

韓国の保健医療供給者に対する支払制度

*-Payment systems for Health care providers in Korea-

권순만 グォンスンマン ソウル大学校教授



1. 韓国の医療保障制度の特性

我が国は全国民医療保険制度や制限された給与、診療費に対する本人負担が高い状況で、積極的な支払制度導入は供給者に非給与を増やすことを強く誘引することになっている。また医療法上非営利や行為は営利と違うことがない民間中心の給系体によって供給者は支払制度に対して強い抵抗をする状況である。

また西欧とはことなり、入院と外来が十分に区別されない特性は、総額予算制施行時に予算割り当て基準樹立を曖昧に(伝達体系VS機能側面)している。

2. 韓国の典型的な診療費支払制度；行為別報酬制

行為別報酬制度にはさまざまな問題があることはよく知られているが、公団と医療団体が交渉するが支払者によって報酬が規制されることは成果とも見ることが出来る。

現在導入されている相対価値体系(RBRVS)は、アメリカで診療科の間の相対的報酬差を調整するために開発されたもの(医師サービスに対する調整)や、我が国ではこのような概念より報酬水準を決めるものと認識してきたのが事実であり、RBRVS 本来の目的を果たしにくい問題がある。

3. 韓国の DRG

2007年現在、一部の傷病に対してDRGが施行されており、機関参加率は約 70% 程度で(全入院件数の 8%)このうち、大学病院級の参加は極めて低調である。

統計にだけを見れば、DRGが医院級や小規模の供給者には有利ではないかと見られ、このような形態の自発的参加に依存した診療費支払制度が果して長続きさせる必要があるかは考える必要がある。

DRG 導入初期の評価を見れば、DRG 参加機関の医療費用や在院日数は減少し、抗生剤の場合入院時は減少するが退院後に増加する傾向にあった。すなわち、DRGの適用された部分は減少するが、そうではない部分は増加している。ただ、代替効果があっても減少分が全体的な金額より大きいので肯定的な影響があると見られている。

そして医療の質も大きい副作用がなかったとの報告があった。(対象疾患自体が単純なものなので当然である)。

最近の審評院の報告書を見ると、検査や医薬品で DRG 参加機関の医療量の減少、必須サービスや再入院に、参加機関と非参加機関間の差異はなかった。結果的には治療の質には大きな差は存在していない。しかし病院が医療の質を減少させる誘引があっても医師が質を向上させる誘引が強い開放型病院体系のアメリカとは違い、我が国は医師が病院に雇用された状況で、民間主導で医療が提供されているので、診療費の支払い制度が治療の質に及ぶ影響に対してはさらの多くの注意を払わなければならない。

時系列資料を土台に従属変数を在院日数、独立変数を参加可否、参加期間などで見て、DRG 参加当初の効果と DRGに持続的に参加した時の効果を分析してみた結果、参加当初に在院日数が大幅に減少して、以後参加期間が増加するほど在院日数の減少分が減る傾向であった。このような結果に対する正確な理由は分からないが、1) 初期に非効率性の除去が大きく、さらに除去する非効率性の余地が減ったとか、2) 初期に制度に対する不確実性で制度初期に最も多くの努力が傾けられ、以後は減ったとか、3) 初期の報酬がやや高く費用節減が大きく、以後の費用節減行動が減ることであったかも知れない。しかし我が国は資料が基本的に自発的参加機関の資料しかないという点で、参加の純効果を見るにはなお限界がある。

4. 長期療養病院に対する支払制度

2005年 7月に長期療養病院に対して Per-diem PPSの試験事業に導入された。

費用に対する効果を見れば一日当たり診療費が参加機関で14%程度まで減少し(21,851ウォン→18,798ウォン)、注射部分が大きく減少(49%まで↓)一方、非参加機関は一日当たり費用が1.3%まで増加(19,642ウォン→19,892ウォン)した。コーディングの場合、疾病群の分布が大きく変わり、これはさらに高い補償を受けることができる疾病群に Up-codingしようとする強い誘引があるからだ。

5. 課題

行為別報酬制度では医療サービスが超過供給になる問題があるように、DRG のような制度では過小供給になる問題点があり、十分なモニタリングが重要であり、その意味において審評院の役割は重要である。

また支払制度は健保給与サービスに対して適用されるしかないから、支払制度がむしろ非給与サービスを量産できるので、支払制度改革と保障性強化は同時に追求することである。

支払制度改革の必要性に対して多くの人々は共感しながらもよくならない理由は、強い利益集団が存在するからであり、全国民の便益が費用より大きい費用は少数の医療供給者に集中され、便益は全国民に分散するので常に利益集団が勝ことになる。今後の政策方向は主治医や一次医療はさらに強化して人頭制を適用し、専門的治療に対しては行為別報酬制を適用し、病院に対しては DRG 包括報酬制を適用するが、費用上限を置くことで、総額予算に対して前向きな論議を活性化する必要がある。

また今までは多くの場合、健康保険政策にだけ集中していたが、今後は健康保険政策と保健医療政策の間の有機的な調和が必要と考える。