

第5章

人びとを中心にした 持続可能なアプローチ

データのポイント

報告のあったほとんどの国では、HIV検査相談サービスが、**すべてまたは一部の保健施設**で性と生殖に関するサービスと統合して運営されている。

2019年には子供の**新規HIV感染の24%**は、妊娠中または母乳保育期間中にHIVケアへのアクセスを失っていた母親からの感染だった。

2018年にはHIVの流行の負担が大きい65カ国で**HIV陽性者180万人**に潜在性結核の予防的治療が提供された。

国の政策の中でハームリダクションの支持を明確に表現している国は2019年時点で**53カ国**だった。

セックスワーカーを対象にした最近の調査では、回答者の少なくとも80%が直近の金銭を伴うセックスでコンドームを使用したと答えている国は**99カ国中56カ国にとどまっている**。

感染症と非感染症との関係が複雑化する中で、保健システムは限られた人的資源と資金の管理を迫られています。COVID-19パンデミックは、柔軟で適応力の高いシステム、すべての人にそれぞれが求めるサービスを提供するシステムの必要性を明確にしました。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた動きを加速することで、保健システムを強化し、すべての人が到達しうる最高基準の健康と福祉（世界保健機関憲章）の実現を助けることができるでしょう。

SDG（持続可能な開発目標）時代の良質な医療システムに関するランセット国際保健委員会は、サービス提供の細分化でケアの質が損なわれ、世界中の保健システム運営が非効率化していることを指摘しています。委員会の推定によると、低・中所得国では理想的とは言えないシステムにより年間860万人（HIV陽性者約30万人を含む）が亡くなっているのです。プログラムとサービスの統合が進めば、感染症の突発的流行やその他の保健危機に際しても、疾病構造の急激な変化に対応できる柔軟で復元力の高い保健システムを構築できます。

しかし、統合化で保健サービスの課題がすべて解決するわけではありません。保健とHIVのサービスは、人びとを中心に考え、そのサービスを最も必要とする人たちのニーズに対応することが求められています。前章では、健康の決定要因に取り組むことの重要性を強調し、保健分野を超えた重層的なアプローチが思春期の少女と若い女性のHIVリスクを減らすことを報告しました。本章では、統合化と人びとを中心にしたアプローチが、サービスの受け入れ状況を改善し、HIV陽性の子供や思春期の少女、若者、女性の健康改善につながる追加的なエビデンスを提供しています。

人を中心にしたアプローチは、セックスワーカー、注射薬物使用者、トランスジェンダーの人たち、受刑者、ゲイ男性など男性とセックスをする男性といったHIV感染の高いリスクに曝されている人たちのニーズにも、より有効に対応できます。保健およびHIVのプログラムが移民や難民の人たちに届くようにすることも、人権と公衆衛生の両方の観点から重要です。COVID-19対策によるロックダウンの間も保健サービスを維持するには、利用者に合わせた分化型サービスの価値を認めなければなりません。その中には生きた現実立脚し、最も大きな影響を受けている人たちのニーズと権利を重視するコミュニティ主導のサービスも含まれます。



HIV 対策とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

国連加盟国は2019年9月、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連総会ハイレベル会合で健康に関する包括的な政治宣言を採択し、2030年までにすべての人が手頃な価格で医療を受けられるようにするという野心的な目標に同意しました。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの指針となる原則は公平性です。人種、民族、年齢、ジェンダー、障害の有無、社会的地位に関係なく、すべての人が経済的事情から医療費の支払いに悩まされることなく、必要に応じて質の高い医療を受けられるようにしなければなりません。世界のHIV対策は10年以上も前から同様の原則に基づいて進められてきました。各国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて持続的な成果をあげていくには公的資金が不可欠です。その資金を効率的に使用し、質の高い医療サービスが公平に利用できるようにする必要があります。十分な国内資金を確保することは低・中所得国にとって大きな課題であり、海外からの援助はそうした国の公衆衛生システムを支えることができるのです。

必要不可欠な医療サービスパッケージの中でのHIVサービス

必要不可欠なサービスの定義は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中心的な課題です。それが資金を確保すべきサービスセットの核になります。HIVサービスの包括的パッケージは多様なコミュニティのニーズに配慮しており、必要不可欠な医療サービスのパッケージの一部として生かすべきです。

インドネシア、ケニア、ウガンダ、ウクライナの調査では、各国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指し、同時にHIV対策でも国内予算の比重を高めようとする新たな懸念が出てきます。たとえば、HIV治療へのアクセスが国の拠出制健康保険の枠組みで進められると、保険料を負担できない人はサービスを拒否されるかもしれません。こうした排除を避けるには、予防接種などでよくみられるように、国が特定のサービスを無料化する例外規定を設ける必要があります。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けたアプローチの中には、特定の人口集団を社会から排除しようとする力に対し、十分に対処できていないものがあるという懸念も残っています。本当に普遍性があるのなら、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは医療サービスの提供を超えて健康の社会的決定要因に取り組み、コミュニティの参加を促さなければなりません。

HIV対策を通して開発された多目的で戦略的な情報のツールとシステム、公平なサービス提供のための方法、保健に関する包括的なガバナンスと説明責任などは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けても活用できます。さらにHIV対策を全国的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現や医療システム強化に向けた努力に組み込むことができれば、HIVサービスをプライマリヘルスケアに統合し、非政府組織と契約して、社会から排除され弱い立場に置かれている人たちにサービスを提供するといった対策の成果を維持することができます。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを促進する法律は、人権擁護を明確にし、差別のないものでなければなりません。そのための最善の方策はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの設計と実施に市民社会とコミュニティの参加を得ることで、これはHIV対策から得られた大きな教訓の1つです。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジにはまた、市民社会やコミュニティを含む強力な説明責任の枠組み、およびサービスの質やアクセス可能性、その結果を監視する明確な指標も必要です。したがって、コミュニティに根ざした組織にも、健康政策とその実施に影響力を持って参加できるだけの能力を維持することが重要になります。タイの国民保健総会は、HIV分野を含む強力な市民社会の関与が可能な参加型健康ガバナンスの一例です。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、それ自体が目的であるだけでなく、すべての人が到達可能な最高水準の健康と福祉を享受できるようにするため、国が他の広範な方法とともに使える最善のツールでもあります。健康は公平性を実現するためのより広い社会、経済的な闘いに根ざしているというのがエイズ運動の中心となる考え方でした。HIV対策が示してきたように、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの成否は、人びとを第一に考え、その健康を左右する要因に対処できるかどうかにかかっています。COVID-19や気候変動の影響といった健康危機が蓄積される中で、このことはますます重要になっているのです。



HIVと他の保健サービスの統合

医療サービスは統合することにより、必要なケアを相互に補いながら一貫した方法で、効果的、効率的、かつ公平に提供することができます。

HIVと他の関連医療サービスをより緊密に結びつけることで、サービスをより広く、利用しやすいかたちで提供できるようになり、効率も費用対効果も高くなります。人びとを中心にしたサービスで、品質を向上させることができます。サービスを統合すれば、これまでのような切り離された提供モデルよりも、絡み合った保健医療のニーズにはよりよく対応することができます。予算を抑えようとする圧力が強まる中で、コスト削減が見通せることは、計画立案者にとっても特に魅力的です。

ただし、統合がこうした効果をもたらす可能性があることはエビデンスによって示されているとはいえ、常に有益であるとは限らず、逆効果になってしまうこともあります。

統合の様々なかたち

統合には様々な領域とレベルがあります。

法律と政策を統合すれば、疾患ごとにばらばらだった方針や戦略、計画を組み合わせ、統一したサービスを提供する枠組みとガバナンスのプロセスをつくれるようになります。このような高いレベルで、統一された政策の枠組みが示されれば、サービス提供者は指針が得られ、どうすれば具体的に統一され、全体的かつ包括的な方法で行動できるのかが明確になります。

システムをつなげることで、サービス提供の統合化を促進し、統一的なサポートシステムが確立できます。リンクされるシステムには、医療従事者の教育とトレーニング、調達とサプライチェーンの管理、薬局とラボのサービス、健康管理情報と顧客管理システム、統合予算が含まれます。こうした調整を通し、サービスの合理化と効率化を進めることができます。

サービスの統合は、一定のサービスを関連付けたり、特定のプラットフォームにサービスを加えたりすることから、一カ所ですべてのサービスを受けられるようにすること（いわゆるワンストップショップ）までさまざまです。統合は、異なるレベルで行われることもあり得ます。

サービスを完全に統合できれば、利用者には多くの利点があります。臨床のサービス（たとえばHIVと結核、またはHIVと性と生殖に関する健康）を統合するには、人を中心にしたアプローチが望まれます。ただし、このレベルの統合には、スタッフの作業負荷とケアの質、それぞれの利用者に合わせたサービスの提供のバランスをうまくとらなければならず、差別や守秘義務違反などの人権侵害が発生する可能性もあります。最終的に、必要なサービスを1カ所にまとめるのは困難で、費用もかかることがあります。

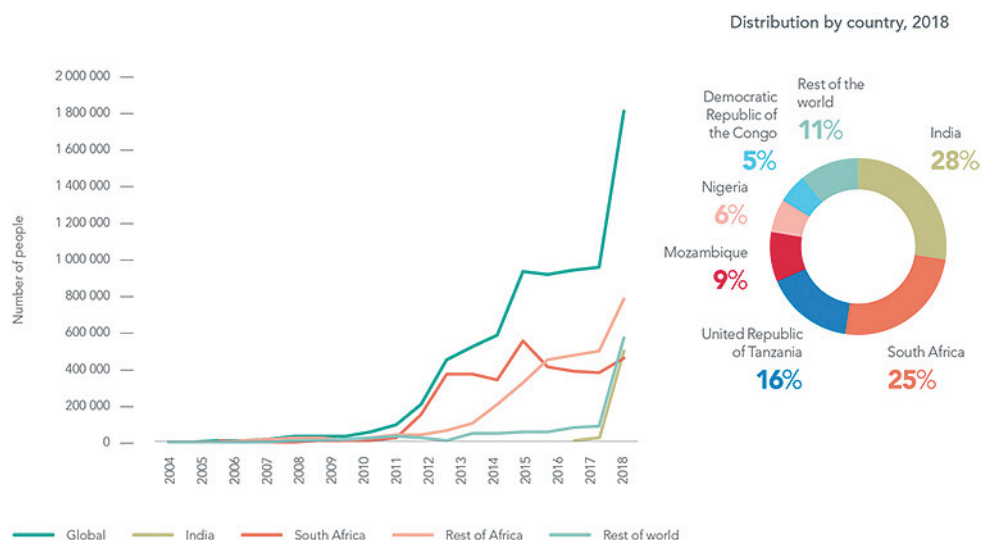
複数の施設での統合には、複雑な問題を抱える人たちが専門家のケアを受けやすくするため、医療施設や他のサービス提供者のネットワークを作ること含まれます。しかし、調整が難しいこともあります。もう一つのモデルとしては、ケースマネージャーがケアを監督し、必要に応じて専門家に患者を紹介する方法があります。そのためには高度なスキルを持つケースマネージャーが必要ですが、医療従事者の不足に直面している医療システムでは、そうした人材の採用および維持が難しい場合もあります。

HIVと結核のサービスの統合

結核は、世界の死因トップ10の1つであり、HIV陽性者の最も大きな死因となっています（第2章参照）。とくに負荷の大きい65カ国では、HIV陽性者の結核に対する予防的治療は近年、劇的に改善しており、2018年には180万人が治療を受けています。

こうした進歩にもかかわらず、負荷の大きい国の中には、結核症例の把握と予防的治療のギャップが依然、大きいままの国もあります。利用可能なデータが得られた66カ国でみると、2018年にケアを受けるようになったHIV陽性者の間では49%しか結核の予防的治療を受けていません。これらのデータを報告した国のうち、結核とHIVの負荷がともに大きい11カ国の予防的結核治療普及率は最も低いインドネシアが10%、高かったロシアは97%でした。2018年の世界の新規結核症例1000万件のうち約80万件はHIV陽性者です。

図 予防的結核治療を受けているHIV陽性者の数、2000-2018年



Source: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2019 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>); Global tuberculosis report, Geneva: WHO, 2019.
Note: Until 2016, countries reported the number of people living with HIV newly enrolled in HIV care who received preventive treatment for tuberculosis. As of 2017, countries could report the number of people living with HIV both newly and/or currently enrolled in HIV care who received preventive treatment for tuberculosis.

結核とHIVのサービスを統合することはこのため、両方の疾患の制御にとって極めて重要です。HIVと結核の負担がともに大きい30カ国のうち11カ国は、WHOが推奨する迅速分子結核診断をHIV検査とともに提供するサービスを全国で（つまりHIVの治療とケアを提供している医療施設の95%以上で）行っていると報告しています。ただし、全国と同じ医療施設で、抗レトロウイルス治療と結核治療をともに提供しているとの報告は5カ国にとどまっています。

医療システムへの資金が不十分な中で、さらに深く統合を進めることは困難です。総合的なケアを提供できるだけのトレーニングを受けたスタッフが不足していることもあるし、結核のスクリーニングと検査を迅速に提供できる設備が整っていないこともあります。南アフリカ、ウガンダ、ザンビアの調査によると、そうしたハードルを克服して成果をあげるには、想定されるスタッフの作業量の増加を適切に管理し、記録保管の課題に対処し、効果的な感染管理を維持する必要があります。南アフリカが最近、検証したように、強力で支援的な管理体制が特に重要になります。

誰も取り残さない

HIVの流行を制御した戦略は、だれも取り残されるべきではないという原則に基づいています。人権を守り、コミュニティと協力し、コミュニティ主導の対策を強い政治的意思と信頼できる財源の確保によって実現する必要があります。法的、社会的、制度的に実施可能な環境を整え、最も必要とする人たちによる、最も必要とする人たちのためのサービスを提供しているのです。

思春期の少女や若い女性とともに、HIV陽性の子供も、健康を維持し、楽しく生活していくために必要な支援やサービスを受けられずにいることがしばしばあります。注射薬物使用者、セックスワーカー、トランスジェンダーの人たち、受刑者、ゲイ男性など男性とセックスする男性は、HIV感染のリスクが高いままの状態に置かれています。移動生活者や先住民族、その他の社会から排除されがちな人たちは、保健システムから見落とされたり無視されたりすることが多く、HIVその他の健康問題の影響が大きくなりがちです。HIVサービスや医療サービスが利用できないか不適切にしか提供できない場合、これらの人口集団におけるHIV陽性率は急上昇する恐れがあります。

キーポピュレーションに向けたコミュニティ主導のサービスの持続、ケニア・マラウイ

HIVとジェンダーに基づく暴力への対策として、ケニアとマラウイでは革新的なプロジェクトの成功を受け、国のHIVプログラムでキーポピュレーションに向けたコミュニティ主導のサービスが提供されています。

この2カ国は米国際開発庁（USAID）と米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）の出資によるLINKAGESプロジェクトの対象国（30カ国以上）に含まれています。プロジェクトはキーポピュレーションのHIV感染を減らし、HIVの治療とケアを維持するために2014年から続けられています。

ケニアとマラウイは2019年現在のHIV陽性者数がそれぞれ110万人と150万人と推定され、世界でもHIVの流行が最も深刻な国の中に含まれています。国として新規感染を減らし、検査でHIV陽性と分かり、治療を受ける人の数も大きく増えています。ただし、2015年にキーポピュレーションのHIV陽性率が高い地域でLINKAGESが始まるまでは、キーポピュレーションを対象にした具体的な対策はほとんどありませんでした。LINKAGESの対象となったのはマラウイの6つの地区（主に女性セックスワーカーとその客、ゲイ男性など男性とセックスをする男性）とケニアの17の郡（女性セックスワーカー、ゲイ男性など男性とセックスをする男性、注射薬物使用者）です。

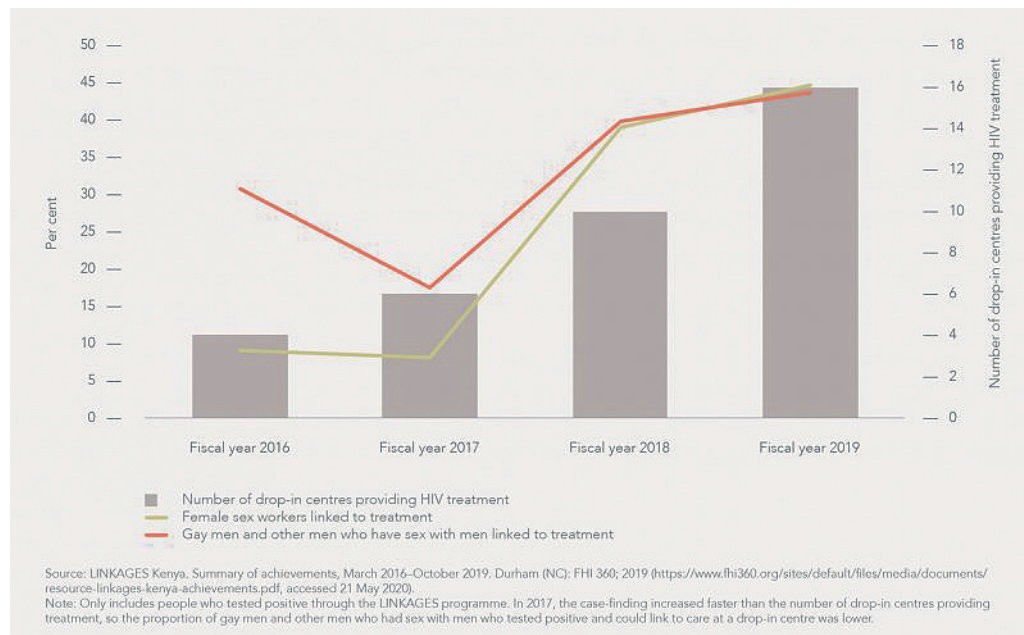


プログラムの詳細は2つの国で異なりますが、成功の基礎となる要素は同じでした。それぞれの地元で、パートナーの技術的、組織的能力の開発が進んだことです。それによって地元パートナー組織の多くが外部資金調達の資格を得て、プロジェクトを管理できるようになりました。ドロップインセンター（立ち寄り施設）が作られ、キーポピュレーションのメンバーが安心して集まり、HIV検査や抗レトロウイルス治療などのHIVサービスや他の医療サービスの情報を収集して利用できるようになっています。キーポピュレーションのメンバーがドロップインセンターの運営をサポートできるよう訓練を受け、地元保健当局はセンターにHIV治療施設としての機能も認めています。センター訪問者に対するジェンダーに基づく暴力事件のスクリーニングと報告、対応のための危機対応チームと手順も導入されました。

キーポピュレーションにおける症例把握を進めるためにインデックス検査やピアアウトリーチの強化、リスクネットワークの参照など新たな方法も導入されています。ケニアではこうした方法が効果的であることが判明しています。2019年にはLINKAGESサイトにおける女性セックスワーカーとその客、ゲイ男性など男性

とセックスをする男性のHIV症例発見率が3倍以上になっています。一方、HIV検査総件数は50%の減少でした。マラウイでは、LINKAGESサイトにおけるゲイ男性など男性とセックスする男性の症例発見率は、2016年の4%から2019年の17%に改善し、女性セックスワーカーでは2018-2019に22%から27%へと改善しました。2019年の初めにはドロップインセンターで自己検査サービスが導入されています。

図 LINKAGESプロジェクトのドロップインセンターで治療につながっている女性セックスワーカーとゲイ男性など男性とセックスをする男性の割合、ケニア、2016-2019



プロジェクトでは、一意のIDコードや、キーポピュレーションのHIV陽性者の臨床サービスにおけるニーズをモニターし、検査やウイルス量測定の予約を容易にするシステムなどのツールを開発しました。ケニアの保健省も後にこのシステムを採用しています。

同じツールはマラウイのウイルス量モニタリング戦略でも使われています。この戦略のもとでケアを続け、ウイルス量を測定したゲイ男性など男性とセックスをする男性の86%、女性セックスワーカーでは93%と高いレベルでウイルス量の抑制を果たしています。LINKと呼ばれるシステムもマラウイで導入されています。キーポピュレーションに対する公衆衛生施設でのスティグマと差別を監視し、キーポピュレーションが利用しやすい施設を特定し、サービス提供者の研修を行い、認識を深めるプログラムです。

ケニアのLINKAGESプロジェクトが2019年9月に終了したときには、HIVと診断された女性のセックスワーカーやゲイ男性など男性とセックスをする男性のほぼ半数はLINKAGESのプログラムを通して診断を受け、ドロップインセンターで治療を開始しています。ビル&メリンダ・ゲイツ財団がサポートするJilindeプロジェクトと協力し、LINKAGESはケニアのキーポピュレーションのメンバー約9700人に対するPrEP提供も助けてきました。このプロジェクトの遺産は、地元の非政府組織が運営する35カ所のドロップインセンターに受け継がれ、うち16カ所は各郡の保健施設の衛星サイトとして抗レトロウイルス治療を提供しています。

投資と持続可能性

過去数十年にわたって投入されたHIV資金は、何百万という人の命を救い、各国の保健システムの強化にも使われてきました。

抗レトロウイルス薬やHIV検査、コンドームその他の商品の無料提供が、多数のコミュニティヘルスワーカーの活躍、健康情報と検査システムの充実、調達とサプライチェーン管理システムの強化、コミュニティヘルスシステムの復活とともに、世界がHIVと闘い続けるというかつてないレガシーを生み出してきました。こうした資源の多くが、いまはCOVID-19のパンデミック対策で重要な役割を果たしています。

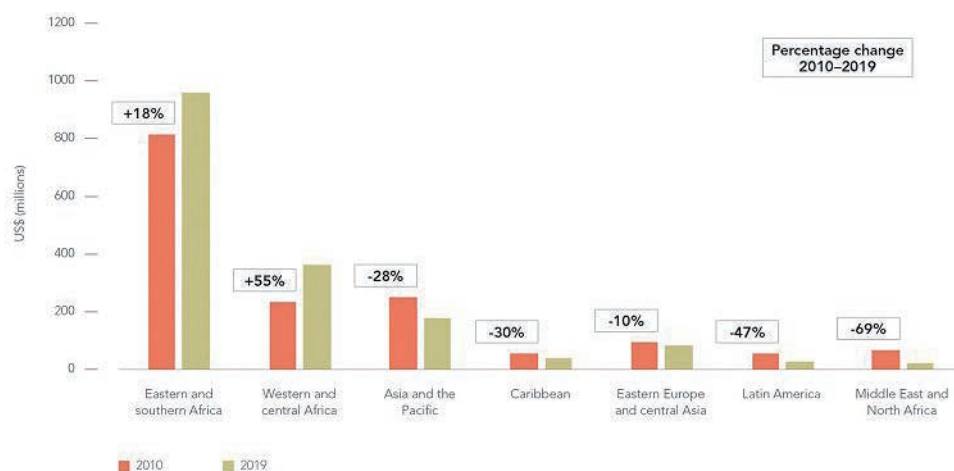
しかし、その重要性にもかかわらず、パンデミックへの対応能力は近年、脅威にさらされているのです。最新のデータによると、低・中所得国のHIV対策に利用できる資金の総額は持続可能な開発目標（SDGs）の時代に入って減少し、2016年の国連総会で設定された2020年目標を大幅に下回っています。低・中所得国に対するHIV関連の国際資金は2015年以降10%近く減少しました。米大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）を中心にした米国政府からの資金は10%増えていますが、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）からの資金が3%減少し、他の多国間および二国間援助資金も31%減少したことで相殺されています（詳細は第2章参照）。

米国政府の二国間資金援助やグローバルファンドのHIV資金助成は2010年以降、対象が変化しています。グローバルファンドによる東部・南部アフリカ地域への助成額は2010年から2019年の間に18%増加し、西部・中部アフリカ地域も55%増えていますが、他の地域ではすべて減少しました。この傾向は、病気の負担が最も大きく、

HIVプログラムに対する自己資金調達能力が最も低い地域に支援を集中させるというグローバルファンド理事会の決定を反映しています（270）。米国政府からの二国間援助資金も同様に、サハラ以南のアフリカのHIV対策にシフトしています。2010年から2019年までの間に東部・南部アフリカ諸国への年間資金は13億ドル増え、西部・中部アフリカ諸国にも年間1億ドル以上の増加になっています。東欧・中央アジア地域に対する米国政府のHIV対策二国間援助資金も、この期間に年間1300万ドルから5500万ドルへと3倍に増えています。



図 世界エイズ・結核・マラリア対策基金の助成対象の変化、地域別、2010-2019



Source: Financials. In: The Global Fund [Internet]. Geneva: The Global Fund; c2020 [see <https://www.theglobalfund.org/en/financials/>]; UNAIDS financial estimates, June 2020 [see <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>].

地球規模の危機におけるHIV資金

COVID-19パンデミックに伴う混乱により、資金配分の決定はすべての国で困難になっています。限られた資金で増大する需要に応えるため、政府は効率性の向上を強調するでしょう。ただし、そのためにHIV対策が悪影響を受ける可能性があることも最近の歴史は示唆しています。

2008～2009年の世界金融危機、2012～2013年のユーロ圏債務危機、2014～2015年の移民と難民の流入増に対するEUの対応などにより、HIV対策の国際資金も過去10年に大きな影響を受けてきました。HIV分野の政府開発援助額はこの間、保健全体の政府開発援助額の減少よりもさらに顕著に減少しています。保健分野の援助の傾向は、ドナー国の政府開発援助総額の減少割合とほぼ同じ傾向なのですが、HIV分野はもっと大きな打撃を受けているのです。米国政府が提供するHIV資金が増加したため、ある程度は相殺されてきましたが、他のドナー国からの政府開発援助が減っているので、2014年以前のレベルにはまだ回復していません。

世界的な健康危機に加え、COVID-19パンデミックとその対策がかつてない規模の経済的打撃をもたらしてもいます。国際通貨基金（IMF）と世界銀行の予測では、2020年の世界経済は約3%縮小する見通しです（P281,282）。2008～2010年の金融危機では、2009年の世界の実質GDP成長率は（2008年に比べ）0.1%の減少でした。国際労働機関（ILO）は、今回のパンデミックで世界の全労働時間のほぼ7%が2020年半ばまでに失われる可能性があるかと予測しています。フルタイム労働者1億9500万人分の労働時間に相当します。

パンデミックによって引き起こされる健康と社会と経済の混乱から人びとをまもるには追加投資が必要ですが、政府の収入も減少しています。サハラ以南のアフリカでは、2019年のGDP成長率が2.4%だったのですが、2020年には-2%を大幅に下回ると予想されています。この地域で25年ぶりの景気後退です。域内経済大国であるアンゴラ、ナイジェリア、南アフリカなど商品輸出に依存している国は特に大きな打撃を受けることになります。

高水準の債務負担により各国の脆弱性はさらに増しています。2009年の金融危機の後、異常に低い金利と例外的水準の資金流動性に後押しされ、国内の貯蓄と投資のギャップを埋めようとしたことから、各国の負債は大きく増加しました。しかし、世界的な経済成長の低迷により、商品価格は低・中所得国の期待に反し、成長を刺激するほど強くは回復していません。COVID-19パンデミックの前でさえ、低所得国の40%以上が高リスクまたは苦痛にあえいでいると見なされるような債務を抱えていました。

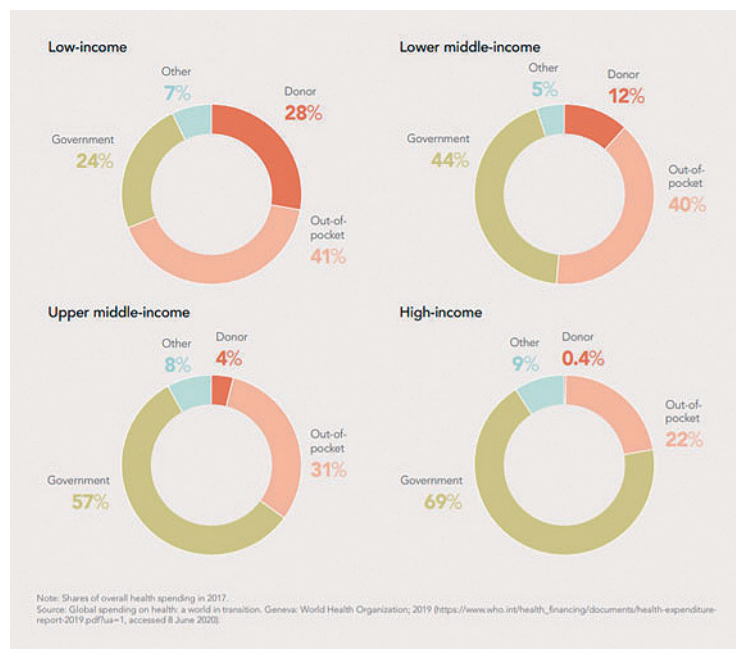
ほとんどの低・中低所得国ではパンデミックの影響に対処するため、譲許的融資を含む外部資金の必要性が極めて高くなっています。国連は2020年4月に債務救済のための3段階アプローチを提案しました。債務支払いの猶予、対象となる債務の免除、そして債務返済の不履行を防ぐための国際的な債務構造が抱える問題への対応という段階的なアプローチです。世界銀行とIMFは、資金調達と債務救済に必要な他の措置がとられるようになるまで、最貧国の債務返済を一時停止することを求めています。一部の低所得国の債務返済は2020年4月に停止され、G20諸国はそれらの国のCOVID-19対策資金として200億ドルの財政支出を誓約しています。

利用者負担の経済政策の誤り

COVID-19のパンデミックが進むにつれ、財政が圧迫されることで、医療費の利用者負担など様々なかたちの自己負担への依存度が高まる可能性があります。数十年にわたって蓄積されたエビデンスは、そうした手段が場当たり的であり、逆効果に終わることを示しています。

世界銀行によると、低・中所得国の人たちは医療サービスを利用するために年間5000億ドル（1人あたり80ドル以上）を自分のポケットから支払っています（288）。低・中所得国における2017年の自己負担額（利用者負担料金を含む）は2000年当時の2倍以上になり、総医療費の約40%に達しています（273）。総医療費に占める割合はインド（65%超）、インドネシア（48%超）、パキスタン（66%超）など人口の多い低・中所得国では、さらに大きくなっています（289、290）。

図 資金源別の医療費支出割合、2017



同じように、西部・中部アフリカ地域では、利用者負担（いわゆる診察料、HIV検査やCD4細胞数検査、ウイルス量その他の検査に必要な料金など）が名目上は無料の抗レトロウイルス治療の普及を妨げ、ケアの継続を困難にし、（日和見感染症の診断ができないための）ケアの質の低下などを招いています（297）。ボツワナ、ナイジェリア、セネガル、ウガンダでは、利用者の料金負担がHIV治療の継続を損なうことが調査によって確認されています（298-301）。

利用者による料金負担は、医療サービス全般でも同様の影響を及ぼしています（302）。ブルンジ、チャド、コンゴ民主共和国、ハイチ、マリ、シエラレオネの調査では、利用者の自己負担があることで、人びとは公衆衛生施設を利用しなくなり、ケアを受けるのが遅れ、規制のない民間代替医療を求め、自己流の治療を試すようになります（303）。また、利用者の自己負担があると、医療機関は収益の増加を期待し、サービスの質の向上には熱心でなくなるため、医療サービスの分野では効率の悪い資金調達のメカニズムでもあります。（292、302、304、305）。

利用者に医療費の自己負担を求めることは経済政策として誤っています。HIVの検査と治療、結核の予防と治療、母子保健などの世界的なプログラムは、サービスを必要とするすべての人にそのサービスが届けられるようにすることを目指し、多額の資金が投資されてきました。医療機関で利用者の自己負担やその他の補足料金（診察料、初診料など）が課せられると、貧しい人たちや社会的に弱い立場の人たちは、金銭的な理由でこれらのサービスを利用しなくなり、サービスの恩恵も得られず、投資の目的そのものが損なわれる結果を招いてしまうのです。