

資料3

全国健康保険協会のインセンティブ制度

(1) インセンティブ制度の基本的な考え方

1	現行の後期高齢者支援金の加減算制度は、 <u>協会けんぽも含めた全保険者を対象としているが、加減算となる保険者は限定されており、協会けんぽは加減算されていない。</u>
2	一方で <u>医療保険制度改革骨子</u> (平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定)においては、この加減算制度について、平成30年度から「 <u>予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するために、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直す</u> 」こととされた。
3	また、この加減算制度については、加入者の属性や保険者の規模など、 <u>保険者ごとに状況が異なる中で、一律の土台で実績を比較することは不適切である等の指摘</u> がなされていた。
4	このため、 <u>平成30年度から新たな加減算制度</u> では、母体となる企業等がその従業員を加入者として設立した保険者という点で共通の基盤を持つ健康保険組合と共済組合を対象とする一方、 <u>協会けんぽについては、事業所が協会に強制加入しているものであって保険者としての性質が異なることから対象外</u> とされた。
5	その上で、 <u>日本再興戦略改定2015(平成27年6月5日閣議決定)</u> において、 <u>協会けんぽについては「新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う」とされた。</u>
6	このように、今回の加減算制度の見直しは、保険者ごとの基盤や特性を踏まえて、それぞれの土台の上で行われるものであるが、インセンティブ制度として実績、努力に報いる設計とする。具体的には、 <u>後期高齢者医療制度への拠出金をベースにして、報奨制度</u> とする。

(2) 評議会でのご意見

- 1 他の保険者の加減算は金額ベースで考えているが、協会けんぽの加減算は料率で考えているため、支部間に規模の格差がある中でバランスが難しいと思われる。
- 2 具体的に数値や指標を使い、インセンティブ制度導入に伴うシュミレーションがなければ、そもそもインセンティブ制度是非の議論はできない。
- 3 健保組合や共済組合といった他の被用者保険との競争ではなく支部間競争であることに納得できるか、評価指標が適切なものだという納得ができるか、インセンティブ(ペナルティ)の大きさについて納得できるか等々、論点が多岐にわたるためわかりにくくなっていると感じる。
- 4 今考えられている仕組みが国保と違う点は、インセンティブとペナルティがあること。シビアな制度のため、わかりやすく公平で納得性の高い指標が必要だと考える。
- 5 基本的な考え方として、努力すれば医療費が下がるという制度設計が必要。誰が見てもこういう努力をすれば医療費が下がるということがわかるような指標が一番良い。しかし、各支部の努力によって、後期高齢者の医療費が直接的に下がるわけでもなく、協会けんぽが負担する支援金総額が減少するわけでもないため、非常に難しい。
- 6 医療費抑制という観点からすると、無資格受診を防止することや、債権の確実な回収に力を入れることも重要。
- 7 今まで頑張ってきた結果、ある項目で比較的高い水準に達してる支部が、同じ項目でさらに成果を積み上げていくことは難易度が高く、すべての加入者が納得できる指標の設定は、たいへん難しい。

(3) 運営委員会のご意見

- 1 実効性のある制度とするため、支部の地域制や先進的に取り組んできた支部の実績の評価等をよく勘案して検討を進めるべき。また、実際に支部ごとの数字をあてはめた場合どのようになるのかといった資料の提示をお願いしたい。
- 2 特定健診の結果等が現在の医療費に反映されるのであれば、現行の都道府県単位保険料率とダブルカウントとなる。仮に将来の医療費に影響するという説明であればその根拠が必要となる。特に後発医薬品使用割合は現在の医療費に反映される指標であり、後期高齢者の医療費に影響する根拠はないのではないか。
- 3 加入者の保険料が増減するため、加入者の行動や意識で結果が変わり得るものだったのかという観点が必要。また、当事者が加減算の責務を負う必要があり、主体が加入者なのか、企業なのか、県なのか整理が必要。
- 4 インセンティブがついた支部がよりインセンティブを求め、ペナルティが課せられた支部がそれを脱しようとする仕組みであることから、支部が合理的で納得できる制度であり、努力する手段やペナルティから脱する手段が明確でなければならない。
- 5 現在の医療給付費分とダブルカウントされることは問題と考える。厚生労働省からの発信のとおり、協会なりの制度検討を進めていくべき。また、支部の規模等の都道府県毎の特質や健康に対する歴史的な考え方等を慎重に考慮して、改めて提案いただきたい。
- 6 インセンティブ制度の導入に当たっては、支部や加入者・事業主の取組の全体性を捉えていること、また、インセンティブ制度により協会全体の実績が上がれば外部から評価されることが重要であり、保険者機能強化アクションプランの柱の一つである「医療等の質や効率性の向上」についても評価指標に入れ込むべき。
- 7 今回のインセンティブ制度は、プラス(減算)だけでなく、マイナス(加算)もあるため、評価指標の設定に当たっては慎重に検討すべき。
- 8 インセンティブ制度については、支部評議員から「先進的な取組を行っている支部は、伸びしろがない中でどのように評価されるのか」「加減算の原資はどこから捻出するのか」「地域の健康課題が異なる中、求められる支部の取組も異なるのではないか」といった不安の声が出ている。加入者の納得や公平感が必要であり、支部の人員体制等も含めて慎重に検討すべき。
- 9 社会保障制度という性格上、インセンティブ制度によって取組の実績を保険料率に反映させることは問題があるのではないか。また、支部間の保険料率の差がさらに広がる可能性があり、公平感や納得感が損なわれることも考えられる。インセンティブ制度の法令上の根拠について説明をお願いしたい。また、保険料率に反映されることから訴訟リスク等も懸念されるが、それに耐えられるのか伺いたい。なお、インセンティブ制度の検討に当たっては、これらの点を最初に整理した上で議論すべきである。

(4) 平成28年度のインセンティブ制度議論経過

平成28年度	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
運営委員会	21日 (75回)					22日 (79回)	27日 (81回)	31日 (82回)		23日 (83回)
インセンティブ 制度検討WT						8日 (1回) 28日 (2回)			3日 (3回)	9日 (4回)
長野支部 評議会		20日 (1回)			14日 (2回)		16日 (4回)	18日 (5回)		

■長野支部評議会の中で4回、「インセンティブ制度検討ワーキングチーム」を4回、また5回の運営委員会を経て、3月23日に「インセンティブ制度案」が了承された。

■あくまで平成29年度試行運用(加減算をしない)の中で、暫定的に平成29年度上半期の実績を集計する。
そのうえで、本格実施に向けた検討の際には、改めて支部長及び評議会意見のとりまとめを依頼する予定。
(時期は本部にて検討中)

※第5回「インセンティブ制度検討WT」を平成29年8月に開催予定。

(5) インセンティブ制度試行実施の概要

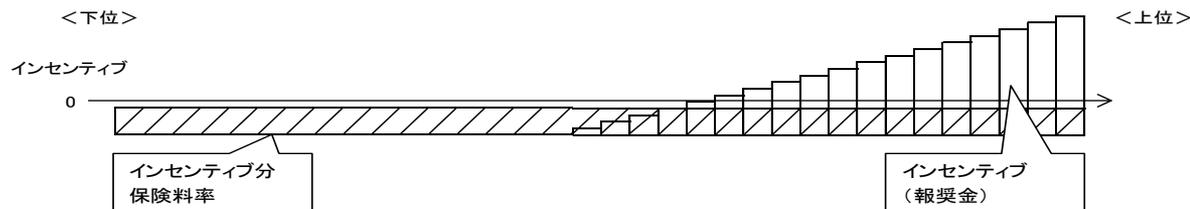
- 1 インセンティブ制度については、平成29年度に試行実施（**保険料率への反映なし**）、平成30年度に本格実施（**保険料率への反映は平成32年度**）というスケジュールで検討してきた。
- 2 平成29年度の試行実施案の枠組みは**平成29年3月23日開催の運営委員会**で了承された。（概要は後述）
- 3 健保組合、共済組合を対象とする、平成30年度から新たな後期高齢者支援金の加減算制度の枠組みについても、今後セットされる見込み。
- 4 今後は試行実施結果を踏まえ、平成30年度からの本格実施に向けた検討を行うため、**試行実施の結果について、暫定的に平成29年度上半期の実績を集計する**。そのうえで、**本格実施に向けた検討の際には、改めて支部長及び評議会意見のとりまとめを依頼する予定**。（時期は検討中）

①評価指標・②評価指標ごとの重み付け

- 1 **特定健診受診率、特定保健指導実施率、特定保健指導対象者減少率、要治療者医療機関受診割合、後発医薬品使用割合**等の評価指標に基づき、支部ごとの実績を評価する
- 2 評価方法は**偏差値方式**とし、**平均偏差値である50を素点50**としたうえで、**指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点とし全支部ランキング付け**する。

支部ごとのインセンティブの効かせ方

- 1 保険料率の算定方法を見直し、**インセンティブ分保険料率**として、新たに全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率（平成28年度は全支部一律で2.10%）の中に、**一定の率を盛り込む**。
- 2 制度導入に伴う激変緩和措置として、この**新たな負担分については、3年間で段階的に導入**する。
- 3 そのうえで、評価指標に基づき全支部をランキング付けし、**ランキング上位過半数に該当した支部については、支部後ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げ**を行う。



3年間（平成30年度～32年度）での段階的実施の状況を踏まえ、インセンティブの効かせ方を含め、制度全体の検証見直し

(6-1)重み付けについて

【基本的な考え方】

- 評価指標の選定にあたっての基本的な考え方は以下のとおり。
 - インセンティブ制度は、加入者及び事業主の負担する保険料率に影響を及ぼすため、単に保険者が取組を実施しているか否かといった指標ではなく、加入者や事業主の行動も評価されるものを選定する
 - 制度の公平性や納得感を担保するため、可能な限り定量的指標を選定する
 - 費用対効果やマンパワー等の支部における実施可能性といった点にも配慮する
- また、これらの評価指標の実績値については、すでに支部ごとに差が生じている状況にあるが、仮に毎年度の実績値のみで評価を行った場合には、支部ごとの順位が固定化する恐れがあるため、単年度実績だけでなく、前年度からの実績値の伸び率や数も評価指標とし、それぞれを一定の割合で評価する必要がある
- さらに、実績値の算出方法については、例えば、支部加入者数を分母とし、分子には
①支部加入者のうち健診受診者数
または
②支部の都道府県内の健診機関における健診受診者数(他支部加入者が含まれる)
とすることが考えられるが、今回のインセンティブ制度では加入者の負担する保険料率にその結果を反映するため、加入者自らの行動について、自らが加入し、保険料率を負担する支部の実績として評価されるよう、①の方法を採ることが適当である
- 実績の算定期間については、通年ベース(毎年4月～3月)のデータを用いることが、支部ごとの公平性を担保する観点からも重要である
- なお、支部ごとの医療費適正化の取組の成果については、医療給付費の抑制を通じてすでに現在の保険料率に反映されているが、今回のインセンティブ制度においては、現在の加入者が高齢者となった際に将来的な医療費の適正化に資するという点で後期高齢者支援金に係る保険料率にインセンティブを働かせるものであり、評価の対象が異なるものである

(6-2) 重み付けについて

【本格実施に向けた検討課題】

・支部ごとの地域的事情も踏まえた指標の検証及び見直し

・指標ごとの結果のばらつきも踏まえた素点の上限値及び下限値設定の必要性の検討

1	特定健診等の受診率	
①	特定健診等の受診率	【60%】
②	特定健診等の受診率の対前年度上昇幅	【20%】
③	特定健診等の受診件数の対前年度上昇率	【20%】
2	特定保健指導の実施率	
①	特定保健指導の実施率	【60%】
②	特定保健指導の実施率の対前年度上昇幅	【20%】
③	特定保健指導の実施件数の対前年度上昇率	【20%】
3	特定保健指導対象者の減少率	【100%】
4	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率	
①	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率	【50%】
②	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率の対前年度上昇率	【50%】
5	後発医薬品の使用割合	
①	後発医薬品の使用割合	【50%】
②	後発医薬品の使用割合の対前年度上昇幅	【50%】

(7)スケジュール

インセンティブ制度では、平成29年度から試行実施を行う(試行実施の段階では保険料率への反映はしない)。平成30年度から本格実施し、その結果を平成32年度の都道府県単位保険料率に反映する。

