

全国健康保険協会の設立について

・ 政府管掌健康保険の公法人化について	1
・ 運営委員会の委員及び評議会の評議員の選任のイメージ	2
・ 都道府県単位保険料率の設定のイメージ	3
・ 都道府県単位保険料率の機械的試算(平成15年度)	4
・ 保険料率の決定プロセス	5
・ 全国健康保険協会の業務の実施体制のイメージ	6
・ 全国健康保険協会の人員について	7
・ 全国健康保険協会の設立委員について	8
・ 全国健康保険協会の設立に向けてのスケジュールのイメージ	9
・ 全国健康保険協会の設立に向けて	10
・ 医療費適正化のための地域における取組と保険者の再編・統合	11

政府管掌健康保険の公法人化について

改革の視点

○ 都道府県単位の財政運営

国と切り離れた保険者として全国健康保険協会を設立し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営を基本とする。

○ 財政運営の安定化

被用者保険の最後の受け皿であることから、解散を認めない法人として政府により設立し、財政運営の安定化のために必要な措置を講ずる。

○ 自主・自律の保険運営

保険料を負担する被保険者等の意見を反映した自主自律の保険運営を確保するとともに、非公務員型の法人とし、業務の合理化・効率化を推進する。

国(厚生労働省)

厚生労働大臣

制度の企画・立案

社会保険庁

政管健保の保険者事務の実施

- 全国一本の保険運営
- 全国一本の保険料率
- 厚生年金と一体の適用徴収

保険者機能の発揮

- ・ 運営の自主性・自律性
- ・ 給付と負担の公平

国(厚生労働省)

公法人(全国健康保険協会)

設立・監督

運営委員会

(事業主3名、被保険者3名、学識経験者3名により構成)

理事長

予算、事業計画、保険料率の変更等の重要事項について議を経る

A県支部

Z県支部

評議会

a%

評議会

z%

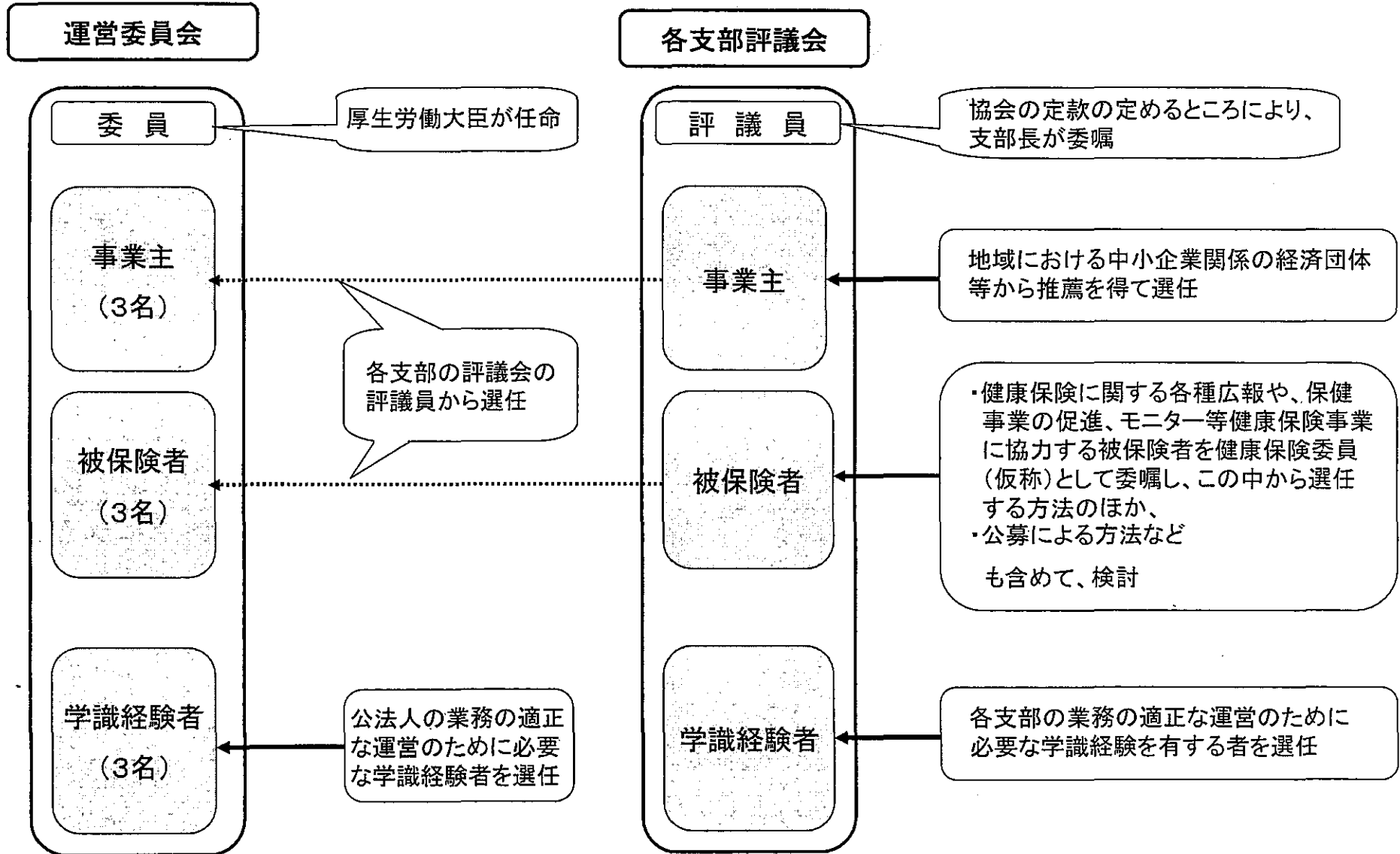
県単位で保健事業等の事業運営について意見を聴く
(事業主・被保険者・学識経験者により構成)

県単位での保険料率に基づく財政運営

監事

外部監査

運営委員会の委員及び評議会の評議員の選任のイメージ

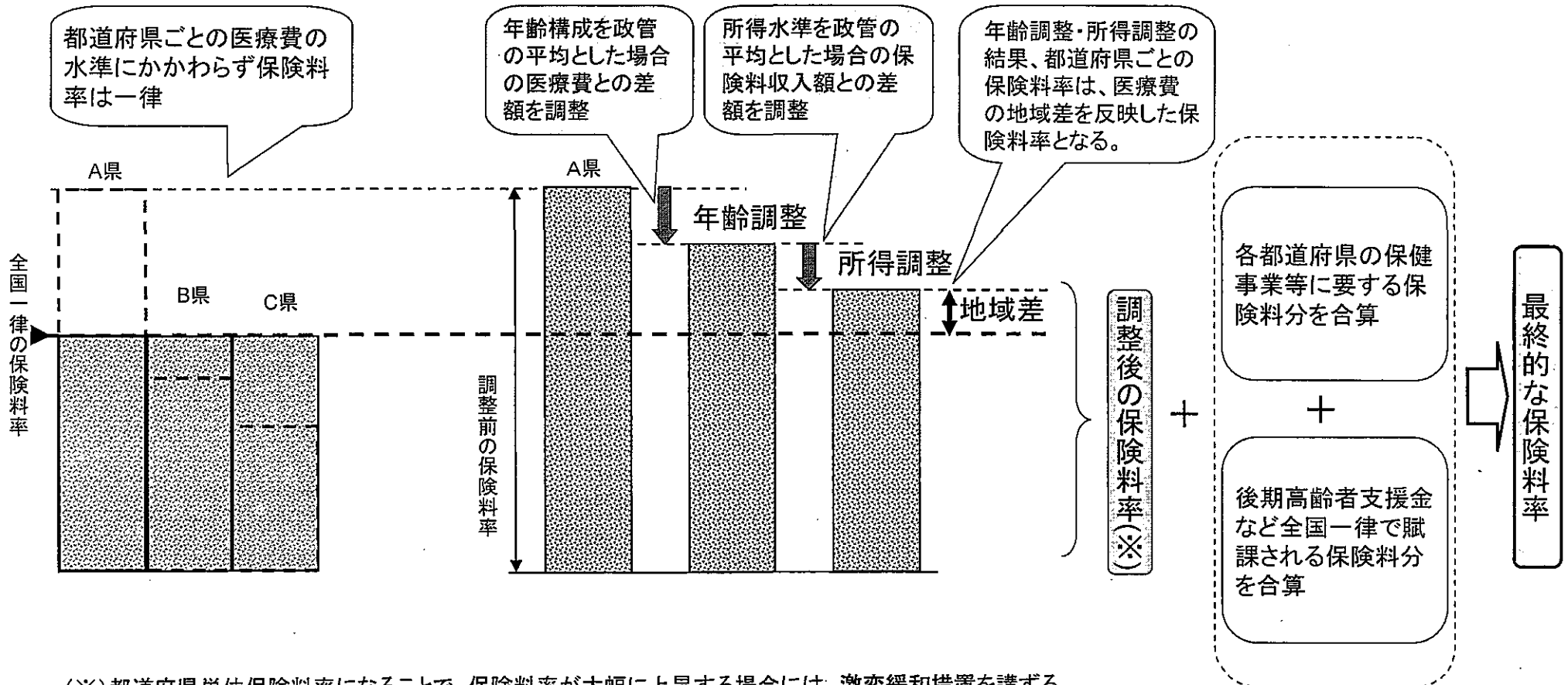


都道府県単位保険料率の設定のイメージ

都道府県単位保険料率では、年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなる。このため、都道府県間で次のような年齢調整・所得調整を行う。

全国一本の保険料率(現行)

都道府県単位保険料率(改正後): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例



都道府県単位保険料率の機械的試算(平成15年度)

都道府県ごとの年齢構成の差に起因する医療費を調整。

都道府県ごとの所得格差を平準化し、負担額を調整。

都道府県ごとの年齢構成や所得格差は調整されるため、保険料率は、医療費の地域差を反映。

左記の都道府県ごとの若人医療給付費分の保険料率に、全国一律で賦課される老健拠出金等に要する保険料率(39% ※1)を加えたもの。

	調整前の保険料率(若人医療給付費分) (a)	調整(b)		調整後の保険料率(若人医療給付費分) (a+b)	最終的な保険料率 (a+b+39%)		調整前の保険料率(若人医療給付費分) (a)	調整(b)		調整後の保険料率(若人医療給付費分) (a+b)	最終的な保険料率 (a+b+39%)
		年齢調整	所得調整					年齢調整	所得調整		
全国平均	42	-	-	42	81	三重	40	0	1	41	80
北海道	53	▲1	▲3	48	87	滋賀	39	0	0	40	79
青森	50	1	▲8	43	82	京都	40	▲0	1	41	80
岩手	49	▲0	▲7	42	81	大阪	42	▲0	2	43	82
宮城	45	0	▲4	41	80	兵庫	41	0	0	42	81
秋田	52	▲1	▲7	44	83	奈良	45	▲0	▲2	42	82
山形	43	1	▲4	39	79	和歌山	46	1	▲4	43	82
福島	45	1	▲5	41	80	鳥取	46	0	▲4	42	81
茨城	38	1	1	39	78	島根	46	▲0	▲3	42	82
栃木	39	1	1	40	79	岡山	45	▲0	▲2	43	82
群馬	39	▲0	▲0	39	78	広島	44	0	▲1	43	83
埼玉	36	▲1	3	38	78	山口	45	▲1	▲2	42	82
千葉	37	▲1	3	39	78	徳島	50	0	▲3	46	86
東京	33	▲1	8	40	79	香川	46	▲0	▲2	44	83
神奈川	36	▲1	6	41	80	愛媛	45	1	▲4	42	81
新潟	43	0	▲4	40	79	高知	45	0	▲2	44	83
富山	42	▲1	2	42	82	福岡	47	1	▲3	45	84
石川	43	▲0	1	43	83	佐賀	51	1	▲7	45	84
福井	39	0	1	41	80	長崎	50	2	▲7	44	83
山梨	39	0	0	40	79	熊本	48	1	▲6	43	83
長野	37	▲1	0	37	76	大分	51	▲0	▲6	44	83
岐阜	41	▲0	▲0	41	80	宮崎	48	2	▲8	42	81
静岡	36	0	3	39	79	鹿児島	48	2	▲8	42	81
愛知	37	0	3	41	80	沖縄	51	5	▲17	39	78

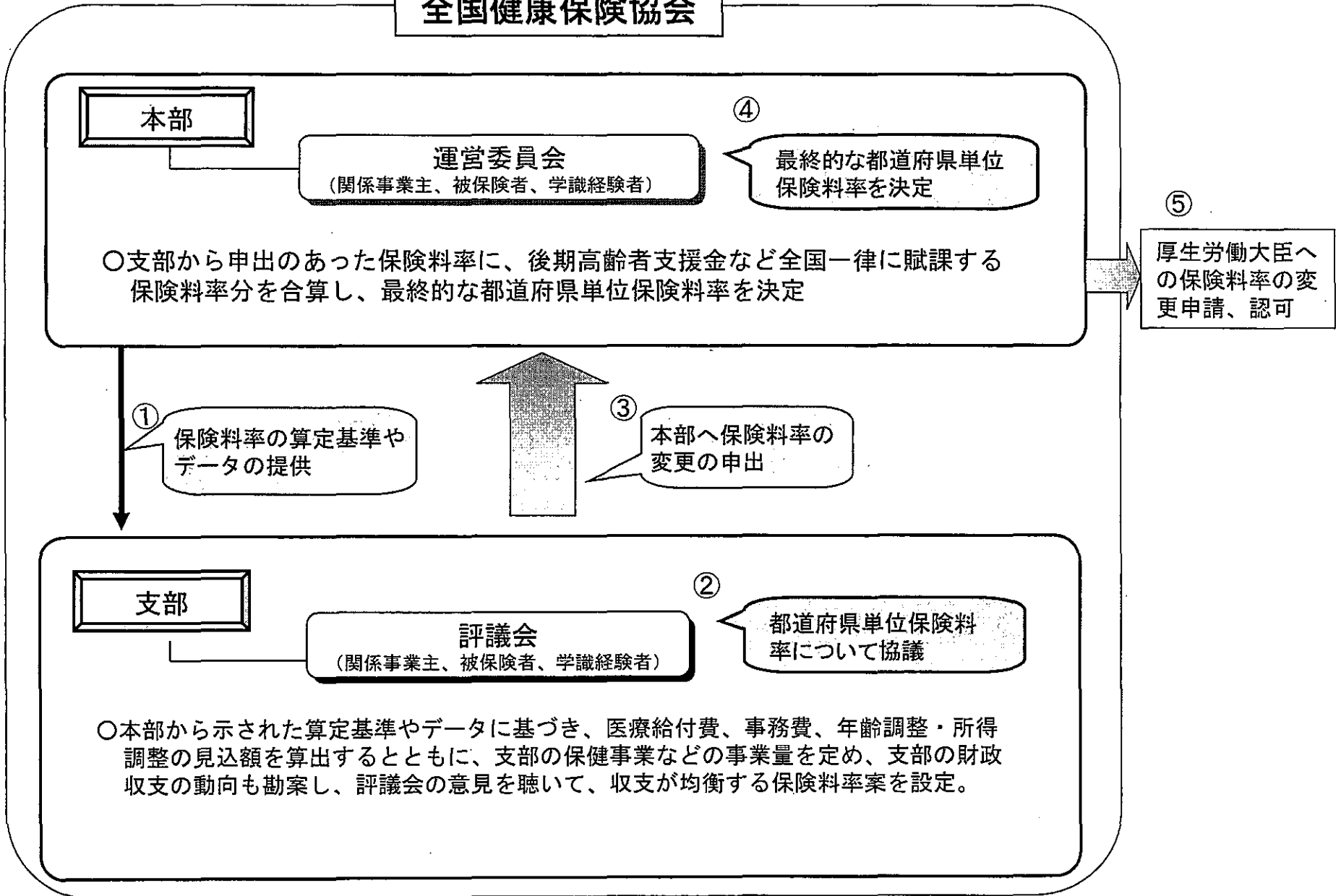
(※1) 保険料率39%の内訳は、老健拠出金分(約24%)、退職拠出金分(約9%)、傷病手当金等の現金給付分(約4%)、保健事業等(約2%)

(※2) 事業所の所在地に着目して都道府県を区分している

(※3) 四捨五入の関係で合計が合わない場合がある

保険料率の決定プロセス

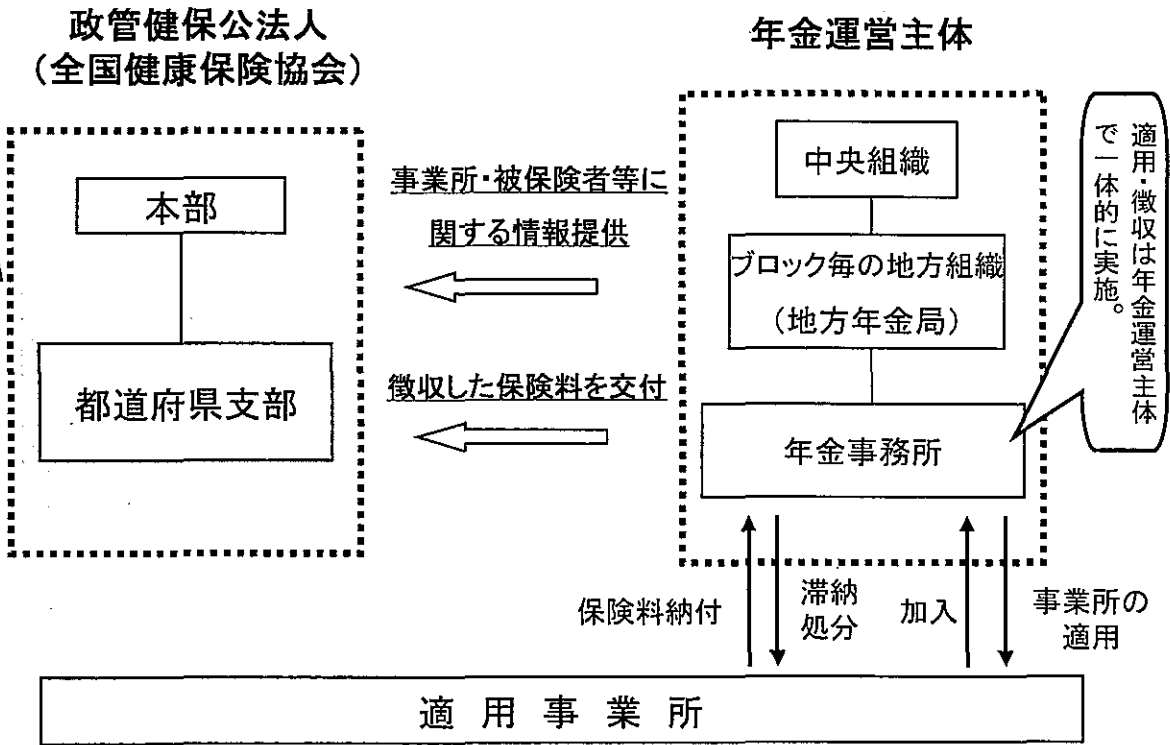
全国健康保険協会



全国健康保険協会の業務の実施体制のイメージ

協会は保険運営の企画、保険料率の決定、保険給付、保健事業等の業務を実施。なお、健康保険の適用や保険料徴収の事務については、政管健保と厚生年金の適用事業所が重なっていることから、事務の効率性や事業所の負担軽減等を図るため、厚生年金の運営主体において一体的に実施。

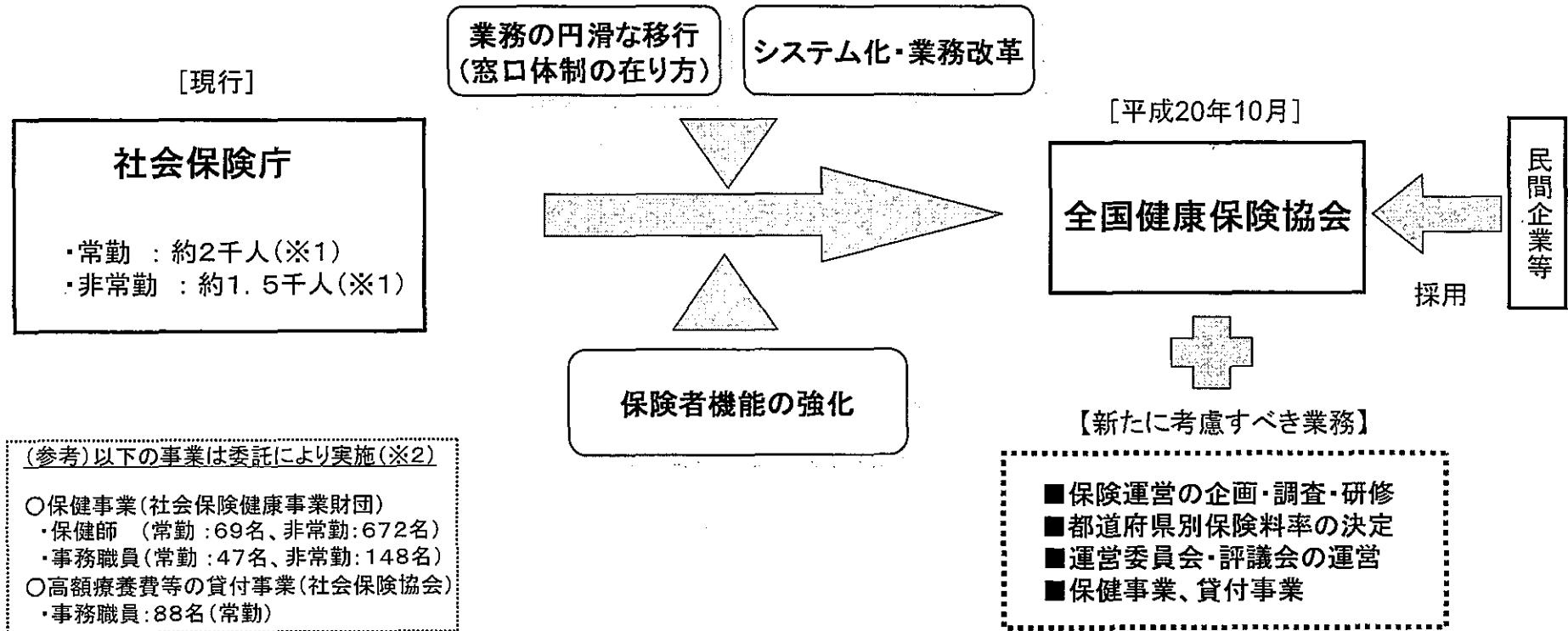
- 【業務の内容】**
- 保険運営の企画等
 - ・企画・調査
 - ・運営委員会・支部評議会の運営
 - ・財務、人事、総務、研修 等
 - 保険料率の決定
 - 保険給付関連業務
 - ・被保険者証の発行
 - ・医療費の支払い
 - ・レセプト点検
 - ・現金給付
 - ・任意継続被保険者業務 等
 - 保健・福祉関連業務
 - ・保健事業(健診、事後指導等)
 - ・福祉事業(高額療養費等貸付、情報提供等)



(注)年金運営主体については、現在、国会に提出している「ねんきん事業機構法案」の枠組みに基づくもの。

全国健康保険協会の人員について

○協会の人員については、システム化・業務改革を推進しつつ、現行業務からの円滑な移行を図るとともに、保険者機能を強化していくという観点から、検討していく必要があると考えられる。



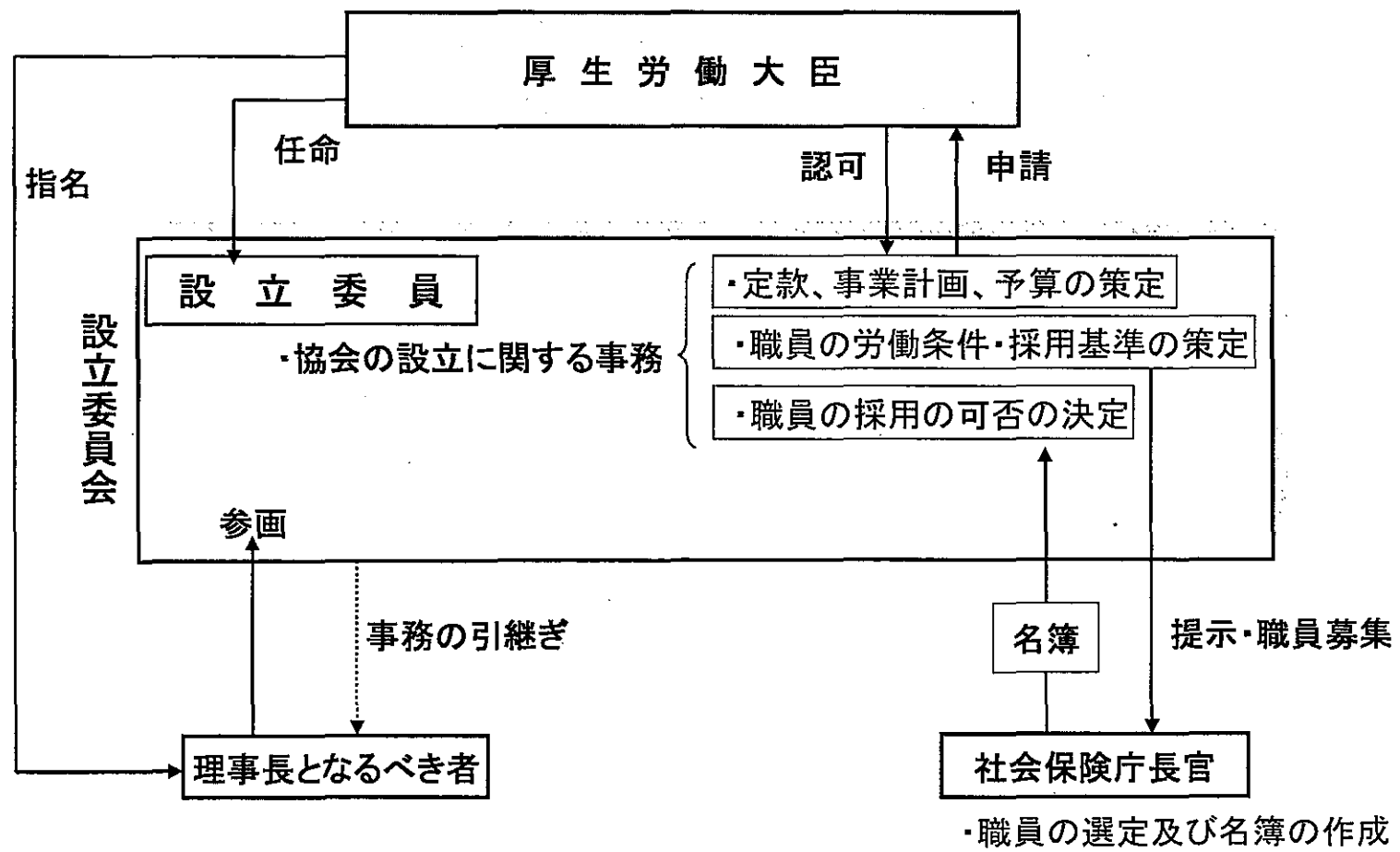
(注)※1は、健康保険業務(適用・徴収は除く)の人員であり、「社会保険庁の組織・業務改革に伴う人員削減計画」(平成17年12月12日)に基づく数値。

(現行の社会保険庁全体の職員数は、常勤約1万7千人、非常勤約1万2千人)

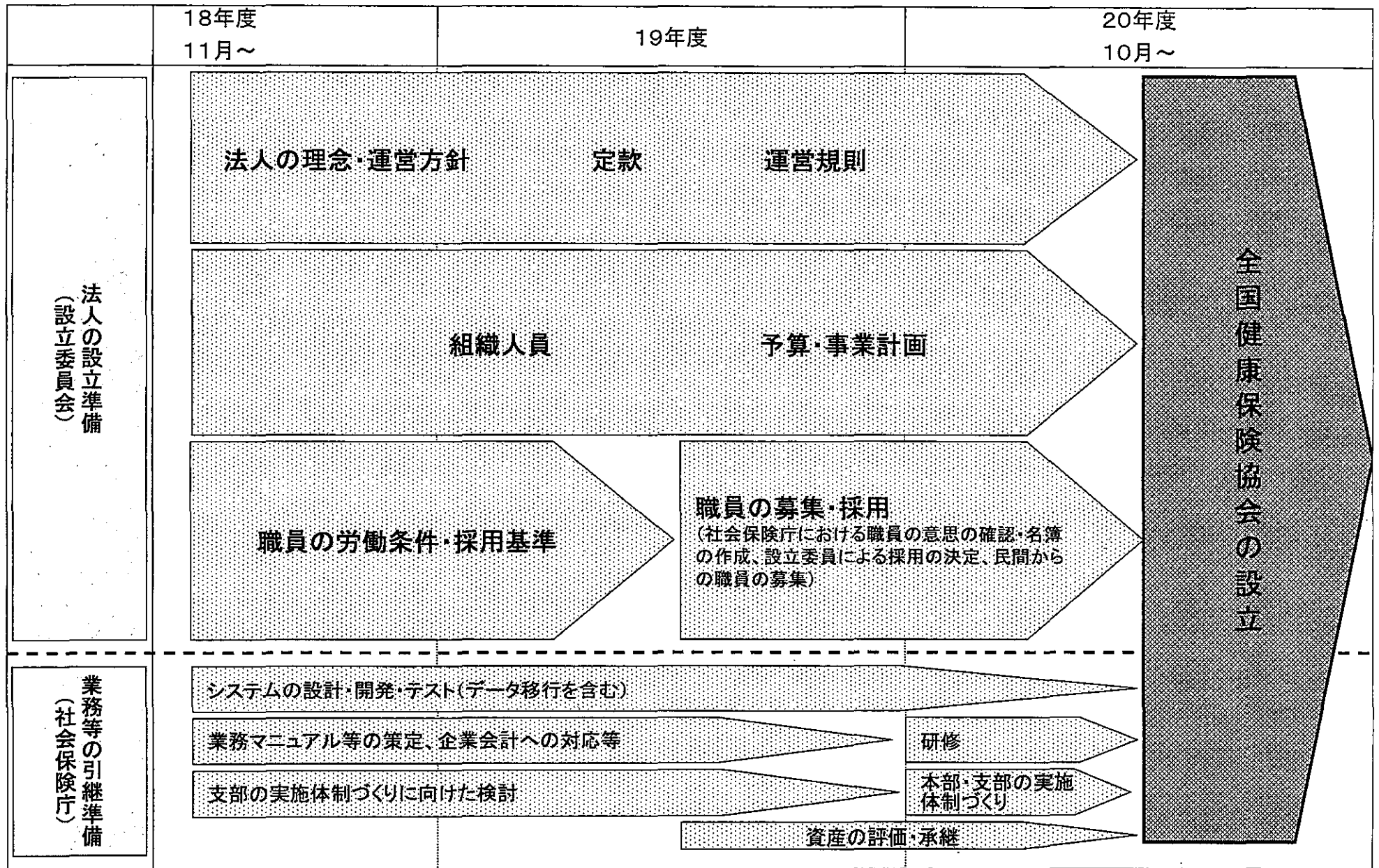
※2は、平成18年度予算に基づく数値。

全国健康保険協会の設立委員について

- 厚生労働大臣は、設立委員を命じて、定款の作成等の設立に関する事務を処理させる。
- 設立委員は、協会の職員の労働条件及び採用基準を作成する。社会保険庁からの職員の採用については、社会保険庁長官を通じて、募集を行う。

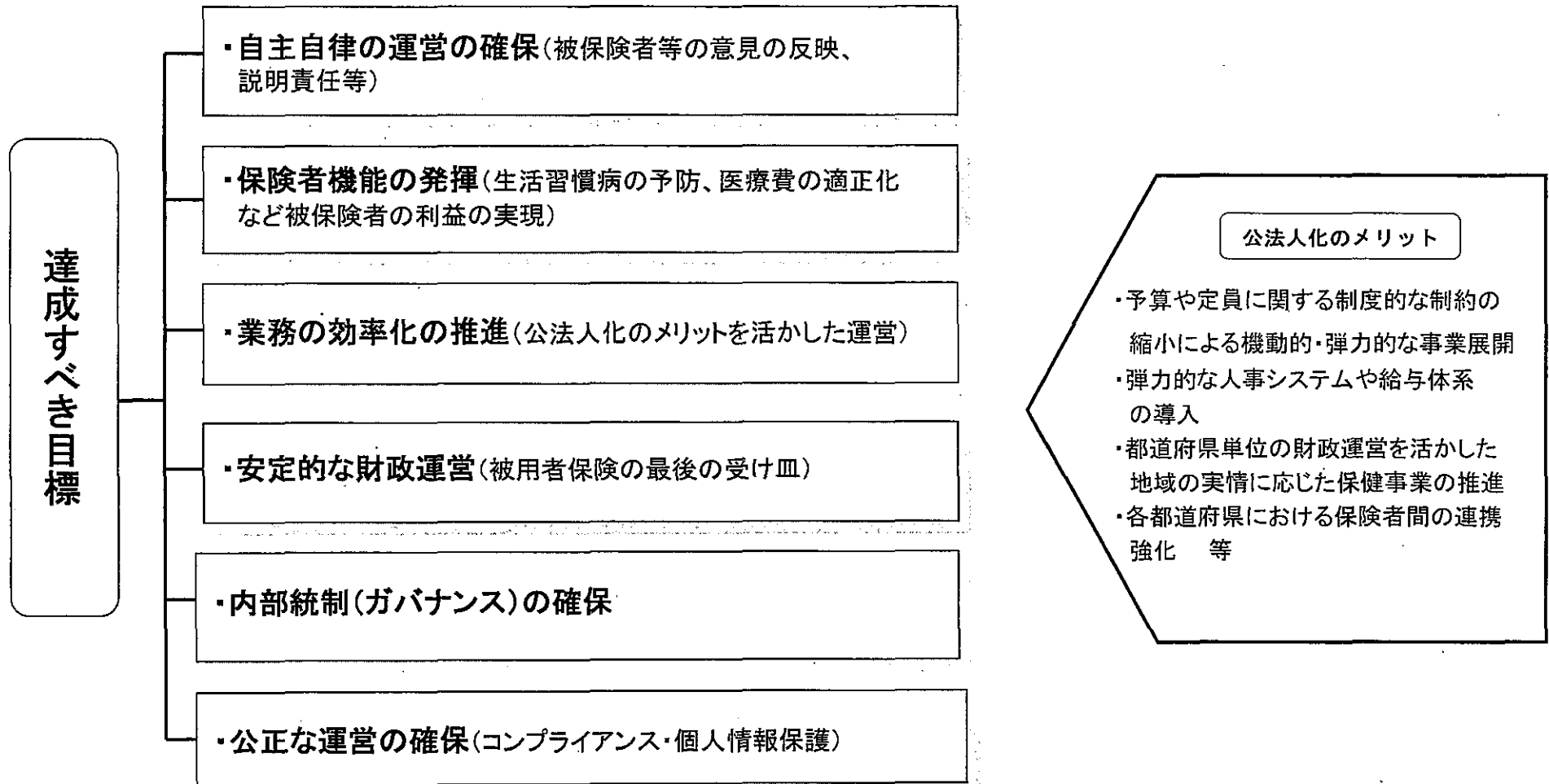


全国健康保険協会の設立に向けてのスケジュールのイメージ



全国健康保険協会の設立に向けて

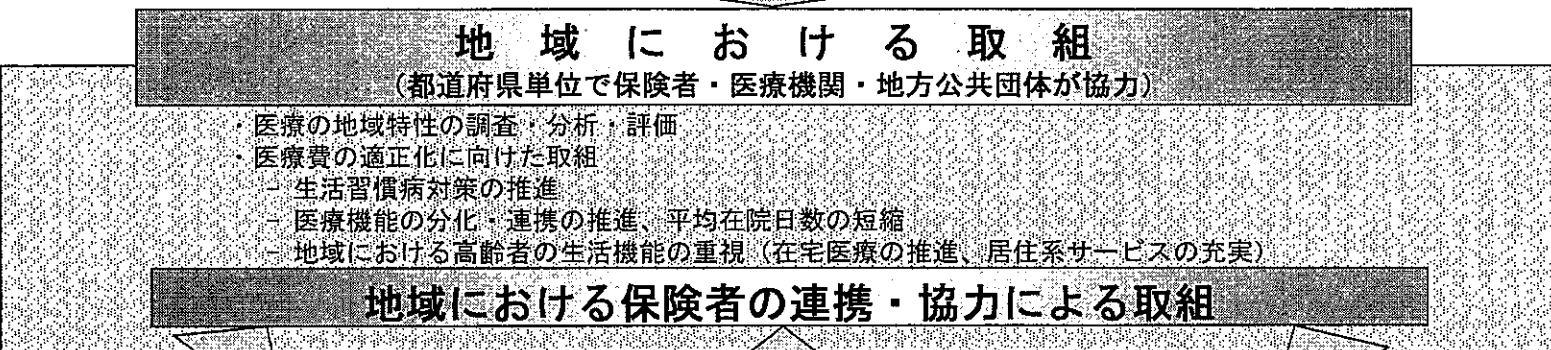
協会については、公法人化の趣旨を踏まえ、保険者としてのあるべき姿を志向し、事業主や被保険者の意見を反映した自主自律の運営のもと、被保険者の利益を実現できるよう、保険者機能の強化や業務の効率化等を進めていくという方向で検討していく必要があると考えられる。



医療費適正化のための地域における取組と保険者の再編・統合

A 県	B 県	C 県	D 県
<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費が高い ・入院期間が長い ・病床数が多い ・入院受療率が高い（特に高血圧、糖尿病） 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・外来医療費ともに低い ・入院期間が短く、外来の受診頻度が低い ・病床数が少ない ・入院、外来とも受療率が低い（特に入院では高血圧、糖尿病、外来では糖尿病、虚血性心疾患） 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来医療費が高い ・外来の受診頻度が高い ・病床数は全国平均並み ・外来受療率が高い（特に虚血性心疾患） 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費が高く、外来医療費が低い ・入院期間が長く、外来の受診頻度が低い ・病床数がやや多い ・入院受療率が高く（特に高血圧、糖尿病）、外来受療率が低い（特に虚血性心疾患、高血圧）

◎医療の地域特性（病床数・平均在院日数等の医療提供体制の状況、生活習慣病等の患者の受診動向等）を反映して、都道府県ごとの医療費の格差も大きい



地域における保険者の連携・協力による取組

保険者の再編・統合と地域における取組への参加

【市町村国保】	【政管健保】	【健保組合】
<ul style="list-style-type: none"> ○小規模保険者の保険運営の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たす ○保険財政の安定化と保険料の平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図る ○国保財政基盤強化策について総合的に見直す 	<ul style="list-style-type: none"> ○国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立 ○都道府県単位の財政運営を基本とし、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立