

Financial Resource Allocation

Budget setting and resource allocation

Defined as any process by which financial resources flow from the government or third party payer through the health care organization (health facilities, programmes, providers, and units) to the individual provider.

- Examine how the health budgets are set.
- How major resource allocation decisions are made?
- What are provider payment mechanisms?

Consider the following:

- How is the size of the overall health budget determined?
- Who decides what is allocated to various programmes?
- How is funding allocated to different geographical areas?
- Are there any formulae for resource allocation in use?
- What decisions on the health care budget are made at each level?
- How are capital investments funded and controlled?
- What changes have there been in the system of resource allocation in recent times?
- Are there any plans or thinking about changing the resource allocation system? Describe these and expected future developments.
- Construct a financing flow chart showing financing flows and service flows between consumer, third party and providers.

Payment mechanisms by source of finance

Payment of hospitals

Is it retrospective or full cost reimbursement?

Is it prospective?

- Fixed price without fixed quantity
- Fee for service or charge list
- Per diem fees or daily charge
- Case payment e.g. DRGs
- Budgets: global or line item?
- Do these budgets cover actual costs or is it historical incrementalism, or provision of inputs or by population covered, volume of bed days or volume of mix of cases.
- Salaries to health workers
- Mixed formulae (combination of the above)

Out-of pocket payments such as fees for service, fee per visit, fee per day, co-payments, pre-payment, advance payment

Payment of physicians and others

- Salaries to health workers
- Mixed formulae (combination of the above)
- Out-of pocket payments such as fees for service, fee per visit, fee per day, co-payments, pre-payment, advance payment

Insurance

Compulsory insurance

Does a compulsory insurance scheme exist? How is it organized? Describe the organization? Are these bodies public, quasi-public or private (for profit or not for profit)

Are there one or many schemes?

Is there freedom of choice of insurance scheme?

What are the criteria for entitlement and membership of the scheme?

- Are there any groups excluded? Why?
- Are individuals or groups allowed to opt out or join voluntarily?
- Are there any income limits above which individuals are not allowed to down?
- What provisions have been made for those who cannot pay? Does the government contribute? Are there special tax funded programs to cover these people?
- Comment on changes in the coverage of the population that have taken place recently or are expected to take place?

Describe how the premiums are decided upon.

- Pay roll related?
- Progressive or fixed rates
- Special rates for certain categories
- Employer and/or employee contributions
- How are the contribution rates calculated (risk related, income related, community rating, etc.)
- Who determines the premium rates and what is the role of the government in this process?

Is there competition between the different insurance schemes?

What provisions are there for risk adjustment between different insurance funds?

Describe if there any problems and any plans for reform.

Are there other parallel health care systems providing services to staff and employees for other ministries? How has this challenged the national/compulsory health insurance system?

Voluntary insurance

How is the system/schemes organized? Is it private (profit or non-profit), quasi-public or public?

Are the services covered full on only those not provided by the statutory health system?

What proportion of the population takes out private health insurance? Is this proportion increasing? Why and since when?

How was voluntary health insurance established?

External sources of finance

Comment on the evolution of external sources of financing in terms of scale and form (loans, grants, other)

What are the channels through which these funds are provided?

Describe a breakdown of the funds in terms of bilateral, multi-laterals, consortia, NGOs,

What are these funds generally used for in the health care system?
What proportion of the national health budget is supported through external sources?

Out-of-pocket payments

What forms do these out-of-pocket expenses take?

- User fees determined by the government?
- Co-insurance? Pays a fixed portion of the premium?
- Co-payment? Pays a fixed amount of the cost incurred?
- Deductible? Pay a certain amount before payments are made by third party.
- Informal payments at the health facility?

Describe the main cost sharing measures in addition to out-of-pocket expenses.

Changes in the systems of finance

If health care financing has changed recently to a social insurance system or a tax-based system, or to private and voluntary sources, describe the following:

- Reasons for this change and the problems that lead to this change
- What actions were taken to set up the new system?
- How far has implementation proceeded?
- What problems and obstacles have emerged in course of implementation?
- Is this intended to replace or supplement taxation sources?

Health care expenditure

Describe the health expenditure in terms of the following over a number of years?

- Value in current prices
- Share of the GDP
- Public share of total expenditure on health (%)
- Proportion of the budget that is derived from external sources

Health care expenditure by category over a number of years?

- Public (%)
- In-patient care (%)
- Pharmaceuticals (%)
- Investment (capital) (%)

Priority setting and rationing

Describe how priorities are set or rationing is carried out within the statutory health system in terms of benefit package provided. Consider the following:

- Have there been any reductions in the benefits package during recent years?
- What services have been excluded and why?
- What populations has this primarily affected?
- Describe the process by which priorities are set included where such actions are taken and by whom?

Health Care Reform

Determinants of Reform

Give a brief account of the main reasons underlying the initiation of health care reforms. What are the key aims of the reforms and what are they intended to achieve? What is the policy orientation?

Content of Reform and Legislation

Provide a chronology of the process and content of reform.

Provide a list of key policy proposals and legislation relating to health care system and reforms in a chronological order

Inter-relationship between reforms

To what extent have the reforms been planned in a piecemeal or integrated manner?

Does the reform process have a coherent set of related objectives? How were these developed?

Are there examples of conflict between the reform measures introduced?

Implementation and process of reform

What has been the role of the key actors and interest groups (see below) in the process of reform development and implementation?

- Health care providers (medical profession)
- Government and major political parties
- NGOs
- Research centers and organizations
- Financing organizations such as insurance organizations
- Population and consumer groups
- International aid organizations

What role have the international (multi and bilateral) organizations played in the process and initiation of reform?

Mention key events which may have a bearing on the process of change

- Pilot projects,
- Donor conditionalities,
- Passing of key legislation
- Administrative regulations
- Other

What are the constraints to implementation of reforms

- Proposal not passed into legislation
- Lack of political resources such as autonomy, stability, and consensus among the elite, support of stakeholders
- Lack of financial resources required to implement change and to run and sustain the new model
- Lack of managerial resources including skills and attitudes information systems, financial and other management systems
- Lack of technical resources in terms of capacity for technical analysis to evaluate alternatives and effects of policy change

What have been the approaches to making the changes in building capacity of staff, skills attitudes and management and support systems?

Monitoring and evaluation of reform

Process of monitoring and evaluation

Describe and comment on the routine and occasional methods and systems used to monitor reforms and evaluate their impact in terms of the following

- Health information systems
- Health systems research
- Monitoring and evaluation bodies

Monitoring and evaluation results

Describe the available information concerning the impact of the reforms

国家保健医療計画策定チェックリスト（仮訳）

経済、政治、社会文化面

保健システム／分野の構造や、地理、道路システム、識字レベル、公共支出、地方分権化・民営化・公共行政・行政事務改革のような政府の政策といった改革に重要な影響を与えられ、より広範囲の要因についての簡単な強調と意見。

経済

GDP の最近の傾向、インフレ、輸入、輸出、貿易条件、国の赤字、国際債務、援助の流れ、農業と工業・財政政策・金融政策・国際貿易・為替政策・公共部門雇用・労働市場・投資戦略などといった他の分野の実績。

政治的要因

現在の政府の説明、政権の座にいる長さによる安定性、権力の根底をなす基礎と同意または異議の程度、民主主義と社会参加の程度、医療の既成の権力組織の勢力といった重要な利害関係者、適切な現在の行政改革または政治改革。

社会文化

家族と血縁関係にひときわ目立つ特質、男女の伝統的な役割、おもな民族群と結束性の程度、保健システムにかんする中心的な考え。

人口統計

人口規模と成長率、人口の年齢と性の構造、傾向と予測、人口の地理的分布、重要な移動傾向とパターン、傾向と予測。

検討される文献：国家保健計画、国家計画ガイドライン、国家開発計画、国連／世界銀行分野別検討、ユニセフ／国連人口基金、状況分析、ユニセフ業務マスタープラン、二国間供与者と NGO による他の検討、国家政策文書。

保健状況

幼児死亡率、5 歳以下の死亡率、母親の死亡率、慢性的な利用失調の蔓延、病気の 10 のおもな原因、病気の地理的なパターン、これらの原因の社会文化的なパターン、罹患の 10 のおもな原因、これらの指標の傾向とパターン、などの型どおりに計測された指標を使つての保健状況の概略。

検討される文献：国家統計報告書；過去 5 年にわたる MOH 年次報告書；国家保健計画、罹患率と死亡率データ；OPD と入院患者データ。

保健システム構成要素、傾向と改革

目的：

既存の保健システム、その構造、関係者とその内部関係者についての全体像を得ること。

重要な問題を識別することと、重要な問題についての所見を述べること。

以下の目的、最近の進展と進歩、進行中および計画された変革を補足する。

- もし近年変革が起きたら、これらの変革は必然的に何を伴うのか？
- 現在起きている変革を説明する。
- もし将来の変革が計画されているなら、これらに何を期待しているのかを説明する。
- 健康管理システムと、計画された改革と実際に行なわれた改革との区別を強調した変革の実施に伴う主な問題の説明。

組織と管理

多くの保健システムは社会的多元性を持つ：保健システムは、「最終的に人々の健康を促進し、守るという一定の目的を達成するために、指定された責任、コミュニケーションの特別な経路、権力による体系的な調整やさまざまな手段」²として定義される。

保健システムの組織

法令による健康管理システムの構造

- 法令による保健システムの行政構造を説明する組織チャートを得る。
- 金融、計画、行政、規制、法令による保健サービスの提供に責任を持つおもな組織を含む。
- MOH の組織図（組織チャート）のみであるべきではない。
- 国の保健システム、国民保険、病気の発見などのシステムによる地理的・行政的な階層を説明する。

金融、計画、規制、設備などの点で、その機能を示す以下の事柄を含む。

- MOH；金融および政府当局のような他の省。
- 社会保険庁
- 地域および地方政府
- MOH や世界銀行のような国際的な機関に支援され、監視されている他の公共機関により管理される別々の計画。
- 専門家グループ。

² ニュー・デリ、SEARO、保健分野改革に関する国の概要のための共通枠組み草案から採用。

民間健康管理システムの構造

公式・非公式の健康管理システムと、以下を含む構成要素の説明を行なう。

- 登録された民間営利開業医、病院、看護施設、薬局、他の供給者の場所と提供者名。
- 公共部門の医師や保健職員による「時間外」の公式、または非公式の民間診療。
- 民間・任意保険組織。
- 登録された宣教活動、NGO、ボランティアの保健サービス提供者の場所と提供者名。
- 登録された民間供給者の代表団体。
- 医薬品販売者のような非登録民間供給者と無資格の医師；その場所と提供者。
- 伝統的医師、非逆症療法医。
- 保健分野に的を絞った圧力団体のような非提供ボランティア組織。

公共・民間部門の連携と最近の組織改革

民間部門が規制、奨励金、税金税制上の優遇措置によって、いかに影響されたかといった、公共部門と民間部門の相互関係について簡単に示す。これには、規模、公共部門の医師の二職兼業のような非公式調整の理由と結果を含む。

以下の考察：

- 最近組織にいかなるおもな変化があったか？
- 新しい団体が設立されたか？または設立過程にあるか？新しい構造におけるそれらの役割や重要性は何か？
- 労働、社会福祉といった他の省のような団体は、段階的に廃止されたのか？または廃止過程にあるのか？
- 中央集権化、官僚制度、不十分な管理、行政などといった早期の保健システムに伴う主な問題は何か？
- どんな古い問題が生き残り続けているのか？さらに、貧弱な調整、権力の中心の不在、不十分な行政などの新しく発生し始めている問題。
- 利用可能なインフラは、予防的・治療的医療のニーズを満たしているのか？
- 質の良い健康管理サービスの利用を保証するために、現在のニーズは何か？

健康管理システムの組織構造における将来の開発に関して、どんな計画／期待が現在あるのか？

計画、管理、規制、立法措置

以下の面での計画に対する現在のアプローチを説明する。

- 保健または保健サービスのための国家保健計画庁はあるのか？そして、国家保健計画はあるのか？
- 施設やベッドの数・タイプなどの重要な計画に対するアプローチは何か？
- 医師や必要な看護婦の数、新しい役割の決定と協議、必要な機能と技術などを実行する人材計画はどのようなものか？
- 資源計画についての決定を左右するおもな関係者、機関、関係要因は何か？これは、他のタイプの計画とどのようにつながっているのか？
- 他のレベルでの保健計画はあるのか？これらは国の保健計画と関連しているのか？
- システム内の異なった層（地方政府、保健当局、保険基金など）による政策開発／計画／優先順位の設定過程を説明する。それらの相対的な影響についての意見は？

優先順位の設定や変革の実施における公式の計画システムは、どのように効果的か？望まれる資源の代わりに、利用可能な資源に基づいた計画過程は、どの程度効果的か？

「さまざまな標準とその実施条件」に関する規制

以下の分野の規制活動の説明と責任を負う主要団体：

薬物

- 高度な技術の設備
- 職員の登録と許可下付
- 公共・民間両部門に対する標準の確立
- 病気基金への規制
- 保険職員の供給と訓練に対する規制
- 病院予算、賃金率、収入レベルなどの金融メカニズムに対する規制

保険および健康管理の将来の計画開発についての支配的な考えは何か？ 総合システムか？ 契約ベースのシステムか？

あるとすればだが、計画や法令によるシステムの管理における市民の参加メカニズムは何か？

健康管理システムの地方分権化

「さまざまな組織構造／団体内あるいは間の関係の変革で、結果として計画権、意思決定または公共機能の管理を国家レベルから、他の組織または準国家レベルの監督官庁に移転する委譲」と定義する。

さまざまな形態を取る

地方分権化：何らかの行政権を中央政府のオフィスから地方の中央政府省庁のオフィスに移すこと。

権限委譲：責任と独立の程度を地域政府または地方政府に、財政上の責任を伴い、または伴わずに（歳入を調達したり、支出したり）移転すること。組織は、地方分権の場合とは異なり、その機能や責任に関して中央政府から一般的に独立している。

規制緩和：地方オフィスとか準公共組織（NGO）中央政府の構造の外側の組織への責任の委譲。しかし中央政府は間接的な統制を保持する。

地方分権化の実施は、上の定義に比べると、一体どのくらい進んだのか、尋ねる。

問題になっている地方分権政策の実施に関して、現在の状況を説明する。

以下の点で地方分権の過程で直面する主な問題を話し合う。

- 地方分権化の高度な水準の支援の不足
- 権力の中心の欠如
- 権力の中央内の調整の不足
- 行政／金融能力を欠くレベルへの地方分権化
- 地方分権化のための規制の枠組みの欠如
- 地方分権化のための必要な基金の欠如

押し進められるべき将来の地方分権化政策のために、目下存在する現在の計画を説明してもらえるか？何らかの提案があれば、早期の実施段階の立法措置を探るのか？

調査、促進、開発

保健分野または他の分野の改革調査促進と開発活動の統合。

開発のための調査と国家政策の検討、実践の改善の連結。

健康管理送達システム

施設、人材の提供とサービスの利用を含むサービスの各水準のために

初期健康管理

公的な保健処置（政府、民間、NGO）

- 最も重要な問題は何か？
- 安全な水の供給システム、衛生設備、適用範囲、金融および送達を説明する。
- おもな環境問題を概説してもらえるか？規制機能はどのように行なわれているのか？規制には誰がたずさわり、誰が実施するのか？
- 病気の管理はどのように行なわれているのか？規制には誰が携わり、誰が実施するのか？
- おもな KAP と、取り組むべきライフスタイル問題は何か？
- 保健推進活動、その範囲、金融、送達の提供システムを説明してもらえるか？
- 予防接種、ANC、FP、スクリーニング計画などのような予防措置は、どのように取りまとめられるのか？
- 上記に関して、最近行なわれたおもな開発は何か？
- おもな課題と争点を話し合えるか？
- 公衆衛生サービスの将来の開発に関して、もしあればだが、どんな改革計画があるのか？

初期治療サービス

PHC 治療サービスは、どのように取りまとめられているのか？提供者の設定、性質、以下を考慮した機能を含む初期健康管理治療サービスの提供モデルを説明する。

- 提供者の設定とモデル：独立開業医、グループ開業医、保健センター病院など。
- 公共・民間所有権の混合。
- 村の保健／開発委員会、補助保健職員、医療職員のような健康管理関係職員。
- 健康管理職員の各範疇の役割と機能を指示する。
- PHC 保健提供者は雇用されているのか？それとも契約なのか？
- 以下の範疇を考慮して、初期医療水準で提供されるサービス範囲の指標を提供する。：一般医療介護、子供の医療、小さな手術、リハビリ、産科医療、周産期医療、薬物の調剤、証明書下付、家庭訪問、予防サービス、保健促進。
- NGO により提供される PHC サービスのタイプと国際援助に支援されたプロジェクト。
- 非逆症療法保健職員のタイプ。
- 「非公式」健康管理提供者のタイプ。

PHC 施設と開業医の地理的分布についての意見を述べる。

異なった提供者との患者の仲介の頓挫を説明する。

人里離れた地域と都会との区別はどのように決定するのか？

もしあるとすればだが、異なったタイプの健康管理利用者間の社会経済的な違いを説明する。

異なったタイプの提供者の間に認められた質の違いを説明する。

第 2 レベルの医療に対する直接的なアクセスはあるのか？診察後患者を専門医などに差し向けるシステムとは何か？それは、どのように上手く機能しているのか？それに伴うコストはどのくらいか？誰が処理の選択を行なうのか？

利用可能なインフラは、予防医療・治療医療のニーズを満たしているか？

質の良い健康管理サービスの利用を保証するための現在のニーズは何か？

患者の満足水準を含むサービスと施設の質についての所見を述べる。

最近生じたおもな変化と、現在の実践に伴う問題を説明する。

将来の開発に関しての期待とか改革計画は何か？

二次・三次医療

- 二次・三次医療サービスはどのように取りまとめられるのか？専門巡回サービスや病院サービスの公共・民間混合を説明してもらえるか？公共、準公共、民間営利、民間非営利とは？
- 専門巡回サービスはどのように提供されるのか？個人診療所、専門総合病院、OPD などは？
- 法令によるシステムの下での専門医療を提供するための方法は何か？直接雇用？契約サービス？
- 教育、一般、専門、単一専攻などの、おもな病院、機能、配置の範疇を説明してもらえるか？
- 病院の所有権の公共・民間混合や二次医療サービスを提供する非登録施設を説明する。
- 二次・三次健康管理施設の地理的分布を話し合う。
- 設備と施設の経年数、修理の状況、標準を説明する。
- 利用可能なインフラは、予防・治療医療のニーズを満たしているか？
- 計画されたかもしれないもっと高価な病院施設の更新のための代替政策、初期・二次健康管理施設と提供者の間の協力の程度、初期医療と病院医療の間の予想される不均衡を考慮して、初期健康管理と二次健康管理の間の関係を説明する。
- 分布、役割、機能、発生した問題と課題を含む業績、何らかの経済的な相違、代替タイプの健康管理提供者の嗜好の出現の観点から、この分野に最近生じたかもしれない何らかのおもな変化を説明する。
- 二次・三次水準のサービス間の調整が、どこで行なわれたか？
- これらの分野の将来の開発に関する変化に対し、現在どんな改革計画または期待があるのか？
- 質の良い保険医療サービスの利用を保証する現在のニーズは、どのようなものか？

長期医療と家庭医療

以下に関する提供者の設定、性質を含むコミュニティ医療サービスの性質、利便性、組織を概説する。

- お年寄り、精神的障害者、身体障害者、長期療養者のための医療の主要提供者。
- 法令による健康管理システムと現在のつながり。
- 法令によるシステムの下でのこれらのサービスの提供方法。
- 長期ケアおよびデイケア施設の公共・民間所有権混合。
- サービスの利便性、適切さ、質の水準に表示を与える、これらの保健医療サービスへのアクセス。

生じたおもな変化、発生した問題と課題、改革のための何らかの将来の計画を説明する。

人材開発

健康管理職員および彼らの適正さについてのおもな組織の提供水準と質を話し合う。また、人数の増加または減少の観点から傾向も説明する。

以下の点で、保健・医療職員の訓練に関するおもな問題を概説する。

- 初期健康管理はどんな位置にあるのか？初期健康管理に従事している保健職員にとって、どんな種類の訓練が利用可能なのか？
- 管理技術と適切な訓練計画の利用可能性。
- 医療・保健職員、特に医師と看護婦の地理的な分布の適正さ。
- 保健職員の異なった組織間の配置は適切か？
- 健康管理職員の訓練、管理、質に関して発生した主な問題は何か？
- 民間部門の職員のための更なる訓練や開発機会は何か？

以下の点で、人材を再検討する。

- 過大な数の専門医。
- 看護婦／医師の不適切な割合。
- 医療失業。
- 民間部門への公共部門の保健職員の目減り。
- 管理技術の不足。
- 低い学歴。
- 健康管理職の低い地位。
- 保健職員の低い生産性。
- 初期健康管理の低い地位。
- 低い給料。

あるとすれば、以下の点で、人材開発に対して最近どのような政策が実施されたのか？

- 開業医の数を減少、または増加させる試みと、これがどのように行なわれたか？
- 既存の、あるいは設立しつつある新しい教育施設や訓練施設のグレードアップのための努力は？どの地域で？看護婦、医師、管理者、予備職員などは？
- 補助／予備保健職員に関する現在の政策。
- 既存の専門家の再訓練。

再検討されるべき文献：人的資源と行政事務要領、人的資源開発計画、承認された地位の創設リスト、空位の埋められた地位と埋められていない地位。人的資源の地理的分布と機能・組織・地位による人的資源の地理的分布。

薬物

薬物の消費水準と重要な傾向を話し合う。

経済性に優れた薬物消費に改善するための国の医薬品政策を話し合う。

- 必須医薬品リストはあるのか？
- 一般医薬品の利用は推進されているのか？
- 医薬品のポジティブ・リストまたはネガティブ・リスト（政府によって認可されたもの、または認可されていないもの）はあるのか？
- 非公式・公式に処方する人の処方行為に働きかける努力はしているのか？

供給水準と適正さを話し合う。

薬物部門の組織や一般大衆への流通方法を概説する。流通にかかわっている公共／民間組織は何か？また、政府の規制の程度は？

処方の性質についての懸念は何か？

薬物の将来の発展に関する現在の改革または期待は何か？

健康管理技術

- 新しい技術に対する監督策（規制、国の計画、供給者や消費者への経済的な刺激策）には何かがあるのか？
- これらの監督策は公共／民間部門をカバーしているのか？
- これらの監督策の効果について意見を述べる。
- 公共／民間部門における基本的な設備の供給や、保守の適切さについて説明し、意見を述べる。

健康管理財政と支出

財政システムと適用範囲

税制

財源

- 公共：税金と法令によるの保険
- 民間：現金払い、民間任意保険、民間企業
- その他：NGO、慈善事業、寄付など
- 外部の財源：INGO、二国間協定、多国間協定

税金がベースだとすれば、それはおもに国または地域、地方レベルの税なのか？

財政は、拘束力のある公共計画、または法令による保険のような「財政の強制的なシステム」を基にしているのか？または、支払いが現金払い、民間保険などのような個人の裁量に任されている「任意金融システム」を基にしているのか？

各変化の相対的な規模、これらの変化の背後にある要因に加えて、最近起こった変化を話し合う。

健康管理が、主として税制によって資金調達されているのであれば、それでは

- 健康管理の適用範囲の提供におもに責任を持つ組織は何か？
- 国民の適用範囲の程度、健康管理の給付資格の基準（市民権、居住など）
- 除外される集団はあるか？（意図的に、またはそうでなく）もし、そうなら、これらの集団はどのように保護されるのか？
- 最近生じた、または生じつつある国民への適用範囲の変化はあるか？

財源割り当て

予算設定と財源割り当て

健康管理組織（保健施設、計画、提供者、部署）を通じての政府または第三者から、個々の提供者への財源が流れる過程を説明する。

- 保健予算がどのように設定されるかを検討する。
- おもな財源割り当ては、どのように決定されるのか？
- 提供者の支出メカニズムは何か？

以下を考慮する。

- 全体的な保健予算の規模は、どのように決定されるのか？
- さまざまな計画に何が割り当てられるのかを、誰が決定するのか？
- 地理的に異なった地域に対して、どのように資金が割り当てられるのか？
- 使われている財源の割り当てに、何らかの一定の方式があるのか？
- 健康管理予算に関して、各レベルでどんな決定が行なわれているのか？
- 重要な投資は、どのように資金供給され、監督されるのか？
- 財源割り当てシステムに最近生じた変化は何か？
- 財源割当システムについての計画、または考えはあるか？これらと期待される将来の発展を説明する。
- 消費者、第三者、提供者の間の金融の流れとサービスの流れを示す金融フローチャートを作る。

財源による支出メカニズム

病院の支払い

それは適切的なものか？または全費用払い戻しなのか？

それは見込みがあるのか？

- 一定の質なしでの固定価格
- サービス手数料または料金明細書
- 日割りの手数料または日々の料金
- ケース支払い、例：医薬品
- 予算：包括的、または項目か？
- これらの予算は、実際のコストをカバーしているのか？また、予算は歴史的漸進主義か？それとも、予算は投入総量の供給、もしくは適用される人口によるのか？あるいはベッド日数の量または混合事例の量によるのか？
- 保健職員への給料
- 混合方式（上記の組み合わせ）

サービスに対する手数料のような現金払い、訪問ごとの料金、一日当たりの料金、共同支払い、前払金、前金

医師とその他への支払い

- 保健職員への給料
- 混合方式（上記の組み合わせ）
- サービスに対する手数料のような現金払い、訪問ごとの料金、一日当たりの料金、共同支払い、前払金、前金

保険

強制保険

強制保険計画はあるのか、また、それはどのように組織化されているのか？その組織を説明してもらえるか？これらは、公共、準公共、民間組織（営利、または非営利）なのか？

これらは一つの計画なのか、または多くの計画なのか？

保険計画の選択の自由はあるのか？

その計画の資格や会員権の基準は何か？

- 除外されている集団はあるか？何故か？
- 個人または集団は任意で脱退したり、参加したりすることができるのか？
- 上記の個人が脱退することを許されない収入制限はあるのか？
- 支払えない人々のために、どんな備えがされているのか？政府が負担するのか？これらの人々をカバーするために、特別に税金から支出された計画はあるのか？
- 最近生じた、または生じることが予想される国民の適用範囲の変化を説明する。

割増金がどのように決定されるのか説明する。

- 従業員数と関係しているのか？
- 累進的なのか、または一定割合なのか？
- ある特定の範疇には特別割合
- 雇用者および／または被雇用者の負担
- 負担割合はどのように計算されるのか？（リスクに関連して、収入に関連して、コミュニティの格付けなど）
- 誰が割増率を決定するのか、またこの過程における政府の役割は何か？

異なった保険計画の間に競争はあるのか？

異なった保険基金の間に、リスク調整のための準備はあるのか？

もしあれば、問題や改革のための計画を説明する。

他の省の職員や従業員にサービスを提供する、同様の健康管理システムが他にあるのか？それは、国の／強制健康保険システムとどのように競ったのか？

任意保健

そのシステム／計画はどうなっているのか？それは、民間（営利、非営利）、準公共、公共のものなのか？

そのサービスは、法令上の保健システムによって提供されないサービスを、全面的にカバーしているのか？

民間健康保険に入る人々の割合はどのくらいか？この割合は増加しているのか？何故か？そして、いつからか？

任意健康保険はどのように創設されたのか？

外部の財源

規模と形態（借款、譲与、その他）の点から外部の財源の進展を説明する。

これらの資金が与えられる経路は何か？

二国間協定、多国間協定、コンソーシアム、NGO の観点から資金の内訳を説明する。

全般的にこれらの資金は、健康管理システムのための何に使われるのか？

国の保健予算のどのくらいの割合が、外部財源によって支えられているのか？

現金払い

これらの現金払い支出はどのような形態を取るのか？

- 利用者の料金は政府により決定されるのか？
- 共同保険？支払いは、割増金の一定割合か？
- 共同支払い？支払いは、費用負担の一定割合か？
- 控除可能か？支払いが第三者によって行なわれる前に、一定割合を支払うのか？
- 保健施設での非公式支払い？

現金払い費用に加えて、おもな費用を分配措置を説明する。

財政システムにおける変化

最近健康管理財政が、社会保険システムとか、税金ベースのシステムや民間および任意財源へと変わったのであれば、以下を説明してもらおう。

- この変化の理由と、この変化をもたらした問題。
- 新しいシステムを設立するために、どんな措置がとられたのか？
- 実施はどの程度進んだのか？
- 実施中にどんな問題および障害が生じたのか？
- これは、租税源の交替、または追加を意図しているのか？

健康管理支出

数年間の、以下の点での保険支出を説明してもらえるか？

- 現在の価格での価値
- GDP のシェア
- 保険に関する総支出のうちの公共支出（％）
- 外部財源から得られる予算の割合

数年間の区分ごとの健康管理支出は？

- 公共（％）
- 入院患者医療（％）
- 薬物（％）
- 投資（資本）（％）

優先順位設定と配分

優先順位がどのように設定されるのか、あるいは与えられる給付総体の点で、配分が制定法上の保健システム内で、どのように行なわれるのかを説明する。

- 最近給付総体の縮小があったか？
- どんなサービスが除外されたのか？何故か？
- これは、主としてどんな人々に影響したのか？
- 優先順位が設定される過程を、どこでそのような措置がとられるのか、また誰によってとられるのかを、含めて説明してもらえるか？

健康管理改革

改革の決定要因

健康管理改革の開始の根底をなすおもな理由について、簡単に説明する。改革のおもな目的は何か？また、それらは何を達成しようとしているのか？政策の方針は何か？

改革の中心と立法措置

改革の過程と中心の年代順配列を提供する。
健康管理システムと年代順の改革に関する、主要な政策提案や立法措置のリストを提供する。

改革の相互関係

改革は漸進的に、あるいは総合的に、どの程度計画されたのか？

改革過程には、整合性のある関係目的があるか？これらは、どのように策定されたのか？

導入された改革措置の間に対立の例はあるのか？

改革の実施と過程

改革の策定と実施過程で、おもな関係者や利害団体（下記参照）の役割は何だったのか？

- 健康管理提供者（医療専門家）
- 政府とおもな政党
- NGO
- 研究センターと研究組織
- 保険団体のような金融機関
- 住民団体や消費者団体
- 国際援助機関

改革の過程や開始において国際（多国および二国の）機関はどんな役割を果たしたのか？

変化の過程に意味を持つ重要な出来事を述べる。

- 実験プロジェクト
- 供与者の条件制限
- 行政上の立法措置
- その他

改革の実施に対する制約は何か？

- 法案が通らなかった。
- 自治、安定、エリートの間でのコンセンサス、利害関係者の指示のような政治の力量不足。
- 変革を実施したり、新しいモデルを実行し、持続させたりするのに必要な財源の不足。
- 技術、姿勢、情報システム、財政および他の管理システムを含む経営資源の不足。
- 代替策や政策変更の効果を評価するための技術分析能力の点での技術資源の不足。

職員の能力、技術、姿勢、管理・支援システムの構築において、変更を行なうためのアプローチは何か？

改革の監視と評価

監視と評価の過程

改革を監視するために利用される通常の、または臨時の方法を説明し、以下の点でのその影響を評価する。

- 保健情報システム
- 保健システム研究
- 監視・評価機関

結果の監視と評価

改革の影響に関して利用できる情報を説明する。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
無							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
無					