

オンライン資格確認のシステム導入義務化の撤回等を求める 歯科医師要請署名

政府の「骨太の方針 2022」では、これまで医療機関において任意とされてきた「オンライン資格確認」のシステム導入について、「2023年4月より医療機関・薬局に原則義務付ける」としました。また、「2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指す」とともに、「システム導入状況を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す」ともしています。誰もが使わざるを得ない保険証を廃止して、マイナンバーカードの取得を事実上義務化するものです。

続く8月の中医協には、紙レセプト請求以外の医療機関等に義務付ける具体案が示され了承されました。医科診療所の97%、歯科診療所の91%が義務化対象となります。このままでは対応できない医療機関を閉院・廃業に追い込み、医療アクセスが阻害される危険性があります。

マイナンバーカードは、申請・更新の煩わしさ、カード紛失による個人情報漏洩の危険など様々な問題があります。マイナンバーカードを取得した人は、大切に保管している人がほとんどで、国民の多くは、マイナンバーカードを保険証として利用することを望んでいません。オンライン資格確認導入の原則義務化は明らかに行きすぎです。あくまでマイナンバーカードの取得は任意です。保険証廃止後も、加入者が申請すれば保険証を交付するとしていますが、わざわざ発行申請を行う負担を国民に課すことは納得できません。これまで同様、保険証は交付したうえで、マイナンバーカードの利用は任意とする方がはるかに簡便で合理的です。

当会では下記の歯科医師署名を取り組みます。みなさまの賛同をお願いいたします。

記

- ◎署名記入欄 … 先生ご自身の歯科医師署名です。（ゴム印でも可）
※同じ医療機関に複数の歯科医師が所属している場合、1枚に複数ご記入でも結構です。
- ◎返送方法 … FAX（03-3209-9918）にてご返信ください。繋がりにくい場合はお時間を置いてから送信をお願いします。
- ◎締め切り … 2022年9月30日（金）
- ◎提出 … 賛同いただいたお名前を連名にして、首相、総務、厚労・デジタル各大臣と地元選出国會議員に提出いたします。

<連絡先> 本要請署名に関するお問い合わせは、東京歯科保険医協会 政策委員会 藤田・深沢まで
〒169-0075 東京都新宿区高田馬場1-29-8 いちご高田馬場ビル6F TEL03-3205-2999 FAX03-3209-9918

歯科医師署名 記入欄 FAX 03-3209-9918

オンライン資格確認のシステム導入義務化の撤回等を求める 歯科医師要請署名

- 一、医療機関等へのオンライン資格確認のシステム導入の義務化は撤回すること。
- 二、保険証はこれまで通り交付すること。

住所

氏名（複数の歯科医師の記入も可）

私のひと言 ※ひと言があればご記入ください