

JICA グローバル・アジェンダ No.6

保健医療

クラスター事業戦略
「医療保障制度強化クラスター」
～公平に医療費負担を分かち合い貧困層も健康を守れる社会を～



独立行政法人国際協力機構（JICA）は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。

2024.4

1. クラスターの目的と概要

1.1 クラスターの目的

本クラスターは、JICA グローバル・アジェンダ「保健医療」で目指す「公衆衛生上の危機下においても、すべての人々が必要なサービスを経済的困難を伴うことなく受けられるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage、以下「UHC」)」の達成に資するものである。UHC 達成に向けた、特に貧困層・脆弱層に対する「保健医療サービスの提供・拡充」と「医療保障制度の整備・改善」は、いわば車の両輪である。本クラスター事業戦略においては、後者を対象とし、医療保障制度の整備・改善を通じて、「貧困層・脆弱層を含むすべての人々が、保健医療サービス利用による経済的困難を被らなくなる」(過大な自己負担なく保健医療サービスを利用できるようになる)ことを目指し、保健システムの強化を通じた UHC の達成に貢献するものである。

医療保障制度の強化は、持続可能な開発目標(SDGs)ゴール3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」のターゲット 3.8「すべての人々に対する経済的リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。」に寄与する。

1.2 クラスターの概要

開発途上国においては、医療保障制度が不十分な国が多く、そのために医療費の大半を自己負担する必要があるとあり、特に貧困層・脆弱層においては、医療サービスを利用することでますます困窮化したり、そもそもサービスの利用を控えてしまうなどの課題が生じている。また、国・自治体による保健財政制度やドナーが支援する保健財源が過度に断片化され非効率であったり、医療保障の給付内容が、住民のニーズや費用対効果を考慮して決定されていないといった問題がある。また、サービスを提供する医療機関が費用を抑制したり、サービスの質を高めるインセンティブが設定されていないといった問題もある。

これらの課題に対応するため、本クラスターでは、支援アプローチとして国際的にも広く使われている「保健財政の 3 大機能」の枠組み¹に沿って、(1)医療サービス提供に必要

¹ Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ, 91(8), 602-611. doi:10.2471/BLT.12.113985

な資金を集める「財源確保」、(2)適切な規模でその資金をまとめる財源の「プーリング」、(3)保健医療サービスの「購入」、の3機能に分けて、直接アウトカムおよび中間アウトカムを想定するシナリオを設定する。以降、この3大機能を、「財源確保」「プーリング」「購入」と表記する。

2. 開発課題の現状と開発協力のアプローチ

2.1 開発課題の現状

UHCを達成するには、「保健医療サービスが身近に提供されていること」は必須であるが、サービスを利用する際に、高額な医療費を自己負担しなければならない場合は、保健医療サービスの利用によって家計破綻や困窮化に陥るか、もしくはサービス利用の回避につながるため、「保健医療サービスの利用にあたって費用が障壁とならないこと」も併せて達成される必要がある。

世界保健機関(WHO)及び世界銀行により2023年9月に公開された「2023 UHC グローバルモニタリングレポート」²では、全世界的に保健医療サービス提供の改善は顕著であるが、2000年以降多くの国において自己負担医療費による家計破綻や困窮化が悪化、もしくはほとんど変化が見られていないとされている。医療費の財源を利用者の自己負担に過度に依存すると、自己負担が高額になりがちであり、家計の食料、住居、衣料、教育といった他の必要不可欠な財やサービスを消費する能力を著しく低下させることから、家計の10%を超えるような自己負担医療支出については、「破滅的医療支出(Catastrophic out-of-pocket health spending)」と定義されている。全世界において破滅的医療支出を被った人口(割合)は、2000年の5億8800万人(9.6%)から増加し続け、2019年には10億4000万人(13.5%)に達している。

また、同レポートでは、所得水準の高い国に比べ、低所得国(LICs)や低中所得国(LMICs)において2000年以降UHCサービスカバレッジ指数³が大きく改善したが、同時に破滅的医療支出の増加も併せて拡大したことも報告されている。これは、保健医療サービスの提供能力が強化されることによりサービスを利用できる人口が増加する一方

² WHO・世界銀行。(2023). Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>

³ 母子保健や感染症、非感染性疾患の代表的なサービス利用率などを指数化したもの。UHCの側面の1つである「サービスの提供能力」を示す指標として、SDG指標3.8.1に設定されている。

で、医療保障制度が未整備であるがゆえに、医療支出の自己負担への依存度が高かった結果と推察される。

また、特に低所得層は、医療費負担による貧困化のリスクが高いことに加え、費用負担を避けるために保健医療サービス利用を控える傾向がある。同レポートでは、低所得国と低中所得国で必要な医療を受けなかったと自己申告した人の19%が、経済的な障壁をその理由として報告したとしている。さらに、保健医療サービス利用のためには、医療機関までの交通費の支出や受診や付き添いで休業することによる所得減も発生し、大きな負担となっている点も留意が必要である。

加えて、世界的な高齢化の進展および非感染性疾患(いわゆる「生活習慣病」等)の急増は、医療技術の進歩や人々の期待の変化と相まって医療費を増大させ、多くの国に財政負担増をもたらしている。また、所得が向上するにつれ人々はより高度で質の高い医療を求めようになり、高額な医療技術の導入も進んでいくことが想定される。それらの変化に耐え、人々により良く生きること(well-being)を保障するための予防や健康増進を含めた保健医療サービス提供体制や、そのためのコストコントロールの対策を含めた医療保障制度の需要は増大する。

また、同レポートでは、2020年初めからの新型コロナウイルス感染症のパンデミックの影響に関し、パンデミック以前においても各国のデータ収集・解析に1~2年のタイムラグを要していたことに言及しつつ、パンデミック直後はほぼすべての国で対面での家計調査をはじめとするデータ収集が困難となり、データ収集が再開できたのは2021年時点でも半数未満であるとしている。一方で、得られたデータの範囲では、パンデミックにより全体的に、特に貧困層において、自己負担医療費による家計破綻や困窮の悪化が見られると指摘している。また、2023年には初めて気候変動枠組条約締約国会議(COP)で気候と保健が取り上げられ、気候と健康宣言(COP28 Declaration on Climate and Health)⁴が採択されたが、気候変動の影響を含む社会の変容に伴う保健医療ニーズの増加による医療費の高騰などに対応する、持続可能な医療保障制度も求められつつある。

2.2 開発協力のアプローチ

UHCの概念が各国の合意を含め国際的に明示・認知されたのは、2012年の国連総会の「グローバルヘルスと外交政策に関する国連決議」で、各国に対しUHC達成に向けた取り組みの加速化を促すとともに、ポストミレニアム開発目標(MDGs)アジェンダにUHCを含めることを勧告する内容であったが、それ以前からその萌芽は見られていた。

⁴ COP28UAE. (2023). COP28 UAE declaration on climate and health.
<https://www.who.int/publications/m/item/cop28-uae-declaration-on-climate-and-health>

1978年に世界保健機関(WHO)と国連児童基金(UNICEF)が共催した国際会議で採択されたアルマ・アタ宣言では、「2000年までにすべての人々に健康を」というスローガンのもと、健康が基本的人権であり、人びとができるだけアクセス可能な一番近いところで保健医療サービスを受けることの重要性を明言したものであるが、同宣言では「その発展の度合いに応じ地域社会や国が負担できる費用の範囲内で、地域内の個人や家族があまり享受できるように、十分な住民参加のもとで実施されるもの」と保健財政面にも言及があった。一方で、アルマ・アタ宣言以降のグローバルヘルスの潮流は、同宣言にあった保健医療サービスへのアクセス改善の他、子どもの健康改善、リプロダクティブ・ヘルス/ライツや、当時の新興感染症であった HIV/エイズや既往感染症であった結核・マラリアなど、母子保健や感染症といったサービス提供での改善が主になった。実際に MDGs では、8つの開発目標のゴールのうち 3つを母子保健や感染症が占め、経済的アクセスにはあまり注目されなかった。

その後、明示的に経済的側面を国際的に概念として触れたものとしては、MDGs 採択後の 2005 年の世界保健総会におけるユニバーサル・カバレッジ(UC)という概念の提唱が契機となっており、保健医療サービスへのアクセスが限定的で、総保健支出に占める自己負担医療支出の割合が高い状況を踏まえ、公正性の追求と自己負担医療費による経済的リスクからの保護が重要であるとされた。これに続く 2007 年、WHO は報告書”Everybody’s business -- strengthening health systems to improve health outcomes”⁵を発刊し、各国の国家目標達成や MDGs の国際目標達成のためには、限りある資源の有効活用が重要であり、MDGs に明記されたような明確な健康指標の改善と、横断的な保健システムの改善が必要であるとして、同報告書の中で保健システムは、(1)サービスの提供(2)保健人材(3)保健情報(4)施設・機材・医薬品(5)保健財政(6)リーダーシップ/ガバナンスの 6 つの構成要素の適切な組み合わせが重要であるという新たなフレームワークを示し、保健財政が保健システムの柱の一つであることが位置づけられた。

また、2010 年に WHO が刊行した世界保健報告書⁶は保健財政を主題とするもので、UC 実現(ただし、同報告書では、UC に加え UHC という表現もされている)に向けた取り組みとして、①保健財源の拡大、②自己負担医療支出の低減、③公正性の追求、④保健システムの効率向上、が必要であるとするなど、保健財政の重要性及びこのための経済的障壁の撤廃の必要性が強調された。WHO の同報告書は、現在の世界的な UHC に向けた

⁵ World Health Organization. (2007). Everybody’s business - strengthening health systems to improve health outcomes : WHO’s framework for action. <https://iris.who.int/handle/10665/43918>

⁶ World Health Organization. (2010). The world health report 2010: Health Systems Financing - The Path to Universal Coverage. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

取り組みの直接的な契機となっており(第3章でも詳述する)、実際に同報告書の内容は、上記の2012年の国連決議でも引用されている。以上の経緯もあり、2015年に合意されたSDGsにおいて、ゴール3(健康と福祉)下のターゲット3.8(UHCの達成)としてUHCが設定されることとなった。その後、2017年の国連総会ではSDGsにおけるUHC指標として、「指標3.8.1 必要不可欠の公共医療サービスの適用範囲」と「指標3.8.2 家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合」を設定することが採択され、より具体的・明確に医療保障の重要性が位置づけられた。

この過程で日本政府は、2013年に策定した「国際保健外交戦略」でUHCの主流化を具体的施策の柱に盛り込み、同年に横浜で開催した第5回アフリカ開発会議(TICAD V)で、UHCを日本ブランドとすることを首相から発信した。その背景には、戦後の高度経済成長の初期で国民総所得がまだ低かった1961年に国民皆保険を達成し、その後世界トップクラスの健康寿命を実現したという日本自らの開発経験があるが、そうした日本の経験や途上国における進展を学術的に研究するべく、2012年から日本政府と世界銀行が共同した結果として、「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHCを達成する道筋:11カ国事例研究の成果)」⁷を2014年に出版・発信した。

また、並行して、ポストMDGsを巡る国際的な議論の中では、UHCをSDGsのターゲットとすることには当初反対もあった(UHCは手段であり目的ではない、UHCに向けた前進を定量的に測定することは困難など)が、日本政府らの強い働きかけにより最終的に含まれることとなる等、UHCの主流化において、日本は重要な役割を担ってきた。2015年に東京で開催された「UHC会議」は、各国や国際機関の代表を招き日本政府が首相をはじめ出席して、翌年の日本が議長国の伊勢志摩サミットを睨んでUHCへのコミットメントを確認する契機となった。実際に、G7伊勢志摩サミットで採択された「国際保健のための伊勢志摩ビジョン」においては、UHCが、健康危機対応、薬剤耐性問題、研究開発イノベーション等とともに、国際保健上の最重要課題として位置づけられた。以降、日本が議長国となった2019年のG20大阪サミットや2023年のG7広島サミットにおいても、UHCの重要性が再確認されている。

日本政府が2022年に策定した「グローバルヘルス戦略」の政策目標の一つに、ポスト・コロナの新たな時代に求められる、公衆衛生危機に対する予防・備え・対応の強化を含めた、より強靱、より公平、かつより持続可能なUHCの達成が掲げられた。UHCに対する一貫した日本政府のコミットメントであると理解できる。

また、JICAは、上述の2014年に公表された日本政府と世界銀行の共同研究に、

⁷ 前田, アロージョ, 他. (2014). 包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ: 11カ国研究の総括. ワシントンDC; 世界銀行.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/901941468280495326/pdf/88862-REPLACEMENT-FILE-FOR-JAPANESE-PUBLIC-PUBDATE-5-9-16.pdf>

2012 年から関与して途上国での協力での知見等に基づき貢献するとともに、2013 年の TICAD V では、サイドイベントでアフリカ各国参加者とともに UHC 達成に向けた現状と今後を共有した。2015 年に東京で開催された UHC 会議でも貢献するとともに、2016 年にケニアで開催された第 6 回アフリカ開発会議(TICAD VI)において、アフリカ各国代表立ち合いのもとで世界銀行、WHO、日本政府等と共同で「アフリカにおける UHC 実現に向けた政策枠組み」を打ち出した。2017 年には、世界銀行、WHO、UNICEF、日本政府等とともに「UHC フォーラム 2017」を東京で共催し、各国や国際機関のコミットメントを改めて確認した。加えて、同フォーラムでは、上述の同年の国連決議での SDGs 達成のためのターゲットの指標確定に医療保障が明示されるプロセスと並行して、初めて「UHC グローバルモニタリングレポート」が世界銀行と WHO の共同で発刊されたが、レポート作成過程で JICA も途上国での協力の経験を基にインプットした。さらに、TICAD7(2019 年)、TICAD8(2022 年)でも、アフリカ開発銀行、UNICEF、世界銀行、WHO と共にサイドイベントを共催し、直近の TICAD8 では新型コロナウイルス感染症パンデミックの経験を踏まえ、平時の「PPR」(予防・備え・対応)の重要性を再認識する等、SDGs の目標年である 2030 年までの UHC 達成に向けた具体策の議論を促進する取り組みを行ってきている。

しかし、このような全世界的な UHC の推進、特に医療保障の拡充に関する国際的なイニシアティブは大きな高まりを見せているものの、サービス利用率を改善しつつ破滅的な自己負担医療支出を削減できた国は依然として少ない。

上記の日本政府が果たしてきた役割や、日本の開発経験とそれに基づくエビデンスを踏まえ、JICA は 2010 年代前半から医療保障分野における協力を本格的に実施し、保健サービス提供の協力成果も活用しながら、各国の保健財政の 3 大機能の状況を踏まえて、技術協力や資金協力を組み合わせて協力を実施してきている。特に開発政策借款(DPL)については、UHC 達成支援の有効な手段として、2015 年のケニアを皮切りに(ケニアでは 2020 年に DPL フェーズ 2 を実施)、2016 年にセネガル(2022 年に DPL フェーズ 2 を実施)、2023 年に「4. クラスタ展開の基本方針」で事例として紹介するエジプトで実施し、対象国や内容が拡充している。

3. クラスタのシナリオと根拠

UHC は「すべての人が、十分な質の保健医療サービスを、必要に応じて、経済的困難を被ることなく受けられるようにすること」と定義されているが、その後段部分(経済的リスクからの保護)を担保する仕組みが医療保障制度である。本クラスターでは、医療保障制

度の中核となる保健財政の UHC における位置づけを踏まえ、「医療保障制度の不備のために、貧困・脆弱層の人々は医療サービスの利用が困難である」という状態から「貧困層・脆弱層を含むすべての人々が、保健医療サービス利用による経済的困難を被らなくなる」状態への社会的変化のプロセスを想定する。その具体的過程として、国際的に広く使われている UHC に向けた「保健財政の 3 大機能」の枠組みに沿って、必須な保健医療サービスを享受するのに必要な医療費を公平に負担する社会の構築のため、「財源確保」→「プーリング」→「購入」の 3 段階それぞれの改善を通じて達成すべき変化をシナリオとする。

3.1 シナリオ

医療保障制度の不備による UHC 達成の障壁は、具体的には、貧困層・脆弱層が保健医療サービス利用のための自己負担医療費(out-of-pocket health spending)を用意することが難しい、あるいは、工面できてもその後その為に困窮化、あるいは家計破綻に至る可能性がある、という課題にある。そのため、保健医療サービス利用に伴う経済的困難から貧困層・脆弱層を守るためには、医療保障制度を整備し、保健医療サービスを提供するための財源を、過度に自己負担医療費に依存することがないようにする必要がある。

一方で医療保障制度が全く存在しない国は多くなく、制度や実際の機能に改善の余地のある場合がほとんどである。これを踏まえ、既存の医療保障制度を踏まえつつ、人口構造や疾病構造、経済発展状況や保健医療サービスの提供状況などの変化に合わせて、より強靱、公平で持続的な制度となるよう、改善を進めていくことが必要である。

(1)保健医療サービス提供に必要な「財源確保」

その第一歩は、保健担当省及び財務担当省が、中長期的な公的保健財源の確保計画を策定する必要性を認識し、実現可能な保健財源確保計画を策定することである。同計画においては、人口構造や疾病構造の見通しを基に、提供すべき保健医療サービスの種類や量、必要額を積算するとともに、経済成長や徴税能力の見通しを立て、医療サービス提供にかかる費用と確保できる財源とのすり合わせを行う。

同計画に基づき政府は支払い能力に応じた税や健康保険料の徴収を行ってゆくが、貧困層に対しては、貧困層を特定し税や保険料を免除し、その減免分を政府が公的財源から補填する制度を整える必要がある。保健予算増にむけた内外へのアドボカシー、酒税・たばこ税・加糖飲料税等の健康に悪影響を及ぼす物品の消費に対する増税(酒、たばこ、加糖飲料の消費減による健康改善を通じた医療費の低減を狙ったもので、当該税は「health tax」と呼ばれる)にも努める必要がある。これらの施策を通じて、十分な保健財源を確保していく。

また地方分権化が進んだ国においては、保健医療サービス提供や医療保障制度の実施を自治体が担っている場合もあり、その場合は、国レベルのみならず、自治体レベルにおいても保健財源確保計画を策定し、実施していく必要がある。

(2)保健財源の「プーリング」

集められた財源は、効率的な活用に向けて適切な規模でプールされる必要がある。リスク分散と財源の安定化、公平性と持続性の確保、調整リスクの最小化のため、徴収元の構成要員の属性が単一化したプールより多様化したプールへ、断片化された小規模の多数プールではなく大規模でごく少数のプールでの管理へ、と統合を進めることが望まれる。

一方で、公務員や民間企業従業員などのフォーマルセクター向けの制度が先に整備され、貧困層や脆弱層向けの制度や、農民や自営業者などのインフォーマルセクター向けの制度が不十分である国が少なくない⁸。なぜならば、フォーマルセクター労働者(やその家族)は、各雇用主や徴税機関によって居住や所得の実際が把握されやすい一方、住民登録制度や徴税制度といった行政基盤が十分発達していない国々においては、貧困層や脆弱層、農民や自営業者などのインフォーマルセクターの対象人口や所得を把握するのが困難であるためである。したがって、このような国々においては、貧困層や脆弱層を特定するための世帯調査を行い台帳化したうえで医療保障を提供できるよう整備したり、住民登録制度や国民 ID 制度、徴税制度を強化してすべての住民を行政が把握し、インフォーマルセクター人口に医療保障を提供していくことが必要である。

その際、フォーマルセクター向け制度と、貧困層・脆弱層向け制度、インフォーマルセクター向け制度の医療保障財源プールを統合し、高所得層から低所得層へ、所得が再分配されるようプーリングを行うことが望ましい。またセクター間のプール統合が難しい場合は、高所得層のプールから低所得層のプールに、政府が財源を再配分することが公平性の観点から重要である。また、国によっては、インフォーマルセクター向けの医療保障制度が市町村などのコミュニティ単位で形成されている場合があるが、政府からみた所得再配分の観点で必要な場合は、国や州・県単位でプールを統合することが有用である。

これらにより、確保された保健財源が、安定的で効率的な規模・数の(=大規模かつ多様な構成から成る、少数の)財源プールにまとめられ、そのことによりプール内で財源の再配分が行われることとなる。

⁸ Cotlear,D; Nagpal,S; Smith, K. Tandon,A.; and Cortez, A. (2015). Going universal : how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up. Washington, D.C. : World Bank Group.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/936881467992465464/Going-universal-how-24-developing-countries-are-implementing-universal-health-coverage-reforms-from-the-bottom-up>

(3)保健医療サービスの「購入」

社会全体から集めてプールした財源を使って、いかに公平に効率的に社会全体に保健医療サービスを提供していくか、そのために医療サービス提供機関からいかに「戦略的に」医療サービスを「購入」するかが、医療保障制度構築の最終地点である。①財源でどの医療サービスや医薬品を買うのか(What to buy)、②どの医療サービス提供機関から購入するのか(From whom to buy)、③医療機関にどのように支払うのか(How to buy)、が国際的に広く用いられている UHC に向けた「戦略的購入」の 3 つの方向性である⁹。

具体的には、①については、医療保障制度の対象として給付する医療サービスや医薬品(給付パッケージ)を、費用対効果や健康ニーズに沿って科学的・民主的に評価し決定する。②については、十分な質のサービスを提供できる能力を備えている医療施設を認証し、認証を取得した医療施設からのみサービスを購入することにより、サービスの質を確保する。③については、医療機関が提供コストを最小化するインセンティブがある診療報酬の支払い方、例えば、それぞれの疾病(群)の一入院あたりの診療報酬額を、実際にかかった費用に関わらず定額化することにより、その額の中で費用を収めるインセンティブが働く支払い方(包括払い)を導入する。

これらにより、医療保障の給付内容が財源の範囲内でニーズや費用対効果に基づき決定され、医療サービス提供機関が良質なサービスを効率的・持続的に提供するようになる、すなわち保健財源がより効率的・効果的に使われるようになる。

また、これら「戦略的購入」の 3 つの方向性が保健財源の効率的・効果的利用につながるためには、保健医療サービスを提供する側(サービスを購入される側)である病院などの医療施設が、国や自治体、健康保険機関から支払われた予算や診療報酬を、医療施設自身が直接受け取り、自らの必要性に従って自律的に管理できる仕組みも重要である¹⁰。そうでなければ、医療機関が診療報酬を受け取れるよう質認証を取得したり、自らの病院財政を健全に維持できるよう過剰検査や過剰投薬を抑制したり、といった戦略的購入の根底にある各医療機関の経済的インセンティブが働かないためである。

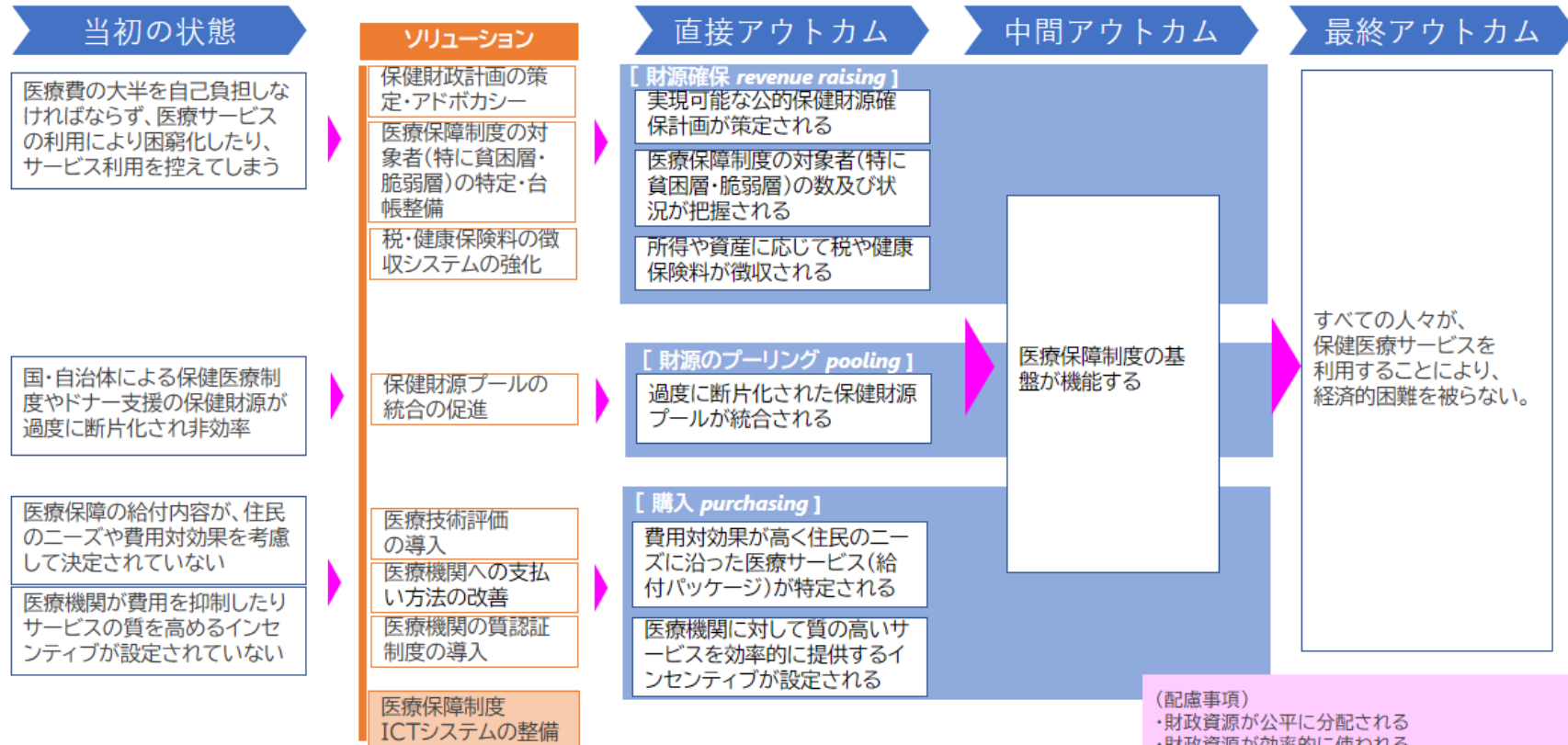
以上の(1)財源確保、(2)プーリング、(3)購入により医療保障制度が機能すれば、貧困層を含むすべての人々が、過大な自己負担なく医療サービスを利用できるようになり、すなわち医療サービス利用による経済的困難が生じなくなる。右の実現は、パートナー国の保健省や医療保障庁のみでなく、財務担当省、国税庁、内務省などさまざまな省庁、さら

⁹ Mathauer I, Dale E, Jowett M, and Kutzin J. (2019). Purchasing of health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-HGF-PolicyBrief-19.6>

¹⁰ World Health Organization. (2022). Direct facility financing: concept and role for UHC. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240043374>

に世界銀行・アジア開発銀行(ADB)等の開発金融機関、WHO等の専門機関、国内外の研究機関など多様な外部アクターとの協働により目指すものである。

「医療保障制度の強化」 クラスタースナリオ概念図



※理論的には、財源確保→プーリング→購入の順に進んでいくものであるが、多くの国はこれら3つが部分的には整備されている状態であるためこの順番に改善が必要で達成していくということではなく、それぞれで弱いところを改善していく。

(配慮事項)
 ・財政資源が公平に分配される
 ・財政資源が効率的に使われる
 ・資源の使途に透明性があり説明責任を果たせる

3.2 シナリオの根拠とエビデンス

本シナリオの枠組みとなった UHC に向けた「保健財政の 3 大機能」および各機能の下でのさまざまな取り組みについては、現在の世界的な UHC に向けた取り組みの契機となった WHO の 2010 年版「世界保健報告書」¹¹において整理され提言されたものであり、以後、多くの途上国で UHC に向けた医療保障の強化を推進する上での根拠として活用されてきている。そのため、本クラスター戦略も同報告書に示された枠組みや取り組み例に基づき策定しており、それにより、本クラスター戦略が世界的な枠組みに準拠し、かつ途上国自身の医療保障や保健財政に関する政策・戦略とも整合性がとやすいものとした。

また医療保障は保健財政の一環であり、保健財政の強化は UHC 以前から世界各国で取り組まれてきた、第 2 章での記述済の「保健システム強化」の一環である。そのような中で具体的に、保健システム全体における保健財政の位置づけや関係については、国際的な医学誌の一つであり、WHO が出版する”WHO Bulletin”誌に 2013 年に掲載された Kutzin 氏の論文¹²に示され、国際的に活用されてきた。

同論文に示された図 1 において、左側に保健システムの機能(Health system functions)における保健財政(Health financing system)の機能(赤枠)が、中央に保健財政政策の中間目標(Intermediate objectives of health financing policy)が、右側に保健システムの最終目標(Health system goals)が示されている。

これは「財源確保」・「プーリング」・「購入」および「(医療保障)給付」¹³から成る保健財政が、「ガバナンス・監督責任」(stewardship)、医療従事者や医薬品などの「医療資源」(resource generation)、「保健医療サービス提供」(service delivery)と相互に結びついていることを示すとともに(左:保健システムの機能)、保健財政が必要に応じたサービス利用や効率性、サービスの質や透明性・説明責任を高めるものとなるよう保健財政政策を策定することの必要性を示し(中央:保健財政政策の中間目標)、その結果、健康の向上や公平性の達成、自己負担医療費による経済的リスクからの保護や公平性の達成、

¹¹ World Health Organization. (2010). The world health report 2010: Health Systems Financing - The Path to Universal Coverage. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

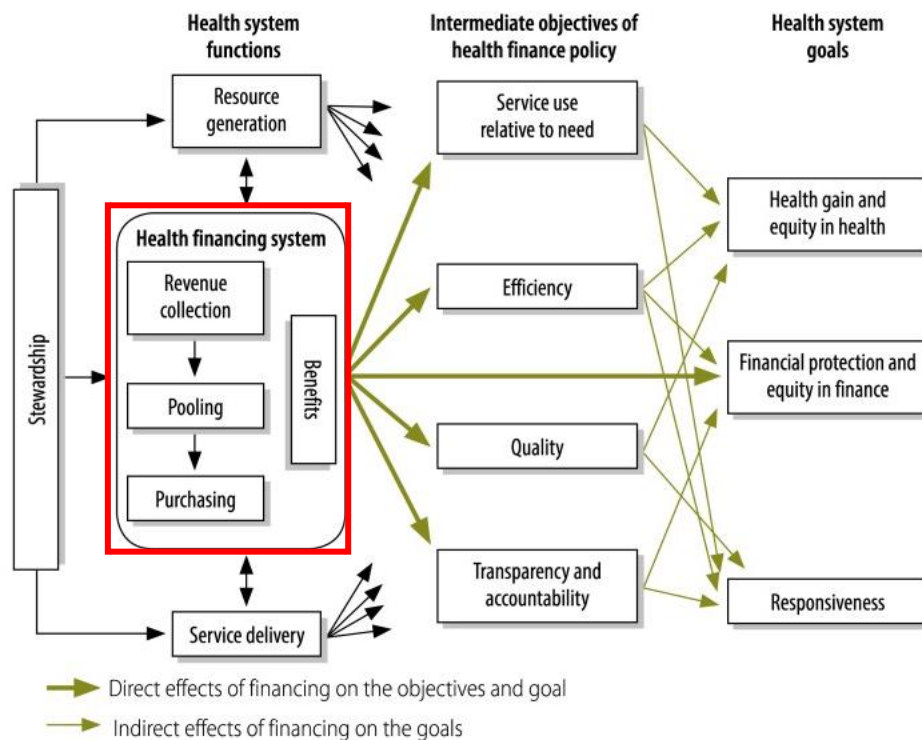
¹² Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ, 91(8), 602-611. doi:10.2471/BLT.12.113985

¹³ 医療保障給付(benefits)を、保健財政の 3 大機能の 1 つである「サービスの購入(purchasing)」に含める整理の仕方と、独立させ「3 大機能+1」として整理する方法がある。同論文では後者の整理の仕方をしていいるが、これは保健財政の機能が大きく 3 つに集約される、という本クラスター戦略が根拠としている整理の仕方と矛盾するものではない。

住民のニーズへの応答性の向上といった保健システムが目指す目標(右:保健システムの最終目標)の達成に貢献することを示している。

これはすなわち、UHC の片輪である「医療保障制度強化」にかかる本クラスター戦略が、UHC のもう片方の車輪である「保健医療サービス提供能力強化」にかかる他の保健分野のクラスター戦略とともに、最終的に保健システム強化の最終目標の達成に貢献するものであることを示している。

図1:UHC における保健財政の概念図



(出典:Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ, 91(8), 602-611. doi:10.2471/BLT.12.113985)

4. クラスタ展開の基本方針

4.1 シナリオ展開の基本方針

<クラスタ・シナリオと JICA の取り組む領域>

前章で概観した通り、本クラスタは「貧困層・脆弱層を含むすべての人々が保健医療サービスを利用したことにより経済的困難を被らない」を最終アウトカムとし、そのために「財源確保」、「プーリング」、「購入」の 3 つが適切に行えるようになるためのシナリオを示した。

全体のシナリオの中で、JICA としては上記の 3 つのアプローチを政策・制度面、運用面、技術面で支援するが、様々な事業スキームを組み合わせても JICA 支援単独で達成可能な範囲は限定的であり、後述するとおり、多様な外部アクターとの協働により開発インパクトの最大化を目指す。

本クラスタでは、貧困層・脆弱層¹⁴を含むすべての人々が過大な自己負担なく医療サービスを利用できるよう、医療保障制度の改善を主眼とするものであるが、前章で述べたとおり、UHC の達成にはサービス提供の改善も必要である(他クラスタで対応)ほか、両者は密接に関係しており、「サービスなきところにファイナンスなし」の側面がある。例えば、医療保障制度として健康保険制度を実施する場合、一定のサービスが提供されなければ、国民に保険料負担を求めることは難しい。したがって、支援対象国の選定にあたっては、保健医療サービス提供についても一定程度配慮する。

また、医療保障制度の改善に必要な 3 つのアプローチのうち、ほとんどの国では、①「財源確保」、②「プーリング」及び③「購入」のそれぞれが少なくとも部分的には整備されている状態であり、逆に言えば①、②及び③がいずれも制度として存在しない国はほとんどない。一方で、①の「財源確保」が他の 2 つの前提となる根源的に必要なものであり、そのためには既往の制度の運用改善も含めた適切な保健財政計画の策定とその実行、および国内資源動員(Domestic Resource Mobilization)が本質的に重要である。したがって、保健財政計画の策定・実行や制度運用改善に対する技術協力と、国内資源動員を促す

¹⁴ 貧困層・脆弱層のうち、とりわけ女性・女兒は物理的、経済的、社会文化的に保健医療サービスへのアクセスを社会構造上疎外され、最も困難を抱えているグループであるとされており、UHC 達成のためには、課題の根底にあるジェンダーに起因する要因への対応を含めて検討し、ジェンダーに基づく医療アクセスの不平等を解消する必要があるとの指摘がある(UHC2030. (2020). State Of Commitment To Universal Health Coverage: Synthesis, 2020)。そのため、識字率、情報アクセス、移動の自由、家族形態(女性世帯主世帯等)、世帯内権力構造、医療保障制度の対象となる医療サービスや医薬品等の違いにより医療保障制度の裨益者やその恩恵にジェンダー差がないか分析の上、ジェンダー差が確認された場合はその是正に取り組む。

ような資金協力を組み合わせて支援する可能性を検討する。

その際、財源が不足していることのみをもって JICA の資金協力を検討するのではなく、関連政策・施策の改革・実行を支援するレバレッジとして資金協力の活用を検討し、国内資源動員のレバレッジがより相手国に働くよう他開発パートナーとの連携を積極的に模索する。また、その前提として、JICA の技術協力や他開発パートナーによる技術的支援を通じて必要な側面のキャパシティビルディングを図ることが重要である。たとえば、①の財源確保に関しては、ハイレベルへのアドボカシーや保健財政計画の策定・実行、財務省等の財務当局との対話などにより国内資源動員を促したり、②プーリングの側面においては保健予算や医療保障制度が過度に断片化されている場合は統合を図ったり、③購入において、費用対効果や優先度に応じて医療保障制度が給付する対象を決定する仕組みを構築する、などが考えられる。

<対象国・アプローチの選定>

医療保障分野における JICA の協力を本格的に実施したのは 2010 年代前半からであり、協力経験は 10 年程度と浅い。これまでは、タイ、カンボジア、ベトナム、フィリピン、ケニア、セネガル、スーダン、南アフリカ共和国、コートジボワール、エジプト、モロッコを対象国として、信頼関係を構築しつつ協力を行ってきた。低所得国、低中所得国にニーズがあることに加えて、高中所得国でも、国民皆保険を 60 年間以上維持してきた日本の経験とノウハウに学びたいニーズが存在する。一方で、対象国の選定においては、医療保障制度整備に対する政策的コミットメントが高いことが重要である。加えて、医療保障は当該国の保健政策の根幹であるだけでなく、財源を伴い財務省等の財務当局をも巻き込む必要があることから、日本に対する深い信頼と高い要望に基づく良好な関係なしに実現することは難しい。今後、これまで協力を実施した国以外の国で協力を展開する場合には、これまでの JICA の保健分野(サービス提供)の協力に一定のアセットがあることを確認しつつ、医療保障制度に関して信頼を構築すべく政策対話型の技術協力(個別専門家、国別研修・招聘、技プロ等)から始め、日本の医療保障制度の経験の活用や途上国間の学び合いも含め、当該国の医療保障制度の進展度合いを見極めて具体的な協力を検討する。また債務状況が良好で特にコミットメントの高い国に対しては、関連政策・施策の改革・実行を支援する資金協力(これまで実績のある開発政策借款に加えて成果連動型借款の可能性も検討し、他援助機関と連携・協調する)を組合せて支援する。

この際、各国の発展段階、具体的には保健医療サービス提供と医療保障の両面を概観したうえで、医療保障制度の進展度合いを見極める必要がある。経済の発展段階と医療保障制度の進展度合いは必ずしも比例するものではないが、目安として以下に所得水準別の概観を示す(一部、”2023 UHC Global Monitoring Report“から引用)。

表 1:所得水準別支援アプローチの外観

国の所得水準 (世界銀行分類)	保健医療 サービス提供	医療保障制度	協力メニュー
低所得国 (一人あたり GNI: 1,045 ドル以下) ※スーダン等	母子保健や感染症対策など基本的サービスの提供体制が整っていない。非感染性疾患の影響やアクセスも大きな課題。	人口のほとんどがカバーされていない。家計支出に占める医療費支出は小さいが、医療費支出が招く貧困化の影響は大きい。	【財源確保】保健財政計画策定・アドボカシー、医療保障制度の試行(技術協力)。税財源の確保、貧困層・脆弱層向けの医療保障財源への財政支援(有償)。 【プーリング】(貧困層・脆弱層向け)医療保障制度の財源プールの創設・運用改善(技術協力、有償) 【購入】基本的保健医療サービスの優先的提供。医療保障制度 ICT システム整備(技術協力、有償)。
低中所得国 (一人あたり GNI: 1,046 ドル~4,095 ドル) ※カンボジア、 ベトナム、フィ リピン、ケニア、 セネガル、コー トジボワール、 エジプト、モ ロッコ等	基本的サービスの提供体制が整いつつあるものの国内格差が存在。非感染性疾患対策を含むより広範囲なサービス提供が必要	フォーマルセクターや最貧困層はカバーされているものの、非貧困インフォーマルセクターのカバレッジが少ない。家計支出に占める医療費支出は大きい、医療費支出が招く貧困化の影響は減少。	【財源確保】保健財政計画策定・アドボカシー(技術協力)、医療保障制度の対象者把握・拡大(技術協力、有償)、財源の拡充・財政支援(有償)。 【プーリング】財源プール統合の促進(技術協力、有償)。 【購入】医療技術評価導入(技術協力)、診療報酬・支払い方法改善(技術協力、有償)、医療機関認証制度(技術協力、有償)、医療保障制度 ICT システム整備(技術協力、有償)。
高中所得国 (一人あたり GNI: 4,096 ドル ~ 12,695ドル) ※タイ、南アフ リカ等	基本的サービスはほぼ全国で提供され、より高度なサービスの提供が必要	人口の多くがカバーされているが経済的リスクからの保護、持続性が不十分。	【財源確保】【プーリング】【購入】医療保障制度の拡充・改善(介護、コスト管理等)(技術協力、有償)。南南協力の推進(技術協力)。

<事業スキームの選定>

対象国の状況に応じ、以下事業スキームを使い分け、又は組み合わせて支援を行う。

【技術協力メニュー】

(1) 課題別研修・国別研修・第三国研修

課題別研修は、日本の医療保障制度の紹介や参加国間の学び合いを進めることを目的として実施する。日本の医療保障制度を紹介し、また他国の事例として、たとえば低・中所得国の中でも早期に UHC を達成したタイの健康保険・医療保障制度を紹介することで、自国の文脈に沿って UHC を達成するための解決策を考える機会を作る。また、財源確保の観点から、「マイナンバー制度、住民登録制度、徴税制度」、購入の観点から、「診療報酬請求・審査」、「医療技術評価」、「医療機関認証制度」などの日本や他の途上国での取り組みを紹介し、医療保障に関する制度の構築と運営に関わる行政官の能力向上を図る。

国別研修では事前に相手国個別のニーズ・関心を確認し、それに沿った日本の経験を紹介し、実務者や研究者との対話を通じて各国にあった解決策のヒントを導き出すことを目的に実施する。例えば、診療報酬請求審査・支払いの実務運営能力の向上を図る事業においては、社会保険診療報酬支払基金などを訪問し、実際の運用面を視察する機会を提供することで、自国の課題の具体的解決につなげる。

また、同様の目的の元、タイなどのすでに一定程度 UHC を達成している国からの南南協力を推進するため、第三国研修を実施する。

(2) 個別専門家

個別専門家は、政策対話を重ねることで、政策策定や制度構築に貢献することを目的として派遣する。特定の課題に従事するだけでなく、長期的・大局的な視点で、その他の技術協力プロジェクトや資金協力、他の援助機関との結節点として、相乗効果を生むことが期待できる。また、個別専門家を長期にわたり派遣したことで、信頼関係が構築され、資金協力との組み合わせで大きなインパクトを挙げている例も多いため、特に重点的に支援する政策的コミットメントの高い国や、今後重点的に支援することを目指す国の保健省や医療保障庁に対して派遣を行う。

(3) 技術協力プロジェクト

各種研修や複数の専門家の投入、機材供与を通じて、医療保障に関する制度の構築や運営の改善を目指して実施する。具体的には、医療保障制度の試行、医療保障制度の対象者把握・拡大、医療保障制度 ICT システム整備・運用、財源プール統合の促進、医療技術評価導入・改善、診療報酬・支払医療機関認証制度改善といった「財源確保」、「プーリング」、「購入」の3つの側面で、その国の課題やボトルネックに合わせたアプローチをとる。特に、UHC の基盤となる各種制度整備が進んでいる高中所得国に対しては、より焦点を絞った個別具体的な技術協力を行う。

【資金協力メニュー】

(4)有償資金協力

債務状況が良好で特にコミットメントの高い国に対して、開発政策借款 (Development Policy Loan: DPL)として、「財源確保」、「プーリング」、「購入」の様々な改革項目を政策アクションに設定し、併せてサービス提供面での改革項目も政策アクションに含め、その達成に対して資金を供与することで、個別専門家や技術協力プロジェクトと組み合わせて政策実行の加速化を図る。開発政策借款では対象国財務省に資金供与を行う(一般財政支援)ため、供与した資金のすべてが必ずしも保健セクターに流れるとは限らない一方、保健セクターに用途が限定される成果連動型借款(Program-for-Results financing: PforR, Results-Based Lending: RBL)を活用することにより、医療保障制度としての財源確保の側面のみならずプーリングや購入の面でも改善を図り、併せてサービス提供面での課題にも対処できるような開発連動指標を設定することで、保健セクター担当省庁の政策改革に向けた動機付けが大きくなり、より目に見える成果の発現が期待できる。しかし、成果連動型借款は JICA 内の知見が十分でないことから、すでに同様の事業スキームで世界銀行や ADB をはじめとする他機関と連携や協調を図る。また、国民皆保険制度が存在する国であっても、例えば国民皆保険制度が適用可能な医療機関の受入能力が限られている等の事情により、低中所得者層のサービス提供や経済的保護が十分でない場合、海外投融資を活用し、民間企業の取組みを支援する方策もある(例:ブラジル「医療アクセス改善事業」)。

(5)無償資金協力

近年の実績はないものの、財政支援型の無償資金協力の活用可能性も検討しうる。一般財政支援、あるいは資金用途や支出項目を特定分野に限定するセクター財政支援などの方法があるが、医療保障制度とサービス提供の両面を改善できる支援が望ましい。

<DX 等の新たな取り組み>

医療保障の質と効率性の向上のため、医療保障における DX の取り組みを積極的に推進する。具体的には、国民 ID システムに基づく医療保障制度の対象者の把握や、所得や資産に応じた税や健康保険料の徴収、保険請求の電子化など、医療保障制度の管理のためのデータベースの導入・運用を行うことで、透明性・迅速性の向上と、データ分析を通じて医療保障制度の改善や政策決定に役立つ洞察を得ることを目指す。また、こうした取り組みにより、パンデミック下においても、保健サービスを継続的に提供できる仕組み作りも必要である。

<JGA／クラスターを跨る取り組み(他のクラスターとの連携)>

医療保障の効率性の向上と、持続可能性を担保するため、グローバル・アジェンダ「公共財政・金融システム」の「国家財政の基盤強化」クラスターとの連携を推進する。国家財政の基盤強化クラスターでは、税務行政に関する組織や人材、制度改善を支援し、歳入基盤の強化を図ると共に債務の適正な管理に協力する方針が立てられている。特に低所得国に対しては、この協力方針のもと、財政の持続可能性を考慮した医療保障制度の設計、効率的な資源配分を行うことを目指す。

4.2 インパクトの最大化・最終アウトカム発現に向けた取り組み

4.1 において、本クラスターの目的を実現しインパクトを拡大するために、JICA による政策・制度面、運用面、技術面での支援について述べたが、単独で達成可能な範囲は限定的であるため、相手国の保健省・財務省・国税庁・内務省等の関係省庁、WB・ADB・IDB・AfDB 等の開発金融機関、WHO 等の専門機関、国内外の研究機関など多様な外部アクターとの協働により、コレクティブ・インパクトの最大化を目指す。なお、民間企業との協働も、前項で述べた「DX 等の新たな取り組み」で可能であるが、公的な医療保障制度の改善では、国際機関や他開発パートナーとの連携が有用であるため、以下ではそれに絞って記載する。

表 2:開発パートナーとの連携案

機関名	主な活動内容	主な連携内容・備考
WHO	規範設定	情報共有・意見交換
	人材育成	当該国への助言、各種研修への講師派遣
世銀	UHC 達成のための借款(PforR / DPL)等での医療保障支援	JICA による技術支援のスケールアップ、連携した借款の供与、協調融資
Global Fund	三大感染症および強靱で持続的な保健システム Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH)に関する支援	情報共有・意見交換。医療保障にも関心あり、GF 資金を活用したスケールアップ、国別調整メカニズム(CCM)への参画
ADB	アジア地域の地域開発銀行としての保健分野の支援	アジア地域での JICA による技術支援のスケールアップ、連携した借款の供与、協調融資

IDB	中南米地域の地域開発銀行としての保健分野の支援	中南米地域での JICA による技術支援のスケールアップ、連携した借款の供与、協調融資
AfDB	アフリカ地域の地域開発銀行としての保健分野の支援	アフリカ地域での JICA による技術支援のスケールアップ、連携した借款の供与、協調融資

なお、こうした外部アクターとの協働にあたり、そのプロセスでそれぞれの相手国政府に対する立ち位置の違い(支援の方向性や優先度等)が影響する場面もあるが、共通した取り組みを目指すことでコレクティブ・インパクトを訴求しつつも、相手国のオーナーシップ発揮による持続性を重視する取組みを重視する。以下にエジプトの事例を紹介する。

【エジプトでの他開発パートナーとの連携】

エジプトに対して、JICA は技術協力プロジェクト「国民皆保険(UHI)政策実施能力強化プロジェクト」(2022年12月～2024年12月(2025年2月まで延長予定))及び円借款「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための開発政策借款」(以下、DPL)(2023年3月27日 LA 調印)により国民皆保険システム(Universal Health Insurance System、以下 UHIS)への支援を実施、関連案件として技術協力プロジェクト「病院の質向上プロジェクト」(2019年5月～2024年5月)を実施している。DPL の政策アクションは大きく、「国民皆保険システム下の医療保障が強化される」「国民皆保険システム下の保健医療サービスの質が改善される」の2つに分けられ、前者の多くは「国民皆保険(UHI)政策実施能力強化プロジェクト」で支援、後者の一部は「病院の質向上プロジェクト」で支援という建付けで有機的に取り組んでいる。

これに対し、他開発パートナーについて見ると、WHO は関連政策や法・制度の制定に向けての支援及び費用にかかる分析を行い、各医療サービスの価格設定や健康保険で給付する基礎的サービス内容(ベーシックパッケージ)の設定等、医療経済面も含め、UHIS の導入と実践に向けた支援、世界銀行は Investment Project Financing による「Supporting Egypt's Health Insurance System Project」(400百万ドル)を2021年より実施し、主に3つのコンポーネント(フェーズ1 地域における UHIS 加入者増加及び保健医療サービス利用率向上、UHIS 実施機関のガバナンス強化、新型コロナウイルス感染症の影響を大きく受けた貧困層・脆弱層への一時的な医療費給付)に対する支援、フランス開発庁も2019年と2021年に「Social Protection Budget Support」(60百万ユーロ、150百万ユーロ)を実施しており、健康保険財政の数理分析、加入者管理の規則策定、UHIS 広報宣伝・コミュニケーション戦略策定等に対する支援を行っている

る。

現地では、開発パートナーとの会合は定期的に行われ、各機関の案件の進捗について情報交換を実施している。直近の2024年1月の協議では、フランス開発庁においても、JICAのDPLと同様にUHS電子化部分の支援を行っているが、進捗が遅れているため当該政策アクションを次期トランシェに移動したことが共有されたことに加え、一部の政策アクションではJICAの「病院の質向上プロジェクト」の支援で進捗が進んだとの言及もあり、相乗効果の発揮が期待できる。

5. クラスターの成果目標とモニタリング枠組み

5.1 クラスターの成果目標と指標

本クラスター事業戦略を通して達成を目指す成果目標と指標は下表のとおり。

表3: クラスターの成果目標と指標

最終目標 (2030年)	「すべての人々が保健医療サービスを利用したことにより経済的困難を被らない。」 【指標】 1. 家計の支出または所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合が減少する【SDG指標3.8.2】 ¹⁵
中間目標 (2030年)	「医療保障制度の基盤が機能する。」 【指標 ¹⁶ 】 1. 医療保障制度の対象となっている人口が増加する

¹⁵ 本指標は、医療保障制度の拡充によっても減少するが、保健医療サービスの提供能力や利用率(SDG指標3.8.1「必要不可欠な保健サービスによってカバーされる対象人口の割合(UHCサービスカバレッジ指標で測定)」)が低い国では、医療保障制度の状況に関わらず低値を示すため、上記の指標を分析するためにはSDG指標3.8.1と併せて評価することが必要である。

¹⁶ 人数や人の割合を指標に設定する場合、脆弱層である女性と男性とのギャップを可視化し分析するために男女別にデータを取る(参考: JICA事業におけるジェンダー主流化の手引き【保健医療】https://www.jica.go.jp/Resource/activities/issues/gender/materials/ku57pq00002hdtvc-att/guidance_09_health.pdf)。ただし、遡及的な取得はコスト高であるためこれを回避するが、今後データ取得、形成する事業においては取得を企図する。

	<p>2. うち医療保障制度の対象となっている貧困層・脆弱層¹⁷の人口が増加する</p> <p>3. 医療保障制度が整備・改善された国の数が増加する</p>
直接目標	<p>《財源確保》</p> <p>「保健担当省及び財務担当省により、実現可能な公的保健財源確保計画が策定される。」</p> <p>「同計画に基づき、医療保障制度の対象者(特に貧困・脆弱層)の数及び状況が把握される。」</p> <p>「同計画に基づき、所得や資産に応じて税や健康保険料が徴収される。」</p> <p>【指標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 総保健支出に占める公的医療支出の割合が増加する 2. 一人あたり公的保健支出の額が 86 ドルを超えた国の数が増加する¹⁸ 3. 健康保険料の徴収額(政府による保険料補助金を含む)が増加する 4. 医療保障予算が増加する <p>《プーリング》</p> <p>「過度に断片化されている財源プールが適度に統合される。」</p> <p>【指標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. プール統合への協力を行った国のうち、狙ったとおりの統合が行われた国の数 <p>《購入》</p> <p>「費用対効果が高く、住民のニーズに沿った医療サービス(給付パッケージ)が特定される」</p> <p>「医療機関に対して質の高いサービスを効率的に提供するインセンティブが設定される」</p> <p>【指標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 給付パッケージの設定において医療技術評価が導入されている国の数が増加する

¹⁷ 「貧困層・脆弱層」は、国ごとの定めに従う。

¹⁸ 出典は Røttingen, J.-A., Ottersen, et.al. (2014). Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing, . London, UK: Chatham House. 同書では、公的保健支出の額が GDP の 5%以上となることも目標として推奨しているが、一人あたり GDP が 1,720 ドルを下回る国では一人あたり GDP の 5%が 86 ドルよりも低くなり、絶対的に必要な最低基準額(86 ドル)を確保できなくなるため、86 ドル以上を確保することを指標とする。

<p>2. 医療機関に対する診療報酬を、人头払いや包括払い等、戦略的な方法で支払っている国の数が増加する</p> <p>3. 医療保障制度の対象となる医療機関に対する質認証制度が導入または強化されている国の数が増加する</p>

5.2 モニタリング枠組み

保健財政の 3 大機能毎に目指すべき直接・中間アウトカムの状態を定義し、それらを測る指標項目を下表のとおり設定する。基本的に、上記 5.1 で設定した指標に基づきモニタリングする。

表 4:モニタリング枠組み

保健財政の機能	直接アウトカム	指標項目	中間アウトカム	指標項目 ¹⁹
財源確保	<ul style="list-style-type: none"> ・公的保健財源確保に向けた中長期的な計画が策定される。 ・医療保障制度の対象者(特に貧困層・脆弱層)が把握される。 ・所得や資産に応じて税や健康保険料が徴収される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・総保健支出に占める公的医療支出割合 ・一人あたり公的保健支出の額が 86 ドルを超えた国の数 ・健康保険料の徴収額(政府による保険料補助金を含む) ・医療保障予算額 	医療保障制度の基盤が整備され機能する。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保障制度の対象人口(割合) ・貧困層・脆弱層のうち医療保障制度の対象人口(割合) ・医療保障制度が整備・改善された国の数
プーリング	<ul style="list-style-type: none"> ・過度に断片化された保健財源プールが統合される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・過度に断片化されている財源プールの数が適度に統合された国の数 		
購入	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保障の給付内容が財源の範囲 	<ul style="list-style-type: none"> ・給付パッケージの設定において医 		

¹⁹ 脚注 16 同様、ジェンダー分析をするための男女別データに関しては、遡及的な取得はコスト高であるためこれを回避するが、今後データ取得、形成する事業においては取得を企図する。

	<p>内で健康ニーズや費用対効果等に基づき決定される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対して質の高いサービスを効率的に提供するインセンティブが設定される。 	<p>療技術評価が導入されている国の数</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対する診療報酬を、人頭払いや包括払い等、戦略的な方法で支払っている国の数 ・医療保障制度の対象となる医療機関に対する質認証制度が導入・強化されている国の数 	
--	--	--	--