

健康・医療ワーキング・グループにおいて議論を行った「保険者による直接審査の推進」及び「支払基金と国保連の役割分担の見直し」において、指摘された課題を解決する実現可能な方策として、委員から新たに提出された意見は以下の通り。

1. 保険者がまず全てのレセプトの確認を可能とする仕組みの導入

健康保険法及び国民健康保険法において、保険者が診療報酬の審査を行うことが原則であり、支払基金や国保連には審査及び支払の事務を委託することができることとなっているが、保険者自らが審査を行う場合には保険医療機関等の同意を求められるなど要件が定められている。

結果、保険者は、保険医療機関等から送付される全てのレセプトを自ら審査したいと考えても、支払いや紛争処理の問題から、現実的には不可能となっており、請求内容如何に拘わらずレセプト枚数に応じて審査手数料を請求され支払わなければならないとなっている。

一方、現在ほとんどの保険者は、審査支払機関の審査済みレセプトをレセプトの請求内容に問題がないか改めて独自に点検しており、レセプトの請求内容の確認という点で機能が重複している実態が存在する。

以上から、支払基金又は国保連が審査する前に個々の保険者が請求内容の点検を行い（現在行っている通り）、疑義があるレセプトのみを支払基金又は国保連に審査依頼を行う仕組み（具体的には以下①～④）を選択できるように環境を整備することで、審査件数の激減による審査手数料の大幅な節約及び審査支払業務の効率化を図るべきではないか。

- ① 保険医療機関等は、支払基金又は国保連にレセプトを送付（従来通り）。
- ② 支払基金又は国保連は、点検を先に行うことを希望する保険者に対し請求内容の審査を行わず、受領したレセプトをそのまま送付。
- ③ 保険者は、請求内容を点検し（従来通り）、疑義があるレセプトについてのみ支払基金又は国保連に審査を要請（事実上の調停）。
- ④ 支払基金又は国保連は、審査要請を受けたレセプトのみを審査（支払いは従来通り）。

以上