



## 「薬剤費の問題」

北区支部 瀧内慶夫

### 赤字と黒字

政府の試算によれば、今回の医療保険改革をおこない、年間1兆5千億円の患者・国民負担増をしても、98年より単年度収支が赤字となり2001年には6,440億円の赤字になるとされている。日本の国民医療費は約27兆円でその約3割、8兆円が薬剤費で保険財政から支出されています。国民医療費の逼迫は15年以上前から叫ばれており、それを理由に患者と医療機関への負担を押し付けてきました。

一方で上場製薬企業31社の97年3月期決算が発表になり、変則決算を除く30社の総合業績は、売上高4兆2,116億円(前期比4.5%増)、経常利益は7,098億円(前期比10.1%増)、当期利益3,202億円、(前期比11.7%増)。売上高経常利益率は、16.9%となり、製造業全体の平均4.12%の約4倍であります。昨年度の8.5%の薬価改定をものともせず、しかも不況のなか他の産業の利益率が低迷するなか製薬業界だけが毎年利益率を伸ばしています。

医療保険制度の財政的裏付けが危ういとされているときに、信じがたい現象であり、医療財政の健全化のヒントはこのあたりにあるように思います。このようなお金の片寄せた流れ自体は犯罪ではないがこのシステムの不透明な部分に職務上の倫理や法律上の公正が問われると思います。製薬業界の企業努力は理解できるが、手段には問題もあるようで、急ぎ手を入れる必要があると思われます。

この薬剤費を膨らませる仕掛けのポイントは①高薬価である薬を使わせるように医家に利益誘導する。②新薬の承認と価格決定の過程で高薬価を維持する。③天下りや、政治家・官僚との癒着により製薬メーカーの思うように行政を

動かす。と最近の記事を総合するとこのようになると考えられます。

9月からの患者負担増を決めようとしているのも今までの流れであって、一部の政治家と官僚は国民の負担による苦痛を無視して、製薬メーカーのご機嫌を伺って、うまい汁を得ようとねらっている。いろいろと言われながらも、昨年度もこのシステムが壊れずに機能したその結果がこの16.9%の利益率を作ったともいえます。

### 医療機関側の自覚も必要

医療機関も患者も薬好きといわれ日本の医師が1処方当たり4錠であるのに対し、フランスは1.7錠、米国は1錠です。また、薬剤費の中でも新薬を使う割合が高く、ドイツの1割に対して日本では5割に達する。新しく高い薬を好む傾向が見られます。

医療機関も利益誘導に引き回された時期もあったと思います。高い薬を使った方が薬価差が大きくなるので経営上有利との考えは、目先の計算ではその通りですが、結果的に不合理な面を増長する先棒をかついだことになりました。またゾロ(後発薬)は格調が低いなどということは根拠のないことで、かつてそのように信じていたとすれば、まんまと大手先発薬メーカーのMRの策にはめられていたと思うべきでありましょう。結局、医療機関は薬価差益につられて、薬剤費を膨張させ国民医療費の限られたパイに対して、自らの手で薬メーカーのために医療費全体の3分の1を取り分けてやり、そのご褒美に15%程度の薬価差益をいただくという形ができあがった。厚生省の推計によれば96年度で1兆3千5百億円の薬価差益といわれています。このような形ではなくはつきりと正当なる技術料としてもらうべきだとする意見が大勢に

なっております。ついでですが医療関連の機械や設備そしてペースメーカーや人工関節などの治療材料が欧米諸国より大幅に高価であることも医療費のパイをいつの間にか減らしている要素になります。

#### 薬価の決め方

ゾロ新の薬価が高く設定される原因の一つは、薬価の決め方のスタンダードとされる「類似薬効比較方式」であります。これは既存の新薬と同様の効果があると判断されればそれと同一の薬価が設定され、何らかの利点が付加されると認められれば加算がつく。製薬企業から見れば新しい薬理作用を持つ新薬を開発しなくても、ゾロ新を製造すれば高薬価が設定される。この方式以外にも他のいくつかの方式があるということですが専門的で難しいことでもあるが、よく分からない部分が多く、最後は厚生省幹部と製薬企業のトップの直談判で決まることもまだまだあるとのこと。基準もあいまいで安全性がまだはっきりしないものも認可されることもあるといわれています。

一方薬価制度は改定の度に価格が下がるためメーカーが製造をやめてしまう薬が出てきます。例えばアスピリンなども消されようとしています。

こうして日本の新薬の薬価はイギリスの4.12倍、フランスの4.02倍、ドイツの2.31倍、アメリカの1.57倍と高めに設定されている。新薬の薬価が特に高いことが日本の特徴です。

#### 政治家・官僚・業界の癒着

96年10月首相の諮問機関である経済企画庁・経済審議会行動計画委員会は「厚生省が新薬承認の基準や薬価決定の根拠を全く公にしないことが、新薬の高薬価に結び付いている。」と指摘しました。これに対して、与党医療保険制度改革協議会(97.4.7)での「医療制度改革の基本方針」では診療報酬や薬価を決める中央社会

保険医療協議会(中医協)の審議は公開とすることを打ち出した。画期的であるがまだまだ重要な部分が不透明であり、いっそう開示を要求して行くべきであると思います。

有名な話ですが、岡光前事務次官は、92年7月薬務局長就任の際「薬務局をして医薬品業界と共に考え、歩むような局にしたい」と抱負を語った。これは薬務行政の腐敗構造を象徴しているものと思われる一例です。また日本の最大の薬品メーカーの元社長が厚生省・環境庁元事務次官であったという天下りの実態のみならず、日本製薬団体連合会などの業界団体にも厚生省OBが天下り、薬務局所管の公益法人50団体のうち19法人に元事務次官など45人が天下っている。

いわゆる“厚生族”には公表されているだけでも製薬業界から1995年の一年で2億4千5百万円もの献金がされている。例えば95年11月に中医協の診療報酬基本問題小委員会が長期収載医薬品の一般名収載方式の採用を提起したが、製薬業界の猛烈な巻き返しにより見送りになったままである。これが実現すれば8千億円の薬剤費節減がされるはずであったが、厚生族議員の暗躍があったことは業界の常識となっているといえます。

#### 高薬価是正で財源の確保

高薬価を是正し、薬剤費を3割程度引き下げ、欧米のレベルまでにすると、少なく見積もっても2~3兆円の医療費の節約は可能であるといわれております。製薬メーカー側の巻き返しも考えられますが、公定薬価制度の廃止案も打ち出されてきました。薬価差益をなくしたとき、薬価制度にかわるくすりの値段の決め方も既に検討されております。近々薬価差は原資ではなくなります。医療機関は現状を分析して、高次元から医療のあるべき姿を考えなければいけなくなってきました。(麻生整形外科病院)