

支払い者による（保険）診療介入

（社）日本透析医会

会長 山崎親雄

いま、社会保険診療報酬支払基金の審査がきわめて厳しくなっていると聞く。原因の一つは、電子レセプト情報にあって、健保組合や支払基金事務方によるコンピュータチェックが容易になったことによるとされる。「二次性副甲状腺機能亢進症」という病名ではなく、ICD分類に基づく「続発性上皮小体機能亢進症」でなければ不可とするという指摘もあったとされる。同様に考えるなら、「医科点数表の解釈」にも載っていて、とても便利に用いられている「透析困難症」という病名などは、はなっから問題とされない時期がくる可能性もある。今ひとつは、都道府県別支払基金独自の審査基準が排除され、全国的に統一されようとしており、もちろんその方向は、「医科点数表の解釈」に規定された項目や、薬事法承認事項以外の、医師の裁量で可とされた部分が、ルール通りへと制限されることになる。

一方、かつて九州のある都市を本社とする大企業の健保組合が、組合員の受診を原則的に指定医療機関とし、アクセスと契約医療施設を限定しようとしたことがある。近隣医師会の反対や、組合員自身の猛反発にあって実現はしなかったが、トヨタ自動車が運営する病院での支払いは、1点あたり9円になっていることは有名な話である。

こうした例に見るように、支払い者は、医療保険給付を通じて診療に大きく関与してきたし、今後一層、介入する部分は拡大するだろう。

ところで、政府管掌健康保険を、社会保険庁に代わって運営する全国健康保険協会（協会けんぽ）が、透析に関する詳細なデータを集計公表した¹⁾。かつて必要に迫られ、一カ月あたりの透析入院費用を調べたことがあったが、結局、大規模な調査結果は見当たらなかったが、ここでは（いとも簡単に）約81万4千円/月と報告されている。ちなみに、外来透析では月40万9千円となっており、日本透析医会が毎年実施する調査の22年度分39万8千円とは、調査条件が異なることを考えるなら、妥当な数字と考えられる。さてこの報告は、協会加入者のわずか0.089%が、総医療費の3.4%を使っているというセンセーショナルなマスコミ報道となったが、実は都道府県別の人工透析費用や、入院期間別の費用が詳細に報告されている。もし透析医療費に関する都道府県格差をなくすとするならば、都道府県での審査を強化するよりも、すべてを包括化したほうが効率よく均等化することができる……という資料になる可能性がある。

最後に、米国のメディケアによる透析の支払い方式が新しくなる²⁾。人工腎臓点数はESAも包括して一定額とし、質を維持するためにP4P（Pay for Performance）とよばれる支払い方式を導入するもので、医療の質の指標として貧血管理と透析効率管理をあげている。具体的には、貧血管理ではHb 10 g/dL以下および12 g/dL以上を、透析効率管理では尿素除去率65%以下を透析の質が悪いと定義し、こうした患者比率に応じて、支払いを減額する方式である。かつて米国では、ESA

を包括したとき貧血管理が悪化したとされ、今回はこの歯止めとして P4P を導入するもので、支払い側がどのように診療に介入するかという国家的実験である。

ESA が包括化されたが貧血の悪化は見られなかったわが国の透析医療の対極にあるものとして、先行きを見守る必要がある。

参考 URL

- ‡1) <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/> (→統計情報→医療費分析→人工透析に関する分析へと進む)
- ‡2) http://www.asn-online.org/policy_and_public_affairs/esrd-bundling.aspx