

審査と評価における参加と公開の方向



김수경 (金スキョン) 室長 健康保険審査評価院研究調整室

1. 価値中心の審査評価

保健診療分野の意志決定において'価値'が注目されている。健康保険を通じて価値のあるサービスや財貨を購入し保障することで、原価などの「費用」にでなく「価値」に対する価格策定論議がそれである。この価値とは社会の構成員が認知し、推定あるいは測定されるものをすべて反映する。

価値によって保健医療サービスを保障するには、サービス提供者と消費者¹⁾が認知し、推定された価値が反映される。提供者の場合、特に臨床専門家の場合、価値に対する合意は効果に対する臨床的な根拠を中心にしたものである。また診療保障制度を通じて給与するはずか否を決定する際に、専門家的な判断は費用効果性、すなわち臨床的根拠である効果に加えて費用を考慮して相対的な費用を診察した結果を根拠として成り立っていたりする。消費者の場合は提供者や管理者の一方的ではなく、利用者中心の医療に対する要求を持っている。自身が提供を受けるサービスの効果と品質、そして負担すべき費用などの意思決定が利用者の選好を根拠で決定することに対する要求である。

審査評価院の主要業務である審査と評価業務を遂行する際に、このような価値を反映することが価値中心審査評価と言える(健康保険審査評価院未来戦略委員会、2012. 11)。したがって価値中心審査評価を具現するには、審査評価の利害当事者の価値が反映されるように専門家と消費者の参加構造を準備することが必須である。特に専門家中心の業務を遂行して根拠中心保健医療(evidence-based health care、EBH)を、かつて導入した審査評価院の場合、今から専門家の参加を強化することはもちろん、情報公開など制限的に適用して来た消費者参加を保障する事に、さらに大きな努力を傾注する必要がある。

2. 専門家の参加保障

臨床診療指針は日常的に診療が成り立っており、臨床現場での意志決定を支援する合理的な道具として臨床効果に対する根拠を提供する。全世界的に根拠中心医療に対する関心が増加すれば、臨床診療指針開発及び適用が活発になる。特に先進国を中心に政府支援のもとに政府、専門家団体、保健医療団体が協力を通じて診療指針を開発しており、専門的なウェブサイトを構築して診療指針の普及と拡散に寄与している。

代表的な事例としてはアメリカ保健医療の質評価中心機関である AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)で運営する国家臨床治療センター(NGC、National Guideline Clearinghouse)が挙げられる。各学会は発表された手術などすべての分野に相当する指針を、NGC ウェブサイトに自律的に登録することができる。AHRQは専門家が中心になって構成された委員会を通じて登録された指針を認証している。このように登録された NGCの情報はメディケアなど給与基準決定時、AHRQが提出する意見の根拠になっている。国内でも、保健福祉部の支援で診療指針研究開発が実現しており、ウェブ基盤の診療指針登録と評価体系が作られている(신인순, 2012)。

審査は健康保険給与サービス条項によって請求された診療の妥当性を図る一連の過程である。審査の根拠になる給与基準は健康保険給与決定時、臨床診療指針と共に限定された資源運用の効率性を図るためより、費用効果的な給与運営を目標に用意される。そして給与基準は臨床現場で発生する多様な状況を考慮して適切に審査基準で適用されて運用されることで診療現場で価値中心医療の実現を図ることを目標にするようになる。このために審査評価院は給与基準と審査の円滑な遂行のために医療界と、より協力的で水平的なパートナーシップを構築する必要がある。

アメリカの CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)ではメディケア請求に対する審査を専門機関と契約して運営している。これら専門審査機関を通じた審査運営のためにメディケア給与基

準で規定されない詳細事項決定を担当する CAC(Carrier Advisory Committee)が州単位に構成されている。CACは個別事案に対して審査を直接担当する同僚審査機構とは別に運営されて地域別に適用されるすべての基準に対する検討を担当している。CACは医師以外にも加入者代表とその他医療組職代表で構成され、各構成員は公示された案件に対して所属学会が係わる場合は自発的に参加している (Satya-Murti S.、2009)。このような自発性はパートナーシップに起因することで、これは参加保障及びプロセスの透明性そして手順書の客観性と明確性の確保を通じて可能になる。

図1 根拠中心医療サービス提供のためのパートナーシップ構築

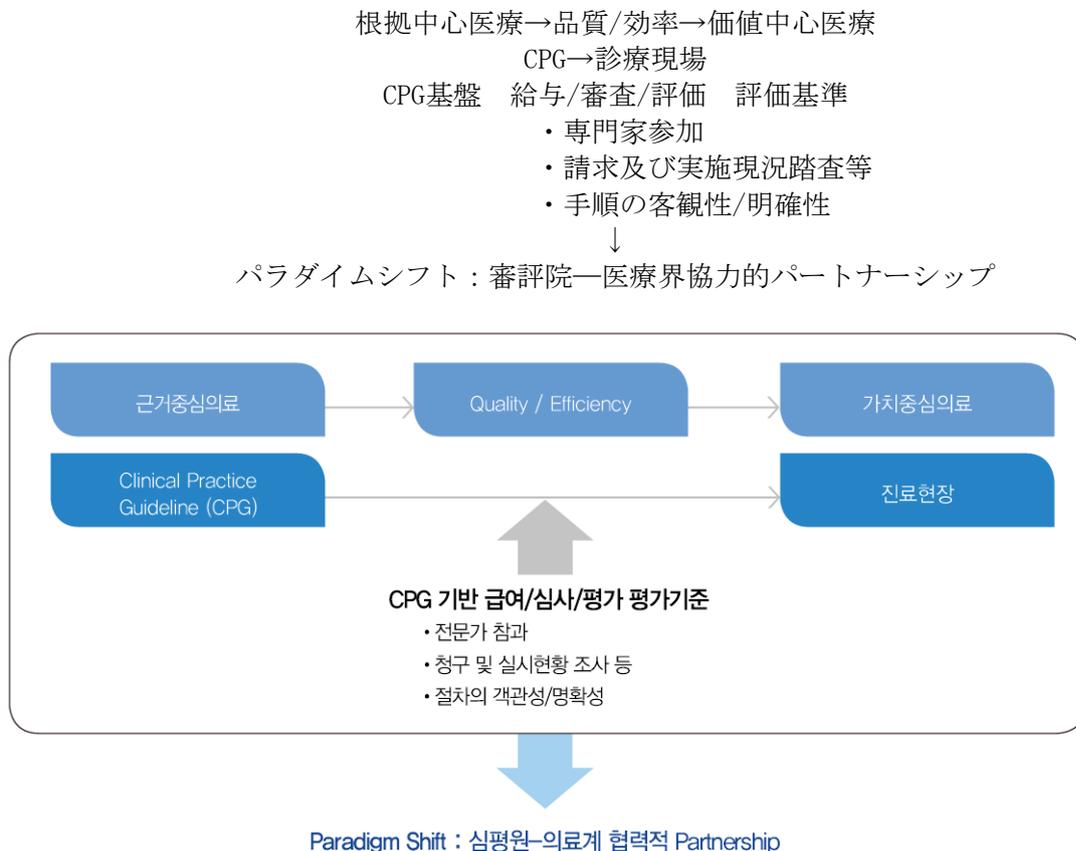


그림 1. 근거중심 의료서비스 제공을 위한 파트너십 구축

図1. 根拠中心医療サービス提供のためのパートナーシップ構築

3. 消費者参加拡大

医療部門における '価値' は大部分臨床的効果や最近強調される費用効果性等に限定した論議が行われているようである。しかし医療技術の社会的価値の論議には社会構成員の価値に対する合意が必要になる。特に健康保険の決定は社会構成員の多くの利害関係に影響を及ぼすので保健医療専門家の外にも患者または消費者の参加を論議することが必要である。

保健医療において意志決定に消費者参加の最も代表的な例はイギリス NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)の市民委員会 (citizen council)である。NICEは医療技術評価及び各種指針の開発において諮問委員会あるいは開発組職に一般市民の参加を義務と規定している。この際、市民は公開方式で募集し、少なくとも二人が参加するようにしており、患者、看病人の外にも地域社会及び一般市民の利害を代表する全国的な規模の組職に指針開発及び施行と関連した諮問を求めることを原則にしている。NICEは意思決定の助けのために一般市民の価値と見解が提示できる常時組職を持っているが、これが市民委員会である。市民委員会は一般市民の常識を代弁するようにイギリスの人口経済学的特性を反映して選定された30人の委員で構成されている。これらは一年に3日ずつ2回に亘るワークショップを開催して各イシューに対してワークショップで導出された見解を報告書にしてNICEの取締役に提出する。NICEの意志決定内容と成果物である指針に対する一般市民の利害を助けるために、すべての指針は患者及び一般市民用バージョンを別に発刊するようになっていく (李ウオンヨン、2012)。

このような市民参加の事例を参考にして、我が国でも給与決定に関する市民参加が実現するように努力している。まず、国民健康保険公団には、健康保険の保障性強化の優先順位決定のために運営される国民参加委員会があり、市民健康増進研究所、ソウル大学保健大学院などが共同で運営する『私が作る健康公約事業』も、その例としてあげられる(梨恩榮、2012)。

4. 審査における公開と参加拡大方向

審査と評価業務は今まで非常に複雑で専門的なものと考えられ、実際に専門家でなければ接近できないほど、その内容は複雑でもある。特に審査においては臨床知識がなければ判断できない事項が大部分のため、専門家の専有物としての特定性が強い。ところが専門家といわれる学会、それに医療界の不満が大きく表出している分野が審査でもある。

審査の根拠になる給与基準は大部分が告示として公開されており、審査評価院でも毎年関連基準を冊子にして配布している。審査基準と事例も持続的に公開範囲を拡大しており、最近では国政監査を通じて前向きな公開方針を用意している(審査評価院、2012)。これに加えて給与基準と係わる意思決定と、より透明性が必要なものは、意思決定構造への参加を保障することから始まる。特に給与基準とこれで具体化される審査基準は、既存の活動より根拠中心的な特定性を強化することが必要である。そのためには学会別の臨床診療指針の開発が拡大され、その結果が健康保険にも反映されるように参加手順の用意が重要である。

体系的文献考察、専門家的な判断、社会的価値などの根拠を基にして各学会及び学界そして韓国保健医療研究員など研究機関を中心に活性化している臨床診療指針が実質的な診療現場での意志決定の根拠にするには審査評価院の業務に至る積極反映が必要である。そのためには給与基準及び審査基準そして審査基準の開発の開発時に臨床診療指針とどのように連携されているかを認識して、同意できる手順の準備が必須である。国民皆保険達成後、審査評価院が遂行している審査と評価が診療現場に及ぼす影響は絶対的である。審査と評価を通じる仲裁活動は医療機関間及び地域間の医療サービス変位を減らす重要な活動である。また審査と評価は診療室内で成り立つ意志決定に直接的な影響を及ぼす。そしてこのような影響は単に事後的な審査活動ではなく、事前に審査基準と評価基準を積極公開して了解度を高めることでさらに大きくなることができる。

そして何より給与基準と審査基準の開発に対する医療界の参加は、これらの基準に対する医療界の受容性を高めるために必須である。したがって医療界の自発的な基準開発及び提案を誘導し、大韓医学会が運営する医療指針情報センターとの交流を推進するなど、専門家の参加を拡大する手順をより具体的に用意する必要がある。このために優先的に共通の根拠を用意する活動で、学会が自発的に審査指針を登録することができるシステムの構築を提案する。

各学会で開発している臨床診療指針を根拠に、審査指針に対する提案を受けられるように審査評価院で登録システムを運営することを例にあげる。基準の自発的提案と共に、提案された基準に対する専門家の意見を受けるようにして、その内容を審議して認証することができる委員会に専門家と消費者の参加を保障することで、全体的な審査の運用に専門家及び消費者の参加機会を拡大することである。現在の審査基準は診療の現実に適合するように整備することもまた、必要である。すでに公表された審査事例公開は計画どおり推進するが、定期的な基準化作業を推進することと共に持続的な改訂を行う作業が必要だが、これは審査指針開発と改訂のための専門家中心の委員会を構成して運営することで可能である。

政策的な介入が必要な部分に対しては、必要分野の選定と事前的な審査指針の用意が考慮で、この時、関連学会の参加を督励することも可能である。アメリカのCMSではCTやMRIなど高価な影像装置を利用する検査に対する詳細指針条項のために、意思決定を支援するシステムを運営しているので、これを参考にすることもできる。すなわち、請求傾向分析を通じて急激な増加がある分野が発見され、高い調停率が発生する分野に対しては特に基準が不明な場合、これを委員会を通じて問題意識を持って審査基準や詳細指針を用意することである。この時決定した細部審査指針は事前に公開されて診療現場でも認知して改善するようにした後、実質的な調停に入るようにする。

このような活動は審査基準自律登録システムと連携し、現在実施している同僚審査とは別に運営する必要がある。

5. 評価における公開と参加拡大方向

2006年機関別抗生剤処方率を筆頭に審査評価院の療養給与適正性の評価結果公開は、消費者を対象

とする情報公開の新しい場を開いたと言える。このときから始まった機関別評価結果公開は、特に医療消費者の選択を支援する役割が強調されてきた。

医療機関の成果を公開することは消費者の購買力を利用した選択(selection pathway)を通じて医療機関間の質向上競争を誘発する結果を生むことが期待された(Berwick など、2003)。また評価を通じて質評価記伝が確保されるによって医療機関と医療陣は内部的な質向上活動を通じて質評価結果を進めるための努力(improvement pathway)を傾けるようになる(Hibbard など、2005)。

図2 審査指針登録システム運営

Actor	学会	審評院		委員会	審評院
Process	審査指針提案	システムアップロード	パブリックコメント	審議認証	審査適用
System	<ul style="list-style-type: none"> CPG基盤審査指針開発 優先順位設定 	登録システム構築/運営		委員会構成 <ul style="list-style-type: none"> 専門家 消費者 	審査適用
審査指針作成、書式提供 医学会のCPG登録システムと独立的に審評院の審査指針登録システム運営					

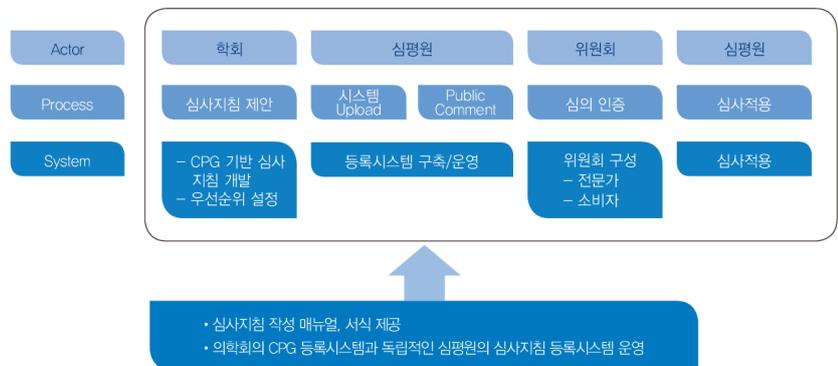


그림 2 심사지침 등록 시스템의 운영

このように評価情報が公開されて情報を活用する対象になること以上に消費者の役割は大きい。実際にアメリカ政府主導の下に医療サービスの質的水準を評価するCHAPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) プログラムがAHRQによって運営されている。この場合共通の設問書を用いて利用者を対象に調査する(Marshall など、2003)。だから消費者を対象に評価結果を提供する給与適正性評価を遂行する際、消費者の役割はさらに拡大して強化する必要がある。

アメリカで消費者が分かりやすく医療保険の成果を比較するように実施されている HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set) では、診療の有効性(effectiveness of care)、診療の接近性及び可用性(access/availability of care)、使用及び相対的な資源利用(utilization and relative resource use) 等と共に診療経験(experience of care)に関する評価が含まれている。現在給与適正性評価の評価分野及び内容もこのような点を考慮して補充して発展することである。

診療経験などを含んで消費者が参加する評価を行い、結果を消費者がよく活用するためには評価運用体系を関連専門家と共に消費者の参加を保障する方向に作って行くことが必須である。消費者が願う必要とする評価情報の開発と消費者が直接評価に参加する構造を確保するための努力が積極的に傾けるべき視点と言える。

6. 参加と公開構造確保

給与基準や審査基準の設定、そして適正性評価のような専門的な分野においても、社会的な価値の反映は時代的な流れである。現在まで審査と評価に関して意思決定の正当性に対して限界と批判があれば、多くの学者たちが提示する要素を考慮して改めなければならないだろう。意思決定過程の透明

性、信頼性ある結果の利用と専門性活用強化そしてフィードバック過程及び異議提起手順の遵守などに対する指摘(ユンフィソク、2007)や意思決定過程の透明性と合理性向上のために適切性(relevance)、公示性(publicity)そして修正可能性(revision)及び執行の義務化(enforcement)など(クォンスマン、2011)は専門家と消費者の参加構造を拡大して、より多くの情報が公開されることを前提として可能になることである。審査評価業務の運用過程で毎日起る意思決定の合理性を向上するには相応しい参加と公開方案の開発のために努力を倍加しなければならない。

1) 消費者(consumer)が保健医療サービスの商品化を意味する単語という主張があり得る。ここでは提供されるサービスを(費用支払可否を別に)利用する主体という意味で用いる。

参考文献

1. 健康保険審査評価院未来戦略委員会：医療審査評価先進化のための未来戦略 2012. 11.
2. 건강보험심사평가원.
3. 권순만 그ォンス만 健康保険保障強化の政策決定過程 HIRA 政策動向 2011年03~04月:7-16.
4. 배은영梨恩榮 薬剂给与決定と市民参加 審査評価院特講資料 2012. 10. 30.
5. 신인순.シンインスン 国内臨床診療指針の開発動向と当面課題、Journal of Korean Medical Association 2012;55(4):371-378.
6. 율희숙 ユンフィソク 保障性拡大政策でよく見た健康保険関連意思決定過程の問題点 KDI 政策フォーラム第178号(2007-06);1-9.
7. 이원영 李ウオンヨン イギリス NICE 医療技術評価の患者及び市民参加経験に対する考察 批判社会政策 34号 2012;2:47-72.
8. Berwick DM, James B and Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement, Medical Care 2003;41(1 suppl.):130-138.
9. Hibbard JH, Stockard H and Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? Health Affairs 2003;22(2):84-94.
10. Satya-Murti S. AllAboutCMS'sCarrierAdvisoryCommittees. 2009.3.19.