電子レセプト等の活用による保険者機能 の強化等について

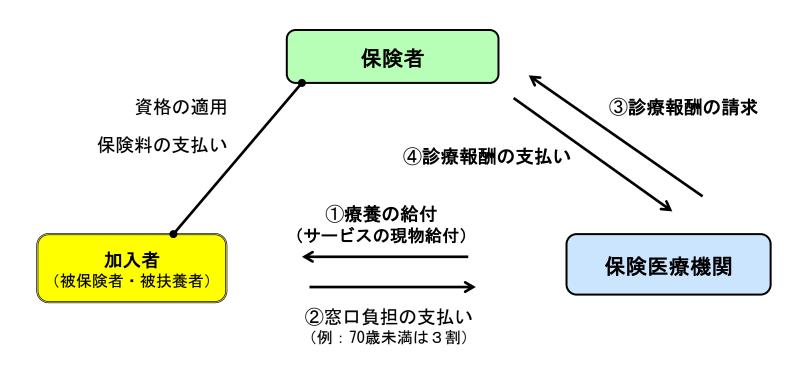
(審査支払機関等の検討)

平成25年7月31日

厚生労働省 保険局

診療報酬の請求・支払いの性格・位置づけ

- 日本の医療保険制度は、原則として「現物給付」の仕組みを採用しており、保険給付分は、保険医療機関・保険薬局が 診療後に、保険者に診療報酬を請求する仕組みとしている。
 - 日本の医療機関の多くは、診療報酬で医業経営しており、**迅速な支払い**が確保されないと、医療サービスの提供にも支 障が生じるおそれがある。
- また、保険医療機関は、被保険者が疾病にかかったとき、容易かつ速やかに診療を受けることができるよう、公法上の 契約に基づき、保険者を区別せず、すべての被保険者に療養の給付を行っている(フリーアクセス)。 この公法上の契約は、保険医療機関は保険診療ルールに従って被保険者に対し療養の給付を行い、保険者はその対価と して診療報酬の支払いを行うという双務契約と解されている。
- 各保険医療機関が多数の保険者にバラバラに請求すると、事務負担が大きく、迅速な支払いにも支障が生じる。このため、保険者は審査支払機関に審査・支払いの業務を委託することにより、診療報酬の円滑な支払いを実現している。



円滑かつ効率的な請求・支払いの仕組み

○ 日本の医療機関のほとんどは、診療報酬によって医業経営しており、迅速な支払いが確保されないと、質の高い医療サービスの提供にも支障が生じるおそれがある。保険医療機関・保険薬局が、多数の保険者にバラバラに請求すると、事務負担が大きく、迅速な支払いにも支障が生じるため、保険者は支払基金・国保連に審査・支払いの業務を委託し、保険医療機関・保険薬局は一月ごとに施設単位でまとめて請求することで、診療報酬の円滑な請求・支払いの手続きを確保している。

全国 約23万の 保険医療機関 保険薬局

医科 9.7万医療機関歯科 7.1万医療機関

調剤薬局 5.3万薬局

訪問看護 0.7万ステー ション ①診療翌月 10日までに 請求

全国のレセプト 受付件数(1ヶ月あたり) 支払基金 約7140万件 国保連 約7820万件

4 診療翌々月 20日(国保連) 21日(基金) 支払

各都道府県の

- 支払基金支部
- 国保連



レセプトを審査 診療報酬の請求額 ・支払額を計算 ②診療翌々月 10日までに 請求 全国 約3400の保険者

保険者数 (平成24年3月末)

- 協会けんぽ 1
- 健康保険組合 1435
- 市町村国保 1717
- 国保組合 164
- 共済組合 85
- ・後期高齢者医療 47 広域連合
- ※その他、地方自治体 (公費負担医療部局) も支払基金・国保連に 審査・支払い業務を委託

③診療翌々月 18日(国保連) 20日(基金) 支払

医療保険におけるレセプトの審査

- レセプトの審査は、診療報酬の支払いを行うに当たって、**診療行為が保険診療ルール(療養担当規則、診療報酬点数表等)** に適合するかどうかを確認する行為であり、これによって保険診療ルールに適合する診療行為を確保している。
- 多様な患者に適切な医療を提供するという保険診療の性格上、現在の保険診療ルールは、診療する医師等に一定の裁量を認めるものとなっており、診療行為がルールに適合するかどうかを、すべて機械的に判断することは不可能である。 このため、最終的には医師等の専門家の目による医学的妥当性の判断が不可欠であり、また、診療側、保険者側双方の信頼と納得を得られる公正な審査の仕組みが必要となる。
- 審査支払機関は、請求内容の査定や返戻のほか、医療機関に対し適正なレセプトの提出を働きかける取組みを行っており、 専門的知見に基づく検証・判断(ピアレビュー)の役割と審査が行われるということを通じて、不適正な請求を抑制する役割 を担っている。

審査とは、診療行為が保険診療ルール(療養担当規則、診療報酬点数表等)に適合するかどうかを確認する行為

診療行為

- ・患者の個別性
- 医療の高度化・専門化

保険制度

・ルールの標準化、画一件を要請



- つ 現在の保険診療ルールは、診療する**医師等に一定の裁量**を認めている。
- 最終的には**医学的妥当性の判断が不可欠**。
- (参考)健康保険法第76条第4項(国民健康保険法第45条第4項に同旨の規定あり)

保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、<u>第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令(=</u> 療養担当規則)並びに前2項の定め(=診療報酬点数表)に照らして審査の上、支払うものとする。

審査委員会の役割

- 診療報酬の「適正な」支払いと、「迅速な」支払いとを同時に達成するには、個別の診療行為の請求内容の妥当性等について、保険者と医療機関との間で**意見の相違があった場合であっても、互いに納得する形で**請求・支払額を**効率的かつ** 迅速に確定することが必要である。
- 審査支払機関は、紛争処理の仕組みを内包した効率的な審査の仕組みとして、「**保険者の代表」「診療担当者の代表」** 「公益の代表」の三者構成の審査委員会で審査を行うことで、その審査が専門的見地から中立的になされることを制度的 に担保している。

- 患者のフリーアクセス (保険者と医療機関の公法上の契約) ⇒ 適正な支払いの要請
- 現物給付の確保 ⇒ 迅速な支払いの要請



〇 「保険者代表」「診療担当者代表」「公益代表」の三者構成の審査委員会により、 公正・中立な審査及び紛争処理の機能を担保

(※)保険者が直接審査を行う場合でも、「フリーアクセス」と「現物給付」を確保するためには、紛争処理の機能が必要である。市町村国保と後期高齢者医療広域連合は、国民健康保険団体連合会(=保険者が共同で設立)による審査支払いの仕組みの中で、三者構成の審査委員会の仕組みを確保している。