「選定療養として導入すべき事例等」の提案・意見について

提案・意見につきましては、ホームページに掲載の留意点及び以下の「提案・意見募集の趣旨」をよくお読みいただいた上で提出様式にご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

提案・意見募集の趣旨

○　我が国の医療保険制度は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念を踏まえ、安全性、有効性等の観点から適切な医療については、一定の自己負担で誰もが受けられるよう、速やかな保険適用を図っており、いわゆる「混合診療」については禁止されているところですが、「保険外併用療養費制度」として、保険診療と保険外診療の併用が例外的に認められているものもあります。

○　この保険外併用療養費制度には、将来的な保険導入のための評価を行う「評価療養」及び「患者申出療養」と将来的な保険導入を前提としない「選定療養」があります。このうち、「選定療養」については、現在、以下の15類型を定めていますが、今般、新規導入すべき事例に関する提案と現行の類型の見直しに関する意見を募集させていただきます。

【現行の選定療養（概要）】

|  |  |
| --- | --- |
| ・　特別の療養環境 | ・　金属床総義歯 |
| ・　予約診療 | ・　小児う蝕の指導管理 |
| ・　時間外診療 | ・　水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ |
| ・　大病院の初診 | ・　保険適用期間終了後のプログラム医療機器 |
| ・　大病院の再診 | ・　間歇スキャン式持続血糖測定器 |
| ・　180日以上の入院 | ・　精子の凍結及び融解 |
| ・　制限回数を超える医療行為 | ・　長期収載品 |
| ・　歯科の金合金等 |  |

提出様式

**Ⅰ．提案・意見の種類**

提案・意見が以下のいずれに該当するか、記入欄に番号を記入してください。（※提案・意見は様式１枚につき１つのみ記入してください。）

|  |
| --- |
| １．選定療養として新規導入すべき事例に関する提案（現行の15類型以外で新たに選定療養に導入すべき事例の提案）２．現行の選定療養の見直しに関する意見 |

|  |
| --- |
| 記入欄 |

**Ⅱ．提案・意見の内容**

前Ⅰで記入いただいた番号に応じ、以下について記入してください。

１．「１」を記入した場合

（１）新規導入すべき具体的事例を記入欄に記入してください。

|  |
| --- |
| 記入欄 |

（２）前（１）について、新規導入すべきと考える理由を記入欄に記入してください。

|  |
| --- |
| 記入欄 |

２．「２」を記入した場合

（１）以下の現行の類型のうち、見直しを行うべき類型の番号を記入欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 現行の選定療養（概要） | 徴収することができる料金（概要） |
| ① | 特別の療養環境 | ・入院医療に係る特別の療養環境の提供（差額ベッド）に関する料金・外来医療に係る特別の療養環境の提供に関する料金 |
| ② | 歯科の金合金等 | 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する料金 |
| ③ | 金属床総義歯 | 金属床による総義歯の提供に関する料金 |
| ④ | 予約診療 | 予約に基づく診察に関する料金 |
| ⑤ | 時間外診療 | 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察に関する料金 |
| ⑥ | 大病院の初診 | ・患者が紹介状なしで一般病床200床以上の病院を初診で受診した場合の料金・患者が紹介状なしで特定機能病院、許可病床200床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を初診で受診した場合の料金 |
| ⑦ | 大病院の再診 | ・一般病床200床以上の病院が他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、患者が当該病院を受診した場合の料金・特定機能病院、許可病床200床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関が他の医療機関に対し逆紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、患者が当該病院を受診した場合の料金 |
| ⑧ | 小児う蝕の指導管理 | う蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金 |
| ⑨ | 180日以上の入院 | 入院期間が180日を超える入院に関する料金 |
| ⑩ | 制限回数を超える医療行為 | 腫瘍マーカーのうちＡＦＰ、ＣＥＡ、ＰＳＡ及びＣＡ19-９、リハビリテーション並びに精神科専門療法について、医科点数表に規定する回数を超えて受けた診療に関する料金 |
| ⑪ | 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ | 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する料金 |
| ⑫ | 保険適用期間終了後のプログラム医療機器 | 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用に関する料金 |
| ⑬ | 間歇スキャン式持続血糖測定器 | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（算定告示に掲げる療養としての使用を除く。）に関する料金 |
| ⑭ | 精子の凍結及び融解 | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に関する料金 |
| ⑮ | 長期収載品 | 長期収載品の処方等又は調剤に関する料金 |

|  |
| --- |
| 記入欄 |

（２）前（１）で記入した類型（番号）の具体的な見直し（現行の取扱いの明確化、廃止等）の内容について、記入欄に記入してください。

|  |
| --- |
| 記入欄 |

（３）前（２）の見直し（現行の取扱いの明確化、廃止等）を行うべきと考える理由を記入欄に記入してください。

|  |
| --- |
| 記入欄 |

**Ⅲ．その他**

提出いただいた提案・意見の内容について、確認させていただく場合がございますので、連絡先等の記入をお願いします。

　　○　氏名

　　○　電話番号

　※　ご自身の属性について

　　○　年齢：該当する区分の番号を記入欄に記入してください。

１．20歳未満／２．20歳～39歳／３．40歳～64歳／４．65歳～74歳／

５．75歳以上

|  |
| --- |
| 記入欄 |

　　○　性別：該当する番号を記入欄に記入してください。

１．男性／２．女性

|  |
| --- |
| 記入欄 |

　　○　職業：該当する番号を記入欄に記入してください。

１．医師／２．歯科医師／３．薬剤師／４．看護師／５．その他医療従事者／

６．会社員（医療関係の企業）／７．会社員（医療関係の企業以外）／８．自営業／９．学生／10．無職／11．その他（　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 記入欄 |