

## 薬価基準制度と「薬価差益」について

荒井 貴 史

### はじめに

少子・高齢社会に突入した現在の日本における大きな問題は、公的年金制度や医療保険制度などの社会保障制度の財政的な面での維持可能性である。特に医療保険制度では、国民医療費の伸びが国民所得の伸びよりも大きく、さらに国民医療費に占める老人医療費の比率が高い（1997年度で35.4%）ことが懸念されており、今後のさらなる少子・高齢化の進展によって、医療保険財政が現行の制度のままでは維持不可能になることは必至である。そのため、医療保険制度においては、診療報酬点数の見直しや薬価基準の引き下げ等の改革が行われてきているものの、抜本的な制度自体の改革は2002年度からの実施を目指すということで先送りにされている。本稿では、医療保険制度の中から、薬価基準制度に注目して、現行制度の問題点を考察する。具体的には、薬価基準の引き下げ以前には、国民医療費増加の供給側の要因の1つとして批判された「薬価差益」について、簡単な需要・供給分析でその発生のメカニズムを医療保険制度（薬価基準制度）との関連で明らかにする。そして、「薬価差益」解消のための薬価基準の引き下げは、資源配分の根本的な問題の解決にならないことを指摘する。また、「薬価差益」解消のための医薬品の取引における医療機関と製薬企業との直接取引禁止は、資源配分の非効率性を増す規制であることを明らかにする。

本稿の構成は、以下のようになっている。まず、次節で薬価基準制度の

概要を説明する。そして、第2節では、処方医薬品市場の需要・供給分析で「薬価差益」の発生の仕組みを説明し、資源配分の効率性の観点から薬価基準制度との関連を考察する。そして、第3節では、1999年に導入決定寸前までいって白紙撤回された薬剤定価・給付基準額制（日本型参照価格制）の仕組みを説明するとともに、その制度導入の問題点を「薬価差益」の観点から再検討する。最後の節は、本稿のまとめである。

## 1. 薬価基準制度

薬価とは、保険医療機関において保険医から処方箋で処方される医薬品の公定価格（医療機関が保険者に償還を請求するときの価格）のことであり、薬価基準制度とは、その公定価格（薬価）とその価格決定（価格算定）の仕組み全体のことを意味する。すなわち、「薬価基準制度は、保険医療で使用できる医薬を指定するという意味での品目表であると同時に薬剤の償還を請求するときの請求価格表という性格を持っている。」〔9〕

現行の薬価算定（2000年4月の薬価改定によって導入された）は、「市場実勢価格加重平均値調整幅方式」または「調整幅方式」と言われるもので、銘柄別の「全包装の市場実勢価格の加重平均値に薬剤流通の安定のための調整幅（改定前薬価の2%）を加算した値を新薬価（現行薬価を超えない）」〔1〕とするものである（新薬については、類似薬効比較方式により「画期性加算」「有用性加算」「市場性加算」の区分で国が薬価を設定する）。加重平均値に加算する調整幅（改定前薬価の2%）は、必要最小限の幅と理解されている。現行の薬価算定方式以前（1992年～1999年）は、「加重平均値一定価格幅方式」または「R幅方式（リーズナブルゾーン方式）」と言われるものが使われていた。それは、個々の医薬品の取引価格（市場実勢価格）を調査して、その銘柄別全包装の取引価格の加重平均値に現行薬価の一定割合を上乗せして新薬価とするものである。そして、その上乗せ割合をR幅と呼び、加重平均値一定価格幅方式が導入された1992年の薬価基準改正での15%から、1994年13%、1996年11%、1997

年10%（先発医薬品は8%）、1998年5%（長期収載医薬品のうち価格差のある高薬価品は2%）と段階的に引き下げられてきた。このR幅は、「保険医療機関等における取引条件の差異による合理的な価格幅」（〔1〕）とされていた。

2000年4月から導入された「調整幅方式」は、「R幅方式」の考え方を「薬剤流通の安定のための調整幅」を設けるという趣旨から見直したものであるが、基本的には「R幅方式」の名称が「調整幅方式」にと改められ、以前のR幅のことを調整幅と呼ぶことになったに過ぎない。そのため、2002年度までに新たな算定方法を検討することが決まっている。

## 2. 「薬価差益」と資源配分の効率性

市場の失敗や価格規制などの公的規制のない通常の財・サービスにおいては、その需要と供給が一致する市場均衡での資源配分は効率的なものとなる。すなわち、図1のように財・サービスの需要曲線（DA）と供給曲線（SB）の交点（点E）である需給均衡点は、三角形EAP\*の面積（①）で表される消費者余剰と三角形EBP\*の面積（②）で表される生産者余剰の合計である総余剰を最大化している。このことを踏まえた上で、以下では処方医薬品市場の需要・供給分析を行って資源配分の効率性について検討しよう。また、その中で「薬価差益」の発生の仕組みと薬価基準制度との関連を説明する。

保険医療機関では、医師が患者を診察および治療して医学的な必要に応じて、処方箋を出して医薬品を患者に対して調剤薬局（ここでは院内薬局とする）を通じて供給する。それゆえ、処方医薬品市場では、医師は医薬品の供給者であり、その供給曲線は、図2のように描くことができる。図2で処方医薬品の（市場）供給曲線が垂直となっているのは、医師は、患者を診察・診療の結果、医薬品の投与の必要性を医学的観点から判断して、当該の患者に対して「最適量」を処方するものであり、患者数が所与の下では処方医薬品の価格（P）にその供給は非弾力的と考えられるからである。一方、処

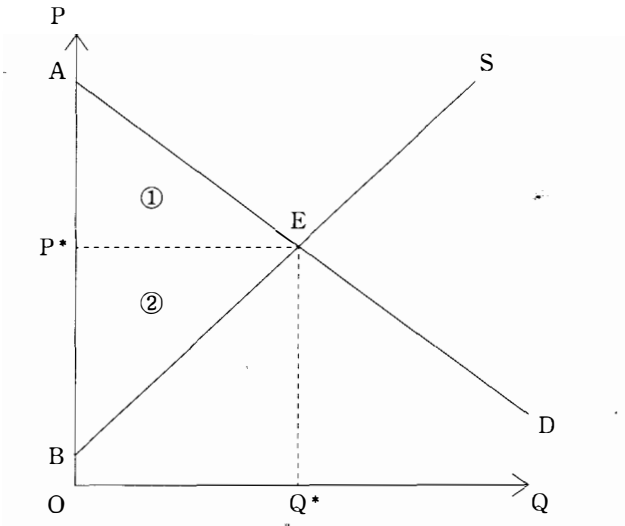


図1 通常の財・サービスの需給均衡

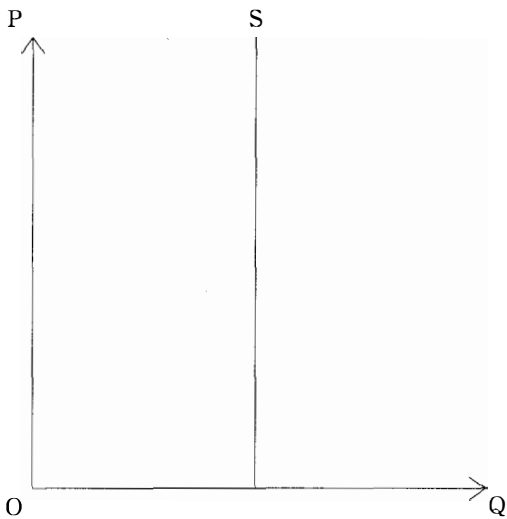


図2 処方医薬品の供給曲線

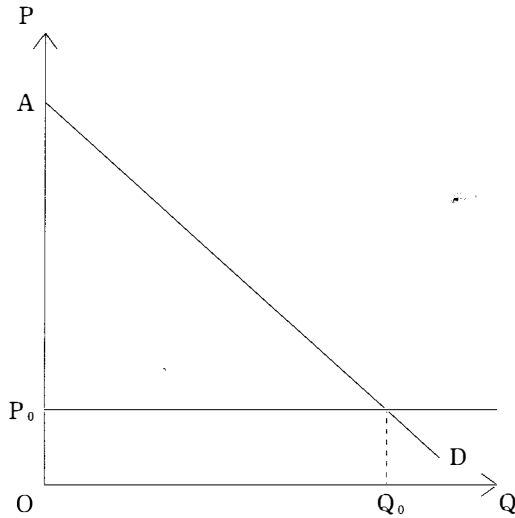


図3 処方医薬品の需要曲線と一部負担

処方医薬品の需要者は患者であるが、個々の患者は医師から処方された医薬品を、医師の診断を信頼してそのまま需要する。したがって、個々の患者の処方医薬品の需要曲線は垂直となる。しかし、処方医薬品の価格が低下すると、以前は医療機関に受診していなかった人々が新たな患者として受診するようになるとすれば、処方医薬品の価格低下にともなって処方医薬品の需要量は増加する。よって、処方医薬品の(市場)需要曲線は、図3のように右下がりとなる(曲線DA)。現在の医療保険制度の下では、処方された医薬品(薬剤)の費用について患者一部負担となっている。分析を簡単化するために $OP_0$ の定額負担とすれば、患者は $Q_0$ まで処方医薬品を需要しようとする。患者の処方医薬品の需要は、医師の処方箋に基づいているので、実際に $Q_0$ に等しい処方医薬品の供給がなされることになる。つまり、処方医薬品の供給曲線は $Q_0$ の位置から垂直に伸びている(図4参照)。処方医薬品の薬価(償還額)が $OP_1$ だとすれば、医療機関は $Q_0$ まで医薬品を患者に処方することで、患者から四角形 $OP_0E_0Q_0$ の面積の一部負担を受け取るほか

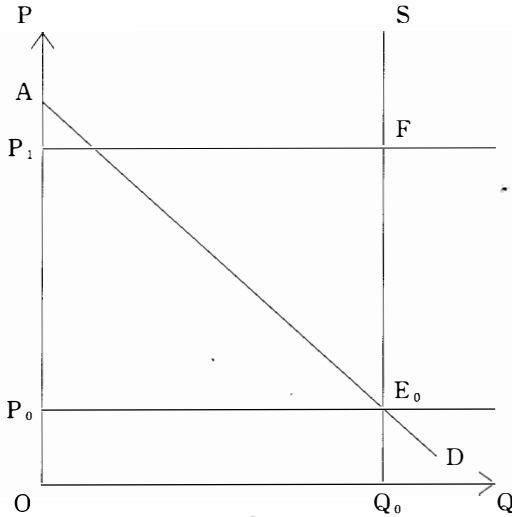


図4 処方医薬品市場の均衡

に四角形  $P_0P_1FE_0$  の面積の償還が医療保険から得られる。

医療機関の院内薬局は、処方するために必要な医薬品を医薬品卸市場から購入するので、医療機関は医薬品卸市場の需要者である。したがって、医薬品在庫を持たないと仮定すれば、(薬価より購入価格が低い限りにおいて)必要な医薬品は必要な時に価格に関わらず購入するから、図4の  $Q_0$  がそのまま医薬品卸市場での非弾力的な需要となって現れる。一方、医薬品卸市場の医薬品の供給者は卸売業者である。卸売業者は、製薬企業の仕切価に一定のマージンを加えて販売するので、製薬企業の医薬品供給曲線を一定のマージンだけ上昇させたものを卸売業者の供給曲線と考えよう。ここでは、図5のSB曲線が卸売業者の供給曲線である。したがって、医薬品卸市場の市場均衡は、需要曲線と供給曲線の交点である  $E_1$  点で、均衡価格は  $P_2$ 、均衡需給量は  $Q_0$  となる。このとき医療機関は、医薬品  $Q_0$  の購入に四角形  $P_2E_1Q_0O$  の面積だけの支払いをすることになる。

この時の医療機関が得る「薬価差益」を分かりやすく図示するために図

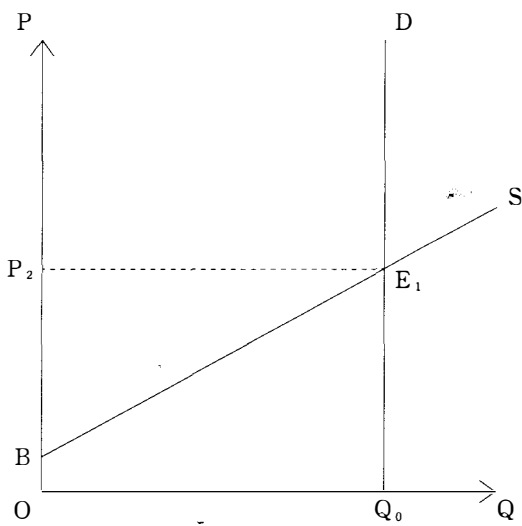


図5 医薬品卸市場

4と図5を重ねて描いたのが、図6である。医療機関が得る「薬価差益」は、四角形 $P_1FE_1P_2$ の面積である。薬価（償還額）が $OP_1$ から引き下げられれば、確かに医療機関の得る「薬価差益」はその分だけ減少するが、それでも根本的な資源配分の非効率性は解消されない。なぜなら、たとえ薬価（償還額）が医薬品卸市場の均衡価格 $OP_2$ と同じになったとしても、医薬品の費用について患者は一部負担だけでよいので過剰消費が発生しているため、医薬品卸市場の均衡価格 $P_2$ は本来の（患者一部負担でなく全額負担のときの）均衡価格よりも高くなっているからである。そのため資源配分の損失が生じている。すなわち、図6から分かるように、医療機関を仲介させずに患者と卸売業者との間で自由な価格で直接取引をしたならば（患者の一部負担や薬剤償還がないならば）、医薬品の均衡は点Eとなり、均衡価格は $P^*$ 、均衡需給量は $Q^*$ である。そこに、医療保険が導入されて患者一部負担となると（医薬品の償還額は医療機関の購入額の場合）、患者の処方医薬品の均衡需要量は $Q^*$ から $Q_0$ まで増加して、医薬品卸市場の均衡価格も $P^*$ から $P_2$ に上昇

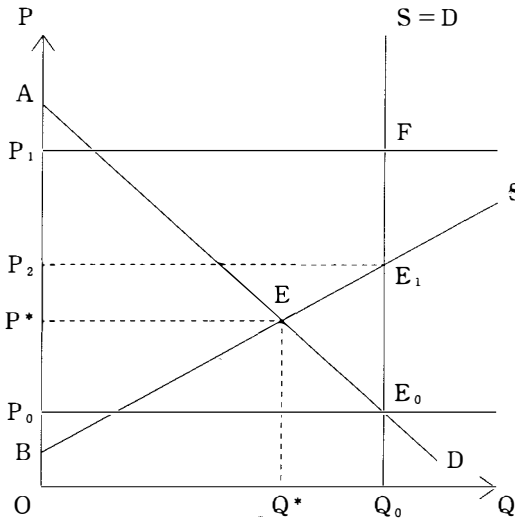


図6 「薬価差益」と資源配分の効率性

してしまうのである。そのため、三角形 $EE_1E_0$ の面積の資源配分の損失が発生してしまう。患者一部負担に追加して薬価差があるという条件(医薬品の償還額が医療機関の購入額よりも高い( $P_1 > P_2$ ))が加わっても、医薬品の均衡需給量 $Q_0$ は変わらないので新たに資源配分の追加損失が発生するわけではない。しかし、消費者余剰と生産者余剰の一部が「薬価差益」(四角形 $P_1FE_1P_2$ の面積)だけ医療機関に移転される。ゆえに、「薬価差益」解消のために薬価基準の引き下げは、医療機関の「薬価差益」という収入を減らす(余剰の分配を変える)ことになるが、資源配分の非効率性の改善にはつながらない。もちろん、この結論には留保条件がある。そもそも「医師は、患者を診察・診療の結果、医薬品の投与の必要性を医学的観点から判断して、当該の患者に対して「最適量」を処方する」と仮定して今まで分析を進めてきたが、この仮定が満たされない時、すなわち、「医師が「薬価差益」の大きさ如何で患者への医薬品の処方量を変える」ような場合には、「薬価差益」の存在自体が、資源配分に非効率性を発生させることになる。したがって、



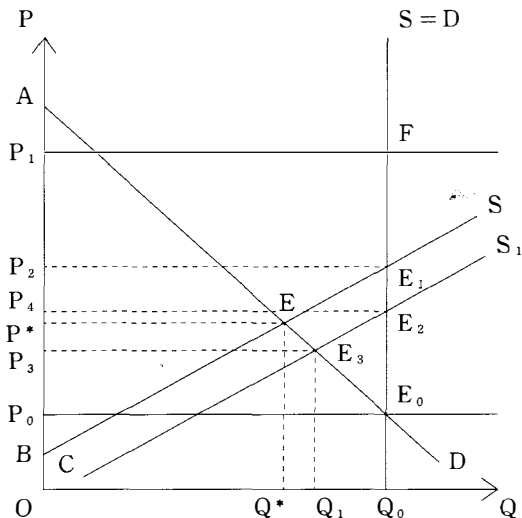


図7 直接取引の禁止と「薬価差益」

その場合薬価基準の引き下げは、「薬価差益」の存在によって発生した資源配分の非効率性を改善することになる。

次に、「薬価差益」の解消と取引慣行の関係を考察しよう。「1992年の医薬品流通改革（建値・新仕切り価制）以来、以前のように医療機関と製薬会社が直接契約できなくなり、卸を通すこと」〔12〕になった。これによって「医療機関の購入価格が上昇し、薬価差益は減少傾向にあると言われている」〔12〕。この現象をそのまま素直に解釈すると、医薬品取引においては、卸売業者を仲介業者として通すことを義務化したことが、「薬価差益」の減少につながって医薬品流通の効率性が増したように感じられるが、そうではない。以下でそのことを説明しよう。図7は、図6に製薬企業の医薬品の供給曲線（S;C）を書き込んだものである。製薬企業の仕切価に卸売業者の一定のマージンを加えたものが卸売業者の供給曲線であったから、製薬企業の供給曲線は卸売業者の供給曲線の下にある。したがって、医療機関と製薬企業が直接取引をした場合には、「薬価差益」は四角形  $P_1FE_2P_4$  の面積

となる。また、資源配分の損失は、三角形  $E_3E_2E_0$  の面積となる。医療機関と製薬企業の直接取引の場合の方が、卸売業者を仲介するよりも、資源配分の損失が小さくなるのは均衡価格が  $P_2$  よりも低い  $P_4$  となるからである。図7から分かるように、医療機関の収入となる「薬価差益」は、直接取引の場合の四角形  $P_1FE_2P_4$  の面積から卸売業者を仲介した場合には四角形  $P_1FE_1P_2$  の面積へと小さくなる。しかし、これは直接取引のときに医療機関が得ていた「薬価差益」の一部(四角形  $P_2E_1E_2P_4$ )を、医療機関ではなくて卸売業者が得ているに過ぎない。すなわち、医療機関と製薬企業との直接取引の禁止は、医療機関の収入としての「薬価差益」を減少させ、その分を単に卸売業者の所得に付け替える所得分配の変更である。よって、卸売業者に補助金を与えているのと実質的には変わりがない。もちろん、医薬品流通において卸売業者を保護するのが政策目的であれば、このことは良いのかもしれないが、医療機関と製薬企業との直接取引の禁止によって、資源配分の非効率性が増加(資源配分の損失が四角形  $EE_1E_2E_0$  の面積だけ増加)しているのは問題であろう。

### 3. 薬価基準制度の改革

薬価基準制度の改革は、医療保険福祉審議会をはじめ様々な機関で議論されてきた。それは、現行の薬価基準制度にいくつかの問題があると認識されているからである。そして、それらの問題は、すべて前節で説明した「薬価差益」の存在に起因している。問題の1つは、「高薬価シフト」である。医療機関は、「薬価差益」による収入を拡大しようとして、できるだけ価格が高くて薬価差が大きい医薬品を使用しようとする。このことは、医薬品の選択を歪めてしまう。2つめの問題は、「医薬品の不必要な多用」が発生しやすいことである。良心的な医療機関では発生しないが、「薬価差益」による収入増加への執着が強い場合には、なにかと薬を多く処方するなどの怖れがある。3つめの問題は、「製薬企業の研究開発が、いわゆる「ゾロ

新」と呼ばれるような開発が容易で薬価差が比較的大きくなる新規性の乏しい新薬(先発薬と同一の薬理作用があり成分が多少異なるだけの薬)に偏ることである」〔2〕。以上のような問題点があるために、薬価基準制度の改革の必要性は多くの人に痛感され続けてきた。しかし、制度の抜本的改革はなされることはなく、「薬価差益」の縮小を目的とした薬価基準の引き下げといった対処療法的な処置で問題を抑えているのが現状である。本来であれば、2000年に行われるはずであった医療保険制度の抜本的改革も、2002年まで先送りされてしまった。

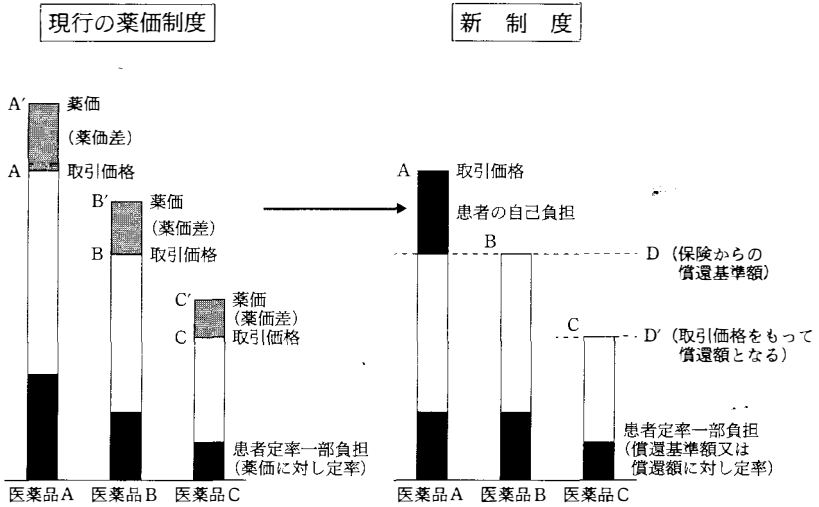
今まで提案されてきた改革案としては、「実購入価格・給付基準額制」、「市場価格・購入価格給付制」、「医薬品現物供給制」、「薬剤定価・給付基準額制」等がある。それぞれの改革案にはメリット、デメリットがあるが、以下では導入目前までいった「薬剤定価・給付基準額制」のみを取り上げて説明して、その制度の問題点を検討する。

### 3-1 薬剤定価・給付基準額制（日本型参照価格制）

薬剤定価・給付基準額制（日本型参照価格制）は、薬価基準制度の改革として一旦は導入が決定した制度であるが、日本医師会など多数の反対意見により1999年の4月13日に白紙撤回された制度である。以下では、その制度の仕組みを説明するとともに、制度の問題点を考察する。

薬剤定価・給付基準額制度は、「製薬企業の届出価格に流通経費と損耗経費、消費税分を加えた全国一律の「薬剤定価」と、医療機関等への納入価格の加重平均値に損耗経費と消費税分を加えた「給付基準額」を設定し、「薬剤定価」が「給付基準額」を下回る場合は「薬剤定価」そのものを保険給付の対象とし、逆に上回る場合はその超える部分を患者負担とする」

〔3〕ものである。「給付基準額」の設定は、薬剤を「治療効果が類似し、治療上代替可能な成分」についてグループ分類して、同一グループ内の薬剤には一定の給付基準額(償還基準額)を定めるかたちで行われる。グループの分類については、医学、薬学等の専門家からなる委員会を設置して手続



[出所] 厚生省 (1997) 「21世紀の医療保険制度 (厚生省案)」

図 8

きの透明化がはかれるとともに、画期的新薬や希少疾病用医薬品等はグループの分類に配慮される。また、医療費抑制のために、給付基準額(償還基準額)又は給付額(償還額)に対して定率の負担が患者にかかる(患者定率一部負担)。すなわち、図8の新制度(薬剤定価・給付基準額制に相当)にある医薬品Aについて見れば、この薬剤グループの「給付基準額」を超えた取引価格(「薬剤定価」)までの部分は、患者の自己負担となる。さらに、償還基準額に対して定率の患者負担がプラスされて、全体の患者負担は網線がかかった部分となる。医薬品Cについては、「給付基準額」を下回る取引価格(「薬剤定価」)なので、患者負担は給付額(償還額)の定率部分だけとなる。

### 3-2 薬剤定価・給付基準額制の問題点

基本的な問題点は、現行の薬価基準制度における問題点であった価格の公定に起因する「薬価差益」と似たものである。現在は、個々の薬剤につ

いて薬価が公定されているが、それが「給付基準額」という名称のもとにグループ単位で、グループ価格が公定されることになるだけである。そのままでは、従来と同じような「薬価差益」がグループごとに発生する可能性が生じるので、「薬剤定価」が「給付基準額」を下回る場合には「薬剤定価」そのものを保険給付の対象としている。これによって、表面的には薬価差が完全になくなり「薬価差益」は生じなくなる。しかし、「薬剤定価」は、製薬企業の届出価格に流通経費と損耗経費、消費税分を加えたものであり、製薬企業は届出価格を自由に変更することが可能であるから、実際には「給付基準額」を下回る「薬剤定価」になるような薬剤について届出価格を過大に申告して「薬剤定価」を引き上げれば、その分だけ製薬企業の利益（隠された薬価差益）となる。つまり、薬剤定価・給付基準額制は、従来は医療機関が主として得ていた「薬価差益」を製薬企業側にシフトさせる。もちろん、リベート等によって、隠された薬価差益の一部は製薬企業から卸売業者を通して薬剤購入をした医療機関の収入になるだろうが、医療機関の側は真の薬剤原価を知らないので隠された薬価差益をめぐる卸売業者（製薬企業）との交渉においては弱い立場となるだろう。さらに、「薬剤定価」のうち「給付基準額」を超える部分は患者の自己負担となるので、隠された薬価差益は事実上患者が支払うことになる。そのため、薬剤定価・給付基準額制は大きな問題を抱えていると言わねばならない。

また、現行の薬価基準制度では、公定価格は「薬価」1つであったが、薬剤定価・給付基準額制では、「薬剤定価」と「給付基準額」という2つの公定価格を設定することになり、市場への公的介入がより強まることになる。さらに、「医療機関等における医薬品の実購入額と保険者及び患者に対する請求額との関係を透明化するため、医療機関等における卸売業者の発行する伝票の保存や、卸売業者に対する立入検査の導入等」〔6〕が必要になるなど、事務コストが増加する。

以上のように薬剤定価・給付基準額制は、現行の薬価基準制度よりも公的介入が強まり、医療機関等における事務コストも増加し、目に見えた「薬

価差益」を表面的には見えなくして隠すかたちになるなど問題が多い。それゆえ、日本医師会等の導入反対によって、薬剤定価・給付基準額制が白紙撤回された意味は大きい。

## おわりに

本稿では、現行の薬価基準制度や薬剤定価・給付基準額制（日本型参照価格制）について説明するとともに、それらの制度が抱える問題点を検討した。また、医療保険制度における「薬価差益」の問題を、処方医薬品市場の需要・供給分析でその発生の仕組みを説明して、資源配分の効率性と薬価基準制度との関連を考察した。特に、医療機関と製薬企業の医薬品の直接取引禁止の規制は、卸売業者への補助金と実質的には同じであること、また資源配分の非効率性を増すことを明らかにした。

## 参考文献

- [1] 医療保険制度研究会編（2000）『目で見る医療保険白書 平成12年版』ぎょうせい
- [2] 医療保険福祉審議会制度企画部会（1999）「薬剤給付のあり方について」
- [3] 健康保険組合連合会編（2000）『社会保障年鑑 2000年版』東洋経済新報社
- [4] 健康保険組合連合会、日本経営者団体連盟、日本労働組合総連合会（1999）「医療・医療保険制度改革の推進と平成12年度に向けての要請」
- [5] 厚生省（2000）「医療制度抜本改革の進め方について」
- [6] 厚生省（1997）「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」
- [7] 自由民主党（1999）「医療制度抜本改革の基本的考え方」
- [8] 梶田忠彦（1999）「経済教室 薬価上限制の導入断念を」日本経済新聞 1999年2月3日
- [9] 南部鶴彦（1997）「薬価規制」植草益編『社会的規制の経済学』第11章 NTT 出版

- [10]ヘルスエコノミクス研究会 (1998)『日本医師会総合政策研究機構報告  
書第6号 医療システムと経済の関係』日本医師会総合政策研究機構
- [11]村上雅子 (1999)『社会保障の経済学 第2版』東洋経済新報社
- [12]八代尚宏監修 (1999)『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社
- [13]吉原健二、和田勝 (1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社