

## 1. なぜ地域戦略か？

### a. 世界の状況

WHO 憲章によれば、“最高水準の健康の享受は人間の基本的人権の一つであり、人種、宗教、政治的信念、経済的・社会的状態によって差別されるべきものではない”。<sup>1</sup> もしこの権利が漸進的に獲得されていくものであるならば、健康権の実現が可能になるような保健システムとはどのようなものであろうか？その特徴を定義づけることは意義のあることである。

保健システムが、コアバリュー（core values, 核となるいくつかの価値基準）の下に形成されることによって、同システムの目標は、極めて効率的かつ効果的に達成される。コアバリューとしては、平等性(equity)、社会正義、普遍性、住民中心主義、コミュニティの保護、科学的な健全性、自己決定、セルフ・リライアンス（自立）があげられる。1978年、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)のためのアルマ・アタ宣言は、これらの価値基準を提示しており、当初から PHC に一貫した課題となっている。<sup>2</sup>

保健サービスの提供と財源の詳細は、個々の社会経済的・政治的状況によって変わってくる。各国政府は保健システムのための財源確保と保健サービス提供において、単独で責任を負う必要はない。これはよくみられることであるが、民間、非政府組織、政府など、様々な機関が共同でその機能を果たしている。しかしながら政府は、自身が主要な保健サービスの提供者でない時であっても、保健セクターの監督や世話役(stewardship)としての機能を果たす責任がある。

### b. 西太平洋地域の状況

WHO 西太平洋地域（WPR）の加盟国は極めて多様性に富んでいる。国連加盟国の中で、世界最大の人口を有する国があるかと思えば最小人口の国もある。広大な大陸があるかと思えば、小さいけれども広範囲にわたる環礁もある。社会経済的発達の度合いも様々である。政治もまた異なっている。高度に都市化された大都市国家もあれば、人口が点在する田園国家もある。健康状態もまた様々である。世界で最も長寿の国もあれば、平均寿命が1950年代と同等の国もある。5歳未満児死亡率、妊産婦死亡率ともに極めて高く、破滅的な国もある。

西太平洋地域全体に渡って、保健システムには負荷がかかっている。というのも、システムは急速に変わり行く世界についていかねばならないからだ。

<sup>1</sup> World Health Organization. Constitution. 1946. Available at [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

<sup>2</sup> Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Available at [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

まだ古い課題の解決が十分になされていないというのに、新しい課題が次々に生じてきている。物価の高騰の加速が主な課題の国もある。保健サービスがまだ隔々に行き渡っていない国もある。医療費の利用者負担増により、保健サービスのユニバーサル・カバレッジが脅かされている国もある。同時に、保健システムそのものの信用の失墜もまた問題となっている。<sup>3</sup> 技術の進歩と専門化は健康成果の改善に寄与してきた。同時に、極端かつ、時には不適正でもある先進技術と専門化への依存は、経費の増加をあおってきた。持続的ケアが侵害され、患者の安全性も冒される事態となってきた。保健システムは今や人間中心でなくなっているのである。健全な保健サービスとは何か？それは、適正(appropriate)で、手ごろで(affordable)、人々に受け入れられやすく(acceptable)、アクセスしやすい(accessible)ものである。あちこちでこれらの要素が脅威に晒されているのである。

この地域における保健システムとそのシステムが直面している課題は確かに一様ではない。しかしながら、共通の課題、価値、抱負があることもまた確かである。多くの地域に共通している課題をいくつか列挙しよう。まずは保健セクターにおける市場化に規制がほとんどかかっていないこと。しかもその状況下で保健システムに必要な予算を利用者に過度に負担させている。次に国内外の移住。伝統医療と西洋医学のバランスのとれた融合。プライマリ・ケアの軽視と先進技術・専門化への極度な依存。急速な人口学的・政治的・経済的変化とそれらがもたらす健康の社会的決定要因や環境的決定要因に及ぼす影響。より多くの人々の健康を改善したいという願望は、共有すべき重要な価値観である。最大限に健康を改善するためには、強固な保健システムによって医療を必要とする全ての人に、適切なサービスを適切な場所で提供できるようにすることが必要である。では強固な保健システムとは何か？その特徴を定義するエビデンスは年々増加している。コアバリューはあらゆる保健システムにとって何が原則となるのかを見極めるべきである。その原則が遵守されれば、保健システムは利用可能な資源を用いて最大限の健康をもたらすことができるようになるはずである。

### c. 地域戦略書の権限

保健システムに関する決定事項は主に国内においてなされる。グローバル化や外部資金が関与してくると若干の例外は生じうるが、多くの場合、国が決定機関である。各国の保健政策策定過程においては、常に相反する利害対立が生じる。多数の利害関係者が関与し、より多くの人のためになる議題よりも、狭い範囲での問題に終始することもある。そこで、保健システムに関する国際規範や基準が明確に示されれば、国レベルでの意思決定に影響力を及ぼすことが可能となる。保健政策に関する明確な規範があると、相反する利害がうずまき、政治の動向が変化しているときにも、国の意思決定者は迷

<sup>3</sup> World Health Organization. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Geneva, World Health Organization, 2007. Available at <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/C82BF00A-DF76-4174-A8F9-F68E417138C7/0/PEOPLEATTHECENTREOFHEALTHCAREPopularBook.pdf>

い込むことなくそれに従っていける。長期的な目標や抱負をもつことは極めて重要である。強固な保健システムとは、長い時間をかけて形成されるものだからである。

WHO 西太平洋地域事務局（WPRO）の Regional Committee は 2008 年 9 月に加盟国との協議を行い、WPRO に対し、PHC の原則とコアバリューに基づいて保健システムを強化できるような地域戦略をつくりあげるように指示した。<sup>4</sup> この戦略はその協議の結果できたものである。<sup>5</sup>

## 2. ビジョンの表明

健康成果の改善のために質の高い保健サービスを隅々まで行き渡らせるユニバーサル・カバレッジの実現。これが WHO 西太平洋地域共通のビジョンである。

PHC の原則に則ってつくられた保健システムは、ユニバーサル・カバレッジを達成し、健康成果を改善させ、さらには保健システムへの投資にみあった価値を生み出すことができる。西太平洋地域ではそのような保健システムづくりをめざしたい。

## 3. 保健システムの目標

保健システムがどのような目標をもつかによってその機能も決まってくる。ここでめざす保健システムの目標は以下の 4 つである。

1. 健康—社会経済的格差に影響されない絶対的レベルでの健康、しかもそれは平等に獲得されること
2. 社会的、経済的なリスク 保護
3. 応答性（Responsiveness）／住民中心主義
4. 効率化<sup>6 7</sup>

より多くの人々の健康を改善することがすべてを包含する目標である。理想的には、社会的・経済的要因の差異を超えて、すべての人々の健康状態が測定されるべきである。優れた保健システムは、健康が平等に与えられることを追求する。健康格差は、理想的には、生物学的相違だけによって規定されるレベルまで狭めることができる。様々な場面において生じる健康格差の

<sup>4</sup> Western Pacific Region of World Health Organization Resolution WPR/RC59.R4 - Available at <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/B46D4002-B16D-420A-A9E8-CE930E65E7BD/0/WPRRC59R4.pdf>

<sup>5</sup> See Annex X to describe process.

<sup>6</sup> World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007. Available at [http://who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

<sup>7</sup> World Health Organization. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000. Available at [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

原因には、収入、民族、職業、ジェンダー、地域、性的志向などが含まれる。健康格差は世界全体でもみられるし、地域や国の中においてもみられる。比較的似通った社会経済状態の国と国の間にも格差はみられる。保健システムがどのようにできあがっているかによって、格差が生じてくる。健康格差が認識され、格差を最大限狭めることが国家の公的な目標になったときに、格差は最も効果的に減少する。

保健システムには、健康以外の目標もある。健康や健康成果とは一見関係のない目標である。

保健システムには、社会的保護機能がある。そしてそのシステムによって財源が平等に使われるべきである。手短かに言えば、医療費の支払いいかんによって、個人や家庭が困窮するという事態に陥るべきではない。そのためにも、まずはすべての保健システムには財源が必要である。問題は、その財源が適切かつ平等に使われているかどうかということである。*The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance* の中で財源が平等に使われる保健システムとは何かが定義されている。それは、一つには、医療サービス受診時の支払いが原因で、必要なケアの受診を思い留まることがないということ、もう一つには、必要な医療サービスに対して収入にみあった負担額を払えばよいというものである。<sup>8</sup>

人々が必要な医療サービスを求めることができない。あるいは、医療サービスの受診によって個人や家庭が困窮してしまう。そんな事態を招く保健財政システムは、健康成果の悪化にもつながる。いかに適切に財源を使うかということは極めて重要である。資源としての財源が十分でない場合には、平等を保った効果的な保健システムをもつことは不可能である。

応答性/住民中心主義とは何か？それは、人々が望むやり方で保健サービスを提供できるような保健システムにするという概念である。そこに秘められた価値は、差別することなく個人を尊重して扱い、非人間的な行為はしないということである。保健システムは、健康以外の人々の欲求と期待にも応えるべきである。応答性の高い保健システムとは、人々の自治 (autonomy) とセルフ・コントロールをその根幹とみなし、それらの効果をシステム内で最大化しようとするものである。

効率化もまた、保健システムに求められる要素である。人々は、支払った額に見合った価値ある医療を受けられることを期待している。医療費は、世界の国、地域間で異なっている。社会経済状況や健康成果が同様の国同士の間にも、大きな差異がある。その差の原因の多くは、保健システムの効率性の違いによると考えられる。保健システムを効率的に動かせる国では、支払った額以上の価値を得ることが可能である。財源があまりない国でも、限りある資源の有効利用ができれば、健康成果を改善させることができる。

---

<sup>8</sup> *Ibid.*

PHCに基づいた保健システムは、支払い額に見合った価値を生みだせるシステムである。<sup>9 10</sup>

#### 4. PHC 改革

PHC は、西太平洋地域の加盟国を含む多くの世界中の国々における保健システムの基本原則として位置づけられてきた)。確かに、改善の余地はまだ残されているが、PHC は健康成果の改善のためにこれまで大いに貢献してきた。アルマ・アタ宣言における PHC の構想は 1978 年に打ち出された。しかしその実践は完璧なものでなく、2000 年までに‘すべての人に健康を’という意欲的な目標は、完全には達成されなかった。しかしその一方で、PHC の原則に基づいた保健システムをつくりあげてきた国は、費用を上回る健康成果を達成してきた。そのため、PHC の目標とコアバリューは、今もなお、1978 年当時と同様に有効であるというコンセンサスがある。<sup>11</sup> これは、PHC の概念が変わっていないということではない。変わりゆく状況に合わせてそれを適応していく必要があるということである。変わりゆく状況の例としては以下のようなものがある。グローバル化、気候変動、人口学的変遷、商業化、都市化、技術の発展、新興または再興感染症などである。

アルマ・アタの宣言を構想してから 30 年後、PHC 変革のプロセスが開始された。PHC 改革をすすめていくために、一連の世界会議も開催された。「マクロ経済と健康」、「健康の社会的決定要因」についての 2 つの主要なコミッションは、21 世紀の健康課題とは何かということを示してくれた。<sup>12 13</sup>

2008 年 10 月、アルマ・アタ宣言の構想 30 周年記念として、*The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More than Ever* が出版された。それに伴い、PHC 改革の開始が正式に表明された。以下の表は 1978 年から 2008 年までに焦点がどのように変化してきたかを示したものである。

---

<sup>9</sup> Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005; 83(3): 457-502.

<sup>10</sup> World Health Organization. *The world health report 2008. Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)

<sup>11</sup> Starfield B., Shi L., Macinko J. *Op cit*.

<sup>12</sup> Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001. Available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>

<sup>13</sup> Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

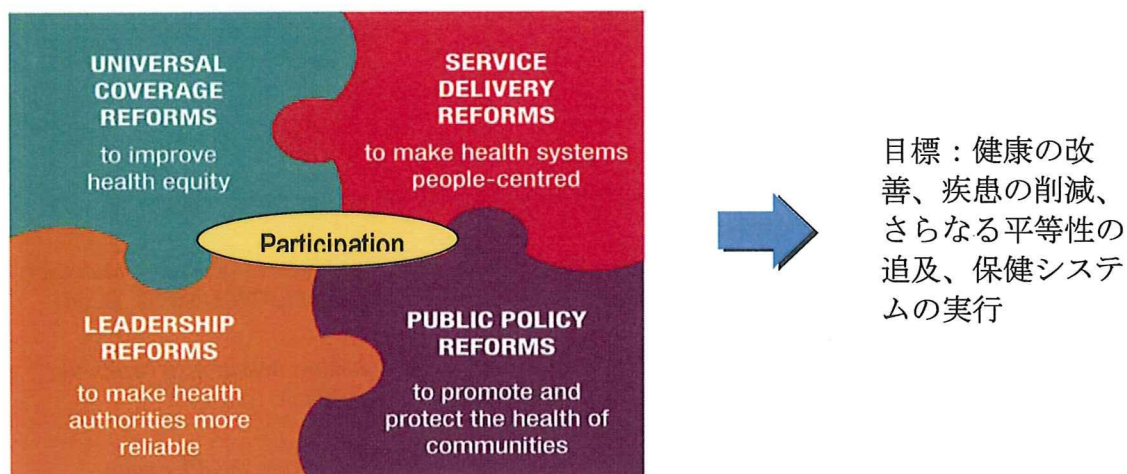
## オリジナル PHC の発想（誤解）と PHC の現在の改革

### 何が違うのか？

PHC 初期の試み	PHC 改革が抱える問題点
基本的パッケージ/地方の貧しい人 母親や子どもへのフォーカス 急性、感染性疾患 健康的な地域環境 （リソースの）欠乏と削減 政府主導のトップダウンサービス 2 国間援助、技術支援 病院に行く前の 1 次ケア PHC は貧しい人への貧しいケア	ユニバーサルアクセス/カバレッジ すべての集団—特に弱者 ライフコースを通したリスク、疾患 健康的な世界環境・地域環境 ユニバーサル・カバレッジの拡大 公私機関混合の保健システム 世界的な団結と学習の共有 生涯を通じた継続ケア PHC は額に見合った価値を重視（安ければよいというものではない）

PHC は一連の社会的価値観の影響を受けている。World Health Report2008 は、PHC に基づいた保健システムの目標達成のために、4 つの領域における保健セクター改革について言及している。その領域とは、(1) 健康格差をなくすためのユニバーサル・カバレッジの改革、(2) 住民中心主義の保健システムをめざした保健サービス提供の改革、(3) 権威のある保健当局がより信頼を勝ち取るためのリーダーシップ改革、(4) コミュニティの健康を促進し、保護するための公共政策改革、である。住民と住民参加は、PHC 改革においてもその根幹をなしている。PHC の原則を実践する試みは常に不完全なものであり、常に修正されていく必要がある。しかしながら、保健システムが PHC の原則に沿って機能しているところでは、投資額に比べ、それを上回る健康状態と価値を得ることができている。以下は PHC に焦点をあてた保健システムのための 4 つの政策変革を図示したものである。<sup>14</sup>

### 保健システムに関して PHC に再注目する政策の方向性 PHC 志向の保健システムに向けた政策の方向性？



<sup>14</sup> World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. *Op cit.*



## 5. 世界的・地域的な公衆衛生の課題

国際的に、健康に関しては、今も昔も多くの課題がある。最も大きなものは、ミレニアム開発目標(MDGs)に示されている課題の達成である。8つのMDGsのうち、5つの目標が直接または間接的に健康に関連している。2015年までにMDGsが達成されるためには、多くの国の保健システムのパフォーマンスが改善される必要がある。特に、妊産婦死亡率と5歳未満児死亡率に関連するMDGsは、達成されない可能性が最も高いと考えられている。<sup>15</sup>

さまざまな国際的要因もまた健康に影響力をもたらしている。トレード（貿易）と保健サービスのグローバル化は保健システムに影響を与えている。医療従事者は流動的であり(システムとしては弱みでも強みでもある)、医療従事者の不足は世界的に危機的な状況である。<sup>16 17</sup> 患者も流動的であり、このメディカルツーリズム (medical tourism) が今後保健システムにどう影響してくるのかは予想が困難である。適切にマネジメントできれば、このような医療分野におけるトレードによって極めて重要なサービスへのアクセスをよくすることができ、知的財産の保護も可能となる。一方、不適切なマネジメントの下では、逆のことが起こりえる。

気候変動の影響は甚大なものである。保健セクターも例外ではない。気候変動に適応するために、保健システムは災害時にも対応できる必要がある。疾患パターンの変化に適応し、コスト抑制と二酸化炭素排出量減少のために、エネルギー消費の少ないサービスを提供できるような代替法をとることが望まれる。

西太平洋地域内の多くの国で、保健サービスの市場化と商業化が進み、新たな利害関係が生じている。その影響力が増すことによって、公益を損なう事態も生じている一方、公益を生み出すこともある。保健システムが規制のない民間セクターの開業サービス (private practice) に強く依存するようになってしまうと、貧しい人々はサービスから除外されたり、貧困がさらに悪化する事態に陥ってしまう。現実的には、民間セクターの力が消えてしまうことはない。しかし、監督もされず規制もされることのないような民間セクターのサービス提供は許されるべきではない。公共の利益のためには、民間セクターもまた建設的な形で保健システムの枠の中にもうまく統合され、管理されて、健康成果の改善のために一緒に取り組んでいけるようにしていく必要がある。

<sup>15</sup> Office of Prime Minister of Norway. *2009 Report on the Global Campaign for Health MDG's*. Oslo, 2009. Available at [http://www.who.int/pmnch/topics/mdgs/20090615\\_glhealthcampaignrep/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/mdgs/20090615_glhealthcampaignrep/en/index.html)

<sup>16</sup> World Health Organization. *The world health report 2006. Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006. Available at [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)

<sup>17</sup> OECD Health Policy Studies. *The Looming Crisis in the health workforce: how can OECD countries respond?* OECD Publishing, 2008: 9-11. Available at [http://www.who.int/hrh/migration/looming\\_crisis\\_health\\_workforce.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf)

国際協力におけるグローバルヘルスのアーキテクチャー(構造)も絶えず変動している。グローバルヘルス・イニシアチブや民間財団など、これまでなかったような新しい協力機関が多なる貢献をしている。多くの健康課題が国境を越えて解決されなければならないという認識も強まっている。保健セクターにおける新しいパートナーの激増は全体的には利益をもたらしているといってもよい。さまざまなパートナーによる活動が散漫なものとなる危険はあるにしても。また、このように新しいパートナーが増えているからこそ、各国は保健セクターにおいて、一連のコアバリューに基づいた明確なビジョン、政策、およびプランをもつべきである。

## 6. 全体的なシステム・アプローチ

WHOによる保健システムの定義は、“健康を促進し、回復し、維持することを主要な目的とするすべての組織、人、活動”というものである。優れた保健サービスとは何かについての定義もある。“効果的、安全で、質の高い、対人、非対人の保健介入策であり、それはサービスを必要とする人が、必要な時に必要な場所で、最小限の資源ロスをもって提供されるサービス”というものである。<sup>18</sup>

保健システムは複雑である。そこで、システムを分析する際には、それをコンポーネントごとのパーツや機能に分けた方が有効な場合がある。これによって介入策を改善につなげていく際のボトルネックは何かを特定できる。そしてシステムがうまく機能するためには、すべてのパーツがうまく機能しなくてはならない。おそらくシステムの最も弱いパーツがそのシステムから得られるアウトプットの中身を決定することになるであろう。

WHOは保健システムを分析するためのツールとして、6つの構成ブロックからなるフレームワークをつくりあげた。これにこだわらず、別の分析フレームワークを使ってもかまわない。<sup>19 20</sup> 大切なのは、一つの構成ブロックだけに集中すべきではないということ。また保健システムをただ一つの図式で正しく描き出すのは無理であるということである。各構成ブロックがそれぞれより大きいとかより小さいとかは重要なことではない。保健システムを適切に分析することによって、全体の保健システムを理解することが可能となる。実際に取りられるアクションを評価する際には、そのアクションが全体のシステムの機能にどのような影響をもたらさうか、また健康成果についても最終的にどのような影響をもたらさうか、という点を考慮しなければならない。

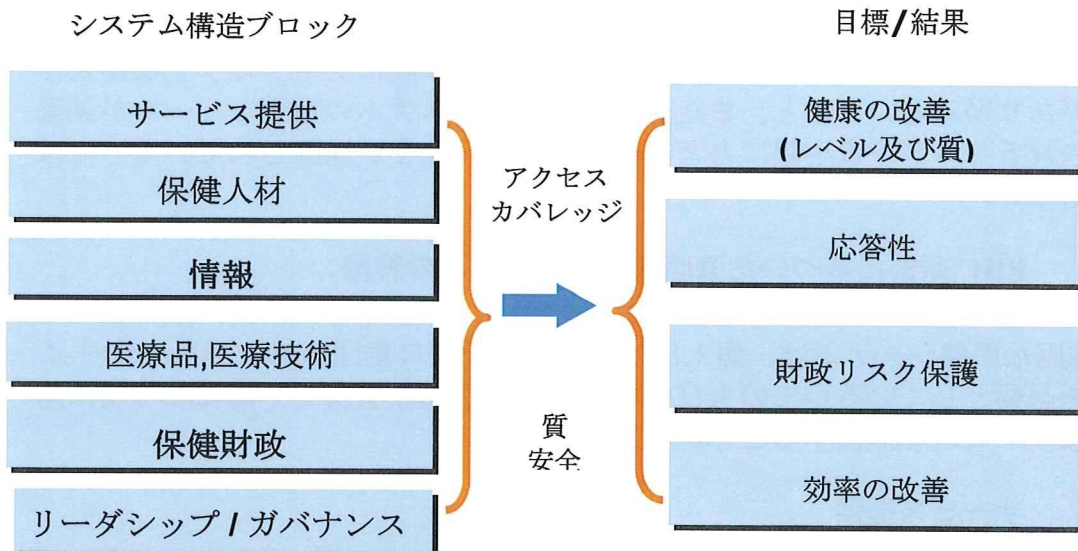
<sup>18</sup> World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. *Op cit*

<sup>19</sup> Roberts M., et al. Behavior. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford University Press, Inc., 2008: 281-305.

<sup>20</sup> World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 2009, 373(9681): 2137-2169.



## WHO 保健システムの構造



保健システムの内部には異なるアプローチが共存するものであり、時に対立する戦略が緊張関係にあることがある。例として、専門医によるサービスと一般医によるサービスの対立がある。合理的なケアを推奨する照会制度（referral system, リファerral・システム）と医療サービス提供者を自由に選べる制度との対立もある。資源を公共の予防保健サービスに割り当てるのかそれとも個人を対象とした治療に割り当てるのか、といった対立もある。コアバリューが明確に定義されていれば、これらの対立から生じうる緊張感は緩められ、解決への道筋も見えてくるであろう。

保健システムは、本来的に予測できない様々な方法によって、何らかの刺激に対して反応する複雑な適応システムである。<sup>21</sup> 核となる基本ルールに基づいて動かすことによって、この複雑な適応システムは、整合性のとれた形で機能を発揮できるようになる。詳細な計画を作ったからといって、この複雑なシステムを運営できるわけではない。全ての不測の事態を定義するのは無理である。望ましいことでもない。保健システムは複雑であるからこそ、核となる基本原則を定義することはきわめて重要である。それによって、絶え間なく変化する環境に保健システムが適応していけるようなルールを構築できるからである。ある一つの保健戦略は、一連の基本ルールと原則に関するガイダンスを提供するものである。

<sup>21</sup> Plsek, P. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, D.C., National Academy Press, 2001: 309-317. Available at <http://www.peacehealth.org/apps/p2/document/DocumentDisplay.asp?DocumentID=42>

適切に機能している保健システムは、生涯にわたる継続ケアをサポートできる。そのための介入策の焦点は、利用可能な最良かつ最適な科学的方法を用いて、いかに健康成果を改善できるかということになる。また保健サービスは、そのサービス利用者の観点から計画され、施行され、評価されなくてはならない。また、どのような方法を用いて保健システムが分析されても、人々は必ずその中心に位置づけられていなくてはならない。分析フレームワークの利用にあたっては、個々の構成ブロックの間にダイナミックな相互作用があり得るということ、また分析の際にはシステムの重要なパーツが見逃されるリスクを最小限にとどめているということが保証されていなくてはならない。

## 7. PHC 原則に基づいた強固な保健システムの特徴

強固な保健システムは、個人に対しても一般人口集団に対しても、サービスを必要としている全ての人びとに対して、適切な場所で、適切な時間に適切なサービスを提供することができる。

### a. サービス提供

強固な保健システムの中心にあるものは、住民と住民のニーズである。住民中心主義のサービス提供モデルは住民の医学的、疫学的ニーズに応えるものである。また住民としての妥当な期待にも応えるものである。保健システムに住民が何を求め、何を期待しているのか、そこが重要なポイントである。

#### サービス提供モデル

西太平洋地域の加盟国は、個人に対しても一般人口集団に対しても、国として望ましいと思われる保健サービス提供モデルを、私的にであれ公的にであれ、定義する必要がある。サービス提供モデルがどのようなものかは、今おかれている状況や国としてのそれまでの経験によってさまざまである。しかし、これまでに強力な PHC モデルを構築した社会は、より少ないコストでより優れた健康成果を生み出す傾向が強く認められてきた。

PHC 志向型サービス提供モデルは、出会い頭にすぐシステムとなじむことができる。持続的信頼関係、包括ケア、継続ケア、生涯ケアも提供できる。プライマリ・ケアの成功モデルは、複数の専門分野からなるチーム、それから常にといいわけではないが、広範囲（医療の社会的側面をも含む）に渡るサービスを提供できる多様な技術をもつ専門家から構成されているものである。医師にとって家庭診療は入口にすぎないかもしれない。小児科医、産科医、内科医など、主要な専門医からなる代替モデルも考えられる。しかし、この場合、これらの専門医はチームとして関わりあい、統合的なサービスを提供すべきである。単に一つの場所に複数の専門医をおいておき、というだけでは物足りない。看護師、臨床看護師、医療アシスタント、検査技師・放射線技師、ソーシャルワーカー等は、状況によって異なるが、プライマリ・ケア・チームのメンバーになることもリーダーとなることもできる。

状況によっては、賃金の有無に関わらず、地域保健ワーカーがシステムにとって重要な役割を果たすこともある。

各国はそれぞれのニーズ、歴史、優先順位に基づいた状況にあわせて独自のサービス提供モデルを選ぶことになるであろう。第一次、第二次、第三次医療サービスの間の相互のバランスは平等かつ適切にとられ、財政的にも支援されねばならない。営利を目的とするものであれ、非営利のものであれ、政府機関によるサービスと非政府機関によるサービス提供のバランスをとることは重要である。疾病予防、ヘルスプロモーション、リハビリテーション等の公衆衛生サービスと対人サービスもまた、サービス提供モデルの一部に含まれる。とはいうものの、これまではプライマリ・ケアには口先だけで同意し、実際には第二次、第三次医療サービスに投資することが多かった。

保健サービスへのアクセスへ障害となるものは何か？特に社会的弱者のアクセスに関する分析は重要である。障害の原因としては、ジェンダー、民族、社会・経済的状态やその他の様々な原因があるが、これらを克服する明確な戦略があるのであれば、このような分析は極めて有効なものとなる。

プライマリ・ケア・チームは、多くの住民にとって、最初に接触しかつその後も接触し続ける集団である。このチームは途切れることなく第二次、第三次ケアと双方向のコミュニケーションをとることが重要である。しかもこのコミュニケーションは自動的に生じるようなものではない。システムにとって必須な部分として計画されたものでなければならない。このようなコミュニケーションは、プライマリ・ケアのマネジメントと照会サービスが分離されている場合に特に問題となる。例えば、プライマリ・ケアがほとんど民間の小さなクリニックによる開業サービスによってなされ、病院ケアが、効率のものであれ私立のものであれ、それとは独立して成り立っているような場合である。人口の移動が多い場合や遠隔地の人口が多い場合も課題は大きい。ヘルスケアチームは、様々な物的障害をのり超えて、これらの個人や地域に継続ケアを提供する手段を持たなければならない。

第一次、第二次、第三次ケアの違いがあいまいなことがある。とりわけ、第一次サービスが弱く、そのため、住民がまずいくところが照会医療機関であるような場合である。その結果、患者は第1次医療をバイパスしてしまう。そして、必要以上に高いコストがかかり効率も低下しやすくなってしまう。照会制度が機能しているのであれば、この照会制度を使うように医療サービス提供者と患者の双方に対して何らかのインセンティブをあげることによって、全体的なシステム効率は改善する可能性がある。

伝統医療と補完医療(Traditional and complementary medicine : TCM)は、多くの加盟国において医療サービスの主要部分となっている。患者が何らかの愁訴を抱えている時に、まずみてもらうのはTCM従事者である。TCMは西洋医学を多かれ少なかれとりこんでいる。TCMと西洋医学の従事者の間で、相互照会などの、自由で開けたコミュニケーションをとることは多くのメリットがある。状況によっては、TCM従事者をプライマリ・ケア・チームの、

メンバーにいた方が適切な場合もあるであろう。ただしTCMの規制、資格認定、支払いの仕組み、エビデンスの構築など複雑な問題はあり、この二つの医学を統合する前には慎重な吟味が必要である。<sup>22</sup>

## マネジメント

保健サービス実施中のマネジメントは極めて重要な機能である。何も無いところにマネジメントは存在しない。どの国にも、個々のマネジャーが活躍できるような、リーダーシップとマネジメントを強化するためのフレームワークがなければならない。マネジメント成功の鍵となる要素としては以下の4つが知られている。(1) マネジャーの数が十分であること(2) マネジャーが適切な技術をもっていること(3) マネジャーとしての仕事をこなせる職場環境が整っていること(4) 支援システムが機能していること。<sup>23</sup> さらにマネジメントが機能するためには、マネジメントを行う際に、照会制度や監督システムが整っていることもまた重要である。それなしに、マネジメントの研修をするだけで、マネジメント関連の問題を解決するのは困難である。

## 保健サービス提供の統合パッケージ

サービス提供モデルを定義するだけでは十分ではない。同時に、各国が提供したい、あるいは提供可能な保健サービスのパッケージを定義する必要がある。中央集権化されたシステムの下、政府が予算をつけ、保健サービスを提供している場合は、サービス提供パッケージが何であるかが定義されれば、それはそのまま保健サービス提供の実行計画となる。分権化が高度に進み、民営化されたシステムにおいては、サービス提供パッケージはむしろ指針として機能する。しかしながら、その場合も、めざすべきは、質の高いサービス提供パッケージの存在が、ライセンス制度、認定制度、支払い制度の基準としての機能を果たすべきである。全てを考慮に入れて資源を活用できるようなパッケージが考慮されなくてはならない。対人、非対人サービスもまたパッケージの一部である。パッケージの中身は、最も緊急かつ対処可能な保健ニーズに取り組んでいけるようであればならない。パッケージの中身をタイミング良くそのようなニーズに合わせて使っていけるようなメカニズムが機能していなければならない。パッケージの中身は国によって異なってくるであろう。費用対効果分析は平等な保健サービス提供パッケージとは何かを知るために重要なツールである。

## サービスの質と患者の安全確保

サービスの質と患者の安全確保は極めて重要である。サービスの質が低いと、最善の場合でも資源を無駄にし、最悪の場合には乏しい健康成果を生み

<sup>22</sup> World Health Organization. *Regional strategy for traditional medicine in the Western Pacific*. Manila, World Health Organization, 2002. Available at [http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0AC7E9F7-DF83-4831-98C7-3554B19835B8/0/RS\\_tradmed.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0AC7E9F7-DF83-4831-98C7-3554B19835B8/0/RS_tradmed.pdf)

<sup>23</sup> <http://www.who.int/management/en/>

出す原因となる。安全が確保されていない医療は、世界規模での罹患率や死亡率の原因となっている。<sup>24</sup> これまでは、サービスの量や普及率に焦点が当てられことが多く、質の高さは、サービスが普及した後にはじめてシステムに付加されるものとみなされてきた。また、質の高いものは費用のかかるものとしてとらえられていた。この2つの考えは間違っている。保健サービスの質についての暫定的な定義がある。"個人や一般人口集団のための保健サービスが、現状の知識を最大限活用して作成されており、それによって期待できる健康成果を達成できる割合が増やせる"というものである。<sup>25</sup> この質の概念はどのレベルの保健サービスにも、またどのレベルの社会・経済開発レベルにも適用可能である。

全ての保健システムは、質の改善と患者の安全を、制度の一部に取り込み、保健システムの日常業務の一つとして取り扱うべきである。質の改善の文書化は情報システムの中に組み込んでしまってもよい。質の改善と質の保証にはボランティアな部分と必須事項とすべき部分がある。そのいずれものアプローチが育成されていくべきである。確実な質の改善は、最終的にはライセンス制度、認定制度、支払制度の基準の一部となるであろう。

#### インフラストラクチャー

インフラの開発と維持は、保健サービス提供、質そしてコストを支える原動力となる。保健システムの中で、適切、入手可能、かつ実現可能なインフラとは何なのかを示す明快なガイドラインがあれば、それはどの国にとっても役に立つであろう。これらのガイドラインは公共セクターにも民間セクターにも当てはまるものである。財政の現状にみあった最低基準は定めた方がよい。また維持費と運営費はインフラ費用の一部に組み込んだ方がよい。議論のあるところではあるが、新しい高価なインフラを導入する際の基準もまたあった方が望ましい。とくに保健サービスのための資金調達や維持が保健システムのプール金から出る場合はなおさらである。

#### b. 保健人材

ヘルス・ワーカー(医療従事者)とは、人々の健康維持・改善を第一目的とした活動に従事するすべての人々のことである。<sup>26</sup> 保健人材コストは、通常、保健システムの中で最大の支出源である。同時に、保健人材は、保健システムの成果にもっとも重要な影響を与える。どのような医療制度であっても、

<sup>24</sup> World Health Organization. *World alliance for patient safety: progress report 2006-2007*. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/progress\\_report\\_2006\\_2007.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/progress_report_2006_2007.pdf)

<sup>25</sup> Kohn, T., Corrigan, J., Donaldson, M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C., National Academy Press, 2000. Available at <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

<sup>26</sup> World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. *Op cit*. Ref 3: 16.

保健人材の育成、パフォーマンスの改善、移住(migration)や人材の減少(attrition)にうまく対処していく必要がある。<sup>27</sup>

包括的に保健人材を用意し管理していくための戦略と計画は、それが一貫性を持ち、包括的で、実際的でもあれば、すべての加盟国にとって役に立つものである。その戦略は、現在使われているサービス提供モデルとサービス提供パッケージに合わせた形で、保健人材を育成するようすべきである。また実現可能で無理のない保健人材モデル (a workforce model) となるようにしていくべきである。民間の医療サービスが大きな役割を果たしている地域においては、公的サービスにかかわる保健人材だけでなく、民間の医療サービスにかかわる保健人材もまた人材戦略の対象とすべきである。さらに、保健システムの価値と今後の方向性に関しては、長期的視野をもって把握しておく必要がある。なぜなら、保健人材の量や人材の組み合わせ(skill mix)を変えるためには、数年、ときには数10年もかかるからである。保健人材の職種や構成割合を大規模に変革するためには資源集約的であり、短期的視野で望むと破綻することが多い。保健人材の大規模な変革を成功させるには、長期的な保健セクターの戦略を持ち、かつそれと連結した明確な目的が必要である。そして、大規模な保健人材の変革にあたっては、変更内容の数は最小限に留めておいたほうが望ましい。

### 保健人材の育成

PHC に基づいた保健システムには、適切な数・構成および質の医療従事者を適切な場所に配置することが重要である。これらの医療従事者は持続的かつ包括的な医療サービスを、最もニーズの高い地域に提供する能力と意志を持っている必要がある。そのためのいくつかの指導指針を以下に示す。

- 少数民族や地方あるいはへき地の出身者、時には女性といった、恵まれない集団出身の医療従事者は、保健医療職全体の中で少数派となりやすい。研修プログラム実施の際は、これらの集団に属する者が研修生として参加しやすいよう、直接的な働きかけが必要な場合が多い。
- PHC 志向型保健システムにとって、チームワークは不可欠である。研修プログラムにおいては、チームの一員として働ける能力も養っておく必要がある。
- 学生が将来働く場と似た環境での研修が、プログラムの中にある程度含まれていたほうがよい。すべての学生にとって、意義深い PHC 経験があると、たとえその学生が将来何らかの専門医になるとしても、保健サービスに包括的チーム・アプローチを取り入れていく際に有効である。

---

<sup>27</sup> World Health Organization. The world health report 2006. Working together for health. *Op cit.*  
Draft PHC HSS Strategy Ver 1.9 - Not for citation

- ボランティア・ヘルス・ワーカーは、PHC 志向型保健システムで重要な役割を担うことができる。人口変動や地域サービスのニーズが高まることによって、将来彼らの役割は一層重要性を増す可能性もある。しかしながら、ボランティア・ヘルス・ワーカーが、サービス提供モデルで果たす役割は明確であるべきである。ボランティア・ヘルス・ワーカーのための研修、監督、報酬は、それが直接的であれ間接的であれ、計画的にうまくすすめていく必要がある。うまく計画されておらず、マネジメント体制も不十分なボランティア・プログラムは、不必要な支出を招き、健康改善にも寄与しない。
- 職種ごとに育成された医療従事者の数と、実際に仕事に就く医療従事者の数の間には、バランスがとれていなくてはならない。医療従事者の数の不足が、害をもたらすことは明白である。しかしながら、保健システムがシステムとして受け入れられる数以上の医療従事者を育成することにも害はある。研修の質が落ち、家族や卒業生を失望させることにもなる。さらにはサービス提供者が保健サービスの需要を高めることによって、医療費の高騰を招く可能性もある。
- 一般医と専門医の比率は、PHC 志向型保健システムを提供する力を知るための重要な指標である。専門医が過剰になると、保健サービスの分断や断絶につながる、地方よりも都会の保健サービスを好む傾向がでてくる。さらには医療費高騰などのリスクをも増大させる。ステータス、経済的報酬、不明確なキャリア・パスといった理由によって、多くの国々では一般医(家庭専門医など)の育成が不十分である。
- 医師と看護師との比率も、PHC 志向型保健システムを提供する力を知るための重要な指標である。西太平洋地域の多くの国では、医師に対する看護師の数が不足している。この不均衡は、継続的で包括的な保健サービスをチームとして提供していく際の妨げとなる。地方より都会の保健サービスを好む傾向を生み、医療費高騰の原因ともなる。医療現場における看護師の地位を高め、よく訓練された看護師や臨床看護師、またはその他、医師ではない専門家に業務の一部を移行していくこと (task-shifting) は、限られた財政のなかで、医療を行き渡らせていく (universal coverage) ためのひとつの戦略となりうる。

#### 医療従事者のパフォーマンスの改善

医療従事者のパフォーマンスを高いレベルに維持していくためのプロセスは複雑であり、長丁場にわたるものでもある。研修するにせよ、実績に応じた報酬を与える (performance based incentives) にせよ、単一の介入対策のみでは有効な結果は期待できない。個々の業務に対する固有の介入(job-specific

Draft PHC HSS Strategy Ver 1.9 - Not for citation



intervention)、基本的なサポートシステム、そして仕事をしやすい環境が、医療従事者のパフォーマンス改善の重要な決定要因であることが確認されている。<sup>28</sup>

- 個々の業務に対する固有の介入とは、業務内容の明確化、業務遂行の規範と基準づくり、タスクに見合った技術訓練、そして職員への支援的な監督体制(supportive supervision)がある。これらはすべて、PHC 志向型保健システムのコアバリュー（継続性・包括性・チームワーク・患者中心主義）をサポートするものでなくてはならない。
- 基本的なサポートシステムとしては、PHC のパフォーマンスに見合った適切な報酬があげられる。その他、特に医療の行き届かない地域では、医療従事者への情報提供やコミュニケーションの保障も重要である。情報技術の発展により、より多くの地域でこれらのサポートが可能となってきた。保健サービスの提供モデルを機能させるためのインフラ整備と必要物品の供給は、必須である。それほど忘れられることではないが、基本的な保健サービスへの正当な予算配分もまたなされねばならない。
- 仕事をしやすい環境を整えることは、インセンティブとしての賃金と同じくらい重要である。仕事をしやすい環境の条件としては、生涯学習の機会が与えられていること、チームワークがよいこと、そして、分権化された組織の中で責任ある立場にいる人に対してきちんと仕事を進められるだけの十分な権限と予算が与えられていることなどが挙げられる。特にへき地においては、情報通信技術の駆使によって、そのような労働環境を整えることが、ますます可能となってきた。

### 保健人材の移住や減少に対するマネジメント

一時的にであれ、永久的にであれ、保健サービス職を辞める人材がいることにより、医療従事者の数は常に増減を繰り返している。保健人材の減少は、医療従事者が退職したり年をとったり、といったことで自然に起きる場合もあれば、転職や移住によってより若い年齢で生じる場合もある。ここで言う「移住」とは、国外への移住もあれば国内での移住もあるが、いずれにせよ、へき地のような不便な地域から便利な都会への移住であることが多い。医療従事者の移住に対する戦略は、送り出す側にも受け入れ側にも必要である。仕事に起因する暴力や職業性疾患のリスクも保健人材に影響を与えている。保健人材を確保していくには、職業性疾患のリスクを減らすことや、医療従事者のニーズに応じていく柔軟性、そして、医療従事者の退職や加齢化に備える計画性が必要である。

<sup>28</sup> World Health Organization. The world health report 2006. Working together for health. *Op cit.* Ref 8: 72-86.

- 保健人材のネット流出量（net outflow）が多い国や地域では、移住や人材の減少を考慮に入れて、国内の保健人材の育成を行う必要がある。地域状況を改善することは、流出量が多すぎる場合には有効なことがある。一方、保健人材のネット流入量が多い受け入れ国では、移住してきた医療従事者を平等に扱うべきである。責任ある雇用政策を採択し、可能であれば、人材を送り出した国の人材開発支援策を講ずるべきである。
- 国によっては、医療従事者が職業に起因する暴力や病気のリスクに曝されていることがある。安全向上策の改善や患者・医療従事者を対象とした安全プログラムを実施して、医療従事者の保護に向けた取り組みを進めていくべきである。
- 勤務時間に柔軟性を持たせたり、非常勤職員のニーズに応えることによって、人材を保健分野に留まらせ、人材不足を緩和することが可能になるであろう。
- 退職者の割合や医療従事者の高齢化が、モニターされている必要がある。それによって、人材研修戦略や人材維持戦略をタイミング良く変更していくことができる。
- 移住の目的は、海外からの送金であることが多い。これは、家族に必要とされている場合もあれば、国の政策である場合もある。この両方が、どれだけの数の研修生を育成すべきかという計画づくりの際に含まれるべきである。

### c. 意思決定のための情報とエビデンス

Universal coverage を達成すべく強固な保健システムを作り上げていくためには、戦略的に、情報や研究成果を作りだし、活用していく必要がある。すべてのレベル（国、県、市町村など）において、保健システムのガバナンスの善し悪しは、情報と研究成果の善し悪しにかかっている。生み出された情報は、PHCのコアバリューを反映したものであるべきである。普遍性、平等性、差別のないこと、広範囲にわたる健康の社会決定要因の重視などの価値である。

- 国の保健情報戦略や計画は、情報がどのように生み出され活用されるのかの指針となる。保健情報戦略は、保健システム全体を網羅する。日常業務に必要なデータ収集や定期的サーベイ（調査）等によってさまざまな情報を生み出す方法を決めていく。保健医療機関調査、一般人口集団を対象とした調査、サーベイランス、マネジメント・ツールとしてのデータ、規範、標準値などがこれに含まれる。

- 保健情報は、情報を実際に収集し、保健サービスを管理する現場において解釈されたり使われたりする。その情報は、上位の部局で集計され、全体の監督やモニタリング、保健計画の企画にも使われていく。
- 平行して存在する、あるいは重複している保健情報の報告システムは、可能な限り整理されていかねばならない。ドナー機関の影響力が強い国や保健サービスがばらばらに提供されてきた国では特に、報告システムの整理にかなりの時間と議論が必要とされる。
- 保健サービスが行きわたりにくい人たちにとっても、平等なアクセスや健康成果が得られているかどうか把握しモニターするために、地域の状況に応じた個別的情報分析が十分になされていくべきである。例えば、社会経済的階層、年齢、性別、性的指向、民族、地理的な条件、職業ごとの分析がなされるべきである。
- 保健システムのパフォーマンスは、合意の得られている一連の目的を達成しているかどうか知るための一定の指標を用いてモニターされる。これによって、必要に応じて、地域間や施設間（それが国内であっても国家間であっても）の比較を経時的に行うことが可能となる。
- 保健医学研究や保健システム研究は、ある特定の状況下での疾病負担との関連で進めていく。不平等の改善など PHC のコアバリューも考慮にいれるべきである、またマネジメントのプロセスや政策立案のプロセスに関連した研究も必要である。経済的に資源が不足していたとしても、保健システムの研究を含め、研究に対する費用はある程度配分されるべきである。
- 情報技術(IT)は、保健情報の質の改善や保健情報へのアクセスの改善に非常に役立つ。しかし、ITをただ導入しただけで、もともと上手く機能していなかった保健情報システムが機能するようになる、ということはない。また、適切に IT が導入され運用されるのであれば、資源の流出をもたらす危険もある。

#### d. 医薬品と医療技術

PHC 志向型の強固な保健システムは、十分に質が保証され、安全かつ有効であり、費用対効果もすぐれた必須医薬品や医療技術へのアクセスが平等に獲得できるようにしてくれるものである。同時に、必須医薬品や医療技術の活用の仕方が、科学的にも健全で、かつ費用対効果にも配慮して進めていく。

29

<sup>29</sup> World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. *Op cit.* Ref 3: 20.

## 医薬品

“*Regional Strategy for Improving Access to Essential Medicines in the Western Pacific Region (2005-2010)*”は、上記の目標に対する8つの戦略と行動を示している。それらは、保健サービス提供モデル、人材資源、ヘルスケアの財源確保、リーダーシップとガバナンスにも深く関わっている。

8つの領域とは以下の通りである。

- 原則として WHO 必須医薬品モデルリストに基づく、人々のニーズに適った医薬品の合理的な選択。
- 医薬品の合理的な使用。
- 人々の手に入る額の (affordable) 医薬品の価格づけ。
- すべての人々が医薬品にアクセスできるようにすること。グローバル化) や TRIPS 協定については、イノベーションを後押しするだけではなく、特定の国の人々のアクセスを確保する為の特別な配慮が必要である。
- 医薬品の合理的な使用を推進し、かつ医薬品を人々の手の届く価格に抑えていくための持続的な財源の確保。
- 医薬品の一貫した(coherent)供給とマネジメントのシステム。
- ニセ薬や標準外の薬のチェックも含めた、医薬品の質の保証。
- 必須医薬品へのアクセスのモニタリングと評価。<sup>30</sup>

## 必須の保健医療技術

保健医療技術は、それが適切に導入されて使われれば、健康成果の改善に大きく貢献する。しかし、不適切に使われれば、不必要な支出を招くだけでなく、健康成果の悪化にもつながる。保健医療技術は、保健サービス提供パッケージ、保健サービス提供モデル、人材資源、保健医療財源とも密接に関係している。

また、“*Asia Pacific Strategy for Strengthening Health Laboratory Services (2010-2015)*”は、加盟国に医学的検査についての国家戦略を立てるように呼びかけている。“*Asia Pacific Strategy for Strengthening Health Laboratory Services (2010-2015)*”には以下の7つの戦略が含まれている。

<sup>30</sup> World Health Organization. *Regional strategy for improving access to essential medicines in the Western Pacific Region 2005-2010*. Manila, World Health Organization, 2005. Available at [http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/252FEC76-4081-43D1-A318-72F511F3BAEB/0/Regional\\_Strategy\\_for\\_Improving\\_Access.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/252FEC76-4081-43D1-A318-72F511F3BAEB/0/Regional_Strategy_for_Improving_Access.pdf)  
Draft PHC HSS Strategy Ver 1.9 - Not for citation

- 検査サービスに関する一貫した国のフレームワークづくり。
- 医学的検査サービスへの予算づけ。
- 検査サービスのための能力の改善。
- 検査サービスの質の保証。
- 検査サービスの合理的使用の推進。
- 検査にかかわる安全性の改善。
- 検査に関する研究へのサポート。<sup>31</sup>

その他の医療技術、たとえば画像診断技術、血液や血液製剤の使用、放射線治療、一般の医療機器の導入や使用に対しても、同様の戦略と政策が必要とされている。

その場しのぎの医療技術の導入には安全上の問題がある。費用対効果の観点からも問題である。また、医療技術は決して商業的な理由でもうけようと思っただけで導入されるべきではない。有効性と費用対効果のアセスメントを行った上で導入されるべきである。

#### e. 経済的な保護と社会的保護

すぐれた医療財政システムは適切な財源を確保する。そして人々が必要なサービスを受けられることを保障し、医療サービスへの支払いが原因で人々が金銭的に破綻したり貧困に陥ったりしないようにする。<sup>32</sup> PHCが導入された開始の頃は、医療財政に対する注意が不十分であった。そのため、PHCの概念に不信を抱かせたり、「PHCは貧しい人の貧しいケアだ」との誤った考えを抱かせたりしてしまった。優れた医療財政システムの特徴の一つとして、以下のような方法を通して、医療がすべての人に行き渡っていること (universal coverage) が挙げられる。

1. 前払い制：医療サービスを受ける時ではなく、医療サービスに対する一定の支払いが事前になされていること。
2. リスク・プーリング(リスクの蓄積)：皆でリスクをカバーしあうこと。つまり、健康な人も病気の人のために資金を提供すること。

<sup>31</sup> World Health Organization. *Asia Pacific strategy for strengthening health laboratory services (2010-2015)*. To be adopted September 2009.

<sup>32</sup> World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. *Op cit*. Ref 3: 21.