

ASIAN NEWS LETTER
飛躍
No. 15

ASEAN:民間が主導する統合医療ネットワーク (IHN)

諏訪 雄栄 / SUWA, Yoshihiro
プリンシパル、東南アジアヘルスケアプラクティスリーダー
2017年2月

Table of Contents

1. 正念場を迎えた「総合病院」モデル.....	3
1.1 メディカルツーリズムの鈍化	4
1.1.1 自国より「安価」な医療を求める患者（「先進国から新興国」型）	4
1.1.2 自国より「質の高い」医療を求める患者（「新興国から先進国」型）	4
1.1.3 「自国では受けられない」医療を求める患者（「ニッチな医療」型）	5
1.2 「保険加入」患者の増加.....	6
1.2.1 個人型医療保険	6
1.2.2 企業型医療保険／自家保険	6
1.3 広域展開化	7
2. 新しいビジネスモデルの勃興.....	8
2.1 BDMS（タイ）	8
2.2 Fullerton Health（シンガポール）	10
2.3 Sanitas Internacional（南米）	11
2.4 Rumah Sakit Mata Primasana（インドネシア）	12
3. おわりに	12

1. 正念場を迎えた「総合病院」モデル

アジア最大の民間病院グループである IHH ヘルスケアの 2016 年第 3 四半期の業績は、売上が前年同期比 18%増の 24 億リンギット、EBITDA は前年同期比 15%増の 5.5 億リンギットだった。売上、EBITDA とともに 2 桁成長を達成したものの、売上高 EBITDA 率は前年同期の 23.1%から 22.4%へと若干落ち込んだ。グループの稼ぎ頭であるシンガポールでは、売上が前年同期比 8%増、EBITDA が 15%増。売上は、四半期決算で初めて 2 桁成長を割り込んだ。特に、入院患者一人当たり医療費は、前年同期の 26,844 リンギットから 26,038 リンギットへのマイナス成長となり、売上成長鈍化の主要因となった。「医療ツーリズムの鈍化が認められるものの、国内患者が大きく増加している。しかし、外国人患者と比べ国内患者一人当たりの医療費は低く抑えられがちだ」と IHH 経営陣は述べている。

アジア第 2 位で、タイ最大の民間病院グループである BDMS の 2016 年第 3 四半期の業績は、売上が前年同期比 12%増の 182 億タイバーツ、EBITDA は前年同期比 12%増の 39 億タイバーツだった。Mayo Hospital の買収など新規病院が成長に寄与する一方、既存病院の売上高成長率は 8%に留まった。これまで稼ぎ頭であった中東からの医療ツーリズムは鈍化し、外国人患者では日本人が最も多かった。医療を求めて日本からタイを訪れる日本人は限定的であることから、6 万人を超えるとされる在留邦人が中心と見られる。BDMS 経営陣は、カンボジアやミャンマーなど、近隣国からの医療ツーリズムは大きく増加傾向にある、と話すが、裕福かつ遠方から渡航する中東の患者層と比べると、やはり重症度でも支払余力でも劣る患者が中心になるだろう。BDMS の決算でもう 1 つ目を引いたのは、「医療保険を利用する患者の構成比が高まっている」という分析だ。BDMS を訪れる患者のうち保険加入者は、2015 年には 22%だったが、2016 年第 3 四半期までの 9 ヶ月では 24%に増加、自己負担、公的保険など他のセグメントの構成比が減少する中で唯一増加基調にある。

マレーシア大手の KPJ ヘルスケアの 2016 年第 3 四半期までの 9 ヶ月間の業績は、外来患者数が前年比マイナス 0.9%の 186 万人、入院患者数が 0.8%増の 21 万人だった。同病院は売上の 70%を保険加入者から稼いでおり、そちらは堅調だが、自己負担患者の減少が続いており、回復は 2018 年以降になるだろう、と述べている。KPJ は、域内最大市場であるインドネシアでも 2 病院を運営している。インドネシアでの売上は前年比 15%で成長しているものの、病床稼働率は RS Permata Hijau が 48.1%、RS Bumi Serpong Damai が 40.1%と苦戦が続いている。

インドネシア最大の民間病院グループである Siloam Hospitals の 2016 年第 3 四半期までの 9 ヶ月間の業績は、売上が前年比 27%増の 3.8 兆ルピア、EBITDA が 19%増の 5000 億ルピアだった。同グループは、グループの 23 病院を開院時期や場所などによって「Mature」「Developed」「Distinct」「New」の 4 つに分類しているが、最も古参で、患者数の 4 割を稼ぐ「Mature」に属する 5 病院における 2016 年第 3 四半期の患者数は、外来患者が前年同期比 6%増、入院患者が 3%増と、上場後で最も低成長に留まった。同グループのさらなる成長は、今後も続く新規総合病院の開設と、Siloam Clinic / Siloam Medika のようなクリニック型施設が牽引する。

2016 年第 3 四半期決算は、ASEAN のヘルスケア市場にとって、大きな変曲点を迎えたと言うにふさわしい内容となった。置かれている状況は少しずつ異なるものの、各グループとも、「売上、EBITDA、患者数、全てが 2 桁成長」というような状況ではなくなっている。ASEAN 主要 6 ヶ国（インドネシア、マレーシア、フィリピン、タイ、シンガポール、ベトナム）の国民医療費は 2014 年で 1050 億ドルで、ローランド・ベルガーの予測では、2020 年には 2400 億ドルに達する。

この期間の年平均成長率は 14.7%で、依然として「2桁成長が続く魅力的な市場」だ。にもかかわらず、ASEAN を代表する民間病院グループの業績は、既に鈍化の兆しが見え始めている。それとも成長の鈍化は一時的なもので、また成長軌道に戻るのだろうか。筆者の見立ては、「民間ヘルスケアセクターは構造的変化に直面しており、従来の総合病院モデルは既に曲がり角。今後はこれに変わるネットワーク型の医療モデルに移行しなければならない」というものだ。本稿は、従来の総合病院モデルに変わるネットワーク型医療モデルと、その鍵となるプレイヤー、そこで求められる新たなテクノロジーに焦点をあてることを目的としている。そこでまずは、その大前提として、ASEAN の民間ヘルスケアセクターではどのような構造的変化が起こっているのか、について論じてみたい。

1.1 メディカルツーリズムの鈍化

- > メディカルツーリズムの市場規模は 2012 年に 100 億ドルだったメディカルツーリズム市場は、年平均 17.9%で成長し、2019 年までに 325 億ドルに達する見込み
- > メディカルツーリズム市場の成長率は、医療機器、医薬品、医療保険などヘルスケアを構成するどの市場の成長率よりも高く、最も有望視されている市場
- > メキシコ、インド、東南アジア（シンガポール、タイ、マレーシア）は市場成長の恩恵を最も受けるであろう国々

メディカルツーリズムに関しては、こうしたトーンの記事をよく見かける一方、「メディカルツーリズムが鈍化している」という論調を見かけることは、まずないのではないだろうか。しかし、冒頭の IHH や BDMS の業績を見ての通り、メディカルツーリズムは、「市場成長の恩恵を最も受けるであろう」ASEAN においても、民間病院の成長の牽引役の座から既に下りようとしている。その背景を理解するために、ここでは、患者にメディカルツーリズムを促す要因について一段掘り下げてみたい。ここではメディカルツーリズムを嗜好する患者は大きく 3 つのタイプに分類し、それぞれの需要決定要因について考えてみたい。

1.1.1 自国より「安価」な医療を求める患者（「先進国から新興国」型）

1 つ目の患者層は、自国の医療水準は十分に満足できるレベルにあるものの、その医療費（およびその自己負担）が高すぎるため、安価な医療を求めて海外に渡航する患者だ。代表的な国が米国である。米国の医療費は世界一高いため、国内で医療を受けられずに海外に渡航するケースが見られる。代表的な受益国は隣国のメキシコだ。

この層の特徴は、「先進国」から「新興国」への渡航が多く、需要が「先進国の医療制度」によって決定されることだ。先進国でも（日本のように）医療制度が整備されていて、誰でも良質な医療を受けられる環境があれば、わざわざ海外に渡航するケースは極めて少ない。

1.1.2 自国より「質の高い」医療を求める患者（「新興国から先進国」型）

2 つ目の患者層は、自国の医療水準に満足できず、より質の高い医療を求めて海外に渡航する患者だ。代表的な国はインドネシアだ。インドネシアの患者は、国内の医療に不信感を持っているため、富裕層を中心にシンガポールやマレーシアに渡航する。

この層の特徴は、「新興国」から「先進国」への渡航が多く、需要が「自国の医療水準」によって決定されることだ。富裕層が中心のため、たとえマクロでの経済水準が先進国レベルになくとも、医療水準が高まれば渡航患者は減少する。例えば、フィリピンは経済水準としては新興国に分類されるが、医療水準は十分高いレベルにあり、結果的にメディカルツーリズムは少ない。

1.1.3 「自国では受けられない」医療を求める患者（「ニッチな医療」型）

3つ目の患者層は、規制や医療設備などの問題で、自国では受けられない医療を求めて海外に渡航する患者だ。典型的には自国で未承認の医薬品を使用するようなケースで、近年では新型のC型肝炎治療薬を求めて海外に渡航する患者などが挙げられる。がんの重粒子線治療のように、特定の国でしか受けられない医療を求めて渡航する場合もある。また、韓国やタイの美容整形のように、特定分野での高い技術を求めて渡航する場合も該当しそうだ。

この層の特徴は、渡航元／渡航先に「先進国」「新興国」の区別がなく、需要が「規制や医療設備」によって決定されるということだ。書くまでもないが、未承認薬を求めるメディカルツーリズムは、当該医薬品が承認されれば渡航する必要はなくなる。また、どの国も国民の多くが必要とする医療は揃えていくので、基本的にこのセグメントはニッチな需要セグメントである。

以上の3つの患者セグメントそれぞれについて、今後の需要動向を評価してみよう。

「先進国から新興国」型の需要は、基本的には米国の医療制度如何次第だ。米国以外の先進国は、概ね保険制度が整備されているため、大きな需要は見込めない。米国においても、トランプ大統領就任後に「オバマケア」の見直しが進められているが、その方向性は、「すべての国民のための保険」として見直すということであって、無保険者を増やすことではない。ここで米国の医療制度の行く末を論じるつもりはないが、当セグメントの需要が「2桁で成長する」可能性は低いだろう。

「新興国から先進国」型の需要はどうだろうか。当セグメントがメディカルツーリズム市場の成長の鍵となることは間違いない。新興国の医療インフラが急速に改善するとは考えられない。一方で、保険制度の整備が進めば需要が停滞する可能性はある。インドネシアは2019年までの皆保険化を目指しているが、これまでどうせ自己負担だから、と海外に渡航していた患者のうち、国内では医療費償還が受けられる、となれば渡航を控える患者がいたとしても不思議ではない。

「ニッチな医療」型の需要は、今後も分野を変えながら残るだろうが、その名の通り、市場全体の牽引役とはなりえない。

こうしてみると、メディカルツーリズムの将来は決してバラ色ではないし、冒頭でIHHやBDMSが述べている「メディカルツーリズムの鈍化」は決して一時的なものではない、と見るのが妥当ではないだろうか。トランプ政権発足以降、中東の患者の米国渡航が困難になり、結果的にタイやマレーシアへのメディカルツーリズムが盛り返している、と聞いている。2017年決算は、こうした追い風によって一時的に市場が回復することはあっても、長期的な傾向としては、市場は徐々に縮小するのではないだろうか。

1.2 「保険加入」患者の増加

BDMS の 2016 年第 3 四半期の決算発表資料を見ると、「支払タイプ別構成比」を紹介するスライドで、BDMS は「保険者払い」という項目に赤マルをつけてハイライトしたうえで、このセグメントが増えていることに対応する必要がある、と言及している。他の医療セグメント同様、民間医療保険も、ASEAN において今後高い成長が目されている市場の 1 つだ。従来、自己負担余力のある富裕層向けのサービスが中心であった民間病院にとっては、より多くの患者が民間医療保険に加入し、民間病院で自己負担を軽減しながら医療を受けられることは、極めてポジティブな要素だ。しかし、民間保険加入者を取り込めるのは、必ずしもこれまで民間病院市場でリーダーであった病院とは限らない。富裕層と民間保険加入者では、民間病院に求めるニーズは大きく異なるからだ。ニーズの違いを理解するには、民間医療保険加入者とは誰なのか、を具体的に見ていく必要がある。

1.2.1 個人型医療保険

「民間医療保険加入者」と聞いて、まず想像するのが、個人で医療保険に加入するケースだろう。個人型医療保険加入者は順調に増加している。ローランド・ベルガーの推計では、インドネシアでは、2016 年時点で個人型医療保険加入者が 100 万人に到達した。

個人型医療保険加入者の特徴は、生命保険に加入する際に付加的に医療保険にも加入するなど、医療保険自体が主目的でないケースがあることもあるが、なにより「保険金支払者と医療の受益者が同じ」ということだ。医療保険が経済合理的に設計されている商品であることから、平均的には、加入者が生涯で支払う保険金の総額は、加入者が将来で支払う医療費の総額とほぼ等しくなる。したがって、医療保険加入のメリットは、突然の病気による多額の出費の回避、言い方を変えれば、生涯に亘る医療費支出を「平準化」できる点にある。そのため、個人型医療保険加入者の民間病院に対するニーズは、保険に入らず自己負担で賄う富裕層と変わらない。これまで同様に、快適な環境で高水準の医療を享受したい、というわけだ。また、外来から入院、検査から医薬品代まで広くカバーされている商品を契約するケースが多い。したがって、個人型医療保険加入者の増加は、従来型の富裕層向け民間病院にとってプラスである。

1.2.2 企業型医療保険／自家保険

「民間医療保険加入者」のもう 1 つのセグメントは、企業型医療保険、すなわち、企業が福利厚生の一環として民間医療保険に加入するケースだ。実は、民間医療保険加入者の大半は、企業型医療保険加入者だ。インドネシアの 2016 年時点での企業型医療保険加入者は 750 万人に達しており、前述の個人型の 7.5 倍にあたる。これに加えて、民間保険に加入せずに、企業自身が保険者となり、従業員（およびその家族）の医療費支出を肩代わりする自家保険を提供している企業もある。ローランド・ベルガーの推計では、インドネシアにおける自家保険の受益者は、2016 年時点で実に 3,400 万人にのぼる。つまり、個人型医療保険加入者 100 万人に対し、その 40 倍にあたる 4000 万人以上が、企業によって医療費助成を受けている。

言うまでもなく、このセグメントの特徴は、「保険金（医療費）支払者と医療の受益者が異なる」という点だ。支払者である企業にとって最大の関心事は、「いかに従業員の満足度を落とさずに医療費を抑えるか」である。その点、民間病院に対するニーズも個人型医療保険加入者と大きく異なる。デング熱に罹患したとしても、アウトカムが変わらないのであれば、富裕層向け病院ではなく、

医療費の抑えられる中間層向け病院を診療してもらいたい。ちょっとした風邪であれば、総合病院を受診せずにクリニックを受診してもらいたい。もっといえば、重症化する前に介入したい、病気になるように予防したい、予防に注力している医療機関と積極的に協業したい、というのが本音だ。したがって、民間医療保険加入者の9割以上を占めるこのセグメントの患者を獲得できるのは、「医療費抑制に貢献できる病院」ということになる。BDMSが「保険者払い」患者の増加に対応する必要がある、と強調しているのは、「企業型医療保険／自家保険加入患者の増加に対応すべく、これまでの自由診療型の総合病院モデルから、医療費抑制に貢献できる医療グループの転換を進める必要がある」というメッセージなのだ。

1.3 広域展開化

3つ目の構造変化として挙げられるのは、「広域展開化」だ。

インドネシアのSiloam Hospitalsは、2016年に、Siloam Hospitals Labuan Bajo、Siloam Hospitals Buton、Siloam Hospitals Samarindaの3つの病院を新たにオープンした。Labuan Bajoはフローレス島（東インドネシア）にある人口10万人程度の港町、Butonは南東スラウェシ州にある人口30万人の島、Samarindaは人口80万人の東カリマンタン州の州都だ。また、2017年以降にオープンが計画されている病院は、ジャカルタ（人口960万人）、ブカシ（2病院予定、同260万人）、ジェンパー（同200万人）、スマラン（同150万人）、ボゴール（同100万人）、バンカ島（同100万人）までが100万都市で、それ以外では、バンジャルマシ（同60万人）、ジョグジャカルタ（同40万人）、ルブクリンガウ（同20万人）、ソロン（同20万人）が挙げられている。

タイのBDMSグループは、傘下のPaolo Hospitalグループを通じて、2016年にRangsit、2017年にKaset（いずれもバンコク郊外）に展開予定だ。Bangkok Hospitalブランドとしては、2018年までにSurat Thani、チェンライという2つの州（いずれも州人口100万人）への展開を予定している。

人口10万人を超える都市への展開は、商圏としては十分な規模かもしれない。ただし、いずれのケースも、これまで主戦場としてきたジャカルタ（人口960万人）、バンコク（人口800万人）と比較すると、人口規模、経済規模で数分の1、もしくは数十分の1の都市への展開だ。当然ながら、病院のビジネスモデルも首都圏と同じでは成り立たない。総合病院の事業モデルを極めて乱暴に表現するなら、「診察収入（含検査収入）」「薬剤収入」「ベッド代」が3大収入源だ。その裏返しで、「人件費」「薬剤費」「（施設や機器の）減価償却費」が3大支出だ。地方都市への展開を考えると、「首都圏より1人あたり収入が多く稼げる」前提は想像しにくいだろう。

一方のコストサイドはどうだろうか。「人件費」は、平均的には首都圏と比べると低く抑えられるかもしれない。しかし、こと医師に関してはその逆になるケースも多い。地方での展開当初は、患者を集められるような目玉となる優秀な医師の存在が不可欠だ。通常こうした医師を地方で探すところは難しく、現実的には首都圏にあるグループ病院から派遣することになる。首都圏の基幹病院で「稼ぎ頭」である医師が、週に1-2日地方に渡航して診察をすることは、むしろコスト高だ（もちろん、こうした医師は地方でも首都圏同様の診察費を請求しているケースが多い）。

また、外部から調達する「薬剤費」は、地方だからと言って抑えることは難しい。むしろ、インドネシアのような島国では、物流コストが高いため、首都圏よりコスト高になる可能性もある。また、施設や機器に関しても、土地代は抑えられたとしても、建物や医療機器への投資は、首都圏と同じものを揃えるとすれば、薬剤費同様、地方だからと言って大きく下がる類のものではない。

「患者単価の上昇が見込みにくい一方で、コストを抑えるのは一筋縄ではいかない」、こうした問いに答えられるビジネスモデルが、広域展開では必要になるのである。

以上、従来の総合病院モデルに転換を迫る環境要因として大きく3つ採りあげた。全体として言えることは、これまでになく「コスト低減」、ひいては「医療費低減」圧力が高まっている、ということだ。従来、新興国のヘルスケア市場は、「先進国では医療費低減圧力から市場が頭打ちになる中、中長期的に成長が見込める有望な市場」という文脈で語られることが多かった。「成長が見込める有望な市場」であることは事実だ。しかし、もはや、伸びているから医療費低減圧力とは無縁、という環境ではない。むしろ、「医療費低減をもたらすことのできるプレイヤーが、伸びゆく有望市場の勝者となれる」、ということではないだろうか。

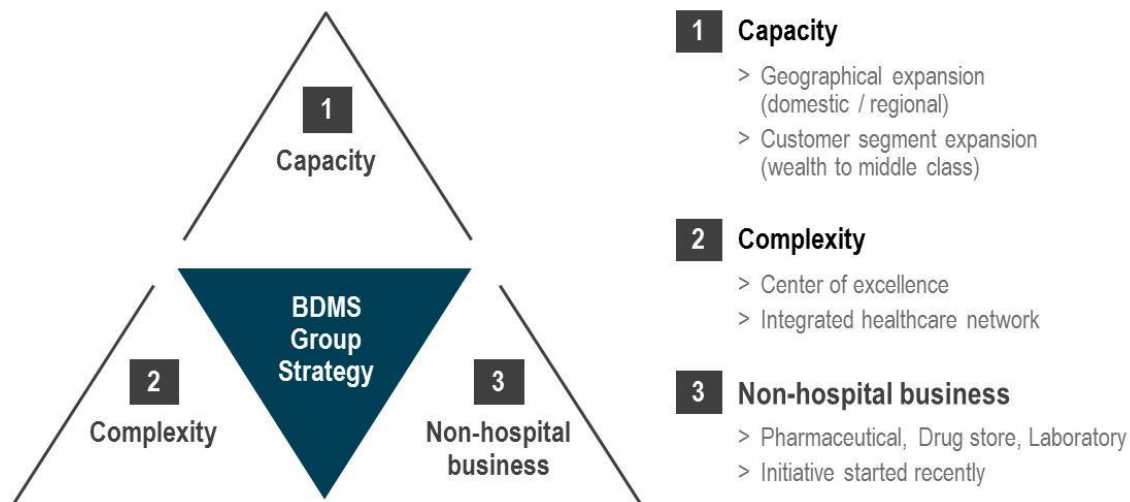
2. 新しいビジネスモデルの勃興

実際、これまでに名前を挙げてきたような総合病院グループは、こうしたトレンドを敏感に感じ取り、ビジネスモデルの転換を進めている。同時に、こうしたトレンドを機に、新たに市場参入を目論んでいるプレイヤーも出現しはじめている。本章では、4つの個別プレイヤーの具体的な動きを紹介しながら、ASEANのヘルスケア市場で今後求められるビジネスモデル、機能を考察したい。

2.1 BDMS (タイ)

まずは、総合病院グループの雄であるBDMSを代表例に、大手グループの動きを紹介したい。BDMSは、中期戦略の中で、成長の柱として大きく3つを挙げている。

図表 1: BDMS の中長期成長戦略



Source: BDMS マネジメントインタビューを基にローランド・ベルガー作成

1つ目の柱は、「キャパシティの拡大」だ。具体的には、タイ国内および近隣国への「地域的なカバレッジの拡大」と、富裕層から中間層への「患者層カバレッジの拡大」の2つで構成される。この点に関しては、マネジメントの言葉を借りれば、「既にひととおり完成」している。BDMSのタイ国内民間病院におけるベッド数シェア（2014年）は、国全体で16%に達している。地域別にみると、バンコクで18%、中央部で17%、南部24%、北東部12%、北部5%と、どの地域にも満遍なく展開している様子が伺える。近隣国をみても、カンボジアに2病院1オフィス、バングラデ

シュに2オフィス、ベトナムに2オフィス、ミャンマーに2オフィスを構え、患者の取り込みを図っている。今後は上記4カ国での病院事業の拡大や、インドネシアやフィリピンなどの周辺国への参入も検討に挙がっているが、どちらかと言えば周辺事業での展開（後述3つ目の柱）が優先される見込みだ。

BDMS が海外での病院展開に慎重なのは、BDMS が自身の病院事業における競争優位性の源泉を「タイ人ならではの優れたホスピタリティ」に置いているからだ。BDMS は、メディカルツーリズムの多い中東での病院事業を検討したが、タイ国内と同レベルのホスピタリティを徹底することが難しいため、断念したことがあると言う。その経験から、国外で病院事業をやるよりは、国外の患者をタイに送患するほうが患者満足度を上げられる、と判断している。したがって、検体検査事業など病院周辺事業を海外展開の先兵とし、タイに渡航する患者を増やす、という戦略を採っている。

2つ目の柱は、「エクセレンスの強化」だ。過去数年に亘り、BDMS は、腫瘍領域では MD Anderson、労働衛生、小児、リハビリでは Oregon Health and Science University、整形外科では Missouri Orthopaedic Institute、Hannover Medical School、Stanford University、消化器では佐野病院など、世界の錚々たる病院と提携を重ねてきた。また、バンコク市内に予防などを目的としたウェルネスセンターや、リハビリテーションセンターの設立も進めており、予防から在宅医療まで幅広く対応できるネットワークを構築している。

狙いは、「患者1人あたり収入」の最大化だ。前述のとおり、患者層が富裕層から中間層へと拡大する中で、患者1人あたりの収入はどうしても減少傾向になる。BDMS の基幹事業である総合病院の収入を最大化するには、同じ治療でも入院日数を減らして病床稼働率を高める必要がある。そのために、先進国の医療機関との提携で、低侵襲手術などの最先端の医療を導入するのである。一方で、来院した富裕層患者に予防から在宅医療まで長期亘って提供することで、1人の患者からの患者生涯価値を高めることができる。

総合病院の展開をタイ国内、中でもバンコクに最先端の医療を集中させて、患者1人あたりの収入（Revenue Intensity）を高めることが、総合病院事業での生き残りの鍵だと考えているのである。

上記2つの柱は、まさに総合病院事業の生き残りにむけた戦略であったが、総合病院依存からの脱却を目指すのが3つ目の柱である「病院周辺事業の拡大」だ。BDMS は、保険事業を担う Bangkok Health Insurance、Bangkok Premium Health Insurance、病院情報システムを担う Greenline Synergy、検体検査事業の N Health（National Healthcare System）、薬局を展開する Save Drug など、多岐に亘る病院周辺事業を傘下に有している。「有している」と表現したのは、元来、これらの周辺事業体の主たる役割は、BDMS グループのシェアードサービスとして位置づけられていたからだ。BDMS が、病院周辺事業の外部への提供を本格的に始めたのは、ここ数年のことである。

事業展開の目的は2つだ。1つは前述のとおり「海外展開の先兵」を担うこと。検体検査事業を行う N Health は、2017年3月にヤンゴンでの事業展開を開始した。今後は、インドネシアやフィリピンへの展開も検討中という。まずは検体検査事業で市場性を理解し、タイへの送患可能性、および当該国での病院事業展開可能性を模索していく戦略である。2つ目の目的は、「総合病院事業依存からの脱却」である。海外展開を慎重に進める以上、総合病院事業の成長はこれまでのようなスピードというわけにはいかない。病院周辺事業を伸ばすことで、医療ネットワークとしての総合力を高めていくことが結果的に総合病院事業にも資する、との考え方である。

BDMS の事例からわかることは、総合病院グループは、今後ますます「体力勝負」になるということである。疾患での専門性を高めると同時に、他地域展開でネットワーク化を進め、さらに周辺事業にまで展開していくことができる総合病院グループは、ASEAN 広しと言えども、それほど多くはない。民間病院は、今後ますます統廃合が進んでいくのではないだろうか。

2.2 Fullerton Health (シンガポール)

Fullerton Health は、シンガポールに本社を持ち、シンガポール、インドネシア、マレーシア、香港、オーストラリア 5 カ国で、「企業向けヘルスケアサービス」を展開する企業である。主たる事業は 2 つで、いずれも顧客企業の「医療費を抑制したい」というニーズに合致したサービスである。

1 つは、プライマリーケアの提供。Fullerton Health は、シンガポールに 44 拠点、インドネシアに 71 拠点、オーストラリアに 70 拠点、香港に 11 拠点のプライマリーケアクリニック（メディカルセンター）を展開している。展開場所は、オフィスビルだったり、場合によっては顧客企業のオフィス内だったり、顧客企業にとって便利な場所で、健康診断から一次診療までを提供している。顧客企業は、従業員に対し、いきなり総合病院を受診するのではなく、Fullerton Health のメディカルセンターを受診するよう推奨することで、医療費を抑制することができる。また、メディカルセンターでの定期的な健康診断で、予防への意識を高めることも可能だ。

2 つ目は、企業型医療保険／自家保険の業務代行（Medical Billing Management Service）だ。Fullerton Health が 5 カ国全てで展開する最注力事業で、顧客企業に対し、医療機関でのキャッシュレスサービス、保険請求の審査／支払い、医療費抑制のためのコンサルテーションなどを提供している。Fullerton Health がキャッシュレスサービスを提供する医療機関は 4,500 にのぼり、インドネシアだけでも 1,500 に達する。顧客企業の従業員は、キャッシュレスサービスを利用できる医療機関を受診する傾向にあるため、キャッシュレスサービスを提供する医療機関を「絞り込む」ことで、医療費の適正化を図ることができる。例えば、医療費が高額な外国人向けクリニックや、過去に不正請求があった医療機関、同じ治療に対し平均より大幅に高い医療機関などをキャッシュレスプロバイダリストから外すと、従業員の受診行動は明確に変化する。

Fullerton は、顧客企業の従業員が受診した際の医療費請求の莫大なデータを活用して、病院の治療方針への介入も実施している。例えば、デング熱に罹患した場合の平均入院日数は 4 日間程度、というデータがあれば、ある患者からデング熱で 2 週間の入院、という請求があった場合、病院に対して、入院が長期化した理由を問い合わせ、正当な理由がなければ支払を拒否する。病院側も、キャッシュレスプロバイダから外されると、Fullerton の顧客企業からの受診が激減するため、過剰請求を慎むようになる。

また、従業員別の受診データなどから、その企業で多く見られる疾患や、特定従業員の受診に多額の医療費が支払われていることなどを分析し、必要な予防策、対応策を提案している。

これら 2 つのサービスによって、Fullerton Health は、顧客企業の医療費抑制ニーズに対応している。Fullerton の強みは、顧客企業従業員がどの病院を受診するか、という意思決定に対し、強く影響を与えることができるということだ。メディカルセンターを設置することでプライマリーケアへの受診を推奨したり、セカンダリケア以上が必要な場合も、キャッシュレスプロバイダリストを絞り込むことで、適正な医療費が請求される医療機関の受診を促すことができる。従来、ASEAN の民間病院は、富裕層向けが中心だったこともあり、患者は在籍する専門医によって受診する医療機関を決めていた。民間病院側は、質の高い専門医を揃えることが競争戦略上最重要で、あとはその分を診療単価に反映すればよかった。しかし、患者の裾野が広がった現在では、質の高い専門医を揃

えると同時に、適正な医療費に抑えることで、Fullerton HealthのようなMBMSプロバイダ、ひいては顧客企業から選ばれることが必要になった。

Fullertonが現在開発中のサービスは、医療機関版Uberのようなサービスだ。顧客企業従業員が医療機関を受診したいと思った時に、現在受診可能な医療機関をアプリ上でマッチングする。マッチングのやりかたは、診療科目、現在地からの距離、医療機関の混雑度などを考慮するが、このサービスが完成すれば、患者の医療機関選択により一層影響を与えることができる、ということだ。Fullertonの顧客企業は25,000社、加入者数は800万人、年間400万件の医療機関受診がある。

Fullertonの強みは、自家保険を持つ顧客企業の「医療費の財布」を抑えていることと、受診の入り口となるプライマリケアを抑えていることだ。MBMSやプライマリケアグループは、民間セクターの裾野が拡大するにつれ、ますます重要になっていくだろう。

2.3 Sanitas Internacional (南米)

Sanitas Internacionalは、スペインで創設されたヘルスケアグループだが、現在は南米4カ国（ベネズエラ、コロンビア、ペルー、ブラジル）を主要事業拠点としている。2015年にはアメリカとメキシコにも拠点を拡大した。近年は、次のステージとして、ASEAN（インドネシア、フィリピン、ベトナム、シンガポール）および東欧（チェコ、スロバキア、アゼルバイジャン、トルコ、ハンガリー）への拡大を進めている。2017年以降はアフリカへの展開も検討しているようだ。

Fullerton Health同様に、Sanitasもプライマリケアと保険領域に特化した統合医療ネットワークプレイヤーだ。例えば、コロンビアでは、5つのクリニック、51のメディカルセンター（外来のみ）、48の検体検査センター、31の眼科センター、29の歯科クリニック、149の薬局をグループ傘下で運営している。同時に、Sanitasは、「Pre-paid Medicine」というユニークな医療保険を展開している。Pre-paid Medicineは、定額を支払えば、予防から治療、リハビリまでのあらゆるサービスと、必要な場合は海外での治療もカバーされる。Sanitasは、Pre-paid medicineの加入者に対して、グループ傘下施設、およびコロンビア国内2,634施設を提携プロバイダとして紹介している。

Sanitasのビジネスモデルはシンプルだ。Pre-paid medicine加入者から定額の収入を得て、その中で加入者の健康を管理し、利益を出す。加入者が健康になればなるほどSanitasの収益性は高くなる。必然的に加入者の健康管理、疾病予防に重点が置かれている。OSI Netと呼ばれる「デジタルクリニック」（オンラインプラットフォーム）では、医療情報から医療費の管理までを加入者が一覧できるようにデザインされており、加入者自身の健康への意識を高めるしかけを随所に施している。また、仮に病気になったとしても、グループ傘下のクリニック、検査センターを効率化することで、医療費を抑えている。従来、病院側は医療費をできるだけ増やそうとし、保険者側は医療費をできるだけ減らそうとする。Sanitasのモデルは、病院と保険者の利益相反をなくし、「加入者が健康になれば、加入者も満足だし、Sanitasも儲かる」という形で、ネットワークの利益を一致させている。結果的に、医療効率の高いネットワークとコミュニティが形成されている、というわけだ。

こうした医療ネットワークモデルは、米国ではおなじみだが、ASEANでは馴染みがない。繰り返しになるが、その理由は、これまで民間セクターがターゲットとしていたのが、富裕層中心であったためだ。民間セクターの裾野が拡大し、総合病院がビジネスモデルの転換を迫られているタイミ

ングで、Sanitas のようなプレイヤーが ASEAN 参入を目論んでいることは、ある意味で必然ではないだろうか。

2.4 Rumah Sakit Mata Primasana (インドネシア)

最後に紹介する Rumah Sakit Mata Primasana (RSMP) は、ジャカルタで開業準備中の眼科専門病院だ。RSMP のミッションは、徹底的な業務の見直しによって 1 人あたりの医療費を抑え、中間層が受診可能な眼科治療を提供することにある。

眼科領域における業務の徹底的な標準化と治療効率の向上、それによる医療費抑制の成功例としては、インドの Aravind が有名だ。Aravind に限らず、インドにおける「病院のインダストリアライゼーション」は世界的に注目されている。詳細はここでは書き尽くせないが、ASEAN 各国の民間ヘルスケアプレイヤーも、インドのモデルを深く研究している。にもかかわらず、ASEAN で同じようなビジネスモデルが生まれてこなかったのは、旧来型の民間病院のビジネスモデルと、インドのビジネスモデルが、噛み合わなかったからだ。特に、ASEAN の民間病院グループは、インドのビジネスモデルの優れた点を理解しつつも、富裕層を中心に展開する以上は、その必然性を感じられなかった。同時に、インドの徹底した「医療の産業化」が、ASEAN の医療従事者に受け入れられるか、という点でも疑問視されていた。

RSMP は、ここに目をつけて新規参入を目論むプレイヤーだ。病院関係者によると、ジャカルタの民間眼科病院と比較して、圧倒的に低価格での医療提供が可能だと言う。上述のような医療従事者からの抵抗はなかったのだろうか。実は、RSMP はインド・モデルを深く研究しつつも、その全てをインドネシアに持ち込んだわけではなかった。院内の動線やオペレーションなど、医療従事者の抵抗がない部分を移植しつつ、診療時間の 24 時間体制化など、一部では従来型の病院と異なるモデルを導入した。それだけでも、「圧倒的に価格は抑えられる」のだと言う。

RSMP がインドネシアの民間病院受診患者に受け入れられるかどうかは、まさに注目すべきトピックだと言えよう。医療の標準化で医療費を抑制する専門病院が ASEAN で存在感を増し始めると、標準化の難しい総合病院のビジネスモデルの転換は、一層急務となる。

4 社の具体例から、ASEAN ヘルスケア業界のパラダイムシフトを感じてもらえたのではないだろうか。医療インフラが未成熟な ASEAN では、成長セクターとして、特に総合病院が注目されがちだった。しかし、今後は、総合病院のみならず、専門病院、クリニック、検体検査センター、薬局など、より「プライマリケア」に近い領域が注目されるようになるだろう。

もう 1 つのトレンドは、「ネットワーク化」だ。プライマリケアの特徴は、総合病院以上にフラグメントだということだ。つまり、プライマリケアをネットワーク化できるプレイヤー、例えば上述の Fullerton Health や Sanitas のようなプレイヤーが存在感を増してくる可能性が高い。

また、患者の流れを決定的に変える可能性があるのが、「医療費の財布」を管理する、医療保険や自家保険代行会社 (MBMS) だ。「医療費を抑制する」という付加価値を武器に、彼らが顧客企業を取り込んでネットワーク化していけば、患者を捕まえたい病院、医薬品を使ってもらいたい医薬品メーカーなど、あらゆる既存プレイヤーがビジネスモデルを変える必要が出てくるかもしれない。

3. おわりに

「我が国の医療は新しいモデルを必要としている。この国の中間層が求める安価で良質な医療を提供できる『エコシステム』をつくりたい」

2017年に入って、上記のような趣旨の相談が、ASEAN各国を代表する財閥グループ複数から舞い込んでくるようになった。あるグループは既にヘルスケアに参入しているし、あるグループはこれからヘルスケアに参入を検討しているグループだ。共通して目指す姿は、「医療のネットワーク化」、そして「中間層への安価で良質な医療の提供」だ。あらゆる分野でASEANの経済発展を担ってきた大手財閥グループが、医療のネットワーク化を次のアジェンダとして位置付けていることを目の当たりにし、筆者もASEANのヘルスケア産業が向かう未来に確信を強めている。

「中間層向けに安価で良質な医療を提供する」という目的のもとに医療がネットワーク化された時、既存のヘルスケアプレイヤーにはどのような影響があるだろうか。第2章で述べたとおり、ネットワーク型モデルにおいては、医療保険、MBMSなどの「財布」を持ったプレイヤーや、プライマリケアを担うクリニックなどが、患者の受診行動に大きな影響を与えるようになる。従来の世界で患者の受診行動に決定的な役割を担っていたのは、医師、特に総合病院に在籍する専門医だ。そのため、製薬会社や医療機器メーカーは、医師の関心事、意思決定に細心の注意を払いながら事業を組み立ててきていたが、これからは「医師だけ」というわけにはいかない。医師にこれまで同様の注意を払いつつ、保険者や開業医などより広範なステークホルダーにも注意を払う必要がある。

2016年第4四半期、インドネシアは医薬品市場が「減少」に転じた。2014年の皆保険開始から2年、ますます伸びていくと目されていた医薬品市場がマイナス成長したことは、現地に拠点をおく製薬会社に衝撃を与えた。

2017年に入り、検査機器メーカーからは、「機器は順調に売れているが、試薬の使用量が明らかに減っている」との声が相次いだ。検査機器の中には、プリンターやカミソリなどと同様に、機器を安価または無償で提供し、試薬で利益を回収するモデルで販売されている機器が多い。機器の販売が経て、試薬の使用量が減るとするのは、機器メーカーにとっては由々しき事態だ。

医薬品市場のマイナス成長や、試薬の使用量の減少。これは一過性の現象なのだろうか、それとも大きな変化が起こりつつあるのだろうか。本稿でのトレンドを踏まえると、保険者からの圧力が増したことで、医薬品の過剰投与や不必要な検査が適正化される過程にある、と捉えるのが妥当ではないだろうか。この変化を好機と捉え、ビジネスモデルを変革できるプレイヤーこそが、5年後の勝者であると確信する。

Authors

We welcome your questions, comments and suggestions.



諏訪 雄栄 / SUWA, Yoshihiro

プリンシパル、東南アジアヘルスケアプラクティスリーダー
(ジャカルタオフィス在籍)

yoshihiro.suwa@rolandberger.com

京都大学法学部卒業後、ローランド・ベルガーに参画。日本および欧州においてコンサルティングに従事。その後、ノバルティスファーマを経て、復職。製薬、医療機器、消費財を中心に幅広いクライアントにおいて、成長戦略、海外事業戦略、マーケティング戦略、市場参入戦略(特に新興国)のプロジェクト経験を多数有する。

Publisher

Roland Berger GmbH

Sederanger 1

80538 Munich

Germany

+49 89 9230-0

www.rolandberger.com

Disclaimer

This study has been prepared for general guidance only. The reader should not act on any information provided in this study without receiving specific professional advice.

Roland Berger GmbH shall not be liable for any damages resulting from the use of information contained in the study.

Order and download

www.rolandberger.com

Stay tuned

www.twitter.com/RolandBerger

www.facebook.com/RolandBergerStrategyConsultants

A detailed insight into current thinking at Roland Berger is available via our new microsite at new.rolandberger.com.

© 2015 Roland Berger GmbH.

All rights reserved.

Roland
Berger

