

KRANKENVERSICHERUNG, PFLEGEVERSICHERUNG UND KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER IN JAPAN 2007

KRANKENVERSICHERUNG, PFLEGEVERSICHERUNG UND KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER IN JAPAN 2007



24-4, Minami-Aoyama 1-chome, Minato-ku, Tokyo 107-8558, Japan.
Telephone: (+81)/3/3403/0928 Telefax (+81)/3/5410/2091

KEMPOREN

ZENTRALVERBAND DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER
KEMPOREN

**KRANKENVERSICHERUNG,
PFLEGEVERSICHERUNG UND
KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER
IN JAPAN 2007**



ZENTRALVERBAND DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER
KEMPORN

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
<i>Teil I: KRANKENVERSICHERUNG UND MED. VERSORGUNGSSYSTEME</i>	5
Kapitel I: Krankenversicherung in Japan	5
Kapitel II: Die gesetzliche Krankenversicherung	6
[1] Personenkreis	7
1.1. Mitglieder	7
1.2. Familienangehörige	8
[2] Finanzierung	8
2.1. Beiträge	9
2.2. Staatliche Subventionen	9
[3] Regelleistungen	10
3.1. Leistungen für Mitglieder	10
3.2. Leistungen für Familienangehörige	13
3.3. Hohe Behandlungskosten	14
3.4. Leistungen nach Mitgliedschaftsverlust	17
3.5. Darlehen für Entbindungskosten	17
3.6. Mehrleistungen	18
3.7. Leistungen für ärztl. Behandlung gemäß dem Gesetz zur Krankenpflege und med. Versorgung für die Älteren (fortan: med. Versorgungsgesetz für die Älteren)	18
[4] Gesundheitsförderung	18
[5] Kassenärztliche Behandlung	18
5.1. Kassenkrankenanstalt	18
5.2. Ärztliches Vergütungssystem	19
5.3. Festbeträge der Arzneimittel	19
5.4. Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztl. Vergütung der Sozialversicherung	20
Kapitel III: Medizinisches Versorgungssystem für Rentner	20
[1] Personenkreis	20
[2] Finanzierung	20
2.1. Beitragssatz der versicherten Rentner und anderen	21
2.2. Subventionen zur Erstattung der med. Kosten	21
2.3. Kostenbeteiligung an den Subventionen	22
[3] Leistungen	22

[4] Med. Versorgungssystem für Rentner in Sonderfällen (med. Leistungen für Rentner durch die Krankenversicherungsgenossenschaften und andere)	22
Kapitel IV: Krankenpflege- und medizinisches Versorgungssystem für ältere Menschen	23
[1] Medizinische Versorgung und andere	23
1.1. Träger	23
1.2. Personenkreis	23
1.3. Kostenbeteiligung	23
1.4. Ärztliche Vergütung bei den älteren Menschen	24
1.5. Leistungen	24
1.6. Teilkostenbeteiligung	25
1.7. Hohe med. Kosten	25
[2] Gesundheitsförderungsmaßnahmen	25
Teil II: KRANKENKASSENGENOSSENSCHAFTEN UND ZENTRALVERBAND DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER(KEMPOREN)	29
Kapitel I: Krankenkassengenossenschaften	29
[1] Organisation und Tätigkeit	29
1.1. Entscheidungsorgan (Genossenschaftsausschuß)	29
1.2. Exekutive Organe (Vorstand)	30
[2] Geschäfte zur Gesundheitsförderung	31
2.1. Berichtigung der med. Kosten	31
2.2. Gesundheitliche Geschäfte	32
2.3. Erstattung des Selbstbeteiligungsanteils und Mehrleistungen	33
Kapitel II: Zentralverband der Krankenversicherungsträger (KEMPOREN)	34
[1] Geschichte	34
[2] Organisation	34
2.1. Wichtige Vorstandsmitglieder	35
2.2. Organisation der Zentrale	35
[3] Dienstleistungen und Aktivitäten	36
3.1. Politische Aktivitäten	37
3.2. Rationalisierung der medizinischen Ausgaben	38
3.3. Förderung der genossenschaftsorientierten Dienstleistungen und der Gründung der neuen Genossenschaften	38

3.4. Förderung der gemeinsamen Geschäfte unter den Genossenschaften	39
3.5. Öffentlichkeitsarbeit	39
3.6. Forschung und Untersuchung	39
3.7. Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen für ältere Menschen	40
<i>Teil III: GEGENWÄRTIGE LAGE DER</i>	<i>43</i>
<i>KRANKENVERSICHERUNG UND DEREN REFORM</i>	
Kapitel I: Gegenwärtige Lage der Krankenversicherung	43
Kapitel II: Problematik der med. Versorgung und deren Reformmöglichkeiten	44
[1] Medizinische Versorgung	44
[2] Ärztliches Vergütungssystem	45
[3] Arzneimittelpreise	46
[4] Medizinisches Versorgungssystem für ältere Menschen	47
[5] Einsatz der IT-Technologie im medizinischen Bereich, sonstige Maßnahmen	48
Kapitel III: Gesundheitsreform	50
[1] Gesundheitsreform 2006	50
[2] Sozialreform	52
<i>Teil IV: GESETZLICHE PFLEGEVERSICHERUNG</i>	<i>55</i>
Kapitel I: Überblick über die Pflegeversicherung	55
[1] Versicherungsträger	55
[2] Personenkreis	55
[3] Finanzierung	55
3.1. Beiträge	56
3.2. Öffentliche Mittel	56
[4] Leistungen	57
[5] Inanspruchnahme der Leistungen	58
Kapitel II: Gegenwärtige Lage und Reform der Pflegeversicherung.....	60
Anmerkungen	62
[Anhang]	65

VORWORT

Die Geschichte des sozialen Sicherheitssystems in Japan geht auf das Gesetz für die Krankenversicherung zurück, das Anfang des 20. Jahrhunderts erlassen wurde. Der nach der neuen Verfassung entworfene Rahmen des bestehenden Sicherheitssystems wurde aufgrund eines Konzeptes schrittweise ausgebaut, das 1950 der Beirat für soziale Sicherheit vorgelegt hatte. Das System für soziale Sicherheit ist erst 1961 entstanden, das alle Bürger zur öffentlichen Kranken- und Rentenversicherung verpflichtet. Seitdem ist es dadurch ständig ausgebaut, durch die Erhöhung des Leistungssatzes in der Kranken- und Rentenversicherung, den Aufbau der Arbeitslosenversicherung und die beschäftigungsfördernden Maßnahmen, sowie durch die Erweiterung der Unfallversicherung, die Gesetzgebung für soziale Wohlfahrt und die Verbesserung der sozialen Dienstleistungen, die Einführung des Kindergeldes usw.

Die soziale Sicherheit Japans besteht derzeit aus folgenden Bereichen : sozialen Versicherungen, Kindergeld, öffentlicher Beihilfe, sozialer Wohlfahrt, öffentlicher Hygiene, medizinischer Versorgung, der Umweltpolitik, Pension und Kriegsopferversorgung. Im Bereich der Sozialversicherungen gehören Kranken-, Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung. Die Krankenversicherung umfaßt Arbeitnehmersversicherung, Seemannsversicherung, nationale Krankenversicherung und verschiedene Genossenschaftswerke. Zu den Mitgliedern der nationalen Krankenversicherung zählen Selbständige. Das Rentensystem besteht aus der Volksrentenversicherung, die allen Bürgern eine Grundrente leistet, der einkommensbezogenen Arbeitnehmer-, verschiedenen Genossenschaftsrentenversicherungen. Und für die Arbeitslosigkeit gibt es Arbeitslosenversicherung für Arbeiter, Tagelöhner und Seeleute. Als Unfallfürsorge bietet die Unfallversicherung für Arbeitnehmer, Seeleute und Staats- und Kommunalbeamte.



Heute bildet die soziale Sicherheit eine der wichtigsten Lebensgrundlagen für Bürger. Mit den weitgehenden Änderungen der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. Alterung der Bevölkerung, Engagements von Frauen, Änderung der Beschäftigungsarten und Wandels der Industriestruktur, haben sich auch das Bewußtsein und die Wertevorstellungen der Bürger gewandelt. Angesichts dieser Tatsache sind Reformen des Sozialsicherheitssystems erforderlich, damit es dem sozialen und wirtschaftlichen Wandel gerecht wird, wie etwa die breitere Etablierung des Kindererziehungs- und Pflegeurlaubs und der Ausbau der Maßnahmen für die Pflege älterer Menschen usw. Andererseits stellt sich als wichtige Aufgabe, angemessene Maßnahmen gegen die Steigerung der Sozialausgaben zu treffen. Dringend erforderlich sind sowohl die Verschiebung des Renteneintrittsalters, die Zusammenlegung von Arbeitnehmer- und Genossenschaftsrentenversicherung für Bedienstete im öffentlichen Dienst, die Verbesserung des Leistungskatalogs in der Krankenversicherung und die effektive Anwendung der Kapazität der med. Versorgung als auch die kostendämpfenden Maßnahmen. Nicht zuletzt ist es notwendig, die Kostenverteilung einschließlich des Steuersystems zu überprüfen.

Diese Broschüre ist herausgegeben, um einen Überblick über die Krankenversicherung Japans zu geben, die die Hauptrolle im Versicherungsnetz der med. Versorgung einnimmt, und die Krankenkassen als Versicherungsträger und deren Dachverband, Zentralverband der Versicherungsträger (Kemporen) vorzustellen. In Teil 3 werden die aktuellen Probleme der japanischen Krankenversicherung und deren Reformmöglichkeiten eingehend erläutert. In Teil 4 wird über das gesetzliche Pflegeversicherungssystem erläutert.



I

KRANKENVERSICHERUNG UND MED. VERSORGUNGSSYSTEME

Kapitel I : Krankenversicherung in Japan

Die Anfänge der japanischen Krankenversicherung reichen auf das Gesetz für Krankenversicherung 1922 zurück. Die Anwendungsbereiche haben sich mit den darauffolgenden Gesetzgebungen, etwa mit dem Nationalen Krankenversicherungsgesetz von 1938 und den in 50er und 60-er Jahren erfolgenden Gesetzen für genossenschaftliche Krankenversicherungen, kontinuierlich erweitert. Mit der Reform des Nationalen Krankenversicherungsgesetzes wurde 1961 das System der Pflichtversicherung eingeführt, das alle Bürger zur öffentlichen Krankenversicherung verpflichtet. Die Verschlechterung der Finanzlage infolge der Ölkrise und die drastische Steigerung der med. Kosten aufgrund der Bevölkerungsalterung erforderten die Verbesserung des Krankenversicherungssystems umgehend. Um die Differenz bei der Übernahme der med. Kosten, die auf dem unterschiedlichen Anteil der älteren Menschen an den Versicherten innerhalb der Krankenversicherungswerken beruht, auszugleichen und die Belastung der Staatskasse zu erleichtern, wurde Anfang der 80er Jahre ein Verbesserungsprogramm angesetzt, welches das System für Krankenpflege und med. Versorgung älterer Menschen und med. Versorgungssystem für Rentner ist.

Wie eben gezeigt, ist das System der japanischen Krankenversicherung kompliziert aufgebaut, weil deren Anwendungsbereich stufenweise nach und nach erweitert und ausgebaut wurde. Die japanische Krankenversicherung ist eine beitragsorientierte Pflichtversicherung und besteht grundsätzlich auf Sachleistungen. Die Krankenversicherung läßt sich in zwei Arten gliedern : Arbeitnehmerkrankenversicherung und Ortskrankenversicherung (nationale Krankenversicherung) für Land-, Forstwirtschaft, Fischerei, Selbständige und Rentner. Je nach dem Versichertenkreis wird die Arbeitnehmerkrankenversicherung wie folgend eingeteilt : Krankenversicherung der Arbeitnehmer, Seemannsversicherung und genossenschaftliche Krankenversicherungen (d.h. Krankenversicherungen für Staatsbeamte, Bedienstete in Kommunalverwaltungen und Lehrer und Beschäftigte an Privatschulen). Die gesetzliche Krankenversicherung sieht Leistungen vor bei Fällen, Krankheit, Verletzung, Entbindung und Tod. Medizinische Leistungen werden im Prinzip als Sachleistung gewährt. Der Leistungssatz beträgt unabhängig von den Versicherungsarten 80% bei Versicherten bis vor der Vollendung des 3. Lebensjahres, 70% bei Versicherten nach der Vollendung des 3. Lebensjahres bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres und 90% bei älteren Versicherten (jedoch 80% bei Besserverdienern). Der Selbstbeteiligung der Patienten ist jedoch eine bestimmte Grenze gesetzt.

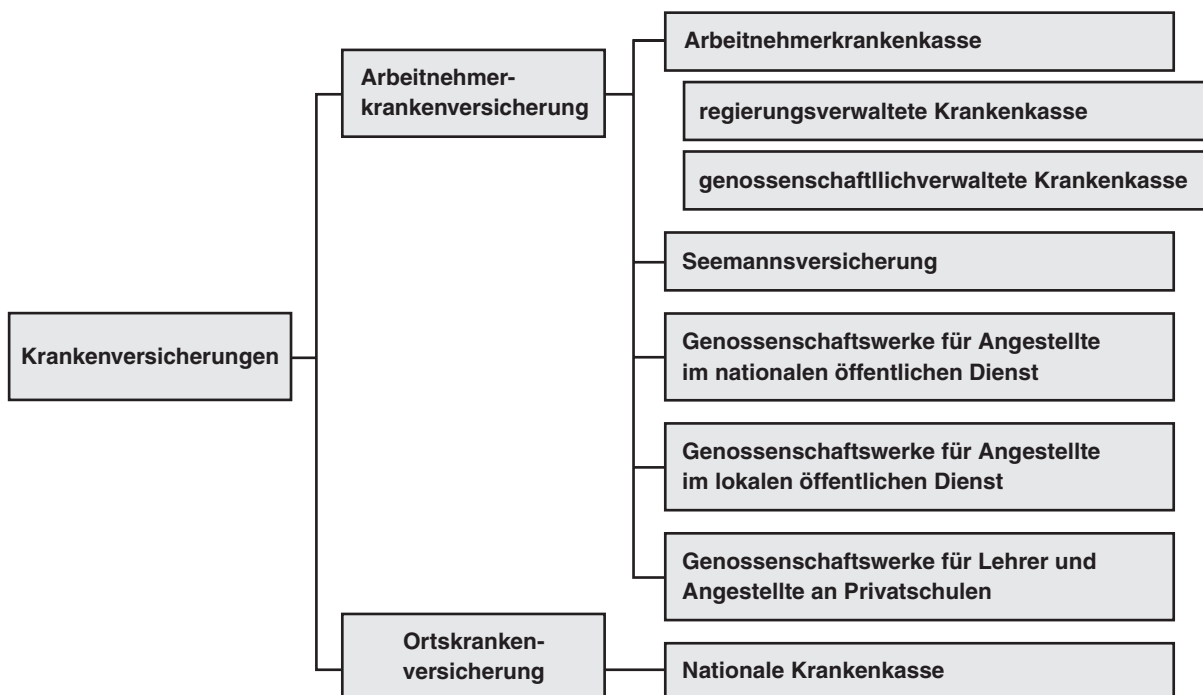
Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich im wesentlichen durch den Beitrag ihrer Mitglieder und staatlichen Zuschuß zu finanzieren. Der Anteil des staatlichen Zuschusses an der Finanzierung unterscheidet sich je nach den Versicherungsarten. Im ersten Kapitel handelt es sich um einen Überblick über die Krankenversicherung und die damit zusammenhängenden beiden Systeme, Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für ältere Menschen und med. Versorgungssystem für Rentner.

Kapitel II : Die gesetzliche Krankenversicherung

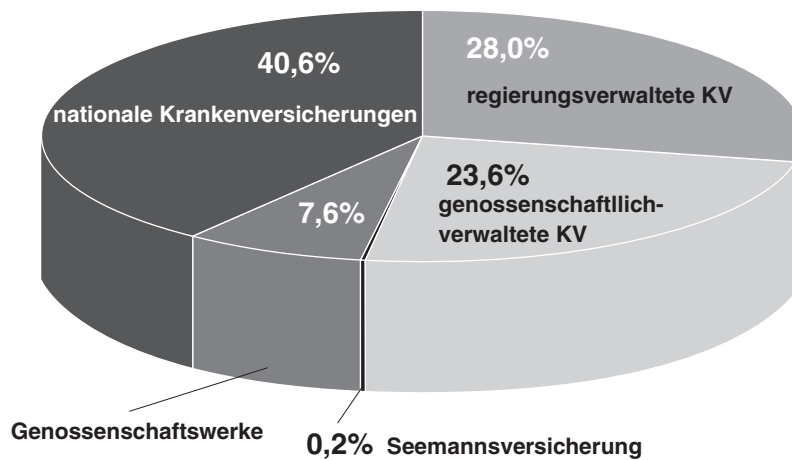
Die Arbeitnehmerkrankenversicherung gewährt med. Versorgung und Geldleistung bei außerbetrieblich erfolgten Krankheit, Verletzung, Entbindung und Tod des Mitglieds sowie bei Krankheit, Verletzung, Entbindung und Tod dessen Familienangehörigen. Die Krankenversicherung wird durch die Regierung und die einzelnen Krankenkassen (regierungsverwaltete Krankenkasse und genossenschaftlich verwaltete Krankenkasse) verwaltet. Dem Gesetz nach darf ein Betrieb mit über 300 Beschäftigten eine Krankenkasse gründen. Um die Kapazität der Risikoverwaltung zu erhöhen, wird es aber in Wirklichkeit nur dann zugelassen, wenn die Krankenkasse bei der Gründung als einzelner Betrieb über 700 Beschäftigte zählt oder wenn sie als Zusammensetzung von mehreren Betrieben mehr als 3000 Beschäftigte zählt. Für die kleineren Betriebe, wo keine Krankenkasse organisiert ist, übernimmt die Regierung (Sozialversicherungsamt) das Geschäft der Krankenversicherung. In Wirklichkeit nehmen aber landesweit errichtete ca. 300 Sozialversicherungsstellen das Geschäft wahr.

Die genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen dürfen den Beitragssatz sowie den Beitragsanteil zwischen Arbeitgebern und -nehmern selbständig festlegen und darüber hinaus je nach der Finanzlage der einzelnen Genossenschaften neben den gesetzlichen Leistungen zusätzliche Leistungen freiwillig erbringen. Insofern weichen sie von der regierungsverwalteten Krankenkasse ab.

Diagramm 1: Überblick über Krankenversicherungen in Japan



**Diagramm 2 : Aufteilung der Krankenversicherungsarten
(Stand : Ende März 2005)**



[1] PERSONENKREIS

1. 1. Mitglieder

(1) Pflichtmitglieder

Zu den Pflichtmitgliedern in der Krankenversicherung zählen die Arbeitnehmer, die entweder bei einem Betrieb mit über 5 Stammbeschäftigten in einer nach dem Krankenversicherungsgesetz berechtigten Industriebranche oder bei einem Betrieb vom Staat, von den Kommunen oder von einer Körperschaft des öffentlichen Rechts beschäftigt sind.

(2) Freiwilligpauschalmitglieder

Hierzu zählen die Arbeitnehmer, die bei den Betrieben beschäftigt sind, welche nicht zu den im Krankenversicherungsgesetz angegebenen Branchen gehören. Der Arbeitgeber kann mit der Zustimmung der Mehrheit der Belegschaft beim Minister für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt einen Antrag auf Eingliederung in die Krankenkasse stellen. Mit der Genehmigung des Antrages werden alle Beschäftigte des Betriebes freiwillig und pauschal versichert.

(3) Freiwilligzusatzmitglieder

Hierunter versteht man die Mitglieder, die durch das Ausscheiden oder andere Umstände ihre Mitgliedschaft verloren haben. Die Mitglieder, die mindestens 2 Monate vor Verlust ihrer Mitgliedschaft versichert waren, können einen Antrag stellen und dadurch im Prinzip eine Verlängerung ihres früheren Status um 2 Jahre als Mitglied der Krankenkasse erwirken.

(4) Tagelöhnersonderversicherte

Mit der Abschaffung des Tagelöhnerkrankensicherungsgesetzes vom Oktober 1984 sind die Mitglieder in das Krankenkassensystem mit einbezogen. Als Tagelöhnersonderversicherte in der Krankenversicherung gelten die Arbeitnehmer,

- (a) die durch die tagesbedingte Beschäftigung binnen 1 Monat ihren Tagelohn verdienen,
- (b) die für binnen 2 Monate lang beschäftigt sind,
- (c) die mit einer saisonbedingten Arbeit binnen 4 Monate lang beschäftigt sind,
- (d) die mit einer Gelegenheitsarbeit binnen 6 Monate lang beschäftigt sind.

Wegen der Besonderheit ihrer Beschäftigungsart weichen die Leistungsdauer und das Beitragsniveau von den anderer Versicherten ab.

(5) Sonderrentner

Die Mitglieder erhalten med. Versorgung für die Rentner, die die Krankenkasse selbständig leistet. Die Bedingungen für diesen Status sind in der Satzung der Krankenkasse zu bestimmen.

1. 2. Familienangehörige

In der Krankenversicherung haben neben dem Mitglied selbst sowohl dessen Familie als auch die Personen, die sich in gewissem Verwandtschaftsgrad des Mitglieds befinden, als Familienangehörige Anspruch auf die Leistungen. Als Familienangehörige in der Krankenversicherung gelten:

(1) Die direkten Vorfahren, Ehepartner (einschl. des unlegitimierten aber sich in einem tatsächlichen Eheverhältnis befindenden Ehepartners), Kinder, Enkel und Geschwister. Sie müssen überwiegend vom Mitglied gleichzeitig unterhalten werden.

(2) Die Verwandten bis zum dritten Grad, die im gleichen Haushalt des Mitglieds wohnen und überwiegend von diesem unterhalten werden.

(3) Die Eltern und Kinder des unlegitimierten, aber sich in einem tatsächlichen Eheverhältnis befindenden Ehepartners, die im gleichen Haushalt des Mitglieds wohnen und überwiegend von diesem unterhalten werden.

(4) Die Eltern und Kinder des verstorbenen unlegitimierten, aber sich in einem tatsächlichen Eheverhältnis befindenden Ehepartners, insofern sie auch nach dessen Tod weiterhin im gleichen Haushalt des Mitglieds wohnen und von diesem überwiegend unterhalten werden.

[2] FINANZIERUNG

Die Kosten für die Krankenversicherung werden durch den Beitrag ihrer Mitglieder und die Steuermittel gedeckt. Die Höhe des Beitrags ergibt sich aus der Multiplikation eines Grundentgeltes (einschließlich Monatsverdienst und Bonus) eines Mitglieds mit dem Beitragssatz. Der Beitrag für den Monatsverdienst wird jeden Monat erhoben, und der Beitrag für den Bonus wird im darauf folgenden Monat zusammen mit dem Monatsbeitrag erhoben.

2. 1. Beiträge

(1) Grundentgelt

Zum versicherungspflichtigen Verdienst gehören das gesamte Arbeitsentgelt, das ein Mitglied von seinem Arbeitgeber als Gegenleistung für die erbrachte Leistung erhält. Dies umfaßt vor allem monatliches Entgelt, Bonus und sonstige Zulagen. Dabei wird ein monatliches Grundentgelt, das für die Beitragsbemessung maßgeblich ist, auf der Grundlage des monatlichen Verdienstes des Mitglieds berechnet. Ein Grundbonus wird ebenfalls auf der Grundlage der in Abständen von mehr als 3 Monaten erfolgten Bonuszahlungen berechnet. Das monatliche Grundentgelt ist in 47 Klassen eingeteilt, angefangen von ¥58.000 der Klasse 1 bis zu ¥1.200.000 der Klasse 47. Jedes Mitglied wird nach der Höhe seines Entgeltes in eine dieser Klassen eingeordnet. Dem Grundbonus ist eine Obergrenze in Höhe von 5,4 Mio. Yen im Jahr gesetzt. Das Grundentgelt und der Grundbonus bilden die Bemessungsgrundlage für den Beitrag und die Versicherungsleistung.

(2) Beitragssatz

Der Beitragssatz ist vom Wohlfahrtsminister nach der Beratung im Rat für soziale Sicherheit zwischen 6,6% und 9,1% festzulegen. Der Beitragssatz der regierungsverwalteten Krankenkasse liegt 2006 bei 8,2%. Der Beitrag wird je zur Hälfte vom Arbeitgeber und -nehmer getragen.

Der Beitragssatz der genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen ist bei jeder Krankenkasse zwischen 3% und 9,5% selbständig festzulegen. Der Anteil des Beitragssatzes wird im Prinzip je zur Hälfte von Arbeitgeber und -nehmer getragen. Der Arbeitnehmeranteil darf jedoch 4,5% nicht überschreiten. Räumt aber die Satzung eine entsprechende Regelung ein, dann kann der Arbeitgeberanteil erhöht werden. Der durchschnittliche Beitragssatz im Haushaltsjahr 2006 liegt bei 7,338%. Davon entfällt 4,056% auf den Arbeitgeber und 3,282% auf den Arbeitnehmer.

Allerdings für die Zeit eines Kindererziehungsurlaubs nach dem Kindererziehungsurlaubsgesetz werden die Arbeitnehmer von der Beitragszahlung befreit (ab dem Monat der Entbindung, höchstens 3 Jahre).

2. 2. Staatliche Subventionen

Der Staat subventioniert neben der Übernahme der gesamten Verwaltungskosten der regierungsverwalteten Krankenkasse (staatliche Kostenübernahme) den im Gesetz vorgeschriebenen Prozentsatz 16,4%~20% von den entstandenen Kosten für die Leistungen ärztlicher Behandlung, Verpflegungskosten bei der stationären Behandlung, die Sonderbehandlungskosten, die Kosten der Krankenpflege, die Kosten der häuslichen Krankenpflege, die Kosten der Krankenbehandlung der Familienangehörigen sowie die Kosten der häuslichen Krankenpflege für Familienangehörige, hohe Behandlungskosten, die Transportkosten, das Krankengeld, das Mutterschaftsgeld und die Transportkosten der Familienangehörigen. Der Staat subventioniert auch einen gesetzlich festgelegten Satz zur Kostenbeteiligung am Gesundheitswesen der älteren Menschen. Dieser Prozentsatz liegt aufgrund der Verordnung für absehbare Zeit bei 16,4% für die Kostenbelastung des Gesundheitswesens der älteren Menschen und bei 13% für sonstiges.

Für die genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen übernimmt der Staat einen Teil der

Verwaltungskosten. Für die Krankenkassen, deren Finanzlage schlecht ist, subventioniert der Staat einen Teil der Leistungsausgaben. Darüber hinaus leistet der Staat auch Subventionen, um die Kostenbelastung für das Gesundheitswesen älterer Menschen zu erleichtern. Der Staat übernahm 1996 die Kosten in der Höhe von insgesamt 5.635 Mrd. Yen.

[3] REGELLEISTUNGEN

In der Krankenversicherung wird die med. Versorgung bei Krankheit und Verletzung der Mitglieder und deren Familienangehörigen als Versicherungsleistung im Prinzip in Form von Sachleistung geleistet. Aber wenn die Sachleistung unter Umständen nicht möglich sein sollte, trägt ein Mitglied zunächst die gesamten Kosten für seine nötige Behandlung selbst und läßt später die Behandlungskosten abzüglich der Teilkostenübernahme der Patienten zurückerstatten. Darüber hinaus werden Transportkosten, Kranken-, Entbindungs-, Mutterschafts-, und Sterbegeld in Form von Geldleistung erbracht. Die genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen können neben diesen Regelleistungen zusätzliche Leistungen erbringen.

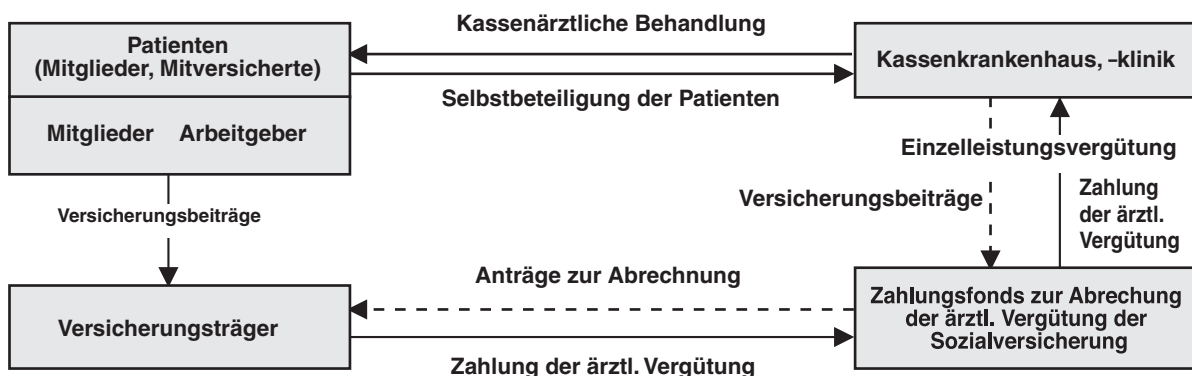
3. 1. Leistungen für Mitglieder

(1) Leistungen für ärztliche Behandlung

Eingeschlossen sind: i) Untersuchungen bei außerberuflicher Verletzung oder Krankheit, ii) Medikamente und Materialkosten einer Behandlung, iii) die Behandlungen einschließlich Operationen, iv) häusliche Krankenpflege und Betreuung, Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Praxis (Krankenhausaufenthalt) und Pflege. Die Leistungen für ärztliche Behandlung werden in Form von Sachleistung erbracht. Der Leistungssatz beträgt bei Patienten bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres 70 % der bei ärztlichen Behandlungen entstandenen Kosten und bei älteren Patienten 90 % der Kosten (jedoch 70 % bei Gutverdienern: nähere Definition für Gutverdiener siehe S.15). Die Bezugsdauer der Leistungen ist nicht beschränkt. Das rechnerische Verfahren der bei ärztlichen Behandlungen entstandenen Kosten ist vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt bestimmt. Die Versicherten zahlen bei Kassenarzt oder -apotheker den Betrag, der über den Leistungssatz hinausgeht.

Leistungen für ärztliche Behandlung gelten jedoch gewöhnliche Schwangerschaft (Entbindung)

Diagramm 3 : Aufbau der med. Versorgung in der Krankenversicherung



und Organtransplantation (mit einigen Ausnahmen) nicht.

(2) Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung

Neben den Leistungen für ärztliche Behandlung werden die Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung erstattet. (ausschließlich der Empfänger der Lebensunterhaltungskosten bei stationärer Behandlung) Die Erstattung ist zwar als Geldleistung vorgeschrieben, wird die Leistung jedoch in Wirklichkeit in Form von Sachleistung erbracht. Die Höhe dieser Leistung ist die Differenzkosten, die sich beim Abzug der Selbstbeteiligung der Patienten, die vom Gesundheitsminister aufgrund der Lebensmittelausgaben eines Durchschnittshaushaltes festgelegt ist, von den vom Gesundheitsminister festgelegten Verpflegungskosten ergeben.

Die Selbstbeteiligung der Patienten ist:

1. ¥260 pro Mahlzeit bei allgemeinen Mitgliedern,
2. ¥210 pro Mahlzeit bei Mitgliedern unter der Geringfügigkeitsgrenze (aber ¥160 nach 90 Tagen),
3. ¥100 pro Mahlzeit bei über 70-jährigen Mitgliedern unter der Geringfügigkeitsgrenze

(3) Lebensunterhaltungskosten bei stationärer Behandlung

Die über 70-jährigen Patienten, die ein Pflegebett in einem Krankenhaus in Anspruch nehmen, (sogenannte „Sonderversicherte bei längerem Krankenhausaufenthalt“ auch einschließlich der über 65-jährigen Berechtigten für Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für Ältere) erhalten die Lebensunterhaltungskosten bei stationärer Behandlung zum Ausgleich der nötigen Ausgaben für die Lebensunterhaltung wie z. B. Lebensmittel-, Strom-, Heizungs- und Wasserversorgungskosten. Wie bei der obigen Leistung ist diese Leistung ebenfalls als Geldleistung vorgeschrieben, wird sie jedoch in der Praxis in Form von Sachleistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistung ist die Differenzkosten, die sich beim Abzug der Summe der Selbstbeteiligung der Patienten, die aufgrund der Lebensmittelausgaben und der Nebenkosten eines Durchschnittshaushaltes vom Gesundheitsminister festgelegt ist, von den vom Gesundheitsminister festgelegten Verpflegungskosten ergeben. Die Selbstbeteiligung ist:

1. bei allgemeinen Versicherten und Gutverdienern richtet sich die Leistung nach der Kategorie der Krankenhäuser, die je nach dem, ob die Verpflegung durch einen Ernährungsberater geführt wird oder nicht, in Kategorie I oder II einzustufen sind.
¥460 pro Mahlzeit und ¥320 als Nebenkosten bei einem Krankenhaus mit Kategorie I,
¥420 pro Mahlzeit und ¥320 als Nebenkosten bei einem Krankenhaus mit Kategorie II,
2. ¥210 pro Mahlzeit und ¥320 als Nebenkosten bei Mitgliedern unter der Geringfügigkeitsgrenze (aber ¥160 pro Mahlzeit bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als 90 Tagen in den letzten 12 Monaten),
3. ¥130 pro Mahlzeit und ¥320 als Nebenkosten bei Rentnern mit einer Jahresrente von weniger als ¥800.000 und unter der Geringfügigkeitsgrenze,
4. ¥100 pro Mahlzeit und keine Beteiligung an Nebenkosten bei Fürsorgerentenbeziehern unter der Geringfügigkeitsgrenze

(4) Versicherungsfremde zusätzliche Behandlungskosten

Die versicherungsfremden zusätzlichen Behandlungskosten werden erstattet, wenn ein Mitglied nach Wunsch die durch den Minister für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt festgelegte Sonderbehandlung, d. h. Sonderdienstleistungen wie z. B. Aufenthalt in einem Sonderkrankenhauszimmer und besondere Heilmittel, oder die durch den Minister vorgeschriebene ärztliche Behandlung unter Anwendung der Spitzentechnologie in Anspruch genommen hat. In beiden Fällen werden die Kosten nur für den Grundteil, der als Kassenleistung gilt, erstattet. Diese Leistung wird formell zwar als Geldleistung für Behandlung vorgeschrieben, aber in Wirklichkeit wird sie in Form von Sachleistungen erbracht. Das Leistungsniveau liegt, wie bei den Leistungen für ärztliche Behandlung, bei 70% der entstandenen Kosten für Patienten bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahrs und bei 90% der Kosten für ältere Patienten (jedoch 70% für Besserverdiener). Sollte man aber bei der stationären Behandlung in einem durch den Gesundheitsminister anerkannten Kassenkrankenhaus Verpflegung und sonstige Leistungen zur Lebensunterhaltung in Anspruch genommen haben, werden sowohl die Verpflegungskosten unter (2) als auch die Lebensunterhaltungskosten unter (3) im Rahmen der versicherungsfremden zusätzlichen Behandlungskosten erstattet.

(5) Kostenerstattung

Wenn der Versicherungsträger es für nicht möglich hält, Sachleistungen für ärztliche Behandlung, Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung oder Versicherungsfremde zusätzliche Behandlungskosten zu erbringen, oder wenn ein Mitglied in einer Nichtversicherungs-Krankenanstalt med. Versorgung in Anspruch nimmt, können anstelle dieser Sachleistungen die entstandenen Kosten als Behandlungskosten in Bargeld erstattet werden, falls der Träger sonst keine Möglichkeit hat. Dabei wird die übliche vorgeschriebene Selbstbeteiligung abgezogen. Die Behandlungskosten in einer Krankenanstalt außerhalb Japan, die ein Mitglied vorübergehend übernommen hatte, werden erstattet.

(6) Kosten für häusliche Krankenpflege

Wenn ein Mitglied, das am Krebs im Endstadium oder an einer schweren Krankheit leidet, schwer behindert ist oder einen Schlaganfall im höheren Alter gehabt hat, dessen Zustand jedoch stabilisiert hat und auf Anweisung seines Vertrauensarztes häusliche Pflegedienste durch Krankenpfleger und Heilpraktiker oder in einer Pflegestation in Anspruch nimmt, werden die Kosten für häusliche Krankenpflege erstattet. Trotz ihrer Bezeichnung wird diese Leistung in Form von Sachleistung gebracht. Der Leistungssatz liegt, wie bei den Leistungen für ärztliche Behandlung, 70 % der entstandenen Kosten bei Patienten bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres und 90 % der Kosten bei älteren Patienten (jedoch 70 % bei Gutverdienern).

(7) Transportkosten

Wenn ein Patient, der sich wegen einer Krankheit oder Verletzung nur schwer bewegen kann, auf Anweisung eines Arztes notdürftig oder als Notmaßnahme transportiert wird, kann der Versicherungsträger die dabei entstandenen Kosten als Transportkosten in Bargeld erstatten.

(8) Krankengeld

Wird ein Mitglied durch die ärztliche Behandlung an der Ausübung seiner Arbeit und damit am Bezug seines Lohns gehindert, dann wird ihm ab dem vierten Tag zwei Drittel des Grundlohns ausgezahlt. Die Dauer, in der das Krankengeld für ein und dieselbe Verletzung oder Krankheit ausgezahlt wird, ist maximal auf 18 Monate beschränkt. Bezieht ein Mitglied Arbeitsentgelt wegen der Arbeitsunfähigkeit oder in Übereinstimmung mit dem Arbeitnehmerrentenversicherungsgesetz eine Verletztenrente oder ein Verletztengeld, dann entfällt das Anrecht auf Bezug des Krankengeldes. Übersteigt jedoch das Krankengeld das Arbeitsentgelt und die Verletztenrente oder das Verletztengeld, dann wird die Differenz ausgezahlt.

(9) Sterbegeld

Im Todesfall des Mitglieds wird der Person, die für die Bestattung sorgt, ¥50.000 als pauschaler Kostenbeitrag erstattet, falls es sich bei der Person um einen Familienangehörigen handelt, für dessen Lebensunterhalt das Mitglied aufkam. Gibt es keinen Berechtigten für das Sterbegeld, werden dann der die Beerdigung veranlassenden Person die entstandenen Kosten unterhalb des Sterbegeldes (meistens ¥50.000) als Bestattungskosten erstattet.

(10) Entbindungsgeld

Bei der Entbindung wird dem Mitglied das Entbindungsgeld von ¥350.000 als einmalige Geldleistung ausgezahlt.

(11) Mutterschaftsgeld

Wenn das Mitglied wegen der Entbindung für den Zeitraum von 42 Tage (98 Tage bei Mehrlingen) vor der Entbindung (auch wenn die Entbindung später als am vorgesehenen Tag erfolgen sollte, wird ab dem vorgesehenen Entbindungstag gezahlt) und 56 Tage nach der Entbindung die Arbeit nicht ausüben kann, und dadurch einen Lohnausfall in Kauf nehmen muß, dann erhält es pro Tag zwei Drittel des Grundtagelohnes. Wenn sie jedoch während der Arbeitsunfähigkeit ihr Arbeitsentgelt bezieht, wird es gleich wie beim Krankengeld behandelt.

3. 2. Leistungen für Familienangehörige

(1) Leistungen für ärztliche Behandlung der Familienangehörigen

Die Familienangehörigen beziehen bei Krankheit und Verletzung die gleichen Leistungen wie das Mitglied, das sind die Leistungen für ärztliche Behandlung, Sonderbehandlungskosten, Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung und Behandlungskosten. In der Praxis werden diese Leistungen als Sachleistung behandelt. Mit den Verpflegungskosten geschieht es gleich wie im Fall für Mitglieder. Das Leistungsniveau bei sonstigen Leistungen liegt bei 80 % der entstandenen Kosten für Versicherte bis vor der Vollendung des 3. Lebensjahres, bei 70 % für Versicherte nach der Vollendung des 3. Lebensjahres bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres und bei 90 % für ältere Versicherte (jedoch 70 % für Gutverdiener).

(2) Kosten für häusliche Krankenpflege bei Familienangehörigen

Diese Leistung wird gleich wie beim Mitglied erbracht. Das Leistungsniveau liegt wie bei der ärztlichen Behandlung 80 % der entstandenen Kosten für Versicherte bis vor der Vollendung des 3. Lebensjahres, 70% für Versicherte nach der Vollendung des 3. Lebensjahrs bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres und 90 % für ältere Versicherte (jedoch 70 % für Gutverdiener).

(3) Transportkosten bei Familienangehörigen

Genau so wie beim Mitglied wird diese Leistung erbracht.

(4) Sterbegeld für Familienangehörige

Stirbt ein Familienangehöriger, wird dem Mitglied eine Summe von ¥50.000 ausgezahlt.

(5) Entbindungsgeld der Ehepartnerin

Bei der Entbindung der Ehepartnerin des Mitglieds wird dem Mitglied eine Summe von ¥350.000 als einmalige Geldleistung ausgezahlt.

3. 3. Hohe Behandlungskosten

Um die Belastung im Haushalt eines Patienten durch die Übernahme der zu hohen Selbstbeteiligung zu erleichtern, ist die Teilerstattung der hohen Behandlungskosten eingeführt. Die Einzelheiten dieser Leistungen sind wie folgend:

(1) Wenn der vom Mitglied oder von den mitversicherten Familienangehörigen selbst getragene Kostenanteil für die Behandlungen (dazu gehören Kosten für die Leistungen ärztlicher Behandlung, Sonderbehandlungskosten, Kostenerstattung, Kosten für häusliche Krankenpflege, aber nicht Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung) bei der gleichen Versicherungskrankenanstalt in demselben Monat die Obergrenze überschreitet, oder wenn mehrere Kostenbeteiligungen beim gleichen Haushalt im gleichen Monat jeweils über ¥21.000 (Mindestbetrag zur Anrechnung) liegen und insgesamt die Obergrenze überschreiten, werden die Mehrkosten als hohe Behandlungskosten durch die Krankenkasse erstattet.

Die Obergrenze der Selbstbeteiligung der Patienten bei dieser Leistung richtet sich nach dem Alter und der Höhe des Einkommens der Mitglieder. Sie wird wie folgt festgelegt:

i.) Mitglieder bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres (ausschließlich Berechtigten zum Bezug der Leistungen vom Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für ältere Menschen)

Die Obergrenze der Selbstbeteiligung läßt sich je nach der Höhe des Einkommens in drei Stufen unterscheiden: die für Niedriglohnempfänger (diejenigen, die von den Gemeindesteuern befreit sind oder Sozialhilfe beziehen), für Durchschnittsverdiener und für Besserverdiener (deren Grundentgelt im Monat, wo sie die Behandlung in Anspruch nahmen, ¥530.000 überschreitet). Die Obergrenze der Selbstbeteiligung für Niedriglohnempfänger ist auf ¥35.400 festgelegt. Bei Durchschnitts- und Besserverdienern wird einem Festbetrag noch 1 % von den Mehrkosten angerechnet, die sich aus der Differenz zwischen den tatsächlichen Behandlungskosten und einem bestimmten Betrag ergeben (d.h.

[Behandlungskosten - bestimmter Betrag] \times 1 %). Der Festbetrag liegt bei ¥80.100 für Durchschnittsverdiener und bei ¥139.800 für Besserverdiener. Der bestimmte Betrag für das Anrechnungsverfahren ist bei Durchschnittsverdienern auf ¥267.000 und bei Besserverdienern auf ¥500.000 festgesetzt. Der Mindestbetrag, der beim Anrechnungsverfahren mehrerer Kostenbeteiligung im gleichen Haushalt maßgeblich ist, liegt bei allen Einkommensgruppen bei ¥21.000.

ii.) Mitglieder im Alter von 70 bis 74 Jahren (ausschließlich Berechtigten zum Bezug der Leistungen vom Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für ältere Menschen)

Maßgeblich beim Rechnungsverfahren sind die Obergrenze der Selbstbeteiligung der Patienten bei ambulanter Behandlung, die Obergrenze der monatlichen Kostenbeteiligung pro Rechnung bei stationärer Behandlung und die Obergrenze der zur Anrechnung anstehenden mehreren Kostenbeteiligung im gleichen Haushalt bei ambulanter wie stationärer Behandlung. Die Mehrkosten, die über diese jeweilige Obergrenze hinausgehen, werden als hohe Behandlungskosten durch die Krankenkasse erstattet. Diese Obergrenzen werden je nach der Einkommenshöhe der Mitglieder in vier Klassen eingeordnet: Einkommensschwache I und II, Durchschnitts- und Gutverdiener. Bei den Einkommensschwachen in dieser Altersgruppe handelt es sich um diejenigen, die von den Gemeindesteuern befreit sind. Die Einkommensschwachen der Klasse I sind diejenigen, die einige bestimmten Voraussetzungen erfüllen, wie z. B. deren Rentenhöhe weniger als ¥800.000 im Jahr beträgt. Ein Gutverdiener im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt beide folgenden Voraussetzungen für Arbeitsentgelt und Einkommen:

<Arbeitsentgelt>

- Ein Mitglied verdient monatlich mehr als ¥280.000 (steuerpflichtige Einnahmen ¥1.450.000) und hat Familienangehörige
- Familienangehörige(r) des Mitglieds, der(die) zum Bezug der Leistungen vom Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für ältere Menschen berechtigt ist, erhält ein Monatsentgelt mehr als ¥280,000

<Einkommen>

- Das gesamte Einkommen von einem Mitglied und dessen Familienangehörigen übersteigt den folgenden Betrag:
- ¥3,83 Mio. (wenn nur das Mitglied allein älter als 70 Jahre ist)
- ¥5.20 Mio. (wenn es neben dem Mitglied eine(n) weiteren älteren Familienangehörigen als 70 Jahre gibt)

Die Obergrenze der Kostenbeteiligung bei ambulanter Behandlung beträgt bei Einkommensschwachen I und II ¥8.000, bei Durchschnittsverdienern ¥12.000 und bei Gutverdienern ¥44.000. Die Obergrenze der monatlichen Kostenbeteiligung der Patienten und die Obergrenze für einen Haushalt bei stationärer Behandlung betragen bei Einkommensschwachen Klasse I ¥15.000, bei Einkommensschwachen Klasse II ¥24.600, bei Durchschnittsverdienern ¥40.200 und bei Gutverdienern ¥80.100 + ((entstandenen Kosten - ¥267.000) \times 1%).

Aber bei den älteren Berechtigten als 70 Jahre gibt es keinen Mindestbetrag, der beim Anrechnungsverfahren mehrerer Kostenbeteiligung im gleichen Haushalt maßgeblich ist. Zur Anrechnung stehen statt dessen alle Rechnungen.

(2) Eine Sonderregelung gilt für Inanspruchnahme auf eine med. Versorgung durch Mitglied oder dessen Familienangehörige, die nach Erachten des Wohlfahrtsministers eine langfristige und kostenspielige Behandlung benötigt. Aufgrund der Einwilligung des Versicherers werden die monatlich einen Selbstbeteiligungsanteil von ¥10.000 überschreitenden Aufwendungen von ihm erbracht. Zu den Krankheiten, die durch den Wohlfahrtsminister bestimmt werden, gehören ein Teil der Hämophilie, die Sekundärinfektion durch Blutprodukte von HIV-Infizierten und die chronische Nierenfunktionsstörung unter ständigem Einsatz der Dialyse. Jedoch für die unter 70-jährigen Versicherten, die die Dialyse brauchen und deren Standardentgelt im Behandlungsmonat über ¥530.000 liegt, beträgt die Selbstbeteiligung der Patienten ¥20.000.

(3) Sind einem Mitglied oder dessen Familienangehörigen innerhalb den vergangenen 12 Monaten nach einer med. Behandlung bereits mehr als 3 Male hohe Behandlungskosten erstattet worden, dann wird bei dem 4. und weiteren Erstattungsverfahren die Obergrenze der Selbstbeteiligung der jüngeren Patienten als 70 Jahre auf ¥24.600 für Einkommensschwache, ¥40.200 für Durchschnittsverdiener und ¥77.700 für Besserverdiener gesetzt. Bei den Älteren zwischen 70 und 74 Jahren wird eine entsprechende Obergrenze der Selbstbeteiligung von ¥40.200 nur dann für Gutverdiener geltend gemacht, wenn er ununterbrochen bei der gleichen Krankenanstalt stationäre Behandlung in Anspruch genommen und mehrmalige Erstattungen der hohen Behandlungskosten, wie oben beschrieben, erhalten hat. Ein Betrag, der über diese Obergrenze hinaus geht, wird nun als hohe Behandlungskosten erstattet.

Tabelle 1 : Obergrenze der Kostenbeteiligung für Hohe Behandlungskosten

Mitglieder bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres (ausschließlich Berechtigten über 65 Jahren für Versorgungssystem für ältere Menschen)	Niedriglohnempfänger		Regelfall	¥35.400	
			4. u. weitere Erstattungen	¥24.600	
	Durchschnittsverdiener		Regelfall	$¥80.100 + (\text{med. Kosten} - ¥267.000) \times 1\%$	
			4. u. weitere Erstattungen	¥44.400	
	Gutverdiener (über ¥530.000 im Monat)		Regelfall	$¥150.000 + (\text{med. Kosten} - ¥500.000) \times 1\%$	
			4. u. weitere Erstattungen	¥83.400	
Mitglieder nach der Vollendung des 70. Lebensjahres	Einkommensschwache	Klasse I	¥8.000	pro Person (nur ambulante Behandlung)	pro Haushalt (einschließlich stationärer Behandlung)
		Klasse II		¥15.000	
	Durchschnittsverdiener		¥12.000	¥44.400	
	Gutverdiener	Regelfall	¥44.400	$¥80.100 + (\text{med. Kosten} - ¥267.000) \times 1\%$	
		4. u. weitere Erstattungen		¥44.400	

3. 4. Leistungen nach Mitgliedschaftsverlust

Grundsätzlich sind nur versicherte Personen zum Bezug der Versicherungsleistungen berechtigt. Jedoch hat man nach dem Mitgliedschaftsverlust in folgenden Fällen weiterhin Anspruch auf Versicherungsleistungen: Auf Leistungen für ärztliche Behandlung, Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung, Lebensunterhaltungskosten bei stationärer Behandlung, Versicherungsfremde zusätzliche Behandlungskosten hohen Behandlungskosten, Kosten für häusliche Krankenpflege, Transportkosten. Die letzten drei Leistungen kann man auch für Familienangehörige wie bisher nur dann beziehen, wenn man nach dem Mitgliedschaftsverlust als Tagelöhnersonderversicherter oder dessen Familienangehörigen weiterhin versichert ist. Die Bezugsfrist in diesem Fall läuft ab;

1. in 6 Monaten nach dem Mitgliedschaftsverlust,
2. wenn man als Tagelöhnersonderversicherter eine Berechtigung zum Bezug der Behandlungskosten erhält,
3. wenn man in der Arbeitnehmer-, Seemanns- oder Nationalen Krankenversicherung versichert/mitversichert wird oder eine Berechtigung zum Bezug der med. Leistungen für ältere Menschen erhält, oder
4. wenn man vergleichbare Leistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen kann.

Kranken- und Mutterschaftsgeld sind nur dann weiterhin zu beziehen, wenn man bis vor dem Tag seines Austritts aus der Krankenkasse ununterbrochen für mindestens ein Jahr Pflicht- oder Freiwilligpauschalversicherter war und bis zum Zeitpunkt seines Mitgliedschaftsverlustes diese Versicherungsleistungen bezog. Die Leistungsdauer und der Leistungsbetrag in diesem Fall liegen im gleichen Niveau wie beim Mitglied. (Die Freiwilligversicherten, die im Ruhestand die Rente von der Arbeitnehmerrentenversicherung oder einer vergleichbaren beziehen, erhalten kein Krankengeld. Aber wenn die Bezugsgröße dieser Rente unter dem Niveau des Krankengeldes liegt, wird die Differenz als Krankengeld ausgezahlt). Ebenfalls die gleichen Leistungen erhalten die Freiwilligzusatzmitglieder, die ihren Status verloren haben, unter der Voraussetzung, daß sie bis zum Tag vor der Erlangung ihres Status als Freiwilligzusatzmitglieder ununterbrochen mindestens ein Jahr lang versichert waren.

3. 5. Darlehen für Entbindungskosten

Zwischen der Erstattung des Entbindungsgeldes (bzw. Entbindungsgeldes für mitversicherte Ehefrau) durch die Krankenkasse und der tatsächlichen Begleichung der Entbindungskosten beim Krankenhaus von einem Mitglied selbst gibt es Zeitverschiebung. Zur zeitgerechten Einzahlung der entstandenen Entbindungskosten wird Darlehen gewährt. Dieses Darlehen können folgende Personen in Anspruch nehmen: 1. die werdenden Mütter, denen die Entbindung binnen einem Monat bevorsteht (bzw. deren unterhaltsverpflichtete Person), 2. die werdenden Mütter, die sich im 4. oder späteren Monat der Schwangerschaft befinden und einen Teil der Kosten in das Krankenhaus einzahlen müssen (bzw. deren unterhaltsverpflichtete Person). Die Höhe des Darlehens wird auf 80% des Entbindungsgeldes (bzw. Entbindungsgeldes für mitversicherte Ehefrau), ¥280.000, begrenzt. Jedoch je nach der Lage der Kassen ist ein Darlehen in voller Summe, ¥350.000, auch möglich. Das Darlehen ist durch das Entbindungsgeld (bzw. Entbindungsgeld für mitversicherte Ehefrau) der Krankenkasse auszugleichen.

3. 6. Mehrleistungen

Den Mitgliedern der Krankenkassengenossenschaften werden neben den oben erwähnten Regelleistungen noch die durch die einzelnen Genossenschaften festgesetzten Mehrleistungen gewährt. Solche Leistungen werden hauptsächlich für die Behandlung der Familienangehörigen und dergleichen erbracht.

3. 7. Leistungen für ärztl. Behandlung gemäß dem Gesetz zur Krankenpflege und med. Versorgung für die Älteren (fortan: med. Versorgungsgesetz für die Älteren)

Für die über 75 Jährigen und deren Familienangehörigen oder für die Behinderten zwischen 65 und 75 Jahren werden gemäß dem med. Versorgungsgesetz für die älteren Menschen, nicht jedoch gemäß dem Krankenversicherungsgesetz, die medizinische Versorgung erbracht. Die Erbringung anderer Leistungen beruht jedoch auf dem Krankenversicherungsgesetz. (siehe, Teil III : Krankenpflege-und med. Versorgungssystem für ältere Menschen)

[4] GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Nach dem Krankenversicherungsgesetz muß sich der Versicherungsträger darum bemühen, nötige Geschäfte zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Mitglieder und deren Familienangehörigen wie z. B. Gesundheitsaufklärung, -beratung und -untersuchung durchzuführen. Darüber hinaus ist er berechtigt, erforderliche Finanzmittel und Hilfsmittel für ärztliche Behandlung der Mitglieder leihweise zur Verfügung zu stellen und notwendige Geschäfte zur Wohlfahrtspflege der Mitglieder durchzuführen. Die regierungsverwaltete Krankenkasse und Krankenkassengenossenschaften unternehmen nach dieser Regelung die Gesundheitsberatung und -untersuchung, wie etwa eine Untersuchung der meist von ungesunden Lebensgewohnheiten verursachten chronischen Krankheiten, die Errichtung und Verwaltung der Sporthallen und Ferienhäuser.

[5] KASSENÄRZTLICHE BEHANDLUNG

5. 1. Kassenkrankenanstalt

Das Krankenversicherungsgesetz berechtigt folgende Institutionen zu den Versicherungsleistungen:

- (1) Krankenhäuser, Praxen und Apotheken, die durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt genehmigt sind,
- (2) Krankenhäuser, Praxen und Apotheken, die für die Mitglieder bestimmter Versicherungsträger errichtet und durch dieselben Träger dazu bestimmt sind,
- (3) Krankenhäuser, Praxen und Apotheken, die durch die Krankenkasse errichtet sind.

Die Anstalten unter (a) sind Kassenkrankenhäuser, -praxen und -apotheken genannt. Fast alle med. Anstalten in Japan sind als solche genehmigt. Es wird den Patienten die Entscheidung überlassen, in welcher Anstalt sie die med. Versorgung in Anspruch nehmen, und die Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die in die kassenärztliche oder -zahnärztliche med. Versorgung eingegliedert sind, müssen beim Gouverneur der jeweiligen Präfektur registriert sein und somit werden Kassenarzt, -zahnarzt und -apotheker genannt. Diese Anstalten, Ärzte und Apotheker sind zur ärztlichen Behandlung oder zur

Dispensation gesetzlich verpflichtet und unterliegen der Leitung und Aufsicht des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt sowie des Gouverneurs der Präfektur. Falls sie unangemessene Behandlung ausüben, oder sie ungerechte Abrechnungen stellen, werden ihre Genehmigung und Registrierung widerrufen.

Zur Inanspruchnahme der Sonderbehandlungskosten für Hochleistungsmedizin muß ein Patient in einer Anstalt, die durch den Gouverneur als ein sondergenehmigtes Kassenkrankenhaus anerkannt ist, behandelt werden. Die Kostenrückerstattung für häusliche Krankenpflege erfolgt nur für die Dienstleistungen durch einen Leistungserbringer, der durch den Gouverneur dazu bestimmt ist.

5. 2. Ärztliches Vergütungssystem

In der Krankenversicherung ist die Gebührenordnung festgelegt, die Leistungserbringer zum Ausgleich der entstandenen Kosten bei der erbrachten ärztlichen Behandlung anzuwenden haben. Den Krankenanstalten wird nur der Betrag bezahlt, der sich nach dem Abzug der Selbstbeteiligung der Patienten ergibt. Es besteht aus den differenziert festgelegten Einzelgebühren für Diagnose, Verordnung der Arzneimittel, Einspritzung, Behandlung, Operation, Untersuchung und die Kosten für Zimmer, Pflege, Verpflegung usw. Die Gebührenordnung wird fast alle 2 Jahre verbessert. Die Gebühren dort sind in Punkten angegeben und ein Punkt hat einen Wert von 10 Yen.

Die Gebührenordnung wird nach der Beratung im zentralen med. Rat für Sozialversicherung, der aus Vertretern der Versicherungsträger, der Versicherten, der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte und Apotheker) und der gemeinnützigen Organisationen sowie Experten besteht, durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt beschlossen. Ebenfalls bestimmt der Minister die Höhe der Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung sowie der Kosten für häusliche Krankenpflege.

5. 3. Festbeträge der Arzneimittel

Hier handelt es sich um die Preise der Arzneimittel, die für die Anwendung bei kassenärztlicher Behandlung bestimmt sind. Kassenkliniken und -apotheken stellen bei der Abrechnung mit den Krankenkassen diese festgelegten Preise in Rechnung und bekommen sie erstattet. Die Preislage der einzelnen Medikamente wird bei der Organisation für Festlegung der Arzneimittelpreise, die innerhalb des Regierungsbeirats für kassenärztliche med. Versorgung eingerichtet ist, beraten und berechnet. Nach der Zustimmung dieses Beirats wird die Aufnahme der Arzneimittel auf die Preisliste vom Minister für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt öffentlich verkündet. 2006 standen insgesamt 13.311 Artikel auf dieser Liste.

Um die Differenzen zwischen den Festbeträgen und den tatsächlichen Handelspreisen, zu denen die Leistungserbringer Medikamente kaufen, zu beseitigen, wird eine Preisuntersuchung alle zwei Jahre durchgeführt und aufgrund deren Ergebnisse werden die Festbeträge der Arzneimittel neu festgelegt. Die Arzneimittelpreise, die nach einzelnen Artikeln festgelegt sind und im Prinzip die laufenden Preise nicht überschreiten dürfen, ergeben sich daraus, daß ein zur Marktstabilisierung mindestfordernder Regulierungsprozentsatz dem Durchschnittswert der Preisbelastbarkeit aufgrund der Marktuntersuchung angerechnet wird. Seit der Revision 2000 liegt der Regulierungsprozentsatz bei 2% der geltenden Arzneimittelpreise festgelegt.

5. 4. Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztl. Vergütung der Sozialversicherung

Die Erstattung der Gebühren für med. Versorgung von den Krankenkassen an den Leistungserbringern erfolgt über den Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztl. Vergütung der Sozialversicherung (fortan:Zahlungsfonds). Die Leistungserbringer legen in jedem Monat dem Zahlungsfonds ausführliche Berichte (Rechnungsscheine) über die erbrachten med. Leistungen für Mitglieder und deren Familienangehörigen vor. Der Zahlungsfonds prüft seinerseits die vorgelegten Unterlagen auf die Richtigkeit der Rechnungen und die Angemessenheit der med. Leistungen und dann leitet jeder Krankenkasse die Rechnungen weiter. Der Versicherungsträger zahlt dem Zahlungsfonds einen für jeden Rechnungsschein festgelegten Betrag (2007: ¥114,20) als Prüfungsgebühr. Im Gesetz für Zahlungsfonds sowie in der Satzung des Fonds ist verankert, daß der Fonds anstelle des Versicherungsträgers die Prüfung und die Abrechnung durchführt. Mit der Abschließung eines Vertrags mit dem Versicherungsträger nimmt der Fonds die beiden Aufgaben auf. Um das komplizierte Verfahren zu vereinfachen, beauftragt der Versicherungsträger in Wirklichkeit den Zentragverband der Krankenversicherungsträger zum Vertragsabschluß.

Kapitel III : Medizinisches Versorgungssystem für Rentner

In der Regel waren die älteren Rentner der Arbeitnehmerkrankenversicherung und der Genossenschaftswerken nach dem Ausscheiden vom Berufsleben in die Nationale Krankenversicherung eingegliedert. Dabei ergibt sich ein Problem: Die med. Kosten werden hauptsächlich durch die Steuergelder und Beiträge der Mitglieder (Selbständige, Landwirte usw.) in der Nationalen Krankenversicherung gedeckt. Um dieses Mißverhältnis in Leistungen und Kostenbeteiligung abzubauen, wurde 1984 das med. Versorgungssystem für Rentner eingeführt. Das ist aber kein selbständiges Versicherungssystem. Mit der Einführung dieses Systems sind die älteren Rentner, die von der Arbeitnehmerkrankenversicherung ausgeschieden und in die Nationale Krankenversicherung eingegliedert waren, von den sonstigen Mitgliedern der nationalen Krankenversicherung ausgesondert und die med. Kosten sind durch die Beiträge der versicherten Rentner und die Kostenbeteiligung der Arbeitnehmerkrankenversicherung gedeckt.

[1] PERSONENKREIS

Es bezieht sich auf die Versicherten (außer den Berechtigten für das Gesundheitswesen älterer Menschen) in der Nationalen Krankenversicherung, die gleichzeitig Empfänger der Altersrente nach dem Gesetz der Arbeitnehmerrentenversicherung (bei Berechtigten für Altersrente durch Anrechnung: Vorversicherungszeit von 20 Jahren oder von 10 Jahren nach dem 40. Lebensjahr) oder deren Familienangehörigen sind.

[2] FINANZIERUNG

Dieses System wird durch die Subventionen zur Erstattung der med. Kosten finanziert, die aus den Beiträgen der versicherten Rentner und deren Familienangehörigen und der Kostenbeteiligung der Arbeitnehmerkrankenversicherung bestehen. Der Teil der med. Kosten für die versicherten Rentner

und deren Familienangehörigen sowie der Kosten für die Finanzierungsbeiträge zur med. Versorgung älterer Menschen, der durch die Beiträge der Mitglieder nicht gedeckt werden kann, wird durch die Träger der Arbeitnehmersversicherung ihrer Finanzkraft entsprechend getragen. Der zugeteilte Betrag der ungedeckten med. Kosten wird als Subvention den Kommunalverwaltungen gezahlt. Die Verwaltungsgeschäfte für Erhebung der Beiträge und Verteilung der Subventionen werden durch den Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztl. Vergütung der Sozialversicherung übernommen.

2. 1. Beitragssatz der versicherten Rentner und anderen

Der Beitragssatz ist identisch mit dem für sonstige Mitglieder in der nationalen Krankenversicherung.

2. 2. Subventionen zur Erstattung der med. Kosten

Die Höhe der Subvention ergibt sich aus $(a+b) - (c-d)$

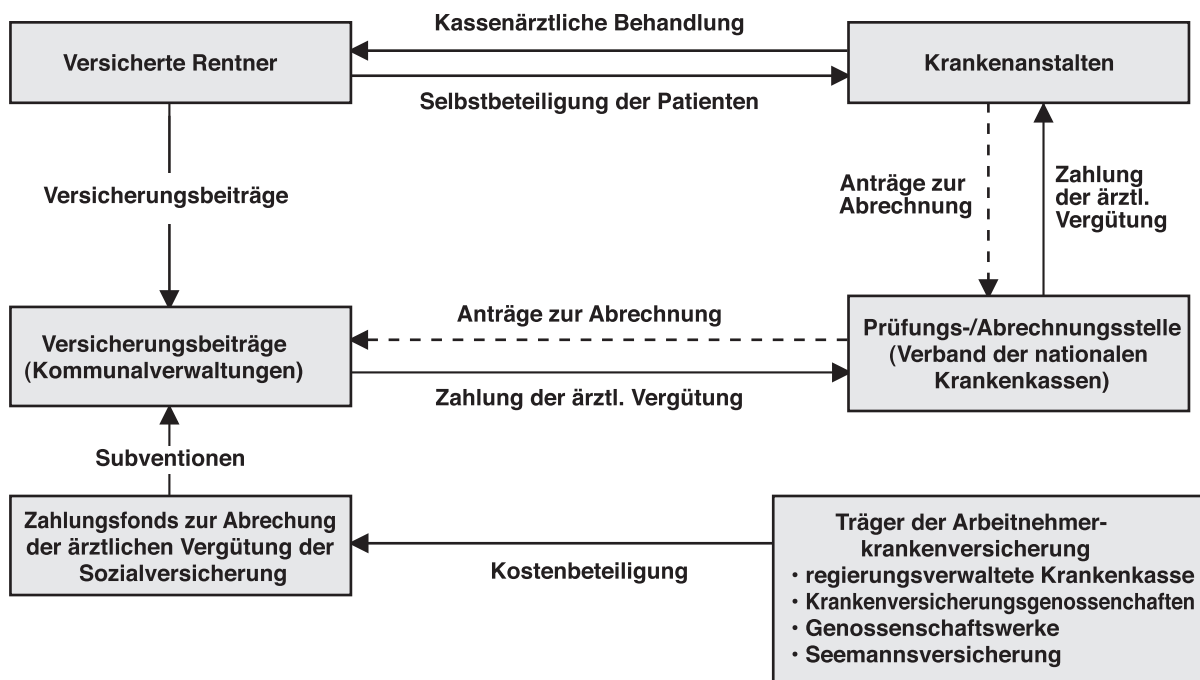
a: die Gesamtausgaben der Gemeinde für die Leistungen bei der med. Versorgung für versicherte Rentner

b: die Summe, die sich aus der Multiplikation der Kostenbeteiligung der Gemeinde an der med. Versorgung für ältere Menschen mit dem zahlenmäßigen Anteil der versicherten Ruheständler ergibt

c: die Summe der von den versicherten Rentnern entrichteten Beiträge in der nationalen Krankenversicherung (Falls diese Einnahmen unter einem bestimmten Prozentsatz liegen sollten, liegt hierzu eine Richtquote vor.)

d: die Summe der oben genannten Beiträgen gemäß einzuzahlenden Beiträge für die gesetzliche Pflegeversicherung

Diagramm 4: Aufbau des med. Versorgungssystems für Rentner



2. 3. Kostenbeteiligung an den Subventionen

Um die Kosten Subventionsfinanzierung zu decken, bezieht der Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztl. Vergütung der Sozialversicherung jährlich Beiträge (Kostenbeteiligung an den Subventionen) von den Trägern der Arbeitnehmerkrankenversicherung. Das Niveau dieser Kostenbeteiligung ergibt sich aus dem Multiplizieren der Summe der subventionsbezogenen Kosten in Kommunalverwaltungen mit dem überschlägigen Beteiligungssatzes. Die Grundlohnsumme(Monatsentgelt+Bonus) des einzelnen Trägers dividiert durch die Grundlohnsumme aller Träger der Arbeitnehmerkrankenversicherung.

$$\begin{array}{l} \text{Das Niveau der Kostenbeteiligung} = \\ \text{subventionsbezogene Kosten} \\ \text{in Kommunalverwaltungen} \end{array} \times \frac{\text{Grundlohnsumme des einzelnen Trägers}}{\text{Grundlohnsumme aller Träger}} \\ \text{(überschlägige Beteiligungssatz)}$$

[3] LEISTUNGEN

Art und der Umfang der Leistungen sind identisch mit denen für die normalen Mitglieder in der nationalen Krankenversicherung. Der Leistungssatz und die Obergrenze der Selbstbeteiligung der Patienten bei hohen Behandlungskosten richten sich nach der Regelung der Arbeitnehmerkrankenversicherung.

[4] MED. VERSORGUNGSSYSTEM FÜR RENTNER IN SONDERFÄLLEN (MED. LEISTUNGEN FÜR RENTNER DURCH DIE KRANKENVERSICHERUNGSGENOSSENSCHAFTEN UND ANDERE)

Wenn bestimmte Vorbedingungen erfüllt sind, können die Krankenversicherungsgenossenschaften aufgrund der Genehmigung des Ministers für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt medizinische Versorgung als Leistung ihren versicherten Rentnern selbständig erbringen. Außerdem mit einer Gesetzänderung von 2002 wurde der Widerruf der Lizenz für bestimmte Krankenkassen möglich. Bei der Berechnung der Kostenbeteiligung an den Subventionen wird dieser Sachverhalt berücksichtigt. Diese Berücksichtigung erfolgt: Die Leistungskosten der med. Versorgung für die sonderversicherten Rentner und deren Familienangehörigen werden von der sich durch die oben genannte Rechnung ergebenden Kostenbeteiligung abgezogen. Allerdings müssen die Beiträge der Mitglieder eigentlich in die nationale Krankenversicherung eingezahlt werden und dann der den Beiträgen entsprechende Betrag muß als Subvention zur Erstattung der medizinischen Kosten ausgezahlt werden. Ein Rentner kann auf Antrag in seiner Krankenversicherungsgenossenschaft als Rentner für Sonderfälle versichert sein. Der Umfang und das Niveau der Leistungen sind vergleichbar mit denen im med. Versorgungssystem für Rentner. Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus dem Multiplizieren des Grundentgelts eines betreffenden Rentners (festgesetzt durch die Satzung der Genossenschaft, nicht mehr als die Hälfte der Gesamtsumme von einem monatlichen Grundentgelt eines Pflicht- und Freiwilligpauschalversicherten im September des vergangenen Jahres und einem Zwölftel des Jahresbonus eines Pflichtversicherten im vergangenen Jahr) mit dem Beitragssatz seiner Genossenschaft.

Kapitel IV : Krankenpflege- und medizinisches Versorgungssystem für ältere Menschen

Um die Gesundheit auch am Lebensabend aufrechtzuerhalten und angemessene med. Versorgung dafür sicherzustellen, wurde im Februar 1983 das System eingeführt, das umfassende gesundheitliche und med. Maßnahmen einschließlich der Krankheitsvorbeugung, ärztlicher Behandlung und der Rehabilitation anbietet. Das System setzt es zum Ziel, die ungleiche Kostenbelastung unter den Versicherungsarten für die med. Versorgung der älteren Menschen, die auf dem unterschiedlichen Anteil der älteren Menschen an Versicherten beruht, in fairer Weise auf breite Bevölkerung umzuverteilen. Inzwischen wurde dieses System mehrmals verbessert und ist zur gegenwärtigen Form gelangt. Dieses System besteht je nach dessen Zielsetzung, Trägern, Personenkreisen und Finanzierung aus med. Versorgung (med. Versorgung und Sonderleistung für ärztliche Behandlung), ambulanten Pflegedienst und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

In dieser Broschüre wird es der Verständlichkeit halber in zwei Gruppierungen behandelt: med. Versorgung (med. Versorgung und ambulanten Pflegedienst) und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

[1] MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND ANDERE

1. 1. Träger

Die Träger der med. Versorgung und anderen in diesem System sind Kommunalverwaltungen.

1. 2. Personenkreis

Dieses System bezieht sich auf die Versicherten in der Krankenversicherung, die über 75 Jahre sind, oder in der Altersgruppe zwischen 65 und 75 dauerhaft bettlägerig bzw. vergleichbar behindert sind.

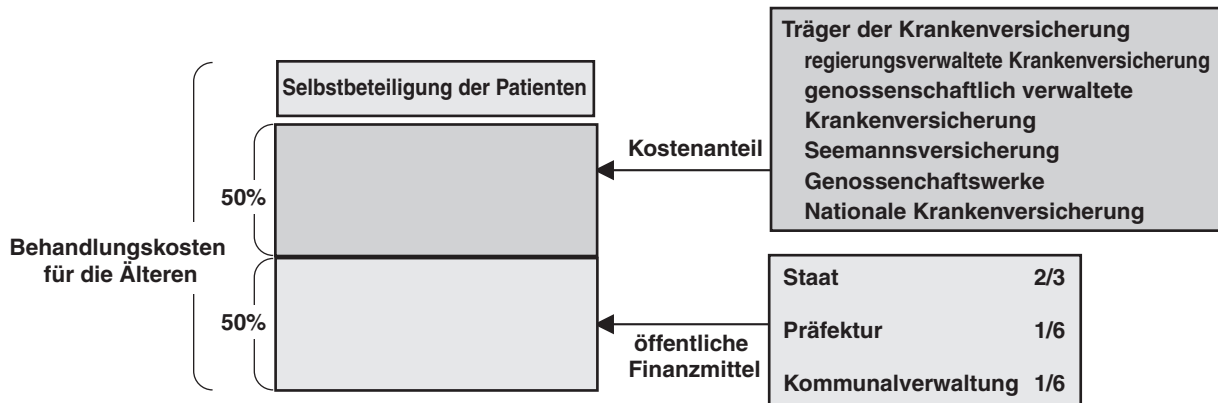
Mit einer Gesetzänderung von 2002 wurde das Bezugsalter für dieses System von 70 auf 75 angehoben. Jedoch aufgrund einer Übergangsregelung haben ältere Menschen, die sich im September 2002 im Alter zwischen 70 und 74 sind, auch noch Anspruch auf die Leistungen dieses Systems.

1. 3. Kostenbeteiligung

In diesem System werden die Kosten für med. Versorgung älterer Menschen gemeinsam durch alle Beteiligten getragen: die Kosten abzüglich der Selbstbeteiligung der Patienten werden durch die öffentlichen Kassen und die Finanzierungsbeiträge aller Krankenversicherungsträger zusammengetragen. Mit einer Änderung der Krankenversicherungsgesetze von 2002 wird der Beteiligungssatz öffentlicher Kassen an der Finanzierung vom Oktober 2002 bis zum Oktober 2006 stufenweise von 30% auf 50% erhöht. Die restlichen Kosten werden dann die Versicherungsträger gemeinsam getragen. Der Staat übernimmt zwei Drittel des den öffentlichen Kassen zustehenden Anteils und die Präfekturen und Gemeinden übernehmen jeweils ein Sechstel.

Um die ungleiche Belastung unter den Versicherungsträgern wegen des unterschiedlichen Anteils der älteren Menschen zu berichtigen, geht man bei der Berechnung der Kostenbeteiligung der

Diagramm 5 : Überblick über die Teilung der med. Kosten im Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für die Älteren



Krankenversicherungsträger davon aus, daß jeder Träger den gleichen Anteil der älteren Menschen in seiner eigenen Krankenkasse haben wird. Die Beteiligungsgelder der Versicherungsträger gehen zunächst in den Zahlungsfonds ein und dann von dort aus den Kommunalverwaltungen subventioniert.

1. 4. Ärztliche Vergütung bei den älteren Menschen

Die gesundheitliche Lage älterer Menschen zeichnet sich durch hohe Anfälligkeit, längere Behandlungsdauer bei einer Krankheit, Neigung zur Bettlägerigkeit und häufige Nebenerscheinungen aus. Unter dem Aspekt dieser Eigentümlichkeiten setzt das Krankenpflege- und medizinisches Versorgungssystem für ältere Menschen es zum Ziel: Förderung der häuslichen med. Versorgung, Förderung der qualifizierten stationären Behandlung, Rehabilitation, Förderung der medizinischen Dienstleistungen zur alltäglichen Beratung und Abbau der überflüssigen Verordnungen der Medikamente und Untersuchungen. Das Gebührenordnungssystem für ältere Menschen wurde von dem sonstiger Krankenversicherung getrennt. Im Tarif der ärztlichen Gebührenordnung für ältere Menschen wird die politisch durchzuführenden Programme der med. Versorgung in Punkten gekennzeichnet. Sonstige Programme werden nach dem Tarif der Gebührenordnung der Sozialversicherung abgerechnet.

1. 5. Leistungen

(1) medizinische Versorgung

Die med. Versorgung hier gewährt die gleichen Leistungen für med. Behandlung in der Krankenversicherung und wird im Prinzip als Sachleistung in den Versicherungskrankenanstalten angeboten. Und die Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung, Lebensunterhaltungskosten bei stationärer Behandlung, Versicherungsfremde zusätzliche Behandlungskosten, Kosten für häusliche Krankenpflege, hohe Behandlungskosten und die Transportkosten werden auch erbracht. Angesichts der Besonderheiten der Krankheiten bei den älteren Menschen sind eigenständige Kriterien für Behandlungskonzept und ärztliche Vergütung festgelegt, die sich von den üblicher Krankenversicherung unterscheiden.

Diagramm 6 : Rechnerisches Verfahren für den Kostenanteil der Versicherungsträger an med. Kosten älterer Menschen

Dieses Verfahren erfolgt wie unten. In Bezug auf die med. Kosten älterer Menschen geht der Kostenanteil der Versicherungsträger von der Annahme aus, daß der durchschnittliche Anteil älterer Menschen für jeden Versicherungsträger gilt.

$[(1 - \text{Prozentsatz bestimmten Kostenanteils}) \times 6/12 + \text{Prozentsatz bestimmten Kostenanteils}]$

$$\text{* Prozentsatz bestimmten Kostenanteils} = \frac{\text{Leistungskosten für med. Versorgung älterer Besserverdiener in betreffender Krankenkasse}}{\text{Leistungskosten für med. Versorgung älterer Menschen in betreffender Krankenkasse}}$$

(2) ambulante Krankenpflegeeinsätze für ältere Menschen

Dieses System wurde 1991 eingeführt und bietet ambulante Krankenpflegedienstleistungen in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Patienten an, damit die Pflegebedürftigen wie bisher in der gewohnten Umgebung ihr Leben führen können. Im Rahmen dieses neuen Systems suchen Krankenschwestern und andere qualifizierte Fachkräfte einer Krankenpflegestation nach entsprechender Entscheidung eines Hausarztes die Wohnungen der Pflegebedürftigen auf, um deren gesundheitlichen Zustand zu beobachten, Rehabilitationen durchzuführen, Anweisungen über Pflege zu geben, Hilfe beim Essen und Haarewaschen usw. zu leisten und Krankenbetreuung mit verstärkten Pflegeeinsätzen anzubieten.

Zur Finanzierung dieses Systems werden die Kosten der ambulanten Pflegeeinsätze von Kommunalverwaltungen zu den ambulanten Krankenpflegestationen gezahlt. Und der Patient trägt im Prinzip 10% der Kosten der ambulanten Pflegeeinsätze (bzw, 20%). Darüber hinaus übernimmt der Patient die Kosten der Sonderpflegeeinsätze (Einsätze an Sonn- / Feiertagen usw.), falls sich der Patient dies ausdrücklich wünscht, die Fahrkosten und die Kosten der alltäglichen Gebrauchsgegenstände wie z.B. Windeln usw.

1. 6. Teilkostenbeteiligung

Die Empfänger medizinischer Leistungen übernehmen, wie die älteren Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, grundsätzlich 10% der entstandenen Kosten und Besserverdiener 30%. Aber die Definition für Gutverdiener in diesem Fall weicht von der Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Ein Gutverdiener in diesem System hat folgende zwei Bedingungen zu erfüllen:

<Jahreseinkommen nach Abzug der Freibeträge>

- Ein Mitglied erhält mehr als ¥ 1,45 Mio. und hat zum Bezug der Leistungen berechnete Familienangehörige in seinem Haushalt.

<Einkommensniveau>

Das Gesamteinkommen der für dieses System Berechtigten im gleichen Haushalt liegt höher als

- ¥ 3.83 Mio. (wenn nur ein Berechtigter im Haushalt ist)

- ¥ 5.20 Mio. (wenn mehrere Berechtigten im Haushalt sind)

Darüber hinaus trägt ein Patient einen gewissen Anteil der Verpflegungskosten bei stationärer Behandlung selbst, wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. 7. Hohe med. Kosten

Wie bei den älteren Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Mehrkosten dem Patienten erstattet, wenn die Selbstbeteiligungskosten für ärztliche Behandlung bei der gleichen Krankenanstalt im gleichen Monat die Obergrenze der Belastbarkeit überschreiten. (Die Obergrenze der Selbstbeteiligung siehe Seite15, Tabelle 1)

[2] GESUNDHEITSFÖRDERUNGSMASSNAHMEN

Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Vorbereitung für die alternde Gesellschaft beruhen auf der Erkenntnis, daß die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserhaltung bereits im Mannesalter für die Gesundheit am Lebensabend äußerst wichtig sind. Diese Maßnahmen werden durch die Kommunalverwaltung durchgeführt und betreffen ihre Einwohner über 40 Jahre. Sie umfassen Ausstellung eines Gesundheitsbüchleins, Gesundheitsaufklärung, -beratung, -untersuchung, Rehabilitation, Beratung in der Familie usw. Die für diese Maßnahmen nötigen Kosten werden durch den Staat, die Präfektur und Kommunalverwaltung je zu 1/3 getragen (jedoch bei der Gesundheitsuntersuchung wird ein Teil der Kosten als Selbstbeteiligung einkassiert).

Die 1982 eingeleiteten Gesundheitsförderungsmaßnahmen haben bisher drei Aktionspläne durchgeführt: der erste 5-jährige Plan zielte darauf ab, die Teilnahme an der gesundheitlichen Untersuchung zu fördern, der zweite 5-jährige Plan, die gesundheitlichen Untersuchungsprogramme auszubauen, und der dritte 8-jährige Plan, die Vorbeugung der Krankheiten zu verstärken. Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen setzen nun den vierten 5-jährigen Plan an, der seit 2000 läuft. Dieser Plan zielt darauf ab, gegen die meist von ungesunden Lebensgewohnheiten verursachten chronischen Krankheiten und gegen die Pflegebedürftigkeit einschließlich Bettlägerigkeit präventiv vorzugehen und damit die Lebenserwartung verbessern zu können. Dies führt letztlich zur Stabilisierung der Finanzlage der Kranken- und Pflegeversicherung. Zur effektiven Durchführung dieser Maßnahmen bemüht man sich durch die Öffentlichkeitsarbeit darum, das Verständnis und Interesse der Bürger für die Bedeutung der alltäglichen Gesundheitspflege zu vertiefen und die Bürger zur aktiven Teilnahme an den Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu bewegen.



II

KRANKENKASSENGENOSSENSCHAFTEN
UND ZENTRALVERBAND DER
KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER
(KEMPOREN)

Kapitel I : Krankenkassengenossenschaften

[1] ORGANISATION UND TÄTIGKEIT

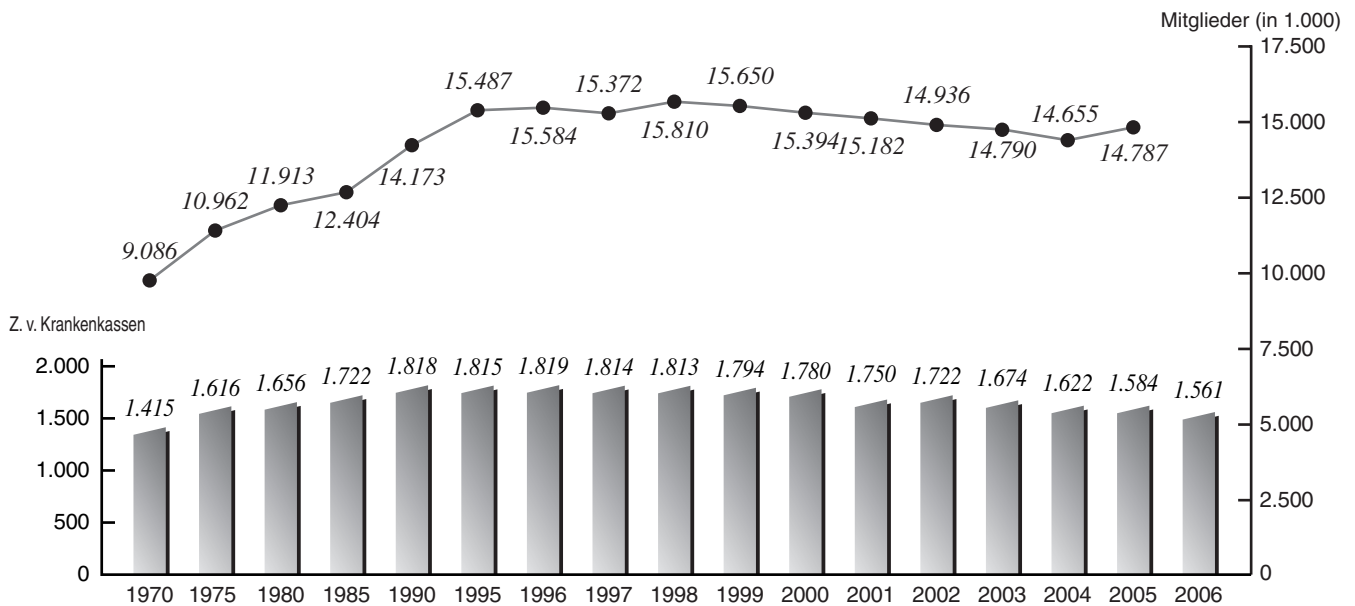
Die Krankenkassengenossenschaften sind Träger der genossenschaftlich verwalteten Krankenversicherung. Eine Krankenkassengenossenschaft kann nach dem Krankenversicherungsgesetz durch einen Arbeitgeber mit über 300 Beschäftigten oder gemeinsam durch mehreren Arbeitgeber gegründet werden. Dazu ist die Genehmigung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt erforderlich. Wenn ein Arbeitgeber allein eine Krankenkassengenossenschaft gründet (Einzelgenossenschaft), muß es 700 Beschäftigte als Mitglied zählen, oder wenn mehrere Arbeitgeber gemeinsam eine Innungskrankenkasse gründen (integrierte Genossenschaft), muß sie dann über 3.000 Beschäftigte als Mitglied haben. Bisher wurde eine Innungskasse nur dann zugelassen, wenn mehrere Arbeitgeber in der gleichen Branche gemeinsam sie gründeten. Von 1988 an wird aber die Gründung durch mehrere Arbeitgeber aus verschiedenen Branchen in der gleichen Region genehmigt. Ende März 2007 gibt es 1.520 Krankenkassengenossenschaften und 277 davon sind die Innungskrankenkassen.

Im Vergleich mit der regierungsverwalteten Krankenversicherung hat die genossenschaftlich verwaltete Krankenversicherung verschiedene Vorteile. Erstens, mit der unmittelbaren Beteiligung der Mitglieder an der Geschäftsführung wird die Krankenkassengenossenschaft selbständig und demokratisch organisiert. Das ist ein wesentliches Merkmal der Genossenschaft. Durch diese selbständige Geschäftsführungssystem wird die Verantwortlichkeit für die Geschäfte klar und eindeutig festgestellt und die Anstrengungen um bessere Ergebnisse sind in großem Umfang einzuleiten. Zweitens, wegen der effektiven und wirtschaftlichen Geschäftsführung sind die Arbeitgeber kooperativ. Drittens, die alltägliche Lage der Mitglieder ist stets zu erfassen. Die Geschäfte können realitätsnah durchgeführt werden und zugleich den Mitgliedern sorgfältige Dienstleistungen anbieten. Im Prinzip wird jede Krankenkasse auf der demokratischen Basis geführt. Eine typische Organisation davon ist im Diagramm 8 aufgezeichnet.

1. 1. Entscheidungsorgan (Genossenschaftsausschuß)

Der Genossenschaftsausschuß ist das höchste entscheidende Organ der Krankenkassengenossenschaft. Die Krankenkassengenossenschaften setzen sich aus Arbeitnehmer und -geber zusammen. Um den Willen der Mitglieder demokratisch widerzuspiegeln, wird der Genossenschaftsausschuß (Vertreterversammlung) aus Vertretern beider Seiten besetzt. Die Vertreter der Geschäftsführung sind „berufene Mitglieder“ der Arbeitgeber. Die Vertreter der Versicherten sind die von ihnen „gewählten“ Mitglieder. Damit die Interessen beider Seiten gleichmäßig vertreten werden, sind die Zahlen der berufenen und gewählten Ausschußmitglieder gleich. Somit kommen die Anliegen beider Seiten im Ausschuß in fairer Weise zum Ausdruck und sie werden folglich auch in der Betriebsleitung der Krankengenossenschaft berücksichtigt.

Diagramm 7 : Entwicklung der Zahl der Krankenkassengenossenschaften sowie deren Mitglieder (Stand : 31, März)



Die Aufgabenbereiche des Ausschusses sind wie folgt: Aufstellung des Haushaltsplans, Betriebsberichte und Begleichung von Rechnungen, Übernahme neuer nicht durch das Budget abgedeckter Verpflichtungen oder Verzicht auf zustehende Rechte, Entscheidung über die Methode zur Verwaltung der Rücklage, Verwaltung dieser Rücklage und anderer wichtiger Gelder, Genossenschaftsorganisationen, Abänderung der Satzung und Beitragssätze, Einleitung und Schlichtung von Rechtsbeschwerden und -streitigkeiten.

1. 2. Exekutive Organe (Vorstand)

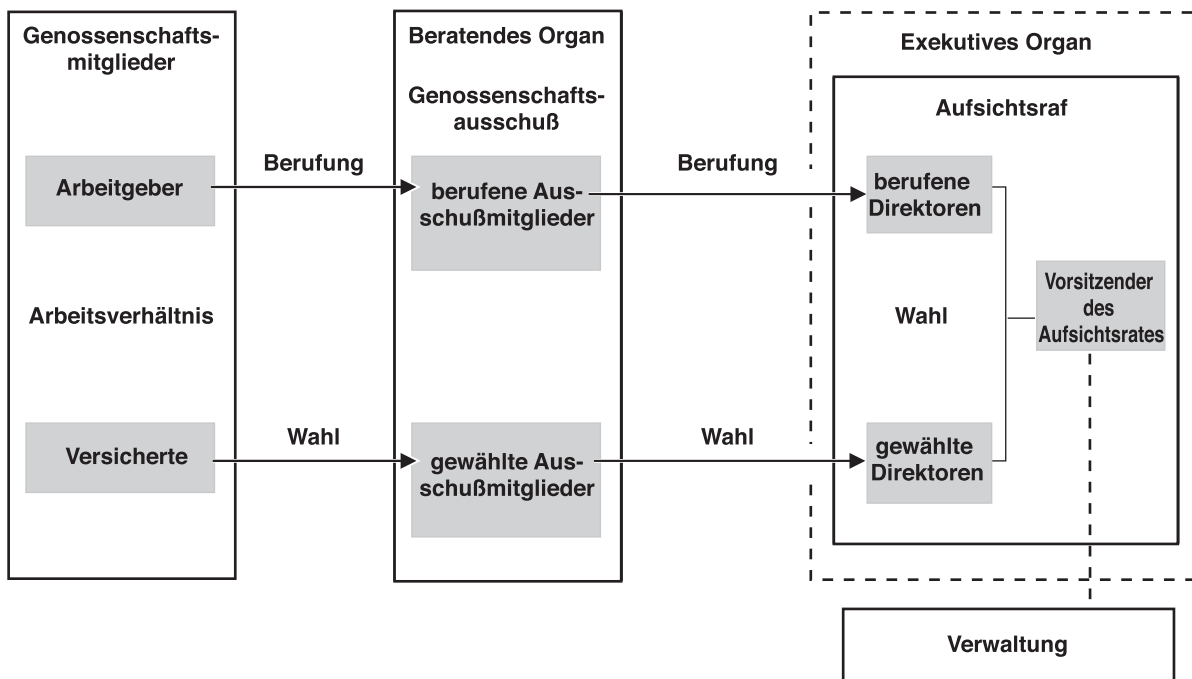
(1) Vorstand

Der Vorstand besteht aus den Mitgliedern, die aus dem Kreise der Delegierten gewählt sind. Er spielt eine wichtige Rolle bei der Geschäftsführung der Genossenschaft darin, daß er auf der Grundlage der demokratisch beschlossenen Leitlinien der Genossenschaft alltägliche Geschäfte durchführt und nötige Entscheidungen trifft.

(2) Vorstandsvorsitzender, Geschäftsführer, Verwaltung

Der Vorstandsvorsitzende wird durch die Abstimmung aller Vorstandsmitglieder aus dem Kreis der Delegierten gewählt. Der Vorstandsvorsitzende kleidet das wichtigste Amt unter allen Amtsträgern der Krankenkassengenossenschaft. Mit dem Vorstand beteiligt er sich an der Geschäftsführung. Darüber hinaus vertritt er die Genossenschaft in Geschäftsgängen gegenüber einen Dritten. Obwohl der Vorstandsvorsitzende der wichtigste Amtsträger der Genossenschaft ist, hat er außerdem im angestammten Unternehmen einen hohen Posten inne und ist daher sehr belastet. So entstehen Hindernisse zur wirkungsvollen und effizienten Geschäftsabwicklung. In Wirklichkeit ist es ihm kaum

Diagramm 8 : Organisation einer Krankenkassengenossenschaft



noch möglich, diesem Amt der Genossenschaft gebührende Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Geschäftsführer übernimmt deshalb bei Gelegenheit die Rolle des Vorstandsvorsitzenden. Die Unterstützung eines exekutiven Organs wird von der Verwaltung erbracht. Die Verwaltung kümmert sich um den täglichen Betrieb der Vorsorgeeinrichtungen und um die unmittelbaren Dienstleistungen an den versicherten Personen, einschließlich Entscheidungen und Berechtigungen zu deren Bezug.

[2] GESCHÄFTE ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Neben der Verwaltung des Versichertenstatus, der Erhebung der Beiträge und den Versicherungsleistungen haben die Genossenschaften folgende Aufgaben:

2. 1. Berichtigung der med. Kosten

Die aufgeschlüsselten Abrechnungen, die die Krankenhäuser und Praxen vorgelegt haben, werden durch den Abrechnungsfonds der Sozialversicherung geprüft. Da das Prüfungssystem dort nicht ausreichend ausgebaut ist, kommen solche Fälle schon vor, wo rechnerische Fehler und unberechtigte ärztliche Behandlungen übersehen werden. Deshalb prüfen die Krankenkassen die Abrechnungsunterlagen. Bei der Feststellung rechnerischer Fehler und unberechtigter Behandlungen fordern sie den Fonds zur Verbesserung bzw. zur Überprüfung auf. Darüber hinaus werden auch die Patienten informiert über die Höhe ihrer med. Kosten, damit sie sich der med. Kosten noch bewußter werden und gleichzeitig die illegalen Abrechnungen der med. Kosten verhindert werden. Diese Aktivitäten zur Berichtigung der med. Kosten werden durch fast alle Krankenkassen durchgeführt.

2. 2. Gesundheitliche Geschäfte

Einer der Vorteile in der Krankenkassengenossenschaft liegt darin, daß das Geschäft für Gesundheitseinrichtungen mit den Arbeitgebern zusammen je nach der Lage der tragenden Unternehmen effektiv geführt werden kann. Die Gesundheitsberatung und die Krankheitsvorbeugung haben bisher einen großen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit bei den Versicherten und deren Familienangehörigen geleistet, und durch die Verlangsamung des Zuwachses der med. Leistungen auch zur Stabilisierung der Finanzlage der Genossenschaft beigetragen. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren die Struktur der Krankheiten angesichts der Zunahme chronischer Krankheiten, wie etwa hoher Blutdruck, Diabetes usw., gewandelt und daher gewinnen die Gesundheitsmaßnahmen für die Gesundheitsförderung und die Vorbeugung vor Erkrankung als wirksame Vorsorgemethode immer mehr an Bedeutung.

Im Zusammenhang mit dem Alterungsprozeß der Bevölkerung nimmt der Bedarf nach der Pflege zu. Die Krankenkassengenossenschaften setzen sich aktiv ein in die Gesundheitsgeschäfte, Gesundheitsuntersuchung und Beratung und führen die Geschäfte für die Gesundheitsversorgung der Hochbetagten in der Familie durch Ausleih der Pflegehilfsmittel, Kostenübernahme usw. Viele Genossenschaften führen gegenwärtig folgende Geschäfte:

(i) Gesundheitsberatung

Gesundheitsaufklärung und -beratung durch Gesundheitsberaterinnen, sowie Herausgabe von Prospekten, Plakaten, Gesundheitsbroschüren und auch Vortragsveranstaltungen zur gesundheitlichen Erziehung.

(ii) Gesundheitsuntersuchung

Gesundheitsuntersuchung, allgemeine Untersuchung, Früherkennungsuntersuchung der meist von ungesunden Lebensgewohnheiten verursachten chronischen Krankheiten, Krebsfrüherkennung, eingehende Untersuchung nach Bedarf, zahnärztliche Untersuchung, Generaluntersuchung usw. Datenverarbeitung und -aufbewahrung der einzelnen Gesundheitsdaten nach den Untersuchungen, Schutzimpfungen gegen Influenza, usw.

(iii) Geistige Gesundheit

Gesundheitsaufklärung und -beratung zur Erhaltung und Förderung der geistigen Gesundheit.

(iv) Förderung der gesundheitlichen Möglichkeiten

Sportliche Aktivitäten durch Gymnastik, Trimm-Gymnastik, Ermittlung der Körperkraft, Sport- und Erholungsaktivitäten. Aerobik in den Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung unter Anwendung der Heißquellenbäder usw.

(v) Unterstützung bei der häuslichen Genesung

Versorgung und Ausleihe der nötigen Geräte und Hilfsmittel, Geldanleihe zur entsprechenden Umgestaltung des Lebensraumes, Informationsangebot in Zusammenarbeit mit den örtlichen

Sozialeinrichtungen usw.

(vi) Errichtung und Verwaltung der Gesundheitszentren

Errichtung und Verwaltung der Gesundheitszentren als Stützpunkt zur Förderung der Gesundheitserhaltung.

(vii) Errichtung und Verwaltung der Anlagen

Errichtung und Verwaltung der Erholungsstätten, Sporteinrichtungen, privaten Altenpflegeheime usw.

2. 3. Erstattung des Selbstbeteiligungsanteils und Mehrleistungen

Um die Belastung der Patienten zu erleichtern, gibt es ein System, welches dem Versicherten ein Teil des dreißig prozentigen Selbstbeteiligungsanteils zurückerstattet, den er bei der Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Versorgung zu entrichten hat. Die genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen erbringen neben den Regelleistungen auch Mehrleistungen, je nach finanziellen Reserven der einzelnen Krankenkassengenossenschaft. Dies ist ein wesentliches Merkmal der Krankenkassengenossenschaft. Die Mehrleistungen aber gelten für die Entlastung der Versicherten bei den Regelleistungen, doch nicht für die Kosten in einem Sonderkrankenzimmer oder die ärztliche Behandlung, die in der Krankenversicherung nicht zugelassen ist. Aufgrund der unterschiedlichen Finanzlage und der spezifischen Art des Betriebs der einzelnen Genossenschaften sind diese Leistungen inhaltlich nicht einheitlich. Es ist jedoch Tatsache, daß praktisch fast alle Genossenschaften gegenwärtig solche Mehrleistungen gewähren. Als die wichtigsten von vielen Genossenschaften angebotenen Mehrleistungen lassen sich die folgenden aufzählen.

(i) Zusatzbetrag für die Kosten der häuslichen Krankenpflege

Der einen Festbetrag überschreitende Betrag vom Selbstbeteiligungsanteil, den die Patienten bei der häuslichen Krankenpflege getragen haben, wird als Zusatzbetrag erstattet.

(ii) Krankengeldzusatzbetrag

Eine Mehrleistung von 10%~25% wird dem gesetzlichen Leistungssatze von zwei Drittel des Grundlohnes zusätzlich geboten.

(iii) Krankengeldzusatzbetrag bei langwierigen Behandlungen

Er wird über die gesetzliche Regelleistungsfrist (anderthalbes Jahr) hinaus drei bis sechs Monate verlängert.

(iv) Entbindungsgeldzusatzbetrag

Ein bestimmter Prozentsatz (oder Betrag) wird der gesetzlichen Regelleistung zusätzlich erstattet.

(v) Sterbegeldzusatzbetrag

Ein Festbetrag wird dem Empfänger des Sterbegeldes zusätzlich erstattet.

(vi) Mutterschaftsgeldzusatzbetrag

Ein Festbetrag wird dem Empfänger des gesetzlichen Mutterschaftsgeldes zusätzlich erstattet.

(vii) Zusatzbetrag für ärztliche Behandlung der Familienangehörigen

Der einen Festbetrag überschreitende Betrag am Selbstbeteiligungsanteil, den die Familienangehörigen beim Bezug von gesetzlichen Regelleistungen getragen haben, wird der versicherten Person als Zusatzleistung ausgezahlt.

(viii) Zusatzbetrag für hohe Behandlungskosten

Der einen Festbetrag überschreitende Betrag am Selbstbeteiligungsanteil, den der Versicherte beim Bezug der Entschädigung für hohe Behandlungskosten getragen hat, wird dem Versicherten als Zusatzleistung ausgezahlt.

Kapitel II : Zentralverband der Krankenversicherungsträger (KEMPOREN)

[1] GESCHICHTE

Der Verband wurde 1932 ursprünglich als freiwillige Vereinigung geschaffen, um den Krankenkassengenossenschaften bei Abschließung der kollektiven Verträge mit Ärzteverbänden und anderen vergleichbaren Organisationen über Behandlungsgebühren, Dienstleistungen usw. zu vermitteln. Mit der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes von 1943 wurde der Verband rechtlich zu einer juristischen Person des öffentlichen Rechts erklärt. Das bedeutet einen Neubeginn als landesweite Organisation der Krankenkassengenossenschaften. Als Vertreter aller Krankenkassengenossenschaften setzt sich der Verband sehr aktiv für die Förderung des Genossenschaftssystems und die Reform der Krankenversicherung ein und spielt eine wichtige Rolle zur Fortentwicklung der Krankenversicherung innerhalb des japanischen Sozialversicherungssystems.

[2] ORGANISATION

Im Konsens der Generalversammlung, die aus 173 Delegierten von den Mitglieds-genossenschaften besteht, wird der Verband durch einen Exekutivrat (Vorstand) verwaltet. Der Vorstand setzt sich aus einem Präsidenten, 4 Vize-Präsidenten, einem Generaldirektoren, 11 geschäftsführenden Direktoren, 67 Direktoren. Der Hauptsitz des Verbandes befindet sich in Tokyo und in jeder Präfektur gibt es ein Präfekturverband. Die Spitzenbesetzung und die Organisation der Zentrale sind wie folgt:

2. 1. Wichtige Vorstandsmitglieder

Präsident : Herr Michio Fukuoka

Vize-Präsidenten : Krankenkassengenossenschaft der Firma Yasuda

: Krankenkassengenossenschaft der landwirtschaftlichen Organisationen Hokkaido

: Krankenkassengenossenschaft der Verlagsanstalten

: Herr Mikio Kato

Generaldirektor: Herr Tadaaki Tsushima

Ehrenpräsident : Herr Kazuo Chiba (Ehrenberater der Firma Oji Papierwerk AG)

Berater : Präsident, Industrie- u. Arbeitgeberdachverband Japan

: Vorsitzender, Unternehmerverband

: Präsident, Industrie- und Handelskammer Japan

2. 2. Organisation der Zentrale

(1) Vorstandssekretariat

Sekretärtätigkeit für Präsident und ständige Vorstandsmitglieder, Terminverwaltung für Sitzungen und sonstige Geschäfte.

(2) Sekretariat der Aufsichtsräte

Aufsicht über Geschäftsführung und Vermögenslage des Verbandes.

(3) Abteilung für allgemeine Angelegenheiten

Personalfragen, Korrespondenz, allgemeine Verwaltung, Haushalt/Rechnung, Buchhaltung und Instandhaltung usw.

(4) Abteilung für Förderung des IT-Einsatzes

Unterstützung der Mitgliedskassen bei IT-Einsatz, Weitergabe vielseitiger Informationen über Intranet von Kemporen.

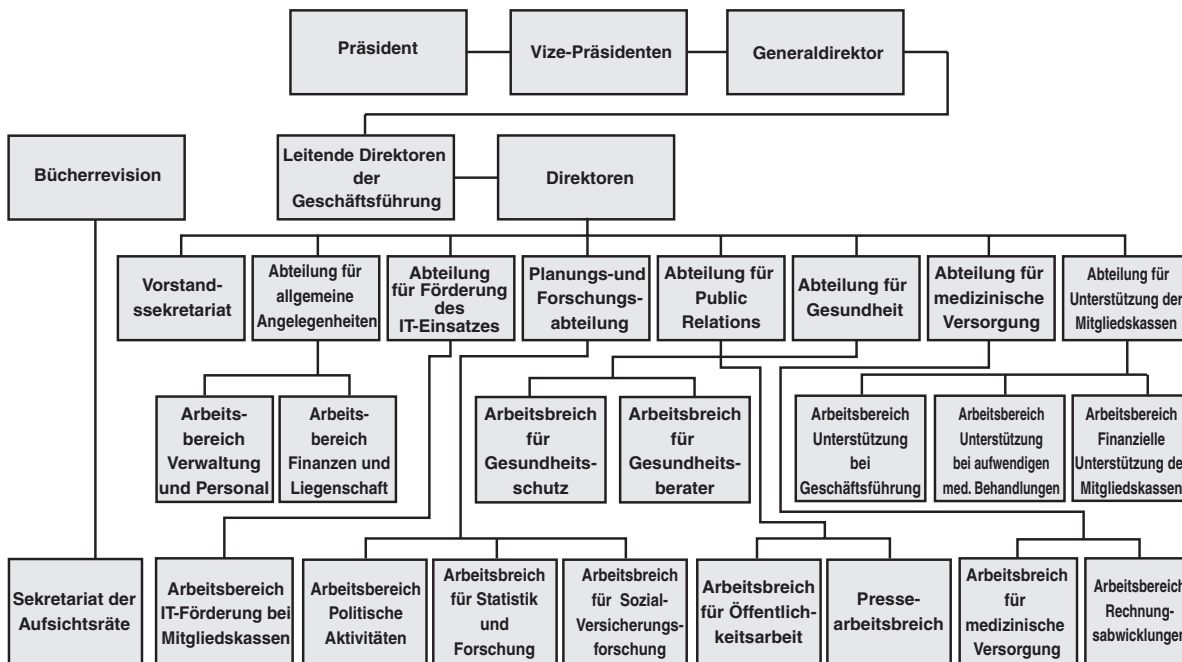
(5) Abteilung für Planung und Forschung

Untersuchung/Forschung über Sozialversicherungen wie Kranken- und Pflegeversicherung, Planung der nötigen Geschäfte zur Umsetzung der Reformen, Kontakte und Koordinierung mit externen Verbänden im Gesundheitsbereich, Geschäfte für gesetzliche Pflegeversicherung, Forschung über soziale Sicherheit im In- und Ausland und Statistik über die Krankenversicherungsgenossenschaften usw.

(6) Abteilung für Public Relations

Herausgabe der Genossenschaftszeitschriften, Gestaltung der Fernsehreklame/Inserate, Öffentlichkeitsarbeit über Krankenversicherung und zusammenhängende Themen, Publikationen, Förderung der Öffentlichkeitsarbeit usw.

Diagramm 9 : Organisation des Zentralverbandes der Krankenversicherungsträger



(7) Abteilung für Gesundheit

Beratung, Aus-/Weiterbildungsangebote bei kassengemeinsamen Projekten für Weiterentwicklung der Gesundheitspflege, kasseneigenen Programmen für Gesundheitsschutz und Tätigkeiten der Gesundheitsberater, zuständig für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen, spezifische Gesundheitsaufklärungsarbeiten usw.

(8) Abteilung für med. Versorgung

Untersuchung/Forschung über med. Versorgung und med. Kosten, Vertragsabschluß mit dem Zahlungsfonds zur Abrechnung der ärztlichen Vergütung der Sozialversicherung, Tätigkeit im Zusammenhang mit Gebührenordnung, Kosten bei Pflegedienstleistungen und med. Versorgung Verwaltung von Website für Informationen über Krankenhäuser in Japan.

(9) Abteilung für Kooperationsdienst

Zuschüsse für hohe Behandlungskosten und zur Unterstützung von Genossenschaften in finanziellen Schwierigkeiten, Geschäftsberatung für Mitgliedsgenossenschaften, Aus-/Fortbildung der Beschäftigten bei internen Verbänden.

[3] DIENSTLEISTUNGEN UND AKTIVITÄTEN

Der Verband hat seit seiner Gründung umfangreiche Tätigkeiten durchgeführt, um das med. Versorgungssystem zu verbessern und zur Förderung der med. Versorgung und Wohlfahrt der Versicherten beizutragen. Heute bietet der Verband folgende Dienstleistungen und Aktivitäten.

3. 1. Politische Aktivitäten

Die politischen Aktivitäten gehören zu den wichtigsten Aufgaben des Verbandes.

Der Verband setzte es zum Ziel, das Versicherungssystem für alle Bürger auf der Grundlage des sozialen Sicherungssystems zu erhalten und eine nach Patienten orientierte med. Versorgung zu gewährleisten. Der Verband ging dabei von der Einsicht aus: Würden die med. Ausgaben weiter so zu wachsen, könnte kein System bei seiner Umsetzung stabil bleiben. Deshalb bestand der Verband auf folgende Maßnahmen: 1. Kostendämpfung durch die Rationalisierung und Berichtigung der med. Ausgaben, 2. Abschaffung der Kostenbeteiligung der Versicherungsträger an der med. Versorgung für ältere Menschen und gleichzeitige Einführung einer neuen Krankenversicherung für ältere Menschen, 3. verstärkte Rolle der Versicherungsträger.

Jedoch bei der Gesundheitsreform 2002 wurden die anstehenden Probleme auf die nächste Reform verschoben. Im Blick auf die nächste Gesundheitsreform führte der Verband weiterhin Diskussionen über anstehende Probleme und veröffentlichte im Juli 2005 „die Vorschläge zur Gesundheitsreform einschließlich der Einführung einer Krankenversicherung für ältere Menschen“. Um die Krankenversicherung nachhaltig stabil zu halten, wurden folgende Reformen vorgeschlagen:

- Zur Dämpfung der medizinischen Kosten werden konkrete Maßnahmen aufgestellt und umgesetzt. Aufgrund dieser Maßnahmen wird eine Zielvorgabe für die gesamten medizinischen Ausgaben festgelegt und regelmäßig geprüft, wie weit diese Vorgabe erfüllt ist.
- Eine neue Krankenversicherung für ältere Menschen umfaßt die Menschen mit über 65 Jahren als Versicherte. Der Versicherungsträger ist eine regional gegründete öffentlich-rechtliche Körperschaft, an deren Verwaltung sich die Beitragszahler beteiligen. Diese Versicherungsart ist durch Beiträge und öffentliche Gelder zu finanzieren.
- Das medizinische Versorgungssystem muß durch die Förderung der Rollenverteilung und den Aufbau der Kooperation unter den Leistungserbringern seine Effektivität und Qualität verbessern.
- Beim ärztlichen Vergütungssystem werden sowohl das Pauschal- als auch das Festbetragssystem ausgeweitet.
- Gesundheitliche Unternehmen wie Maßnahmen gegen chronische Krankheiten werden aktiv durchgeführt.
- Geschäfte bei der Krankenversicherung und bei der medizinischen Versorgung werden durch IT-Technologie modernisiert.

Diese Aktivitäten von Kemporen erbrachten einige positiven Ergebnisse: Im Rahmen der 2006 durch die Regierung beschlossene Gesundheitsreform (siehe „Teil III. Gegenwärtige Lage der Krankenversicherung und deren Reform“) wurden vor allem die seit Jahren anstehenden Einführung einer speziellen Krankenversicherung für die über 75jährigen und die Abschaffung der Beteiligung von Versicherungsträgern an der Finanzierung des medizinischen Versorgungssystems für ältere Menschen beschlossen. Diese Beteiligung fiel den Krankenkassen finanziell ständig zur Last. Andererseits sind die Krankenkassen durch die neu eingeführten Finanzbeiträge unter den Begriffen „Unterstützungsmittel“ und „Ausgleichsmittel“ schwer belastet. So stehen noch zahlreiche Probleme an. Zur erfolgreichen Umsetzung der Gesundheitsreform 2006 und auch zur Lösung der

zurückbleibenden Probleme will sich Kemporen weiterhin für die Reform der Strukturen in der medizinischen Versorgung einsetzen.

Um seine Vorschläge politisch umsetzen zu lassen, entsendet der Verband außerdem seine Vertreter zum Beirat für kassenärztliche med. Versorgung und zum Rat für soziale Sicherheit und trägt regelmäßig seine Meinungen bei dem Parlament, der Regierung und auch bei den sozialen Gremien der LDP und anderen Parteien vor.

3. 2. Rationalisierung der medizinischen Ausgaben

Die Ursache der Expansion der med. Kosten liegt zwar in medizinisch-technischem Fortschritt und der Alterung der Bevölkerung, aber selbst in der gegenwärtigen Krankenversicherung sind Probleme vorhanden. Um die med. Kosten zu rationalisieren, fordert der Verband die einzelnen Krankenkassengenossenschaften dazu auf, Abrechnungsbescheide zu senden und Rechnungen (und auch deren Spezifikationen) zu prüfen. Durch die Informierung der einzelnen Patienten über die bei der med. Behandlung entstandenen Kosten wird das illegale Abrechnungsverfahren der ärztlichen Vergütung verhindert und gleichzeitig werden das Engagement und das Interesse an Kosten bei den Mitgliedern erweckt, um schließlich die medizinischen Kosten reduzieren zu können. Und mit der Prüfung der Rechnungen wird gemeint, daß die bereits beim Zahlungsfonds geprüften Rechnungen noch einmal geprüft werden müssen. In diesem Zusammenhang stellt der Verband einen Leitfaden dafür zusammen, analysiert gleichzeitig die durch diese Maßnahmen herausgestellten illegalen und unberechtigten Fälle in der medizinischen Versorgung und fordert die Regierung zu deren Verbesserung auf. Darüber hinaus entsendet der Verband den Genossenschaften Fachleute für die Rechnungsprüfung und veranstaltet Fachseminare.

Um das Ziel des Verbandes, die Verwirklichung der an Patienten orientierten med. Versorgung, erreichen zu können und zur Rationalisierung der medizinischen Kosten beizutragen, verwaltet der Verband außerdem die Website „Pospital!“ für Informationen über Krankenhäuser.

3. 3. Förderung der genossenschaftsorientierten Dienstleistungen und der Gründung der neuen Genossenschaften

Um die gesundheitsbezogenen Aktivitäten der einzelnen Genossenschaften auszubauen und deren Geschäfte zu optimieren, bietet der Verband vielfältige Dienstleistungen an. Als die Unterstützungsmaßnahmen für gesundheitsbezogene Aktivitäten sind Fachseminare für Gesundheitsberater und andere Personenkreise, Entsendung der Fachberater, ärztliche Untersuchung und Gesundheitsberatung im Gesamtvertrag mit den Verbänden der Krankenanstalten zu nennen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden den Mitgliedern Broschüren, Videobände, Plakate, Informationen und Dokumente zur Publikation der Genossenschaftszeitschriften und den für die Öffentlichkeitsarbeit Zuständigen Fachseminare zur Verfügung gestellt. Außer der Zusammenstellung von nötigen Unterlagen für die Geschäftsführung der Genossenschaft und der Veranstaltung der Fortbildungsprogramme für Verwaltung und informationstechnische Verarbeitung betätigt sich der Verband dabei, den Informationsaustausch zwischen Kemporen und Mitgliedergenossenschaften über Info-Netzwerke durchzuführen und auszubauen, was zur Dämpfung der med. Kosten beitragen wird.

Darüber hinaus verfaßt der Verband Ratgeber für die Neugründung und andere Unterlagen und berät die Firmen, die neue Genossenschaften gründen wollen.

3. 4. Förderung der gemeinsamen Geschäfte unter den Genossenschaften

Zur Stärkung der finanziellen Grundlage in den Mitgliedsgenossenschaften führt der Verband folgende 3 Geschäfte in Gemeinschaft durch. Das erste ist die gemeinsame Übernahme der höheren medizinischen Behandlungskosten. Der Zuschuß für höhere Behandlungskosten wird den Mitgliedsgenossenschaften, die für die Behandlung der Mitglieder oder deren Familienangehörigen höhere Leistungen über einen bestimmten Betrag hinaus erbrachten, mit einem bestimmten Prozentsatz des überschrittenen Betrages bei jeder höheren Leistung aus der gemeinsamen Kasse erstattet. Das Zweite ist die Unterstützungsmaßnahme für die Mitgliedsgenossenschaften in finanziellen Schwierigkeiten. Der Zuschuß für Genossenschaften wird den Mitgliedsgenossenschaften, die wegen besonderer Umstände, wie z. B. des Strukturwandels, übermäßige finanzielle Belastung haben, zur Unterstützung der Finanzlage aus der gemeinsamen Kasse der Genossenschaften geleistet. Zur Durchführung dieses Programms erhebt jede Genossenschaft einen Ausgleichsbeitrag von ihren Versicherten und zahlt dem Verband die einkassierten Gelder als Beitrag für Finanzausgleich weiter. Der grundlegende Ausgleichsbeitragssatz beträgt 0,12%, und 0,1 % davon für höhere Behandlungskosten und 0,02% für die Genossenschaften in finanziellen Schwierigkeiten. Das Dritte ist die Zusammenarbeit zur Weiterförderung der Gesundheit. In diesem Rahmen werden durchgeführt die Herausgabe der Prospekte für die Gesundheitsaufklärung, die Veranstaltung der Fachseminare für den Gesundheitsschutz Zuständigen, die Entscheidung und der Vertragsabschluß mit Krankenanstalten über ärztliche Untersuchung, die gemeinsame Einstellung der Gesundheitsberaterinnen, die gemeinsame Nutzung der Ferienhäuser und Sportanlagen usw.

3. 5. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit läßt sich in zwei Bereiche teilen: die für breitere Bevölkerung wie z.B. Bürger, beteiligte Organisationen, Regierung usw. einerseits, und die interne für Mitgliedsgenossenschaften, Versicherte und deren Familienangehörigen andererseits. Als Öffentlichkeitsarbeit für breitere Bevölkerung macht der Verband informative Fernsehwerbung en mit Themen bezüglich der medizinischen Versorgung, Krankenversicherung und Gesundheit, Reklame in Zeitungen und Wochenschriften, nötige Informationen, verschiedene Veranstaltungen usw. Im Rahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit sind die Herausgabe der Verbandszeitschriften und die Aufklärungsarbeit für Mitglieder und deren Familienangehörigen zu nennen.

3. 6. Forschung und Untersuchung

Der Verband setzt sich sehr aktiv ein für die Reform der med. Versorgung und damit zusammenhängenden Systeme und führt dafür nötige Untersuchung und Forschung durch. Und im Rahmen der Untersuchung und Forschung über die soziale Sicherheit im Ausland entsendet der Verband Untersuchungsdelegationen und veranstaltet Seminare und andere Fortbildungsprogramme im Ausland. Als Mitglied der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (ISSA) wirkt der Verband

an der Verbreitung und Verbesserung der sozialen Sicherheit in der Welt mit.

3. 7. Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen für ältere Menschen

Angesichts der Überalterung der Bevölkerung erscheint als dringende Aufgabe der Ausbau der Systeme der med. Versorgung, Gesundheitspflege und Wohlfahrt für ältere Menschen. In diesem Zusammenhang führt der Verband Programme für Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen älterer Menschen und Sonderprogramme für Gesundheit und Wohlfahrt älterer Menschen mit Hilfe der staatlichen Subventionen durch, um unter anderem die Maßnahmen für ältere Menschen in den Mitgliedsgenossenschaften zu erweitern. Zur Gesundheitsförderung älterer Menschen und Stabilisierung der Finanzlage im Krankenpflege- und med. Versorgungssystem älterer Menschen werden als Programme für Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen älterer Menschen die Untersuchung und Forschung über die Dämpfung der med. Kosten und die Förderung der Dienstleistungen für häusliche Pflege eingeleitet. Und in den Sonderprogrammen für Gesundheit und Wohlfahrt älterer Menschen handelt es sich um unterstützende Maßnahmen, die den einzelnen Genossenschaften reibungslose Durchführung der verschiedenen Programme für ältere Menschen, wie z. B. Dienstleistungen für häusliche Pflege, Gesundheitsaufklärung, Beratung durch Gesundheitsberaterinnen, ermöglichen.



III

GEGENWÄRTIGE LAGE DER
KRANKENVERSICHERUNG
UND DEREN REFORM



Kapitel I : Gegenwärtige Lage der Krankenversicherung

Die nationalen medizinischen Ausgaben in Japan stiegen 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 1,8% bzw. ¥573,7 Mrd. auf ¥32,1111 Billionen und registrierten damit im zweiten Jahr in Folge einen Zuwachs.

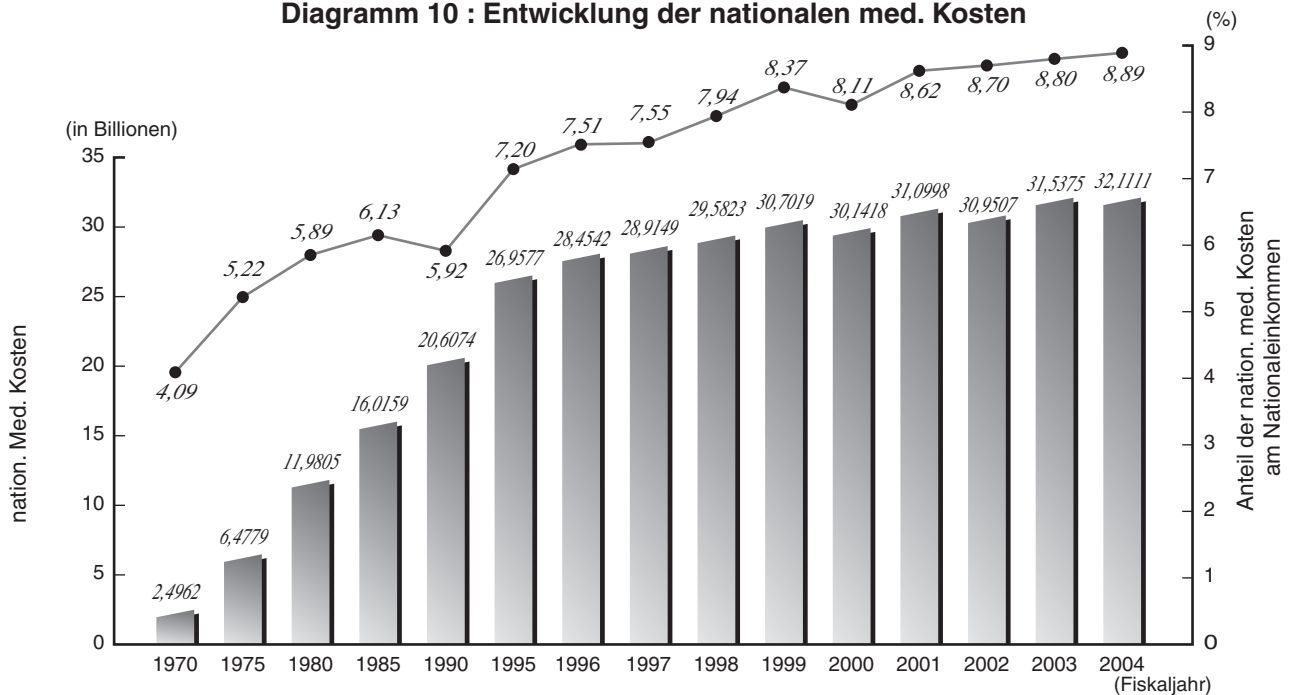
Dank der Anhebung der Selbstbeteiligung der Patienten und der Umstellung der Beitragsbemessungsgrundlage vom Monatsgehalt auf das Jahreseinkommen im Rahmen der Gesundheitsreform 2002 registrierten die regierungs- und die genossenschaftlich verwaltete Krankenversicherung auch noch 2005 einen Überschuss jeweils in Höhe von ¥141,9 Mrd. und ¥293,3 Mrd. (Prognose). Aber man sieht es voraus, dass diese Versicherungsarten schon 2008 Defizite verbuchen müssten, weil der Überalterungsprozess immer mehr medizinische Ausgaben fordert.

Wegen der negativen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt traten immer mehr Mitglieder von der Krankenversicherung der Beschäftigten in die nationale Krankenversicherung über und dies belastete die Bilanzlage dieser Versicherungsart obendrein. So hat jede Krankenversicherungsart eine Reihe Probleme zu bewältigen. Wenn sich die gegenwärtige Lage nicht verbessern würde, könnte das Weiterbestehen der gesetzlichen Krankenversicherung als soziales Netz gefährdet werden.

Darüber hinaus ist es ein ernstes Problem, dass das laufende System für med. Versorgung mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung kaum Schritt halten kann. Während die Lebenserwartung der Japaner (2005: Männer 78,53 Jahre und Frauen 85,49 Jahre) und der Anteil der älteren Menschen über 65 Jahre an der Bevölkerung immer steigen, sinkt die Geburtenrate weiterhin. Die Zahl der Kinder, die eine Frau in ihrem ganzen Leben gebärt, erreichte mit 1,26 wie im vergangenen Jahr den bisher tiefsten Stand. Der Überalterungsprozess der Gesellschaft dauert fort. Trotz der Konjunkturerholung und der weiterhin positiven Entwicklung der Arbeitslosenquote auf der 4%-Marke führt ein Wandel in der Lebensführung und der Wertvorstellung der Bürger dazu, dass sich die sogenannte unreguläre Beschäftigung, d.h. Beschäftigung in Leiharbeit und auf Zeitvertrag, ausweitet und sich folglich das herkömmliche japanische Beschäftigungssystem, die lebenslange Beschäftigung, im Wandel befindet. Dieser Wandel in Gesellschaft und Wirtschaft hat für das soziale Sicherungssystem mit Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung schwerwiegende Folgen. All dies bedeutet die Kostensteigerung in diesem System und gleichzeitig die Schrumpfung der erwerbsfähigen Altersgruppen, die für die Kosten des sozialen Sicherungssystems aufkommen. Außerdem führt die med. Spitzentechnologie, die angesichts der bestehenden med. Versorgung zu weit fortgeschritten ist, auch zur Expansion der med. Kosten.

Die Rahmenbedingungen für die med. Versorgung ändern sich mit raschem Tempo. Deshalb sind wir dazu aufgefordert, eine umfassende Gesundheitsreform mit Schwerpunkten auf die Qualitätssteigerung in der ärztlichen Behandlung, die Wirtschaftlichkeit bei der med. Versorgung und die Stabilisierung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung umzusetzen und damit eine zukunftssichere und dauerhafte Krankenversicherung aufzubauen.

Diagramm 10 : Entwicklung der nationalen med. Kosten



Kapitel II : Problematik der med. Versorgung und deren Reformmöglichkeiten

Um eine zukunftssichere und dauerhafte Krankenversicherung aufzubauen, haben Regierung und sonstige beteiligten Organisationen ihre Reformbemühungen auf vier Hauptbereiche, nämlich, med. Versorgung, ärztliches Vergütungssystem, Arzneimittelpreise und med. Versorgungssystem für ältere Menschen, konzentriert.

Im folgenden werden Probleme in der Krankenversicherung und deren Reformmöglichkeiten zur Problemlösung näher betrachtet.

[1] MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Die med. Versorgung wurde in Japan auf Grundlage eines Gesetzes für med. Versorgung aus dem Jahr 1948 aufgebaut, um allen Bürgern gleichberechtigte und gerechte Möglichkeit für med. Behandlung zu gewährleisten. Im bestehenden System kann jeder ohne weiteres Dienstleistungen der med. Einrichtungen in Anspruch nehmen. Die med. Versorgung hat quantitativ ein beachtlich hohes Niveau erreicht, obwohl sich das regionale Gefälle in der Anzahl der Krankbetten je 100.000 Bewohner in einem extremen Fall bis auf das Verhältnis 3:1 ausweitet und dieses Missverhältnis selbstverständlich noch zu überwinden ist.

Im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Krankbetten je Bewohner sehr hoch und die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sehr lang. In diesem Zusammenhang wird aber oft darauf hingewiesen, dass die Zahl der Ärzte und der sonst an der med. Versorgung Beteiligten pro Krankbett in Japan relativ gering ist und die Übergangseinrichtungen, die die Patienten bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft und in den Alltag unterstützen sollen, und

die Einrichtungen, die ihnen Möglichkeiten für vorübergehende Unterkunft anbieten, nicht ausreichen da sind. Darüber hinaus verschärft sich in den letzten Jahren der Ärztemangel in bestimmten Gegenden wie abgelegenen Ortschaften oder bei bestimmten Fächern wie Kinderarzt und Geburtshelfer. Vor diesem Hintergrund wird aufgefordert, zuverlässige und qualifizierte ärztliche Betreuung sicherzustellen und das med. Versorgungssystem zu reformieren.

Das Gesetz für medizinische Versorgung wurde seit 1985 viermal revidiert. Bei den bisherigen Revisionen handelte es sich hauptsächlich um die Aufstellung eines regionalen medizinischen Versorgungsplans, um die klare Einordnung medizinischer Anstalten nach Funktion und Kategorie und um die Deregulierung bei Reklamen. Die Arbeitsgruppe für med. Versorgung beim Regierungsbeirat für soziale Sicherheit des Gesundheitsministeriums bezeichnete im Hinblick auf die künftigen Reformen des med. Versorgungssystems ein auf Patienten gerichtetes und im Interesse der Patienten liegendes Reformvorhaben als einen grundlegenden Leitgedanken und stellte im Dezember 2005 einen Bericht „die Meinungen zum medizinischen Versorgungssystem“ zusammen.

Dieser Bericht enthält neun Eckpunkte: 1. Strukturreform im Gesetz für med. Versorgung, 2. bessere Wahlmöglichkeit für Patienten/Bürger, 3. umfassende Maßnahmen für med. Sicherheit, 4. Förderung der Einordnung medizinischer Leistungserbringer nach deren Funktion und Kooperation untereinander, 5. Ausbau der med. Versorgung für Mutter-Kinder, im Not-, Katastrophenfall und in abgelegenen Ortschaften, 6. Reform im rechtlichen Status der medizinischen Körperschaften, 7. Ausbildung der Fachkräfte und Verbesserung ihrer Qualifikation, 8. Vorgehen gegen ungleiche Verteilung der Ärzte, 9. Ausbau der Grundlagen für med. Versorgung. Diese Punkte wurden in einen Entwurf zur Revision des Gesetzes für medizinische Versorgung aufgenommen. Im Februar 2006 wurde der Gesetzentwurf im Parlament zur Beratung vorgelegt. Nach der Verabschiedung im Parlament trat dies als das fünfte Revisionsgesetz am 01. April 2007 mit einigen Ausnahmen in Kraft.

[2] ÄRZTLICHES VERGÜTUNGSSYSTEM

Das ärztliche Vergütungssystem in Japan ist auf erbrachte Einzelleistungen eingestellt. Weil sich die Höhe ärztlicher Vergütung nach der Qualität der erbrachten Leistungen richtet, können Patienten einerseits medizinisch ausreichend versorgt werden, andererseits kann dieses System aber häufig zu Missständen bei Leistungserbringern (z.B. Überversorgung, überflüssige diagnostische Prüfungen, übermäßig hohe oder rechtswidrige Abrechnungspraktiken) führen und die medizin-technischen Fähigkeiten der Ärzte und sonstiger Leistungserbringer nicht in vollem Umfang würdigen. Das geltende System überhaupt, das hauptsächlich von der Behandlung der Patienten in akuter Phase ausgeht, muss dadurch reformiert werden, dass die medizinischen Dienstleistungen im Hinblick auf die Begleitung verschiedener Lebensphasen eines Menschen wie Embryo-, Kind-, akuter, chronischer und terminaler Erkrankungsphase und Pflegebedürftigkeit neu definiert werden und auf ein Gesundheitsversorgungssystem mit Schwerpunkt auf der Lebensqualität (Quality of Life) umgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren zwei neuartige Systeme für ärztliche Vergütung bei stationärer Behandlung eingeführt. Das eine ist das pauschale Vergütungssystem nach Erkrankungsarten bei stationärer Behandlung in akuter Phase (in den allgemeinen Stationen). In

Anlehnung an das amerikanische Modell „DRG/PPS (Pauschalvergütung pro Diagnose) wurde 1998 ein Festbetragssystem bei stationärer Behandlung in akuter Phase, also eine japanische Version des US-Modells, versuchsweise eingeführt. Danach wurden die eigenen Kriterien für diagnostische Kategorien (DPC: Diagnosis Procedure Combination) der aktuellen Lage der med. Versorgung in Japan entsprechend neu entwickelt. 2003 wurde DPC-Fallpauschale bei 82 Spezialkrankenhäusern einschließlich Unikliniken eingeführt. In diesem neuen System sind die Pro-Tag-Kosten der stationären Behandlung je nach Erkrankungen, Operationen und Behandlungen bei ca. 1.500 diagnostischen Kategorien festgelegt. (Allerdings wird fachmedizinische Behandlung, wie Operation, nach erbrachten Leistungen bezahlt. Daher ergeben sich die med. Gesamtkosten aus der Summierung von Festbetrag und Vergütung nach erbrachten Leistungen.) Bis zum Juli 2006 haben 360 Krankenhäuser (einschließlich befristeter Versuche) dieses System bereits eingeführt. Das zweite neuartige ist ein pauschales Bewertungssystem aufgrund der Patientenkategorien bei stationärer Behandlung in chronischer Phase (Stationen mit Pflegebetten). Bei diesem System sind die Patientenkategorien angewendet, die aus zwei Teilkategorien, Kategorie der erforderlichen med. Versorgung (mit drei unterteilten Stufen) und der benötigten Verrichtungen des täglichen Lebens in Bezug auf Pflegebedürftigkeit (ADL: Activities of Daily Living, ebenfalls mit drei untergeteilten Stufen), bestehen. Dies wurde im Juli 2006 umgesetzt.

Bei der Revision der ärztlichen Vergütung 2006 wurden auch die volkswirtschaftlichen Daten wie Lohn- und Preisentwicklung, die aktuelle Lage der Wirtschaft und der med. Versorgung in Diskussion einbezogen und unter Berücksichtigung der Bilanzlage der Krankenversicherung wurde die Herabsetzung um 3,16% (2,36% bei ärztlicher Behandlung und 1,8% bei Arzneimitteln usw.) beschlossen. Dies ist die bisher größte Änderung in diesem System.

[3] ARZNEIMITTELPREISE

Es ist oft darauf hingewiesen, dass sich der Anteil der Arzneimittelkosten an den med. Ausgaben in Japan auch im internationalen Vergleich auf einem höheren Niveau bewegt. In den letzten Jahren liegen die jährlichen Arzneimittelkosten fast unverändert bei gut 6 Billionen Yen. Ihr Anteil ging einmal von ca. 30% auf ca. 20% zurück und bleibt danach kaum verändert. Der so genannte „Differenzgewinn“, den die Leistungserbringer beim Ankauf der Arzneimittel erzielen können, ist oft als systemimmanentes Problem hervorgehoben. Dieser Gewinn ergibt sich aus den Differenzen zwischen einem offiziell festgelegten Arzneimittelpreis und einem wirklichen Handelspreis. Um diesen Unterschied zwischen dem offiziellen Preis und Marktpreis besser ausgleichen zu können, ist bei jeder Revision ein Prozentsatz (R-Zone = reasonable zone) zu bestimmen. Bei der Festlegung eines offiziellen Arzneimittelpreises wird ein Betrag aus Multiplikation des alten Arzneimittelpreises mit R-Zone einem durchschnittlichen Wert des aufgrund einer Untersuchung festgestellten tatsächlichen Marktpreises addiert. Die R-Zone wurde 1998 auf 5% festgelegt. Bei der Revision 2000 wurde die R-Zone in einen zur Marktstabilisierung mindest erforderlichen Regulierungsprozentsatz (= Regulierungszone) umgewandelt und auf 2% gesetzt. Dank dieser Reform für den Abbau der Gewinnspanne bei Arzneimitteln schrumpfte erfolgreich die Differenzquote zwischen den zweierlei Preisen von der 20%- auf die 10%-Marke.

Bei der Revision der Arzneimittelpreise im Jahre 2006 wurden die am 01.12.2005 durch den gemeinsamen Beirat der Regierung und Koalition beschlossenen Grundsätze für die Gesundheitsreform berücksichtigt. Dabei wurde u. a. eine Richtlinie gefasst, „In Rücksicht auf die Situation um die Generika werden die Preise der Originalpräparate gesenkt, während innovative neue Medikamente gerecht anerkannt werden.“ Auf dieser Grundlage wurde bei der Revision vor allem beschlossen, die Kriterien für Zuschläge für innovative Medikamente zu lockern, die Höhe der Zuschläge zu senken und die einheitliche Preisherabsetzung der Originalpräparate (derzeit 4 bis 6%) um 2% auszuweiten.

[4] MEDIZINISCHES VERSORGUNGSSYSTEM FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Im rapiden Überalterungsprozeß wird in Japan der Anteil älterer Menschen über 65 Jahre an der gesamten Bevölkerung, der 1990 noch 12,05% betrug, 2050 auf 39,6% steigen. Unter den Industrieländern wird Japan ohne Zweifel zu einer Gesellschaft mit höchstem Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung. Der Alterungsprozess beeinflusst ständig finanziell die beiden Systeme, das med. Versorgungssystem für Rentner (siehe S.20) und das Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für ältere Menschen (siehe S.23), die neben den Steuergeldern durch die Beiträge der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, und vor allem die Versicherungsträger, die zu den eben erwähnten Finanzbeiträgen verpflichtet sind. Der Anteil der Beitragsausgaben der Versicherungsträger für die beiden Systeme beträgt 35% an den gesamten Einnahmen der Versicherungsbeiträge. Die Forderungen nach der Verbesserung der angespannten Finanzlage bei den Versicherungsträgern und nach einer Reform des Finanzausgleichsystems wurden immer lauter. In diesem Zusammenhang wurde seit Jahren dazu aufgefordert, an Stelle der bestehenden Systeme ein stabiles und beständiges Versorgungssystem für ältere Menschen aufzubauen.

Im Hinblick auf die Entwicklung und Diskussionen in den letzten Jahren stellte der gemeinsame Beirat der Regierung und Koalition für die Reform im Gesundheitswesen im Dezember 2005 die „Grundsätze für Gesundheitsreform“ zusammen. Zur „Realisierung einer neuen Krankenversicherung im Blick auf eine alternde Gesellschaft“ fasste der Beirat die folgenden Richtlinien:

1. Unter Berücksichtigung der körperlichen wie geistigen Besonderheiten und der wirklichen Lebensführung wird 2008 eine spezielle Krankenversicherung für Ältere als 75 Jahre gegründet,
2. für die Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahren wird ein neues System für Lastenausgleich eingeführt, weil die meisten Arbeitnehmer nach ihrer Pensionierung in die Nationale Krankenversicherung eintreten und deshalb eine Ungleichheit in Bezug auf die Übernahme der medizinischen Kosten unter den Versicherungsträgern herrscht.

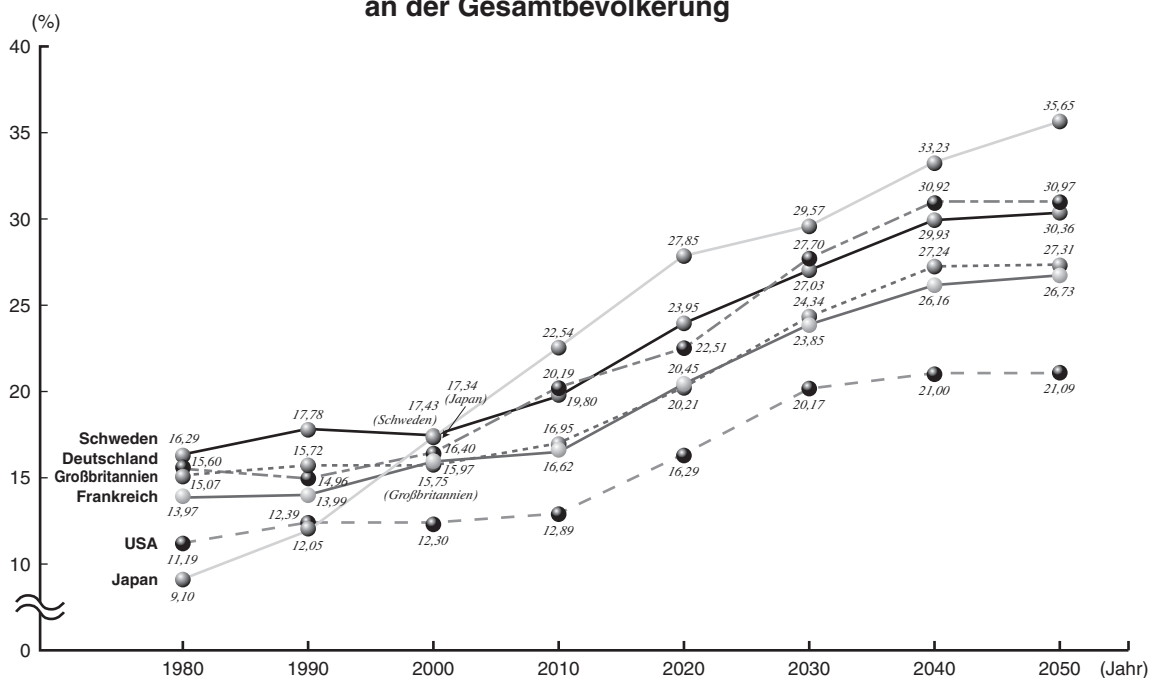
Auf dieser Grundlage wurden ein Gesetzentwurf für Sicherstellung der med. Versorgung für ältere Menschen, der vor allem die Gründung einer neuen Krankenversicherung für Ältere beinhaltete, und sonstige Reformwerke für das Gesundheitswesen im Februar 2006 im Parlament zur Beratung vorgelegt und im Juli des gleichen Jahres verabschiedet. (Siehe auch „Gesetz für Sicherstellung der med. Versorgung für ältere Menschen“)

Angesichts des weiteren Fortschritts der IT-Technologie sind die Einführung und der Einsatz dieser Technologie in den letzten Jahren als eine tragende Säule der Gesundheitspolitik zu bezeichnen. Seit der Veröffentlichung der „e-japan-Strategie“ im Januar 2000 mit dem Ziel, „innerhalb von fünf Jahren zu einem IT-Staat in der Spitzenstellung auf der Welt zu werden“, trieb die Regierung (IT-Strategiestab) den Ausbau der IT-Infrastrukturen sehr energisch voran und verkündete 2003 die „e-japan-Strategie II“, die sieben Bereiche wie med. Versorgung, Ernährung, Lebensführung, Finanzen für mittelständische und kleine Unternehmen, Wissen/Information, Arbeit/Beschäftigung und öffentliche Dienstleistungen als vorrangig anzupackende Aufgaben. Dann kündigte die Regierung 2006 die „neue Strategie für IT-Reform“ an, die ihr Ziel auf die Strukturreform im Einsatz der IT-Technologie setzte. Im Rahmen dieser IT-Strategie sollten im Bereich der med. Versorgung vor allem die Effizienz und Transparenz im Versorgungssystem sichergestellt und ein Kooperationssystem durch die Vernetzung der medizinischen Informationen aufgebaut werden. Als die wichtigen Zielbereiche des IT-Einsatzes sind hier u. a. Digitalisierung der Abrechnungsunterlagen für ärztliche Vergütung, Standardisierung und Verbreitung von e-Krankenkartei und deren gemeinsame Nutzung unter den Krankenhäusern genannt.

Besonders auf die Problematik der Abrechnungsunterlagen für ärztliche Vergütung in Papierform wurde wegen deren Ineffizienz bei Prüfung und Zahlungsverfahren seit Jahren oft hingewiesen. Deshalb wurden in der „neuen Strategie für IT-Reform“ vom Januar 2006 folgende Maßnahmen zur Strukturreform im med. Bereich durch IT-Einsatz angekündigt:

1. es wird versucht, bis 2011 die Abrechnungsunterlagen vollständig zu digitalisieren,
2. nach 2011 wird dann das Abrechnungsverfahren unter Leistungserbringern (Ärzte/Apotheken), Prüfungs-/ Zahlungsorganisation und Versicherungsträgern im Prinzip online durchgeführt.

Diagramm 11 : Anteil der älteren Menschen über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung



So soll der Aufbau der hierzu erforderlichen Grundstrukturen bei diesen drei Beteiligten in den nächsten fünf Jahren stufenweise gefördert werden.

Darüber hinaus wird zur Zeit für weitere Effizienz beim Prüfungs- und Zahlungsverfahren erwägt, die Versicherungskarte mit einem zweidimensionalen Kode (genannt „QR-Kode“, entspricht JIS-X0510) auszustatten und diese in Kreditkarte-Form auszustellen. Die Leistungserbringer (Ärzte und Apotheken) müssen die Informationen der Versicherten (Versicherungsnummer, Kennzeichen und Nummer der Versicherungskarte usw.) auf dessen Versicherungskarte in den Unterlagen für das Abrechnungsverfahren wiedergeben. Diese Informationen werden durch den Einsatz von QR-Kode maschinell ablesbar und automatisch übertragbar und werden Übertragungsfehler auch nicht vorkommen. Werden Abrechnungsunterlagen mit falschen Angaben über die Versicherten wegen Übertragungsfehler oder Änderung/Verlust des Versichertenstatus vorgelegt, schickt die Prüfungs-/Zahlungsorganisation diese als „Unterlagen mit Fehlern bei Versichertenstatus“ den Antragsstellern zurück. So entstanden bei den Beteiligten zusätzliche Verwaltungsarbeit und Kosten. Auf diese Ineffizienz wurde bisher oft hingewiesen.

Kapitel III : Gesundheitsreform

[1] GESUNDHEITSREFORM 2006

Die Regierung beschloss im März 2003 die Richtlinien für die nächste Gesundheitsreform. Sie beinhalten drei Grundsätze: 1. Aufbau einer nachhaltig stabilen und gesicherten Krankenversicherung, 2. Gerechtigkeit bei Leistungen und Belastungen, 3. Sicherstellung qualifizierter und effektiver med. Versorgung.

Zu den Richtlinien der Gesundheitsreform von der Regierung nahmen die beteiligten Organisationen Stellung. Beim Regierungsbeirat für soziales Sicherungssystem wurde auch dieses Thema behandelt. Um den Zuwachs dieser Ausgaben besser in den Griff bekommen zu können, forderte die Regierungskonferenz für Wirtschafts- und Fiskalpolitik dazu auf, eine Zielvorgabe für die medizinischen Leistungsausgaben auf einer Basis der wirtschaftlichen Daten wie etwa BIP festzulegen und in diesem Zusammenhang führten das Gesundheitsministerium und die beteiligten Organisationen eine lebhafte Diskussion über die Gesundheitsreform. Im Oktober 2005 stellte das Ministerium einen Entwurf zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen und auf dieser Grundlage beschloss die Regierung und Koalition im Dezember die Grundsätze für die Gesundheitsreform. Im Februar 2006 wurden dann die Reformgesetze für die Krankenversicherung und das medizinische Versorgungssystem im Parlament zur Beratung vorgelegt und Juli des gleichen Jahres verabschiedet.

Das Reformwerk für die gesetzliche Krankenversicherung enthält drei wichtige Maßnahmen: 1. umfassende Maßnahmen zur verstärkten Kontrolle der medizinischen Kosten, 2. Einführung einer neuen Krankenversicherung für ältere Menschen, 3. Umorganisation/Integration der Versicherungsträger in einen neuen Präfekturverband. Zur verstärkten Kontrolle der medizinischen Kosten wurde eine Zielvorgabe für die medizinischen Leistungsausgaben auf einer Basis der wirtschaftlichen Daten wie etwa BIP zwar nicht ins Reformwerk aufgenommen. Aber die Zielwerte für die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern und die Herabsetzung der Zahl chronischer Kranken wurden festgelegt. Auf dieser Grundlage werden Staat und Präfekturen einen Plan für die verbesserte Kontrolle der medizinischen Kosten ausarbeiten, um die medizinischen Ausgaben zu begrenzen. Um die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern verkürzen zu können, werden die bestehenden 380.000 Pflegebetten durch deren Umfunktionierung in den Gesundheitseinrichtungen für ältere Menschen oder Altenheimen auf 150.000 Betten reduziert.

Die Revisionsgesetze für die gesetzliche Krankenversicherung und die medizinische Versorgung enthalten folgende Maßnahmen:

Revisionsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung

<Inkrafttreten im Oktober 2006>

- 1) der Selbstbeteiligungssatz der älteren Patienten wird auf 30% angehoben, falls sie über ein vergleichbares Einkommen wie aktive Arbeitnehmer verfügen,
- 2) die älteren Patienten, die ein Pflegebett in einem Krankenhaus in Anspruch nehmen, tragen selber Verpflegungs- und Unterkunftskosten,

3) eine regionale Krankenkassengenossenschaft, unter deren Dach sich einzelne Krankenkassengenossenschaften in der gleichen Präfektur miteinander zusammenschließen können, wird eingeführt,

<Inkrafttreten im März 2007>

4) die Zahl der Vertreter der gemeinnützigen Organisationen beim zentralen medizinischen Rat für Sozialversicherung wird von 4 auf 6 erhöht,

<Inkrafttreten im April 2007>

5) Kranken- und Entbindungsgeld werden angehoben,

<Inkrafttreten im April 2008>

6) der Selbstbeteiligungssatz der älteren Patienten zwischen 70 und 74 Jahren wird auf 20% angehoben,

7) der abgesenkte Selbstbeteiligungssatz von 20% gilt für die Kinder bis zur Einschulung statt wie bisher bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs,

<Inkrafttreten im Oktober 2008>

8) eine Trägerorganisation der regierungsverwalteten Krankenversicherung wird als eine von der Regierung unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts (Nationale Gesellschaft für Krankenversicherung) neu gegründet. Ihre Finanzen sind grundsätzlich auf der Präfektorebene zu verwalten.

Gesetz zur Sicherstellung der med. Versorgung für ältere Menschen (Revisionsgesetz für Krankenpflege u. med. Versorgung älterer Menschen, Inkrafttreten im April 2008)

1) Um Maßnahmen gegen die chronischen Erkrankungen und Kürzung der langen Verweildauer in Krankenhäusern erzielen zu können, wird ein mittel- und langfristiger Plan für die verbesserte Kontrolle der medizinischen Kosten ausgearbeitet,

2) Der Versicherungsträger wird dazu verpflichtet, Vorsorgeuntersuchungen für die Versicherten von über 40 Jahren durchzuführen,

3) Eine spezielle Krankenversicherung für Ältere als 75 Jahre wird neu gegründet.

- Dies wird außer der Selbstbeteiligung der Patienten durch die Steuergelder (ca. 50%), die Unterstützung der aktiven Generation (ca. 40%) und die Beiträge der älteren Menschen (10%), finanziert.

- Die Unterstützung der aktiven Generation richtet sich nach der Versichertenzahl in der Nationalen und Arbeitnehmer-Krankenversicherung.

4) Die älteren Menschen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren sind zwar nach wie vor in der Nationalen oder Arbeitnehmer-Krankenversicherung versichert. Aber ein neues Finanzausgleichssystem, das die Unterschiede im Altenanteil an den Versicherten zwischen den Versicherungsarten besser berücksichtigt, wird eingeführt.

Revisionsgesetz für die medizinische Versorgung

- 1) die Präfekturen bauen ein System für Weitergabe medizinischer Informationen und für Beratung der Bürger auf, damit die Patienten besser informiert werden und eine angemessene Therapie wählen können,
- 2) ein für Patienten/Bewohner verständlicher Plan der medizinischen Versorgung wird ausgearbeitet. In diesem Plan wird ein medizinisches Kooperationssystem je nach der Fachrichtung wie z. B. Gehirnblutung, Krebs usw. vorgelegt und werden entsprechende Zielvorgaben bzw. -werte festgelegt,
- 3) gegen den ernsthaften Mangel an Ärzten in abgelegenen Ortschaften, an Kinderärzten und Geburtshelfern werden Gegenmaßnahmen ergriffen,
- 4) ein Unterstützungszentrum für medizinische Sicherheit wird errichtet und alle Beteiligten an der medizinischen Versorgung werden zum Aufbau eines medizinischen Sicherheitssystems verpflichtet,
- 5) um sichere und zuverlässige medizinische Versorgung anbieten und das Vertrauen der Bürger zur Medizin wieder gewinnen zu können, wird verstärkt um die qualitative Verbesserung bei den Beteiligten an der medizinischen Versorgung bemüht, z. B. Einführung der Schulungskurse für Ärzte, denen eine ministerielle Strafe auferlegt ist,
- 6) das Prinzip der nicht profitorientierten Geschäftsführung der medizinischen Einrichtungen wird weiterhin beibehalten. Auch im Fall der Auflösung einer medizinischen Körperschaft werden deshalb ihr Vermögen nur zu den nicht profitorientierten Organisationen zustehen.

[2] SOZIALREFORM

In Japan wird über die Strukturreformen für eine nachhaltig funktionierende soziale Sicherung diskutiert. Angesichts des drastischen Rückgang der Geburtenrate, der Schrumpfung der aktiven Generation und auch der Bevölkerung überhaupt und des fortschreitenden Alterungsprozesses werden rund 70% der sozialen Leistungsausgaben für ältere Menschen verausgabt. Daher ist befürchtet, dass der Zuwachs der sozialen Ausgaben wegen des demographischen Wandels die Bürger und Betriebe stärker belasten und die Volkswirtschaft beeinträchtigen würde.

Aber in den letzten Jahren erholt sich die japanische Konjunktur und die Unternehmen erzielen höhere Erträge. Die Arbeitslosenquote, die einst die 5%-Marke überschritt, geht nun auf rund 4,5% zurück. Die Aktienwerte steigen seit der zweiten Hälfte 2005 kräftig. Bei den Betrieben werden dagegen die Arbeitsplätze und Löhne weiterhin abgebaut, und die Arbeitnehmer befinden sich wegen der verstärkten Leistungskontrolle im Betrieb in einem harten Wettbewerb. Obwohl sich die Arbeitslosenquote verbessert, sind neue Probleme entstanden. Das unreguläre Beschäftigungsverhältnis weitet sich aus. Die Zahl der jungen Arbeitnehmer ohne Willen zur regulären Beschäftigung (genannt „Freeter“) und von „Neet“ (Not in Employment, Education or Training) hat deutlich zugenommen. Darüber hinaus ist die Ertragslage bei den einzelnen Betrieben sehr unterschiedlich. Deshalb weisen einige bereits darauf hin, dass sich ein Wohlstandsgefälle über die Gesellschaft ausbreitet.

Die wichtigste Grundlage für die soziale Sicherung ist die Beschäftigung. Die Lage der sozialen

Sicherung ist deshalb sehr ernsthaft, weil gerade die Beschäftigung sich zum schlechten entwickelt. Ziel und Zweck der sozialen Sicherung ist, bei Krisen im Leben wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitslosigkeit Leistungen zu bieten und das Lebensniveau des Einzelnen zu sichern. In einer alternden und wettbewerbsorientierten Gesellschaft nimmt die Zahl der Menschen zu, die diese Krisen nicht bewältigen können. Für diesen Personenkreis muss die soziale Sicherung ausgebaut werden.

Laut mehrerer Meinungsumfragen fordert die Mehrheit der befragten Bürger zum Weiterbestehen bzw. zum Ausbau der sozialen Sicherung auf. Bei einer Meinungsumfrage durch Cabinet Office sprechen sich 66% der Befragten dafür aus, dass das Leistungsniveau in der sozialen Versicherung gehalten oder gehoben werden müsste, auch wenn die Steuern und die Versicherungsbeiträge angehoben werden sollten. Dagegen nur 22% finden es lieber, dass der Beitrag nicht steigt, auch wenn das Leistungsniveau niedriger als das gegenwärtige würde.

Aber in der Revision der gesetzlichen Pflegeversicherung vom Jahre 2005 und der Gesundheitsreform 2006 nehmen die Belastungen bei Versicherten und Patienten zu und die Leistungen werden eher abgebaut. Es ist offensichtlich, dass es zwischen der Regierung, bei der es in erster Linie auf die Kostendämpfung in der sozialen Sicherung ankommt, und den Bürgern ein Gefälle in der Auffassung der Situation gibt. Die Haushaltssanierung ist selbstverständlich wichtig. Aber man kann nicht deswegen die sozialen Ausgaben einfach drücken, kürzen oder auf das Wirtschaftswachstum ausrichten. Manche sind der Meinung, dass die Verbrauchssteuer (derzeit 5%) zur stabilen Finanzierung des sozialen Sicherungssystems erhöht werden müsse. Unvermeidlich sind Diskussionen darüber, was für eine Gesellschaft Japan angesichts des demographischen Wandels und der Bevölkerungsschrumpfung bestreben will, mit welchem Niveau von Leistung und Belastung die Bürger einverstanden sein können, was in die soziale Sicherung aufgenommen werden und was auf Eigenverantwortung geschehen muss.

Außerdem müssen wir uns erneut darüber klar sein, dass die soziale Sicherung unseres Landes auf einer Basis der Sozialversicherungen aufgebaut ist. Die Anteilnahme ist einer der wichtigsten Grundsätze im Versicherungssystem. Daher müssen neben den Beteiligten wie Versicherungsträgern auch die Bürger als Versicherte an den Diskussionen teilnehmen und zur Durchführung einer Reform beitragen, mit der sie auch einverstanden sind. In diesem Sinne sind die Bürger mehr denn je dazu aufgefordert, die soziale Sicherung als eigenes Anliegen aufzugreifen und noch aktiver ihre Meinungen über eine Reform zu äußern.



IV

GESETZLICHE PFLEGEVERSICHERUNG

Kapitel I : Überblick über die Pflegeversicherung

Mit der raschen Überalterung der Bevölkerung wächst in Japan die Zahl der bettlägerigen und an Demenz leidenden Pflegebedürftigen rasant zu. 2006 waren ca. 4,1 Mio. ältere Menschen pflegebedürftig. Für 2010 wird es mit ca. 3,9 Mio. Pflegebedürftigen gerechnet, und für 2025 mit ca. 5,3 Mio. Voraussichtlich wird der Bedarf an den Pflegeleistungen nach und nach zuwachsen. Jedoch die Bereitschaft für die Übernahme der häuslichen Pflege geht ständig zurück infolge des gesellschaftlichen Wandels, wie z. B. die Zunahme der Kernfamilie, die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen usw. Die pflegerische Versorgung erweist sich als das größte Problem, das unser Leben im Alter beeinträchtigen würde. Darum wird der Ausbau der Maßnahmen dringend erwartet. Die Pflegedienstleistungen waren bisher aber unter den zwei selbständigen Systemen erbracht worden, und sie brachten viele Probleme in der Lastenverteilung und der Effektivität mit sich. Es war schwierig, umfassende Maßnahmen dafür zu treffen. Hierfür wurde eine gesetzliche Pflegeversicherung geschaffen, die es ermöglicht, die geltenden Systeme wiederaufzubauen und die Pflege in der gesellschaftlichen Unterstützung zu verankern.

In der gesetzlichen Pflegeversicherung werden die umfassenden Dienstleistungen angeboten, die von Versicherten nach Bedarf wahrgenommen werden können, damit Pflege- bzw. Hilfsbedürftige im Alter je nach ihren Fähigkeiten ihr alltägliches Leben selbständig führen können. Das Pflegeversicherungsgesetz wurde im Dezember 1997 im Parlament verabschiedet und ist ab dem 01. April 2000 in Kraft.

[1] VERSICHERUNGSTRÄGER

Kommunen

[2] PERSONENKREIS

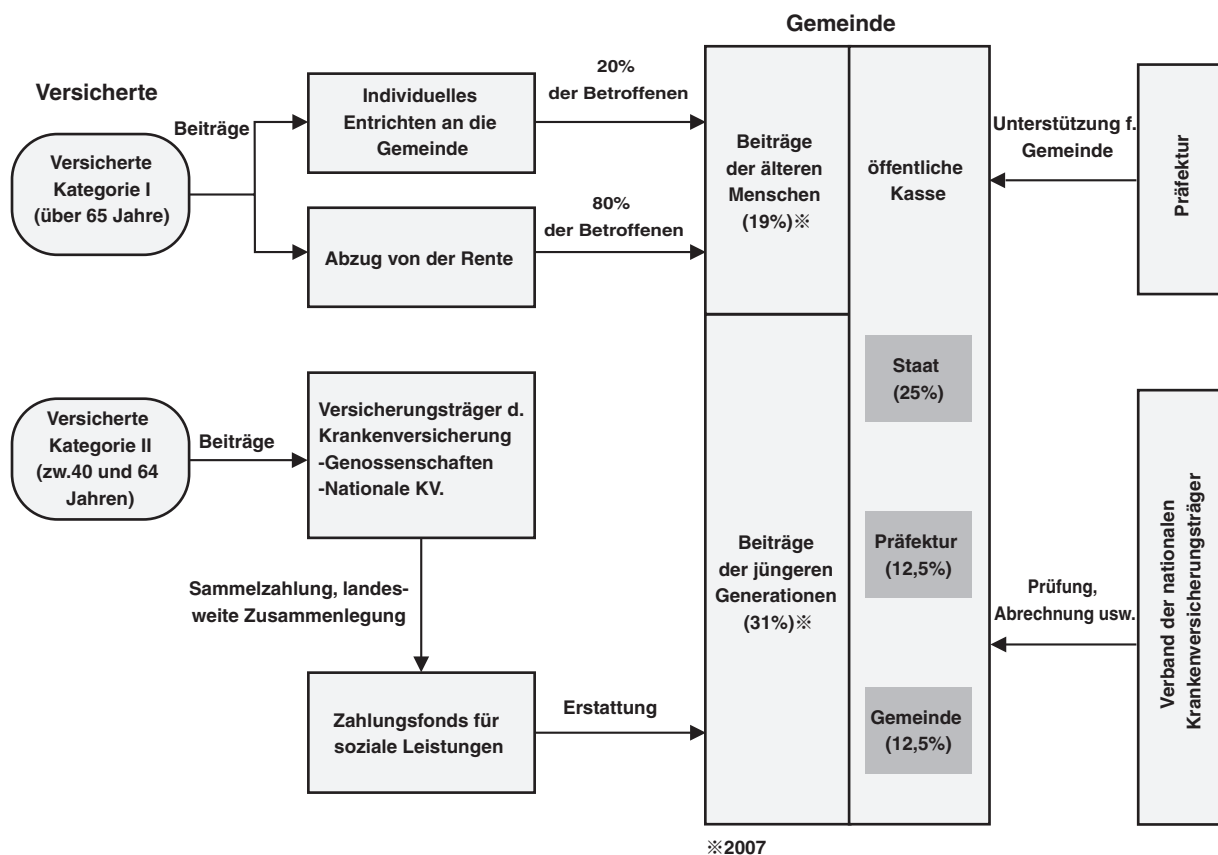
Versicherte und Leistungsberechtigte

Versichert sind alle Einwohner über 40 Jahre. Versicherte werden in zwei Kategorien eingeteilt: Versicherte über 65 Jahre gehören der Kategorie I an; Versicherte über 40 bis 64 Jahre der Kategorie II. Alle Pflegebedürftigen und Hilfsbedürftigen (diejenigen, die künftig pflegebedürftig werden können) der Kategorie I haben Anspruch auf die Leistungen. Versicherte der Kategorie II haben nur dann Leistungsanspruch, wenn sie wegen einer altersbedingten Krankheit, wie z.B. der Demenz, Hirnblutgefäßstörung usw., pflegebedürftig sind.

[3] FINANZIERUNG

Die Leistungskosten der gesetzlichen Pflegeversicherung werden zu 50% durch die öffentlichen Mittel und zu 50% durch die Beiträge der Versicherten Kategorie I und II finanziert. Die Kostenaufteilung zwischen den Versicherten Kategorie I und II hängt vom Anteil der über 40jährigen der jeweiligen Kategorie an der Gesamtbevölkerung ab. So z. B. übernehmen die Versicherten

Diagramm 12 : Aufbau der gesetzlichen Pflegeversicherung



Kategorie II 32% der gesamten Pflegeleistungskosten und die Kategorie I dann 18% davon, wenn der Anteil der über 40jährigen Versicherten Kategorie II an der Gesamtbevölkerung 64% beträgt.

3. 1. Beiträge

Die Beiträge der Versicherten der Kategorie I werden je nach Einkommensniveau durch die jeweilige Gemeinde bestimmt. Wenn die Rentenhöhe über einem bestimmten Niveau liegt, werden die Beiträge bei Rentenauszahlung abgezogen. Die Übrigen müssen die Beiträge an die Gemeinde persönlich entrichten. Nach Einschätzungen des Sozialministeriums von vom März 2006 wird der monatliche Beitrag in den Jahren von 2006 bis 2008 im Durchschnitt bei ¥4.090 liegen. Bei den Versicherten der Kategorie II werden die Beiträge aufgrund des gleichen Bemessungsverfahrens wie in der Krankenversicherung festgelegt und werden durch die Krankenkasse mit den Krankenversicherungsbeiträgen zusammen kassiert. Nach Einschätzungen des Gesundheitsministeriums von Dezember 2006 wird der monatliche Beitrag im Fiskaljahr 2007 durchschnittlich bei ¥4.125 liegen.

3. 2. Öffentliche Mittel

Die Selbstbeteiligung der Leistungsbezieher beträgt 10% der entstandenen Kosten. Der Rest wird je zur Hälfte durch die öffentliche Kasse und Beiträge der Versicherten gedeckt. Die öffentliche Kasse besteht aus Staat (50%), Präfektur (25%) und Gemeinde (25%).

[4] LEISTUNGEN

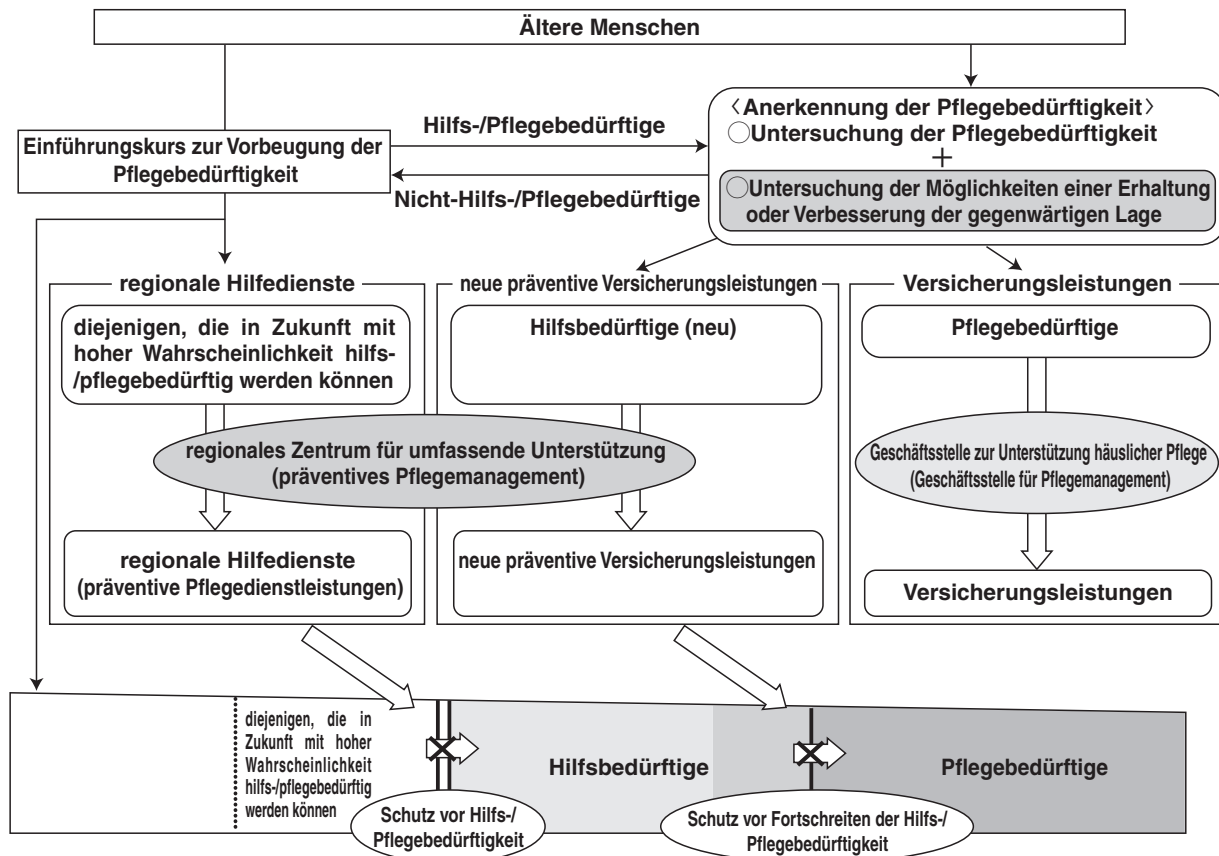
Derzeit entfallen die Geldleistungen. Den Hilfs- und Pflegebedürftigen werden folgende Leistungen gewährt. Bei der Inanspruchnahme der Leistungen tragen die Leistungsbezieher 10% der entstandenen Kosten selbst.

Tabelle 2: Dienstleistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung

	Häusliche Pflege	Stationäre Pflege
Pflegebedürftige	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Pflegeeinsätze • Hilfe bei Baden • Ambulante Pflege durch Krankenschwestern • Ambulante Rehabilitation • Beratung/Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte zu Hause • Ambulante Tagespflege • Tagesaufnahme für Rehabilitation (day-service in Krankenhäusern) • Kurzzeitpflege ohne med. Betreuung in Pflegestationen • Kurzzeitpflege mit med. Betreuung in Pflegestationen • Pflege der an Demenz Leidenden in Gruppen (Gruppenheime der Senioren in Demenz) • Pflege ohne med. Betreuung für Heimbewohner in bestimmten Pflegeheimen (gebührenpflichtige Pflegeheime usw.) • Ausleihen der Geräte • Finanzierung bei Erwerb der häuslichen Pflegegeräte (Erstattung der nötigen Kosten zum Erwerb der Geräte, die durch den Wohlfahrtsminister zum Ausleihen ungeeignet bestimmt sind.) • Finanzierung bei Renovierung der Wohnung (Erstattung der Kosten zur bestimmten Renovierung in kleinerem Umfang, die durch den Wohlfahrtsminister bestimmt ist.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeheime für ältere Menschen • Gesundheitseinrichtungen für ältere Menschen • Krankenhäuser für Pflege <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebetten • Station für an Demenz leidende ältere Menschen

Anm.: Vom April 2006 an sind die Dienstleistungen zu erweitern. So werden vor allem die präventiven Pflegedienstleistungen und die an örtlichen Besonderheiten orientierten Dienstleistungen neu eingeführt.

Diagramm 13 : Umstellung in ein präventives System (Übersicht)



[5] INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNGEN

Zur Inanspruchnahme der Leistungen ist die folgende Prozedur notwendig.

1. Antragstellung

Ein älterer Pflegebedürftiger oder dessen Familienangehöriger stellt einen Antrag am Schalter der Kommunalverwaltung.

2. Untersuchung und Anerkennung der Pflegebedürftigkeit

Ein care-manager besucht den Antragsteller zu Hause, stellt Fragen über seinen geistigen und körperlichen Zustand und trägt die Ergebnisse ins Untersuchungsformular ein. Die eingetragenen Daten werden in den Computer eingegeben, um die erste Evaluation zu veranlassen. Unter Einbeziehung der Meinungen des Hausarztes und der besonderen Bemerkungen von care-manager im Untersuchungsformular entscheidet sich eine Untersuchungskommission der Pflegebedürftigkeit über die Notwendigkeit der Pflege und Pflegestufe des Antragstellers. Er wird dann in „selbständig“, „hilfsbedürftig 1“ oder „pflegebedürftig 1-5“ eingestuft. Bei den Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe 1 einzustufen sind, wird noch genauer auf eine Möglichkeit der Verbesserung bei Pflegebedürftigkeit hin geprüft und auf der Grundlage dieser Prüfung erfolgt die endgültige Einstufung dieses Personenkreises entweder in „pflegebedürftig 1“ oder „hilfsbedürftig 2“

3. Einstufung der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit

Innerhalb von 30 Tagen nach der Antragstellung wird das Ergebnis der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch die Kommunalverwaltung mitgeteilt. Damit werden die Pflegestufe und die entsprechenden Leistungen wie folgt festgelegt: 1. wer als „pflegebedürftig“ eingestuft ist, kann zwischen den häuslichen und stationären Pflegeleistungen wählen, 2. wer als „hilfsbedürftig“ eingestuft ist, kann bei einem in den Kommunen einzurichtenden regionalen Zentrum für umfassende Unterstützung neue präventive Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, 3. diejenigen, die zunächst als „selbständig“ eingestuft sind, aber in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit hilfs- bzw. pflegebedürftig werden können, können die Einführungskurse der Kommune besuchen und danach bei einem neu einzurichtenden regionalen Zentrum für umfassende Unterstützung, einem Träger der regionalen Hilfedienste, präventive Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Beschwerden gegen die Entscheidung können beim Untersuchungsgremium der Pflegeversicherung in jeder Präfektur eingereicht werden.

4. Aufstellung eines Pflegeplans (care plan)

i.) Pflegeplan (care plan) für Pflegebedürftige

- Häusliche Pflege : In der Beratung mit einem care-manager wird ein Pflegeplan aufgestellt (kostenlos), der Pflegestufe, Wünsche des Pflegebedürftigen und dessen Haushalt berücksichtigt. Der Pflegebedürftige selbst oder sein Familienangehöriger kann auch diesen Plan zusammenstellen.

Weil die Leistungen bei häuslicher Pflege innerhalb eines bestimmten Gesamtwertes zu erbringen sind, werden mögliche Leistungen miteinander kombiniert. Dieser Pflegeplan ist zwar nicht obligatorisch, aber beim Fehlen des Plans muß der Pflegebedürftige die Kosten für die Leistungen zunächst selber tragen und kann später sie rückerstatten lassen.

- Stationäre Pflege : Der Pflegeplan wird auf jeden Fall durch die Pflegeeinrichtung aufgestellt.

ii.) Präventiver Pflegeplan (preventive care plan) für Hilfsbedürftige 1 und 2

- Bei diesen neuen präventiven Versicherungsleistungen wird auf eine Anmeldung der Hilfsbedürftigen beim regionalen Zentrum für umfassende Unterstützung ein präventiver Pflegeplan (preventive care plan) ausgearbeitet.

5. Umsetzung eines Pflegeplans

Die in Anspruch zu nehmenden Dienstleistungen und deren Anbieter werden festgelegt. Nach dem Pflegeplan werden die Pflegeleistungen gewährt. Der Pflegebedürftige beteiligt sich mit 10% an den entstandenen Kosten und bezahlt es dem Anbieter der Dienstleistungen.

Die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit läuft nach 6 Monaten ab. Wenn man sich die Pflegeleistungen weiterhin wünscht, muß man innerhalb von letzten 60 Tagen vor dem Ablauf der Frist einen Antrag zur Verlängerung der Anerkennung bei der Kommunalverwaltung stellen. Aber wenn sich der geistige und körperliche Zustand eines Leistungsempfängers während dieser 6 Monate verschlechtert hat und die anerkannte Pflegestufe nicht mehr dafür geeignet ist, kann er ebenfalls einen Antrag zur Änderung der Pflegestufe bei der Kommunalverwaltung einreichen. Das Verfahren mit dem

Tabelle 3: Zahl der Versicherten Kategorie I (Stand: Ende März)

Altersgruppe	2000	2002	2003	2004	2005
65 bis 74 Jahre	13.191.688	13.708.839	13.736.013	13.871.221	14.124.955
über 75 Jahre	9.230.533	10.224.845	10.757.514	11.240.147	11.752.609
insgesamt	22.424.221	23.933.684	24.493.527	25.111.368	25.877.564

Tabelle 4: Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen (Hilfebedürftigen)

(31. März 2005)

Pflegestufe	Hilfsbedürftige	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 4	Pflegestufe 5	insgesamt
Versicherte Kategorie I	705.834	1.373.823	616.016	531.036	503.574	445.012	4.175.295
65 bis 74 Jahre	125.722	234.184	103.566	82.197	70.281	65.600	681.550
über 75 Jahre	580.112	1.139.639	512.450	448.839	433.293	379.412	3.493.745
Versicherte Kategorie II	11.808	49.028	28.716	21.331	17.402	19.752	148.037
insgesamt	717.642	1.422.851	644.732	552.367	520.976	464.764	4.323.332

Antrag in den beiden Fällen erfolgt genau so wie bei der ersten Anerkennungsprozedur.

Das regionale Zentrum für umfassende Unterstützung, Träger der neuen präventiven Versicherungsleistungen, bewertet nach einer bestimmten Zeit die ausgeführten Dienstleistungen dahingehend, wie weit sie die im Pflegeplan gestellten Aufgaben erfüllt haben.

Kapitel II : Gegenwärtige Lage und Reform der Pflegeversicherung

Seit ihrer Einführung im Jahre 2000 läuft die gesetzliche Pflegeversicherung ohne nennenswerte Probleme. Die Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen stieg von 2,18 Mio. im April 2000 bis auf 4,39 Mio. im Januar 07. Die Zahl der Versicherten, die Pflegedienstleistungen in Anspruch nahmen, erhöhte sich ebenfalls von 1,49 Mio. auf 3,54 Mio.

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird bei den Bürgern positiv aufgenommen, weil sie die Pflegebedürftigen und deren Familien entlastet und denen die Inanspruchnahme der Pflegedienstleistungen erleichtert. Aber mit der Zunahme der Leistungsfälle stiegen die Kosten von ¥3,2 Billionen im Jahre 2000 steil auf ¥5,7 Billionen im Jahre 2005. Für 2025 rechnet man sogar mit ¥19 Billionen, sollten die Kosten in diesem Tempo ansteigen. Zur Bewältigung dieser Problematik wurde ein Revisionsgesetz für die gesetzliche Pflegeversicherung im Juni 2005 verabschiedet. Diese Änderung erfolgt eigentlich den gesetzlichen Bestimmungen gemäß alle fünf Jahre. Hier geht es hauptsächlich darum, den ständigen Zuwachs der gesamten Kosten sowie Leistungskosten in der Pflegeversicherung seit deren Einführung zu dämpfen und dieses Versicherungssystem nachhaltig zu erhalten. Die wichtigen Ziele des Revisionsgesetzes sind Änderungen in Leistungen für stationäre Pflege, Umstellung auf ein präventives System, Aufbau einer neuen Dienstleistungsstruktur,

Qualitätssteigerung der Dienstleistungen und Reform der Geschäftsführung in der Pflegeversicherung. Bei der Ausarbeitung dieses Gesetzentwurfs wurde eigentlich auch erwogen, den Personenkreis der Versicherten und der Leistungsempfänger auszuweiten. Jedoch war der Widerstand gegen dieses Vorhaben massiv, weil jüngere Leute und Arbeitgeber kein Verständnis für neue Beitragslasten zeigen würden. Daher wurde in den Nebenregelungen des Revisionsgesetzes bestimmt, dass dieses Thema mit der Überprüfung des gesamten sozialen Versicherungssystems zusammen zu diskutieren ist und erforderliche Maßnahmen bis 2009 zu ergreifen sind. So steht diese Thematik noch an.

Zur Rollenverteilung zwischen der med. Versorgung und Pflege und zur Förderung häuslicher Pflege enthält der Gesetzentwurf zur Revision des Gesetzes für die Krankenversicherung, der im Juni 2006 verabschiedet wurde, eine Regelung zur Abschaffung der Krankenanstalten mit Pflegebetten bis zum April 2012. In diesem Zusammenhang wurden „vorübergehende Krankeneinrichtungen mit Pflegebetten“ mit einer gemilderten Pflichtanzahl von Ärzten und Krankenpflegern gegründet, um einen reibungslosen Übergang von den Krankenanstalten mit Pflegebetten auf die Gesundheitseinrichtungen für ältere Menschen zu schaffen. Besonders im Falle dieses Übergangs sind die Vorschriften über die Ausstattungen in der Gesundheitseinrichtung für pflegebedürftige ältere Menschen gelockert.

Im April 2006 wurde das Vergütungssystem der Pflegeeinsätze zum zweiten Mal seit der Einführung der Pflegeversicherung geändert und die Vergütung wurde um 0,5% gesenkt. Da die Kosten für Verpflegung und Unterkunft bei stationärer Pflege im Rahmen der Reform bereits ab dem Oktober 2005 aus dem Leistungskatalog genommen wurden und dies einer Senkung von 4% entspricht, liegt die gesamte Herabsetzung der Pflegeleistungen nun bei 2,4%.

Anmerkungen

- (1) Home Helper: er besucht die Familien mit einem älteren Menschen, der bei der alltäglichen Lebensführung Schwierigkeiten hat, und bietet ihnen Dienstleistungen in Form von Pflege- und Haushaltshilfe an.
- (2) Ambulante Pflegestation: Eine Einrichtung, die durch die festangestellten Krankenschwestern und Gesundheitsberaterinnen besetzt ist. Dienstleistungen mit Schwerpunkt auf die Pflege der älteren Menschen in der häuslichen Umgebung.
- (3) Kurzzeitpflege für bettlägerige ältere Menschen: kurzfristige Aufnahme der bettlägerigen älteren Menschen in einer öffentlichen Einrichtung.
- (4) Tagespflege: ältere Menschen werden von zu Hause mit dem Bus abgeholt, um Dienstleistungen wie z. B. Baden, Verpflegung, Gesundheitsuntersuchung, Rehabilitation usw. in einer öffentlichen Einrichtung zu gewähren.
- (5) Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige: kurzfristige Aufnahme in einem Pflegeheim/Einrichtung für kurzfristigen Aufenthalt und Gewährleistung der Pflege, alltäglichen Betreuung und Rehabilitation.
- (6) Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige mit ärztlicher Betreuung: falls die ärztliche Behandlung nötig ist, wird der Pflegebedürftige kurzfristig in einer Einrichtung zur gesundheitlichen Betreuung der älteren Pflegebedürftigen oder in einem Krankenhaus mit Pflegebetten aufgenommen und erhält alltägliche wie ärztliche Betreuung und Rehabilitation.
- (7) Sonderpflegeheime: soziale Einrichtungen für ältere Menschen, die immer auf die Pflege angewiesen sind und ihr Alltagsleben zu Hause nicht selbständig führen können.
- (8) Einrichtungen zur gesundheitlichen Betreuung der älteren Pflegebedürftigen: Einrichtungen für ältere Menschen, die zwar die stationäre Behandlung nicht unbedingt benötigen, aber sich der Rehabilitation, der Krankenpflege und der Pflege zur Wiedereingliederung ins alltägliche Leben bei der Familie bedürfen.
- (9) Care-House: neue Altenheime, wo ältere Menschen unter dem Einsatz der Rollstühle und der home-helper ihr Alltagsleben selbständig führen können.

• Fachkräfte für Pflegeunterstützung:

Um den Pflege- und Hilfsbedürftigen individuell angemessene und umfassende Leistungen anbieten zu können, übernehmen die Fachkräfte Aufgaben: Problemanalyse für Hilfeleistung, Aufstellung eines Pflegeplans, Vermittlung und Durchführung der Pflegeleistungen, dauerhafte Kontrolle und Bewertung der Leistungen. Ein „care-manager“.

Tabelle 5: Bilanzlage der gesetzlichen Pflegeversicherung: Geschäftsergebnis (Jahresabschluß 2005)

(in Mio. Yen)

Einnahmen	Betrag	Ausgaben	Betrag
Beiträge	983.536	allgemeine Verwaltungs- u. Personalkosten	202.987
Staatssubventionen	1.495.027	Versicherungsleistungen	5.811.914
staatl. Beteiligung an Pflegeleistungskosten*	1.196.755	Finanzbeiträge für Finanzstabilisierungsfonds	4.980
Subventionen zum Finanzausgleich*	295.937	Rücklage für Fonds	25.007
Transfer aus Zahlungsfonds	1.877.153	Kosten für Gesundheits- u. Wohlfahrtspflege	302
Subventionen der Präfekturen	741.609	Schuldentilgung	9.060
Beteiligung der Präfekturen an Leistungskosten*	737.168	Sonstige	61.086
Transfer aus sonstigen Finanzposten	1.003.668	insgesamt	6.105.336
Beteiligung der Kommunen an Leistungskosten*	731.824	Gewinn- u. Verlustrechnung : A	125.921
Transfer aus Fonds für reibungslose Einführung*		Verrechnung bei staatl. Subventionen f. Kommunen : B	79.885
Transfer f. Verwaltungs- u. Personalkosten*	199.050	Abschreibung : A-B	46.036
Anfangsbestand	91.798		
Sonstige	38.406		
insgesamt	6.231.257		

*: Einteilungen

Tabelle 6: Postenbeschreibung für Tabelle Bilanzlage der gesetzlichen Pflegeversicherung

Posten	Postenbeschreibung	
Einnahmen	Beiträge	Beitragsaufkommen von den Versicherten Kategorie I
	Staatssubventionen	staatliche Finanzleistungen zur Ausführung der Versicherungsgeschäfte
	staatl. Beteiligung an Pflegeleistungskosten	staatlicher Anteil an Finanzierung der Pflege- wie Präventionsleistungen (20%)
	Subventionen zum Finanzausgleich	staatliche Subventionen zum Finanzausgleich in der gesetzlichen Pflegeversicherung (5%)
	Transfer aus Zahlungsfonds	Zuschüsse f. Leistungskosten aus Zahlungsfonds: Beitragsaufkommen von Versicherten Kat. II
	Subventionen der Präfekturen	Finanzleistungen der Präfekturen zur Ausführung der Versicherungsgeschäfte
	Beteiligung der Präfekturen an Leistungskosten	Anteil der Präfekturen an Finanzierung der Pflege- wie Präventionsleistungen (12.5%)
	Transfer aus sonstigen Finanzposten	Transfer aus sonstigen Finanzposten und Fonds
	Beteiligung der Kommunen an Leistungskosten	Anteil der Kommunen an Finanzierung der Pflege- wie Präventionsleistungen (12.5%)
Ausgaben	Transfer aus Fonds f. reibungslose Einführung	Transfer aus Reserven bei Fonds f. reibungslose Einföührung
	Transfer f. Verwaltungs- u. Personalkosten	Transfer der nötigen Verwaltungs- u. Personalkosten aus dem ordentlichen Haushalt
	Anfangsbestand	Überschüsse des Vorjahres
	allgemeine Verwaltungs- u. Personalkosten	zur Ausführung der Versicherungsgeschäfte nötige Verwaltungs- u. Personalkosten
	Versicherungsleistungen	Kosten f. Versicherungs- u. Präventionsleistungen, kostspielige Pflegedienstleistungen, Sonderleistungen der Kommunen usw.
	Finanzbeiträge für Finanzstabilisierungsfonds	Beitragsleistung im Zusammenhang mit Finanzstabilisierungsfonds
	Rücklage für Fonds	Rücklage für Reservefonds für Pflegeleistungskosten
Kosten für Gesundheits- u. Wohlfahrtspflege	erforderliche Kosten für Gesundheits- u. Wohlfahrtspflege	
Schuldentilgung	Tilgung der Schulden usw.	
Verrechnung bei staatl. Subventionen f. Kommunen : B	Zuzahlung bzw. Rückforderung der staatl. Subventionen	



V

ANHANG

● ● ● A N H A N G ● ● ●

Tabelle 1: Anzahl der durch Krankenversicherung gedeckten Personen (31. März 2006)

(Einheit : in Tausend)

Werke	Versicherte	Abhängige	Total
Krankenversicherung			
Regierungsverwaltete Krankenkasse*	19.156	16.493	35.650
Tagelöhnersonderversicherte	15	10	25
Genossenschaftlich verwaltete Krankenkasse**	14.786	15.202	29.989
Seemannsversicherung	65	103	168
Genossenschaftswerke für Angestellte im nationalen öffentlichen Dienst	1.105	1.387	2.493
Genossenschaftswerke für Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst	2.844	3.407	6.251
Genossenschaftswerk für Lehrer und Angestellte an Privatschulen	474	369	843
Nationale Krankenversicherung	51.627	.	51.627
Total	90.072	36.971	127.046

*Prognose

**31. März 2005

Tabelle 2: Bilanzlage der regierungsverwalteten Krankenkasse (Fiskaljahr)

(Einheit : Millionen Yen. %)

posten	1970		1980		1990		2000		2005		
	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	
Einnahmen	Beiträge	523.168	70,6	2.322.687	66,0	4.518.907	65,4	5.885.126	86,7	6.066.732	88,2
	Staatssubventionen	29.790	4,0	499.980	14,2	879.570	12,7	887.877	13,1	796.337	11,6
	Darlehen	183.700	24,8	676.515	19,2	1.463.934	21,2	-	-	-	-
	Andere	4.325	0,6	21.257	0,6	51.949	0,8	16.906	0,2	13.293	0,2
	Total	740.983	100,0	3.520.439	100,0	6.914.360	100,0	6.789.909	100,0	6.876.376	100,0
Ausgaben	Leistungen	587.760	79,8	2.810.435	80,2	3.548.465	54,0	4.228.990	60,9	4.050.099	60,1
	Verwaltungskosten	8.381	1,1	34.579	1,0	61.796	0,9	-	-	-	-
	Gesundheitseinrichtungen* Wohlfahrtseinrichtungen	2.971	0,4	9.687	0,3	70.599	1,1	-	-	-	-
	Beiträge zum med. Versorgungssystem für Ältere	.	.	.	.	1.139.762	17,3	2.056.824	29,6	1.790.046	26,6
	Beiträge zum med. Versorgungssystem für Rentner	.	.	.	.	232.329	3,5	508.560	7,3	795.067	11,8
	Rückzahlung von Darlehen	137.832	18,7	649.195	18,5	1.516.829	23,1	-	-	-	-
	Andere	105	0,0	359	0,0	1.628	0,0	152.417	2,2	99.251	1,5
	Total	737.049	100,0	3.504.256	100,0	6.571.409	100,0	6.946.791	100,0	6.734.463	100,0
Saldo	3.934		16.183		342.951		-156.882		141.913		

*Inklusive Kosten für prophylaktische Leistungen

N.B. 1) Die Darlehensrückzahlungen schließen Zinszahlungen ein.

2) Bis 2000 ist Gesamtrechnung angegeben und seit 2001 dann laufende Rechnung. In der laufenden Rechnung handelt es sich um die Gesamteinnahmen abzüglich Rückzahlung der staatlichen Zuschüsse, eingetragener Überschüsse usw.

Quelle : Büro des Premierministers ; Büro des Beirates für Sozialsicherung, „Statistischer Jahresbericht zur Sozialsicherung“

Tabelle 3: Bilanzlage der genossenschaftlich verwalteten Krankenkassen (Fiskaljahr)

(Einheit : Millionen Yen, %)

posten	1970		1980		1990		2000		2005		
	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	
Einnahmen	Beiträge	456.604	89,2	2.161.494	91,0	4.317.541	88,6	5.704.059	90,8	5.807.014	97,6
	Staatssubventionen	1.451	0,3	5.187	0,2	58.539	1,2	58.292	0,9	4.760	0,1
	Andere	53.645	10,5	209.659	8,8	497.913	10,2	518.869	8,3	137.615	2,3
	Total	511.700	100,0	2.376.341	100,0	4.873.993	100,0	6.281.220	100,0	5.949.389	100,0
Ausgaben	Statutarische Leistungen	333.409	71,8	1.822.497	82,8	2.462.597	55,3	3.095.717	51,5	3.022.886	53,4
	Mehrleistungen	47.166	10,1	87.651	4,0	116.160	2,6	75.300	1,3	84.352	1,49
	Verwaltungskosten	15.937	3,4	60.001	2,7	111.700	2,5	137.521	2,3	123.154	2,2
	Gesundheitseinrichtungen*	47.271	10,2	131.191	6,0	303.815	6,8	323.164	5,4	292.722	5,2
	Beiträge zum med. Versorgungssystem für Ältere	.	.	.	.	1.024.693	23,0	1.705.943	28,4	1.235.509	21,8
	Beiträge zum med. Versorgungssystem für Rentner	.	.	.	.	234.103	5,3	454.832	7,6	799.542	14,1
	Andere	20.727	4,5	99.466	4,5	199.141	4,5	216.182	3,6	97.937	1,7
	Total	464.512	100,0	2.200.805	100,0	4.452.209	100,0	6.008.658	100,0	5.656.102	100,0
Saldo	47.189		175.535		421.784		272.562		293.287		

*Inklusive Kosten für prophylaktische Leistungen

N. B. 1) Bis 2000 ist Gesamtrechnung angegeben und seit 2001 dann laufende Rechnung. In der laufenden Rechnung handelt es sich um die Gesamteinnahmen abzüglich Beitragseinnahmen nach Finanzausgleich, Anfangsbestand, transferierter Finanzmittel, Staatszuschüsse, Subventionen zum Finanzausgleich usw. und um die Gesamtausgaben abzüglich Beiträge zum Finanzausgleich usw.

2) Für 2004 : Prognose

Quelle : Büro des Premierministers ; Büro des Beirates für Sozialsicherung, „ Statistischer Jahresbericht zur Sozialsicherung“

Tabelle 4: Bilanzlage der nationalen Krankenversicherung (Fiskaljahr)

(Einheit : Millionen Yen. %)

posten	1970		1980		1990		2000		2005		
	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	
Einnahmen	Beiträge	218.154	33,9	1.308.627	33,9	2.705.824	37,5	3.721.485	37,1	3.802.778	32,9
	Übertrag aus Allgemeinkosten	.	.	.	.	597.930	6,7	1.412.654	14,1	2.329.422	20,2
	Staatssubventionen	364.818	56,7	2.217.539	57,5	2.513.573	44,9	3.497.864	34,9	3.447.409	29,8
	Lokale Subventionen	10.596	1,6	49.601	1,3	46.410	0,9	41.873	0,4	406.213	3,5
	Übertrag aus dem Vorjahr	27.748	4,3	122.291	3,2	247.360	3,9	334.005	3,3	315.872	2,7
	Andere	22.653	3,5	156.819	4,1	566.484	6,2	1.017.388	10,1	1.256.659	10,9
	Total	643.969	100,0	3.854.877	100,0	6.677.581	100,0	10.025.267	100,0	11.558.353	100,0
Ausgaben	Leistungen	547.540	91,0	3.535.116	95,2	4.374.950	65,2	6.112.130	63,2	7.933.958	70,3
	Verwaltungskosten	35.238	5,9	126.118	3,4	212.656	3,2	228.968	2,4	222.592	2,0
	Gesundheitseinrichtungen*	8.332	1,4	5.785	0,2	35.695	0,3	56.454	0,6	55.356	0,5
	Beiträge zum med. Versorgungssystem für Ältere	.	.	.	.	1.573.345	28,2	2.558.240	26,5	2.614.137	23,2
	Andere	10.487	1,7	43.603	1,2	244.707	3,1	272.916	2,8	459.363	4,1
	Total	601.597	100,0	3.710.622	100,0	6.441.353	100,0	9.228.708	100,0	11.285.406	100,0
Saldo	42.371		144.255		236.228		796.559		272.947		

*Inklusive Kosten für prophylaktische Leistungen

N.B. 1) Bei 2000 und 2003 sind die Zahlen der Pflegeversicherung auch einbezogen.

2) Bis 2000 ist Gesamtrechnung angegeben und seit 2001 dann laufende Rechnung. In der laufenden Rechnung handelt es sich um die Gesamteinnahmen abzüglich Transfer aus Fonds u. Überschüsse aus Vorjahr und um die Gesamtausgaben abzüglich Rücklage für Fonds u. Deckung der Vorjahresdefizite.

3) Für 2004 : Prognose

Quelle : Büro des Premierministers ; Büro des Beirates für Sozialsicherung, „ Statistischer Jahresbericht zur Sozialsicherung“

Tabelle 5: Anzahl der Krankenhäuser und Krankenbetten

(Stand : 01. Oktober 2005)

	Krankenhäuser				Kliniken				Zahnärzte	
	Anstalten		Krankenbetten		Anstalten		Krankenbetten		Anstalten	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Insgesamt	9.026	100,0	1.631.473	100,0	97.442	100,0	167.000	100,0	66.732	100,0
Staatlich	294	3,3	125.295	7,7	633	0,6	2.395	1,4	2	0,0
Öffentlich (Präfektur, Kommune)	1.362	15,1	351.254	21,5	3.964	4,1	3.071	1,8	304	0,5
von Trägern der Sozial- versicherung	129	1,4	37.525	2,3	750	0,8	44	0,0	13	0,0
von med. Körperschaften	5.695	63,1	839.354	51,4	30.941	31,8	95.017	56,9	8.971	13,4
Privat	677	7,5	61.842	3,8	50.693	52,0	64.674	38,7	57.110	85,6
Sonstiges	869	9,6	216.203	13,3	10.461	10,7	1.799	1,1	332	0,5

Quelle : Unterabteilung f. Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, und Wohlfahrt
„Untersuchungsbericht über med. Institutionen“

Tabelle 6: Zahl der Krankenanstalten

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Krankenhäuser	9.055	9.608	10.096	9.606	9.266	9.026
Psychiatrien	977	1.026	1.049	1.059	1.058	1.073
Lungensanatorien	39	27	15	8	3	1
Leprasanatorien	16	16	16	15	·	·
Infektionskrankenhäuser	20	12	10	5	·	·
allgemeine Krankenhäuser	8.003	8.527	9.006	8.519	8.205	7.952
Kliniken	77.611	78.927	80.852	87.069	92.824	97.442
Zahnkliniken	38.834	45.540	52.216	58.407	63.361	66.732

Anm. 1) Stand : immer am 31. Dez. bis 1980, dann am 01. Okt. ab 1985

2) Mit der Abschaffung des Gesetzes für Vorbeugung der Lepra sind die Lepraheime ab April 1996 in die allgemeinen Krankenhäuser integriert.

3) Mit der Inkraftsetzung des „Gesetzes für Vorbeugung der Infektionskrankheiten und für ärztliche Behandlung der infizierten Patienten“ wurde „Infektionskrankenhaus“ im April 1999 abgeschafft.

Quelle : „Untersuchung über Krankenanstalten“ durch die Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 7: Zahl der Krankenbetten

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Krankenhäuser	1.319.406	1.495.328	1.676.803	1.669.951	1.647.253	1.631.473
Psychiatrien	308.554	334.589	359.087	361.714	358.153	354.296
Infektionskrankenhäuser	18.218	14.619	12.199	9.974	2.396	1.799
Lungensanatorien	84.905	55.230	42.210	33.163	22.631	11.949
Leprasanatorien	12.235	10.471	9.398	8.633	·	·
Ehemalige allgemeine Krankenhäuser	895.494	1.080.419	1.253.909	1.256.467	1.264.073	·
Krankenhäuser für längeren Aufenthalt	·	·	·	·	·	359.230
Allgemeine Krankenhäuser	·	·	·	·	·	904.199
Kliniken	287.835	283.390	272.456	259.245	216.755	167.000
Zahnkliniken	241	261	234	201	170	164

Anm. 1) Stand : immer am 31. Dez. bis 1980, dann am 01. Okt. ab 1985

2) Mit der Abschaffung des Gesetzes für Vorbeugung der Lepra sind die Lepraheime ab April 1996 in die allgemeinen Krankenhäuser integriert.

3) Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes für Vorsorgemaßnahmen gegen Infektionskrankheiten und ärztliche Behandlung der infizierten Kranken im April 1999 wurden Krankenhäuser für ansteckende Krankheiten in Infektionskrankenhäuser umbenannt.

4) Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung der Gesetze für med. Versorgung im März 2003 wurden sonstige Krankenhäuser außer Psychiatrie, Lungensanatorien und Infektionskrankenhäusern wie folgt eingeteilt:

Ehemalige allgemeine Krankenhäuser: Krankenbetten außer Psychiatrie, Lungensanatorien und Infektionskrankenhäusern noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes

Allgemeine Krankenhäuser: Krankenbetten hauptsächlich für Kranke in akuter Phase

Krankenhäuser für längeren Aufenthalt: Krankenbetten hauptsächlich für chronische Krankheiten

Quelle : „Untersuchung über Krankenanstalten“ durch die Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 8: Zahl der Krankenanstalten und Krankenbetten für 10.000 Bewohner

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Krankenanstalten						
Krankenhäuser	0,77	0,79	0,82	0,77	0,73	0,71
allgemeine Krankenhäuser	0,68	0,70	0,73	0,68	0,65	0,62
sonstige Krankenhäuser	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
Kliniken	6,63	6,52	6,54	6,93	7,31	7,63
Zahnkliniken	3,32	3,76	4,22	4,65	4,99	5,22
Krankenbetten						
Krankenhäuser	112,71	123,55	135,65	132,99	129,78	127,69
Ehemalige allgemeine Krankenhäuser	76,50	89,27	101,44	100,06	99,59	·
Krankenhäuser für längeren Aufenthalt	·	·	·	·	·	28,12
Allgemeine Krankenhäuser	·	·	·	·	·	70,77
sonstige Krankenhäuser	36,22	34,29	34,21	32,93	30,19	28,81
Kliniken	24,59	23,42	22,04	20,65	17,08	13,07
Zahnkliniken	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01

Anm. 1) Stand : immer am 31. Dez. bis 1980, dann am 01. Okt. ab 1985

2) Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung der Gesetze für med. Versorgung im März 2003 wurden sonstige Krankenhäuser außer Psychiatrie, Lungensanatorien und Infektionskrankenhäusern wie folgt eingeteilt:

Ehemalige allgemeine Krankenhäuser: Krankenbetten außer Psychiatrie, Lungensanatorien und Infektionskrankenhäusern noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes

Allgemeine Krankenhäuser: Krankenbetten hauptsächlich für Kranke in akuter Phase

Krankenhäuser für längeren Aufenthalt: Krankenbetten hauptsächlich für chronische Krankheiten

Quelle : „Untersuchung über Krankenanstalten“ durch die Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 9: Zahl der Beschäftigten in der med. Versorgung

	1970	1980	1990	2000	2002	2004
Ärzte	118.990	156.235	211.797	255.792	262.687	270.371
Beschäftigte in Krankenanstalten	113.214	148.815	203.797	243.201	249.574	256.668
Sonstige	5.776	7.420	8.000	12.591	13.113	13.703
Zahnärzte	37.859	53.602	74.028	90.857	92.874	95.197
Beschäftigte in Krankenanstalten	36.468	51.597	72.087	88.410	90.499	92.696
Sonstige	1.391	2.005	1.941	2.447	2.375	2.501
Apotheker	79.393	116.056	150.627	217.477	229.744	241.369
Beschäftigte in Krankenanstalten/Apotheken	42.308	63.765	90.025	142.910	154.428	164.397
Sonstige	37.085	52.291	60.602	74.567	75.316	76.972
Krankenpfleger (innen) (einschließlich außerordentlicher Krankenschwestern)	273.572	487.169	745.301	1.042.468	1.097.326	1.146.181
Gesundheitsberaterinnen	14.007	17.957	25.303	36.781	38.366	39.195
Zahnhygieniker	28.087	25.867	22.918	24.511	24.340	25.257
Geburtshelferinnen	5.804	22.008	40.932	67.376	73.297	79.695
Zahntechniker	8.722	20.501	32.433	37.244	36.765	35.668
Sonstige Therapeuten	137.813	185.463	234.833	269.315	276.070	284.968

Anm. 1) Stand : am 31. Dez. ; Ab 1982 wird die Untersuchung alle 2 Jahre durchgeführt.

2) Es handelt sich um die Zahl der Beschäftigten ; in die Angaben der Sonstigen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sind jedoch die derzeit Beschäftigungslosen eingeschlossen.

Quelle : „Untersuchung über Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, Geschäftsbericht für Gesundheitspflege“, durch die Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 10: Zahl der Beschäftigten in der med. Besorgung für 10.000 Bewohner

	1970	1980	1990	2000	2002	2004
Beschäftigte						
Ärzte	11,47	13,35	17,13	20,15	20,61	21,17
Zahnärzte	3,65	4,58	5,99	7,16	7,29	7,46
Apotheker	7,65	9,91	12,19	17,13	18,03	18,90
Krankenpfleger (innen) (einschließlich außerordentlicher Krankenschwestern)	26,36	41,62	60,29	82,14	86,11	89,77
Gesundheitsberaterin	1,35	1,53	2,05	2,90	3,01	3,07
Geburtshelferin	2,71	2,21	1,85	1,93	1,91	1,98

Anm. 1) Stand : am 31. Dez. ; Ab 1982 wird die Untersuchung alle 2 Jahre durchgeführt.

2) Es handelt sich um die Zahl der Beschäftigten ; in die Angaben der Sonstigen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sind jedoch die derzeit Beschäftigungslosen eingeschlossen.

Quelle : „Untersuchung über Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, Geschäftsbericht für Gesundheitspflege“, durch die Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 11: Entwicklung der nationalen med. Ausgaben

Fiskaljahr	Nationale med. Ausgaben		Pro-Kopf-Aufwand (Tausend Yen)	Anteil der nation. med. Ausgaben		Bruttoinlandsprodukt (Milliarden Yen)	National-einkommen (Milliarden Yen)	Gesamtbevölkerung (Tausend Person)
	Milliarden Yen	Steigerungsrate (gegenüber Vorjahr)		an Bruttoinlandsprodukt	an National-einkommen			
1970	2.496,2	20,1	24,1	3,31	4,09	75.298,5	61.029,7	103.720
1975	6.477,9	20,4	57,9	4,25	5,22	152.361,6	123.990,7	111.940
1980	11.980,5	9,4	102,3	4,86	5,89	246.266,4	203.241,0	117.060
1985	16.015,9	6,1	132,3	4,89	6,13	327.433,2	261.089,0	121.049
1990	20.607,4	4,5	166,7	4,58	5,92	449.997,1	348.345,4	123.611
1991	21.826,0	5,9	176,0	4,62	5,88	472.261,4	371.080,0	124.043
1992	23.478,4	7,6	188,7	4,85	6,36	483.837,5	369.323,6	124.452
1993	24.363,1	3,8	195,3	5,07	6,60	480.661,5	369.032,7	124.764
1994	25.790,8	5,9	206,3	5,30	6,89	486.946,9	374.079,5	125.034
1995	26.957,7	4,5	214,7	5,44	7,20	495.735,7	374.277,5	125.570
1996	28.454,2	5,6	226,1	5,62	7,51	506.479,5	379.107,6	125.864
1997	28.914,9	1,6	229,2	5,66	7,55	510.465,8	382.763,5	126.166
1998	29.582,3	2,3	233,9	5,90	7,94	501.383,5	372.503,5	126.486
1999	30.701,9	3,8	242,3	6,18	8,37	496.605,8	366.739,6	126.686
2000	30.141,8	-1,8	237,5	5,99	8,11	502.783,1	371.597,5	126.926
2001	31.099,8	3,2	244,3	6,32	8,62	492.346,7	360.952,1	127.291
2002	30.950,7	-0,5	242,9	6,33	8,70	488.724,4	355.784,6	127.435
2003	31.537,5	1,9	247,1	6,39	8,80	493.553,2	358.396,8	127.619
2004	32.111,1	1,8	251,5	6,47	8,89	496.197,0	361.012,6	127.687

Quelle : Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt „Nationale med. Ausgaben“
 Amt für Wirtschaftsplanung „Jahrbuch für volkswirtschaftliche Berechnung“

Tabelle 12: Aufteilung der nationalen med. Ausgaben nach Kostenträgergruppen

(Mrd. Yen)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Nationale med. Ausgaben	2.496,2	6.477,9	11.980,5	16.015,9	20.607,4	26.957,7	30.141,8	32.111,1
öffentliche Ausgaben	282,2	847,1	1.475,2	1.209,0	1.100,1	1.295,3	1.605,1	1.869,8
davon öffentliches Beistandsgesetz	168,0	421,0	684,8	844,3	739,6	861,0	1.065,0	1.295,2
Gesetz zur Kontrolle der Tuberkulose	54,0	81,9	62,9	57,2	39,0	20,8	12,0	8,9
Gesetz für Geistesgesundheit und Wohlfahrt für geistig Behinderte	43,7	96,1	104,8	93,8	66,9	55,4	85,3	124,2
Gesetz zur Wohlfahrt der Älteren	·	212,7	456,5	·	·	·	·	·
Andere	16,5	35,4	166,2	213,8	254,6	358,2	442,7	441,6
nach Versicherungsträgern	1.732,0	4.793,3	9.183,9	8.850,6	11.254,3	14.004,2	14.021,4	14.751,4
davon Krankenversicherung	1.669,9	4.654,1	8.898,6	8.509,0	10.921,7	13.664,1	13.707,3	14.467,3
Arbeitnehmersversicherung	1.134,2	3.026,2	5.438,9	5.227,3	6.644,0	8.367,4	7.760,3	7.277,9
Mitglieder	830,6	1.758,4	3.031,3	2.995,9	3.839,3	4.984,0	4.318,0	3.675,5
Angehörige	303,6	1.267,8	2.407,5	2.231,5	2.804,6	3.383,4	3.442,3	3.430,1
Ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	172,3
Regierungsverwaltete Krankenkasse	535,1	1.387,0	2.609,7	2.479,4	3.259,6	4.204,5	3.843,1	3.567,1
Genossenschaftlich verwaltete Krankenkassen	356,6	1.028,8	1.788,6	1.840,8	2.384,9	2.996,8	2.912,3	2.753,2
Seemannsversicherung	13,3	37,2	59,1	48,0	40,9	37,5	28,1	21,0
Tagelöhnerkrankenkasse	40,6	53,0	82,8	·	·	·	·	·
Genossenschaftswerk für Angestellte im nationalen öffentlichen Dienst	42,9	114,3	192,7	300,7	301,7	345,7	224,5	218,8
Genossenschaftswerk in Staatsbereichen	32,6	84,5	139,9	·	·	·	·	·
Genossenschaftswerk für Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst	105,7	297,4	516,3	505,3	584,9	688,4	660,9	628,6
Genossenschaftswerk für Lehrer und Angestellte an Privatschulen	7,4	24,0	49,7	53,0	72,0	94,5	91,4	89,2
Nationale Krankenkasse	535,7	1.628,0	3.459,8	3.281,6	4.277,8	5.296,8	5.947,0	7.189,4
Versicherte außer ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	6.278,3
Ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	911,2
Krankenpflegewerk für Rentner (Doppelzählung)	·	·	·	526,2	897,4	1.215,2	1.525,4	2.080,3
Andere	62,1	139,1	285,2	341,7	332,6	340,0	314,1	284,1
Arbeitsunfallausgleichskasse	54,9	116,7	227,0	266,4	258,4	269,4	250,5	225,7
Andere	7,2	22,4	58,2	75,3	74,2	70,7	63,6	58,4
Beiträge zur med. Versorgung für ältere Menschen	·	·	·	4.037,7	5.764,6	8.487,7	10.239,9	10.573,0
Kostenbeteiligung der Patienten	482,0	837,5	1.321,5	1.918,5	2.488,4	3.170,5	4.275,4	4.916,9
Gesamtkosten von den Patienten gedeckt	64,5	172,6	249,2	324,8	352,0	387,5	400,5	395,4
Kosten mit öffentlichen Ausgaben od. Versicherung geteilt	417,4	664,9	1.072,3	1.593,7	2.136,4	2.783,1	3.874,9	4.521,5

Tabelle 13: Aufteilung der nationalen med. Ausgaben nach Kostenträgergruppen

(%)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Nationale med. Ausgaben	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
öffentliche Ausgaben	11,3	13,1	12,3	7,5	5,3	4,8	5,3	5,8
davon öffentliches Beistandsgesetz	6,7	6,5	5,7	5,3	3,6	3,2	3,5	4,0
Gesetz zur Kontrolle der Tuberkulose	2,2	1,3	0,5	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0
Gesetz für Geistesgesundheit und Wohlfahrt für geistig Behinderte	1,8	1,5	0,9	0,6	0,3	0,2	0,3	0,4
Gesetz zur Wohlfahrt der Älteren	·	3,3	3,8	·	·	·	·	·
Andere	0,7	0,5	1,4	1,3	1,2	1,3	1,5	1,4
nach Versicherungsträgern	69,4	74,0	76,7	55,3	54,6	51,9	46,5	45,9
davon Krankenversicherung	66,9	71,8	74,3	53,1	53,0	50,7	45,5	45,1
Arbeitnehmersversicherung	45,4	46,7	45,4	32,6	32,2	31,0	25,7	22,7
Mitglieder	33,3	27,1	25,3	18,7	18,6	18,5	14,3	11,4
Angehörige	12,2	19,6	20,1	13,9	13,6	12,6	11,4	10,7
Ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	0,5
Regierungsverwaltete Krankenkasse	21,4	21,4	21,8	15,5	15,8	15,6	12,7	11,1
Genossenschaftlich verwaltete Krankenkassen	14,3	15,9	14,9	11,5	11,6	11,1	9,7	8,6
Seemannsversicherung	0,5	0,6	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Tagelöhnerkrankenkasse	1,6	0,8	0,7	·	·	·	·	·
Genossenschaftswerk für Angestellte im nationalen öffentlichen Dienst	1,7	1,8	1,6	1,9	1,5	1,3	0,7	0,7
Genossenschaftswerk in Staatsbereichen	1,3	1,3	1,2	·	·	·	·	·
Genossenschaftswerk für Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst	4,2	4,6	4,3	3,2	2,8	2,6	2,2	2,0
Genossenschaftswerk für Lehrer und Angestellte an Privatschulen	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Nationale Krankenkasse	21,5	25,1	28,9	20,5	20,8	19,6	19,7	22,4
Versicherte außer ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	19,6
Ältere Menschen	·	·	·	·	·	·	·	2,8
Krankenpflegewerk für Rentner (Doppelzählung)	·	·	·	3,3	4,4	4,5	5,1	6,5
Andere	2,5	2,1	2,4	2,1	1,6	1,3	1,0	0,9
Arbeitsunfallausgleichskasse	2,2	1,8	1,9	1,7	1,3	1,0	0,8	0,7
Andere	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
Beiträge zur med. Versorgung für ältere Menschen	·	·	·	25,2	28,0	31,5	34,0	32,9
Kostenbeteiligung der Patienten	19,3	12,9	11,0	12,0	12,1	11,8	14,2	15,3
Gesamtkosten von den Patienten gedeckt	2,6	2,7	2,1	2,0	1,7	1,4	1,3	1,2
Kosten mit öffentlichen Ausgaben od. Versicherung geteilt	16,7	10,3	9,0	10,0	10,4	10,3	12,9	14,1

Quelle : Unterabteilung f. Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt „Nationale med. Ausgaben“

Tabelle 14: Nationale med. Kosten im Fiskaljahr 2004 (aufgeschlüsselt)

	2004		gegenüber dem Vorjahr	
	Schätzung (Mrd. Yen)	Einteilung (%)	Wachstum	Wachstumsrate
Nationale med. Kosten	32.111,1	100,0	573,7	1,8
Ärztliche Behandlung	24.362,7	75,9	269,6	1,1
stationär	11.846,4	36,9	123,3	1,1
ambulant	12.516,3	39,0	146,4	1,2
Zahnärztliche Behandlung	2.537,7	7,9	0,2	0,0
Arzneimittel	4.193,5	13,1	302,8	7,8
Andere	1.017,2	3,1	1,0	12,3

Quelle : Unterabteilung f. Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt „Nationale med. Ausgaben“ (Schätzungen)

Tabelle 15: Aufteilung der Gesundheitsausgaben *) nach Altersgruppen in 2004

(Fiskaljahr)

Altersgruppe	Total	Stationär	Ambulant
Betrag (Milliarden Yen)			
Alle Altersgruppen	24.362,7	11.846,4	12.516,3
0-14	1.471,6	417,9	1.053,7
15-44	3.440,1	1.391,3	2.048,8
45-64	6.521,2	2.923,9	3.597,3
65 Jahre und älter	12.929,8	7.113,4	5.816,5
(70 Jahre und älter)	(10.425,1)	(5.916,8)	(4.508,3)
Prozent			
Alle Altersgruppen	100,0	100,0	100,0
0-14	6,0	3,5	8,4
15-44	14,1	11,7	16,4
45-64	26,8	24,7	28,7
65 Jahre und älter	53,1	60,0	46,5
(70 Jahre und älter)	(42,8)	(49,9)	(36,0)
Pro Kopf (Tausend Yen)			
Alle Altersgruppen	190,8	92,8	98,0
0-14	83,0	23,9	59,9
15-44	69,3	27,5	40,9
45-64	184,0	81,8	100,8
65 Jahre und älter	519,8	264,8	229,4
(70 Jahre und älter)	(594,6)	(315,8)	(255,1)

*) Ausschließlich Zahnärztebehandlungen und Kosten für rezeptpflichtige Medikamente

Quelle : Unterabteilung f. Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt „Nationale med. Ausgaben“ (Schätzungen)

Tabelle 16: Medizinische Kosten nach med. Behandlungsarten (2005)

(in Yen/%)

	Stationär		Ambulant	
	Betrag	Steigerungsrate, (gegenüber Vorjahr)	Betrag	Steigerungsrate, (gegenüber Vorjahr)
Gesamtzahl	375.832	4,8	12.584	-1,4
Ärztliche Untersuchung	3.782	5,7	3.580	-5,7
Häusliche med. Behandlung	600	7,5	531	-5,8
Medikament	8.297	2,3	2.861	-0,8
Injektion	26.241	15,6	681	5,7
Rehabilitation	8.948	2,3	118	5,2
Psychiatrische Sondertherapie	1.660	-10,8	260	3,6
Tomographie	10.348	0,9	840	3,3
Untersuchung	17.768	0,7	2.002	-1,2
Behandlung	11.085	1,4	1.374	-7,1
Operation	42.489	3,7	265	6,1
Narkose	7.118	19,0	41	-33,8
Radiotherapie	1.656	87,4	30	-7,4
Krankenhausaufenthalt	213.192	1,3	·	·
	16,69 Tage	Dauer pro Behandlungsfall		1,85 Tage

Anm. 1) Es handelt sich um Beträge und Dauer der med. Behandlung (stationäre) pro Rezept (Spezifikation für ärztl. Vergütung).

2) In die Kosten beim Krankenhausaufenthalt sind Zimmermiete, Krankenpflegekosten, Verpflegung usw. eingeschlossen.

Quelle: Untersuchung über med. Versorgung in der Sozialversicherung

Tabelle 17: Anteil der Arzneimittelkosten

(%)

	2000	2002	2003	2004	2005
ingesamt					
Gesamtanteil der Arzneimittelkosten an den med. Kosten	22,8	21,6	22,2	21,6	22,1
Anteil der Arzneimittelkosten	20,1	18,9	19,6	19,2	19,8
Anteil der verschriebenen Arzneimittelkosten	14,9	13,6	13,9	13,7	13,9
Anteil der injizierten Arzneimittelkosten	5,2	5,3	5,7	5,4	5,9
Anteil der sonstigen Arzneimittelkosten	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4
stationär					
Gesamtanteil der Arzneimittelkosten an den med. Kosten	12,1	12,0	12,0	11,3	12,3
Anteil der Arzneimittelkosten	9,7	9,7	9,8	9,4	10,4
Anteil der verschriebenen Arzneimittelkosten	2,5	2,6	2,6	2,5	2,5
Anteil der injizierten Arzneimittelkosten	7,2	7,1	7,1	6,9	7,9
Anteil der sonstigen in Arzneimittelkosten	2,4	2,3	2,2	2,0	1,9
ambulant					
Gesamtanteil der Arzneimittelkosten an den med. Kosten	34,1	33,4	34,5	33,2	33,5
Anteil der Arzneimittelkosten	31,0	30,2	31,5	30,2	30,6
Anteil der verschriebenen Arzneimittelkosten	28,0	27,1	27,4	26,4	27,0
Anteil der injizierten Arzneimittelkosten	3,0	3,1	4,1	3,8	3,6
Anteil der sonstigen in Arzneimittelkosten	3,1	3,2	3,0	3,0	2,9

Anm.) Gesamtanteil der Arzneimittelkosten bezeichnet den Anteil der Arzneimittelkosten für „Medikament“, „Injektion und sonstige therapeutische Kosten bei ärztlichen Behandlungen an den Ausgaben der gesamten Versicherungsleistungen. Anteil der Arzneimittelkosten bezeichnet den Anteil der Arzneimittelkosten für „Medikament“ wie „Injektion“ an den Ausgaben der gesamten Versicherungsleistungen.
Anteil der sonstigen therapeutischen Kosten bezeichnet den Kostenanteil für „häusliche med. Behandlung“, „Untersuchung“, „Tomographie“, „Rehabilitation“, „psychiatrische Sondertherapie“, „Behandlung“, „Operation“ und „Narkose“ an den Ausgaben der gesamten Versicherungsleistungen.

Quelle : Untersuchung über med. Versorgung in der Sozialversicherung.

Tabelle 18: Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach Arten der Krankbetten

(Tage)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Insgesamt	55,9	54,2	50,5	44,2	39,1	35,7
Psychiatrie	534,8	536,3	489,6	454,7	376,5	327,2
Infektion	17,8	18,3	15,6	14,8	9,3	9,8
Tuberkulose	252,6	270,2	150,2	119,0	96,2	71,9
Lepra	7.250,7	9.748,1	11.524,0	9.118,1	.	.
Sonstige	28,3	39,4	38,1	33,7	30,4	.
Krankenhäuser für längeren Aufenthalt	.	.	.	.	.	172,8
Allgemeine Krankenhäuser	.	.	.	.	.	19,8

Anm.1) Stand : immer am 31. Dez bis 1998, dann 01. Okt. ab 1985.

2) Mit der Abschaffung des Gesetzes für Vorbeugung der Lepra sind die Lepraheime ab April 1996 in die allgemeinen Krankenhäuser integriert.

3) Mit der Inkraftsetzung des „Gesetzes für Vorbeugung der Infektionskrankheiten und für ärztliche Behandlung der infizierten Patienten“ wurde „Infektionskrankenhaus“ im April 1999 abgeschafft.

4) Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes für Vorsorgemaßnahmen gegen Infektionskrankheiten und ärztliche Behandlung der infizierten Kranken im April 1999 wurden Krankenhäuser für ansteckende Krankheiten in Infektionskrankenhäuser umbenannt.

5) Unter „Sonstige“ versteht man allgemeine Krankbetten, Krankbetten für längeren Aufenthalt sowie für Übergangszeit und sonstige Krankbetten.

Quelle : Krankenhausbericht. Unterabteilung für Statistik und Information des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt.

Tabelle 19: Entwicklung der med. Kosten älterer Menschen, der nationalen med. Kosten und des nationalen Einkommens

(in : Mrd. Yen/%)

Fiskaljahr	med. Kosten älterer Menschen (A)		Nationale med. Kosten(B)		(A) / (B)	Anteil der(A) an Nationales Einkommen		Anteil der(B) an Nationales Einkommen	
	Kosten	Wachstum (%)	Kosten	Wachstum (%)		Kosten	Wachstum (%)		
1975	866,6	30,3	6.477,9	20,4	13,4	0,70	5,22		
1980	2.126,9	14,9	11.980,5	9,4	17,8	1,05	5,89		
1985	4.067,3	12,7	16.015,9	6,1	25,4	1,56	6,13		
1990	5.926,9	6,6	20.607,4	4,5	28,8	1,70	5,92		
1991	6.409,5	8,1	21.826,0	5,9	29,4	1,73	5,88		
1992	6.937,2	8,2	23.478,4	7,6	29,5	1,88	6,36		
1993	7.451,1	7,4	24.363,1	3,8	30,6	2,02	6,60		
1994	8.159,6	9,5	25.790,8	5,9	31,6	2,18	6,89		
1995	8.915,2	9,3	26.957,7	4,5	33,1	2,38	7,20		
1996	9.723,2	9,1	28.454,2	5,6	34,2	2,56	7,51		
1997	10.278,6	5,7	28.914,9	1,6	35,5	2,69	7,55		
1998	10.893,2	6,0	29.582,3	2,3	36,8	2,92	7,94		
1999	11.804,0	8,4	30.701,9	3,8	38,4	3,22	8,37		
2000	11.199,7	-5,1	30.141,8	-1,8	37,2	3,01	8,11		
2001	11.656,0	4,1	31.099,8	3,2	37,5	3,23	8,62		
2002	11.730,0	0,6	30.950,7	-0,5	37,9	3,30	8,70		
2003	11.652,3	-0,7	31.537,5	1,9	36,9	3,25	8,80		
2004	11.576,3	-0,7	32.111,1	1,8	36,1	3,21	8,89		

Quelle : Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt : Jahresbericht über med. Kosten älterer Menschen

Tabelle 20: Überblick über die Teilung der med. Kosten im Krankenpflege- und med. Versorgungssystem für die Älteren (Fiskaljahr)

(in : Mrd. Yen)

	1990		1995		2000		2004	
	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)	Betrag	(%)
Öffentliche Mittel	1.720,0	29,0	2.731,0	30,6	3.137,4	28,0	3.943,5	34,1
Staat	1.146,6	19,3	1.820,7	20,4	2.091,6	18,7	2.629,0	22,7
Präfektur	286,7	4,8	455,2	5,1	522,9	4,7	657,3	5,7
Kommunalverwaltung	286,7	4,8	455,2	5,1	522,9	4,7	657,3	5,7
Träger der Krankenversicherung	4.013,2	67,7	5.721,5	64,2	7.209,5	64,4	6.631,0	57,3
Arbeitnehmerkrankenversicherung	2.586,8	43,6	3.673,2	41,2	4.432,6	39,6	3.890,9	33,6
Regierungsverwaltete Krankenkasse	1.182,7	20,0	1.737,3	19,5	2.136,5	19,1	1.977,2	17,1
Genossenschaftlich verwaltete Krankenkasse	1.005,3	17,0	1.408,5	15,8	1.734,7	15,5	1.431,0	12,4
Seemannsversicherung	14,3	0,2	15,2	0,2	14,0	0,1	9,4	0,1
Genossenschaftswerke	384,5	6,5	512,1	5,7	545,3	4,9	472,1	4,1
Nationale Krankenkasse	1.426,4	24,1	2.048,3	23,0	2.777,0	24,8	2.740,0	23,7
Selbstbeteiligung der Patienten	193,7	3,3	462,7	5,2	852,8	7,6	1.001,8	8,7
Total	5.926,9	100,0	8.915,2	100,0	11.199,7	100,0	11.576,3	100,0

Quelle : Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt : Jahresbericht über med. Kosten älterer Menschen

Tabelle 21: Gegenwärtige Lage des Krankenversicherungssystems in Japan

Versicherungsarten		Krankenversicherung			Seemannsversicherung
Personenkreis		Allgemeine Arbeitnehmer		Tagelöhnersonder- versicherung	Seeleute
Verantwortliche Körperschaft (Versicherungsträger)		Regierung (Sozialversicherungsamt)	Krankenkassen- genossenschaft <1.561>	Regierung (Sozialversiche- rungsamt)	Regierung (Sozialversicherungsamt)
Mitglieder		19.156.318*	14.785.435	15.393	64.834
Angehörige		16.493.297*	14.881.483 (Stand : 31, März 2005)	9.852	103.105
Finanzquelle	Beiträge	Beitragssatz Mitglieder } Arbeitgeber } Total (%)	(Durchschnitt von 1.584 Genossenschaften) 3,307 } 4,108 } 7,415%	1.Klasse (Pro Tag) ¥50 } ¥80 } ¥130 13.Klasse (Pro Tag) } ¥1.010 } ¥2.750 ¥1.630 }	(Durchschnitt) 4,55 } 4,55 } 9,1 %
	Staatssubvention	Gesamtverwaltungs- kosten 13% von Behandlungs- leistungen usw.	Teil der Verwaltungskosten Teil der Geschäftskosten	Gesamtverwaltungs- kosten 13% von Behand- lungsleistungen	Gesamtverwaltungskosten ¥3.000 Mrd. als Unterstützung für Leistungen
Leistungen	Leistungen für med. Versorgung	70% nach der Vollendung des 3. Lebensjahres bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres			
	Leistungen für Familien- angehörige	80% vor der Vollendung des 3. Lebensjahres			
	Leistungen für aufwendige Behandlungen	Wenn die Selbstbeteiligung der Patienten die folgende Obergrenze überschreitet, wird der Differenzbetrag erstattet: <Patienten vor der Vollendung des 70. Lebensjahres> Niedriglohnpfänger: ¥35.400 Durchschnittsverdiener: ¥72.300+{(Behandlungskosten-¥241.000)×1% Besserverdiener: ¥139.800+{(Behandlungskosten-¥466.000)×1%			
Geldleistungen		Krankengeld Entbindungsgeld	Transportkosten Entbindungsgeld	Sterbegeld	
(Krankenkassengenossenschaften und Genossenschaftswerke haben zusätzliche Leistungen)					

*Prognose

Quelle : Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Wohlfahrt, Sozialversicherungsamt

(Stand : 31, März 2006)

Genossenschaftswerke für Angestellte im nationalen öffentlichen Dienst	Genossenschaftswerke für Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst	Genossenschaftswerke für Lehrer und Angestellte an Privatschulen	Nationale Krankenversicherung	
Angestellte im nationalen öffentlichen Dienst	Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst	Lehrer und Angestellte an Privatschulen	Landwirte Selbständige usw.	Renter von der Arbeitnehmerkrankenversicherung
Genossenschaftswerke für Ministerium und Ämter <21>	Genossenschaftswerke für Angestellte im lokalen öffentlichen Dienst <54>	Japanische Vereinigung für Förderung und gegenseitige Hilfe der privaten Schulen <1>	Kommunalverwaltung <2.531> Genossenschaften <166>	Kommunalverwaltung
1.105.359 1.387.300	2.844.263 3.406.880	474.866 368.583	} 51.627.360*	
3,325 (Durchschnitt) } 6,65% 3,325	3,3005 (Durchschnitt) } 6,601% 3,3005	3,3 (Durchschnitt) } 6,6 % 3,3	Durchschnittlicher Jahresbeitrag pro Haushalt : ¥151.770 (Fiskal 2004)	
Gesamtverwaltungskosten	Kommunalverwaltung übernimmt Gesamtverwaltungskosten	Teil der Verwaltungskosten	Gesamtverwaltungskosten	
			Behandlungsleistungen usw. 45% für Kommunalverwaltung, 32%-52% für Genossenschaften	keine
90% nach der Vollendung des 70. Lebensjahres (80% bei Besserverdienern)				
70% nach der Vollendung des 3. Lebensjahres bis vor der Vollendung des 70. Lebensjahres		90% nach der Vollendung des 70. Lebensjahres (80% bei Besserverdienern)		
<Patienten nach der Vollendung des 70. Lebensjahres> pro Person (nur ambulante Behandlung) Einkommensschwache I u. II: ¥8.000 Durchschnittsverdiener: ¥12.000 Besserverdiener: ¥40.200		pro Haushalt (einschließlich stationärer Behandlung) Einkommensschwache I: ¥15.000 Einkommensschwache II: ¥24.600 Durchschnittsverdiener: ¥40.200 Besserverdiener: ¥72.300+{(Behandlungskosten-¥361.500) × 1%		
			Transportkosten Entbindungsgeld Sterbegeld	} freiwillige Leistungen

Herausgegeben von **KEMPOREN**
ZENTRALVERBAND DER KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER

Juni 2007

