

# 我が国の健康保険審査

## -Claims Review System in National Health Insurance of Korea-



고선혜 고평선혜 健保審査評価院 審査室長

我が国の健康保険審査に関する理解を深めるために、まず健康保険制度と私たちの院業務を紹介し、その後に審査に関して説明する。

### 1. 韓国の健康保険制度及び健保審査評価院概要

2009年現在の我が国の健保適用人口は全国民の97%、4,861万名で、給与費用は39兆4千億ウォン、保険者負担金は入院80%以上、外来50～70%である。診療費支払い方式は行為別報酬を基本とし、それに7種のDRGが一部で適用されている。

我が国の健康保険は1963年度に医療保険法が制定され、1977年7月に500人以上の職場組合で始まり、12年を経た1989年7月に都市部までに拡大されて全国民医療保険が達成することになった。

しかし組合別保険料賦課の公平性及び管理の効率化問題が持続的に台頭し、2000年7月に単一保険者に統合(国民健康保険公団)され、予防とリハビリなども含んだ健康保険制度に変化した。

一方、行為別報酬制度の特性上、過多及び不適正な診療に関する審査を、費用を支払う保険者(公団)が行うのでは公正性と客観性、専門性に問題があるという指摘が大きくなり、審査だけは別の専任とし、同時に医療の質と費用の適正性に対する包括的保障のための評価制度導入の必要性が浮上し、そのために独立した専門的な健保審査評価院が設立された。

健康保険の管理体系は保険福祉部長官が統括し、保険管理業務は公団が、診療は療養機関が、その両者の間に健保審査評価院が存在して審査と評価、給与政策及び給与基準業務を担当している。

健康保険審査評価院は公正な審査及び評価によって国民に良質の療養給与サービスを提供することを目的に、健保法に基盤を置いて 2000年 7月に設立された特殊公法人である。

主要機能は審査と評価を兩大軸で審査のための給与基準と審査支給された内訳の虚偽・不当可否を現地調査してすべての業務のための情報システムの運営と療養機関の自律的な予防と改善のための適正給与自律改善制を運営しており、あらゆる業務が有機的に連携されている。2010年 1月現在 1,706人の職員が本院と 7支院に勤めており、このうちの 62% が保健医療専門の人材である。

我が国の審査沿革は 1977年医療保険初期にはそれぞれの職場組合別に審査したが審査の一貫性の問題が提起され、1979年7月に医療保険協議会で統合して審査している途中、1988年1月に農漁村地域医療保険が始まり、1979年 1月に設立された公務員及び私学教職員医療保険公団の審査と一元化され、2000年 7月に保険者から独立した。

### 2. 健康保険費用の審査

国民に適正診療を保障して不適切な診療費用の漏水を防止するために、法令、施行規則、施行令と保健福祉部長官が別に告示した詳細事項を根拠として、療養給与費用は図1の手続きによって審査している。療養機関では保険家加入者を診療後、その費用を週又は月単位に EDI システムなどを通じて電算で請求しているし、極めて一部機関で書面請求しているが、この部分もバーコード化して DB形態で管理している。EDIの審査方法に関しては ISO 9001の認証を受けたものである。

2009年度に健保審査評価院は健保及び医療給与などを 80,270ヶ所の療養機関、約12億8千万件、44兆 2千億ウォンの費用を審査した。

我が国に審査制度が導入されて以来多くの制度的・現実的問題があったが大部分は積極的に解決してきた。例えば 2000年 7月には医薬分業の全面施行・財政破綻非常対策など、最近では新種インプル審査に至るまで。しかし持続的に申し立てられた審査の環境とこれに対する対処方案は下記のように3点に要約することができる。

第一に、審査量の持続的な増加及び審査人力増員の限界、週5日勤務制、法定審査処理期限の短縮などに対する対策は EDIなど電算審査環境を 100%造成して薬価、報酬など基本点検、定形化が可能な審査基準及び合併症がない単純多頻度傷病に対する電算審査拡大、医薬品適応症、用法用量など許可事項の食品医薬品安全庁のDBとの連携、療養機関人力施設設備など現況資料と電算連携を拡大する一方、人力が審査する対象を基準・資源・医療利用情報をすべて網羅した多次元分析システムを活用するが表示科目別に差別化された変数を適用して最も効果的に選択して審査して医療機関の総合情報ファイル(プロフィール)、審査知識Bank、審査環境の自動化などを通じる効率的な審査環境を造成した結果、2000年に法定期間 30日の処理率が63%であったが、2009年に法定期間が15日に短縮されたにも関わらず、処理率は99%になった。

第二に、行為別報酬制度下ですべての診療に対する審査基準を決めることはできないので、基準に対する合理性及び透明性に対する論難が絶えることなく提起された。この問題はまず専門家の自問を主とした基準開発を根拠中心医学(EBM)に基礎を置いた客観的根拠の生成と体系的意思決定プロセスを用意するようにして、このため EBHチームを新設するなどの組織も用意した。

次は医学的論難、請願多発性項目など、現在まで問題提起が多かった審査基準をモニタリングして改善整備することができる諮問委員会を設置して医療界の意見を取り集めて合理的審査基準設定及び改善システムを運営した。

また 2009年度には専門家の参加を630人から1,050人に拡大して、会議体を33から41に細分化して専門的な審査になるように環境を造成した。

審査基準は告示された審査基準だけでなく、指針、審評院のホームページに公開するなど、範囲を拡大して透明性を高めてきた。

第三に、審査後にその結果を知らせて管理するのではなく、療養機関が自立的に適正診療・正確な請求ができるように審査評価や現地調査、医療資源など、事前に総合情報をオーダーメイド型で提供することに努めた。現場訪問、書面、教育など多様な方法を通じて高価も指標の高い機関は包括的に、診療費変異が大きいとか行動改善の必要な項目は主題別で管理した結果、管理した機関の改善効果がしなかった機関より高いものになった。同時に社会的に通知すべき項目などは、年末に次年度選別集中審査する予定なのをあらかじめ公開して、診療費を請求する前に自主的に事前点検ができるプログラム提供を拡大するなど審査請求の事前予防を強調している。

審査は継続して変化し鎮火する現在進行形である。したがって審査をより効果的にしようとする努力は今後とも持続する。

図 1 健康保険療養給与費用審査の手順

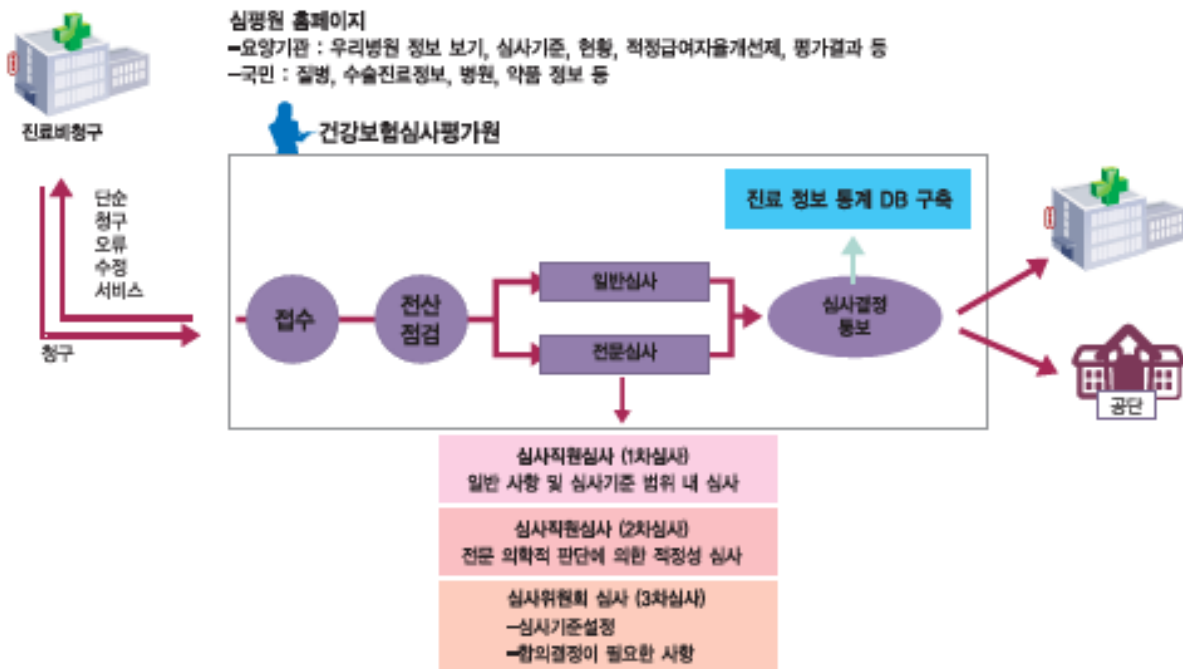


그림 1. 건강보험 요양급여비용 심사의 절차