

# 台湾のNHI診療費審査システム



## -NHI Medical Review System in Taiwan-

Mao Ting Sheen  
The Bureau of National Health Insurance, Taiwan

### 1. 台湾の国家健康保険体系概要

台湾の人口は 23 百万人であり、そのうち高齢人口が 10.4% を占めている。台湾の国民医療費支出は 1 人当たり 1,087 ドルで、平均寿命は男性 75.6 歳で、女性は 81.9 歳である。

台湾の全国健康保険制度は義務加入制で、すべての国民が加入し、1995 年以後は政府運営の単一保険者方式で単独支払体系である。

また単一体系なので画一化された報酬体系を持っている。台湾の場合、1995 年行為別報酬制と Case Payment の支払い制度を持っており、1998 年～2002 年は総額予算制を施行し、今年から 150 余ケースに対して台湾-包括数価制 (Tw-DRG) を適用している。

### 2. 台湾の医療審査

台湾の医療審査目的は法律に基づいて契約を締結した医療機関が適切なサービスを提供して、保険者が適正金額を支払い医療の質を保障するサービスを提供するようになっている。

保健部傘下にある健康保険局 (BNHI: The Bureau of National Health Insurance) は台湾での唯一の保険者であり、韓国や日本とことなり医療審査部署 (Medical Review Division) が保険局直属傘下の機関である。医療審査部署は医療審査部と医療審査委員会に分れている。医療審査部は審査システムに係わる計画やプロファイリングのための自動判決方法の開発などの中央業務を行い、医療審査部傘下には 6 つの地域支部があって地域単位で審査を行っている。

医療審査委員会では仲間審査 (Peer Review) が行われている。台湾の医療審査業務の流れを <図1> に示す。

#### ㄉ. 審査手続き (Claim Procedure)

医療機関で請求書を提出すればこれを受け、審査確認、プロファイル分析、標本抽出、仲間審査の段階に進行されるのに、例外的事項はプロファイル分析段階で該当医療機関に仮支給 (Provisional Payment) を行う。その理由は標本抽出を通じて検証する事後評価に長時間が必要なためであり、仮支給は請求金額の約 90 パーセントを支給する。電子請求は 1995 年に始まり 2000 年代から請求件の 100% が電算請求になっている。

#### ㄊ. 医療審査 (Medical Review)

台湾の請求件数は外来が月 3 千万件、入院が月 26 万件である。

すべての件に対して深度のある審査を行うのは不可能なので無作為標本抽出を行い、これに対して医師が仲間審査 (Peer Review) を通じて医療審査を進行する。標本抽出率は分野ごとに差があるが、西洋医学科、中医学の外来患者の場合はおよそ 100 件に 1 件、歯科は 20 件に 1 件、入院は 15 件に 1 件の割合で標本抽出を行っている。

例えば、A 病院の請求金額が 100 万ドルの場合、10 件の請求件数が標本抽出方法を通じてサンプリングされたと仮定する。この場合、この 10 件の請求を審査し、その審査結果で削減率が 3% であったなら、この調整率を該当標本に対してだけ適用するのでなく、その病院が請求した全総額 100 万ドルに対して標本の削減率の 3% を適用する。削減率 (deduction rate) は全療養給与費用総額基準で約 3～3.8% である。

### 3. 異議提起と処理手続き

療養機関は調整や削減率に同意しない場合は異議申請が出来るし、訴訟を行うこともできる。異議申請の際は別途の審査医師が該当請求に対して審査して 60 日中に判決結果を回答する。療養機関が判決結果にも満足しない場合は該当の内容を国家健康保険紛争及び仲裁委員会に送ることができ、その仲裁結果も了承できない場合は法的訴訟で移行する。

## 4. 結論

医療審査には専門家的な判断が重要で支給に対する削減は紛争になるので、紛争に対する仲裁基準の作成が重要になる。また医療審査は漸進的に医療の質に焦点を当てた審査が行われる形態に変化させる必要がある。

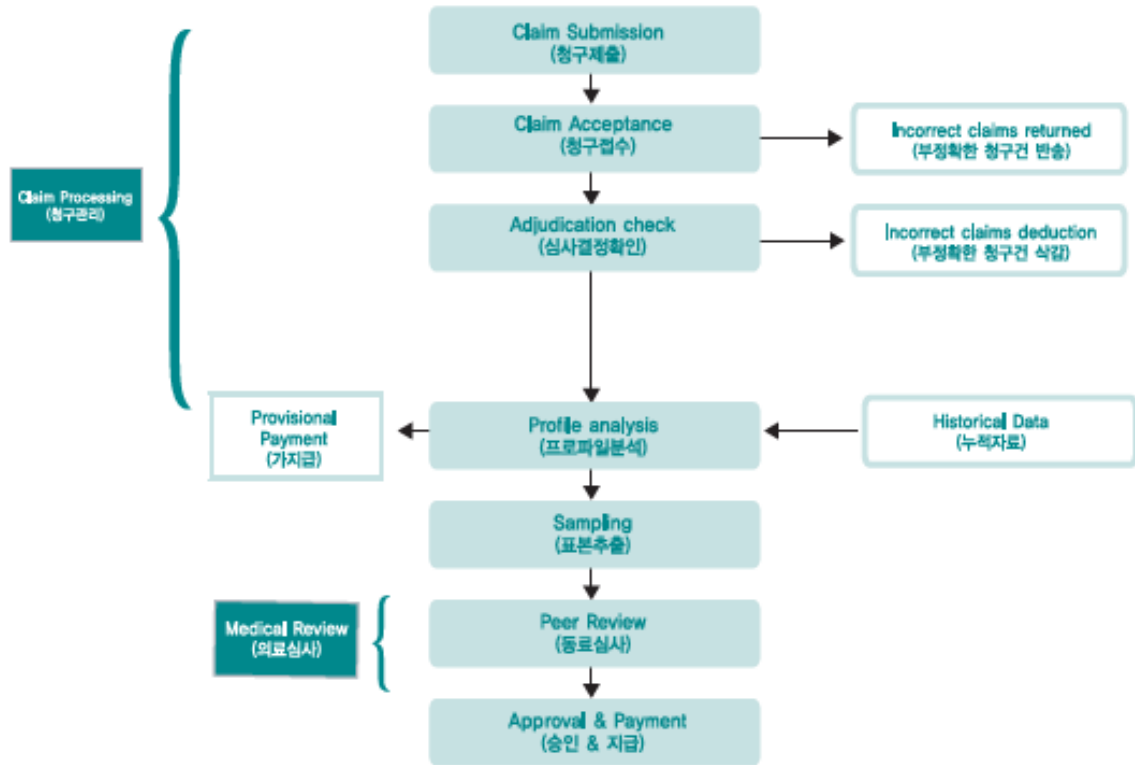


그림1. 대만의 의료심사 업무 흐름도