

**ワーキンググループ 1: スケールアップとコストの制約**

**ハイレベルタスクフォース ( 革新的国際保健システム資金調達 )**

**ワーキンググループ 1 技術報告書の要旨と主要メッセージ**

**2009 年 6 月 22 日**

ミレニアム宣言が採択されて以来、保健開発援助 (DAH) はトータルで倍加し、何百万人もの個人の命を救い、彼らの家族の生活を守ってきました。しかしながら、ほとんどの低所得国においては母子の死亡率に関する MDG 目標はそれほど進展せず、金融危機により発展途上国の幼児の死亡率が 20 万人～40 万人にまで増加する脅威があります。

資金が不十分でリソースが効率的に活用されず、資金フローが分断化されると、保健関連の MDGs はことごとく進展しなくなります。低所得国は現在 1 人当たり 25 米ドルのみ保健関連に費やしています。この内の 10 米ドルは自己負担で、6 米ドルのみが保健開発援助から支援されています。様々なサービスに必要なサポートが適切に配分されていません。2006 年には保健開発援助の 50% を超える資金が各国に直接提供され MDG 6 をサポートしていますが、基本的なヘルスケアおよび栄養管理をサポートしているのは 20% 未満に過ぎません。

すべての人に医療補助\*を保証する必要があります。医療を保証する範囲は個々の国により異なりますが、保険関連 MDGs を達成するためには、少なくとも妊婦、新生児、5 歳未満の子供の致死率を低下させるグローバルな治療、出産ケア、出産関連の保健サービス、主な感染症の防止と治療、診断、情報、照会、初期治療が必要な人の症状の緩和、健康促進といったサービスを実施しなければなりません。効率的なサービスを提供するには、必要となる医療関係者の研修や監督、不可欠な薬や必需品、資金手配、説明責任と透明性の確保を実現する保健システムのプラットフォームが要求されます。

保健関連 MDGs の達成を加速させ低所得国の保健システムにおいて、すべての人に医療補助を保証するには、国内外のリソースからより多くの資金を確保する必要があります。

既存または新規を問わず、保健に対する全投資の影響力を最大限にし、現在の不公平性、非効率性、低品質の問題に対処するには、国内外のリソースを効率的に活用する必要があります。各国は専門的な裏付けのある国の保健戦略、さらには最優先すべきサービスの対象を拡大し、保健システムプラットフォームを強化する計画を策定しなければなりません。国家戦略は以下の様に保健システムのガバナンス、資金調達およびサービス提供の改善方法を示す必要があります。

---

\* 国連条約に記載。

- 保健関連の支出が及ぼす効果を最大限にし、貧しく脆弱で取り残されたグループがリソースの増加により最大限の恩恵を受けるようにするには、ガバナンスの取り決めが不可欠です。公共機関においては、資金管理や人材管理といった強固な管理システムがサポートする強力なリーダーシップが極めて重要です。
- 資金調達の取り決めにあたっては、国内では持続可能かつ公正な資金調達システムを構築し、国外では予測可能な資金調達を確保して、リスクを経時的に効率よくプールさせ、優先サービスを効果的に購入するようにしなければなりません。
- サービス提供の取り決めには、ユーザーが平等にアクセスでき、必要に応じて公共プロバイダおよび民間プロバイダが利用可能で、対応が早いサービスを最も効果的に提供する手法を織り込まなければなりません。

保健関連 MDGs の達成に向けた介入のスケールアップのために国が遵守しなければならない所定の方針や合意の方針はありません。各国の事情は異なり、それぞれに適した方針を実施します。コストと保健の関連性を評価するため 2 通りの分析を実施しました。その分析には、MDGs の達成に向けたサービスをスケールアップする最良の手段について、2 通りの異なる見解が反映されています。1 つ目の分析は UNAIDS および UNFPA のコラボレーションの下で WHO により実施されました。他方は UNFPA と妊産婦、新生児、子供の健康のためのパートナーシップのコラボレーションの下で、世界銀行とユニセフがコーディネートした各機関共同グループにより、阻害要因に対する最小限予算での対応(MBB) ツールを活用して実施されました。いずれも 2009~2015 年に必要な資本と経常資金の年間の増加分が推定されています。これらは保健関連 MDGs を持続成長させる介入と保健システムプラットフォームへの適切な資金になります。

WHO の規範的な分析では、国の保健システムをスケールアップするリソース量について、専門家および実践者が「ベストプラクティス」と見なすレベルまで求めています。サービスの拡大につながる、より施設ベースのアプローチを反映しており、迅速なスケールアップを優先しています。MBB では 効果的な介入のスケールアップに立ちほだかる既存の保健システム（阻害要因）の重大な制約が明らかになり、それを克服する戦略が示されています。2014~2015 年における医療サービスの拡大に先立ち、コミュニティベースのサービスの完全なスケールアップを重視するサービス戦略を想定しています。

保健関連 MDGs の達成を加速させるために、保健システムのガバナンス、資金調達、サービス提供を強化するには、低所得国で現在費やされている推定 310 億米ドルに加えて、2015 年までに年間で 360 億～450 億米ドル\*(1 人当たり 24～29 米ドル) 追加する必要があります。いずれにしても、2009 年～2015 年にかけてはいくらかの追加資金は可能ですが、必要となる資金(コスト)と追加される資金に差が生じれば、2015 年には資金不足になります。下表には追加資金に関する 2 つの異なるシナリオに基づいた 2015 年の資金不足が示されています。1 つはコミットメントが満たされた場合(ドナーと受領政府が公式声明<sup>†</sup>にある様にサポートを増やす<sup>‡</sup>)、他方は変化がない場合(GDP と保健関連支出間の現在の相関関係を維持する)です。民間支出は GDP の成長率に沿って増加し、増加分は保健関連の達成をサポートします。

(2005 年 単位 10 億 米ドル)	追加資金のソース 2015 年				WHO 規 範 2015 年		MBB 中期 2015 年	
	政府	DAH	民間	総計	コス ト	不足分	コ ス ト	不足分
すべての国								
コミットメ ント	30	7	7	44	45	1	36	-8
変化なし	4	0.5	4	8	45	37	36	28

コミットメントが満たされた場合、すべての国にまたがって、2015<sup>‡</sup>年には平均して資金は不足しません。ただし、ドナーおよび受領政府は合意した目標を達成するには程遠い現状で、経済不況によりさらに困難な状況に陥っています。GDP と保健関連支出の現在の相関関係が変わらないままである場合、2015 年に資金不足は 280 億～370 億米

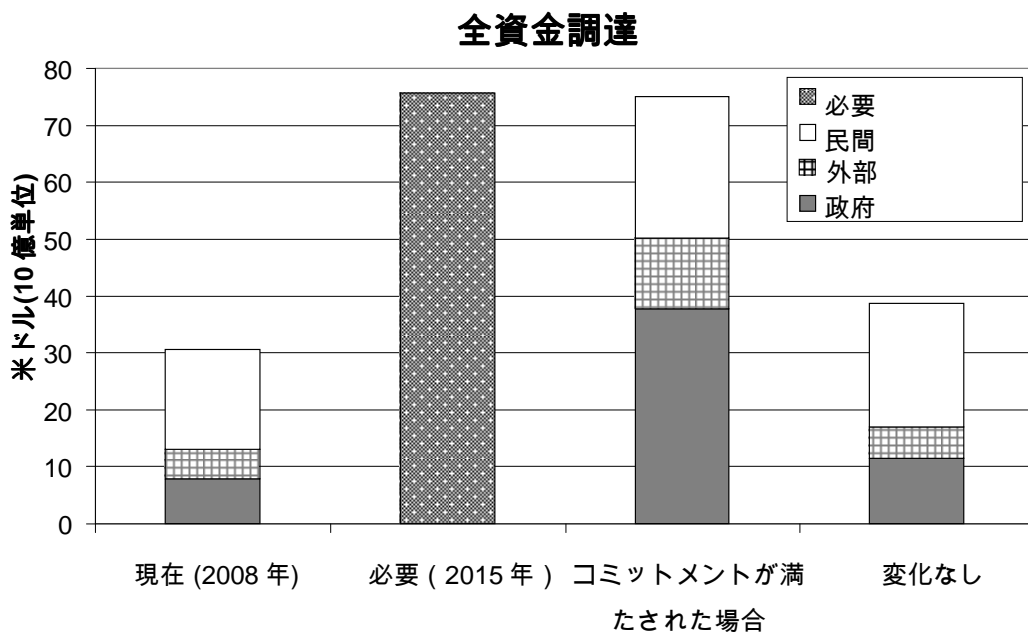
\* 一定数 2005 米ドル。

<sup>†</sup> サハラ以南のアフリカ以外の国の保健に対する政府支出の割合については、目標が示されていません。そのため、政府支出の 12% という目標は推定値です。

<sup>‡</sup> WHO 規範のコストの場合、2009 年～2015 年の全期間において依然として不足があります。コストが追加資金よりも早期に増加するためです。付録 6 表 11 を参照してください。<sup>‡</sup> サハラ以南のアフリカの MBB は WHO のそれよりコストがかかります。そのため、WHO コストにおいて不足分が多いすべての国の数字と異なり、MBB コストの場合は サハラ以南のアフリカの不足分が多くなります。

ドルになります。サハラ以南のアフリカについては、「コミットメントが満たされた」シナリオで、30億～50億米ドルの資金不足があります。しかし、サハラ以南のアフリカ以外の国は「コミットメントが満たされた」シナリオで、追加コストを十分にカバーすることができるでしょう。サハラ以南のアフリカ以外の国からサハラ以南のアフリカにDAHを少しシフトすれば、サハラ以南のアフリカにおける不足を減少させるでしょう。「変化なし」のシナリオでは、2015年の資金不足は240億～260億米ドル\*になります。サハラ以南のアフリカ以外の国については、20億～130億米ドルになります。

下図には、2008年の推定支出額のベースラインおよび必要な資金（WHO規範コスト）に対する、2つのシナリオに基づいた2015年の総支出額が示されています。「変化なし」シナリオにおける支出額の不足が明らかになっています。政府の保健資金を増加し、優先サービスをサポートする民間資金を奨励する重要性も浮き彫りになっています。



目標とする 2015 年の保健関連支出額を最優先すべきサービスおよび必要なシステムプラットフォームにあてれば、WHO、MBB のいずれの方針であっても、およそ 400 万人もの子供達と赤ん坊の命を救うことができるでしょう。WHO の方針では最大 32 万 2000 人の妊婦の死亡、19 万 3000 人の HIV の死亡、26 万 5000 人の結核の死亡を回避できるでしょう。MBB の場合は、25 万 9000 人（妊婦）の死亡、17 万 7000 人（成人 HIV）の死亡、23 万 5000 人（結核）の死亡の回避が推定されます。WHO の方針は 3000 万人を超える 12～59 ヶ月の乳幼児を発育阻害から守り、およそ 1100 万人の望まれない出産を減少させると考えられます。何百万人もの子供達と成人は病気を防いだり治療を受けたりすることで死亡率を大幅に回避することになるでしょう。WHO の方針では、その他、2200 万人の女性が安全に出産できるよう介護が付き、出産前のケアがなされます。その結果、赤ん坊は誕生時や新生児期にクオリティーの高いケアを受けます。MBB の方針では、1700 万人の女性が 2005 年に出産前のケアを受け、1600 万人が安全に出産できるよう介護が付きます。

将来に渡って保健が改善され続ける保健システムが確立されるでしょう。同様に重要なことですが、低所得国の保健を持続的に改善すれば、人材や資金を増やし、経済成長を阻む保健問題を取り除き、長期に及ぶ経済成長を促進します。さらに、国が保健システム自体にますます資金を割り当てることができるようになります。

資本支出はより多くの資金を吸収するシステムの能力を増強するために重要であり、投資の 40～48%を占めます。その残りは医療従事者、薬および必需品といった現行の保健システムのサポートに必要です。保健施設は 74,000～97,000 施設、医療従事者は 260 万～350 万人に増えます。つまり、現在の施設数および従事者の倍以上になると考えられます。保健関連支出を増やすために追加資金を使用する際には、政府は国家予算内で保健を優先し、追加リソースを大きな効果を及ぼす介入と必要なシステムサポートに投入しなければなりません。

ハイレベルな政治的コミットメントにサポートされた国家保健戦略は、カントリーオーナーシップ(途上国の自主性の尊重)、ドナーの戦略との整合性、ドナーの行動の調和化 [1]を実現する方向で外部資金を運用するのに不可欠です。進捗状況をモニタリングし評価するシステムのサポートを受けて、各国とドナーは結果に対して相互に説明責任を果たさなければなりません。資金の運用、薬、必需品の購入、技術援助者の採用、資金

の使途の報告[2]を行う第1手段として国家システムを活用し、持続可能な能力の構築にも尽力しなければなりません。各国の特殊な状況に則したアプローチを取らなければなりません。現場で追加資金を十分に吸収できる変革ペースであり、保健システムを強化できる長期に渡って持続可能なアプローチが必要です。

追加資金を創出しないコストは悲惨なものになります。資金があれば救われる400万人の子供達が毎年死亡します。資金があれば救われる78万人の成人が死亡(出産後に亡くなる32万2000人の女性を含む)します。