR: Health Services Research* 39:1 (2004).