

医政メモQ&A

「現行薬価基準制度と薬剤定価・給付基準額制について」

日経新聞 1月21日での旭化成の山本社長談。「医薬は不思議な世界。業界全体の約500社がそれなりに利益を出せた。」と述べている。

決して高いとは思えない医療費が医薬品の使用が多いために「高い」と断定され、その原因が医療機関が薬価差益をねらって医薬品の過剰投与をするからであるとの論調が有力新聞によく見うけられる。そしてそれを解消するために厚生省が中心になって医薬分業さらに薬剤定価制を進めているとされている。しかし「薬価差益は年々縮小しており、新たな制度を導入して試行錯誤しなくても、薬価を安く設定するだけで問題は解決する。問題は薬価を決めるシステムに不透明な部分がある事である。」と日本医師会は主張している。500社がそれなりに利益を出せる体質の温存を図るような制度にこそ改革する必要がある。そこで今回は今の薬価制度について簡単に整理してみた。

Q：薬価基準制度とは？

A：医療保険で使用できる医療品の範囲と価格を厚生大臣が定め、社会保険・国民健康保険や各種共済保険に適用されている制度。つまり厚生大臣が定めた医薬品のみが保険医の使用出来るものである。

Q：薬価基準の収載方式は？

A：主成分の一般名で収載する統一名収載方式（日本薬局方収載医薬品、生物学的製剤基準収載医薬品、GE品目、生薬及び血液製剤の一部）の薬品は販売銘柄の指定が無い。これら以外の医薬品は銘柄別収載方式である。

主成分の一般名と共にそれに相当する販売名も併せて収載する「統一限定方式」がかつて行われていたが、成分が同じであれが販売名が異なっても薬価が同じであるため医薬費の合理化を妨げるとされ、中身が同じで

も銘柄により薬価が異なる「銘柄別収載方式」が現在採用されている。

Q：銘柄別の薬価の決め方は？

A：①既収載品

市場価格調査が行われ薬価基準決定のための基礎資料が得られる。調査は医薬品販売業者と病院・診療所・保険薬局に行われる。

平成3年の中医協の建議により、従来行われていたバルクライン方式は廃止され市場実勢価格の加重平均を原則的に指標にする事になっている。

②新規収載医薬品（新薬）

類似薬効比較方式（基本的に効能・効果、薬理作用、構造式の類似）により、画期性、有用性、市場性の3種の補正加算で算定し諸外国の価格も参考にして必要な調整を行う。比較対照薬が無いものは原価方式により算定する。（図1）

③新規収載医薬品（後発品）

後発品が初めて収載される場合は、先発品の0.8を乗じて算出し、すでに後発品が収載されていれば、その内の最低価格のものと同一とし、20品目を超えた時は新たに収載されるものの価格は更に0.9を乗じて算出する。

Q：薬価収載の手続きは？

A：医療用医薬品は、製造（輸入）承認を取得した後、健康保険の適用を受けるには厚生大臣の定める医薬品として薬価基準への収載手続きをしなければならない。（図2）

新薬は年4回、相談品目（中央薬事審議会に正式諮問せずに調査会に相談して処理するもの。既に承認されている医薬品と同じ薬理作用に基づく効能効果の追加申請品）は年2回、後発品は年1回の割合で新たな品目を薬価基準に収載する。

Q：薬剤定価制

最近まで参照価格制と呼ばれていたが厚生省はほとんど同じものを薬剤定価制と呼び変えている。メーカーが設定する仕切り価を基にして多少の利益を上乗せして卸の医療機関に納入する価格を決め、さらに損耗経費をそれに上乗せしたものを薬剤定価として公定価格を決め、卸と医療機関の間で起こる値引きを無くすれば薬価差益が解消されるとされる。薬価の決定権はメーカーが持つようになる。

Q：問題は？

薬価差益は無くなる。しかしメーカーの仕切り価が届出価格として基本になってしまい、しかも値引きが無い制度となれば薬剤の値段は高止まりする。すなわち高値安定となり医療費のなかでの薬剤費の割合は減らない。

さらにグルーピングは創意工夫による付加価値を評価しないからメーカーの新薬の開発意欲を刺激しなくなる傾向が出てくるだろう。

後発品は参照価格より安いので値上げする余地が出てくる。医師は価格に、もはや関心は無くなっており、後発メーカーは、価格以外の方法でマーケットの拡大を図ろうとする。先発品は天井高止まりし、後発品は非価格競争で市場を拡大しその価格を引き上げようとする。このように当初の目的である医薬品の価格の引き下げと言うシナリオとはかけ離れた結果になる事は充分想像される。

Q：日医の提案する医薬品供給制度とは？

A：市場の健全性・価格設定の透明化・医薬品の安全性の確保等を念頭に考えられた案である。

薬価差は解消され、各医療機関がメーカーとの直接取引もでき、監視機構が種々の問題の回避を可能とするものである。(図3)

資本主義の中で薬価差益は悪と決め付ける事には問題がある。しかしそれに頼る医療は正しくない。医療保険財源を確保するために単に薬価差益を解消するというのも正しくない。医療費の中で薬剤費の占める割合を減らしたければ、それ以外のものの割合を増やせばよい。医療技術に対する評価を上げれば自然に薬剤費の%は下がる。さして高くも無い

医療費の総額を無理やり低額に押し込もうとするなら国民の健康を守る事は不可能である。製薬業界の利益の温存を第一と考え、薬価が高止まりするような薬価差益の解消策は何等国民の医療福祉に益するところはない。

既に平成2年6月の医薬品流通近代化協議会の「医療用医薬品の流通の近代化と薬価について」の報告書で「薬価改定により生み出された財源は、外部からみて明確な形で薬剤の購入、管理、使用に係る経費を含めた診療報酬の改定に計画的に充てられる事が望ましい」と答申されている。この答申に従って捻出された財源が薬局の運営費に充てられる事が多い事と、残存する薬価差益のため薬局の繁栄という現状が生み出されているのではないだろうか。薬価差解消と共に、それから生み出された財源が診療報酬として、薬局以外に振り分けられなければ病院は益々経営困難に陥るであろう。

(医政部担当理事 白石 正勝)

図1 新医薬品の薬価算定ルールについて

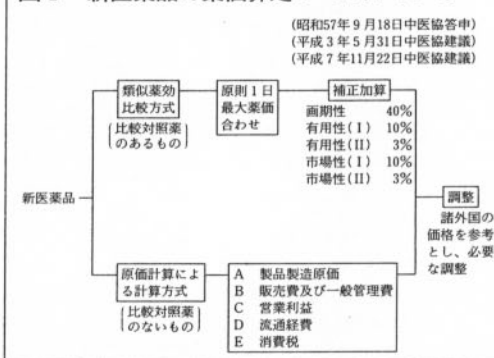


図2 申請の手順

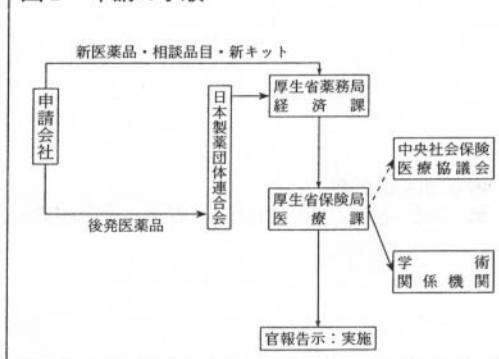
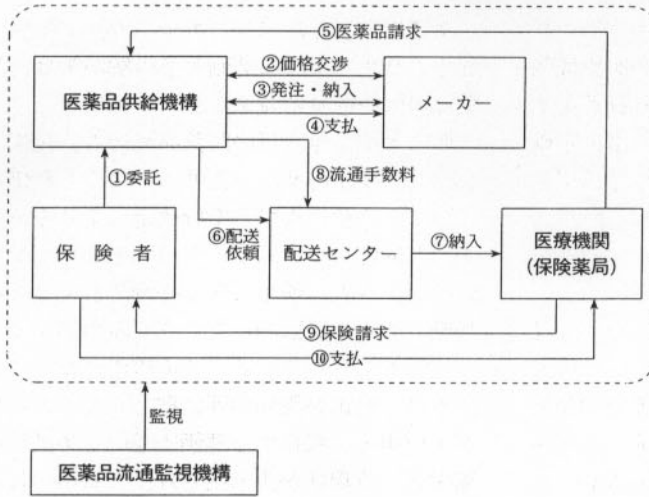
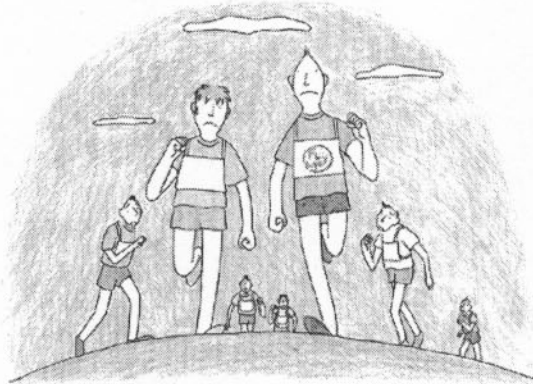


図3 医薬品現物供給制度(案) (医薬品供給機構、医薬品流通監視機構の設置)



※医薬品供給機構の設置主体案
 ・保険者
 ・卸業者
 ・薬剤師会
 ・医師協同組合
 ・PFI
 ・その他
 ※医療機関(保険薬局)の保険請求額
 ・薬剤管理コスト+技術料
 ※医薬品供給機構に在庫のない場合は、医療機関とメーカー間で直接医薬品等の取引が可能。(保険請求額=購入価[税込]+薬剤管理コスト+技術料)。薬剤に関する一部負担金は、保険者と被保険者間で清算。



経口用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品、要指示医薬品^{※1}

フロモックス[®]

錠 75mg・100mg
 小児用細粒 100mg



日抗基 塩酸セフカペン ピボキシル錠/細粒 略号 CFPN-PI

注1) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

■ 薬価基準収載

■ 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「原則禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕 塩野義製薬株式会社 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

1999年3月作成 B52 ©登録商標



シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045