

社会保障

財務省主計局
平成29年11月8日

医療

医療

1. 改革工程表の着実な実施
2. 薬価制度の抜本改革
3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 調剤報酬の改革
4. 医療・介護提供体制

改革項目と改革工程表における記載(医療保険制度関連)

○ 昨年末までに結論が出ず、再度検討期限を設定したもの

改革項目	改革工程表の記述	番号
かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論 → 関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む） かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる 	①
薬剤自己負担の引き上げ	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（2018年度末まで） 	②
金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大	<ul style="list-style-type: none"> マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（2018年度末まで） 	③

改革項目	改革工程表の記述	番号
後発医薬品の使用促進（後発医薬品の価格を超える部分への対応）	<ul style="list-style-type: none"> 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目的に結論 	④
生活習慣病治療薬等の処方あり方	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論（2017年度末まで） 	⑤
医療費適正化に向けた高確法第14条の活用	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（2017年度末まで） 	⑥
医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方	<ul style="list-style-type: none"> 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論（2018年度末まで） 	⑦

かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担

①

【論点】

- 病院への紹介状なしの外来受診が依然として多いなど、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。
- 現在、導入されている「紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担」は、すべて病院の追加収入となるため、大病院への外来受診を抑制するために患者には定額負担を求めながら、医療機関側にとっては外来診療による収入増を与えるものとなっている。このため、制度としても整合性がなく、保険財政にも寄与しない。
- また、かかりつけ医の普及や、国民皆保険制度を維持していく観点を踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入に向けて取り組んで行く必要。

○紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

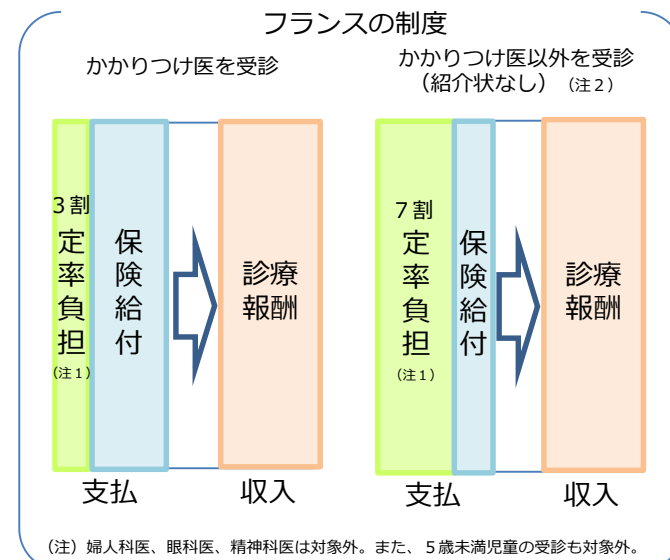
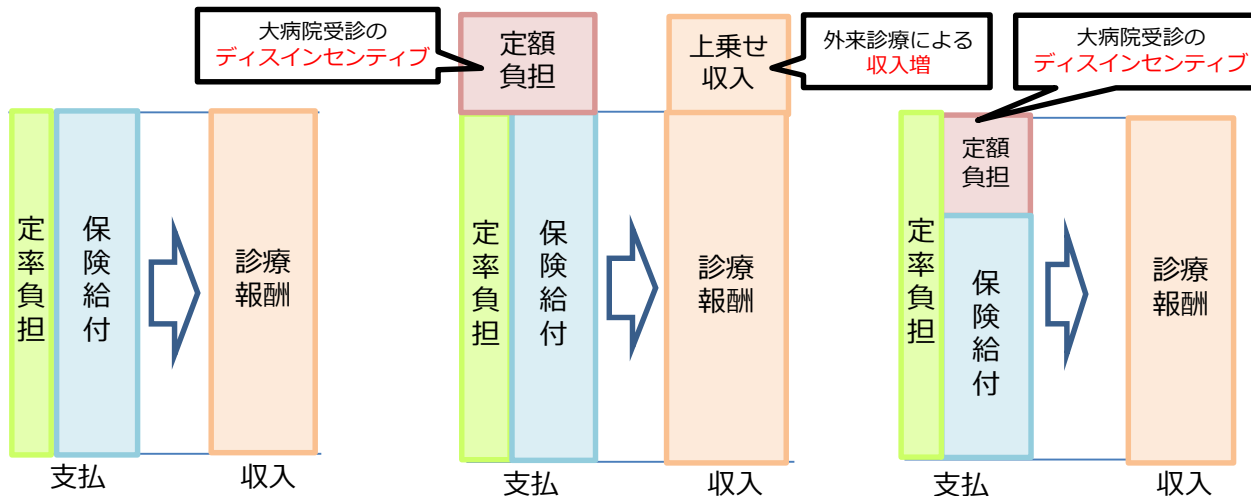
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

通常の受診（現行）

選定療養による受診時定額負担（現行）

受診時定額負担（案）

フランスの制度



【改革の方向性】（案）

- かかりつけ医の普及に向けて、現行の選定療養による定額負担について、まずは病院・診療所の機能分化を適切に進めていく観点から、診療報酬への上乗せ収入とはせず、診療報酬の中で定額負担を求める仕組みとし、あわせて保険財政の負担軽減につながるよう仕組みを見直すべき。
- かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けて検討を進めるべき。

薬剤自己負担の引き上げ

【論点】

- 高額・有効な医薬品を公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していく必要。
- 市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めよりも大幅に低い負担で入手が可能。セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
- なお、諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

美容クリームより処方薬？

美容には、何万円もする高級クリームよりも、医療用医薬品「ヒルドイド」がいい――。

ここ数年、女性誌やウェブに、こんな特集記事が続々と出る。保湿効果があるヒルドイドは、医師が必要だと判断した場合のみ処方されるが、雑誌には「娘に処方してもらったものを自分に塗ったらしっとり」といった体験談も載る。

ソフト軟膏タイプの50g入りで1185円。保険がきくので、患者負担は現役世代なら3割の350円余り、子どもなら自治体によっては無料になる。東京都内の40代の開業医は「患者に『多めに出して欲しい』と言われれば、出さざるを得ない」と話す。（朝日新聞 29年8月31日 朝刊）

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則3割＋高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2割、70～74歳：2割、75歳以上：1割）
ドイツ	10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定（加重平均した自己負担率34%） 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% 一般薬剤：35% 胃薬等：70% 有用度の低いと判断された薬剤：85% ビタミン剤や強壮剤：100% （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 （注）上限は年間2,200クローナ

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

種類	医療用医薬品					OTC医薬品	
	医療費	銘柄	薬価	3割負担 (現役)	1割負担 (高齢者)	銘柄	価格
湿布	1,500億円程度	AA	120円	36円	12円	A	1,008円
ビタミン剤	1,100億円程度	BB	300円	90円	30円	B	1,620円
漢方薬	800億円程度	CC	170円	51円	17円	C	1,296円
皮ふ保湿剤	500億円程度	DD	1,180円	354円	118円	D	2,634円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の機能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

※4 医療費の金額は、平成26年度における、各薬剤分類の入院、外来別の上位30品目の売上金額である。

【改革の方向性】（案）

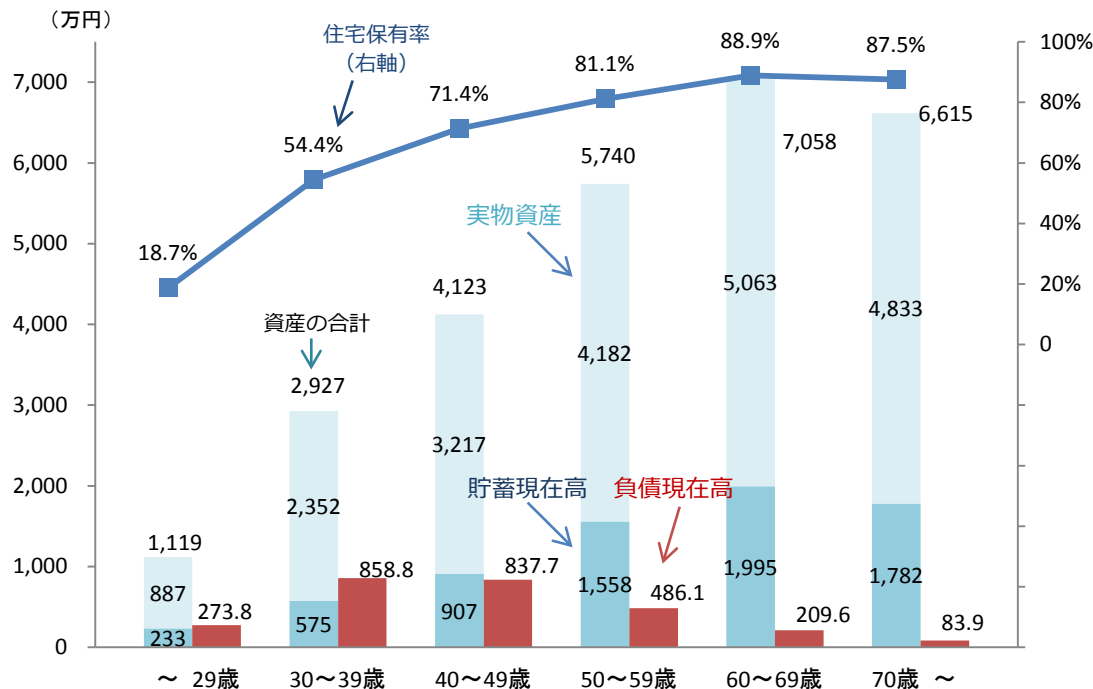
- 薬剤自己負担の引き上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

【論点】

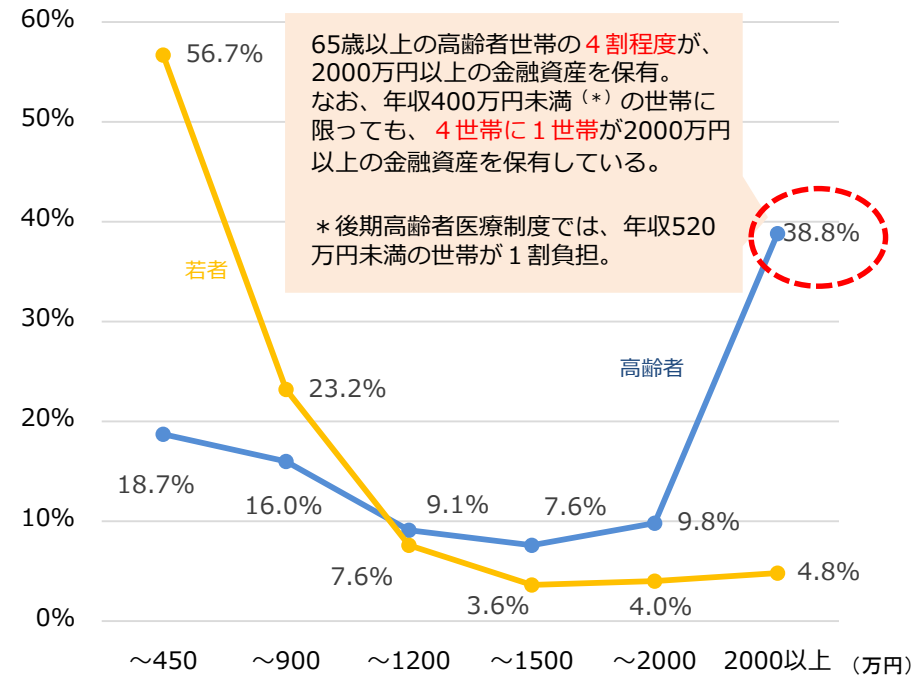
- 高齢者は、現役と比べて、平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が来年から施行予定。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。
(注) 高齢者は65歳以上の夫婦のみの世帯、若年は世帯主40歳未満の世帯。

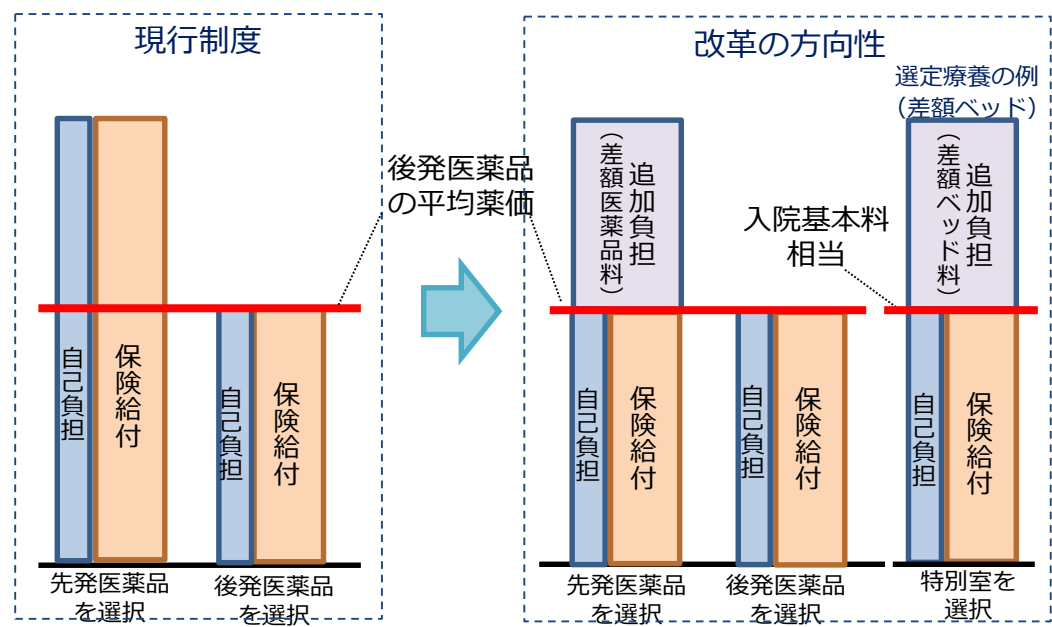
【改革の方向性】 (案)

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

後発医薬品の使用促進(後発医薬品の価格を超える部分への対応)

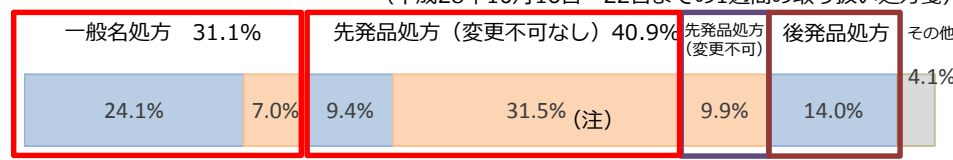
【論点】

- 平成32年度末までに後発医薬品の使用割合を80%とする目標が閣議決定され、その歳出削減効果は来年度からの全都道府県の医療費適正化計画に織り込まれる予定。
- 他方、後発医薬品が使用されないのは患者の意向によるケースが多い。
- 後発医薬品の使用割合を更に高めていく上では、これまでの措置の拡充・強化に加え、患者により働きかける施策が必要。また、後発医薬品の使用割合が7割近くまで上昇し、多くの方が後発医薬品を選択している中、公平性にも配慮する観点からも、保険給付は後発医薬品の平均価格を基準とすべきではないか。



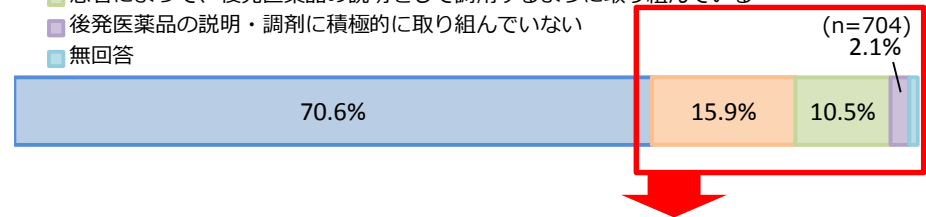
◆ 処方箋の記載と対応状況

(平成28年10月16日～22日までの1週間の取り扱い処方箋)

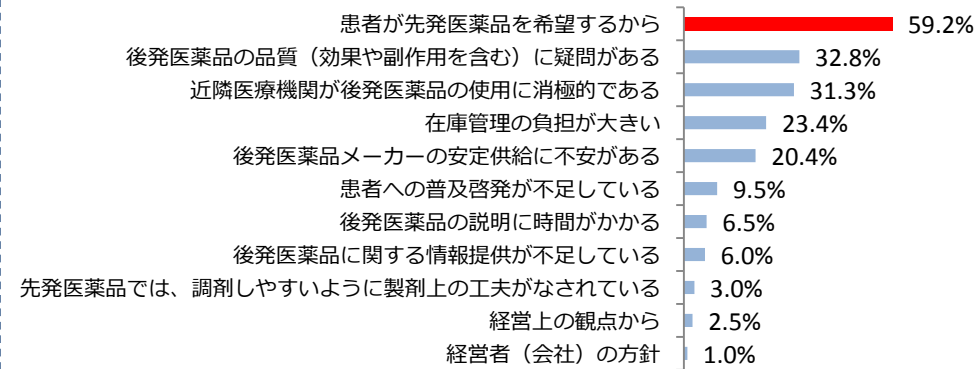


◆ 保険薬局の後発医薬品の調剤に関する考え

- 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するよう取り組んでいる
- 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 後発医薬品の説明・調剤に積極的に取り組んでいない
- 無回答



◆ あまり積極的には調剤しない理由 (複数回答)



(出所) 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査報告書 (平成28年度調査)」 (中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会)

【改革の方向性】 (案)

- 選定療養の仕組みも参考に、後発品の平均価格を超える部分については、原則、自己負担で賄う仕組みを導入すべき。

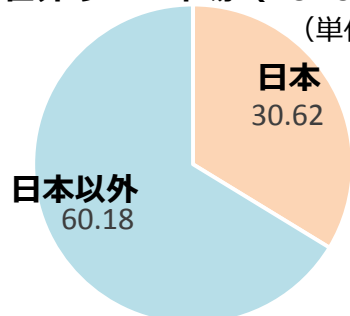
生活習慣病治療薬等の処方あり方

【論点】

○ 生活習慣病治療薬等の処方は、臨床上的知見を踏まえつつ、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価なARB系が多く処方されている。

◆世界のARB市場（2016年）

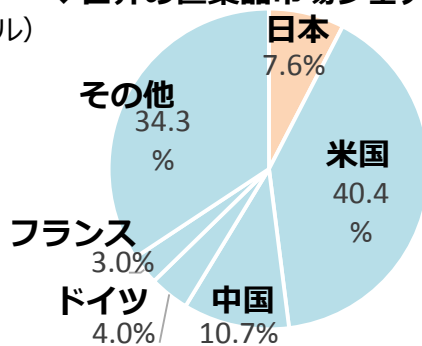
(単位：億ドル)



(出典) 研ファーマ・ブレン発行「NEW Pharma Future」(2017年1-2月号)

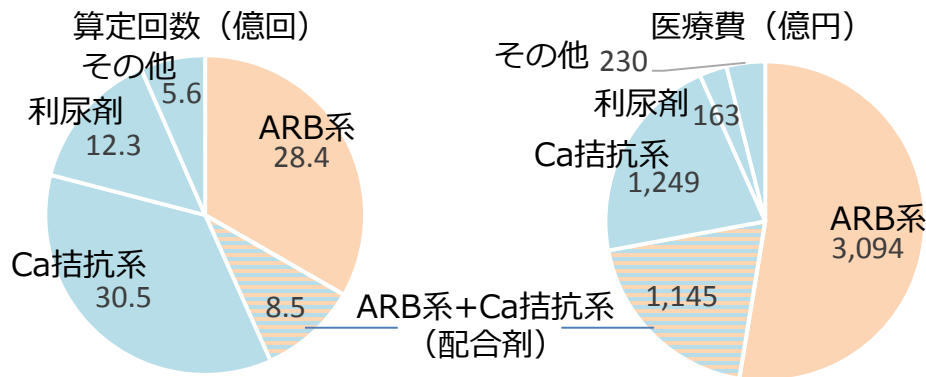
(注) 先発品。なお、ミカルディス(バーリンガー・インゲルハイム)の世界売上げについては、2015年の実績。

◆世界の医薬品市場シェア（2015年）



(出典) 厚生省資料

◆我が国の高血圧治療薬の内訳（2014年度）



(出所) 厚生労働省 第1回NDBオープンデータ (対象期間：平成26年4月～平成27年3月)

(注) 該期間中の入院、入院外、調剤における「血圧降下剤」「血管拡張剤」「利尿剤」の薬効分類の医薬品(効能・効果に高血圧が含まれないものを除く)の算定回数(それぞれの上位30品目)を基礎に作成

<高血圧薬の使用に関するガイドライン>

日本	イギリス
<p>【STEP 1】 ACE、ARB、Ca拮抗剤、サイアザイド利尿剤のいずれか</p> <p>【STEP 2】 (以下の組み合わせいずれか) (ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) (ACE又はARB) + (サイアザイド利尿剤) (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 3】 ・(ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 4】 ・(ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤) +</p> <ul style="list-style-type: none"> ・βブロッカー ・サイアザイド利尿剤の追加 ・αブロッカー 	<p>【STEP 1】 55歳以上(全人種) →Ca拮抗剤</p> <p>55歳未満(アルカ系、カリウム系を除く) →ACE(副作用等がある場合にはARB)</p> <p>【STEP 2】 ・(ACE又はARB) + (Ca拮抗剤)</p> <p>【STEP 3】 ・(ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤)</p> <p>【STEP 4】 ・(ACE又はARB) + (Ca拮抗剤) + (サイアザイド利尿剤) +</p> <ul style="list-style-type: none"> ・βブロッカー ・サイアザイド利尿剤の追加 ・αブロッカー

<代表的な治療薬の一日薬価>

ACE系	タナトリル錠 (10mg)	123.60円
ARB系	ディオバン錠 (80mg)	109.10円
Ca拮抗系	アムロジン錠 (5mg)	53.30円
サイアザイド系利尿薬系	ヒドロクロロチアジド錠 (100mg)	22.40円

【改革の方向性】 (案)

- 薬剤の効率的かつ適正な使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について、臨床上的有効性・安全性を前提としつつ、経済的な観点も踏まえた医薬品選択のガイドラインを策定すべき。
- 併せて、生活習慣病治療薬等の適切な処方を進めるための診療報酬上の対応の在り方を検討すべき。

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はなく、どのような内容の診療報酬の定めができるかについて、検討は進んでいない。
- また、地域ごとに異なる診療報酬の定めを行うことは、同条の規定に関わらず、厚生労働大臣の権限として実施が可能。介護報酬等においては1点当たりの単価は地域によって異なるなど、公定価格が全国一律ではない例もある。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。

全国一律 (注)		×	全国一律		=	医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり 単価 10円			
(例)	初診料	282点				
	入院基本料 (7 : 1)	1,591点				
	調剤基本料 1	41点				
			(参考)			
			①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。			
			②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。			

(注) 入院基本料への地域加算 (都市部に加算) など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用 (考えられる例)

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増 (薬剤師や薬局数の増加) が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】 (案)

- 第2期医療費適正化計画の実績評価が行われる来年度から、都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬についてどのような活用が考えられるか、次期診療報酬改定において、具体的な方策を幅広く検討すべき。

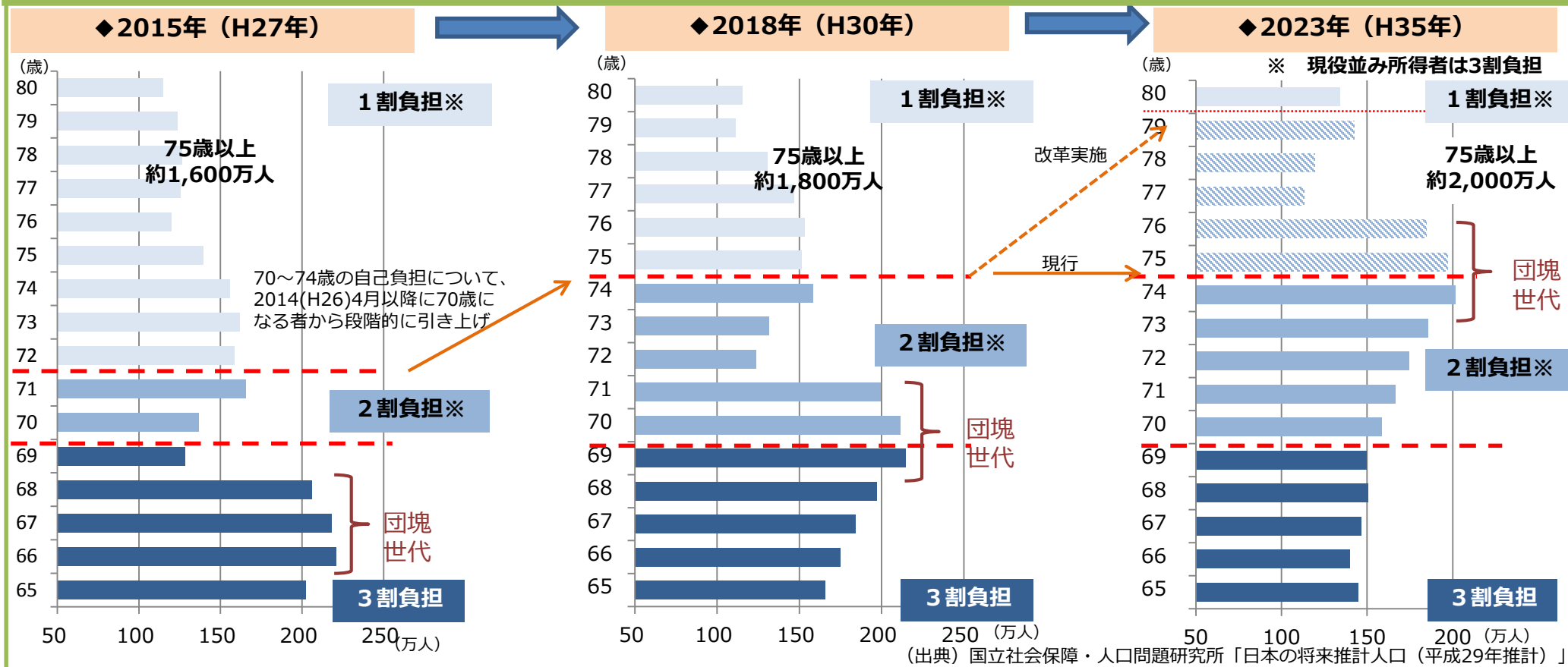
医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策

	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の 着実な推進	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗把握 ➤ 慢性期病床の地域差是正・受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備 ➤ 病床再編に向けた都道府県の権限の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況の公表 ➤ 進捗に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合確保基金の配分 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 受益と負担の牽制による保険財政運営 <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定 ・ 標準的な医療費水準（注）に基づく国保普通調整交付金等の配分 ・ 法定外一般会計繰入の解消 </div> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分
医療費適正化	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 二次医療圏・市町村等の医療内容の可視化 ➤ 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築 <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 高確法14条（地域別診療報酬の特例）の活用 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 受益と負担の牽制による保険財政運営 <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定 ・ 標準的な医療費水準（注）に基づく国保普通調整交付金等の配分 ・ 法定外一般会計繰入の解消 </div> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分 <p><small>（注）全国平均の性・年齢構成別一人当たり医療費をもとに、性・年齢構成を当該自治体と等しくした場合の医療費水準。</small></p>

医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 平成30年度に74歳までの自己負担は2割となるが、31年度以降、75歳以上の自己負担について改革を実施しない場合、自己負担が1割となる対象者が毎年増加していく（5年間で約200万人増加）。



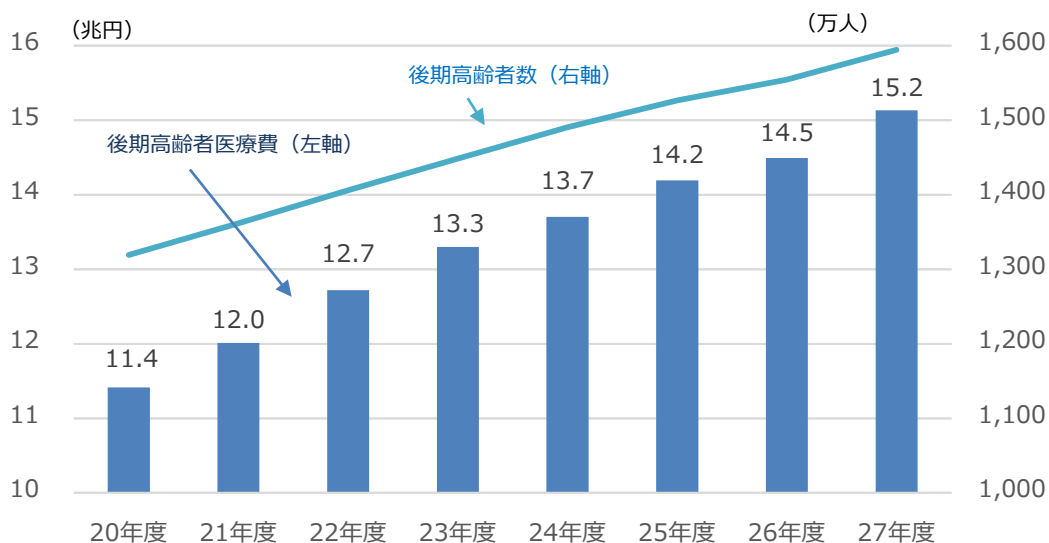
【改革の方向性】(案)

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、75歳以上の後期高齢者の自己負担について見直しを行う必要。
- 現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げを、引き続き75歳以上についても延伸して実施し、2019(H31)年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019(H31)年度時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。
- これらの実施は31年4月からとなるため、早急に議論を開始すべき。

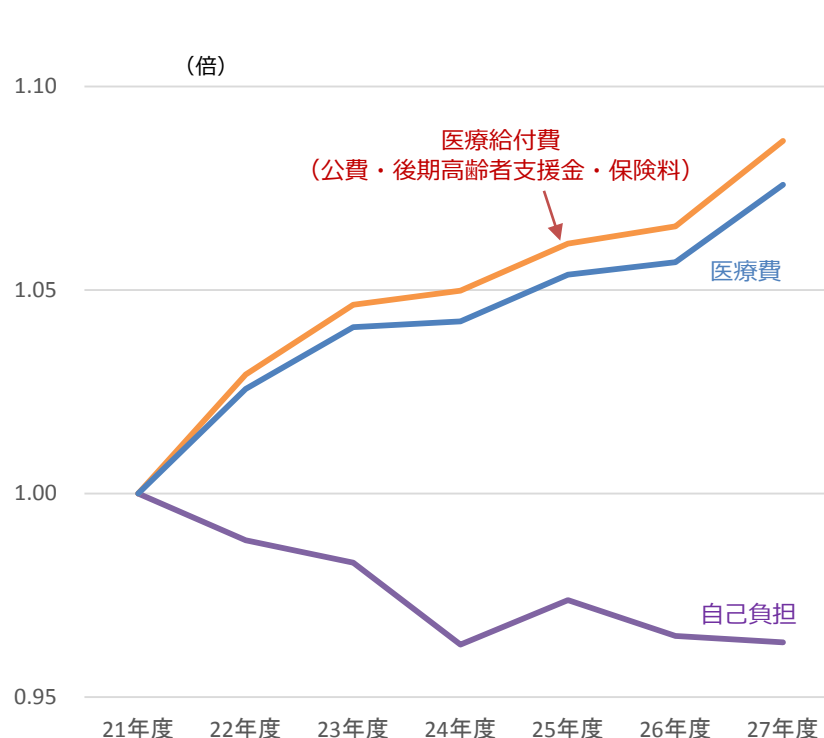
(参考) 後期高齢者医療費と費用負担の動向

- 後期高齢者医療費は、制度創設以来、後期高齢者数と一人当たり医療費の伸びにより、約3.7兆円（30%以上）増加。
- 後期高齢者一人当たりで見ると、医療給付費が医療費の伸びを上回って増加している一方で、自己負担は減少している。
- 医療給付費の約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金で賄っているが、支え手である現役世代は減少している。

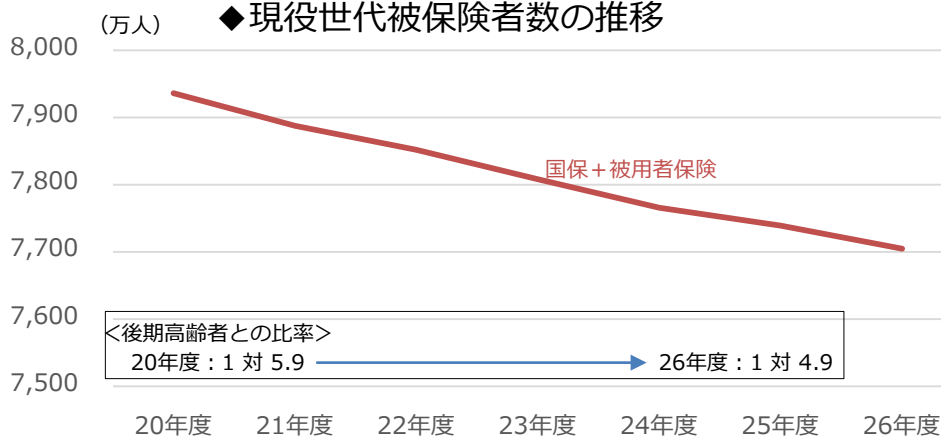
◆後期高齢者医療費の推移



◆後期高齢者一人当たりの医療給付費と自己負担



◆現役世代被保険者数の推移



	21年度	27年度	増減額
医療給付費	80.5万円	87.5万円	+7.0万円
自己負担	7.7万円	7.4万円	▲0.3万円

(注) それぞれ、各年度の金額を被保険者数（月末平均値）で除した値を、満年度化した平成21年度分を基準に示したものを。

医療

1. 改革工程表の着実な実施
2. 薬価制度の抜本改革
3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 調剤報酬の改革
4. 医療・介護提供体制

薬価制度の抜本改革(基本的な視点)

(市場価格の反映による国民負担の軽減)

- 市場価格を適時に把握して不必要な財政支出がなされないように予算執行がなされるのが通常であるが、医薬品分野については、①慣行により、市場実勢価格の把握は従前2年に1回とされ、②市場実勢価格が把握されても、新薬の相当部分について、市場価格を上回る価格を維持したまま予算が執行されている。
- 医薬品についても、適時に市場価格を薬価に反映させることで、市場価格を上回る部分に係る国民負担を抑制する仕組みとしていくべき。

(革新的な医薬品を見極めたイノベーションの評価)

- イノベーションを適切に評価していくためには、新薬であれば何でも評価するのではなく、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めて評価をしていくことが重要。
- そうした観点ではなく、研究開発の原資とするために一定の売上げを確保する観点から公的医療保険の価格設定を行うことは適当ではなく、また、それが本当に画期的な医薬品を創出する研究開発につながるかどうかは明らかではない。
- また、財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応が重要。

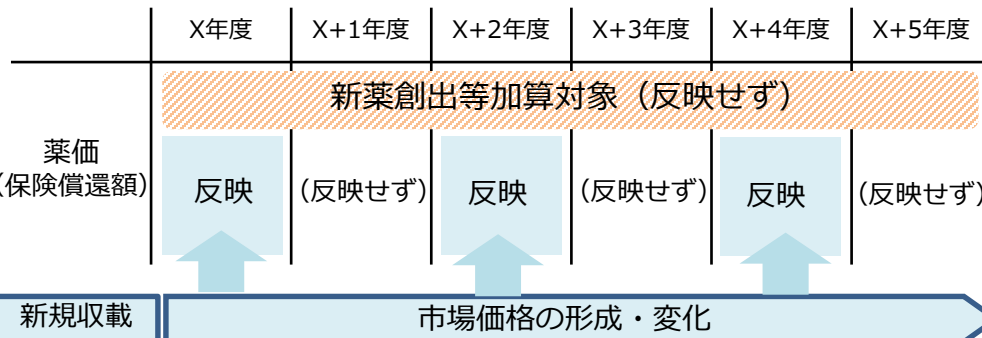
◆ 市場価格を反映した予算執行を行っている他の行政分野の例

分野	市場価格の反映方法
公共工事	労務費や資材単価について毎年市場価格調査を行い入札予定価格に反映
石油や米の国家備蓄	入札時点の市場価格を予定価格に反映

◆ イノベーションの推進に向けた政策対応

補助金	特定の要件(例:産学官連携による革新的医薬品研究開発)を満たす場合に、その費用を補助
研究開発税制	各年度に支出した試験研究費の総額や内容等に応じて、一定額をその年度分の法人税額から控除。
薬価制度	医療保険制度における償還価格を設定(医薬品の価値に応じた薬価の設定)

◆ 現行薬価制度と市場価格との関係(イメージ)



研究開発環境の改善、コスト低減	臨床データの蓄積・活用などゲノム創薬に向けた研究開発基盤の整備、安全性に配慮した早期の承認制度、ビッグデータによる製造販売後調査のコスト低減 等
産業構造の転換	再編による規模拡大、強みのある疾患領域や機能への特化 等

新規収載と効能追加の考え方

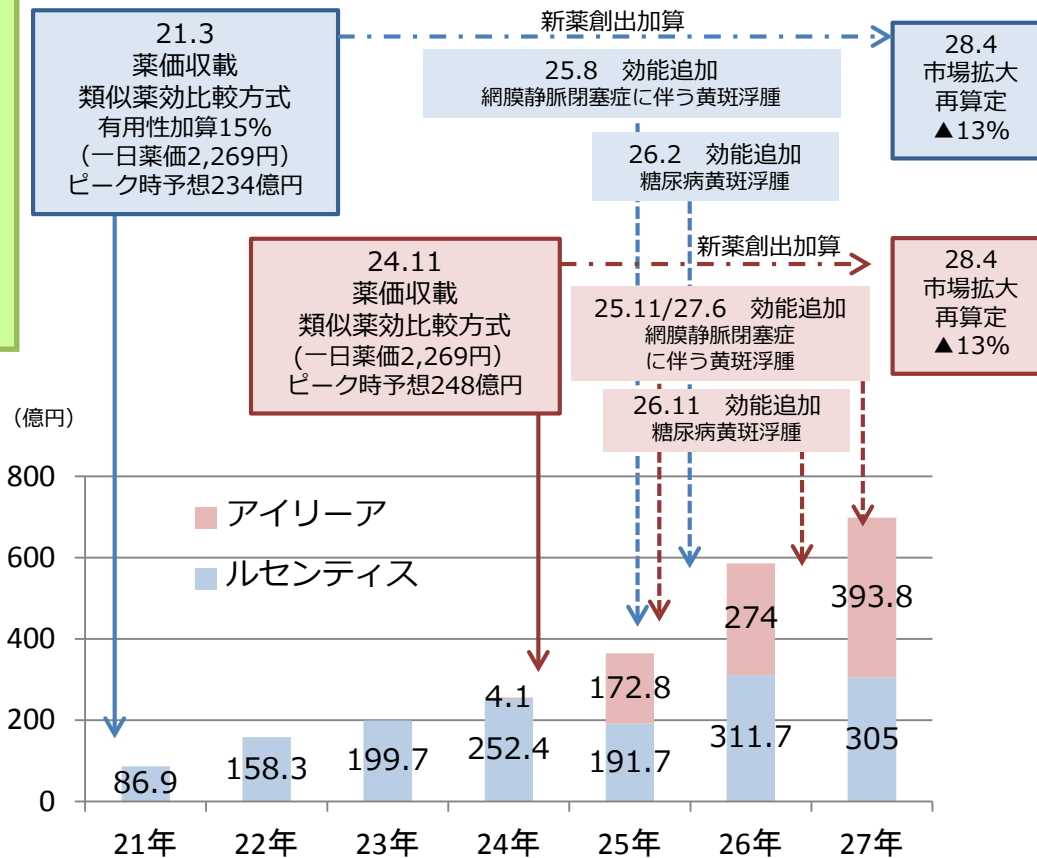
【論点】

- 新薬収載・薬価算定や効能追加は、予算にかかわらず年度中に実施される。
- その際、新薬が既存薬と競合し、医療費への影響は大きくない場合もあるが、新たな薬効のあるものや、類似薬と比べて高薬価のもの等については、新規収載は医療費の増加につながる。
- また、収載後の市場環境の変化があれば、収載時の見込みにかかわらず、医療費が増大していく。

類似薬効比較方式 (原則) 同じ効果を持つ類似薬がある場合には、新薬の一日薬価を既存類似薬の一日薬価とあわせる。類似薬に比べて高い有用性が認められる場合には、これに補正加算 (+ 5 ~ 120%) を行う。

原価計算方式 類似薬がない場合には、製造原価 (原材料費等)、販売費・研究費、営業利益等を積み上げて価格算定する。既存治療と比較した有効性、安全性の程度に応じて、営業利益率に - 50 ~ + 100% の加減算を行う。

◆ 眼科薬剤 (加齢黄斑変性治療薬) の例



(出典) (公財) 日本眼科医会

【改革の方向性】 (案)

- 年度途中で新薬を保険収載する場合には、保険財政や国民負担の観点から、収載による財政影響を検証するとともに、これに対して必要な措置を講ずることができるよう検討すべき。
- 新薬の収載後も、その使用動向を随時把握し、効能追加等により保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合には、市場拡大再算定も参考に、速やかに薬価を引き下げる仕組みを設けるべき。