



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

GEZONDHEIDSZORG IN JAPAN

Dr. Y.W. van Kemenade

Yvonne van Kemenade is werkzaam bij de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening. Daarnaast heeft zij een onderzoeks- & adviesbureau in de gezondheidszorg te Zwijndrecht.

In internationaal vergelijkende studies in de gezondheidszorg wordt meestal gekeken naar de West-Europese landen. Daarentegen wordt in economische vergelijkingen Japan veelal als voorbeeldland aangehaald.

ECONOMISCHE GROOTMAGT

Japan, het Oost-Aziatische eilandenrijk, heeft 124,5 miljoen inwoners en is verdeeld in 74 regio's en 3.268 gemeenten. Tweederde van het land bestaat uit bergland van vulkanische oorsprong en is onbewoonbaar. De bevolking woont op een klein gedeelte van het land, 72% woont in de grote steden en een op de drie Japanners woont in het stedelijk gebied van Tokio, Nagoya of Osaka. Japan kan tot het derde meest bevolkte gebied van de wereld worden beschouwd, met 381 inwoners per km². Japan heeft zich sinds het begin van deze eeuw tot een economische grootmacht ontwikkeld en heeft het hoogste inkomen per inwoner ter wereld.

ALGEMEEN

Het Japanse gezondheidszorgsysteem is op een aantal aspecten een afspiegeling van de marktgerichte economie. In de gezondheidszorg wordt daarentegen een beleid gevoerd dat ziekenhuizen georganiseerd moeten worden op non-profit basis, dat alle burgers toegang moeten

hebben, ongeacht hun inkomen en dat artsen de gezondheid van patiënten boven inkomen moeten plaatsen. Het gezondheidszorgsysteem in Japan is gebaseerd op de principes: goede toegankelijkheid, hoge kwaliteit en redelijke kosten. De huidige structuur van ziektekosten is voornamelijk gebaseerd op verzekeringswetgeving van 1922. In Japan zijn meer dan 100 nationale wetten met betrekking tot de gezondheidszorg. De invloeden vanuit China zijn merkbaar in het verzekeringspakket, waarin homeopathische middelen zijn opgenomen.

VERZEKERINGSSYSTEEM

De Japanse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een verplichte ziektekostenverzekering en een toegang tot een uitgebreid pakket van zorg tegen lage kosten. Uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het BBP was in Japan in 1993 7,3% (OECD).

Deze uitgaven als percentage van het BBP kunnen worden vertekend door het feit dat Japan het hoogste inkomen per inwoner heeft van de wereld. In het Japanse verzekeringsstelsel kan onderscheid gemaakt worden in drie groepen:

JAPANSE GEZONDHEIDSZORGSSYSTEEM IS OP AANTAL ASPECTEN AFSPIEGELING VAN MARKTGERICHTE ECONOMIE

1 Werknemersverzekering (63% van de verzekerden): een verplichte verzekering voor werknemers en hun gezinsleden. De verzekering kent een procentuele inkomensafhankelijke premieheffing. De hoogte van de procentuele premie kan binnen een range (3,5% tot 13,3%) zelf worden bepaald en bedraagt gemiddeld 8% van een maandsalaris (werkgever betaalt ten minste 50% van de premie). De werknemersverzekeringen kunnen

worden onderverdeeld in een verzekering voor:

- Grote bedrijven: zij hebben hun eigen gezondheidszorgplan;
 - Kleinere bedrijven (die over het algemeen minder goed af en minder gezond zijn): de overheid is de verzekeraar en subsidieert direct 14% van de uitgaven;
 - Zeelieden;
 - Werknemers in de publieke sector.
- Eigen bijdragen variëren van 10 tot 30% van de kosten: voor de verzekerde werknemers is dat 10%, voor een gezinslid 20% van de ambulante zorg en 30% van de ziekenhuiszorg.

2 Overheidsverzekering (37% van de verzekerden): hetgeen bestaat uit financiële bescherming tegen ziektekosten voor de overige groepen in de samenleving. Voor de zelfstandigen, boeren, gepensioneerden (de minst gezonde groep) en werklozen is de overheid verzekeraar en betaalt de helft van de uitgaven. De hoogte van de premie is afhankelijk van het inkomen, aantal gezinsleden en bezittingen. Deze categorie verzekerden kan worden onderscheiden in:

- a** nationale ziektekostenverzekering (NHI), waar de gemeentelijke overheid als verzekeraar optreedt;
 - b** de NHI-associaties, die mensen verzekeren die in eenzelfde branche werkzaam zijn, zoals kappers en timmerlieden. In dit systeem zijn de eigen bijdragen 30% van de ambulante en klinische zorg.
- 3** Zorg voor ouderen is een aparte component in het Japanse gezondheidszorg-

systeem (pooling). De zorg voor ouderen (ouder dan 70 jaar en bedlegerige mensen van 65 – 70 jaar) neemt een aparte plaats in Japan in. Voor de ouderen is een pooling vastgesteld door de Geriatric Health Act van 1983. De kosten voor de ouderen worden voor 20% betaald uit bijdragen van de nationale overheid, 10% door lokale overheden en door bijdragen van de werknemersverzekering en de overheidsverzekering.

Er bestaat in Japan dus geen keuzemogelijkheid van verzekeringsmaatschappij, de werknemers zijn automatisch aangesloten bij de ziektekostenverzekering van het bedrijf en degene die geen werknemersverzekering hebben, vallen automatisch onder de overheidsverzekering. Aan de eigen bijdrage is, afhankelijk van de verzekering, een maximum gesteld; werknemersverzekering \$438 en \$231 voor de tweede groep verzekerden.

CENTRALE OVERHEID STELT HOOGTE UITGAVEN GEZONDHEIDSZORG IEDER JAAR VAST

Over het algemeen kan worden gezegd dat de groepen die onder de overheidsverzekering vallen een hoger medisch risico lopen en minder draagkrachtig zijn dan diegene die een werknemersverzekering hebben. Alle werkgevers moeten meebetalen aan de overheidsgefinancierde zorg.

De ongelijkheden in inkomen en behoefte worden gecompenseerd door overheidssubsidies aan groepen, niet aan individuen.

Het verzekeringspakket wordt wettelijk vastgesteld. Het is verboden de patiënt kosten in rekening te brengen die niet tot dit wettelijke pakket behoren.

De centrale overheid stelt de hoogte van de uitgaven van de gezondheidszorg ieder jaar vast (in relatie tot het BBP). Het gehele gezondheidszorgsysteem is gebaseerd op wat de overheid bereid is te betalen aan subsidies voor de gezondheidszorg van de minder gezonden en minder rijken. Toen in de jaren tachtig de overheid kampte met een fiscale crisis, werd de beslissing genomen de subsidies te beperken. Dit kon alleen worden gedaan door een grens te stellen aan de totale gezondheidszorguitgaven.

ZORGAANBOD

Er is een grote keuzevrijheid van artsen en ziekenhuizen. Ook de artsen hebben een grote vrijheid in de te verrichten

behandelingen. Wel worden claims achteraf bekeken door een comité van artsen op lokaal niveau, voordat wordt vergoed. Het doel hiervan is overbehandelingen te voorkomen en weloverwogen behandelingen te stimuleren. Ook houdt dit 'review-and reimbursement'-mechanisme de administratieve kosten laag. De administratiekosten zijn in Japan ongeveer de helft van die van de Verenigde Staten voor betalende en aanbieder.

In Japan bestaan naast ziekenhuizen vele klinieken. Er bestaat nauwelijks een functioneel verschil tussen een ziekenhuis en een kliniek. Het verschil tussen een kliniek en een ziekenhuis is gebaseerd op het aantal bedden. Faciliteiten met meer dan 20 bedden worden ziekenhuizen genoemd, met minder bedden zijn het klinieken. In de wet staat dat patiënten niet langer dan 48 uur in een kliniek mogen worden opgenomen, tenzij er

dwingende redenen zijn voor een langer verblijf. In de praktijk houdt men zich niet aan deze regel.

Bijna alle ziekenhuizen hebben uitgebreide poliklinieken. De artsen werkzaam in het ziekenhuis zijn gesalarieerd.

Ziekenhuiszorg wordt betaald op basis van vergoedingen per verrichting, direct door de verzekeraar. De grote ziekenhuizen zijn van de nationale of lokale overheid vrijwillige organisaties of universiteiten. Commerciële ziekenhuizen zijn verboden. Een bedrijf mag een eigen ziekenhuis hebben, maar dan alleen voor de eigen werknemers en de lokale gemeenschap.

Veel artsen in Japan hebben een eigen praktijk (kliniek). Eenderde van de klinieken heeft eigen bedden, omdat zij geen toegang hebben tot de faciliteiten van het ziekenhuis. Artsen met een eigen kliniek mogen maximaal 19 bedden hebben. De ziekenhuizen en klinieken concurreren onderling: de ziekenhuizen proberen hun patiënten te behouden door ook de ambulante zorg te verstrekken en de klinieken proberen hun patiënten te behouden door van het ziekenhuis weg te houden. Er zijn maar een paar verpleeghuizen of andere chronische zorgfaciliteiten. De chronische zorg in de ziekenhuizen wordt wel vergoed door de verzekering.

In Japan zijn de meeste ziekenhuizen en

klinieken particulier bezit. Van de ziekenhuizen is 80% particulier en van de klinieken 94%. De gemiddelde beddenscapaciteit van de publieke ziekenhuizen is veel groter dan die van de particuliere ziekenhuizen. Van het totaal aantal bedden is 60% particulier. Japan heeft in totaal 9.400 ziekenhuizen en 27.000 klinieken.

In Japan is een slechte planning van ziekenhuizen aanwezig. Om een nieuw particulier ziekenhuis te openen is de goedkeuring van de 'governor' van een betreffende regio vereist. Deze goedkeuring is veelal gebaseerd op standaarden voor personeel e.d. en niet op de lokale behoefte aan zorg.

De Japanse gedachte is dat de ziekenhuissector wordt beheerst door de concurrentie. Regulering van de klinieken en ziekenhuizen is relatief zwak in Japan door de grote macht van de artsen. In Japan heeft de artsenvereniging grote politieke invloed. Regionale artsenverenigingen monitoren hun eigen leden.

Van het totaal aantal artsen werkzaam in de gezondheidszorg is 47% werkzaam in de ambulante zorg (klinieken) en 53% in een ziekenhuis.

Van de ambulante werkzame artsen is 88% vrij ondernemer en 12% in dienstverband. De meerderheid van de ambulante werkzame artsen wordt gevormd door huisartsen, die vaak een aanvullende, gespecialiseerde ziekenhuistraining hebben gevolgd.

Een uniek kenmerk van de Japanse gezondheidszorg is dat artsen zelf hun geneesmiddelen voorschrijven en verstrekken. De artsen in klinieken verstrekken zelf de geneesmiddelen; in de ziekenhuizen vindt de verstrekking plaats door de ziekenhuisapotheek.

De tarieven die in rekening mogen worden gebracht, worden door de nationale overheid vastgesteld (tarievenlijst). Er mag aan een patiënt geen hoger tarief in rekening worden gebracht dan op de tarievenlijst staat aangegeven. De tarieven van verrichtingen zijn vanaf het begin laag vergeleken met die in de Verenigde Staten. De tariefbeperkingen hebben geleid tot volumestijging van verrichtingen die de artsen niet veel tijd kosten (bijvoorbeeld het bestellen van laboratoriumtesten). De tarievenlijst wordt iedere twee jaar herzien. ♦