

医政メモQ&A

「社会保険診療報酬支払基金とその問題点」

社会保険診療報酬支払基金（以下基金）と国保連合会は現在、保険者からの再審請求の増加の対策に追われている状況にある。一方保険医側からも不当審査等と非難を矢面に受けている。今回は医療費の「適正な審査」「迅速適正な支払い」を使命とする基金の現状と問題を取り上げてみる。

Q1：基金の業務は？

A1：保険者との契約に基づき、①医療保険分の医療費の審査・支払い②老人保健法、生活保護法等の公費負担制度による医療費の審査・支払い③老人保健制度、退職者医療制度に係る保険者からの拠出金の徴収④市町村に対する交付金の交付業務⑤老人保健制度による特別保健福祉事業及び拠出事業⑥介護保険関係業務等を取り扱っている。

Q2：医療機関、保険者と基金の関係は？

A2：保険者は被保険者から保険料を徴収する。医療機関は患者に要した費用を直接保険者に請求するのではなく、基金に請求する。医療機関からの請求が適正か否かを審査した上で基金は保険者に診療翌々月10日までに請求し、請求に基づき保険者は基金に20日までに振込む事になっているが、最近保険者の資金が不足しているためか基金が再三督促するケースも出て来ている。いずれにしても基金は21日までに医療機関に入金しなければならない。保険者の滞納があった場合には医療機関への入金が出来なくなる事もありえる。保険者の窮乏が極まれば、公的資金の導入等が議論される事態が遠からず来る事が危惧される。

Q3：基金の組織構造は？

A3：本部は東京にあり、各都道府県に支部がある。本部では保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表から各々4名と公益代表5名合計17名の理事、更に5名以内の参与、

4名の監事で業務運営の最高決定を行う。

各支部では保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表、公益代表各々2名の合計8名の幹事と4名以内の参与で業務運営の協議を行っている。

Q4：審査委員会とは？

A4：医科42万点以上、歯科20万点以上のレセプトを審査する特別審査委員会が本部にあり中央審査として全国の高額レセプトの審査を行う。各支部には審査委員会があり、審査運営委員会、審査専門部会、再審査部会さらに審査研究会が組織されている。

Q5：基金の審査委員構成は？

A5：学識経験者、診療担当者、保険者側の3者構成で、現在審査委員は全員医師免許または歯科医師免許を持っている。また医薬分業の立場よりAレセプト（歯科・医科レセプト）とBレセプト（調剤薬局レセプト）の突合を事務共助として薬剤師が行う事もある。針マッサージ師の請求については、請求額の増加が著しいにもかかわらず整復師等の関係団体で一括請求され医科・歯科のような審査は無いため、その審査のあり方が問題となりつつある。審査委員の任期は2年で学識経験者は地方社会保険事務局長の推薦、他の2代表の審査委員は各々の団体の推薦により幹事長が委嘱する。職員も含めて支払基金法に基づき厳密な守秘義務が課せられている。

Q6：基金の運営資金は？

A6：保険者との契約に基づいて納入される事務費は、レセプト1件につき118.20円である。入院及び入院外の区別無く同額である。基金はこの事務費のみで運営される。再審査についての負担金は無く、また医療機関の負担金も無い。せめて保険者の基金に対する滞納等の事態を想定すると相応の資金のプールが必要と考えられるが国庫補助は全く無い。こ

の点も国保連合会とは大きく異なっている。

Q 7：再審査請求とは？

A 7：審査の決定に対して保険者が不服として再審査請求する場合と、医療機関が不服として再審査請求する場合がある。これらは再審査部会で審査されるが支払いを少しでも減らしたい保険者と患者の診療で掛かった費用を回収したい医療機関との間に入って適正な審査を行う。最近の容認率を見ると、保険者側からの再審査請求のおよそ30%が認められ、医療機関側からのそれはおよそ40%が容認されている。ただし保険者からの再審査請求は年々増加し基金特に審査委員の負担が大きくなり問題になっている。

Q 8：保険者の、基金による審査無用論とは？

A 8：審査委員は全員歯科または医師免許を持っており、膨張する保険負担対策に悩む保険者から見れば、①基金は医療機関側に立って判断している様に見える事、現在でも②保険者で雇用するレセプト点検員に点検させ大量の再審査請求をしてその財政効果を喧伝している現状がある事、③基金に支払う事務費の負担を減らしたい事等の理由で、基金は再審査相当のみを審査すれば良いと保険者は考えているようである。レセプト点検の外部委託が、厳密な守秘義務を守れるかどうかは非常に疑問であり、医療機関側の再審査請求の費用をどちらが持つか等の複雑な問題があり表立った議論にはなっていないが基金にとって鼎の軽重を問われる問題である。

Q 9：疑義解釈の取扱いの問題は？

A 9：点数表の解釈やいわゆるQアンドAで判断出来ないものは基金本部で検討され、更に判断出来ない場合は厚生省に質問・伺いがされる。厚生省の内部で検討の上、課長通知等の形で結論が出される。終始一貫したものに出来ない事があり、不信をもたらず場合が多々あり制度上の欠陥である。過去に照らして判断出来ないものは厚生官僚の判断にゆだねず、診療側や質問者の基金代表を交えた検討に依る制度に改善すべきである。最近、入院患者の他科受診の問題や在宅医療の併算定

の問題は朝令暮改の感があり、制度の改善を当医師会は主張している。

Q 10：審査委員により異なる判断は無いのか？

A 10：審査員による判断の違いはあるべきではない。定期的な勉強会が催され、また合議や審査研究会、専門委員会等で議論され、最近では再審査の結果を一次審査の審査委員が再確認して均質な判断を行うよう工夫されている。さらに全国的にも「支部間差異検討委員会」を設置しその差異の解消に努めている。コンピューターによる機械的画一的査定は、医療の持つ多様性から日医は反対の立場をとっているがITの時代にあって、徐々に取り入れられる傾向にある。しかし個々の症例によって審査結果に違いがあるのは当然であり、コンピューターによる画一的審査は、状況に応じた良い医療を提供したいという我々の熱意に水を掛けるものである。

Q 11：事務点検・審査事務共助とは？

A 11：事務では、レセプトの患者名、保険者番号等の記載漏れや請求点数の間違いを点検・補正し、不明なものは医療機関に返戻し事務的整備をする。また療養担当規則等に照らし、疑問があるものには付箋を貼って審査員に判断してもらって審査事務共助を行う。薬剤師による行為も審査事務共助に相当する。

Q 12：面接懇談とは？

A 12：審査は療養担当規則や診療報酬点数表の解釈等によって審査されるが、診療行為の適否がレセプトによる書面審査では不十分な場合に返戻等により判断の材料を医療機関に求めるが、さらに適正な審査を行うために診療担当者に来所・説明を求める事もある。道内でも毎月1、2の医療機関に面接懇談の必要があり実施されている。

Q 13：レセプトOCR処理システム（光学的文字読取装置）とは？

A 13：レセコンで作成されたレセプトの下端の文字をOCRで読み取り必要な情報を磁気テープに保存・記録し計算センターに送るシステムである。

Q 14：レセプト電算処理システムとは？

A14：紙レセプトに代えてフロッピー等による請求が認められている。規定があり事前に基金の基準に合致するか否かを確認する必要がある。医療機関・基金・保険者が一貫したシステムで結ばれIT時代を迎えるにあたり効率化が期待されている。

Q15：基金の抱える問題点は？

A15：増加する保険者からの再審査請求の対応が大きい。「審査はその月のみの書類審査でしかなく、保険者の縦覧点検による再審査には毅然として対処すべき」と言うような意

見もあるが基金は苦情処理機能も持たされており、なによりも一次審査を充実させる事が大切である。それと共に保険診療のルールを医療機関、保険者さらに患者等が理解していなければならない。最近一次審査を従来の25日方式を強化して30日方式となった。5日間増やす事により審査を充実させ信頼性を高めようとするものである。そのため医療機関に対する返戻が月遅れになる場合もあり、医療機関側の苦情の一つになっている。

(医政部担当理事 白石 正勝)

