

12年同時改定に向けた病院行動経済学 なぜ、病院間経営格差は生まれるのか

関東学院大学大学院経済学研究科 非常勤講師(医療経済学担当) **工藤 高** くどう たかし

はじめに

新しい経済学の分野に「行動経済学」がある。これまでの経済学では「経済活動は自己利益のみに従って最大利潤(利益)を求めた完全に合理的な行動」という合理的経済人が前提とされてきた。経済学で描かれている人間モデルは常に最大利益を求めて行動しているという仮説だ。現実には「情報の非対称性」の存在や「必ずしも合理的な行動をとらない」ためにそのような合理的経済人は存在しない。経済の主体である人間の行動には、心理学的要素を含んだものとするのが「行動経済学」である。病院経営も決して高い経常利益だけではなく、地域の中で自院のミッションに沿った医療提供をしたいという思いが強い。病院経営には一般の株式会社よりも行動経済学的要素が高いと思われる。

最大利益を求めるなら療養型を選択

従来の経済学における「合理的経済人」とは、すべての行動は利益(儲け)が出ないとしないという考えの人間である。これに対して「行動経済学」とは、経済の主体である人間の行動に

は必ずしも合理的でない心理学的要素を含んだ行動があるというものだ。病院経営も決して高い経常利益だけを求めてはいない。たしかにそのような病院もあるが、ガバナンス(企業統治)やコンプライアンス(法令順守)を逸脱した利益追求型経営による不正請求や職員水増しは、内部告発による発覚で社会的制裁を受けることになってしまう。

図表1は病院経営管理指標の医療法人立の一般病院、ケアミックス、療養型、精神科病院の2007年度と2009年度の比較である。多くは急性期と思われる一般病院の経常利益率が07年2.5%→09年2.2%と悪化している。療養型も同様に6.0%→5.9%へ0.1%減少だが、一般病院と比較すると経常利益率は3倍近くもある。なお、プラス改定であった10年度は一般病院も改善していると思われるが、その指標公表は12年になる。

前述のように従来の経済学の教科書どおりに最大利益を求めて経済人が行動するならば、すべての病院が療養型を選択しなければならない。現実とはそうではなく、多くの病院は最も経常利益率が低い急性期を志向している。つまり、地域の中で自院のミッション、ビジョンに沿った医療提供をしたいという行動経済学的要素が高

●図表1 2007年度と2009年度の病院経営管理指標(医療法人)

	一般病院		ケアミックス		療養型		精神科病院	
	2007年	2009年	2007年	2009年	2007年	2009年	2007年	2009年
病院数	232	304	246	297	171	210	146	125
医業利益率(%)	2.0	1.9	2.8	3.4	5.9	5.3	3.6	4.5
経常利益率(%)	2.5	2.2	3.1	3.4	6.0	5.9	4.2	5.1
材料費比較(%)	20.2	19.4	16.0	15.0	9.3	10.4	11.3	11.2
医薬品費比率(%)	12.0	10.3	9.6	8.6	5.2	5.2	7.5	6.9
人件費比率(%)	52.7	54.3	56.7	58.0	58.7	59.3	62.4	63.4
委託費比率(%)	6.0	5.4	5.6	5.5	6.5	6.0	5.1	4.7

出所:厚労省(抜粋)

いわけだ。ただし、「自院のやりたいこと」と、実際の実力や患者、地域住民、他の医療機関からの評価にミスマッチが発生している病院が多い。たとえば、「当院は急性期」といいながら、看護配置は低く、平均在院日数が長く、社会的入院患者が多い「自称急性期病院」である。

情報の非対称性が混合診療禁止の大きな理由

人間が合理的に動くためには完全な情報が前提となる。もし、それがあれば株取引で失敗することはない。得られる情報が完全でないことを「情報の非対称性」という。代表的な例として中古車業界における質の悪い車や欠陥車を「レモン」と呼ぶことがある。レモンには見た目では中身を判断するのは難しいことから、英語のスラング（俗語）で「不良品」や「欠陥商品」といった意味がある。中古車ディーラーはその中身をよく知っているが、買い手の消費者はよくわからない。

医療でも病院と患者間における情報の非対称性が大きいことが、一連の診療において保険診療と自費診療負担金が交差する混合診療禁止の大きな理由である。保険がきかない抗がん剤や治療法を行えば治癒率が高まると言っても、医学知識が乏しい患者にはわからないからだ。その結果、怪しげな民間療法で医療消費者たる患者が被害を受けることを防ぐためである。

合理的経済人が成立しない第二の理由は「そもそも人間は合理的な行動をとらない」ことで、病院も同様である。人口3万人の地方都市に200床弱の病院が3つあり、30年前は当時の基準看護取得の同機能病院であった。現在は**図表2**のようになっている。A病院は地域の急性期トップランナーDPC/PDPS病院、B病院はA病院の後方連携先として回復期、療養型で黒字経営。一方、C病院は2病院の受け皿はイヤとのことで唯我独尊的な経営を行った結果、赤字で倒産

寸前である。C病院院長がいつも被害者的に言う「こうなったのは厚労省が悪い」のならば、A、B病院も赤字にならなければならない。悪いのはC病院の経営戦略であったといえよう。そもそも戦略はなかった。また、DPC/PDPS病院では入院使用薬剤をすべて後発品に変えれば大きなコストダウンになるのだが、先発品メーカーとのお付き合い等で切り替えを実施しない場合も多い。これも合理的経済人のような行動をとらないことの証明となる。

●図表2 人口3万人の地方都市で30年前は同機能の3病院

①A病院

地域の急性期トップランナーのDPC/PDPS病院。常に人、モノに投資しているために経常利益2%と高くないが黒字

②B病院

回復期、療養型病院としてA病院と強固な連携を行っており経常利益は5%台

③C病院

A、B病院との医療連携や職員間交流はほとんどなく唯我独尊。従来の経験則に基づく過去踏襲型経営で赤字幅大きく倒産寸前

筆者作成

相手を出し抜くために結果が悪くなるのが囚人のジレンマ

人も病院経営も常に合理的な行動をとらないことは行動経済学の「ゲーム理論」で証明できる。代表的なものに「囚人のジレンマ」がある。複数の人間がお互いに協力をすれば良くなるはずなのに、相手を出し抜くために、結果がはるかに悪くなる状況である。銀行強盗の共犯者AとBの2人が警察に捕まった。警察には物的証拠はなく、有罪にするには自白しかない。警察は「Aよ、おまえだけが自白したら即釈放。しかし、Bだけが自白して、おまえが黙秘だと罪は大変に重くなる。ただ、2人とも自白ならば、それなりの罪は問われる」という場合の状況は**図表3**のようになる。各マス目の2つの数字は左がAの利益、右がBの利益、3は釈放と数字が大きいほど都合がいい状態。①お互いに黙秘はA、

Bとも利益は2。②Aが黙秘、Bが自白の利益はAが-1、Bは3。③は②の逆。④はお互いに自白なのでA、Bともに0になる。

独房で談話が不可能な2人は相手が何をしてもしも自白の方が利益は大きくなる。最も不利益なのは相手が自白なのに自分が黙秘の-1。そうなるとお互いに自白をしてしまい、2人とも銀行強盗の罪を問われてしまう。本当はお互いに黙秘を通すならば、状況証拠しかないため拘留期間が過ぎれば釈放されていたわけだ。

●図表3 囚人のジレンマ

		(政府) 囚人B	
		黙秘	自白
囚人A (日医)	黙秘	2, 2	-1, 3
	自白	3, -1	0, 0

①お互いに黙秘 ②Aが黙秘、Bが自白
③Aが自白、Bが黙秘 ④お互いに自白

筆者作成

囚人のジレンマ状態に陥った06年改定

06年の小泉内閣時に断行された過去最大のマイナス改定▲3.16%も囚人のジレンマ状態となった。図表3のAを日本医師会、Bを政府に置きかえてみる。当時の日医会長は、診療報酬の本体引き下げを受け入れた前執行部を批判し、「反小泉内閣」の方針で会長に就任した。そのため当時の与党自民党との距離は大きく開いた。それまでの改定はお互いに黙秘状態で利益は2という結果が多く、日医のプラス要求に対して、落としどころを決めた「暗黙の了解」による駆け引きがあったと考えられる。これは決してアンフェアではなく、良好な労使関係にある会社の労使交渉でも日常的なことである。しかし、06年改定における「日医要求+3%アップ」では、落としどころはなかった。よく組織で行われる「根回し」もお互いに黙秘状態になる。これらの手法を一切無視した菅前首相の発言や行動が

大きな混乱を生み出したのは記憶に新しい。

12年改定もそうだが、改定の度に薬価や汎用的な検体検査点数、特定保険医療材料の償還価格が引き下げになる。これらの引き下げは厚労省が改定前年に調査した医療機関への納入価である「市場実勢価格」をもとに決定されている。医療機関は経営が厳しいため、薬剤卸会社や検査センターとの値引き交渉を行って、少しでも安く購入しようとする。それが市場実勢価格を低くしてしまう。そして、次回改定でまたまた薬価、検体検査点数、材料償還価格引き下げにつながる。本当は全国の病院、診療所が「一切値引き交渉せずに薬価や定価どおりに買います」という逆カルテル（価格協定）を結べば、改定でモノ代の引き下げはない。もちろん、資本主義経済では不可能であり、「ウチだけは安くして」と相手を出し抜くため、その結果として市場実勢価格を下げってしまうわけだ。

最近、脳梗塞用剤の注射薬エダラボンの後発医薬品が発売された。先発品では点滴静注バッグ1日2A使用で薬価1万6,456円/日が後発品薬価だと1万1,022円/日と5,434円のコストダウンとなる。さらに値引き後の購入価格ベースだと、もっと大きなコストダウンになっている病院もあるようだ。脳外科をメインとするDPC/PDPS対象H病院では、エダラボンは「ABC分析」のAランク第1位に位置する最も購入金額が多い注射薬になっている。同院では「先発品購入価-後発品購入価=年間2,200万円」のコストダウンとなった。もちろん、A病院では後発品発売と同時に切り替えた。

ただし、これも多くの病院がエダラボン後発品を使うほど、次回12年改定でDPC診断群「脳梗塞、エダラボンあり」の1日当たり点数が下がってしまう。DPCの診断群点数は全国のDPC/PDPS対象病院の出来高請求額平均をベースに設定されるからだ。本当は全国1,449のDPC/PDPS病院がエダラボンを後発品に変えず、

在院日数も長めにキープすれば、診断群点数も低くならず、入院期間Ⅰ、Ⅱという在院日数も短くはならない。それは無理であり、これも凡人のジレンマ状態に陥っているが、回避することはできない。

病院経営は収穫逓増の法則で

前回10年改定で評価されたのは、単に小手先のテクニックや少し強引な解釈で「点数を取る」という「狩猟型病院」ではなかった。コンプライアンスを逸脱した保険請求を行っていると、審査機関から重点審査が行われるようになる。当然のごとく査定減点やレセプト返戻が多くなってしまふ。これらの医療機関は、提供している医療サービスそのものが保険診療のルールを定めた療養担当規則を遵守しておらず、生産規模すなわち患者数を拡大しないで、1人当たりの点数という生産量を増加しているわけだ。出来高で不要な検査や投薬が多いために、審査側のブラックリストに掲載されて、審査強化という「収穫逓減の法則」が作用している。この法則はお米の二期作のように生産要素を拡大したとしても、それに伴って売上も2倍にならず、場合によっては減少することである。

この反対が「収穫逓増の法則」になり、急性期、回復期、慢性期という機能を問わずにトップランナー病院には作用している。前回10年改定で評価された病院は必要な部署に職員を多く配置して、院内・院外研修体制を確立して、質の高い職員を時間をかけて育成して、その結果、質の高いチーム医療を提供する「農耕型病院」であった。これらに「収穫逓増の法則」が作用したわけだ。

さいごに

これからの病院経営に必要なのは「点数があ



工藤 高(くどう たかし)

プロフィール

関東学院大学大学院経済学研究科非常勤講師(医療経済学担当)
株式会社MMオフィス代表取締役

1982年日本大学経済学部経済学科卒業、同年4月、医療法人 河北総合病院入職、同院医事課係長、亀田総合病院分院である医療法人鉄蕉会 森の里病院医事課長などの合計18年間にわたる医事課中心の病院勤務を経て99年より現職。専門は診療報酬側面からの病院経営戦略立案で、急性期、ケアミックス病院を中心にコンサルティングを行っている。関東学院大学大学院経済学研究科、早稲田速記医療福祉専門学校(診療報酬担当)で週3コマの非常勤講師。著書は「2010年改定ポイント解説と病医院シミュレーション」(株)日本医療企画があり、現在、じほう「薬業時報」、キャリアブレイン「CBニュースEXECUTIVE」、ユートブレイン「卸ニュース」等に連載を持っている。

るからやる」「ない(少ない)からやらない」という単純なオール・オア・ナッシング思考ではない。たとえば06年4月改定で創設された7対1入院基本料を同年4月から直ちに届け出できた病院は、改定前からその人員配置をしていた。また、前回10年改定で創設された看護補助者を評価した「急性期看護補助体制加算」やNSTを評価した「栄養サポートチーム加算」「がんリハビリ」等も同年4月から届け出できた病院も、同様の人員配置をしており、要件の職員研修も修了していた。合理的経済人(病院)ならば、点数がないのだから、そのような行動はしないわけだ。

それでは先行投資をしていた民間病院が、人件費比率や研修費用が高すぎるために、赤字で倒産寸前かというところではない。もちろん、人やモノへの投資が多いので、決して経常利益率は高くはないが、大部分は黒字経営の民間地域トップランナー病院である。病院行動経済学的に見れば、それらの病院は自院のあるべき姿(ビジョン)を明確にしており、それに基づく中長期的な経営計画と人事戦略が立案されている。そして、医師、看護師、リハビリセラピスト等の生産部門職員の人件費は費用とは考えていない。原価として考えて、戦略的に増やす攻めの経営を行っている。それらの戦略がなく、短期的な目先の人件費比率、経常利益率だけにこだわっている病院には、収穫逓減の法則が12年同時改定でも作用してくるだろう。