

＝医療における調達改革のトライアル 結果報告＝

医療機関、福祉施設の調達を見直す (Vol.58) (<http://humancare-sys.jp/newsletter/20130701021936>) をまともてから 1 年を経過しました。

今回は、その時に触れた NHO の 1 ブロックで実施された共同調達の結果を報告するとともに、今後の展開について、考えてみたいと思います。

<NHO1ブロックでのトライアル結果>

2013 年度、独立行政法人国立病院機構北海道東北ブロックにおいて、国立病院機構として初めての試みである医療機器・什器備品の「病院共同入札 (ブロックが調整)」が実施されました。参加病院数は 18 病院～最終調達金額は総額 20 億円超の規模です。

昨年の通信でも記載しましたが、当初は、全ブロック 1 区分での調達の企画でしたが、次のような本部の意向の下、本部とブロックの間で意見が一致せず、結果的には、ブロック内一括入札 8 区分 (大型放射線、厨房、什器・家具、電化製品、ベッド)、都道府県毎入札の 37 区分 (病棟、外来、手術、中材、検査、放射線、リハビリ) と、細分化された区分での実施となってしまいました。

「価格透明化のため、医療機器の一品 (一種) 毎の調達を基本にする予定で、複数品目の一括調達は認めない」
「大型機器については、本部での取り組みもあり地域一本は認めるが、中小は地域単位でなければダメ」
「ブロックが参考事例としている病院での一括調達の結果も価格分析が不十分であり、本部として認められない」
「今回の取り組みで値段が下がる理由がわからない。もし、仮に少し下がったとしてもあまり意味はない。それより、民営化の話を進めている今の段階で、業界が騒ぐのは本部としては認められない。」

さて、実施の背景・目的・手段等は、医療機関、福祉施設の調達を見直す (Vol.58) を見ていただくとして、機種別の結果の概要を見ていただきます。皆さんの購入価格と比べてみてください。

1 大型放射線 (CT, MRI, ガンマカメラを事例に)

(1) 本部共同入札 (~平成 25 年)

10 年近く共同入札が実施されていますが、最終的な落札額は下がっているようです。

しかし、実勢価格 (世のなかの平均的な取引価格) に対する落札価格の比率で見ると、当初数年は下がりましたが、その後は、概ね横ばいの傾向 (右下図) です。いわば「新国立病院価格」が形成されたということでしょう。

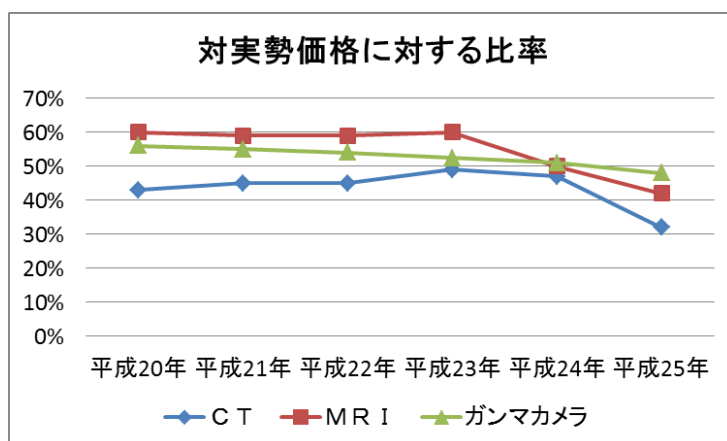
ちなみに、MRI は、労災病院も加わった平成 24 年以降は、その比率は下がったように見えますが、

ア 参加病院の変化 (汎用機器のみへ)

機器の仕様を一本化して競争させる共同入札への対抗策として、メーカーは、当社固有の仕様を開発する傾向が進み、当該機器を欲する病院は共同入札に参加せず、相対的に汎用性の高い機器の入札となったため下落傾向に見える。

イ オプションを共同入札から除外

本体に比べて割引率の低いオプションソフトやコイルを必要最小限にした仕様としたため、その比率が下落 (オプションと合せた最終試算はない)。



また、CTでは、平成 25 年に、その比率が下がったように見えますが、

ア 複数の種別を一つの入札区分に

CT4 台とガンマカメラ 5 台と複数の種別を一つにしての区分であり、T社とS社の競争となったが、T社のガンマカメラはS社のOEM製品 (他社ブランドの製品を製造) であったため、T社は自社のCTを大幅に下げて競争したことが要因と考えられます。(なお、「価格透明化のため、医療機器の一品 (一種) 毎の調達を基本にする予定で、複数品目の一括調達は認めない」とした本部幹部の方針に反する入札区分 (CT) で、競争環境が変わり、価格水準が大きく下がったのは、何とも皮肉なものです。)

といった特別の要因があり、こうした要因がなければ、概ね実勢価格に対する比率は一定であることが、他の種別の機器の状況を見ても実証されます。

(2) 病院共同入札(平成 25 年)

病院共同入札では、本部共同入札と異なり、メーカーに拘らない共通仕様ではなく、メーカー指定の入札となりました。本部共同入札に対し、当社固有の仕様を開発するメーカー戦略に対抗する意味もあります。

本部共同入札の結果との比較で言えば、比較対象のあるものは、全て、本部共同入札の実勢価格に対する比率を下回りました。その中で、MRI(3.0T)について、本部共同入札との比較で概況を説明すれば次のようになります。

ア 本部共同入札結果(下図左側)

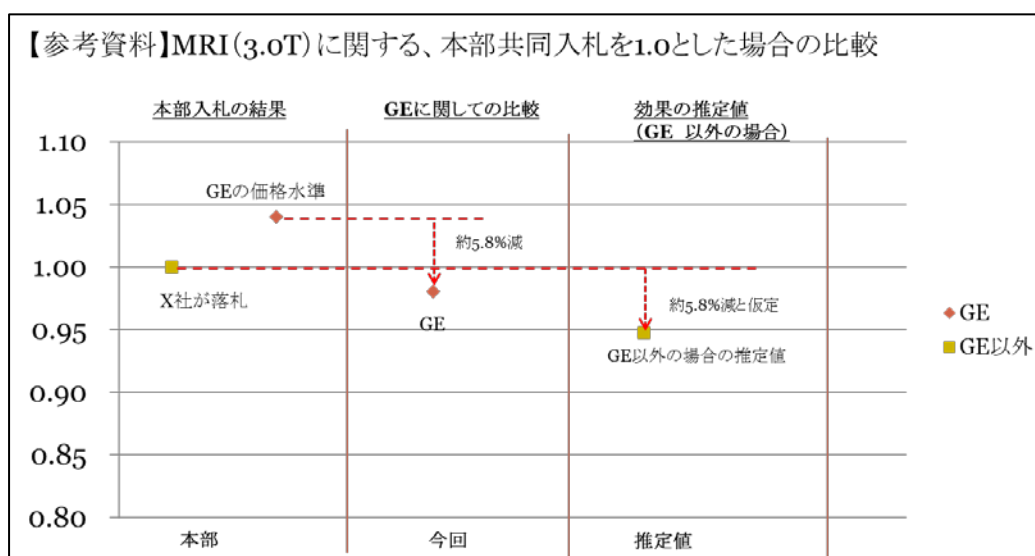
共通仕様の結果～X社が落札 病院共同入札の対象機種種のGE社は、X社に対して 1.05 弱の価格帯で応札

イ 病院共同入札結果(下図中央)

GE社製品指定の入札の結果、本部共同入札時のGE社の価格水準より、5%強の低水準の価格帯で調達実現(本部共同入札のX社の価格でGE社製品も調達できたという結果)

ウ 仮に共通仕様で病院共同入札を行ったら(下図右側)

あくまで仮定ですが、本部共同入札の落札者X社の製品も、病院から指定されていれば、本部より 5%強低い水準で調達できた可能性があります。次にやってみないとわかりませんが、本部共同入札で固定化した「新国立病院価格」を一段と切り下げするには、効果的な手法と考えられます。



2 中小医療機器

これまで国立病院機構内では、中小医療機器の調達に関しては、他病院での調達価格を本部でまとめて公表する以外は、特に新たな手段は講じられていませんでした。

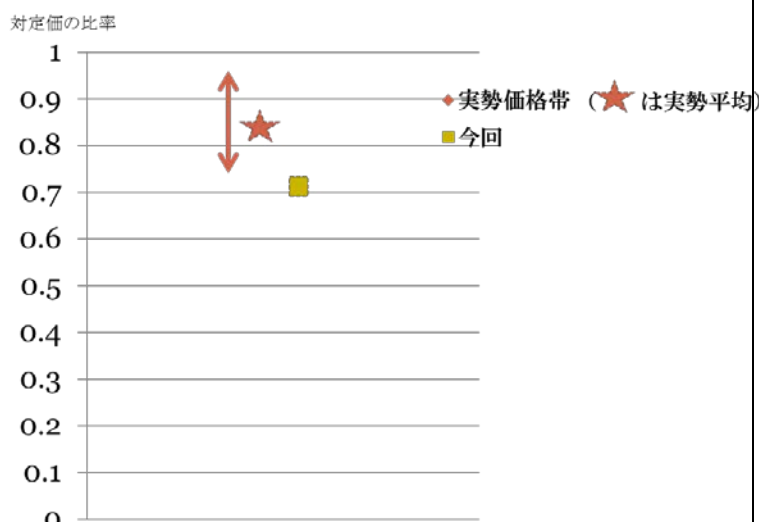
そのため、都道府県別の流通実態(メーカーによる卸の系列化の状況)に応じて、従来の国立病院価格が維持されてきた面があります。それを打破するため、今回の取り組みがなされ、総じて価格水準は下がりましたが、一部の製品では、その競合状況等に応じて、価格が下がらない場合も出ました。

(1) 効果のあった事例 ～ 例 F社 人工呼吸器(汎用品)

A県での計 20 台の購入ですが、従来の国立病院機構内の実勢価格(対定価)は、75%～94%程度で、平均 82%程度の実態にあったものが、今回は、71%という水準で調達されました。

落札会社によると、当該機種に関わらず、同一県内の同社製品全体をまとめてメーカーと交渉したとのことであり、系列化された卸単位や機種別単位の調達では実現できない、商社等の活用によるメーカーとの交渉力の上昇で生じた結果と考えられます。

当然、都道府県単位を超えて、規模の拡大ができれば、もっと価格が下がった可能性はあります。



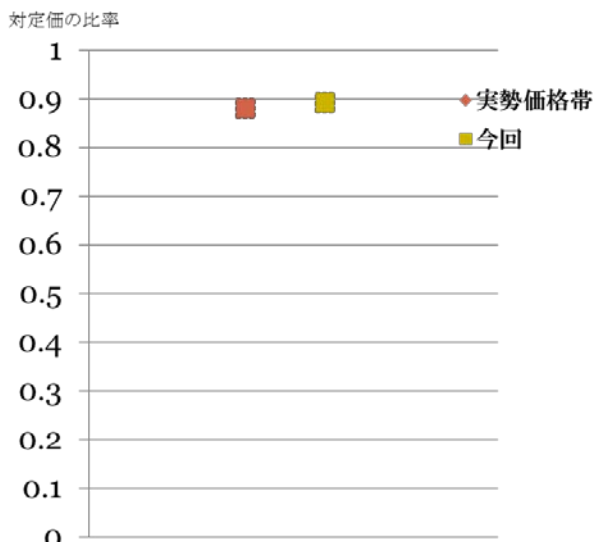
(2)効果のなかった事例 ～ 例 P社 人工呼吸器(競合品不在)

A県で1台、Y県で1台の調達があった区分です。従来の国立病院機構の実勢価格(対定価)は、88%の商品ですが、今回の調達では、いずれの地域も実勢価格並みの金額しか実現できませんでした。

商品として競合商品がないため、メーカー仕切り価格の変動もない商品であることが主たる要因と考えられます。

ただし、もし都道府県単位という縛りがなく、例えば全国一本で、数十台の調達があれば、どのような結果になるか…見てみたいところです。

競争がなくても、一括で数多くの台数を買うと、少しは違うような気がします。こうした性質のものは、メーカーからの直接購入となる本部共同入札の形式が合っているのかもしれませんが。



3 その他

(1)機械浴装置 S社

A県で2台の調達があった区分です。

従来の国立病院機構の実勢価格(対定価)は、病院建替時の複数台一括調達の事例を除き 46～55%程度の実態にあったものが、今回は、38%という水準で調達されました。

購入が少なかったため、より台数が集まれば更に安価にできると想定されます。

なお、病院建替時は、いわば総取り(今後の更新の際も有利不利が出る)との意味もあり、各メーカー間の競争が激しくなるので安くなるものと思います。

これは画像診断機器に係る画像処理システムの導入の際も同じ傾向にあります。



(2)ベッド

ベッドについては、九州地区で先行して病院共同入札を実施していますが、その実績と同じ価格水準を達成できました。

さらに、その内容を見ると、

ア 搬入設置費用

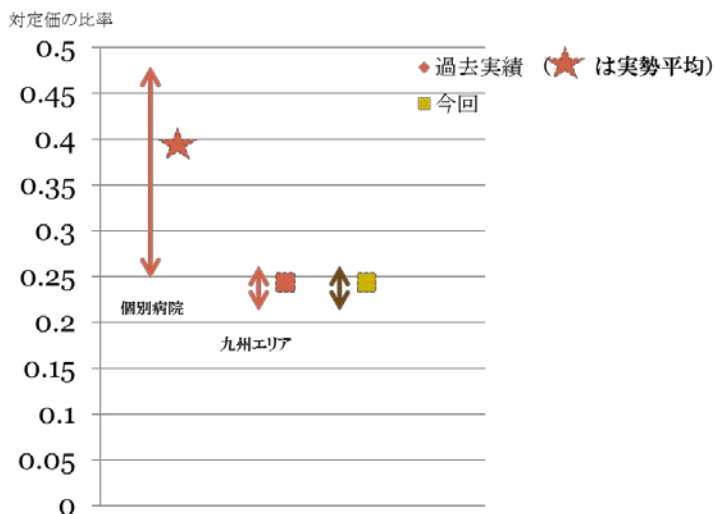
今回の取り組みでは、搬入設置まで含めてベッド会社が負担(実質仕切り価格の切り下げ)。

イ 廃棄費用

今まで使用していたベッドの廃棄費用は、商品購入価格とは別に3,000～5,000円/台の費用が通常発生するが、今回の取り組みでは、含む形となった(実質的な値引き)。

ウ 入札仕様

九州エリアでは、共同仕様として複数メーカーが参加可能な数パターン仕様による入札であるのに対し、今回の取り組みでは、共同仕様ではなく各病院個別の要望仕様を反映することができたようです。



<今回の取り組みで生じた課題と今後の展望>

1 今回の取り組みで生じた課題

今回の取り組みは、全て順調に終わったわけではありません。主たるものをまとめると次のような点です。

ア 既存商流の解消に時間を要した(価格交渉の難航及び納期のずれ込み)

初めての取り組みであり、また、本部共同入札の際と異なり、メーカー・卸会社・臨床現場への病院共同入札の説明・理解に多大な時間を費やし、メーカー指定機種比率が増えてしまったとの由。

また、複数回入札の結果、予定価格に達するまで時間のかかった商品もあり、病院側からは、価格はもう下げなくてよいと言われる事例もあったと聞いています。

イ 卸会社の周知・理解不足

今回の取り組みは、いわゆるメーカー系列化された卸の切り崩しを行い、メーカーへの価格交渉力を高めて、調達価格を下げるというトライアルという面もあるが、一部卸会社において本取り組みへの理解不足と思われる言動があり、入札遅延や入札形態の変更が発生しました。

これも最初だからという面もありますが、一方では、地域によっては、東北海道上に、流通慣行等が固定化している所もあるようであり、どの地域から進めていくかは、戦術としては、今後重要になると考えられます。

ウ 入札区分の細分化によるメリット減

今回のトライアルでは、本部の理解不足等から、区分を細分化せざるを得なかったため、狙った効果が得られなかった区分が多数出たことが残念でした(本部が嫌がるような、卸の政治的な動きは出てくるでしょうが・・・)。

ただし、今回の実績で、取引慣行・競争状況に応じて、いろいろな組み合わせを考えることが大事との教訓も得たことから、病院側で、種々の取り組みを展開する基礎ができたものと思います。

具体的には次の3点であり、これは国立病院機構に限らず、全ての病院に共通するポイントと思います。

① 中長期の投資計画

各施設の現有機器調査を実施し、機器の取得年・台数・仕様などを台帳にて、一元管理し、各施設の中長期投資計画の実現をする

② ①を基礎にした戦略(各病院の診療計画に合った機種・仕様の提案)づくり

外部者の意見等を聞きながら、各病院共同の調達計画をつくり、「メーカーや卸会社に対して病院側が価格交渉のアドバンテージを取り、より価格の低減につなげる」という可能性を高める

③ 調達区分の多様化

1商品1代理店の固定価格から全国统一価格を目指し、中小規模の医療機器等も都道府県にとどまらない広い区分とするなど、地域の流通慣行や商品の競争状況等を踏まえた戦術づくりを高度化する

2 今後の展望

国立病院機構では、今回のトライアルの中心となったブロックの経営指導課は今年の4月から廃止され、病院共同入札の機運は急速に低下しているようです。これは、組織変更に伴うものだけでなく、本部の経営改善の取り組みの意識の低下～民営化の話を進めている今の段階で、業界が騒ぐのは本部としては認められないとの本部幹部の発言からも推測できます～によるものでしょう。

民営化の主張は、本部の非課税、公的負担の廃止等の甘い一方的主張とともに泡と消え、地方病院がなすべき地域展開について、手足を縛られたままで実現困難な独立行政法人の形式に安住する選択を最終的にいき……2013年度の経営結果(経常黒字)は、前年度の半分に落ち込んだとも聞こえてきました。

当分の間、公務員色の強い本部・ブロックを中心として、どこまで経営改善・調達改革～病院共同の取り組みが進むか……ですが、民間病院と同じく、現実には、新たな取り組みは遅々として進まない可能性が高いと思います。

少し良くなっても、志を見失うと、あっと言う間に昔に戻る……残念なところですが、「今に安住する者は、未来はない」という教訓は、変わらぬ真理のようです。

しかし、一方では、大学病院、自治体病院では、医療機器等を相当高い水準で買っているとの認識も広まっていると聞こえてきました。たぶん、国立病院機構の成果が広がった結果なのでしょうが、今後は、国立病院機構以外の公的病院が、新たなトライアルの主体になるのではないかと期待しています。中には、大学病院が院長等を派遣する民間病院も含めて、何かできないかと考え始めているところもあるようですので、そうした対象群に、今回の結果を知ってもらうことが大事なのでしょう。

今回のトライアルは、誰でもわかるように、同じ設置主体ではない病院群でも実現できるものです。共同の取り組みは国立病院機構が端緒ですが、その次なる展開は、別の主体群のほうが、うまく広がるような気がします。