



レセプトオンライン請求義務化の問題点 — 韓国の現状を鑑みて

中央区西支部 三谷郁生

皆様ご承知かと思いますが2011年よりレセプトのオンライン請求が義務化されます。ついては既に日本医師会を始め諸方面より数多くの問題点が指摘されていますが、この稿では、日本に先駆け、そして日本政府の参考としているレセプトオンライン請求を行っている韓国の情勢を見つつ問題点を考えてみたいと思います。といっても、私は韓国に行ってきたわけではありませんので、保団連発行の「保団連 韓国視察報告」と京都保険医協会発行の「まるわかりオンライン請求」を参考にさせていただきました。

韓国ではレセプトオンライン請求のことをEDI (electronic data interchange) と呼ぶそうです。お時間のない方は次の一文でも読んでいただければ結構です。ソウル特別市医師会から日本へのアドバイスの中の一文中に「EDIはIT技術発展に伴う時代的流れだと見ることができる。いろいろな長短所があるが、現実的な利益がないし、統制の口実として使われる短所がより多く大多数の医師が反対する立場にある」。と言うことです。

韓国の医療制度の概観

最初に韓国の医療制度についてごく簡単に見てみます。韓国は、自由診療の歴史が長く、国民皆保険制度が完成したのが1989年（平成元年）ということで、今も韓国では混合診療が基本だそうです。医療費（対GDP）はOECD30か国中最下位で、2004年の総医療費が日本円で5兆7,263億円、そのうち保険給付は2兆1,699億円と約4割に過ぎず、結局本人負担率が非常に高くなっています。本人負担率は総合病院で5割、病院で4割、診療所で3割、歯科は7、8割です。ただ65歳以上は65歳未満の半額、6歳

未満の本人も半額で入院負担はありません。

さて、私の最初の、かつ最大の疑問は、何故韓国ではEDIが受け入れられたのか、ということでした。EDIは、義務化ではなく、今なお4.9%の医療機関が紙で請求しています。それなのに何故広まったのでしょうか。それは、1) 韓国は1990年代アジア通貨危機で、IMF管理下、金利が14%にも達し、紙請求が支払いに3、4ヶ月もかかるのに比べ、EDIでは15日ですみ、診療報酬の早期支払いが非常なメリットであったこと、2) パソコンの普及率も高く、コンピュータアレルギーが少なく、ハードもソフトも日本に比べ格段に安く、EDIを行う環境を整えるのに20万程度しかかからず、数百万かかる日本のレセコン、電子カルテに比べ「天と地の違い」があったこと。3) 韓国の医療は混合診療が前提で、保険請求が認められないものは、患者自身が負担します。患者さえ納得すれば、自己負担にして問題ありません。何が保険適応なのか、何が審査されるのか、これを刻々と変化する審査基準に準拠しながら、正確に把握するためには、審査プログラムと連動した電子カルテが必要になってきます。そしてEDIが不可欠になってくるということになります。「アメとムチ」でEDIを導入させ、いったん導入すると、政府の強力なパワーのもと、抜けられなくなるのです。

オンライン請求の問題点には、2つの側面があると思います。ひとつは「オンライン請求」そのものの問題点、もうひとつは「義務化」の問題点です。

オンライン請求の問題点

「診療情報・患者さんの健康情報等の目的外使用。民間での利用と医療費抑制への活用。」

日本政府がEDIを導入しようとする背景には、EDIにより医療費が抑制されたというデータがあるからですが、例えば、EDIにより集積された点数は、あらゆる平均値を容易に取り得ます。それは、規模毎、診療科目毎、疾病毎、どのような平均値も瞬時に得られます。韓国では、「健康保険審査評価院」なるものが創設され、レセプトの審査、適正性評価などを一手に引き受けていますが、審査のやり方には、指標審査と詳細審査があり、指標審査は経済性を考慮して行われ、診療科目別、傷病別平均に比較して1.1倍程度以下の場合、コンピューターにより資格審査などをするだけですが、指標より費用の高い外来レセプト（全体の35%、医院10%）と、入院レセプトに対して詳細審査が行われます。不正請求の疑いのある療養機関等に対して現地調査を行い、結果が悪ければ、療養機関の取消しや、医師免許の取消しもあります。医療機関は、評価指標の範囲に収まるように萎縮して請求する傾向がどんどん強まり、結果外来レセプトの平均点は下へ下へと意識した際限のない萎縮請求のメカニズムとなっています。実際EDIの平均点数は、事実上審査フリーパスの紙レセプトより、低くなっています。

保険給付の範囲が狭い上に、適正性評価でどんどん縮小して行きます。保険点数からはみ出す部分は、自己負担。審査で認められない部分も自己負担。もともとの保険給付対象外も患者自己負担という形になっています。こういう制度自体を成り立たせる、制度自体を作るためにもEDIが必要になってきます。EDIは、医療の質を高めるのには何ら利するところがなく、萎縮請求は、萎縮医療を生み、混合診療を肥大させているのです。

韓国の保険制度では、経営を成り立たせる費用の約80%しか支給されなく、ある病院では保険が効く診療を行うと点数が低いので保険の効かない部分の診療をやったほうが良いという若い医者が増え、一般外科の医師はほとんどいなくなったとのこと。米国同様こういったことは社会問題化しないのでしょうか。疑問です。

次に日本政府はオンライン請求で得た結果を

民間でも利用できるように定めています。民間活用というのはどういう事なのか、どこまで制限されるのか分かりませんが、データが、健康産業や、果ては保険会社にまで流れる可能性があります。患者さんの隠したい病歴、通院歴も、隠しようがなくなります。これは個人情報漏洩そのものです。また、韓国では、まだデータの漏洩は起こってはいないようですが、いかに政府が個人情報の漏洩がないといっても、住基ネットを例にとるまでもなく、第一級の国家機密である国防情報すら簡単に漏れるこの国で、情報漏洩は必ずや起こりうると思われます。少なくとも請求ネットに接触する個人による漏洩までは防げません。データは膨大です。その際、患者さんの被害は甚大であり、また医療機関側の責任はどうなるのでしょうか。

義務化の問題点

EDIが普及している韓国ですら、EDIは義務化ではなく、今なお4.9%の医療機関が紙で請求しています。

日本医師会の行った調査アンケートによると、オンライン化に対応できないため廃院を考えていると答えた施設が8.6%で3,611施設もあり、これを開設者の年齢層毎に割合を見ると、80歳以上が35.0%で882施設と最も多く、次いで70歳代が23.3%、1,212施設でした。京都府保険医協会のアンケートでも、「開業医をやめて引退」が3割を超えています。韓国ほど、実利も、環境も整わない、まして環境整備は医療機関側に負担を押し付けるような状況で、このまま強引にオンライン請求を義務化すれば、地域医療を担ってこられた多数の先生方を廃業に追い込み、地域医療が崩壊する危機に直面する可能性があります。

私は、IT化が如何に時代の趨勢とはいえ、現段階では、性急なオンライン請求義務化には反対します。この法律の付帯事項には、「環境が整ったとき」とあります。我々は、抜かりなく準備はしておくとしても、環境の整備を慌てはならないのではないかと思います。

(みたに胃腸科内科)