

巻 頭 言

後発品使用促進診療報酬について

周知の通り診療報酬改定は2年に一度行われ、今回も来年4月に向けての改定論議が活発になりつつあります。この2年というサイクルは、法律に書かれたものではなく、単なる中医協における取り決めごとです。従って、3年に一度とか毎年とかの議論がなされたことはありますが、常に財源論議と重なって、薬価改定が2年に一度なので、そのタイミングと合わせて行うことから2年に一度に決着するわけです。薬価改定が2年に一度というのも単なる中医協での取り決めごとで、このところ毎年の薬価改定を主張する方もおられますが、薬価調査のスケジュールなど関係者の合意が得られず、結局は2年に一度に落ち着いているのが現状です。

さて、診療報酬改定については、本学会も後発品の普及促進を計る観点から重要な関心事項の一つであり、毎回要望書という形で政府や中医協に意見を述べています。後発品を促進する現在の診療報酬には、後発医薬品使用体制加算およびDPC病院における後発品使用促進のための機能評価係数が、また、調剤報酬には、後発医薬品調剤体制加算があります。簡単に言えばそれぞれ後発品の使用率が高ければ、そのコストに見合う費用を加算という形で支給しようとするもので、これは、この世界で最近流行っている診療行動の医療経済的誘導措置の一つです。患者にとっては後発品利用という自己負担が安くなる反面、体制加算のある医療機関で治療を受ければ、その分高くなります。また、機能評価係数加算は「診断群分類別に、どこの医療機関でも同じコストにする」というDPCの本来の趣旨からはズレていく方法です。つまり、DPCにおいては医薬品は包括されているので、後発品を使うか使わないかでコストや自己負担が異なるのは趣旨に反すると思います。また、同じ疾患でも後発品係数算定医療機関の方が自己負担は高くなるのは不合理です。その理由は、DPCは医療を見えやすくし、その質を高めていくことも一つの目的で、しかしながら後発品やオーソライズドジェネリックを使っているDPC病院の方が、先発品を使っている病院よりも機能が高く評価される（診療報酬が高い）というのも問題があると思います。それぞれの課題について検証が必要ですが、医師の処方行動に対する経済的誘導方法は長い診療報酬の歴史の中でも初めてのことだと思います。

さて、ちょうど私が医療課長をしていた平成16年当時には、上記の項目はありませんでした。また、後発品使用促進の議論もほとんどなされず、思い出すのは後発品薬価を先発品の何割にするか、結局7割に落ち着いたわけですが、そうした項目だけでした。今では首相官邸までが重要項目としてあげており、隔世の感があります。その当時の医療費適正化の主要課題は、在院日数の短縮化と「包括診療報酬」の促進で、そのような中でDPCや外来総合診療料が生まれて来ました。しかしながら、その後の医療費も伸び続け現在では40兆円を超える数字になっています。その理由としては患者の増大と新薬シフトにあると考えています。その時代時代の医療費適正化診療報酬があると思います。上記後発品使用促進診療報酬など、それぞれの項目が如何に医療費を適正化してきたかという検証が必要だと思います。

2015年12月

日本ジェネリック医薬品学会理事
(社)Medical Platform Asia 代表理事 (元厚生労働省健康局長)

西 山 正 徳