



一般社団法人
メディカルスタディ協会

◇ 中島 慶八郎氏の医療ブツタ切り 第28回「薬価基準制度」 ◇

文／中島 慶八郎 氏

薬価基準制度

薬価基準とは医療保険で使用できる医薬品の品目を定め、同時に医療機関や保険薬局に支払われる公定価格である。最終的に中医協で決定され、厚生労働大臣から告示されるものである。この制度は1950年（昭和25年）に当時の物価庁の所管でスタートし、1953年からは厚生労働省の所管となった。

現在（平成26年の統計）によれば、薬価収載品目は約18,000と言われている。薬価は全国一律の公定価格であり、一種の社会主義である。製薬企業にとっては薬価に収載されることは医療保険で使用されることになるため、国民皆保険の我が国においては薬価収載されることは営業的にもプラスである。

薬価の定め方は簡単に言えば市場が大きい（患者数が多い）医薬品は安価に、市場が小さい（オーファンドラッグ）医薬品は高価格がつけられている。

また、一つの品目で言えば
注射 > 内服 > 外用 となっている。

製薬企業は一つの効果を目的として、臨床治験を行って薬価収載を狙うが、薬価が決まると他の効果を狙っていわゆる追加効能を目的として臨床治験を行い市場を拡大しているのである。

先に述べたように、薬価は公定価格で全国一律（社会主義）であるが、これを流通させている医薬品卸売販売業から医療機関や保険薬局への販売は自由となっているので当然のことながら、薬価と購入（販売）価格との間に差が生じる。これが薬価差であり、医療機関および保険薬局の利益となる。したがって厚生労働省は診療報酬が2年に一度改定されるので、これに併せ2年に一回医薬品の流通価格を調査し、その差額を薬価に反映させて下げているのである。或る意味では薬価制度は医薬品の価格を下げる制度ともいえる。

薬価がついて、市販されてから10年以上経過した医薬品は長期収載品として別途に薬価

が下げられている。

医薬品は開発されて20年～25年経つと特許が切れる。すると、同一成分のいわゆる後発品（ジェネリック）が市場に出てくる。この後発品は先発品のように開発の費用がかかっていないので、後発品の薬価は先発品の薬価の60%からスタートする。10社以上から後発品が発売されると50%からスタートし、その後は先発品と同時に2年ごとに実勢価格が調査され、薬価が下げられる仕組みとなっている。国は医療費を節約するために後発品の使用を促進・誘導している。現在、医薬品の50%を目標としているがその目標を80%に上げ、極端に言えば後発品があれば先発品を使えないようにすることを考えている。患者がどうしても先発品を希望すれば後発品との薬価差額を患者自己負担にしようと言う考えも検討されている。

医薬品は診療報酬の約22%を占めているので、市場は約9兆円と言われているが、後発品の占める割合を80%にすることにより、約1兆500億円ぐらいを節約したいと考えられている。

後発品は先発品と同一成分であり、効能効果は先発品と変わらないはずである。

先発品はより効果があり、副作用が少ない医薬品であるが、その分リスクもある。後発品は先発品として20～25年以上使用された医薬品であり、効能も副作用もある程度予測されている医薬品である。

医療費の22%を占める医薬品が50%となっても、実際の支払いは11%しか下がらないので患者側から見ると下がったことをそんなに感じられないのが現状ではないだろうか？

消費税が平成28年に10%となるため、28年、29年、30年と今後は毎年薬価調査が行われ、薬価が下げられる。薬価に消費税がどのようにつけられているかは説明が困難であるが、一応は薬価にのせてあるというのが厚生労働省の説明である。従って医療機関および、保険薬局は医薬品を購入する時は消費税を外税で購入し、調剤報酬を請求するときは薬価で請求するので何か損をしているように感じている人が多い。

いずれにしても国民皆保険制度を維持するために財政的にも後発品の使用は避けられないのが現実であると思う。

医療機関・保険薬局は患者に後発品使用の意義をよく理解されるように説明することが重要であると思う。