

医療審査評価12年の成果と課題

김진현 김・진한教授 ソウル大学校看護大学



1. 健保審査評価院の出帆

1963年に我が国の最初の医療保険法が制定・公布された。しかし初期の医療保険法は任意加入方式なので社会保険の限界があった。以後数度の改訂を経て1977年には常雇用500人以上の事業所勤労者を対象に社会保険としての医療保険が始まり、この時全国医療保険協議会が出帆した。1978年には公務員及び私学教職員と1979年軍人家族及び私学経営機関職員に対する公・教医療保険が適用され、1979年には300人以上の事業所に対して医療保険適用が広がった。1977年職域医療保険の開始とともに、専門性のある審査に対する要求が増加し、1979年全国医療保険協議会内に診療費審査委員会を設置して診療費審査支給業務を一元化した。1980年職場医療保険が100人以上の事業所に拡大し、1981年全国医療保険協議会を解体して中央医療保険組合連合会設立に合わせて診療費共同審査委員会が設置運営された。1988年農漁村地域、1989年都市部に地域医療保険が拡大施行され、12年を経て社会保険方式による全国民医療保険時代を迎えた。

診療費審査は、1988年中央医療保険組合連合会が医療保険連合会に名称変更し、公・教公団の診療費審査業務を医療保険連合会に委託して審査機構が統合された。しかし診療費審査の公正性と客観性及び専門性に対する医療界の論難が続き、医療界は保険者からの審査機構の独立を持続的に要求し、1998年医療保険の管理運営体系が統合方式に転換されて、審査機能を独立と療養給与の適正性評価機能を加えた健康保険審査評価院の新設が論議され、2000年7月1日健保審査評価院が出帆した。

審査機構の独立に関しては賛否の意見が対立したが、それぞれの意見は次のようであった。賛成意見は、療養給与費の公正で専門的な審査とともに医療の質評価機能を新設することで医療の質改善と保険財政保護、保険者と医療供給者の相互牽制機能、診療費適正性及び費用効果性評価、審査基準及び療養給与基準改善、4大社保統合とすべての診療費請求の全般的な審査・評価機能遂行を提示した。反対意見は、新しい組織設立に対する行政費用増加、審査機構独立による診療の適正性と保険財政保護効果の不確定、保険者の統制機能限界と医療供給者の影響力強化の問題点をあげた。最終決定は政治的に行われ、健保審査評価院を国民健康保険公団からの独立が決定した。

健保審査評価院は療養給与費用審査と給与適正性を評価する審査・評価専門機関としてその業務を遂行して来て今年で12年が経過した。とくに最近、国民医療費が急増し、それに対する関心と医療サービス及び療養給与の適正性に対する問題が生じ、健保審査評価院の大切さが目立っている。ここに去る12年間の健保審査評価院の成果を評価、これからの進むべき方向の提示を試みる。

2. 健保審査評価院の成果

健保審査評価院は療養給与審査の客観性と公正性及び専門性確保、国民に対する医学的保護、財政保護、国民医療全般に対する管理及び医療体系モニタリングと代案提示を目的として設立され、主要業務では療養給与費用の審査及び療養給与の適正性評価、審査評価基準の開発、審査評価業務と係わる調査研究、国際協力・教育・広報、療養給与対象可否確認、他の法律によって委託受けた診療費審査評価、審査請求と係わるソフトウェアの開発・供給・検査等の電算管理、保険福祉部長官が必要と認めた業務がある。

가.療養給与費用審査

審評院の設立以降の12年間で健康保険の医療利用量は急激に増加した。

2000年対比の療養機関数は35.5%、診療費は3.5倍に増加して不当な支出を阻んで、国民健康向上のための適正医療の提供及び保険財政保護のための客観的で専門的審査の大切さが増大された。

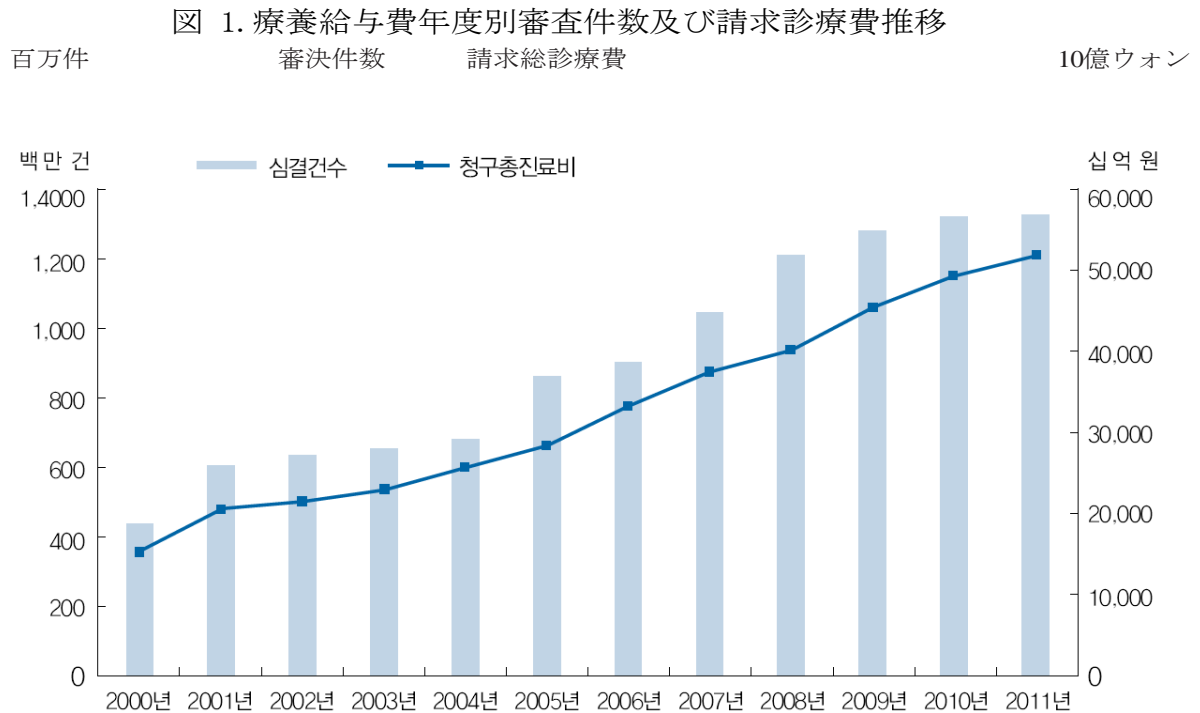


그림 1. 요양급여비 연도별 심사건수 및 청구진료비 추이

図 1.療養給与費年度別審査件数及び請求診療費推移

1977年に書面請求で始まり電子媒体による請求を経て、1996年には電子文書交換方式(EDI)という画期的な診療費請求媒体を基盤として2011年には診療費請求ポータルサービス(Web)に発展し、電子請求の連続性を確保し、発展した技術を適用する段階に到達した。

その結果、電算請求率は99%を達成し、ITを活用した診療費審査インフラを構築した。また診療費審査においても電算化と効率化を追求し、単純エラーに対する審査問題を最小化して審査結果に対する信頼性と受容性を向上した。

適正診療誘導及び正しい請求のための事前予防・管理のために診療件単位で機関単位の総合管理を誘導しており、審査事後関知を通じて審査・支給後審査品質向上のために努力している。

その結果 2000年職員1人当り審査件数が361千件に対して2011年には773千件に増大し職員の生産性は2.1倍に増加し、各種審査事例と分析結果を通じて政策支援機能も遂行している。

とくに健保審査評価院の審査技術はその専門性を認められて海外特許と海外輸出につながって国民経済にも貢献している。

しかし人力及び時間の不足で十分な現地調査が実施できず、未だ個別件の審査に重点が置かれ、療養機関単位の統合的管理が不足で審査結果に対する信頼度と受容性が低いという問題があり、総量管理及び適正診療ガイドラインが不十分で、急増する診療費管理に限界を生じている。これに関連して虚偽請求に対する処罰が充分でなく、現地調査不足を補うことができず、診療費審査削減率が低い点も問題として指摘されている。

表1 健康保険審査評価院の年度別主要成果

年度	主要成果
2000	指標審査
2001	緑色認証制
2002	薬価再評価
2003	適正給与総合管理制施行、代行請求導入、電算審査、専門審査、請求誤謬事前点検施行
2004	薬局請求明細書処方せん別作成
2005	書面請求多重バーコード施行、公共機関・報勲委託病院・無料診療費審査委託
2006	審査指針整備、医薬品選別搭載方式導入
2007	緑色認証制廃止、医院級外来請求明細書日次別作成、選別審査、給与基準モニタリング実施
2008	療養病院報酬開発、新相対価値開発、報勲病院診療費審査委託、DUR実施
2009	適正給与自律改善制、新包括報酬制、総合病院以上総合相談サービス、還払金支給システム構築
2010	薬価再評価廃止、DUR全国拡大、給与基準常時モニタリング実施
2011	診療費ポータルサービス(Web)、指標連動管理制
2012	病院級以上外来請求明細書日時別作成

4. 療養給与適正性評価

健保審査評価院は療養給与に対する審査だけではなく、療養機関が提供する医療サービス(診察、手術、投薬、検査など)の医薬学的妥当性と費用効果性を評価して医療の質的水準向上及び費用負担の適正化を追求してきた。療養給与適正性評価の発展過程は3段階に区分できる。第1段階は2006年以前の評価システム定着段階として評価基盤を造成し、評価結果を提供して国民への公開を始めた。

第2段階は2007年から2010年までで、臨床質評価拡大段階として評価分野を拡大して利用度評価を臨床質評価に切り替え、急性心筋梗塞症と帝王切開分娩に対する加減支給事業を始めた。

第3段階は2011年からと見られるが質評価領域を拡大して質向上支援事業を強化する一方、急性期脳卒中と手術の予防的抗生剤使用にも加減支給事業が適用された。

評価項目は2001年には5個項目であったが2012年には21個項目に拡大され、全診療費の38%にあたる項目に対して評価が行われている。

また評価領域も急性期疾患で重度・慢性疾患で、構造及び過程を評価して、結果指標評価を拡大し項目別評価で類似領域包括評価及び機関単位統合評価と包括報酬疾病群に対する質評価指標も開発している。

図2. 療養給与適正性評価項目拡大

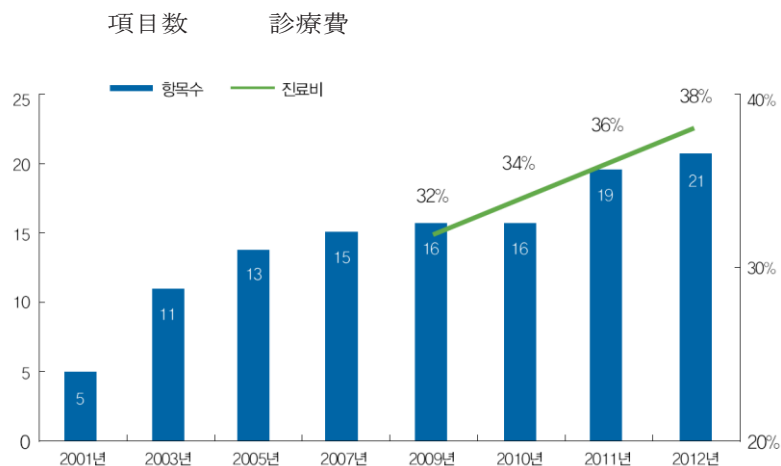


그림 2. 요양급여 적정성 평가항목 확대

このように評価された結果は、各評価項目に対する結果と病院及び診療情報を国民に提供して医療選択権の強化に貢献し、医療機関の診療行動改善と審査など健保審査評価院の内部事業だけでなく、政府など関連産業にも連携して多様な医療情報を提供している。

医療サービスに対する評価及び結果公開を通じて、風邪への抗生剤使用などの薬剤処方率が減少し、手術の予防的抗生剤の適正使用率も改善された。また加減支給事業施行結果、療養機関の間の質的差が減少して下位等級機関の質向上が現われた。

表2 健康保険審査評価院の年度別重要成果

評価領域		臨床的効果	経済的効果 (百万ウォン)	
			累積 便益	年平均 純便益
帝王切開分娩	帝王切開率	3.6%	45,206	2,224
	帝王切開件数	64,258件		
虚血性心疾患	死亡件数	508件	216,178	64,808
	入院日数	35,941日		
診療量指標	死亡件数	91.3件	28,853	28,853
	入院日数	22,458日		
手術の予防的抗生剤	手術部位感染率	47.3%	20,102	20,102
薬剤給与	全体傷病抗生剤	65,867,606件	406,400	25,400
	注射剤	87,537,748件		
	抗生剤耐性率	5.6%		
輸血	輸血量	4,076unit	153	17
計			716,892	141,404

資料：ソウル大学校医科大学医療管理学研究所(2009)療養給与適正性評価効果分析モデル開発研究

健保審査評価院の療養給与適正性評価と加減支給事業はOECD模範事例に採択されるほどその成果を認められた。しかしこれもまた評価結果に対する機関単位の総合化不足と医療の質と診療費用の連携微弱、評価期間の長期化及び評価項目拡大と資料収集の難しさに関する限界を解決しなければならない。

医療サービスだけではなく医療資源(人力、施設、装備)に対してもシステムとインフラを構築して管理・活用しているが、いまだに医療資源の傾斜現象解決と申告内訳に対する事実関係確認等には限界があり、医療資源に対する適正性評価には改善余地が多く残っている。

㉑. 療養給与基準管理及び薬剤管理

健保審査評価院の持続的な給与基準改善と保障性拡大及び医療行為報酬改善を通じて療養給与基準を改善し、新医療技術に対する項目点検と新医療技術の安全性及び有効性評価制度の導入によって新医療技術評価、薬剤及び治療材料に対する管理、相対価値開発など持続的な基準整備で給与基準合理性及び信頼度を進め、健康保険制度の安定的運営及び政府の保険給与政策支援の専門性獲得、給与拡大を通じる国民負担軽減及び疏外階層への配慮、国民健康権保護及び任意非給与解消、為替連動制導入を通じての定期的上限金額調整によって治療材料需給安定に寄与するなど、療養給与基準と薬剤管理のために少なからぬ努力が行われた。

しかし、未だ療養給与基準が医療技術の発展及び医療現場の変化を収容するには限界があり、医療界の持続的な不満を買っており、利害当事者間の対立、薬価差益及び治療材料の事後管理不十分のための問題が惹起され、包括報酬制に対しては導入以後15年の間、まともな評価が実施されず、制度拡大のためのインフラ不足などの問題が残っている。

とくに合理的な薬価を設定して健康保険財政を節減し、国民に良質の医薬品を提供するために試行された健康保険医薬品リスト整備事業は腰砕けになった点と、薬価差益の存在は製薬産業の透明性と競争力を低下させた。

㉒. 情報システム構築及び情報提供

健保審査評価院は最適化された情報システム及びサービス提供のために3段階に分けて評価システム構築とデータウェアハウスが構築された。e-審評院基盤計画、医薬品処方調剤支援システム、審査システム(DUR)構築、診療費請求ポータル構築を通じてのe-審評院実現、次世代審査システム構築、業務PCの仮想化、データ標準化を通じてのスマート審評院という目標の下に、高度化された審査評価システムを構築して世界的なシステムを開発して運営している。

最先端情報システムを利用して審査時間短縮だけではなく医療費節減と情報保護にも最善をつくしており、海外特許及び国際認証と診療費電子システムの海外進出を通じての経済的利益も新たに生み出している。

また正確で膨大な健保データベースと統計資料を開発・管理して保険医療情報のハブとしての役割を遂行しており、各種業務と研究・政策の基礎資料を提供している。

診療費確認制度を通じて国民が不当に出費した診療費に対して払い戻し処理をしており、医薬品処方・調剤支援システム(DUR)を通じて国民の不適切な薬物使用を前もって遮断して多様な健康情報コンテンツ開発と提供を通じて医療消費者の権益保護に寄与している。

しかし膨大な健康保険統計情報を内部的だけで活用しており、外部の専門研究者たちと国民が期待する水準までは公開できず、国民の知る権利を満たすには相変らず不十分な状態である。

3. 総合的評価と今後課題

2000年の出帆以降、健保審査評価院はこの12年間に療養給与費審査と評価において初期設立主旨に合わせて客観性と専門性を確保するのに大きな努力を傾注した。

その結果、一元化された最高の審査専門機関としてその機能を認められて医療給与、報勤、自動車保険(推進中)診療費に対する審査も遂行する専門化された世界最高の審査システムを構築して国際特許だけではなく審査システムの海外進出という業績も成した。

しかし、国民医療費に対する統合管理が不十分で機関単位の総合化が不足し、低い審査調整率及び給与管理が不十分で健康保険財政の継続可能性に対する脅威を解消するには至っていない。

また非給与標準化の不在と、診療費総量管理のための適正診療ガイドラインが不十分な問題も解決されていない。

健保審査評価院は療養給与費用の審査・評価業務だけではなく保健医療情報のハブとして政府政策及び研究の根拠資料を提供して給与基準と報酬など保険政策を開発に基盤を用意して正確で膨大な蓄積されたデータベース構築で国家医療制度発展及び政策支援に大きく貢献している。

しかし政府の立場を脱し、健保審査評価院独自の能動的で自発的な態度で制度改善のために意見を提示すべきであり、急変する保健医療システムと療養機関の要求に歩調をあわせて対応する準備が必要である。

健保審査評価院は医療資源の統合管理のための情報インフラ構築と対国民サービスを通じる情報提供に力を尽くしてきたが、未だ医療資源に対する審査連携及び共有が充分でなく、その正確性が不足で実効性確保手段の不在で医療資源の傾き現象解決に限界があり、この改善努力が必要で需要者の立場で情報を提供して認知度を高めて国民が多様な情報に近づくように改善しなければならない。

健保審査評価院は、その設立目的に合わせて診療費管理の効率性向上のために総合的管理を志向しなければならない、事前予防機能強化を通じて健康保険財政を保護するように審査・評価の方向を設定しなければならない。

また、審査評価結果を積極的に活用して医療の質向上と患者安全改善、診療報酬との連携強化が必要で、医療資源管理の実効性を確保して病床・施設・装備など医療資源の供給を適正化して新医療技術の価格と使用量を管理することができる方法を提示しなければならない。

さらに国民の目の高さの行政を実現して国民が利用し、参加することができる医療サービスと情報提供の努力を惜しまなかったら、世界最高の療養給与審査機関としてさらに発展することができるだろう。

審評院の予算は健保加入者の健康保険料で出費されているという点を常に記憶に留め、最も重要な顧客である加入者の要求と価値を十分に反映する経営を志向しなければならないだろう。

参考文献

1. 김진현, 김·진한 医療審査評価 12年の評価 健保審査評価院創立 12周年記念セミナー

1. ソウル; 健保審査評価院:2012. 7. 表1 健康保険審査評価院の年度別主要成果
2. 健保審査評価院 健保審査評価院 10年の話 健保審査評価院:2010.
3. ソウル大学校医科大学医療管理学研究所 療養給与適正性評価効果分析モデル開発研究 ソウル 健保審査評価院; 4. <http://www.hira.or.kr>