

Die gesetzliche Krankenversicherung in Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare
(japanisches Gesundheitsministerium)
Februar 2013

Heutige Situation des gesetzlichen Krankenversicherung-Systems in Japan

Übersicht japanisches Gesundheitswesens

Zuzahlung
Für über 75 Jährige **10%** aller Kosten
(Falls sie einige Einkommen wie Nichtälter haben, 30%)

• Für über 70-74 Jährige **20%** ※
(Falls sie einige Einkommen wie Nichtälter haben, 30%)

Für Pflichtschüler bis 69 Jährige **30%**

• Für Kinder vor Pflichtschulung **20%**

※Seit April 2008 durch staatliche Zuschüsse auf 10% geblieben sein

Patienten (Versicherten)

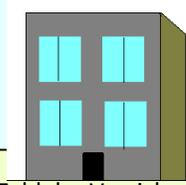


② **Arztbesuch, Bezahlungen vom Zuzahlung**

③ **Behandlung**

① **Beitrag**

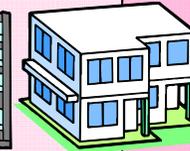
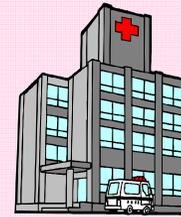
Versicherer



⑤ **Honorar**

④ **Abrechnung**

【Leistungsbreiter】



Krankenhaus
Arztpraxis

Gesetz über medizinische Versorgung
(Iryou Hou)



Ärzte

Ärztegesetz
(Ishi Hou)

Zahnärzte

Zahlärztegesetz
(Sikaishi Hou)

Apotheker

Apothekergesetz
(Yakuzaishi Hou)

Gesundheitspfleger

Gesetz über Gesundheitspfleger, Hebammen

**Hebamme
Krankenpfleger**

Sowie Krankenpfleger

Andere Heilberufe

(Für jede nationale Qualifikation gibt es betreffende Gesetze)

Behörde

【Versicherungssystem】

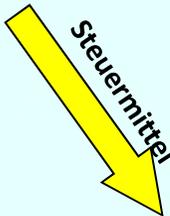


Staat

Präfektur

Kommunen

Steuermittel



Hilfsgelder



(Versicherungsarten)

(Zahl der Versicherer)

(Zahl der Versicherte)

Nationale KV(Kokuho)	1888	ca. 39 mill.
Japan Health Insurance Association	1	ca. 35 mill.
(ehemalige Seikan Kenpo(Regierung))		
Krankenkassengenossenschaft	1458	ca. 30 mill.
Genossenschaftswerke für Beamte	85	ca. 9 mill.

Medizinische Versorgung System für Ältere im Spätstadium (über 75 Jährige)	47	ca. 14 mill.
--	----	--------------

Jede Versicher

【Outline japanischer System der GKV】

Medizinische Versorgung System für Ältere im Spätstadium (über 75 Jährige)

13 Bill. Yen

- über 75 Jährige
- ca. 14 mill. Versicherten
- Versicherer : 47 (extended association)

75 Jahre

Finanzausgleich bezüglich der Kosten für Ältere von 65-74 Jahre (ca.14 mill.) ca. 8 Bill. Yen (Wiedervorlage)

65 Jahre

**Retired persons
Healthcare
System
(interim
measures)**

(ehemaliger Kollege
von Angestellte
sowie Arbeitnehmer)
• ca. 2mill.

National KV(Kokuho)

- Selbstständige, Renter
atypisch Beschäftigter usw
- Mitglieder ca. 39 mill.
- Versicherer : ca. 1,900

ca. 10 Bill. Yen

Japan Health
Insurance Association

- Angestellte sowie Arbeitnehmer
Von KMU
- Mitglieder ca. 35 mill.
- Versicherer : 1

Ca. 5 Bill. Yen

Krankenkassen-
genossenschaft

- Angestellte sowie Arbeitnehmer
von Großunternehmen
- Mitglieder ca. 30 mill.
- Versicherer : 約 1,500

Ca. 5 Bill. Yen

Genossensch-
aftswerke
für Beamte

- Beamte
- Mitglieder
ca. 9 mill.
- Versicherer : 85

*1 Numbers of members and insurers are preliminary figures as of the end of March 2011

*2 Amounts are benefits based on the budget for FY2012.

Vergleich jeder Versicherer

	Kommunen verwaltende KV	Nationale	Japan Health Insurance Association (Kyokai Kenpo)	Krankenkassen- genossenschaft	Genossenschafts- werke für Beamte	Medizinische Versorgung System für Ältere im Spaetstadium (über 75 Jährige)
Zahl der Versicherer (Ende März 2011)	1,723		1	1,458	85	47
Zahl der Mitglieder (Ende März 2011)	35,490,000 (20.37mill. Haushalte)		34,850,000 Versicherten 19.58mill. Mitversicherte Familien 15.27mill.	29,610,000 Versicherten 15.57mill. Mitversicherte Familien 14.03mill.	9,190,000 Versicherten 4.52mill. Mitversicherte Familien 4.67mill.	14,340,000
durchschnittliche Alter der Mitglieder (FY2010)	49.7		36.3	34.0	33.4	81.9
Anteil der 65-74Jährige (FY2010)	31.3%		4.8%	2.6%	1.6%	2.9%
Medizinische Kosten pro Mitglieder (FY2010) (※1)	¥299,000		¥156,000	¥138,000	¥140,000	¥905,000
Durchschnittliche Einkommen pro Mitglieder (※2) (FY2010)	¥840,000 pro Haushalt ¥1,450,000		¥1,370,000 pro Haushalt (※3) ¥2,420,000	¥1,970,000 pro Haushalt (※3) ¥3,720,000	¥2,290,000 pro Haushalt (※3) ¥4,670,000	¥800,000
Durchschnittliche Beitragsprämie pro Mitglieder (FY2010)(※4) <Gesamt einsch. arbeitgeberanteil>	¥81,000 pro Haushalt ¥142,000		¥97,000 <¥193,000> pro Versicherte ¥172,000 <¥344,000>	¥93,000 <¥207,000> pro Versicherte ¥177,000 <¥394,000>	¥112,000 <¥224,000> pro Versicherte ¥227,000 <¥455,000>	¥63,000

Vergleich jeder Versicherer

	Kommunen verwaltende Nationale KV	Japan Health Insurance Association	Krankenkassen-genossenschaft	Genossenschaftswerke für Beamte	Medizinische Versorgung System für Ältere im Spaetstadium (über 75 Jährige)
Beitrag Lasten Rate(※5)	9.7%	7.1%	4.8%	4.9%	7.9%
Steueranteil (fester Prozentsatz)	50% aller Leistungsausgaben	16.4% der Leistungsausgaben usw. (※6)	Festbetrag nur für Kassen in Finanznot	Kein	50% der Leistungsausgaben usw.
Gesamte Zuschussbetrag(※7) (2011 Budget)	3,445.9 Mrd. Yen	1,182.2Mrd. Yen	1.6 Mrd. Yen		6,177.4 Mrd. Yen

(※1) Figures for healthcare expenditure per subscriber for Kyokai Kenpo and association-managed health insurance scheme are preliminary ones. In addition, figures for mutual aid association are healthcare expenditure assessed by the assessment/payment agent.

(※2)) Means “total income, etc.” (an amount worked out by subtracting work-related expenses, salary earners deduction, and public pension deduction and so on from the total earning). Under the municipality-managed national health insurance scheme and medical care system for the latter-stage elderly people, this is “total income and forestry income” plus “brought-forward deduction in relation to miscellaneous income” and “amount of separate transfer income”. The figure is worked out based on, in case of municipality-managed national health insurance scheme, “National Health Insurance Survey” and “Survey of Insured Persons under the Medical Care System for the Latter-stage Elderly People” in case of medical care system for the latter-stage elderly people. The figures for national health insurance association are the data for your reference worked out by adding up the standard taxable income for municipal locality tax (total income after such deductions as basic deduction and income deduction including dependent family deduction and spouse deduction etc), basic deduction, and “income deduction other than basic deduction (such as dependent family deduction, spouse deduction etc)” (an estimated amount calculated using the figure obtained by dividing the amount of income deduction for each bracket (excluding basic deduction) applicable to “standard taxable income for those who have salary income and businesses income etc” worked out from “FY2009 survey of the current taxation status etc with respect to municipal locality tax” conducted by Ministry of Internal Affairs and Communications by number of tax payers).
As for Kyokai Kenpo, association-managed health insurance, and mutual aid association, the figure is a reference value worked out by subtracting an amount equivalent to salary income deduction from “an amount to be used to work out the insurance premium per subscriber” (the amount obtained by dividing the total amount of standard remuneration with the number of subscribers).

(※3) This is the amount obtained by dividing the whole amount of standard remuneration with the number of subscribers.

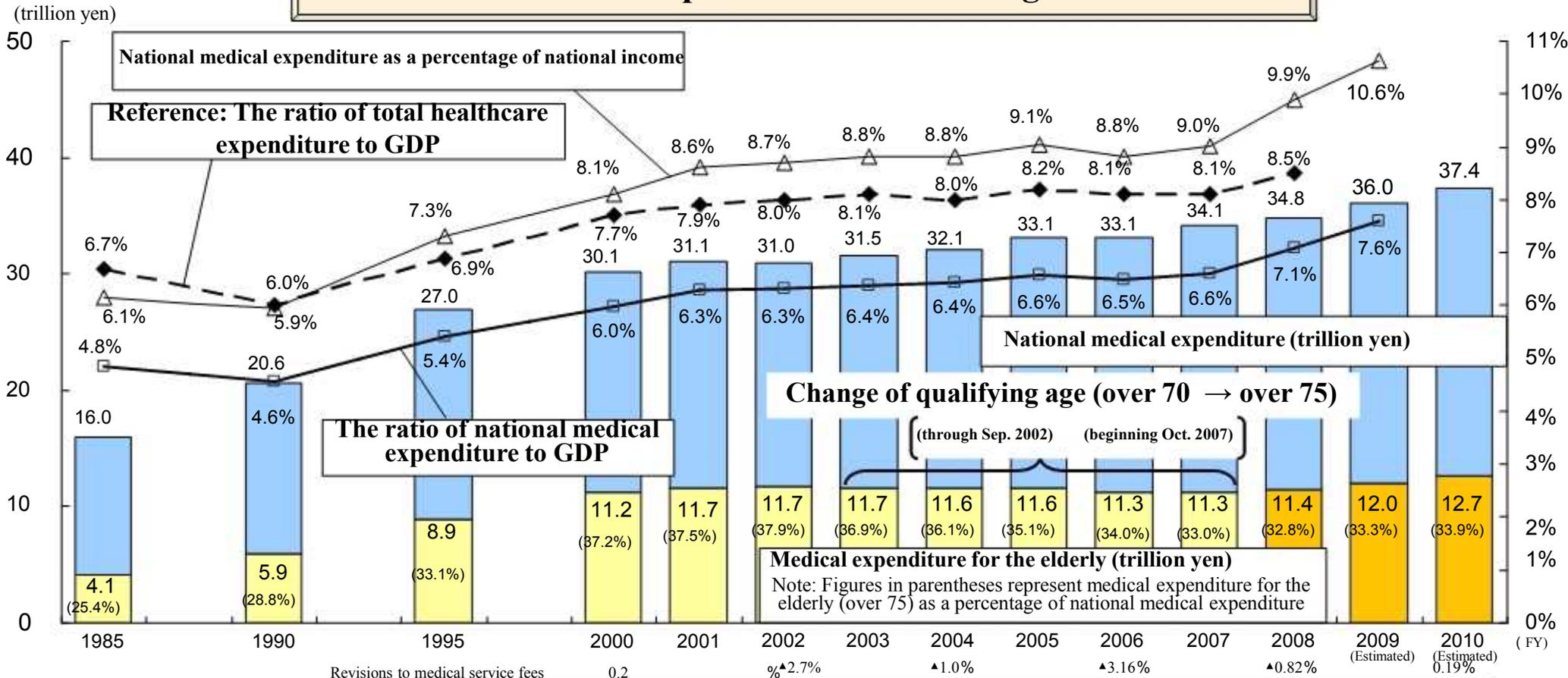
(※4) The insurance premiums per subscriber for municipality-managed national health insurance scheme/the medical care system for the latter-stage elderly people were estimated based on the insurance premiums arranged/set out for the year; and, premiums of employee insurance were estimated based on the insurance premiums cited in the final accounts of expenditures and revenues. The amount of insurance premiums does not include the portion for aged care.

(※5) Beitrag Lasten Rate heißt „durchschnittliche Beitragsprämie pro Mitglieder / Durchschnittliche Einkommen pro Versicherte“

(※6) The rate of government subsidies for Kyokai Kenpo to June 2010 in the FY2010 budget was 13.0% excluding the contribution to the latter-stage elderly people medical care system.

(※7) State subsidies and grants for the long-term care insurance levy, specified health examination/specified healthcare guidance, etc., are not included

Trends in Medical Expenditure (nur auf Englisch)



Revisions to medical service fees

Major system changes

- Introduction of long-term care insurance system
- Introduction of 10% copayment for the elderly

- Thorough application of 10% copayment for the elderly

- 30% personal copayment for employed persons etc.

- 30% copayment for persons with income equivalent to employment income etc.

- Expansion of measures to reduce the burden of infant patients (less than 3 years of age → children before school age) (%)

<Year-on year growth rates>

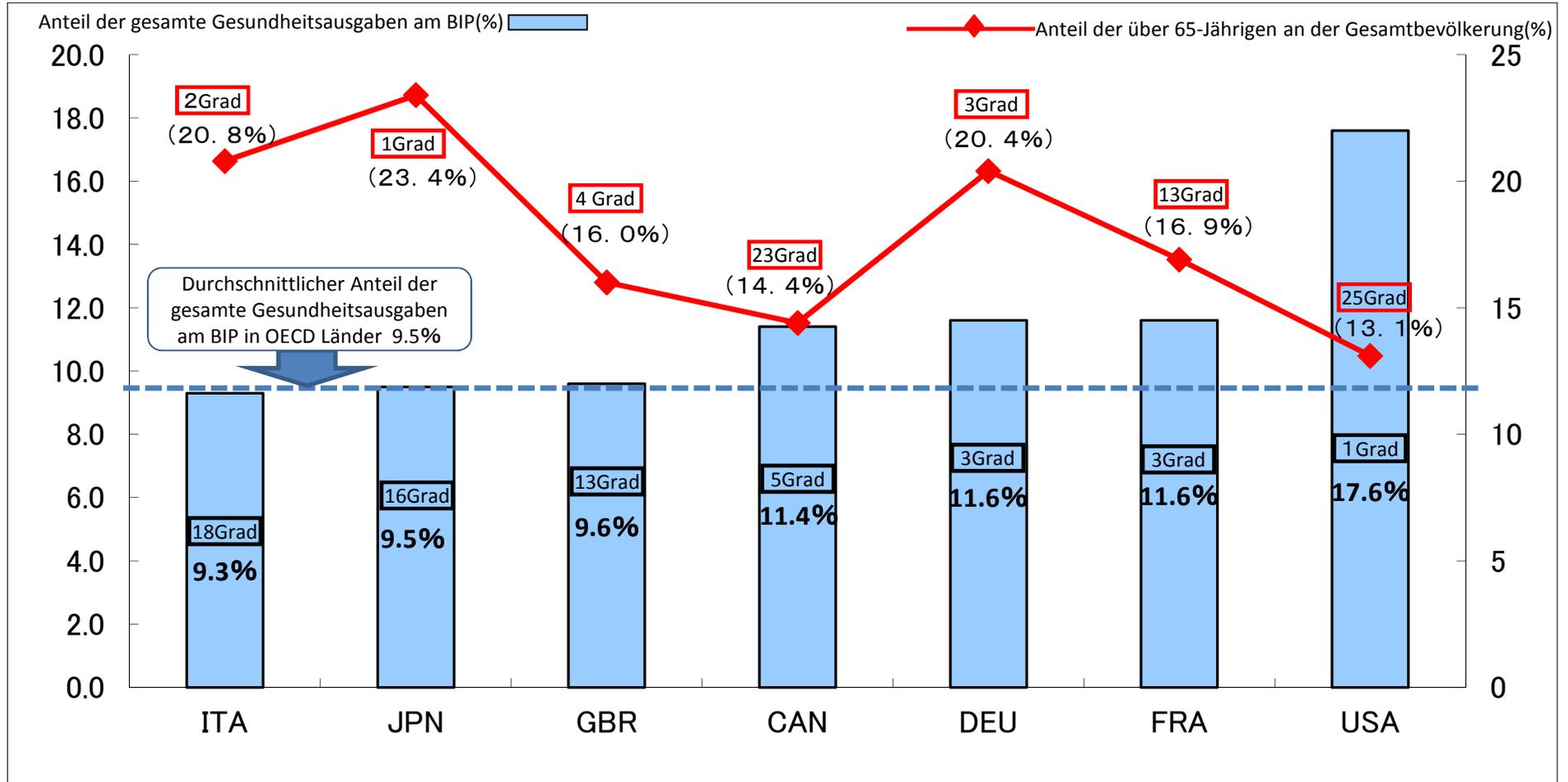
	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
National medical expenditure	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.5	3.9
Medical expenditure for the elderly (over 75)	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.5
National income	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.6	0.9	▲7.1	▲3.6	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲2.1	▲0.8	0.8	1.0	0.9	1.5	1.0	▲4.6	▲3.7	-

Note 1: National income and GDP are from "National economic accounting" published by Cabinet Office (Dec. 2010). Being used to compare the medical expenditure among OECD countries, total healthcare expenditure is a type of medical expenditure which covers wider areas such as preventative services and so on. The ratio of average medical expenditure of OECD countries to GDP was 9.5% in 2009.

Note 2: The FY2010 figures for national medical expenditure and medical expenditure for the latter-stage elderly people are estimated figures worked out by multiplying previous year's National medical expenditure and Medical expenditure for the latter-stage elderly people respectively with the rate of increase of approximate medical expenditure for the year in question; figures in italic represent the rate of increase of approximate medical expenditure.

Anteil der gesamte Gesundheitsausgaben am BIP sowie Alterungsrate im G7 in 2010

☐ Rangordnung in OECD 34 Länder



○ Quelle:OECD HEALTH DATA 2012

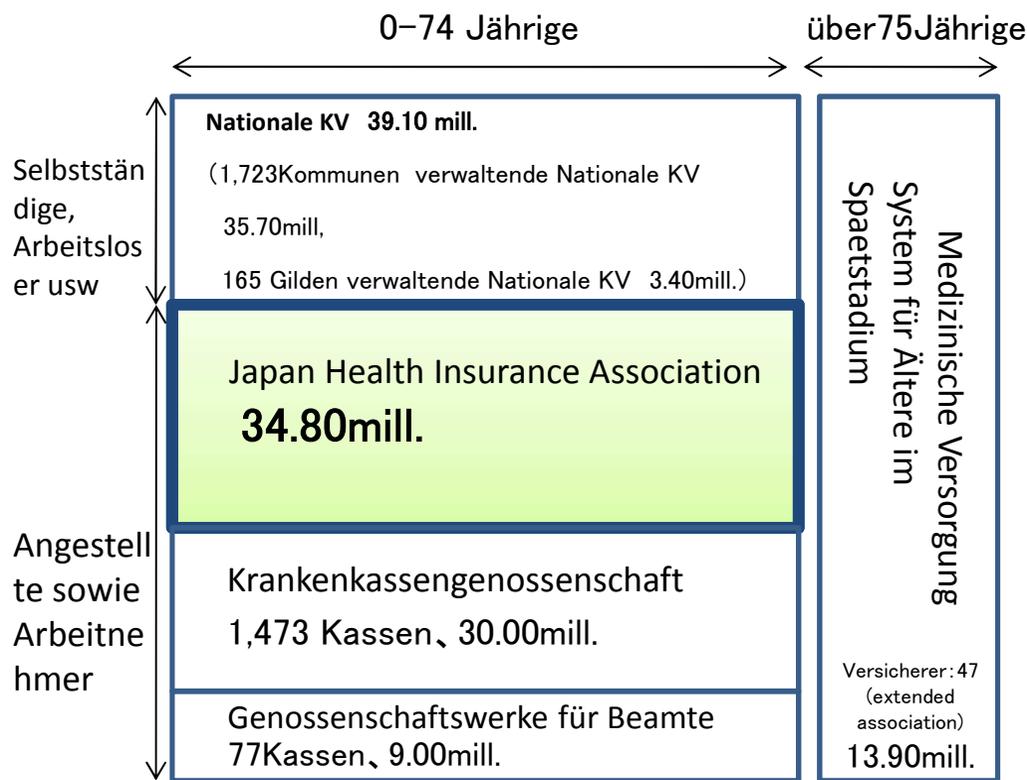
○ japanischer Anteil der gesamte Gesundheitsausgaben am BIP(%) basiert auf die Zahlen in 2009

Japan Health Insurance Association
("Kyokai Kenpo")
(ehemalige "Seikan Kenpo" (Regierung))

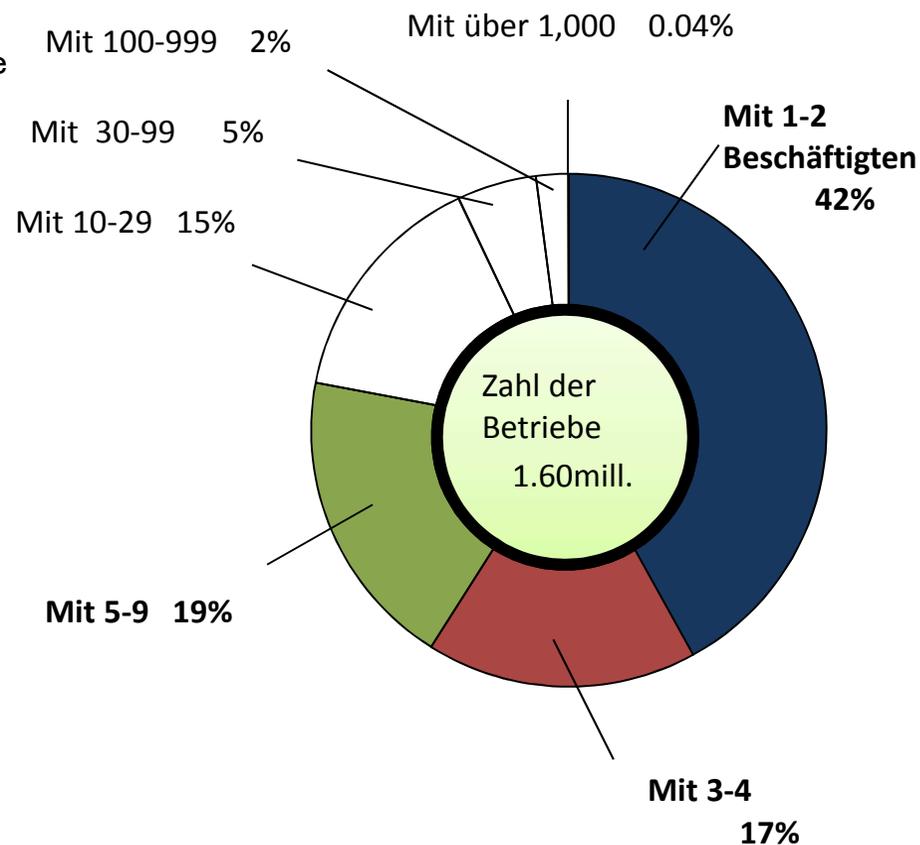
Japan Health Insurance Association ("Kyokai Kenpo")

- Mitglieder : 34.8 mill. (ca.27.8% aller japanische Bürger)
- seine Mitglieder sind wesentlich Angestellte und Arbeitnehmer sowie ihre Angehörige von KMU. Die Betriebe mit unter 9 Personen sind ca.80% der versichertender Arbeitgeber.

○ Versicherungsarten (stand Ende März 2010)



○ Betriebsgröße mit Beschäftigte (Stand Ende März 2012)



Krankenkassengenossenschaft
("Kenpo Kumiai") sowie
National Federation of Health Insurance
Societies(KENPOREN)

Krankenkassengenossenschaft (“Kenpo Kumiai”)

1 Organization

(1) Krankenkassengenossenschaft ist öffentlich-rechtliche Körperschaft, die ihren Versicherten nach Gesetz festgelegte Leistungen (Krankenbehandlung usw.) anstatt Staat gewährleistet. (平成25年6月1日現在: 1421 Kassen (Stand: Juni 2013))

(2) Krankenkassengenossenschaft teilt sich an je nach die Organisationsart Zwei Arte.

- Einzelgenossenschaft: von einen Arbeitgeber allein gegründet (Versichertenzahl muss über 700 Beschäftigten sein)
- Innungskrankenkassen: von mehrere Arbeitgeber (vor allem KMU) in der gleichen Branche gemeinsam gegründet (Versichertenzahl muss über 3000 Beschäftigten sein.)

2 Geschäftsbeschreibung

Krankenkassengenossenschaft verrichtet für ihren Versicherten die Versicherungsleistungen sowie die gesundheitliche-Wohlfahrtsgeschäfte (Dienste).

(1) Versicherungsleistungen

- Regelleistungen: vom KVGesetz festgelegte Leistungen
- Mehrleistungen (Satzungsleistungen): zusätzliche Leistungen neben den Regelleistungen (z. B. Teuere Betrag als gesetzliche

Entbindungsgeld (in der Regel 420,000 Yen)

(2) gesundheitliche-Wohlfahrtsgeschäfte (Dienste)

z. B.: Gesundheits-Check-up, Zahnvorsorge, Gesundheitsberatung, Einrichtung und Verwaltung der Gesundheitszentrum等

3 finanzielle Verwaltung

(1) Die notwendige Kosten zur die Verwaltung der Krankenkassengenossenschaft wird wesentlich von der Beiträge aus Arbeitgeber und Arbeitnehmer gedeckt

(2) Die staatliche Zuschüsse für die Krankenkassengenossenschaft sind i) Zuschüsse zur Verwaltungskosten (c. a. 3 Mrd Yen, 2013) sowie ii) Zuschüsse für die Leistungskosten usw. von der Kassen in Bedrängnis (c. a. 1.5 Mrd Yen, 2013)

(3) Die Beitragsätze sollen innerhalb von 30 bis 120% gegen dem Grundentgelt jeder Versicherten festgelegt werden. Jede Kassen können ihre Beitragsätze selbstständig festlegen (es muss von Gesundheitsminister zugestimmt sein).

(4) Der Genossenschaftsausschuß jeder Kassen soll sich als das Entscheidungsorgan für die Verwaltungsaufgaben (z. B. Beitragsätze) entscheiden.

4 Aufsichtsbehörde

„Regional Bureau Health and Welfare” vom MHLW (7 regionale Ämter sowie 1 Zweigstelle, Hokkaido, Tohoku, Kanto-Shinetsu, Tokai-Hokuriku, Kinki, Chugoku-Shikoku, Shikoku (Zweigstelle), Kyushu)

5 Dachverband

National Federation of Health Insurance Societies (KENPOREN), am 29. April 1943 gegründet

Mitgliederkassen: 1,420 Krankenkassengenossenschaft (Stand: 1. April 2013)

Medizinische Versorgung System für Ältere im Späetstadium(über 75 Jährige)

Bisherige Diskussion über Medizinische Versorgung System für Ältere im Spätstadium

Hintergrund

- Der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt führen zu einer Kostenexplosion für vor allem Ältere in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Unausgeglichheiten über die Altersstruktur sowie Einkommensniveau zwischen nationale KV(Kokuho) und KV für Angestellten usw
- Fast alle Ältere waren damals von nationale KV(Kokuho) versichert und Einkommensniveau der Ältere waren niedriger. Wegen des strukturellen Grunds wurde die Finanzlage nationaler KV schlecht. Einige Gegenmaßnahmen waren notwendig.
 - japanische gesamte Gesellschaften sollen sektorübergreifend immer steigende medizinische Kosten für Ältere unterstützen.

Geschichte

- 1961 Alle japanischen Bürger waren gesetzlich versichert, d.H. Verwirklichung der Bürgerversicherung(Kokumin Kai Hoken)
- 1973 für nur Ältere wurden alle Selbstbeteiligung als Patienten ganz abgeschafft. Das führen zu einer Kostenexplosion für vor allem Ältere. Die Finanzlage nationaler KV wurden insbesondere ganz schwacher.
- 1983 Gründung des frühen med. Versorgungssystem für Ältere...Ältere sollen wieder ihre Selbstbeteiligung bezahlen. Als gemeinsame Arbeitsgemeinschaft sollten alle Kassen ihre Kostenbeteiligung für med. Kosten der Ältere bezahlen. Med.Kosten für Ältere wurden von Steuermittel und Kostenbeteiligung der Kassen sowie Selbstbeteiligung gedeckt.
 - große Unzufriedenheit beim KV für Angestellten usw
 - Kommunen trugen ihre Verantwortung für die Leistungen, aber nicht für die Finanzierung (Die Verantwortung für die Finanzierung trugen jede KV). Deswegen jede KV konnten nicht damalige Kostenexplosion ganz verwalten.
 - (Notiz) damalige japanische Regierung hat die Kostenexplosion durch die Erhebung höherer Selbstbeteiligung, Ausbau des Steuerzuschuss, sowie Gründung gesetzlicher Pflege Versicherung gebremst.
- 2008 Gründung des med. Versorgungssystem für Ältere im Spätstadium... Schaffung neuer einzelnen KV Systems für nur über 75 Jährige (Versicherer: 47 "extended association" in jede 47 Präfekturgebiet). gesamte japanische Gesellschaft einschließlich Staat sowie die lokalen öffentlichen Körperschaften sollen die med. Kosten für Ältere mit Hilfgelder aus Kassen (Kostenbeteiligung) und Steuermittel unterstützen.

Aktuelles System

< Medizinische Versorgung System für Ältere im Spätstadium >

- Der pflichtige Anteil über alle med. Kosten für 75 Jährige ist festgelegt. d.H. Steuermittel ca.50%, Hilfgelder aus Kassen (Kostenbeteiligung von Jünge) ca.40%, Beträge aus 75 Jährige ca.10

- Der Betrag des Beiträge von über 75 Jährige ist grundsätzlich gleich, wenn sie leben in gleicher Präfektur mit gleichem Einkommen.

< Finanzausgleichsystem bzgl. med. Kosten für 65-74 Jährige >

- 65 bis unter 75 Jährige sind wesentlich von nationale KV versichert. Deswegen Unausgeglichheiten über die Belastung zwischen nationale KVs und andere Kassen sollen ausgeglichen werden. (Risikostrukturausgleich)
 - ※ Die Belastung jeder Kassen soll ausgeglichen werden, damit Zahlungen von Krankenkassen mit überdurchschnittlichen jungen Versicherten an Kassen mit überdurchschnittlich alten (65 bis unter 75 Jährige) Versicherten geleistet werden.

Probleme

- starke Kritik als „Altersdiskriminierung“

< operativer Gesichtspunkt >

17 Betreffende (Entgelte) Systems über Kassenärztliche Behandlungen nur für über 75 Jährige wurden abgeschafft. So weit möglich wurden die Maßnahmen nur für 75 Jährige gelöst.

- zukünftige sektorübergreifende Aufgaben

- wie soll Japan immer steigende med. Kosten für Ältere angleichen?
- Trotz schwerer Finanzlabe bei nationaler KV und KV für Angestellten wie soll die Belastung jünger Leute, die Ältere unterstützen, gerecht verteilt?
- wie soll die Fairness der Belastung zwischen verschiedene Generationen oder innerhalb von einer Generation sich verwirklichen

Übersicht japanisches gültigen med.Versorgung Systems für Ältere

Abriss

- seit 2008 treten das gültiges med. Versorgung System für Ältere im Spätsstadium(über 75 Jährige) in Kraft ,damit deutliche Klarheit über die Belastungsverteilung zwischen jüngere sowie ältere Generationen bzgl. med. Kosten für Ältere, die mit demografischem Wandel usw. riesig anwachsen werden, zu schaffen.
- Zugleich wurde das Finanzausgleichsystem zwischen Kostenträger bzgl. Med. Kosten für 65- 74 Jährige eingeführt,damit die Unausgeglichheiten über die Belastungen auf Basis von ungleicher Verteilung von 65- 74 Jährige Versicherten auf jede Kassen ausgeglichen zu werden.

med. Versorgung System für Ältere im Spätsstadium

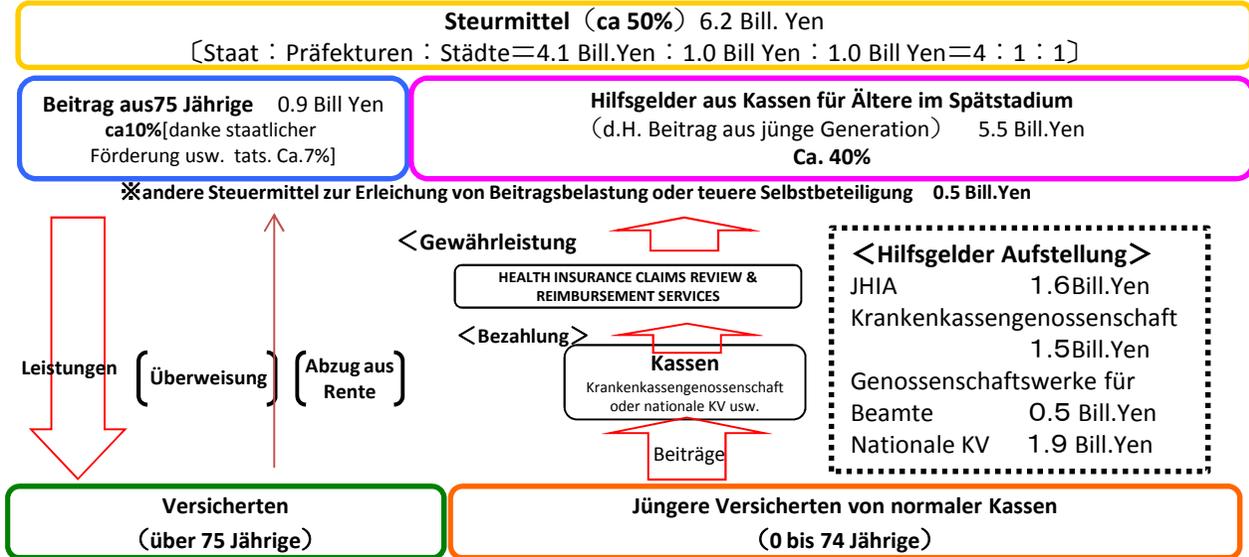
<Versicherten>
über 75 Jährige ca. 15 mill.

<med. Kosten für über 75 Jährige>
Gesamt 14,2 Bill. Yen (2012 FY)
Leistungsausgaben 13,1 Bill. Yen
Selbstbeteiligung 1,1 Bill. Yen

< Beitragsbetrag (Plan in 2012) >
i.D. ca. 5.560 Yen pro Monat
Falls sie nur Grundrente erhalten, ist der Betrag ca. 360 Yen pro Monat

Selbst
Beteiligung
Von
Patie-
nten

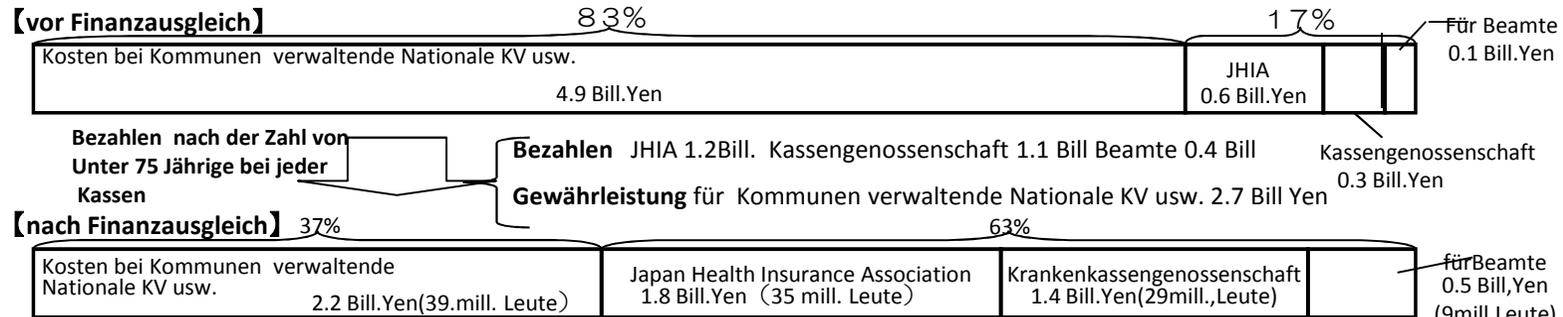
[Versicher : 47 "extended association",daran alle Städte teilnehmen]



das Finanzausgleichsystem zwischen Kostenträger bzgl. Med. Kosten für 65- 74 Jährige

<Gegenstand>
65-74 Jährige ca. 14 mill.

<med. Kosten für 65- 74 Jährige>
5.9 Bill.Yen (2012 FY)



Nationale Krankenversicherung (Kokuho)

Übersicht japanisches Systems von nationalen Krankenversicherungen durch Kommunen usw.

基本データ

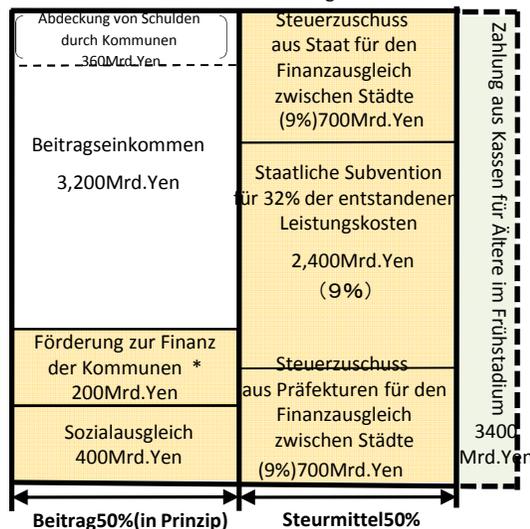
- Versicherer 1,723, Mitglieder 35.49 Mill.
- ein Viertel der Versicherer sind klein, die bestehen aus unter 3,000 Mitgliedern.
- die Altersstrukturen sind hoch, d.H. der Anteil von 65-74-Jährigen ist 31.3% (Krankenkassengenossenschaft: 2.6%)
- das Niveau der Leistungsausgaben ist hoch, d.H. med. Kosten pro Mitglieder 299 Tsd. Yen (Krankenkassengenossenschaft: 138 Tsd. Yen)
- das Einkommensniveau der Mitglieder ist niedrig, d.H. der Anteil des Haushalts mit kein Einkommen oder unter 1 Mill. Yen ist 49.5%

- Beitragslasten sind schwer. i.D. Beitragssatzrate in ihrem EK ist 9.7% (Krankenkassengenossenschaft: 4.8% (Schätzung))
- i.D. Beitragsbetrag 81,000 Yen pro Mitglieder, 142,000 Yen pro Haushalt (pro Jahr)
- mehr Beitragsrückständen ... die Soll-Ist-Quote ist 88.6% (Stand 2010)
- Städte müssen ihre gewaltigen Schulden aus ihrem allgemeinen Haushalt mit Steuermitteln abdecken. (gesamt 360 Mrd. Yen)

• Lastungsgleichgewicht zwischen Städte
< Unterschied zwischen Städte in gleicher Präfektur (pro Kopf)

med. Kosten	26mal (Okazawa)	12mal (Toyama)
Einkommen	65mal (Akita)	13mal (Toyama)
Beitrag	28mal (Nagano)	13mal (Toyama)
Max		Min

Gesamtkosten für medizinische Leistungen usw.: ca. 11.1 Bill. Yen



das System über das Steuermittel

- (1) Staat
 - Staatliche Subvention für die entstandenen Leistungskosten (32%) wird gemäß das Resultat der med. Kosten für die Städte (Kassen) bezahlt.
 - Steuerzuschuss aus Staat für den Finanzausgleich zwischen Städte (9%) besteht aus dem allgemeinen Finanzausgleich (7%), der die Unterschiede in notwendige med. Kosten oder Einkommensniveau zwischen Städte im ganzen Staat ausgleicht, sowie besonderen Finanzausgleich (2%), der die Befreiung der Beitragspflicht wegen der Naturkatastrophe und teure med. Kosten durch regionale Besonderheit (z.B. Opfer von Atombombe) ausgleicht.
- (2) Präfektur
 - Steuerzuschuss aus Präfekturen für den Finanzausgleich zwischen Städte (9%) besteht aus erste Zuschuss, der die Unterschiede in notwendige med. Kosten oder Einkommensniveau zwischen Städte auf Präfektur Ebene ausgleicht, sowie zweite Zuschuss, der gemäß der besondern Finanzlage der Städte in der Präfektur gewährleistet wird.

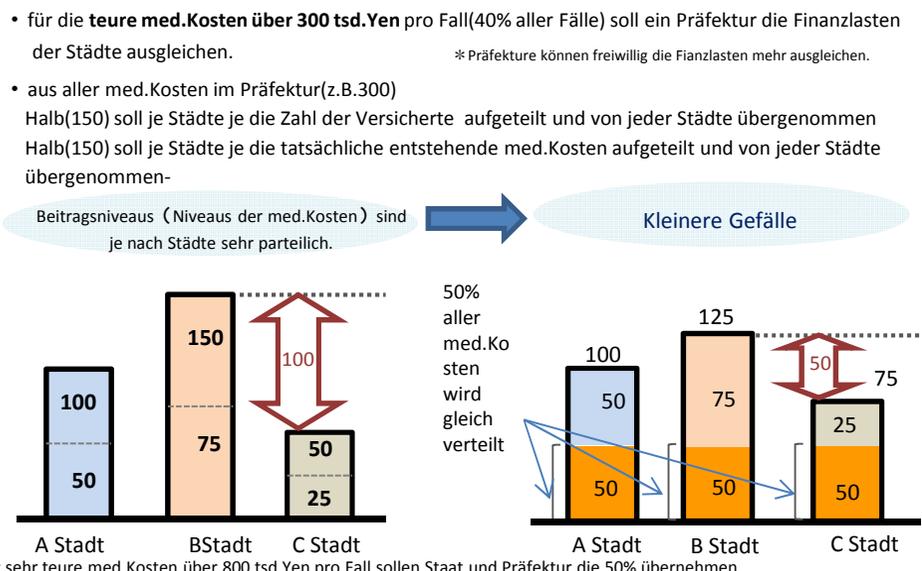
fundamentales System

- alle Leistungsausgaben nationaler KV sind ca. 11 Bill. Yen pro Jahr.
 - davon ca. 3 Bill. Yen kommen von **Kostenbeteiligung aus Kassen für Angestellten, Arbeitnehmer sowie Beamte** usw. her.
 - übrig 8 Bill. Yen soll grundsätzlich durch **Steuermittel und Beitrag** aus der Versicherten **fifty-fifty machen**
 - dazu **Steuermittel ca. 700 Mrd. Yen** wird gewährleistet, um **Sozialausgleich für die Beitragslasten von Geringverdiener** sowie **Förderung zur Finanzierung der Kommunen (Kassen) mit vieler Geringverdiener**
 - * In Rahmen von Förderung zur Finanzierung der Kommunen gibt es Unsterbliches Budget 200 Mrd. Yen (100 Mrd. Yen für die Kommunen mit vieler Geringverdiener, 100 Mrd. Yen für die sehr hohe Behandlungskosten. Dazu Japanisches Innenministerium gewährleistet der Kommunen Finanzausgleichzahlung 100 Mrd. Yen zur Stabilisierung kommunales Haushalt (2012FJ)
- * dazu Kommunen abdeckt 360 Mrd. Yen Schulden aus eigenem Haushalt (2010)

Regelung über Beitrag

- (1) Verlauf der Beitragskassierung **Auferlegung** → **Kassierung** → **Pfändung**
- (2) Auferlegung
 - Grundsätzlich besteht der Bestandteil des Beitrags aus "nach Leistungsfähigkeit" (50%) und "nach Äquivalenz" (50%)
 - jede Städte können den Bestandteil aus vierteilerer Auferlegungskombination von ① einkommensabhängig ② vermögensabhängig ③ pro Kopf ④ pro Haushalt wählen.
 - für die besondere Versicherten (z.B. Geringverdiener) können Städte die Höhe des Beitragsbetrag (nur Teil von "pro Kopf") ermäßigen (Rabattssrate 70%, 50% oder 20%)
- (3) Kassierung
 - Versicherten können das Verfahren aus **Überweisung** oder Abzug von Rente (nur für über 65-Jährige Haushaltsvorstand) wählen
- (4) Pfändung (nur schlechter Fall: ca. 187 Tsd Fälle, 73 Mrd. Yen)
 - für die Zahlungsrückständiger wird kurzzeitgültige KV-Karte (z.B. 6 oder 3 Monaten) abgegeben, damit Städte Einige Kontaktchancen mit ihr festhalten können.
 - für die Zahlungsrückständiger über 1 Jahre ohne besondere Gründe (z.B. Insolvenz, Kranke) wird Sonderzeugnis abgegeben. man muss mit dem Zeugnis alle med. Kosten selber bezahlen (später Erstattung aus Städte). 1.4% der Versicherten haben das Zeugnis (für die Jugend unter Oberschüler darf das Zeugnis nicht abgegeben)

Finanzausgleich zwischen Städte



Strukturelle Probleme von Nationale Krankenversicherung (Kokuho) sowie die Gegenmaßnahmen

1. Altersstruktur

① höhere Altersstruktur , höheres Niveau notwendiger med.Kosten

- Anteil von 65 bis 74Jährige : nationale KV(31.3%), Krankenkassen-Genossenschaft(2.6%)
- med.Kosten pro Kopf: nationale KV(299 tsd. Yen) , KK genossenschaft(138 tsd.Yen)



- Medizinische Versorgung System für Ältere im Spaetstadium(über 75 Jährige)

2. Finanzlagen

② niedrigeres Einkommensniveau

- i.D. Einkommen pro Kopf : nationale KV(840tsd.Yen), KK Genossenschaft(1970tsd.Yen)
- Anteil keiner Einkommenshaushalte : 23.4%

③ schwere Beitragslasten

- Beitragsbetrag pro Kopf / Einkommen pro Kopf
= Nationale KV(9.7%), KK Genossenschaft (4.8%)



- Verstärkung der Finanzlagen【neue Maßnahmen】

- ① dauerhafte Zunahme von staatlichen Zuschuss für nationale KV

- ② mehr Zuschuss für die notwendige Kosten für den Sozialausgleich für die Beitragslasten von Geringverdiener

④ niedriger „Die Soll ist Rate“ von Beitragskassierung

- Die Soll ist Rate : in1999 91.4% → in2009 88.61%
- Höchste : 94.22% (Shimane Präfektur) • Niedrigste : 83.90% (Tokyo Präfektur)

⑤ Unterschlagung aus allgemeiner Haushalte von Städte

- Unterschlagung von Städte : ca.400Mrd.Yen , davon Bilanzkompensation ca360Mrd.Yen sowie , Vorschussnahme aus Haushalte vom nächsten Jahr : ca.180 Mrd Yen

3. Stabilität als KV sowie Gefälle zwischen Städte

⑥ es gibt sehr kleine Versicherer, die höheres Risiko über Finanzverwaltung haben können

- sehr kleine Versicher mit unter 3000 Versicherten 417 (25% aller1723Versicherer)



- Vergrößerung der Versicherungsverwaltung von Städte bis Präfektur【neue Maßnahmen】

- Verstärkung des Funktion über den Finanzausgleich【neue Maßnahmen】

⑦ Gefälle zwischen Städte

- Diskrepanz in med.Kosten pro Kopf in einem Präfektur **Großte 2.6mal (Okinawa) Kleinste 1.2mal (Toyama)**
- Diskrepanz in Einkommen pro Kopf in einem Präfektur **Großte 6.5mal (Akita) Kleinste 1.3mal (Toyama)**
- Diskrepanz in Beitragsbetrag pro Kopf in einem Präfektur **Großte 2.8mal (Nagano) Kleinste 1.3mal (Toyama)**

Angleichung gesamter med.Ausgaben

Angleichung gesamter med.Ausgaben

- Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen treiben mehr höher als BIP-Zuwachs wegen demographischer Entwicklung sowie medizinisch-technischer Fortschritt. Die Beitrags-Steuerzuschuss-Zuzahlungslasten ist im Zunehmen. Der große Zuwachs gesamter med.Ausgaben soll stark kontrolliert und angeglichen, damit nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung festhalten zu können.
- Bislang hat Japan im Wesentlichen durch Erhöhung des Anteil der Zuzahlung (Praxisgebühren) notwendige Gegenmaßnahmen ergriffen. Aber Bezahlensfähigkeit der Patienten sind im Limit.

« wesentliche Aufgaben (Probleme) »

○ Der große Zuwachs gesamter med.Ausgaben

(Notiz)
 • 2000, 2005 2010 : Istwert
 • Ab 2012 : eingeschätzt

	2000	2005	2010	2012	2015	2025
Gesamte med.Ausgaben	30.1 Bill.Yen	33.1 Bill.Yen	37.4 Bill.Yen	40.6 Bill.Yen	45.7 Bill.Yen	61.8 Bill.Yen
Beitrag	16.1 Bill.Yen	16.2 Bill.Yen	18.1 Bill.Yen	20.1 Bill.Yen	22.2 Bill.Yen	28.5 Bill.Yen
Zuschuss	10.0 Bill.Yen	12.1 Bill.Yen	14.3 Bill.Yen	14.8 Bill.Yen	17.1 Bill.Yen	25.3 Bill.Yen
Zuzahlung	4.1 Bill.Yen	4.8 Bill.Yen	5.0 Bill.Yen	5.8 Bill.Yen	6.4 Bill.Yen	8.0 Bill.Yen

« wesentliche Histrie der Gegenmaßnahmen »

○ Erhöhung des Anteil der Patientenzuzahlung

Siehe die nächste Seite

○ Revisionsrate des Gebührenordnung

+0.2% ('00) → -2.7% ('02) → -1.0% ('04) → -3.16% ('06) → -0.82% ('08) → +0.19% ('10) → +0.004% ('12)

(Information) Ausbau staatliches Zuschusses

- **ationale KV**: 20% aller med. Kosten (freiwillig) (1953) → pflichtige Förderung (Gesetzgebung) (1955) → 25% aller med. Kosten (S37) → 45% aller med. Kosten (1966) → 50% erbringter Leistungsausgaben (1984)
- **Japan Health Insurance Association**: freiwillige Zuschuss (1956) → 10.0% erbringter Leistungsausgaben (1973) → 16.4% (1978) → 13.0% (1992) → 16.4% (2010)
- **Medizinische Versorgung System für Ältere im Spaetstadium**: Zuschuss (Steuermittel) 30% (1983) → Zuschuss (Steuermittel) 50% (von 2002 bis 2007 zusammen mit der Erhöhung des Zielalter vom System (70 → 75 Jahre alt) stufenweise durchgeführt)

Verlauf der Erhöhung der Praxisgebühr in Japan

bis 12.1972		ab 01.1973		ab 02.1983		ab 09.1997		ab 01.2001		ab 10.2002		ab 04.2003		ab 10.2006		ab 04.2008 ~ heute		
Vor Bezuschussung der Praxisgebühr für Ältere		Ältere	Nach Einführung des Zuschuss-Systems (Alterswohlfahrtsgesetz)		Alterssicherungsgesetz: Wiedereinführung der Praxisgebühr. Kommunen zahlen Medizinkosten und Arbeitnehmerkrankenversicherung sowie aus Steuermitteln plus Praxisgebühr.								Über 75 Jahre		Derzeitiges System für Ältere			
Nicht-Erwerbstätige, Selbstständige	30%		Keine Praxisgebühr		Stationär 300 Yen pro Tag Ambulant 400 Yen pro Monat	Stationär 1000 Yen pro Tag Ambulant 500 Yen pro Tag (max. 4 mal pro Monat) + kleiner Festbetrag für Arzneimittel	-10 % mit Maximalgrenze - Ärzte können Festbetrag als Härteausgleich wählen -Abschaffung des Festbetrages für Arzneimittel -Schaffung des Sozialausgleichs für Praxisgebühr (bis heute)	10 % (Besserverdienende 20 %)		10 % (Besserverdienende 30 %)				10 % (Besserverdienende: 30 %)				
Arbeitnehmer	Kleine Festbeträge													70~74 Jahre		20 % laut Gesetz (Besserverdienende: 20 %)		
		Jüngere	Nicht-Erwerbstätige, Selbstständige		30 % + Sozialausgleich für Praxisgebühr (bis heute)		Stationär: 30% Ambulant: 30% + kleiner Festbetrag für Arzneimittel				- 30 %		30 %		Unter 70 Jahre		30 % (Vorschulkind: 20 %)	
Angehörige von Arbeitnehmern			Arbeitnehmer		Kleiner Festbetrag → 10 % (ab 1984) + Sozialausgleich (bis heute)		Stationär: 20% Ambulant: 20 % + kleiner Festbetrag für Arzneimittel											
			Angehörige von Arbeitnehmern		30 % + Sozialausgleich → Stationär 20% (ab 1981) Ambulant 30%		Stationär: 20% Ambulant: 30 % + kleiner Festbetrag für Arzneimittel											

^[i] Das System basiert auf dem Alterswohlfahrtsgesetz von 1963. Einige Städte, einschließlich Tokio, zahlen Zuschüsse für die Praxisgebühr. In der Folge waren die Warterräume überfüllt mit älteren Versicherten.

^[ii] Die Versicherten, die sich nicht in der Krankenversicherung für Arbeitnehmer versichern können (Nicht-Erwerbstätige, Selbstständige usw.) werden von den Kommunen in der Bürgerkrankenversicherung versichert.

^[iii] Bis heute gibt es für die Praxisgebühr in Höhe von 10 % und die zusätzlichen Steuerzuschüsse keine gesetzliche Grundlage. Sie ist eine rein politische Entscheidung.

Der Plan zur angemessene med.Kosten

Die Planung zur angemessene med.Kosten

- ◎ **Staat und 47 Präfekturen sollen seit 2008 die Plannen zur angemessene med.Kosten ausarbeiten, um mittel- und langfristige Strategie zur angemessene kosten(z.B. Prävention und Früherkennung gegen chronische Krankheit sowie langfristige Verweildauer) umzusetzen.**
- ◎ (Ziel bis 2012) · Umsetzungsrate bestimmtes „Medical Checkup“ s : 70%、bestimmter gesundheitliche Anleitung 45%、die Patientenzahl des “Metabolisches Syndrom” s über 10%minus seit 2008
 - durchschnittliche Verweildauer: von landesweit 32.2Täge(2008) auf 29.8 Tage cf .Nagano Präfektur(mindestetste) 25 Tage
- ◎ **Der zweiter Plan (ab 2013 bis 2018) wurde von Staat sowie 47Präfekturen ausgearbeitet.**
 (Ziel) · Umsetzungsrate bestimmtes „Medical Checkup“ s : 70%、bestimmter gesundheiten Anleitung 45%、die Patientenzahl des “Metabolisches Syndrom” s über 25%minus seit 2008
 - jede Präfekturen sollen die Ziele über verkürzte Verweildauer selbstständig auf Basis von zukünftige Vision des Versorgungsstruktur festlegen.

Erfolgsgrad des Plans

Bestimmte Medical Chekup sowie gesundheitliche Anleitung

○ Umsetzungsrate

	2008	2010
Bestimmtes Medicalcheckup	38.9%	43.2%
Fertigsrate gesundheitlicher Anleitung	7.7%	13.1%

○ Ergebnisse

- Lösungsrate des “Metabolisches Syndrom” s nach der Fertigung bestimmter Anleitung —c.a 32% (2009)
- dadurch gesparte med.Kosten pro Patienten c.a.90,000 Yen9万円 (2010)

平均在院日数の縮減

○ durchschnittliche Verweildauer

	2006	2010
landesweit	32.2Täge	30.4T:ge
mindeste Präfektur	25.0Täge	23.3T:ge

* Mindeste Präfektur : in 2006 Nagano, in 2010 Tokyo

Gebührenordnung

Gebührenordnung

Übersicht

- Gebühren heißt Honorare für die Leistungen von Kassen(zahn)ärzte, Krankenhäuser sowie kassen,bezahlt von Krankenversicherung(Kassen).

Die Zahl der Positionen in Bewertungsmaßstab

für ärztliche Leistugen : c.a. 4000

für zahnärztliche Leistugen : c.a. 1300 (absehen von die Positionen basierend auf ärztliche Leistugen)

für apothekerliche Leistungen : c.a. 70

z.B. : 5 Jährige Mädchen besuchte eine für Kinder spezialisierte Rettungsstelle um 21 Uhr wegen des hohen Fiebers und Ekels. Nach der Behandlung wurde sie ein Fiebermittel und ein Antiemetikum verordnet. Nachhausekommen.

Erstuntersuchungsgebühr	270 Punkte
Zuschläge für Notdienst (Kinder)	345 Punkte
Zuschläge für die Notbereitschaft in Zusammen mit anderen lokale Kinderärzte 1	450 Punkte
Verordnung	68 Punkte
Insgesamt	1142 Punkte (1Punte = 10Yen)

→ insgesamte med. Kosten 11420 Yen

Bedeutung der Gebührenordnung

① Bestimmung vom Bestandteil des KV-Leistungskataloges

→ d.H.dass grundsätzlich keine Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden darf, deren Erstattungsfähigkeit nicht ausdrücklich von der Ordnung autorisiert wurde(Verbotsvorbehalt).

② Bestimmung des Preises individueller Leistungen (Vergütungsliste)

Gespielte Rollen

- ① Einkommensquelle → das bewirkt die Betriebe der Leistungserbringer
(festgesetzt damit in der Regel notwendige Betriebskosten decken zu können)
- ② Verteilung → das bewirkt die Verteilungen des Honorars zwischen
verschiedene Leistungserbringer.
- ③ Förderung der med.Leistungen → das bewirkt med.Versorgungsstruktur.

der japanische G-BA (Central Social Insurance Medical Council)

Mitglieder der Beitragszahler sowie Leistungserbringer sollen als Vertragspartner über die Gebühren beraten, unparteiliche Mitglieder sollen die Verhandlungen konsolidieren.(drei parteien system)

- ① Mitglieder der Beitragszahler (Vertreter aus Kassen sowie Versicherten) 7
- ② Mitglieder der Leistungserbringer (Ärzte,Zahnärzte sowie Apotheker) 7
- ③ unparteiliche Mitglieder 6

Das Verfahren der Revision des Gebührenordnung

【konkretes Verfahren】

- ① Die Beratungsausschüsse im MHLW legen die Richtlinien für die notwendige Revision fest.
- ② Die japanische Regierung legt die Revisionsrate für den gesamten Umfang der Vergütungen und Preise in einem nationalen Etataufstellungsverfahren fest.
- ③ Auf Basis der Entscheidungen in ① und ② legt der japanische G-BA (Central Social Insurance Medical Council) einen konkreten Einheitlichen Bewertungsmaßstab, DPC (DRG/ PPS), öffentliche Arzneimittelpreise usw. fest und erstattet Bericht.
- ④ Der Gesundheitsminister legt die endgültige Vergütung, Erstattungspreise usw. fest.

