

厚生労働省科学研究費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進における新たな要素の同定と
世界のUHC達成に向けた我が国の施策検討のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本田 文子

令和8年（2026）年 5月

目 次

I. 総括：2026年度の研究体制と研究内容の概括

II. 研究テーマ別報告

1. Working Group 1: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するグローバル政策トラッキング
2. Working Group 2: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国際政策レビュー
3. Working Group 3: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと健康危機に関する概念整理
4. Working Group 4: 公的医療保険制度を有する国における平時の公衆衛生システムと緊急時対応をつなぐ財政フレームワーク：スコーピングレビュー・プロトコール
5. Working Group 5: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と保健医療サービスの質
6. Working Group 6: 日本の公的医療保険制度の公平性の分析

資料 1：Global Policy Tracking on Universal Health Coverage

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）
総括研究報告書

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進における新たな要素の同定と世界のUHC達成
に向けた我が国の施策検討のための研究

研究代表者 本田 文子 一橋大学経済学研究科・社会科学高等研究院

研究要旨 本研究は、SDGs 目標 3 に位置づけられる UHC について、国際政策レビューをもとに概念の変遷と新たな要素を整理し、日本の国際貢献の方向性を検討することを目的とした。研究は 6 つの WG で構成され、政策動向分析、健康危機、保健医療財政、医療の質、公平性を含め、UHC をヘルスシステムのレジリエンス強化という包括的視点から検討した。今年度の研究では、PHC 強化、包摂的カバレッジ、財政持続性、患者中心のケアとサービスの質、デジタル化などが重要課題として特定された。また、PPPR や健康危機対応との統合的視点の必要性も示された。最終年度にはデルファイ法を用いて関係者間の合意形成を図り、日本の制度経験を踏まえた国際協力への提言を取りまとめる予定である。

A. 目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、持続可能な開発目標 (SDGs) のゴール 3 にも掲げられている国際社会の重要政策課題である。UHC は、資源のプールと再分配を通して人々を高額の医療費の自己負担から保護するとともに、医療機関への支払い機能を活用することで、保健医療サービスの効率性および質の向上を図る制度として推進されている。

本研究では、国際政策レビューを通して、国際社会における UHC 概念の変遷および新たな要素を整理し、我が国による UHC 関連の国際貢献の要点を明らかにする。また、UHC における「新たな要素」を幅広く探索的に分析する活動と並行して、近年 UHC の礎石として重要性が高まっており、かつ我が国の経験を活かすことが可能なテーマである「健康危機」および「保健医療サービスの質」を重点課題として取り上げ、UHC との関連から詳細な検証を行う。

B. 研究の構成と手順

本研究班では、研究活動を以下の 6 つのワーキンググループ (WG) に区分し、研究分担者および研究協力者を配置して運営している。
WG1：UHC に関する政策トラッキング
(Prospective review)

WG2：UHC 国際政策レビュー (Retrospective review)

WG3：健康危機と UHC に関する概念整理

WG4：健康危機と保健医療財政

WG5：保健医療サービスの質

WG6：日本の公的医療保険制度の公平性の分析

本研究班の中心課題である「UHC の新たな要素」の特定に関しては、WG1 がプロスペクティブレビュー (現状の政策トラッキング)、WG2 がレトロスペクティブレビュー (過去事例の分析) を担当し、関連資料の分析を進めている。

健康危機に関しては、COVID-19 パンデミックを契機として、健康危機への政策対応に関する国際的議論が高まっていることを踏ま

え、UHC の視点から概念整理を行うとともに、平時から健康危機に備えるために必要な保健システムの要件について、文献レビューをもとに検証を行っている（WG3、WG4）。

また、保健医療サービスの質については、近年、効果的かつ安全なサービス提供が UHC 達成の基盤として重視されていることを踏まえ、UHC におけるサービスの質向上に関する概念およびエビデンスを整理し、政策提言の取りまとめを進めている（WG5）。

さらに、日本の制度経験を国際社会へ発信するとともに、UHC に関する国際協力の指針策定に資することを目的として、日本の経験を検証する観点から、日本の公的医療保険制度の公平性に関する分析も実施している（WG6）。

C. 研究の進捗と概要

6 つの WG の今年度の研究の進捗と概要を報告する。各 WG は相互に関連し、UHC の達成を、サービスの質、健康危機対応、公平性を含む保健システム全体のレジリエンス強化という包括的視点から捉え、理論的・実証的知見の蓄積を進めている。

WG1: 2025 年 4 月から 2026 年 3 月までに公表された UHC 関連情報を継続的に収集し、テーマ分析によってグローバルな政策動向を把握した。分析の結果、UHC の重点課題は国・地域ごとに異なるものの、国内資源動員、PHC の強化、財政持続性の確保が共通課題として挙げられた。また、従来の人口・財政・サービスカバレッジに加え、効果的カバレッジや未充足ニーズへの関心が高まっていることが確認された。さらに、PHC 強化や社会参加を重視するアプローチ、不平等やサービスの質を含む多面的指標への移行、デジタル化や民間連携、人材育成、財政管理など保健システム全体の実装能力の重要性が一層強調されていることが明らかとなった。

WG2: UHC に関する国際政策レビューとして、主要国際機関が公式文書の中でどのような UHC 関連課題を重視しているかを分析した。初年度に WHO 世界保健総会（WHA）決議文を対象として 91 の UHC 関連テーマを抽出した成果を踏まえ、本年度は残る 11 組織の公式文書についてテーマ分析と傾向分析を実施した。その結果、保健課題 76 テーマ、保健システム課題 105 テーマを抽出し、組織間の重点領域や経年的変化を整理した。UHC の進捗停滞や新興感染症、気候変動、健康危機への対応など、新たなグローバルヘルス課題が政策アジェンダに組み込まれていることが確認され、UHC の概念自体がより包括的・多層的な方向へ展開していることが示唆された。

WG3: Pandemic Prevention, Preparedness and Response（PPPR）と UHC/HSS との関連性を整理し、日本のグローバルヘルス外交戦略を理論的に補強するための概念整理を行った。WG2 で収集した国際機関文書に加え、92 篇の文献レビューを実施し、PPPR、UHC、レジリエンス、保健システム機能等を統合した概念的枠組み案を作成した。さらに、過去のパンデミックが保健システムへ与えた影響や、効果的な PPPR とレジリエンス向上に寄与する要素・機能をインテグレイティブ・レビューによって整理した。その結果、保健医療提供体制やガバナンス、人材、財政に加え、ヘルスプロモーションが PPPR に不可欠な要素として位置づけられることが示された。

WG4: 公的医療保険制度を有する国における平時の公衆衛生システムと健康危機時対応を接続する財政フレームワークの検討に向け、WHO、OECD、世界銀行等の国際機関文献を対象とした迅速レビューを実施した。その結果、「公衆衛生と緊急対応のレジリエンスを高める財政メカニズム」をテーマとするスコopingレビューの研究プロトコルを作成した。本研究では、平時の保健医療財政と緊急時対応財政をつなぐ制度設計、資金配分、

ガバナンス構造を体系的に整理し、健康危機へのレジリエンス強化に資する知見創出を目指している。2026年度には本格的なスコopingレビューを実施する予定である。

WG5:「良質な保健医療サービスへのアクセス」という UHC の中核概念に着目し、制度・組織・コミュニティの三層から医療の質向上に関する研究を進めた。2025年度は、ソーシャルメディアを活用した患者報告情報や、医療従事者の内発的動機づけに関するスコopingレビューを実施し、コミュニティおよび組織レベルでの質向上に資する知見を整理した。また、制度レベルの介入として、患者報告アウトカム (PROs) および患者報告経験 (PREs) の医療財政への活用に関するスコopingレビューのプロトコルを策定した。今後は、PROs/PREs を活用した支払い制度への応用可能性を検討し、医療の質と UHC を統合的に評価するための国際的優先課題を抽出するとともに、日本の国際協力政策への提言につなげる予定である。

WG6:日本の公的医療保険制度における公平性分析を実施した。2024年度に健康格差と医療アクセスの水平的公平性を分析した成果を踏まえ、本年度は医療保険財源における負担の公平性に焦点を当てた。2010~2022年の国民生活基礎調査を用い、垂直的公平性の観点から保険料負担構造を実証分析した結果、日本の制度全体では市場所得ベースで逆進的である一方、再分配後所得ベースでは累進的となり、一定の再分配効果が確認された。また、被用者保険では概ね比例的またはやや逆進的、非被用者保険では所得定義によって逆進から累進へ転じる傾向が示された。これらの結果から、負担の公平性は制度類型や所得定義によって異なることが示唆され、今後は世帯の消費支出を用いた分析や水平的公平性の検証が課題として整理された。

D. 研究成果の統合と我が国の国際貢献に関する提言の取りまとめに向けて

最終年度においては、以下の手続きを通じて、今後の我が国による UHC に関する国際貢献のあり方について提言を取りまとめる。

まず、WG1 および WG2 の研究成果を統合する。具体的には、各 WG で同定された UHC の「新たな要素」をショートリスト化し、それらを相互比較することで、共通点および相違点を整理する。特に相違点については、過去と現在で「新たな要素」に差異が生じた背景を、近年の国際保健を取り巻く政治・経済・地政学的文脈を踏まえて検討する。また、WG2 の成果は、WG1 で同定された新たな要素（テーマ）について、その変遷を過去から現在に至る時系列の観点から補完的に説明する情報としても活用する。

並行して、「健康危機」(WG3・WG4) および「保健医療サービスの質」(WG5) に関する研究成果を整理し、各テーマにおいて今後 UHC に関連して重要となるサブテーマを同定する。

さらに、本研究 (WG1~WG5) で明らかとなった UHC の新たな要素に対する我が国の貢献のあり方を整理するため、デルファイ法を用いた調査を実施する。調査では、行政、プログラム実施機関、医療専門職、市民社会など、多様な立場から国際保健協力に関与するステークホルダー間の合意形成を図る。最後に、デルファイ調査の結果と WG6 の成果 (日本の公的医療保険制度に関する分析) を総合的に検討し、UHC 推進に資する我が国の施策に関する提言を取りまとめる。

厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）
分担研究報告書

Working Group 1: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関する
グローバル政策トラッキング

研究分担者 本田 文子 一橋大学経済学研究科・社会科学高等研究院

研究要旨 本研究では、昨年度に引き続き、2025 年 4 月から 2026 年 3 月までに公表された UHC 関連情報を収集し、テーマ分析を通して最新動向を整理した。その結果、UHC をめぐる重点課題は国・地域によって異なる一方で、国内資源動員、一次医療および地域保健の強化、財政の持続可能性の確保が共通課題として挙げられた。概念としては、人口、財政、サービスカバレッジに加え、効果的カバレッジや未充足ニーズの重要性が強調されていた。また、PHC（プライマリ・ヘルス・ケア）の強化や社会参加を重視する動向が確認されるとともに、測定指標では、不平等や医療の質を含む多面的指標への移行が進展していた。さらに、デジタル化、民間連携、人材育成、財政管理などを含む保健システム全体の実装能力の重要性が、これまで以上に高まっていることが示された。

A. 研究目的

グローバル・ヘルス・コミュニティが UHC に関して発表・発信する文書を継続的に収集する（前向きモニタリング）とともに、系統的な分析を通じて、UHC に関する最新動向を把握し、新たな論点や側面を特定する。本報告書では、2025 年 4 月 1 日から 2026 年 3 月 31 日までに公表された情報を対象とした。

B. 研究方法

対象期間中、毎週月曜日に主要な UHC 関連ウェブサイト（Alliance for Health Policy and Systems Research、OECD Health、UHC2030、WHO UHC 等）および International Health Policy (IHP) ニュースレターなどを定期的に確認し、政策文書、ニュースリリース、イベント情報等の UHC 関連情報を収集した。

収集した情報は NVivo14 を用いて保存・管理し、①国・地域、②UHC の概念、③UHC 達成のアプローチ、④UHC の測定、⑤ヘルスシ

ステムと UHC、⑥疾患別課題と UHC、⑦地球規模課題と UHC の観点からテーマ分析を実施した。分析では、各項目における頻出コードを抽出し、コードの整理・概念化を通じて主要な論点や動向を把握した。また、政策トラッキングで収集した情報は 2 か月ごとに要約を作成し、研究班チーム内で共有した。

C. 研究結果

分析結果の概要として、頻出テーマおよびその内容の要約を以下に示した（詳細は資料 1 の報告書を参照）。

a. 国と地域

UHC の達成に向けた制度改革は世界的に継続して進められているが、地域ごとに関心や論点には差異がみられた。最も多く言及されたのはアフリカ地域であり、次いでアメリカ地域、東南アジア地域が続いた。

アフリカ地域では、対外援助依存から国内資源動員への転換や保健主権の強化が主要テ

ーマであり、保健関連税、公民連携、地域生産などを通じた持続可能な保健財政や保健安全保障が重視されていた。東南アジア地域では、特にインドを中心に、公的医療保険の拡大と制度運営上の課題が議論され、プライマリ・ヘルス・ケアや予防サービスの課題が指摘された。

アメリカ地域では、公平性、プライマリ・ヘルス・ケア、保健財政改革などが中心的テーマであった一方、米国関連では「America First」戦略や国際保健援助の政治経済的側面も論じられた。欧州地域では連帯や財政的持続可能性、西太平洋地域では高齢化や成熟した UHC 制度の持続可能性への関心が高かった。全体として、UHC は共通の国際目標である一方、各地域で重視される政策課題や改革手法には違いがみられた。

b. UHC の概念

UHC における「人口カバレッジ」は、単なる制度加入率ではなく、社会的・経済的・地理的に疎外された人々を包摂できるかが強調された。低所得者、非正規労働者、移民・難民、障害者、高齢者、農村住民などのアクセス改善が重視され、公的補助、保険拡大、給付範囲拡大などの政策が議論された。また、制度上の加入があっても、費用、地理的障壁、情報不足などにより実際には受診できない場合があり、未充足ニーズを含めた評価の必要性が指摘された。

財政的保護では、自己負担支出の高さが依然として主要課題であり、医薬品、外来診療、専門医受診に加え、交通費や時間的負担も受診障壁として注目された。特に貧困層、高齢者、慢性疾患患者などへの負担集中が問題視され、自己負担軽減、公的財源強化、医薬品保障拡大など包括的な対策の必要性が強調された。

サービス・カバレッジでは、入院医療だけでなく、プライマリ・ヘルス・ケア、予防、診

断、ワクチン、NCD 対策などを含む包括的サービス提供の重要性が論じられた。必須保健サービス・パッケージは重要な政策手段と位置づけられた一方、医薬品不足、人材不足、インフラ脆弱性などにより、制度上カバーされても実際には利用困難な状況も指摘された。

さらに、UHC は単なるサービス利用ではなく、質・安全性・患者経験を含む「効果的カバレッジ」が重要視され、質の低い医療や不十分な保健システムは UHC 達成を妨げる要因と整理されていた

c. UHC へのアプローチ

プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の強化は、UHC 達成、公平性向上、保健システムのレジリエンス強化の中核的手段として位置づけられていた。近年の議論では、単なる基礎的サービス拡大ではなく、予防、非感染性疾患 (NCDs)、メンタルヘルス、口腔保健、緊急時対応などを含む包括的かつ継続的な PHC 体制の構築が重視されている。また、多職種チームの育成、PHC 財政の強化、地方分権的ガバナンス、地域ケアとの統合、デジタル技術活用など、保健システム全体の改革として PHC 強化が議論されていた。

社会参加については、UHC における重要なガバナンス手段として位置づけられ、政策立案、実施、モニタリング、意思決定への住民・患者・市民社会・保健医療従事者の参画が重視されていた。特に、女性、若者、障害者、脆弱層など、従来十分に反映されてこなかった人々の参加を保障することが、「誰一人取り残さない」UHC 実現に不可欠とされた。また、社会参加を一時的な協議に留めず、法制度や継続的対話の仕組みを通じて制度化・定着させる必要性が強調されていた。

d. UHC の測定

UHC の進捗測定は、引き続き SDG 指標であるサービス・カバレッジ (SDG3.8.1) と財

政的保護（SDG3.8.2）を中核としている。サービス・カバレッジは長期的には改善がみられるものの、近年は伸びが鈍化し、国・地域間の格差も残されている。一方、財政的保護については依然として多くの国で課題が大きく、自己負担による経済的困難が UHC 達成の障壁として位置づけられている。とりわけ SDG3.8.2 は指標が改訂され、従来の「総支出に占める自己負担比率（10%・25%）」から、「基礎生活費を差し引いた裁量的支出の 40%超」という基準へと変更された。この改訂により、単なる支出割合では捉えにくかった貧困層への影響や生活水準への圧迫をより適切に反映し、財政的困難の実態をより公平性の観点から評価できる指標となっている。

また、UHC 評価は単一指標からより多面的な指標体系へと拡張されつつあり、有効カバレッジ、サービスの利用可能性、未充足ニーズ、受療回避、健康アウトカムなどが重視されている。これは、制度上のカバレッジだけでなく、実際に必要な質の高い医療へアクセスできているかを評価する方向への転換を示している。

加えて、UHC モニタリングのためのデータ基盤整備も進展しており、UHC Watch や WHO の不平等データベース、UHC2030 のトラッカーなど複数のプラットフォームが活用されている。一方で、未充足ニーズやアクセス障壁、地域・所得間格差に関するデータは依然として不十分であり、UHC の包摂性を正確に把握する上での課題として残されている。

e. ヘルスシステムと UHC

民間部門の医療サービス提供は、公的目標と整合する場合に UHC 推進に寄与し得るが、規制や統治が不十分であれば、サービスの断片化や格差拡大を招く可能性がある。特に官民連携（PPP）では、契約管理だけでなく、制度設計、認証、説明責任、財政的持続性など強固なガバナンスが不可欠であり、単発的事業

ではなく UHC 計画全体に統合される必要がある。また、民間投資の拡大に伴い、保険契約の不正や営利化による患者被害などのリスクが指摘され、品質保証や患者保護を含む規制強化の重要性が強調されている。

保健人材については、慢性的な不足が UHC 拡大の制約となっており、教育・研修だけでなく雇用確保、定着、適正な待遇、労働環境整備が不可欠とされる。また、コミュニティ・ヘルスワーカーの活用やタスクシフティングは、プライマリ・ヘルス・ケア強化に有効だが、制度化と財政的裏付けが必要である。

公的財政管理（PFM）は、予算の配分だけでなく、資金が計画通りに迅速かつ効率的に執行されることが UHC 達成に不可欠である。遅延や硬直的運用は医療提供を妨げる。予算は国内資金と外部支援を統合し、優先課題に沿って一体的に管理する必要がある。デジタル化や透明性向上は効率化に有効だが、制度整備とガバナンス強化が前提となる。

UHC の持続的実現には、外部資金への依存から脱却し、国内資源動員を強化することの重要性が強調されている。税制改革や徴税能力の向上、予算配分の見直し、たばこ・アルコール・糖分飲料への健康税導入などにより、財政余地を拡大できる。一方で、拡大した財源を効果的に活用するためには、財政管理の強化や透明性、説明責任の確保が不可欠であり、さらに政治的意思や省庁間の連携も成功の鍵となる。

デジタルヘルスや AI は UHC 推進の有効な手段だが、診療・財政・情報システムと統合されて初めて効果を発揮する。電子カルテや遠隔医療、AI 診断はアクセス向上や質改善に寄与するが、単独の解決策ではない。データ共有や監視体制など情報基盤の整備とともに、プライバシー保護や格差是正が必要である。また、医療技術や AI の導入は規制とガバナンスにより安全性と公平性を確保することが重要である。

f. 疾患別課題と UHC

非感染性疾患（NCDs）や精神保健は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の中核課題として位置づけられつつあり、予防から治療、リハビリまでを含む統合的な保健医療体制が求められている。特に一次医療を基盤としたサービス提供や適切な紹介体制の整備が重要であり、高血圧や糖尿病、がん、精神疾患などへの継続的対応が必要である。これらの実現には、財政基盤、人材、医薬品供給、データシステムなどの体制整備が不可欠である。

また、薬剤耐性（AMR）は UHC と健康安全保障の双方に関わる重要課題であり、診断や治療の有効性を損なうことで医療の質を脅かす。監視体制やデータ活用、研究開発、ワンヘルス・アプローチの強化が求められるが、実施には財政やガバナンスの課題が残る。

さらに、母子保健は依然として重要課題であり、予防可能な死亡を減らすためには、質の高い医療サービスへのアクセス確保と持続的な財政支援が必要である。特に脆弱な地域では外部援助依存からの移行に伴う影響にも注意が必要である。

加えて、HIV、結核、マラリアなどの感染症対策は UHC と密接に関連し、一次医療への統合が持続可能性の鍵となる。これらの進展は財政、イノベーション、保健システムの強靱性に依存しており、危機下でも継続的にサービスを提供できる体制づくりが重要である。

g. 地球規模課題と UHC

グローバル・ヘルス・ガバナンスは、国主導と主権尊重を軸に再編が進んでおり、UHC 推進において各国の優先課題との統合が重視されている。援助削減や資金不確実性を背景に、ドナー主導から国主導の持続可能な保健システムへの転換が求められ、ルサカ・アジェンダや国家保健コンパクトなどを通じて調整と

連携強化が進められている。一方で、パートナーシップの質、すなわち透明性や説明責任、分断の解消が重要課題となっている。

また、国際保健アーキテクチャは地政学的分断や多国間主義の弱体化、資金制約の影響を受けて変化しており、WHO 機能強化や地域主導の取り組みなど改革の機運も高まっている。

さらに、UHC は健康安全保障や保健システム強靱性と一体的に捉えられ、パンデミックや紛争、気候変動などの危機下でも基礎的サービスを維持できる体制構築が不可欠とされる。そのため、一次医療やサーベイランス、供給網、人材への継続投資とともに、国内財政と国際協力の両立が求められている。

加えて、UHC は深刻な資金制約の中にあり、債務負担や援助縮小により財政余地は縮小している。国内資源動員や税制改革が進められる一方、政治的意思や配分選択が実現の鍵を握る。また、国際保健資金は地政学的影響を強く受けており、公平で予測可能な資金調達と国主導の仕組み整備が重要である。

D. 考察

分析の結果、UHC の重点課題は国・地域によって差異があるものの、共通して国内資源動員の強化、プライマリ・ヘルスケア（PHC）の充実、財政の持続可能性確保が重要論点として抽出された。概念面では、人口・財政・サービスカバレッジに加え、効果的カバレッジや未充足ニーズの把握の重要性が一層明確となった。アプローチでは PHC の強化と社会参加の推進が重視され、測定面では不平等や質を含む多面的な指標体系への移行が進展している。さらに、デジタル化、民間連携、人材育成、財政管理といった保健システム全体の実装能力の強化が、これまで以上に重要な課題として認識されている。

また FY2025 の特徴として、UHC 財政は技術的議論から政治経済・地政学的課題へと重点が移行し、単なる資金拡大ではなく、予算の確保、国主導性、公平で説明責任ある資金枠組みの重要性が強調された。さらに、UHC の実現には制度的コミットメントにとどまらず、医療提供体制、一次医療基盤、医薬品供給、人材、デジタルシステム、地域連携などの実装能力が不可欠である点への関心が高まっている。加えてモニタリング面でも進展が見られ、平均的なカバレッジ指標から脱し、不平等や質、未充足ニーズを含む、より実態に即した評価指標やデータ整備への移行が進んでいる。

E. 結論

本研究は、グローバル・ヘルス・コミュニティによる UHC 関連文書を継続的に収集する

前向きモニタリングと、質的分析を組み合わせることで、UHC をめぐる最新動向の把握と新たな論点・側面の抽出を目的とした。FY2025 では、財政・ガバナンス・実施能力・測定の各領域で重点の変化が確認され、UHC の政策的課題がより多層的に展開していることが示された。

F. 研究発表

本研究の成果は、日本国際保健医療学会や Health System Global など、グローバルヘルスに関するプラットフォームにおいて積極的に発信すると共に、論文としてまとめ、グローバルヘルス関連の国際ジャーナルに投稿の予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）
分担研究報告書

Working Group 2: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国際政策レビュー

研究分担者 野田信一郎 国立健康危機管理研究機構国際医療協力局研修課・課長

研究要旨 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の進捗が停滞する中、新たな保健課題も登場してきている。本研究では、グローバルヘルスの主要な組織が、それぞれの組織内での合意として、どのような UHC の新しい要素を認識しているのか、公式文書をデータとしてテーマ分析と傾向分析を行う。1 年目は、2016 年から 2023 年までの 8 年間に WHO の世界保健総会で出された決議・決定文のテーマ分析を行い、91 の UHC 関連テーマを同定した。今年度は、残りの 11 組織のテーマ分析を行い、UHC 関連テーマ（保健課題 76 テーマ、保健システム課題 105 テーマ）を抽出し、それらの経年変化と組織の傾向分析を行った。

A. 研究目的

国際社会における UHC の概念の変遷と新しい要素を同定し、我が国が行うべき施策をまとめる。

B. 研究方法

国際機関、開発銀行、地域機構、主要国首脳会議において、各組織の意思決定メカニズムの中で合意形成されたものとして発表された公式文書のうち、“Universal Health Coverage” という文言が含まれるものを収集し、テーマ分析により UHC と関連付けられたテーマを同定する。その後、文書の発表年と発表組織毎に傾向分析を行う。なお、人を対象とした研究ではないので、特記すべき倫理面への配慮はない。

対象組織は、地域的な偏りが生じないよう配慮し、下記とした（カッコ内は対象とした意思決定メカニズム）。

国際機関：国際連合（国連総会）、WHO（世界保健総会）

開発銀行：世界銀行（WB-IMF 年次会議）、アジア開発銀行（年次総会、財務・保健大臣会合）、米州開発銀行（理事会年次総会）

地域機構：ASEAN（首脳会議、保健大臣会議）、アフリカ連合（首脳会議、保健大臣会議、アフリカ CDC 会議）、欧州連合、カリビアンコミュニティ

主要国首脳会議：G7（首脳会議、保健大臣会議）、G20（首脳会議、保健大臣会合、財務・保健大臣会合）

その他：東京アフリカ開発会議

文書は、2016 年から 2023 年までに発表された宣言文、議長要約、決議・決定など会議体として合意されたものを対象とし、報告書は除外した。

収集した文書は MAXQDA24 に保存し、検索機能を使い “universal health

coverage” をハイライトし、それを含むタイトルおよびパラグラフを同定した上で、UHC と関連付けられた保健課題または保健システム課題をコーディングした。一つの文書に対して 2 名が独立して同ソフトウェアを使ってコーディングを行い、意見が異なる場合は他のメンバーも交えてコンセンサスを形成し、最終コードとした。メンバー間の一貫性を確保するため、コーディング・フレームワークを作成し、随時コンセンサスに基づいた更新を行った。

傾向分析は、MAXQDA24 のコードマトリックスブラウザを用いて、各コード（テーマ）の経年別および組織別出現頻度を集計した。経年推移の評価は、ノンパラメトリックなスピアマン順位相関係数により判定した。

C. 研究結果

《テーマ分析の結果》

12 組織、84 文書が収集され、UHC と関連付けられて論じられたテーマが 181 抽出された。非感染性疾患や抗菌薬耐性などの保健課題が 76 テーマ、持続的な保健財政や公平で統合的な保健医療サービス提供体制などの保健システム課題が 105 テーマ抽出された。

それぞれのテーマのサブテーマとして保健課題で 211 テーマ、保健システム課題で

	Health issues	Health system issues
Core theme	18	24
Stable core theme	4	3
Emerging theme	37	44
Declining theme	3	10
Unclassified	14	24

178 テーマが抽出された。

《傾向分析の結果》

抽出されたテーマを、5つの分析軸¹⁾に基づきクライテリアを設け、主要テーマ、安定したテーマ、新興テーマ、衰退テーマ、未分類テーマの5つに分類した。(表参照)

主要テーマ(対象8年間で5年以上にわたり、4組織以上の10以上の文書で言及されているもの)としては、保健課題では Prevention and Preparedness for and response to health emergencies(PPR)、非感染性疾患、必須公衆衛生機能、高齢化、貧困層および社会的弱者の健康、感染症、マラリア制圧、栄養、妊産婦、新生児および小児の保健、予防接種、抗菌薬耐性、水と衛生、健康の環境的、社会的、経済的決定要因、気候変動と自然災害、肝炎、性と生殖に関する健康、ジェンダー平等、難民および移民の健康が同定された。

保健システム課題としては、持続可能な保健財政、保健システム強化、保健システムのレジリエンス、国際協力、公平で統合された、人を中心とした保健サービス提供システム、公的財政管理(PFM)、プライマリ・ヘルス・ケア、医療従事者への投資、保健分野を超えた政治的リーダーシップ、非政府組織(民間企業、慈善財団、学術機関)の貢献、コミュニティと地方行政および組織、デジタルヘルス/支援技術、医薬品およびワクチンの不足、患者安全とサービスの質、パフォーマンス向上のための定期的なモニタリングと評価、多部門間の連携などが主要テーマとして分類された。

新興テーマ(増加傾向=Spearman's $P > 0.3$ かつコロナ後優先度が高いまたは5文書以上で言及されているもの²⁾)としては、保健課題では、不平等と不公正、結核、顧みられない熱帯病、COVID-19、ワン・ヘルス・アプローチ、化学物質・廃棄物・汚染、アルコール、青少年の健康、栄養に配慮した食料システム、薬物使用、てんかんおよびその他の神経疾患、公衆衛生上の危険因子と脆弱性、対人暴力、健康増進のための行動科学、インフォデミック、自傷行為、社会・経済的不公正、タバコ、障害、メンタルヘルス、複雑な保健上の緊急事態、外傷、感染予防と管理、眼科診療、口腔保健、ウェルビーイングと健康増

進、がん、統合的救急・集中治療・手術医療などが抽出された。

保健システム課題としては、医療製品の入手可能性、価格、効率性の向上、法的枠組みに基づく関係ステークホルダーとの連携、医療研究開発のための革新的なインセンティブと資金調達、紹介制度、市民社会組織の役割、GovTec、臨床試験、医療従事者の移住、医療用酸素、医療制度への信頼、社会保護制度、消費および関連する医療費を削減するための価格・税制措置、労働衛生サービス、医療従事者の世界的な不足、医療製品の規制、保健当局と財務当局の連携、UHCに向けた独自の道筋の決定、一貫性があり包摂的なアプローチ、保健ガバナンスへの参加型かつ包摂的なアプローチなどが新興テーマとして分類された。

衰退テーマとして分類されたものは、ポリオ、認知症、難聴、戸籍・人口動態統計、倫理的枠組み、ガバナンスおよび監督責任の不備などであった。

D. 考察

UHCがSDGsの目標の一つに掲げられて以降、12の主要な組織においてUHC関連付けられたテーマが181同定された。このうち76は、UHCの対象として取り込まれるべき保健課題として、105は達成が危ぶまれるUHCのために強化すべきまたは取り組むべきとされた保健システム課題であった。これらは、特定の組織が一度だけ取り上げたテーマから複数の組織が毎年のように取り上げられているテーマまでさまざまであった。

新興テーマに関しては、対象期間中の2020年にCOVID-19のパンデミックが起こり、保健システムの脆弱性が露呈し、多くの課題が認識された。ただし、本研究では2020年が期間の中間年であるため、スピアマン順位相関係数では、2020年以降に取り上げられたテーマは一度だけ取り上げられたものでもP値が0.3を超えるため、現在クライテリアの再検討を行っている。

E. 結論

国際社会におけるUHCの概念の変遷と新しい要素を同定し、我が国が行うべき施策をまとめるために、主要な組織がコンセンサスとして公表した文書からUHC

¹ ①言及のあった文書の数、②言及のあった年数、③言及した組織の数、④時事性(2022年以降のまたはコロナ禍後に

言及が開始されたか)、⑤経年的変化傾向

² 現在、クライテリアを再検討中。

に関連付け論じているテーマを抽出し、その傾向を分析した。今後は、グループ 1 が行なっているプロスペクティブな政策レビューによる最近の動向と合わせて、我が国が提唱すべき UHC 関連施策を検討する。

F. 研究発表

今年度のグローバルヘルス合同大会のワークショップにて参加者に結果を共有し、我が国が提唱すべきテーマについて意見を収集する予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

Working Group 3:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと健康危機に関する概念整理

研究分担者 大曲貴夫 国立健康危機管理研究機構国際感染症センター・センター長
野田信一郎 同機構国際医療協力局人材開発部研修課・課長

研究要旨 Pandemic Prevention, Preparedness and Response (PPPR)とUHC/HSS及びその他の要素の関連を整理し、日本政府のグローバルヘルス外交戦略の理論を補強するため、予備的調査として、Group2が収集したと公式文書に加えて、92篇の文献レビューを行い概念的枠組み案を作成した。予備的調査結果を基に、過去のパンデミックの保健システムへの影響と効果的なPPPRとレジリエンスの向上に寄与した保健システムの要素・機能をインテグレイティブ・レビューにより明らかにした。また、PPPRに不可欠な保健システム以外の要素としてヘルスプロモーションが抽出された。

A. 研究目的

コロナ禍を経て健康危機の政策対応に関する国際的議論が高まる中、UHCの視点から概念を整理し、低中所得国で平時から健康危機に備えておくべき保健システムとその他の要素を、文献レビューとステークホルダーの経験を基に纏める。

B. 研究方法

《予備的調査》

Group2が行なった12組織84文書を対象にしたテーマ分析において、UHCに関連する保健課題の一つとしてPPPRが抽出され、その下にPHCやデジタルテクノロジーなど17のサブテーマが同定された。これに加えて、PubMed等を用いてPPPRとUHC及び保健システムとの関係性を論じた92論文をレビューし、UHCとPPPRの概念的枠組み案を策定した。

この予備的調査の結果から、PPPRに不可欠な保健システム以外の要素としてヘルスプロモーションが抽出されたため、本研究では、あらためて2つの研究目的を設定した。一つ目は、「効果的なPPPRとレジリエンスの向上に寄与した保健システムの要素・機能を明らかにする」、2つ目は、「PPPRに不可欠な保健システム外の要素としてのヘルスプロモーションの要素明らかにし、保健システムとの関連を整理する」である。

《健康危機に備えておくべき保健システム》

第1の目的に対しては、“health systems”、“pandemics”、“contribution to”、“essential”をキーワードに検索構文を作成し、PubMed、Web of Science、ProQuestの3つのデータベースを使いインテグレイティブレビューを実施

した。対象は2000年以降に発表された英語論文とした。

3つのデータベースから1,072篇の論文が同定され、重複している630篇を削除し、タイトル及び抄録から295篇を除外した。残った147篇に対して全文スクリーニングにより29篇を除外した結果、113篇が抽出された。

《PPPRに不可欠な保健システム外の要素》

第2の目的に対しては、同様の3つのデータベースを使い、スコーピングレビューを実施することにした。

C. 研究結果（目的1の結果のみ）

抽出された文献の特性としては、対象となったパンデミックについては、その大部分がCOVID-19に焦点を当てており、次いでエボラ出血熱が挙げられた。SARSとMERSについてはそれぞれ1編ずつしか扱われておらず、H1N1インフルエンザのパンデミックについては扱われていなかった。地理的分布に関しては、論文は世界の全地域を網羅しており、比較的均等に分布していた。高所得国と低・中所得国の両方が対象に含まれていた。国別では、米国が最も多く取り上げられ、次いでブラジル、カナダ、シエラレオネが続いた。研究デザインに関しては、定量的研究が最も多く、次いで定性的研究、そして総説研究が続いた。

過去のパンデミックによる保健システムへの影響としては、最も多く報告されている影響は、医療サービスの利用減少であり、これに伴い診断や治療の遅れ、そして患者の転帰の悪化が見られた。理由としては、感染への恐怖や公衆衛生対策として課された移動制限など、利用減少が挙げられてい

た。人口レベルでの死亡率の上昇、医療従事者のメンタルヘルス問題、および病院収入の減少も、その他の顕著な影響として挙げられていた。全体として、これらの影響は主に医療サービスの提供に及んでおり、次いで医療従事者に及んでいた。

効果的な PPPR とレジリエンスに寄与した保健システムの構成要素および機能の特徴としては、最も頻繁に言及されていたのは、ガバナンスとリーダーシップにおける多部門間の連携であり、次いで医療従事者の教育・研修、地域社会の参画が続いた。医療従事者の動員と再配置、デジタル情報システム、および国内の追加財源の動員も PPPR とレジリエンスに寄与していた。

D. 考察

WHO が 2007 年に発表した”Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes”の中で、保健システムの「6 つの構成要素 (6 building blocks)」が提唱されて以来、この枠組みを基に保健システム強化が図られてきた。一方、2002 年の SARS、2009 年の新型インフルエンザ、2012 年の MERS というパンデミックが繰り返し発生し、2014 年に、感染症の脅威を予防・探知し、迅速に対応する世界の能力を強化するために、アメリカ政府 (CDC などが主導) の呼びかけによって GHSA (Global Health Security Agenda: 世界保健安全保障アジェンダ) が、多国間・多分野連携のイニシアティブとして発足した。この 2014 年に、西アフリカでエボラウイルスのアウトブレイクが発生し、保健システムの強靱性を高めることの重要性が認識されるようになった。

今回行った予備的文獻レビューでは、これまでのパンデミックとは比較にならない規模で起こった COVID-19 パンデミックに関する研究が数多く含まれており、International Health Regulation の合同外部評価結果や Global Health Security Index と COVID-19 の人口当たりの累積感染者数や年齢調整致死率には必ずしも正の相関が認められるわけではないことが示唆された。また、UHC と Health Security という 2 大アジェンダ間の分断が懸念されており、これら 2 つの間の共通基盤として重要なのが、レジリエントな保健システムの構築であることが分かった。

しかし、この 2 つに加えて、第 3 のアジェンダとして Health Promotion がこれらと分断されているものとして位置付けられていることが分かった。Health Promotion は 1986 年のオタワ宣言から始まり、健康

を個人の問題に留めず、生活環境や社会の仕組み全体で人々の健康づくりを推進するアプローチとして提唱された。COVID-19 パンデミックにおいては、ロックダウンや休校措置など、Non-pharmacological intervention と呼ばれるものの重要性が明らかになったが、これらのアプローチも“生活環境や社会の仕組み全体”で行うものであり、保健システムという概念では収まりきらないものである。過去を振り返っても、保健システムの 6 つの構成要素が発表され時に、Health Promotion の欠如が指摘されている。WHO は健康緊急事態時の公衆衛生および社会的措置 (Public health and social measures: PHSM) は重要であるが、これによって失業、教育中断、家庭内暴力、経済生産性の低下など PHSM によって意図しない悪影響、失業、教育中断、家庭内暴力、経済生産性の低下など意図しない有害な作用があることに着目し、これらを検討するイニシアチブを立ち上げている。

今年度は、「健康危機に備えておくべき保健システム」に関するインテグレイティブレビューを行ったが、PPPR に不可欠な保健システム外の要素」としての Health Promotion の要素明らかにし、保健システムとの関連を整理することは、次のパンデミックへの備えとして意味がある。

E. 結論

過去のパンデミックが医療システムに与えた影響について、本レビューでは、医療サービスの利用減少に加え、診断・治療の遅延および患者の転帰悪化が最も顕著な影響であることが明らかになった。その他、人口レベルでの死亡率の上昇、医療従事者のメンタルヘルス問題、および病院収入の減少も注目すべき影響であった。

効果的なパンデミック予防・準備・対応 (PPPR) およびレジリエンスに寄与した医療システムの特徴については、多部門間の連携、医療従事者の教育・研修、地域社会との連携、医療従事者の動員・再配置、デジタル情報システム、および国内の追加財源の動員が、主要な要因として特定された。

次年度は、PPPR に不可欠な保健システム外の要素」としての Health Promotion の要素明らかにし、保健システムとの関連を整理する。

F. 研究発表

「健康危機に備えておくべき保健システム」に関するインテグレイティブレビュー

の結果は、今年 6 月にクアラルンプールで開催される Global Health Security Conference 2026 のパネルディスカッションとして採択された” Global governance, capacity, and health systems implications of pandemic prevention,

preparedness, and response (PPPR)”にて発表予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）
分担研究報告書

Working Group 4: 公的医療保険制度を有する国における平時の公衆衛生システムと緊急時対応
をつなぐ財政フレームワーク：スコーピングレビュー・プロトコル

研究分担者 本田 文子 一橋大学経済学研究科・社会科学高等研究院

研究要旨 WHO、OECD、世界銀行等の国際機関文献を対象に迅速レビューを実施し、健康危機下における公共財政管理に関する研究課題を検討した。その結果、「公衆衛生と緊急対応のレジリエンスを高める財政メカニズム」をテーマに、公的医療保険制度を有する国を対象としたスコーピングレビューの研究プロトコルを作成した。本研究では、平時の保健医療財政と緊急時対応財政を接続する制度・資金配分・ガバナンス構造を整理し、健康危機へのレジリエンス強化に向けた知見創出を目指す。2026 年度にレビューを実施予定である。

健康危機と公共財政管理をテーマに新たな知見を創出する研究課題を特定するため、世界保健機関（WHO）、経済協力開発機構（OECD）、世界銀行（World Bank）などの国際機関が公表する関連文献について迅速レビューを実施した。その結果を踏まえ、「公衆衛生と緊急対応のレジリエンスを高める財政メカニズム」を主要な研究課題として設定し、以下に紹介するスコーピングレビューの研究プロトコルを作成した。

感染症や自然災害への対応における財源調達および資金配分の仕組みに関する研究は、コロナ禍を契機として国際的に関心が高まっている領域である。特に、平時の保健医療財政と緊急時対応財政をいかに制度的に接続するかは、健康危機へのレジリエンス強化の観点から重要な政策課題となっている。

2026 年度は、本プロトコルに基づきスコーピングレビューを実施する予定である。

A. 背景

ヘルスシステムは、安定的かつ持続可能な財政基盤に支えられることで、予防・医療・保健サービスを継続的に提供している。多くの

国では、税財源や社会保険方式などを通じて、平時の医療・公衆衛生サービスの財政が制度的に確立されている。

一方で、パンデミック、自然災害、紛争など緊急事態（健康危機）においては、迅速な資金動員、柔軟な予算執行、追加的財源の確保が必要となる。このような緊急対応では、既存の財政枠組みとは異なる仕組みが求められることが多い。

特に、公的医療保険制度を有する国では、既存のプールされた資金や制度的枠組みを活用することで、緊急時対応を強化できる可能性がある。しかし、平時の保健医療財政と緊急時対応財政をどのように繋ぎ、統合的に運用しているのかについては、体系的な整理が十分ではない。

本テーマにおける財政ガバナンス、資金配分メカニズム、制度的連携構造を整理することは、健康危機へのレジリエンス強化の観点から重要である。

B. 目的

本スコーピングレビューの目的は、公的医療保険制度を有する国において、平時の医療

提供体制と緊急時対応を結びつける財政フレームワークの構造を検証することである。

具体的には以下を明らかにする：

- 1 公的医療保険制度を有する国における、平時の保健医療財政と緊急時対応財政を接続する財政フレームワークの類型と構造
- 2 平時と有事の財政の統合・連携・調整を可能にする資金配分メカニズム、ガバナンス構造、運用手続き
- 3 既存研究及び政策文書における知識ギャップの特定と、今後の研究・政策への示唆

C. 対象文献

本レビューは PCC (Population-Concept-Context) フレームワークに基づき、以下の基準に従って文献を選定する。

対象 (Context)：公的医療保険制度（社会保険方式または強制加入型保険制度）を有する国とする。

概念 (Concept)：平時の保健医療財政と緊急時対応財政を接続する仕組みとし、具体的には資金プール、緊急基金、予算移転、財政調整メカニズム、保険財政の緊急活用制度などを含むものとする。

文献の種類：本レビューで対象とする文献は以下の通りとする。

- 査読付き学術論文
- 政府報告書
- 国際機関報告書（WHO、世界銀行、OECD を含む）
- 政策文書および技術報告書

除外基準：以下に該当する文献は除外する。

- 公的医療保険制度を有しない国を対象とした研究
- 財政的側面を扱わない臨床研究およびサービス提供に関する研究
- 理論モデルの提示にとどまり、政策的含意が限定的な研究
- 論説、意見論文等の非実証的文献

D. 手法

研究デザイン

本研究はスコーピングレビューであり、Joanna Briggs Institute (JBI) の方法論および PRISMA-ScR ガイドラインに準拠する。以下の 5 段階で実施する：

- 1 研究質問の明確化
- 2 関連文献の特定
- 3 文献選定
- 4 データの整理 (charting)
- 5 結果の統合・提示

情報源および検索戦略

以下のデータベースを用いる：

- Embase
- MEDLINE
- Web of Science
- Scopus

検索語は次の概念を組み合わせ構築する：

- 強制医療保険 (social health insurance / mandatory health insurance)
- 医療・公衆衛生財政 (health financing / pooled funds / insurance funds)
- 緊急時対応 (emergency preparedness / disaster response / epidemic financing)
- 財政統合・調整 (integration / coordination / fiscal transfer)

さらに、参考文献リストおよび国際機関報告書のハンドサーチも実施する。

文献選定プロセス

すべての検索結果は文献管理ソフト (EndNote) に取り込み、重複を除去した上で、スクリーニングおよび選定プロセスには専用のシステムである Covidence を使用する。

文献選定は以下の手順で実施する。

- 1 タイトルおよび抄録のスクリーニング
- 2 全文の適格性評価

これらのプロセスは2名の独立したレビューアーにより実施し、不一致が生じた場合は協議、または第三者の判断により解決する。文献選定の全過程は、PRISMA-ScRに準拠したフローチャートとして可視化する。

データ抽出

標準化されたデータ抽出フォームを作成し、パイロットテストを実施する。抽出項目は以下を含む：

- 国・制度の特徴
- 医療保険制度のタイプ
- 平時の公衆衛生財政構造
- 緊急時財政メカニズム
- 資金の流れ（プール、移転、予算配分）
- 緊急資金の発動条件
- ガバナンス構造（中央・地方・保険者の役割）
- 平時と有事の統合度
- 課題と促進要因

データ抽出は2名で独立して実施し、一致しない場合は協議する。

データ統合・分析方法

分析は記述的およびテーマ別統合により行う。結果は以下の形で整理する：

- 財政フレームワークの類型化

- 平時・緊急時財政の連結メカニズムの整理
- 国別比較表の作成
- 財政統合モデルの概念図作成

更に、繰り返し出現するガバナンス構造や資金フローの特徴についてテーマ分析を行う。

E. 期待される成果

本レビューにより次の点が明らかになることが期待される：

- 平時と緊急時の財政を接続するフレームワークの類型化
- 国際比較可能な財政統合メカニズムの整理
- 財政ガバナンスと資金フローを可視化した概念モデル
- 研究上の知識ギャップの特定
- 政策形成に資する示唆（レジリエントな財政設計）

F. 研究発表

研究成果は論文としてまとめ、保健医療政策系の国際ジャーナルに投稿・発表の予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

厚生労働省科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）
分担研究報告書

Working Group 5: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と保健医療サービスの質

研究分担者 本田 文子 一橋大学経済学研究科・社会科学高等研究院

研究要旨 本研究は、UHC が掲げる「良質なサービスへのアクセス」を実現するため、保健医療サービスの質向上に関する制度・組織・コミュニティの三層に着目したスコーピングレビューを実施するものである。2025 年度は、ソーシャルメディアを活用した患者報告情報および医療従事者の内発的動機づけに関するスコーピングレビューを実施し、コミュニティ・組織レベルでのサービスの質向上に資する知見を整理するとともに、制度レベルでの介入として PROs/PREs の医療財政への活用に関するスコーピングレビューのプロトコルを作成した。2026 年度は、PROs/PREs を用いた支払い制度への応用に関するスコーピングレビューを実施する。最終的には、これら 3 つのレビュー結果を相互に比較・整理し、UHC と医療の質の観点から国際的優先課題を抽出した上で、我が国の国際協力政策に資する提言を行う。

WG5 では、UHC が掲げる「良質なサービスへのアクセス」を確保するためのアプローチを検討することを目的として、保健医療サービスの質向上に資する介入について、制度・組織・コミュニティの三層に着目したスコーピングレビューを実施している。2025 年度は、組織レベルおよびコミュニティレベルの介入に関するレビューを進めるとともに、制度レベルについては、支払い制度と医療の質との関連に焦点を当てた迅速レビューを複数回実施した。

これらの検討結果を踏まえ、2026 年度は、患者報告アウトカム（PRO: Patient-Reported Outcomes）および患者報告経験（PRE: Patient-Reported Experiences）の測定と、それらを支払い制度へ活用する方策に関するスコーピングレビューを実施する予定である。本テーマは、「患者中心の医療」の重要性が高まる中で、新たな医療の質評価指標として注目されている。

以下に、2025 年度に実施したスコーピングレビューの概要と、2026 年度に実施予定のス

コーピングレビューのプロトコルについて報告する。

A. ソーシャルメディアを活用した患者報告情報に関するスコーピングレビュー

ソーシャルメディアは、患者が医療機関や医療サービスに関する体験、意見、満足や不満を発信・共有する手段として広く利用されている。WHO はこれを、個人がデジタルプラットフォーム上で自身の受療経験を報告する「患者・市民報告（patient and citizen reporting）」の一形態と位置づけ、医療の質や安全性、サービスの利用可能性、医療従事者とのコミュニケーションに関するフィードバックを含むものとしている。

こうした患者報告情報は、従来のアンケート調査や苦情申立て制度を補完し、より迅速かつ可視化された形で医療の実態を把握できる点に意義がある。また、患者中心の医療においては、個人や地域の経験・価値観を重視することが求められており、患者からの報告

情報は医療の質評価に不可欠な要素とされている。

以上を踏まえ、本スコーピングレビューでは、患者が利用する SNS の種類、共有される情報の内容や形式、ならびにそれらの情報が医療の質改善にどのように活用され得るかを検討した。

方法

本レビューは JBI ガイドラインに基づいて実施した。文献検索には Embase、MEDLINE、Web of Science を用い、加えて WHO 等の国際機関によるグレー文献も対象とした。

文献の選定およびデータ抽出には Covidence を用い、2 名の独立した査読者が実施した上で、必要に応じて第三者が調整を行った。抽出したデータはテーマ別に整理・分析し、PRISMA-ScR に従って結果を報告した。最終的に 60 文献をレビュー対象とした。

結果

対象研究は主として米国および英国などの高所得国に集中しており、研究デザインとしては量的観察研究が大半を占めた。一方で、質的研究や混合研究法を用いた研究は比較的少数であった。研究目的としては、投稿内容のコンテンツ分析や医療の質改善への活用可能性の検討が多く、介入効果を検証した研究は限定的であった。

利用されていた SNS としては、Facebook や X (旧 Twitter) が主要な媒体であり、Yelp 等のレビューサイトも医療機関評価に広く利用されていた。患者が共有していた内容は、慢性疾患、泌尿器系疾患、がん、感染症（特に COVID-19）など多岐にわたり、病院、一次医療、専門医療等、幅広い医療サービスに関する経験が投稿されていた。投稿内容には、医療情報、満足度、待ち時間や費用などのシステム要因、医療従事者との関係性、治療経験、

心理的支援など、多様なテーマが含まれていた。

SNS 上の患者報告情報の利点として最も多く指摘されたのは、医療の質改善および患者満足度向上への活用可能性であった。特に、既存の医療サービスにおける課題やギャップの把握、患者の意思決定支援に有用である点が挙げられた。また、患者エンパワーメントおよび患者間の相互支援も重要な利点として示されており、SNS は多様な患者の声を可視化し、情報共有や孤立感の軽減に寄与していた。さらに、従来のアンケート調査等と比較して、リアルタイムかつ低コストで自然発生的なデータを収集できる点も評価されていた。ただし、医療評価における補完的データ源としての制度的活用は、現時点では限定的であった。

一方で、課題として指摘されたのは、SNS 利用者の偏りによる代表性の低さであり、若年層や高学歴層に偏る傾向が認められた。また、誤情報や偽レビューを含むデータ品質の問題、非構造データであることによる分析の難しさ、文脈情報の不足、感情分析の限界なども課題として挙げられた。さらに、倫理的・プライバシー上の問題に加え、極端な体験が投稿されやすい投稿バイアスや、オンライン上の評価と実際の医療の質が必ずしも一致しない点も指摘されていた。

ヘルスシステムへの示唆

ヘルスシステムの観点から、SNS 上の患者フィードバックを、医療の質評価、政策立案、監査、ベンチマーク等に活用することが挙げられた。一方、規制・法制度の整備、患者教育の強化、信頼性の高い情報利用の促進の必要性も指摘された。さらに、オンラインレビューの監視・認証を含む専門的ガバナンス体制の構築、医療従事者のコミュニケーション能力向上、AI 等の分析技術の活用も提案された。多くの研究において、SNS 由来の患者報告情

報を具体的にどのように制度へ組み込むかについては、十分な検討がなされていなかった。

B. 医療従事者の内発的動機づけと医療の質に関するスコーピングレビュー

本研究では、医療従事者の内発的動機づけを高める介入および政策手段を整理し、それらが医療の質向上に与える影響を検討することを目的として、PubMed、PsycINFO、Web of Science を用いた文献検索を実施し、215 件の文献を対象にスコーピングレビューを行った。

近年、医療従事者の行動や医療の質を理解する上で、「内発的動機づけ (intrinsic motivation)」は重要な概念として注目されている。これまでの研究では、給与やボーナスなどの金銭的・物質的報酬といった外的インセンティブが、医療従事者のパフォーマンスに与える影響に主として焦点が当てられてきた。しかし、医療従事者は経済的利益のみで行動するわけではなく、仕事そのものから得られる満足感や達成感、利他的価値観、専門職意識などの内面的要因も、医療の質に大きく関与することが示唆されている。また、医療従事者の利他的価値観や内発的動機づけは、医療の質向上のみならず、保健システム強化においても重要な要素であると考えられている。一方で、これらを高める効果的な介入について体系的に整理した研究は限られている。

2025 年度は、スコーピングレビューを通して、特に内発的動機づけの概念整理を行った。内発的動機づけの定義は学問分野によって異なる。心理学では、「外部からの報酬や圧力によらず、行為そのもの楽しさや満足を感じて行動すること」と定義される。代表的理論である自己決定理論 (Self-Determination Theory: SDT) では、動機づけは単純な内発的・外発的動機づけの二分法ではなく、外的動機づけから内発的動機づけへと連続的に整

理されている。具体的には、「外的動機づけ」「取り入的動機づけ」「同一化的動機づけ」「統合的動機づけ」「内発的動機づけ」の段階が示され、後者ほど自律性が高いとされている。

一方、行動経済学においては、内発的動機づけは「物質的報酬を伴わずに行動を促す原動力」と定義される。経済学では、①楽しさや満足感に基づく動機、②利他性や専門職意識などの内面化された価値観、③個人的目標に基づく動機、④社会的相互作用や評判・承認に基づく動機、の 4 つに整理されている。これらの一部は心理学では外発的動機づけに分類されるものの、両分野には共通する概念も多く認められる。

さらに、向社会的態度 (pro-social attitudes) と医療従事者の行動との関連を検討した研究では、向社会的態度が高いほど医療の質が向上することが示されている。また、向社会的価値観の高い医療従事者ほど、外的インセンティブへの依存度が低いことも報告されている。加えて、公共部門や非営利組織など、物質的報酬が比較的少ない領域で働く人々には、より強い向社会的選好がみられることも明らかにしている。

本研究では、心理学および経済学双方の視点を取り入れ、内発的動機づけを広義に捉えて分析を進めている。2026 年度は、①医療従事者の内発的動機づけを強化するために通常業務の中で実施されている介入、②それらの介入が医療の質に与える影響、③内発的動機づけを強化する介入および政策手段に関する既存文献の知識ギャップと今後の研究課題、について分析を進める予定である。

C. 患者報告アウトカム (PROs) および患者報告経験 (PREs) を活用した医療財政制度に関するスコーピングレビュー

本研究は、患者報告アウトカム（Patient-Reported Outcomes: PROs）および患者報告経験（Patient-Reported Experiences: PREs）が、医療の質評価にとどまらず、医療財政や支払い制度にどのように組み込まれているかを明らかにすることを目的としたスコーピングレビューである。

近年、患者中心の医療の重要性が高まる中で、医療提供者側の指標のみでは十分に把握できない、患者自身の健康状態や受療経験を評価する PROs/PREs への関心が国際的に高まっている。PROs は、症状や生活の質（QOL）など、患者自身が報告する健康状態を示す指標であり、PREs は、医療サービスに対する経験、満足度、医療従事者とのコミュニケーションなどを評価する指標である。これらは、患者視点を反映した新たな医療の質指標として注目されている。

近年、一部の国では、PROs/PREs を診療報酬制度や価値基盤型医療（Value-Based Healthcare: VBHC）に組み込む取り組みが進められている。しかし、その導入状況、制度設計、測定方法、運用上の課題について体系的に整理した研究は十分ではない。そこで本研究では、PROs/PREs がどのような支払い制度に活用されているのか、どの国・地域で導入されているのか、どのように測定・評価されているのかを整理するとともに、導入時の課題や成功要因、政策的示唆を明らかにすることを目的とする。

研究方法

本研究では、Joanna Briggs Institute（JBI）の方法論および PRISMA-ScR ガイドラインに基づくスコーピングレビューを実施する。対象文献は、PROs/PREs を医療財政や支払い制度と関連づけて検討した研究、制度設計や政策評価を扱う研究、ならびに原著論文、レビュー論文、政策報告書等とする。一方で、臨床研究におけるアウトカム指標としてのみ

PROs/PREs を使用している研究や、医療財政との関連が不明確な研究は除外する。

文献検索には MEDLINE、Embase、Web of Science、Scopus を使用し、必要に応じて政府報告書等のグレー文献も対象とする。検索語には、「patient-reported outcome」「PROM」「patient-reported experience」「PREM」「payment」「value-based healthcare」等を含める予定である。

文献選定は 2 名の研究者が独立して実施し、不一致が生じた場合には協議により調整する。データ抽出では、対象国・地域、支払い方式、測定ツール、制度への組み込み方法、導入上の課題、成功要因等を整理する。分析結果は、表形式およびナラティブサマリーとして提示する予定である。

期待される成果

本研究により、PROs/PREs を活用した医療財政制度に関する国際的動向を体系的に把握できることが期待される。また、患者中心ケアの推進や価値基盤型医療の制度設計に関する政策的知見を提供するとともに、今後の UHC 関連の医療制度改革に向けた基礎資料となることが期待される。

D. 2026 年度の研究計画

2026 年度は、2025 年度に実施した研究成果の取りまとめと発信を行うとともに、保健医療サービスの質向上に向けた制度レベルのアプローチとして、患者報告アウトカム（PROs）および患者報告経験（PREs）を活用した医療財政制度に関するスコーピングレビューを実施する予定である。

最終的には、これまで実施した 3 つのスコーピングレビューの成果を統合し、UHC とサービスの質の観点から、我が国が国際社会において優先的に取り組むべき課題について整理・提言を行う。

E. 研究発表

3つのスコーピングレビューの研究成果は、それぞれ論文として取りまとめ、保健医療政策分野の国際ジャーナルへ投稿・発表する予定である。

F. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

Working Group 6: 日本の公的医療保険制度の公平性の分析

研究分担者 本田 文子 一橋大学経済学研究科・社会科学高等研究院

研究要旨 ワーキンググループ 6 では、日本の公的医療保険制度における医療アクセスおよび財源負担の公平性について検証している。2025 年度は、保健医療財源における負担の垂直的公平性に焦点を当て、2010～2022 年の国民生活基礎調査を用いて実証分析を行った。世帯の支払い能力（ATP）を市場所得、税・移転前所得、税・社会保険料控除後所得の三種類で定義し、カクワニ指数により評価した結果、制度全体では市場所得基準では逆進的である一方、税・社会保険料控除後所得基準では累進的となり、再分配効果が確認された。また、被用者保険は概ね比例的ないしやや逆進的であり、非被用者保険では所得定義によって逆進的負担から累進的負担へ転じる傾向が認められた。

我が国は 1961 年に国民皆保険を達成したが、近年は少子高齢化の進展に伴い、社会構造の変化に対応しつつ制度の持続可能性を確保し、国民が必要な時に適切な保健医療サービスへアクセスできるよう、政府はさまざまな改革を進めている。

本研究班の最終目的である UHC に関する国際協力の指針策定にあたり、日本の経験を検証する観点から、ワーキンググループ 6 では日本の公的医療保険制度における公平性について分析を行っている。UHC の根幹にある「公平なアクセス」および「公平な負担」の観点から制度を検討し、日本の経験を国際社会へ発信することを目的とする。

2024 年度は、日本における①健康格差の分析および②保健・医療アクセスに関する「水平的公平性」の分析を実施した。これに加え、今年度は主として、医療保険財源の負担における公平性について分析を行った。

A. 研究目的

本研究は、日本の公的医療保険制度における保険料負担の垂直的公平性 (vertical equity)

を実証的に検証し、所得水準の違いに応じて保険料負担がどの程度適切に配分されているかを明らかにすることを目的とする。

日本は 1961 年に国民皆保険体制を確立して以降、被用者保険と非被用者保険を組み合わせた社会保険方式 (Social Health Insurance: SHI) を基盤として制度を運営してきた。しかし近年では、少子高齢化の進展および経済成長の鈍化を背景として、医療保険制度の持続可能性とともに、負担と給付の公平性の確保が重要な政策課題となっている。とりわけ、制度全体としての財源調達が「支払能力に応じた負担 (ability-to-pay principle)」にどの程度整合的であるかについては、十分な実証的知見が蓄積されているとは言い難い。

B. 日本の公的保険制度と保険料徴収

日本の公的医療保険制度は、多数の保険者が分立する点に大きな特徴を有する。制度全体では、市町村国民健康保険の保険者に加え、健康保険組合、協会けんぽ、共済組合など複数の保険者が並存している。これらは大きく被用者保険と非被用者保険（地域保険）に分

類され、被用者保険には主として民間被用者（中小企業および大企業）および公務員等が加入し、原則として被扶養者も保障対象に含まれる。一方、非被用者保険である国民健康保険は主に自営業者、無職者等を対象とし、また 75 歳以上の高齢者は後期高齢者医療制度に加入する。これらの制度間では加入者の年齢構成および所得分布が大きく異なるため、一人当たり医療費および財政構造にも顕著な差異が生じている。特に国民健康保険および後期高齢者医療制度では高齢者比率が高く、それに伴い医療費水準も相対的に高い傾向がある。これらの制度は公費による補助および低所得者に対する保険料軽減措置によって財政的に支えられている。

保険料の設定および賦課方式についても制度間で異なる。被用者保険では、保険者ごとに法律の枠組みの下で保険料率が設定されており、概ね標準報酬に対して約 9~11%程度の範囲で運用されている（事業主・被保険者間での折半が一般的である）。一方、国民健康保険および後期高齢者医療制度では、所得割に加えて均等割等の要素を組み合わせた賦課方式が採用されており、所得水準のみならず世帯構成等も負担に影響を与える構造となっている。さらに、国民健康保険については2018年の制度改革以降、財政運営の都道府県単位化が進められ、保険料水準の平準化が図られているものの、実際の賦課・徴収は市町村が担うなど、運用面では一定の分権性が維持されている。このように、制度間および制度内で負担構造が異なることは、医療保険制度全体としての公平性評価を複雑にする要因となっている。

C. 手法

本研究では、2010 年から 2022 年にかけて実施された「国民生活基礎調査（Comprehensive Survey of Living

Conditions: CSLC）」の個票データを用い、日本の公的医療保険制度における保険料負担の垂直的公平性を定量的に評価した。具体的には、保険料負担の累積分布と世帯の負担能力（Ability to Pay: ATP）の累積分布を比較することにより、制度の累進性・逆進性を測定した。ATP は、①市場所得（賃金、事業所得、資産所得等を含むが、公的給付を含まない所得）、②税・移転前所得（市場所得に社会保障給付等の政府移転所得を加えたもの）、③税・移転後所得（税および社会保険料負担を控除した可処分所得）の三種類で定義し、世帯規模の違いを調整するため等価尺度を適用した。また、垂直的公平性の指標として、ジニ係数と集中度指数の差として定義されるカクワニ指数（Kakwani index: KI）を用いた。この指標は理論上-2 から+1 の範囲を取り、負の値は逆進性、正の値は累進性を示す。

D. 研究結果

分析結果として、まず制度全体の保険料負担については、市場所得ベースで評価した場合には逆進的であることが確認された一方で、税・移転後所得を用いた場合には累進的となることが明らかになった。これは、公的給付や所得再分配制度が実質的に低所得層の負担軽減に寄与している可能性を示唆している。

次に制度別の分析では、後期高齢者医療制度および国民健康保険等の非被用者保険については、市場所得ベースでは逆進性が観察されるものの、税・移転前所得および税・移転後所得を用いると累進性へと転じる結果が得られた。これは、社会保障給付が所得分配の是正機能を果たし、特に高齢者や低所得世帯における負担緩和に貢献していることを示唆するものである。一方、被用者保険については、市場所得・税前所得・税後所得のいずれの基準においても全体としてはほぼ比例的である

が、わずかに逆進的な傾向が一貫して観察された。

E. 考察

これらの結果から、日本の医療保険制度における保険料負担は、制度全体として一定の所得再分配機能を有しているものの、その公平性の程度は支払い能力（ATP）の測定方法や制度類型によって異なることが明らかとなった。特に被用者保険では、所得に応じた負担調整が必ずしも十分とはいえず、保険料率の上限設定の在り方や、より明確な応能負担原則の導入について再検討の余地があると考えられる。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、世帯内で同一種類の保険に加入している世帯のみを分析対象としたため、サンプルサイズが縮小し、一部の世帯構成が分析から除外されている可能性がある。第二に、支払い能力の指標として所得を中心に用いており、家計の実態を十分に反映できていない可能性がある。今後は、資産や消費支出を含めた、より実態に即した支払い能力指標を用いた分析が必要である。さらに、日本の医療保険制度では多数の保険者がそれぞれ独自に保険料設定を行っていることから、同一の支払い能力を有する世帯間でも負担水準が異なる可能性がある。この点については、水平的公平性（horizontal equity）の観点から追加的な検証を進める必要がある。

F. 今後の研究方針

結果の頑健性を検証するため、世帯の消費支出を用いた ATP の測定手法を応用し分析を行い、世帯所得を用いた分析結果との整合性を確認する。

また、これまで Kakwani 指標を用いて負担の累進性を分析してきたが、これに加え、再分配による所得分布の変化を分解し、垂直的公平性、水平的公平性、および再ランク効果の観点から再配分効果を包括的に検証する。

G. 研究発表

刊行物

Oshio, T., R. Ping and A. Honda (2025). "Income-related inequality and horizontal inequity in healthcare utilization under population aging and labor market changes in Japan." *International Journal for Equity in Health* 25(1): 8.

Oshio, T., R. Ping and A. Honda (2025). "Trends in income-related concentration and inequality in health in Japan: evidence from population-based National surveys from 2001 to 2022." *Population Health Metrics* 24(1): 6.
A Honda. Equity in Insurance Contributions in the Japanese Mandatory Health Insurance System; Oral presentation at the 16th World Congress on Health Economics, International Health Economics Association, 19 –23 July 2025, Bali, Indonesia

学会など発表

A Honda. Securing the Future of Health and Well-Being for All at All Ages: Sustainable Financing Solutions; Session at the Prince Mahidol Award Conference 2026; organised by Asia Development Bank and National University of Singapore. 30 January 2026 (Panellist for the panel discussion)

H. 知的財産権の出願・登録状況：特になし。

Global Policy Tracking on Universal Health Coverage: Annual report for FY2025

1. Introduction

As a theme of the study entitled “*identifying novel components and effective measures to progress towards universal health coverage (UHC), with a focus on health crisis and quality of care*”, we have been conducted an international policy review since 1st April 2024 to examine the evolution of the UHC concept and explore novel elements in global UHC debates. This effort aims to identify potential areas where Japan can contribute to global progress towards UHC through international cooperation.

Specifically, this policy tracking exercise systematically monitors and collects international policy documents related to UHC to ensure up-to-date awareness of global UHC policies, strategies, and initiatives. It also serves to identify emerging dimensions of UHC. This report covers global UHC policies from 1st April 2025 to 31st March 2026.

2. Methods

2.1. Strategies for policy tracking

The following websites are reviewed every Monday throughout the research period. Relevant information, including new publications/policy documentation, news releases, and events, is extracted from their respective ‘News and Events’ sections of the following websites:

- UHC2030
- UHC Partnership
- Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All (SDG3 GAP)
- Alliance for Health Policy and Systems Research
- P4H Social Health Protection Network
- WHO UHC
- World Bank Health
- EuroHealth
- OECD Health

In addition, the International Health Policies (IHP) newsletter and other news sources are regularly monitored for key updates from international bodies (such as G7, G20, etc.) and relevant global health events.

2.2. Storage of information and analysis

NVivo 14 is used to store and manage the information collected from the above-mentioned policy tracking.

Thematic analysis is conducted using the following broad areas:

- Countries and regions
- Dimensions of UHC (including population coverage and inclusiveness; service coverage; financial protection; quality of care and effective coverage)
- Approaches to UHC (normative and conceptual approaches to UHC; social participation and community engagement; strengthening primary health care)
- Measurements of progress towards UHC (analytic methods and evaluation approaches; data systems, monitoring tools, and platforms; indicators of UHC progress and performance)
- Health system factors and UHC (health information systems; health service delivery; health workforce; financing; leadership and governance; medical products, vaccines and technologies)
- UHC and health issues (antimicrobial resistance; communicable diseases; NDCs and chronic conditions; maternal, reproductive, child, and preventive health)
- Global health issues (health systems resilience, health security, and preparedness; global health financing and political economy; global health governance, partnership, and global architecture; environmental, climate, and planetary health; equity, determinants, and innovation)

An inductive approach is used to identify key themes arising from the review of collected information.

2.3. Synthesis of information

The information gathered from policy tracking is summarized every two months, according to the themes identified through the analysis. These summaries are shared with the MHLW UHC study team.

This annual report for FY2025 is primarily based on the policy and academic documents listed in Appendix C, as well as the international global health events summarised in Appendix A. A visualisation of the thematic analysis coding conducted in NVivo is illustrated in Appendix B.

3. Findings

3.1. Countries and regions

UHC reform remains a global movement, with all regions receiving international attention. However, the distribution of references is uneven across regions. The African Region has gathered the most focus, followed by the Region of the Americas and the South-East Asia Region. The Western Pacific Region and European Region received a more moderate level of attention. The Eastern Mediterranean Region had the fewest references.

At the country level, the most frequently cited countries were Nigeria, Kenya, Uganda, Ghana, Ethiopia, and South Africa in the African Region; the United States, Brazil, Argentina, and Colombia in the Region of the Americas; India, Bangladesh, and Pakistan in the South-East Asia Region; Japan and Vietnam in the Western Pacific Region; and Tajikistan and Finland in the European Region.

Differences in the types of information included in the narratives were observed across regions. Although UHC was a common theme across all regions, the emphasis varied: some regions were framed mainly around health financing and fiscal sustainability, whereas others focused more on primary health care, insurance expansion, digital health, resilience, ageing, or equity in access.

The African Region narratives were the most extensive and covered the widest range of issues. A dominant theme was the shift from external aid dependency towards domestic resource mobilisation, health sovereignty, and self-reliance. The narratives also discussed innovative financing, health taxes, remittance-based insurance, public–private partnerships, and co-financing arrangements, making Africa the region most strongly framed around the political economy of health financing.

Another distinctive feature of the African Region was that UHC was often linked to health security and regional sovereignty. Several narratives discussed local manufacturing, pooled procurement, digital transformation, community health workers, and the Africa Health Security and Sovereignty agenda. This framed UHC not only as service coverage or financial protection, but also as part of a broader agenda on resilience, local production of health products, and reduced dependence on external actors.

The South-East Asia Region narratives were more concentrated around large-scale insurance expansion, implementation challenges, and fragmentation, especially in India. The materials focused on publicly funded health insurance schemes, private hospital participation,

digital health records, and the limitations of hospitalisation-focused coverage when primary care, diagnostics, preventive services, beneficiary identification, and provider payment systems remain weak.

The Region of the Americas had a more mixed narrative. For Latin America and the Caribbean, the focus was mainly on equity, primary health care, health system integration, resilience, and health financing reforms, including examples from Brazil, Guyana, Jamaica, Colombia, Peru, Paraguay, and Caribbean countries. However, the USA-related narratives introduced a different theme, focusing on the “America First” Global Health Strategy, bilateral health agreements, aid conditionality, co-financing requirements, data governance, and the political economy of global health assistance. Therefore, compared with other regions, the Americas included both domestic UHC reform narratives and broader geopolitical debates about the changing role of the United States in global health.

The Eastern Mediterranean and European regions had smaller or more dispersed evidence bases. The Eastern Mediterranean narratives included primary health care, pandemic preparedness, fragile and conflict-affected settings, and socioeconomic inequalities in access. The European Region was less dominated by insurance expansion and more oriented towards resilience, solidarity, financial protection, and maintaining public service delivery under economic, demographic, and crisis-related pressures.

The Western Pacific Region was more likely to include narratives around financial protection, ageing, mature UHC systems, and long-term sustainability. Japan’s relatively high number of references suggests attention to lessons from established universal coverage systems, while countries such as Vietnam and the Philippines contributed examples related to coverage expansion, primary care, community preparedness, and financial protection. Overall, the tracking materials suggest that UHC is a shared global goal, but the policy problems, reform instruments, and narrative framing differ across regions.

3.2. Dimensions of UHC

Population Coverage and Inclusiveness

UHC narratives increasingly frame population coverage as a matter of inclusion and equitable access, rather than simply expanding formal coverage. The coded materials repeatedly emphasize that achieving UHC requires reaching groups who may face greater barriers to health care, including people with low incomes, informal workers, refugees and migrants,

Indigenous peoples, people with disabilities, homeless populations, women, children and adolescents, older adults, and rural or remote populations. In this sense, “population coverage” is discussed less as a simple aggregate coverage rate and more as whether health systems are able to include socially, economically, and geographically marginalized groups.

Expanding coverage often requires targeted institutional and financing reforms. Several narratives highlight reforms intended to make coverage more inclusive, including efforts to extend insurance to informal workers, provide publicly financed support for poor or other vulnerable groups, expand benefits packages for refugees, improve access to primary health care for indigenous or remote populations, and strengthen legal entitlements for homeless people. These examples suggest that inclusive UHC depends on deliberate policy design, including public financing, benefit-package expansion, legal protections, and outreach mechanisms.

Inclusiveness also depends on removing barriers to access. The materials show that even when formal coverage exists, people may still face barriers related to affordability, geography, disability, stigma, legal status, low awareness, digital exclusion, or weak service availability. Therefore, population coverage should be assessed together with actual access and unmet need. Inclusive UHC requires identifying who remains outside effective access and adapting health systems to their needs, especially in contexts of ageing, migration, displacement, poverty, disability, and social exclusion.

Financial Protection

Financial protection remains central to UHC, but progress is threatened by persistent out-of-pocket payments. Across the coded materials, UHC is repeatedly framed as access to needed, quality health services without financial hardship. The narratives emphasize that high out-of-pocket payments remain a major barrier to care, leading to some patients to delay or forego needed care, while also exposing households to catastrophic or impoverishing health spending when they pay for care. Medicines, outpatient care, specialist consultations, and co-payments are highlighted as important sources of household financial burden in the coded materials. There is also growing attention to costs that are often excluded from standard financial protection indicators, such as transport and time costs, which can still prevent people from accessing care.

The burden of health costs is highly unequal and falls disproportionately on poor and other vulnerable groups. The materials repeatedly highlight that financial hardship is not evenly distributed. Poor households, rural populations, older people, women, people with chronic conditions, people with disabilities, informal workers, and other vulnerable groups are more likely to experience financial barriers or catastrophic expenditure. This suggests that financial protection should be understood not only as reducing average out-of-pocket spending, but also as protecting those most exposed to hardship and unmet need.

Strengthening financial protection requires moving beyond insurance coverage alone. Several narratives point out that enrolment in insurance or formal entitlement does not automatically guarantee effective financial protection. Policy responses discussed in the coded materials include reducing or restructuring copayments, expanding medicine and NCD coverage, improving subsidies for low-income groups, increasing domestic public financing, strengthening strategic purchasing, and improving monitoring of financial hardship.

Service Coverage

UHC requires a comprehensive package of essential services, extending beyond hospital care. The coded materials repeatedly emphasize that service coverage should include a broad range of health services, including primary care, preventive services, diagnostics, medicines, vaccines, assistive technologies, emergency and critical care, maternal and newborn care, NCD services, and referral pathways. A recurring message is that health coverage programs focused mainly on hospitalization or narrow benefit packages cannot fully deliver UHC, because many health needs occur outside inpatient care.

Essential health service packages are central policy tools for expanding service coverage. Several narratives highlight the importance of designing or revising essential health service packages under UHC. These packages are discussed as a way to define priority services, balance curative and preventive care, address NCD needs, and bring services closer to communities. The materials also suggest that countries are increasingly using service packages and priority-setting processes to translate broad UHC commitments into practical benefits.

Service coverage must be assessed through availability, access, and system capacity. The materials point out that nominal inclusion of services in a package is insufficient if people cannot obtain them. Key barriers include weak primary care infrastructure, shortages of

medicines and diagnostics, lack of emergency and critical care, inadequate medical imaging capacity, poor availability of basic facility services such as water, sanitation, hygiene, waste management, and electricity, and geographic barriers for rural populations. Therefore, service coverage is framed not only as “what is covered” but also as whether services are physically available, accessible, and usable in practice.

Quality of Care, and Effective Coverage

UHC requires access to quality care, not just service availability. The coded materials emphasize that services should be accessible, affordable, effective, safe, and people centered. Poor-quality or unsafe care limits the health gains from expanded coverage, making quality of care a core condition for UHC.

Effective coverage links service use with quality and health benefit. The narratives distinguish effective coverage from simple contact coverage. Effective coverage refers to whether people who need services receive care of sufficient quality to achieve potential health gains. This shifts attention from whether services are formally available or used, to whether they are delivered well enough to improve outcomes. Some materials also highlight effective coverage measurement as a useful tool for identifying where gaps occur across the care pathway.

Patient safety, quality-assured health products, and user experience are important parts of quality-oriented UHC. Several materials stress that quality also depends on safe care, reliable medicines and health products, and health-system conditions that support trust. Patient safety problems, poor service experiences, inadequate staffing, lack of essential medicines, weak infrastructure, and unsafe or ineffective products can undermine UHC even when financial or population coverage improves. UHC monitoring and reform should therefore look beyond coverage levels to capture quality, safety, health outcomes, user experience, and access to quality-assured health products.

3.3. Approaches to UHC

PHC strengthening

PHC is increasingly framed as the core pathway to UHC, equity, and health system resilience. Across the tracked materials, PHC is repeatedly described as foundational for accelerating

UHC, maintaining essential services during emergencies, and strengthening preparedness and response capacities. This is visible in WHA, UHC2030, G20, and regional policy narratives.

The policy focus is shifting from simple service expansion to comprehensive, integrated, and people-centred PHC systems. Comprehensiveness in PHC has two dimensions: the breadth of care, covering a wide range of services, settings, health needs and conditions; and the approach to care, including one-stop, whole-person, coordinated, referral-linked and longitudinal care. Strengthening PHC therefore means not only expanding access to basic services, but also ensuring that primary care can address prevention, NCDs, mental health, oral health, emergency preparedness and essential service packages in a continuous and coordinated way.

Achieving this requires a set of enabling reforms. The coded narratives highlight the importance of strengthening the PHC workforce, developing multidisciplinary teams, improving PHC financing, supporting decentralised governance, and building stronger PHC governance and leadership. Other important enablers include integrating primary and community care, developing PHC provider networks, promoting multisectoral collaboration, using pharmacies as health hubs, and applying digital and technological tools to support access, coordination and monitoring. These enablers suggest that PHC strengthening is not only a service-delivery reform, but also a broader system transformation involving workforce, financing, governance, digital infrastructure and community-level integration.

Social participation

Social participation is increasingly presented as a core governance mechanism for UHC, not just a consultation exercise. Recent policy narratives emphasize that people, patients, communities, civil society, and health workers should be involved across the policy cycle, including design, implementation, monitoring, and decision-making.

Participation is strongly linked to equity and inclusion. The theme highlights the need to include groups whose voices are often under-represented, including women, youth, people with disabilities, patients, vulnerable and marginalised populations, and community actors. This reflects a broader concern that UHC cannot “leave no one behind” unless affected populations can shape priorities and accountability mechanisms.

There is growing attention to making participation regular, transparent, and institutionalised. The tracked narratives stress the importance of sustained engagement

mechanisms, public policy or legal support, and capacity building for civil society, rather than one-off or symbolic participation.

3.4. Measurement of UHC

Indicators of UHC Progress and Performance

UHC measurement continues to rely on two core SDG indicators: service coverage and financial protection. The narratives repeatedly refer to SDG 3.8.1, measured through the UHC Service Coverage Index, and SDG 3.8.2, measuring financial hardship due to out-of-pocket health spending. These indicators show a mixed picture: service coverage has improved over time, but progress has slowed or stagnated, while financial hardship remains a major concern.

The definition of financial hardship has recently been revised to better capture the out-of-pocket health spending, especially among poorer households. The revised SDG 3.8.2 moves beyond the previous catastrophic spending thresholds of 10% or 25% of total household income or consumption. It now defines financial hardship as out-of-pocket health spending exceeding 40% of household discretionary budget, where the discretionary budget is calculated as total household income or consumption minus a basic-needs threshold. This change integrates catastrophic and impoverishing health spending into a single, more equity-sensitive indicator.

There is growing interest in broader indicators beyond composite UHC indices. The narratives mention effective coverage, service availability and readiness, unmet health care needs, forgone care, health outcomes, and the number of people lacking access to essential services. This suggests a shift toward measuring not only whether services exist or are nominally covered, but whether people can access needed, quality care without financial hardship.

Data systems, monitoring tools, and platforms

Recent UHC narratives place growing emphasis on data infrastructure for monitoring progress and accountability. The coded materials refer to a range of monitoring tools and platforms, including [UHC Watch](#), [UHC2030's Global UHC Action Tracker](#), the [WHO Health Inequality Data Repository](#), [WHO's Health Inequality Monitoring Network](#), the [Health Equity Assessment](#)

[Toolkit](#), and [ACT for UHC](#). These suggest that UHC monitoring is increasingly supported by dedicated platforms rather than only periodic reports.

New and updated indicators are being incorporated into global monitoring products and international databases. Following the 2025 comprehensive review of the SDG indicator framework, revisions to SDG indicators 3.8.1 and 3.8.2 were approved and reflected in the [2025 Global Monitoring Report](#) and the [World Development Indicators](#).

Important data gaps remain, especially for equity, unmet need, and access barriers. Several narratives note that current UHC monitoring does not fully capture people who need care but cannot obtain it. Data on unmet need, forgone care, access barriers, and social care remain uneven across countries and regions, limiting comparability and the ability to monitor whether UHC progress is inclusive.

3.5. Health system factors and UHC

Private sector service delivery, governance of public–private partnerships, and regulations on private investment in healthcare

Private sector engagement may support UHC when it is aligned with public goals. The private sector is increasingly involved in service delivery, especially in mixed health systems and areas where public capacity is limited. It can help expand service availability, mobilize additional resources, introduce innovation, and support delivery of primary care and specialized services. However, private sector growth does not automatically advance UHC. Without strong public stewardship, it may reinforce fragmentation, uneven quality, and unequal access.

Public–private partnerships require strong governance, not only contracting. The narratives emphasize that PPPs may contribute to UHC when supported by clear institutional arrangements, accreditation systems, accountability mechanisms, sustainable financing, and political commitment. Weak contract management, limited regulatory capacity, poor coordination with national health planning, and trust deficits between public and private actors can reduce their effectiveness. Therefore, PPPs should be embedded within the broader UHC planning rather than implemented as isolated or project-based initiatives.

Regulation of private investment is imperative to protecting equity, quality, and financial protection. The materials raise concerns about the risks of poorly regulated private sector involvement, including fraud in insurance-linked hospital contracting, patient rights abuses and

malpractice in for-profit healthcare investments, and the broader financialization of healthcare, where health services and systems are increasingly treated as investment assets. Strong regulation is needed to ensure that private providers and investors contribute to UHC objectives rather than weakening them. This includes oversight of private hospitals, claims and payment systems, quality standards, patient protection, and safeguards against excessive commercialization of essential health services.

Health workforce development and strengthening

Health workforce shortages constrain both UHC expansion and service readiness. The coded materials present the health and care workforce not only as an input into health systems, but as a condition for making UHC operational. Workforce gaps limit countries' ability to expand primary health care, maintain essential services during emergencies, deliver maternal and newborn care, respond to NCDs, and improve quality of care. The issue is especially visible in low- and middle-income countries and in Africa, where shortages are associated with wider concerns about health security, service coverage, and system resilience.

Workforce development needs to go beyond training to include employment, retention, fair pay, and supportive working conditions. The coded materials emphasize investment in education, lifelong learning, and upskilling, but also warn that training alone is insufficient if governments cannot employ and retain trained workers. Workforce strengthening therefore requires not only training more workers but also ensuring that health budgets and employment policies allow governments to hire, retain, and support them. Otherwise, countries may produce trained workers who remain unemployed, migrate, or cannot be absorbed into the public health system.

Task shifting, upskilling, and community-based roles are important strategies for strengthening PHC-oriented UHC. Several narratives point to expanding and upskilling community health workers, nurses, doctors, and multidisciplinary teams to deliver comprehensive primary care, emergency care, maternal and newborn health services, NCD care, rehabilitation, and services for migrants and vulnerable populations. Task shifting and skill-mix reforms can help address workforce shortages and improve service coverage, but they require clear regulation, supervision, financing, career pathways, and integration into national health workforce strategies.

Public financial management (PFM) and budgeting

Effective budget execution and adaptive public financial management are essential for ensuring that health financing commitments are translated into progress toward UHC. The narratives repeatedly show that UHC depends not only on how much money is allocated to health, but also on whether funds are released on time, executed as planned, and used effectively. Weak budget execution, delayed fund flows, rigid spending rules, poor cash management, and low absorption (i.e., failure to spend allocated funds effectively or on time) can mean that approved health budgets do not translate into medicines, staff, services, or improved access. PFM is therefore not merely an administrative issue, but also a core health system function that is foundational to UHC.

Budgeting for UHC requires better alignment between health priorities, domestic budgets, and external assistance. The materials emphasise the need to move away from fragmented, project-based financing toward more integrated and country-led budgeting systems. Approaches such as “[One Plan, One Budget, One Report](#)” highlight the importance of aligning domestic resources and donor funding with national health priorities, especially PHC and essential service packages. This is particularly important as countries face declining external assistance and increasing pressure to build more self-reliant health financing systems.

Digitalisation, transparency, and accountability can improve budget credibility and efficiency, but this requires strong governance. Several narratives point to digital PFM systems, fiscal transparency, procurement reform, and accountability mechanisms as ways to reduce misuse of funds, duplication, fraud, and inefficiencies. These reforms can help governments make better use of limited resources and protect priority areas such as medicines, supply chains, and PHC. However, digitalisation alone is not enough; it needs to be accompanied by institutional capacity, clear rules, oversight, and coordination between health, finance, and development partners.

Revenue generation and resource mobilization

Domestic resource mobilization has become increasingly prominent in UHC discussions as external aid becomes less predictable. The narratives repeatedly emphasise a shift from aid-dependent health financing toward more self-reliant, domestically anchored systems. Declining or uncertain external assistance has increased pressure on countries to expand public financing for health through domestic budgets, stronger tax systems, and better

alignment of remaining external support with national priorities. Domestic public financing is therefore presented as the foundation for sustainable UHC, rather than simply one funding source.

Fiscal space for health can be expanded through reprioritisation, tax reform, health taxes, and efficiency gains. The materials identify several pathways for increasing resources for health: raising the share of government budgets allocated to health, improving general revenue collection, reforming tax exemptions, introducing or increasing health taxes on tobacco, alcohol, and sugary drinks, and improving efficiency in spending. Health taxes are framed as especially attractive because they can both generate revenue and reduce harmful consumption. However, the materials also stress that new revenue must be accompanied by stronger public financial management, transparency, and accountability, otherwise additional resources may be lost through misuse, inefficiency, or weak execution.

Resource mobilization is political, not only technical. A recurring message is that countries often have policy options to expand fiscal space, but implementation depends on political leadership, public trust, governance capacity, and negotiations between ministries of health and finance. High debt repayments, competing budget priorities, weak tax collection systems, large informal economies, and industry opposition to health taxes can all limit progress. Therefore, successful resource mobilization for UHC requires not only evidence on financing options, but also political support and realistic budget commitments. Health investment also needs to be framed as contributing to economic productivity, system resilience, equity, and social stability.

Digital health information systems, digital health and AI, and regulation of science and innovation for health

Digital health and AI are increasingly framed as tools to accelerate UHC, but they can only add value when they are connected to routine service delivery, financing, governance, and health information systems. The narratives present digital tools, telehealth, AI diagnostics, digital health records, e-prescriptions, and health insurance decision tools as ways to expand access, improve quality, strengthen primary care, support financial protection, and improve decision-making. However, the coded materials also suggest that digital technologies should not be treated as separate technical solutions. To contribute meaningfully to UHC, they need to be

integrated into routine service delivery, health financing, public health functions, and PHC reforms.

Strong health information systems and data governance are essential for digital transformation. Digital transformation relies on reliable and standardized health information systems that can share data across different parts of the health system. The materials highlight the importance of electronic records, health data platforms, real-time surveillance, data sharing agreements, digital certification networks, and public health intelligence systems. These systems can support better planning, epidemic intelligence, resource allocation, and monitoring of UHC progress. On the other hand, concerns around data security, data sovereignty, privacy, and unequal access show that digital health requires clear governance and safeguards.

Innovation must be regulated and governed to ensure equity, safety, and public benefits. The coded materials show that science and innovation can contribute to UHC through new diagnostics, medicines, vaccines, medical devices, AI tools, local manufacturing, and digital platforms. However, innovation may also widen inequalities if access, affordability, quality, and safety are not addressed. Regulatory priorities include quality assurance of health products, standardization of medical device nomenclature, oversight of AI and data use, stronger alert and reporting systems for substandard or falsified medical products, and support for locally relevant innovation. The key message is that innovation should be promoted but also governed so that it advances equity and health system resilience rather than only technological expansion.

3.6. Disease-specific issues and UHC

Non-communicable diseases (NCDs) and mental health

A central message from the coded materials is that NCDs and mental health are increasingly framed as core UHC issues, rather than as separate disease-specific agendas. The [2025 UN Political Declaration on NCDs and mental health](#) explicitly links the prevention and control of NCDs to UHC, calling for integrated, sustainable, resilient and well-financed health systems that cover health promotion, prevention, screening, diagnosis, treatment, care, and rehabilitation, while also emphasizing well-functioning referral systems linking primary care with secondary and tertiary care. This places NCDs and mental health within the broader UHC agenda.

Primary health care (PHC) is regarded as the main platform for integrating NCD and mental health services into UHC. A recurring message is that countries need to shift from specialized, fragmented or hospital-centered models toward integrated PHC and community-based care. This includes expanding services for hypertension, diabetes, cancers, chronic respiratory diseases, chronic kidney disease, anxiety and depression, while also strengthening referral pathways for conditions requiring specialized care.

Moreover, the materials emphasize that the inclusion of NCDs and mental health in UHC depends on the wider health system conditions needed to deliver services in practice. Countries need sustainable financing, affordable essential medicines, stronger workforce capacity, better surveillance and data systems, and multisectoral governance. Without these system enablers, people may remain covered in principle but still face unmet needs, out-of-pocket spending and poor continuity of care.

Antimicrobial resistance (AMR)

AMR is framed as both a UHC and health security issue. The coded materials present AMR as a threat to universal access to effective, quality care because resistant infections undermine diagnosis, treatment and patient safety. AMR is also linked to pandemic preparedness, climate change, widening health inequities and broader health system resilience, showing that it is not only a technical issue of medicines, but also a systemic risk for UHC.

Stronger surveillance, data systems, science and innovation are central to the AMR response. A recurring message is the need to improve collection, analysis and use of data on antimicrobial resistance and antimicrobial use. The materials highlight the [WHO Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System \(GLASS\) reporting](#), national surveillance coverage, burden estimation, priority pathogen lists, research agendas, product pipelines and R&D incentives. This suggests that effective AMR action depends on better strategic information as well as innovation in diagnostics, medicines and public health tools.

Governance and financing remain major implementation challenges. The materials emphasize that many countries have national AMR action plans, but implementation requires stronger financing, multisectoral One Health governance, health workforce training, public awareness, and integration of AMR interventions into primary health care. [The World Health Assembly decision to update the Global Action Plan on AMR](#) for discussion at 2026 World Health Assembly reflects the need to move from plans and commitments toward practical

implementation, including infection prevention, access to affordable diagnosis and appropriate treatment, surveillance, research, awareness, governance and financing.

Maternal, newborn, child and adolescent health

Maternal, newborn, child and adolescent health remain important priorities within UHC, but progress is uneven and vulnerable to setbacks. The coded materials emphasize that preventable deaths among women and newborns remain a major concern, and that slowed progress requires renewed acceleration plans, investment, and stronger implementation. UHC is therefore framed not only as expanding general service coverage, but also as ensuring access to quality, affordable essential health and nutrition services for women, children and adolescents. The materials also highlight the importance of data for monitoring progress, best-practice interventions, sexual and reproductive health services, newborn care, prevention of preterm births, and protection from harmful commercial practices such as digital marketing of breast-milk substitutes.

Financial protection, sustainable financing and service continuity are key to maintaining access, especially in fragile, rural and underserved settings. Free or subsidised maternal and child health services can improve access, but the materials also underscore that these policies require adequate and sustainable financing to avoid risks such as shortages of essential medicines and supplies, service disruption and fiscal pressure. Aid cuts and donor transition also create risks for countries that depend heavily on external funding. This suggests that removing user fees alone is not enough; countries also need domestic resource mobilisation, efficient service delivery, stable financing arrangements, and targeted support for women, children and adolescents in fragile, conflict-affected and vulnerable contexts.

Communicable diseases (including HIV and immunization)

Communicable disease discussions concentrate on a set of recurring disease areas, especially HIV, tuberculosis, malaria, immunization and vaccine-preventable diseases, neglected tropical diseases, and skin diseases. Across these areas, the coded materials focus less on disease control in isolation and more on whether countries can sustain access to prevention, diagnosis, treatment, vaccines and elimination programmes under changing financing and health system conditions. The materials also show that progress remains vulnerable to aid cuts, drug and insecticide resistance, outbreaks, conflict, and weak frontline service capacity. This makes

communicable disease control closely connected to UHC through service continuity, affordability, and the resilience of routine health systems.

Integration into primary health care is presented as a response to sustainability pressures facing disease-specific programmes. The coded materials show that programmes for HIV, TB, malaria and immunization have achieved major gains, but these gains are increasingly exposed to aid cuts, donor transition and shifting global health priorities. Rather than maintaining separate or donor-dependent service channels, several materials point to the need to embed HIV and TB services, immunization and other communicable disease interventions into primary care systems. This is recommended as a strategy to protect service continuity, improve efficiency and make disease responses less vulnerable to external funding shocks.

Sustaining progress depends on financing, innovation and the ability to protect services during crises. The materials highlight the need for both domestic and international financing to sustain HIV, TB, malaria and immunization programmes. They also emphasise innovation, including new vaccines, diagnostics, financing tools, regional manufacturing and access strategies. At the same time, conflict, humanitarian crises, outbreaks and health system disruptions can interrupt vaccination, treatment and disease elimination efforts. In brief, communicable disease progress depends not only on disease-specific tools, but also on resilient delivery systems that can maintain essential services during financial, political and emergency shocks.

3.7. Global health issues and UHC

Global Health Governance, Partnerships, and Global Architecture

Global health governance reform is increasingly framed around country ownership, sovereignty, and alignment with national UHC priorities, especially against the backdrop of major aid cuts and financing uncertainty. The coded materials repeatedly emphasize that global health initiatives and external partners should better support country-led priorities, align with countries' own plans for sustainable domestic health financing, and reinforce UHC reforms defined by national governments. The Lusaka Agenda, National Health Compacts, and Africa-led health sovereignty discussions all reflect a shift away from fragmented, donor-driven initiatives towards more coordinated support for country-owned, sustainable health systems.

Partnerships remain imperative to UHC, but the quality of partnership matters: coordination, accountability, and mutual responsibility are recurring concerns. Many narratives

highlight partnerships among WHO, the World Bank, governments, regional institutions, development banks, civil societies, and technical partners. However, the emphasis is not simply on having more partnerships, but on making them better aligned, less fragmented, more transparent, and more accountable to countries and communities. Examples include peer-learning platforms and the UHC Knowledge Hub, which support knowledge exchange and capacity building; National Health Compacts, which aim to align partners behind country priorities; and broader calls for stronger coordination across global health actors.

The global health architecture is under pressure from geopolitical fragmentation, financing constraints, and weakened multilateralism, creating both risks and opportunities for UHC. The materials describe a difficult global environment affected by shrinking aid, WHO financing pressures, debates over pandemic governance, and concerns about fragmented bilateral or multilateral arrangements. At the same time, these pressures are creating momentum for reform: strengthening WHO's core functions, improving global health financing architecture, supporting regional leadership, and building more resilient, integrated health systems.

Health Systems Resilience, Health Security, and Preparedness

UHC narratives is increasingly presented alongside health security, preparedness, and resilience agendas. The coded materials repeatedly connect UHC with pandemic prevention, preparedness and response, health emergency readiness, and health system resilience. A key message is that countries cannot achieve UHC if health systems are unable to maintain essential services during pandemics, conflicts, climate-related shocks, outbreaks, and humanitarian crises. Resilience is therefore framed as a core condition for sustaining UHC, not only as an emergency response function.

Preparedness is increasingly framed as something that should be built into routine health systems. The coded materials suggest that emergency readiness should not depend only on separate crisis-response structures. Instead, resilient systems require strong primary health care, integrated service delivery, community-based services, health workers, surveillance, supply chains, and continuity of essential care. They should be able to detect and respond to outbreaks while maintaining routine services such as immunization, maternal and child health care, NCD care, mental health services, and care for vulnerable groups.

Current crises expose the fragility of health systems and the need for sustained investment, domestic financing, and international cooperation. The materials describe multiple pressures on health systems, including pandemics, conflict, climate change, humanitarian emergencies, aid cuts, workforce shortages, medicine shortages, and weak infrastructure. These combined pressures underline the importance of predictable financing, stronger domestic resource mobilization, better aligned external support, and continued investment in health workers, PHC, emergency preparedness, and regional and global cooperation.

Global Health Financing and Political Economy

UHC is facing a major financing squeeze as aid declines, debt burdens rise, and fiscal space narrows. The coded materials repeatedly describe a difficult financing environment for health systems, especially in low- and middle-income countries. Declining official development assistance, donor retrenchment, high debt servicing, costly borrowing, economic uncertainty, and trade shocks are all presented as threats to advancing UHC. A key concern is that countries are being encouraged to rely more on domestic health financing at a time when government budgets are already under severe pressure.

Global health financing narratives are shifting from aid dependency towards domestic resource mobilization, but this transition is politically difficult. The materials call for more domestic public financing, health taxes, debt relief, innovative financing, and stronger public financial management. However, raising and protecting health budgets depends on political choices: how governments tax, allocate budgets, manage debt, and prioritize health against other demands. The challenge is therefore not only how to finance UHC, but also how to build political support for sustained health investment under fiscal pressure.

Global health financing is becoming more geopolitical and contested, raising concerns about power, sovereignty, and accountability. The materials show that health financing is increasingly shaped by aid cuts, geopolitical tensions, bilateral agreements, private capital, and donor priorities. Some narratives present the shift away from aid as an opportunity for self-reliance, while others warn that co-financing conditions, private-sector bias, debt, and fragmented bilateral deals may limit countries' fiscal autonomy or weaken multilateral coordination. The key message is that sustainable UHC financing requires not only more resources, but also fairer, more accountable financing arrangements aligned with country priorities.

4. Discussion – Highlights from FY2025 and differences from FY2024

Compared with FY2024, FY2025 shows a stronger shift from technical discussions of health financing reform towards the political economy and geopolitics of UHC financing. UHC is increasingly framed not only as a matter of mobilising more resources, but also as a challenge of safeguarding public health budgets, maintaining country ownership, and ensuring fair and accountable financing arrangements under fiscal pressure.

A second highlight of FY2025 is the stronger focus on the implementation capacity required to translate UHC commitments into service access. While FY2024 emphasised PHC as an inclusive and cost-effective pathway to UHC, FY2025 places greater attention on the practical conditions that make UHC achievable in practice, including service availability, primary care infrastructure, medicines and diagnostics, health workforce capacity, financing, governance, digital systems, and community-level integration. This suggests a shift from asking whether countries are committed to UHC towards asking whether health systems have the capacity to deliver accessible, quality services on the ground.

A third difference is that FY2025 places greater emphasis on the infrastructure of UHC monitoring. While FY2024 highlighted the conceptual importance of effective coverage, quality of care, unmet need, and user experience, FY2025 shows a stronger movement toward operationalising these concerns through revised indicators, monitoring platforms, health inequality data systems, and tools for tracking accountability. This suggests that UHC monitoring is moving beyond aggregate coverage levels towards more equity-sensitive and performance-oriented measurement.

Appendix A: Key UHC-related events in FY2025

Title of the event	Hosting organization	Date	Place	Note
World Health Day	(led by) WHO	April 7, 2025	n/a	The theme was “ <i>Healthy Beginnings, Hopeful Futures</i> ”, emphasizing maternal and newborn health.
58th Session of the Commission on Population and Development (CPD58)	UN Commission on Population and Development (a functional commission of the ECOSOC)	April 7-11, 2025	New York City, USA	
Thirteenth Meeting of the Intergovernmental Negotiating Body (INB) on the Pandemic Agreement	WHO	April 7-12 and April 15, 2025	Geneva, Switzerland	
2025 Annual Spring Meetings of the IMF and the World Bank	IMF and the World Bank	April 21 to 26, 2025	Washington DC, USA	
International Symposium titled “ <i>Strengthening Global Health Governance: Defending the Public Interest and Holding Powerful Private Actors Accountable</i> ”	United Nations University International Institute for Global Health and the Malaysia-based Third World Network	April 22, 2025	Kuala Lumpur, Malaysia	
Second General Meeting of the Global Coordination Mechanism in NCDs (GCM/NCD)	WHO	April 23 to 25, 2025	Online	
World Immunization week	(led by) WHO	April 24 to 30, 2025	n/a	The theme was “ <i>Immunization for All is Humanly Possible</i> ”, focusing on

				expanding access across all age groups.
World Malaria Day	(led by) WHO	April 25, 2025	n/a	The theme was “ <i>Malaria Ends With Us: Reinvest, Reimagine, Reignite</i> ”.
World Health Summit Regional Meeting 2025	NIMS University and Manipal Academy of Higher Education and Ashoka University	April 25 to 27, 2025	New Delhi, India	This event was organized within the framework of the World Health Summit Academic Alliance.
3rd Iran–Africa Economic Cooperation Summit	Iranian government	April 27 to 29, 2025	Tehran, Iran	
2025 UN ECOSOC Forum on Financing for Development Forum (FfD Forum)	UN Economic and Social Council (ECOSOC) and UN Department of Economic and Social Affairs (UN DESA)	April 28 to 29, 2025	New York City, USA	
A convening for charting a pathway for sustainable financing of Africa’s resilience	Resilience Action Network Africa (RANA), AIDS Healthcare Foundation (AHF) Kenya, and Pandemic Action Network (PAN)	April 30, 2025	Kenya	This event led to an outcome statement signed by 30 civil society partners.
53rd Global Fund Board meeting	Global Fund	May 7-9, 2025	Geneva, Switzerland	
Webinar titled “ <i>Reducing Fragmentation of PHC Financing: Review of Experiences</i> ”	Global Financing Facility	May 8, 2025	Online	
Third G20 Health Working Group Meeting	G20	May 8-9, 2025	Online	Under the South African G20 Presidency
78 th World Health Assembly (WHA78)	WHO	May 19 to 27, 2025	Geneva, Switzerland	Under the theme of “ <i>One World for Health</i> ”

Webinar titled “How can Europe sustain affordable access to health care? Re-thinking health financing policy in an age of uncertainty”	WHO European Region	May 26, 2025	Online	
WHO 157 th Executive Board meeting	WHO	May 28-29, 2025	Geneva, Switzerland	The next Regional Director for the WHO African Region was appointed.
4 th G20 Health Working Group Meeting	G20	June 10 – 13, 2025	Johannesburg, South Africa	
G7 Summit	G7	June 15-17	Kananaskis, Alberta, Canada	
BRICS Health ministers’ meeting	BRICS	June 17, 2025	Brasília, Brazil	
Health20 Summit (H20)	G20 Health & Development Partnership	June 19 - 20, 2025	WHO headquarter in Geneva, Switzerland	
2 nd Session of the Nigeria–Brazil Strategic Dialogue Mechanism (SDM)	Nigeria and Brazil	June 23 - 26, 2025	Abuja, Nigeria	
4th International Conference on Financing for Development (FfD4)	(led by) United Nations	June 30 – July 3, 2025	Seville, Spain	
17th BRICS Summit	BRICS	July 6 – 7, 2025	Rio de Janeiro, Brazil	
INclusive, Sustainable, Prosperous, and REsilient (INSPIRE) Health Systems in Asia and the Pacific Health Forum	ADB	July 7-11, 2025	ADB headquarters, Manila, Philippines	
Webinar provided an overview of the main expectations for the 2025 HLPF	Cepei (the Centre for International Studies and Business) and IISD (the International	July 9, 2025	Online	

	Institute for Sustainable Development)			
2025 United Nations High-Level Political Forum on Sustainable Development (HLPF)	United Nations	July 14 - 23, 2025	UN Headquarters in New York, USA	
Webinar on “Advancing gender-responsive health systems for UHC: Launch of UHC2030’s strategic narrative to drive advocacy and action”	UHC2030, Women in Global Health, CSEM, PMNCH, IFMSA, Women Deliver, and the Alliance for Gender Equity and UHC	July 18, 2025	online	
A multi-stakeholder hearing on the occasion of the thirtieth anniversary of the Beijing Declaration and Platform for Action	WHO and UHC2030	July 24, 2025	UN Headquarters in New York City, USA	
World Hepatitis Day	[global campaign]	July 28, 2025	[global campaign]	The theme for 2025: Hepatitis: Let’s Break It Down
Africa Health Sovereignty Summit	Government of Ghana	August 5, 2025	Accra, Ghana	
9th Tokyo International Conference on African Development (TICAD 9)	Government of Japan	August 20-22, 2025	Yokohama, Japan	Theme: Co-Create Innovative Solutions with Africa
75th Session of the World Health Organization’s Regional Committee for Africa (RC75)	WHO	August 25 - 27, 2025	Lusaka, Zambia	
National dialogue on ‘Reimagining the future of health financing in Nigeria’	Government of Nigeria	Sep 1-4, 2025	Abuja, Nigeria	

Webinar on 'Budget Execution in Health: From Bottlenecks to Solutions'	Global Financing Facility, WHO, and World Bank Group	Sep 4, 2025	Online	
Webinar on 'From Dialogue to Action: Insights on Financing NCDs and Mental Health Ahead of the 2025 UN High-Level Meeting'	World Bank Group	Sep 18, 2025	Online	
Second meeting of the Intergovernmental Working Group (IGWG) on the WHO Pandemic Agreement	WHO	Sep 15-19, 2025	Hybrid (Geneva, Switzerland)	
UN General Assembly High-level Week 2025	UN General Assembly	Sep 22-30, 2025	New York City, USA	Theme: Better together: 80 years and more for peace, development and human rights
High-Level Meeting to Commemorate the 30th Anniversary of the Fourth World Conference on Women ("Beijing+30" commemoration)	UN General Assembly	Sep 22, 2025	New York City, USA	
Climate Summit 2025: The path to COP30	UN General Assembly	Sep 24, 2025	New York City, USA	
Fourth High-Level Meeting of the UN General Assembly on the prevention and control of NCDs and the promotion of mental health and well-being (HLM4)	UN General Assembly	Sep 25, 2025	New York City, USA	
28 th European Health Forum Gastein	European Health Forum Gastein (EHFG)	30 September – 3 October, 2025	Gastein, Austria	
World Health Summit 2025	World Health Summit (WHS)	12-14 Oct 2025	Berlin, Germany	

Annual Meetings of the World Bank Group (WBG) & the International Monetary Fund (IMF) 2025	World Bank Group & IMF	13-18 October 2025	Washington DC, USA	
4 th International Conference on Public Health in Africa (CPHIA 2025)	Africa CDC and Government of South Africa	22-25 October 2025	Durban, South Africa	Theme: “Moving Towards Self-Reliance to Achieve Universal Health Coverage and Health Security in Africa”
Webinar on “Digital technologies for health financing: lessons on what works and how to implement”	Global Financing facility, World Bank Group & WHO	6 November 2025	Online	
G20 Health Ministerial Meeting	G20 & Government of South Africa	6-7 November 2025	Limpopo, South Africa	
2025 United Nations Climate Change Conference (COP 30)	UNFCCC & Government of Brazil	10-21 November 2025	Belém, Brazil	
G20 Social Summit	G20 & Government of South Africa	18-20 November 2025	Gauteng, South Africa	
2025 G20 Leaders’ Summit	G20 & Government of South Africa	22-23 November 2025	Johannesburg, South Africa	Theme: “Solidarity, Equality, Sustainability”
7 th AU-EU Summit	African Union and European Union	24-25 November 2025	Luanda, Angola	Theme: “Promoting peace and prosperity through effective multilateralism.”
World AIDS Day 2025	WHO & UNAIDS	1 December 2025	(global campaign)	Under the theme: "Overcoming disruption, transforming the AIDS response"
International Day of Persons with Disabilities 2025	United Nations	3 December 2025	(global campaign)	Under the theme: “Fostering disability-inclusive

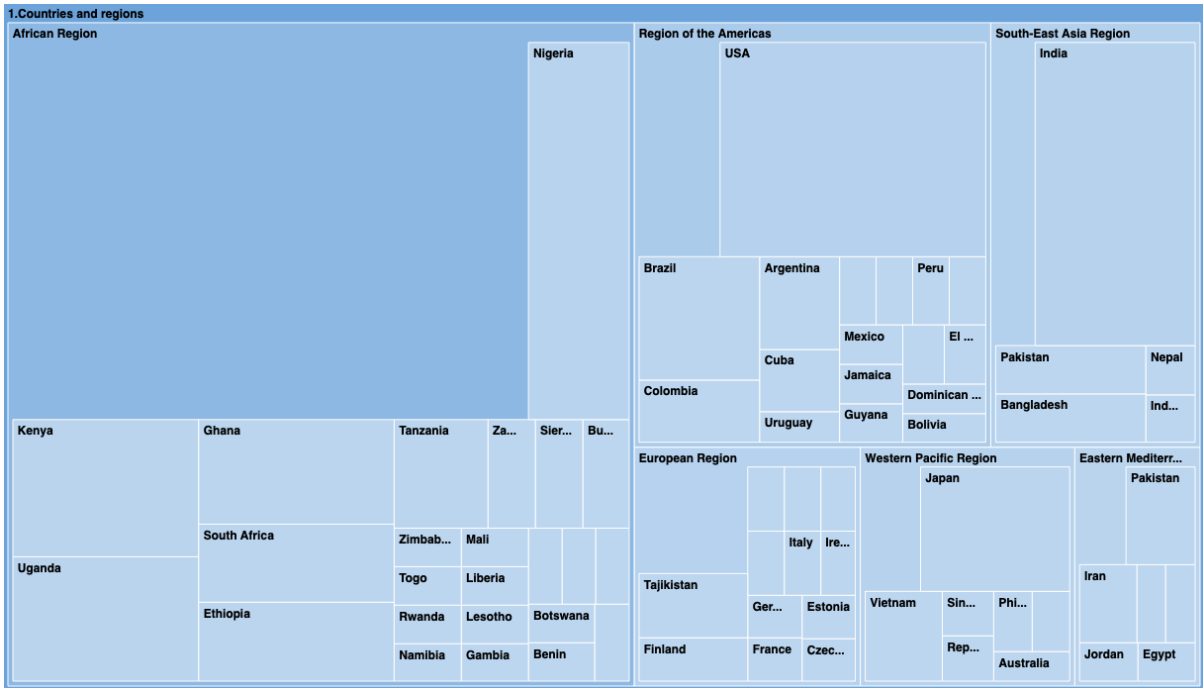
				societies for advancing social progress.”
7th Meeting of the Montreux Collaborative on fiscal space, public financial management and health financing	WHO in partnership with key global development organizations as part of the Montreux Collaborative platform	1 – 5 December 2025	Hybrid (Geneva, Switzerland)	Under the theme: “Accelerating Public Financial Management Reform in Health through Joint Action”
UHC High Level Forum 2025	Ministry of Finance Japan, WHO & World Bank	6 December 2025	Tokyo, Japan	
Webinar on Health systems modelling – Opportunities, challenges, and a way forward	Alliance for Health Policy and Systems Research & Health Systems Global	10 December 2025	Online	Part of the Health Systems Impact Modelling webinar series
UHC Day 2025	WHO	12 December 2025	(global campaign)	Under the theme: “Unaffordable health costs? We’re sick of it!”
Second WHO Global Summit on Traditional Medicine	WHO & Government of India	17-19 December 2025	Hybrid (New Delhi, India)	to advance the implementation of the <i>WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034</i>
Geneva Global Health Hub (G2H2) event series	G2H2	19–23 January 2026	Online	To bring civil society perspectives ahead of the 158th session of the WHO Executive Board (EB158)
World Economic Forum (WEF) Annual Meeting 2026	WEF	19–23 January 2026	Davos-Klosters, Switzerland	Under the theme: “A Spirit of Dialogue”, where the report entitled “Global Risks Report 2026: Geopolitical and Economic Risks Rise in New Age

				of Competition” was released.
Resumed Fourth Meeting of the Intergovernmental Working Group (IGWG) on the WHO Pandemic Agreement	WHO	20–22 January 2026	Hybrid (Geneva, Switzerland)	
43rd Meeting of the Programme, Budget and Administration Committee (PBAC) of the World Health Organization Executive Board	WHO	28 – 30 January 2026	Geneva, Switzerland	
158th session of the WHO Executive Board	WHO	2–7 February 2026	WHO headquarters in Geneva, Switzerland	
World Cancer Day	Union for International Cancer Control	4 February 2026	(Global campaign)	
54th Board Meeting of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	Global Fund	11–13 February 2026	Geneva, Switzerland	
48th Ordinary Session of the Executive Council and 39th Ordinary Session of the Assembly of the African Union (AU Summit 2026)	African Union (AU), with health engagement led in part by Africa CDC	11–15 February 2026	Addis Ababa, Ethiopia	
High-Level Event on Reform of the Global Health Architecture	South Africa and Ghana, together with Africa CDC	13 February 2026	Addis Ababa, Ethiopia	
62nd Munich Security Conference (MSC 2026)	Munich Security Conference	13–15 February 2026	Munich, Germany	
Health Systems 2050 roundtable explores South Africa’s future readiness	WHO Country Office in South Africa, together with the Alliance for Health Policy	20 February 2026	Pretoria, South Africa	

	and Systems Research			
Webinar on “Artificial intelligence for health policy and systems research: cascading effects and emerging opportunities”	WHO and AcademyHealth	25 February 2026	Online	
Mini-conference on scaling up mental health within primary care approach	WHO Europe	26 February 2026	Online	
Webinar on “The care dividend: Why and how countries should invest in long-term care”	European Observatory on Health Systems and Policies	3 March 2026	Online	
Webinar on “Planning the future health and care workforce to adapt effectively to complex shifting realities”	WHO Collaborating Centre for Health Policies and Planning	5 March 2026	Online	
International Women’s Day 2026	(Global campaign)	8 March 2026	(Global campaign)	
World TB Day	WHO and the Stop TB Partnership	24 March 2026	(Global campaign)	
International Maternal Newborn Health Conference (IMNHC) 2026	AlignMNH	23–26 March 2026	Nairobi, Kenya	

Appendix B: Frequently discussed themes

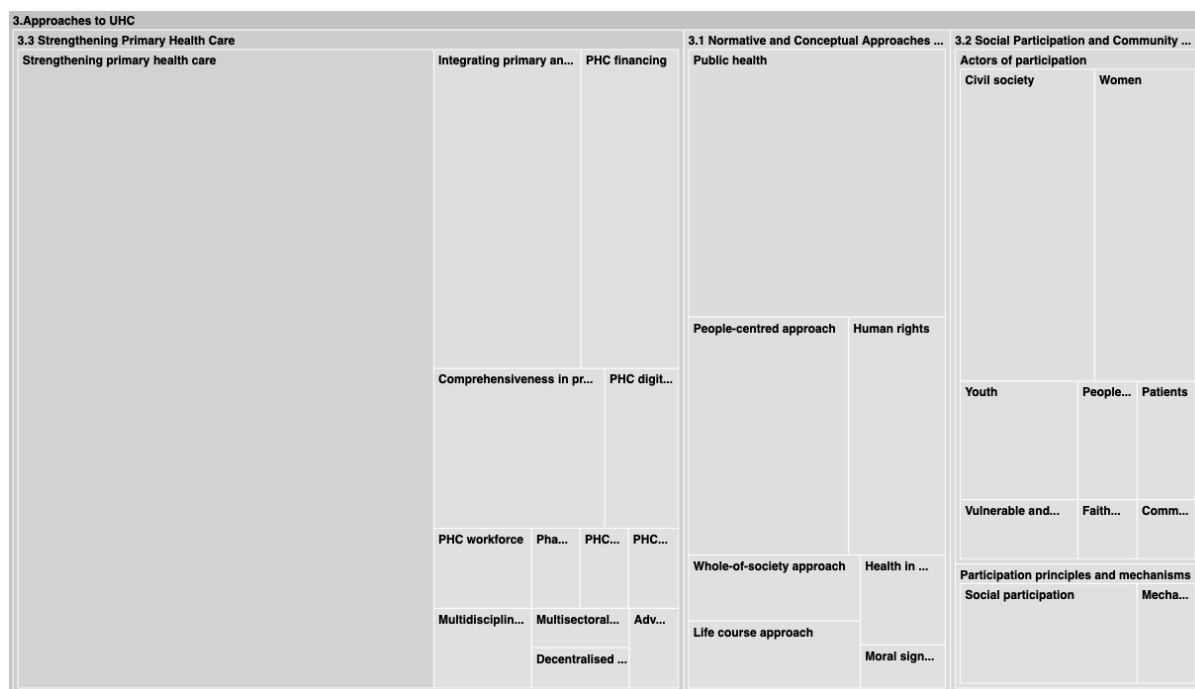
a. Countries and regions



b. Dimensions of UHC



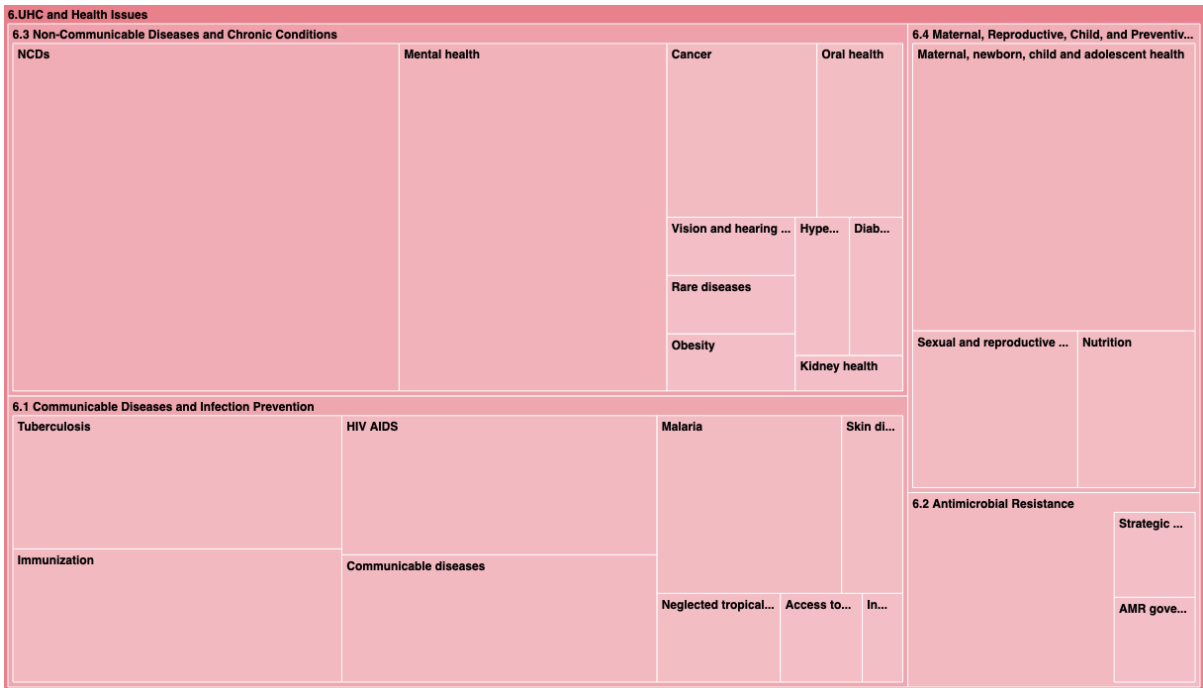
c. Approaches to UHC



e. Health system factors and UHC



f. Disease-specific issues and UHC



g. Global health issues and UHC

7.Global Health Issues										
7.3 Global Health Governance, Partnerships, and Global Architecture					7.1 Health Systems Resilience, Health Security, and Preparedness					
Partnerships and initiatives					Accountability		International ag...			
					Multilateralism		Governance re...			
					Coordination		WHO financing			
					Pandemic preparedness		Health system ...		PHC and integ...	
					Preparedness and crisis response		Service preparedness		Poly...	
									Heal...	
7.2 Global Health Financing and Political Economy										
Official development assistance (ODA)		Debt and loans		Geopolitical te...		Trade wars				
		Global health financing		Economic uncertainty		Tax...				
				Private or blended fin...						
7.5 Equity, Determinants, and Innovation						7.4 Environment, Climate...				
			Vaccine ...		Intellect...		Climate change			
			Structural ...							
			Social trus...							
Population ageing										
Manufacturing capacity										

Appendix C: References

- Afriyie, E. K., Mbwoye, R. N., & Koray, M. H. (2026). Decolonizing global health in an age of fragmentation: reimagining equity for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 41(2), 336-339. doi:10.1093/heapol/czaf109
- Agwu, P., Orjiakor, C., Odii, A., Ogbozor, P., Hutchinson, E., McKee, M., . . . Balabanova, D. (2026). Poor Accountability and Corruption in Primary Healthcare in Nigeria: Subnational Governance Deficiencies Matter. *Health Syst Reform*, 12(1), 2630426. doi:10.1080/23288604.2026.2630426
- Aikpitanyi, J. (2026). Universal health coverage in sub-Saharan African: elegant on paper. *The Lancet*, 407(10527), 493-494. doi:10.1016/S0140-6736(26)00078-4
- Allen, L. N., Lin, J., Segal, B. M., Ndlovu, K., Bilardi, D., & Pettigrew, L. M. (2026). Artificial intelligence in primary care: frameworks, challenges, and guardrails. *The Lancet Primary Care*, 2(3). doi:10.1016/j.lanprc.2025.100079
- Allen, L. N., Rasanathan, K., Mash, R., Uribe, M. V., Martinez-Bianchi, V., & Kidd, M. (2025). Models of global primary care post-2030. *The Lancet Primary Care*, 1(3). doi:10.1016/j.lanprc.2025.100027
- Alwan, A., Mirutse, M. K., Twea, P. D., & Norheim, O. F. (2025). Disease Control Priorities, Fourth Edition (Volume 1): Country-Led Priority Setting for Health. World Bank. doi:https://doi.org/10.1596/978-1-4648-2105-9
- Assefa, Y., Gelaw, Y. A., Endalamaw, A., Wolka, E., & Zewdie, A. (2026). Trend analysis and modelling of universal health coverage, Ethiopia. *Bull World Health Organ*, 104(1), 8-16. doi:10.2471/blt.24.292995
- Báscolo, E., Houghton, N., & Bennett, S. (2025). Political economy of primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: insights from the WB/PAHO Commission recommendations. *The Lancet Regional Health – Americas*, 50. doi:10.1016/j.lana.2025.101241
- Beton, H., Durán-Fernández, R., Ostwald, D., Atun, R., & Thabrany, H. (2025). Defining Sustainable Finance for Health: A Common Taxonomy to Mobilise Global Investment. Retrieved from https://g20healthpartnership.com/wp-content/uploads/2025/11/T20_TF3_SB1_PB2_DefiningSustainableFinance.pdf
- Binyaruka, P., & Borghi, J. (2026). Time to fully account for cost in monitoring financial protection and universal health coverage in low- and middle-income settings. *Health Policy Plan*, 41(1), 122-125. doi:10.1093/heapol/czaf085

- Bok, A., Mothci, D., & Austin, J. (2025). Action is needed to implement World Health Assembly social participation resolution. *BMJ*, 391, r2445. doi:10.1136/bmj.r2445
- BRICS. (2025). Declaration of the XV BRICS Health Ministers' Meeting. Paper presented at the the XV BRICS Health Ministers' Meeting. file:///C:/Users/visitor-03/Downloads/[Final]%20BRICS%20Health%20Declaration%2017-06-25rev.pdf
- BRICS. (2026). Strengthening Global South Cooperation for a More Inclusive and Sustainable Governance. *ournal of BRICS Studies*. doi:https://doi.org/10.36615/d2bmja04
- Burkybile, F. (2025). Malaria is poised for a devastating comeback in Africa's "worst moment in 25 years". *BMJ*, 389, r783. doi:10.1136/bmj.r783
- Cornelius, L. J. (2025). Global Universal Health Coverage for Low Income Communities Around the World: An Impossible Dream? *Journal of Poverty*, 29(3), 173-175. doi:10.1080/10875549.2025.2484917
- Cornell, M. (2025). Men's health policies: long overdue *Bulletin of the World Health Organization*. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/bulletin/online-first/blt.24.292925.pdf?sfvrsn=ebc37516_3
- Cylus, J. (2025). How can Europe sustain affordable access to health care? Re-thinking health financing policy in an age of uncertainty. Retrieved from <https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch/api/41/tracker/events/rvd2Zyetc7R/dataValues/YowD0KG3QTe/file>
- Daniels, J. P. (2026). Cuba's health woes deepen. *The Lancet*, 407(10530), 746-747. doi:10.1016/S0140-6736(26)00356-9
- Dao, S., Ofonagoro, U., Drope, J., Walbeek, C. v., Drope, J., Mullin, S., . . . Etiebet, M.-A. (2025). The Future of Health Financing in Africa: The Role of Health Taxes. *Vital Strategies*. Retrieved from <https://p4h.world/app/uploads/2025/08/The-Future-of-Health-Financing-in-Africa-The-Role-of-Health-Taxes.x69485.pdf>
- do Amaral Junior OL, Braccini Fagundes ML, Hugo FN, Kassebaum NJ, & JM., d. A. G. (2025). Correlation between structural determinants and universal health coverage in 2010 and 2019: An analysis of the global burden of disease study. *PLOS Glob Public Health*, 5(7), e0004770. doi:10.1371/journal.pgph.0004770
- Donà, M. D., & Jönsson, K. (2026). Responsible Accountability? Multi-Stakeholder Partnerships, Sustainable Development and Global Health. *Global Policy*, n/a(n/a). doi:https://doi.org/10.1111/1758-5899.70158
- Dupont, G., Målvqvist, M., Blicharska, M., Boonstra, W. J., Cele, S., Dickin, S., . . . Friman, E. (2026). Prescriptive Positivism: Discourse on Sustainable Development Goal Interactions

- and Perspectives for a Post-2030 World. Sustainable Development, n/a(n/a).
doi:<https://doi.org/10.1002/sd.70905>
- Edelman, A., Torres, L. V., Kazi, A., Rasanathan, K., & Marten, R. (2025). An unfinished agenda: insights from seven country case studies on strengthening primary health care in the Western Pacific Region. *BMJ Global Health*, 10(Suppl 2), e017442. doi:10.1136/bmjgh-2024-017442
- Edwards, N., Lewis, R., Chaouali, M., Zapata, T., & Richardson, E. (2026). Dealing with the challenges in urgent and emergency care: What are the policy options? *European Observatory on Health Systems and Policies*. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/dealing-with-the-challenges-in-urgent-and-emergency-care-what-are-the-policy-options>
- El-Jardali, F., Ataya, N., Edelman, A., Zaidi, S., Marten, R., Salah, H., . . . Rasanathan, K. (2025). Role of a primary healthcare approach in COVID-19 pandemic response in the eastern Mediterranean region: multicountry case study synthesis. *BMJ Glob Health*, 10(Suppl 2). doi:10.1136/bmjgh-2024-017700
- Eurohealth. (2025a). Investing for sustainable health and well-being WHO. Retrieved from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/338a5564-588a-419f-b857-b13d7c54e518/content>
- Eurohealth. (2025b). Rethinking solidarity in health: Healing Europe's fractured social contract. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 40. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/rethinking-solidarity-in-health-healing-europe-s-fractured-social-contract---eurohealth>
- Ewert, B. (2026). Depoliticising resilience? Uncovering the political theories of health system resilience. *Health Economics, Policy and Law*, 1-16. doi:10.1017/S1744133126100437
- Fahy, N., Mauer, N., & Panteli, D. (2025). From ideas to reality: An introduction to generating and implementing innovation in health systems. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 138. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/from-ideas-to-reality-an-introduction-to-generating-and-implementing-innovation-in-health-systems>
- G20. (2025a). G20 South Africa Summit: Leaders' Declaration. Paper presented at the G20 South Africa 2025 <https://dirco.gov.za/wp-content/uploads/2025/11/2025-G20-Summit-Declaration.pdf>

- G20. (2025b). The Health Taxonomy: The Need for a Common Investment Toolkit to Scale Up Future Investments in Health. Retrieved from https://egobiernoytp.tec.mx/sites/default/files/2025-06/health_taxonomy_report.pdf
- GBD 2023 Cancer Collaborators. (2025). The global, regional, and national burden of cancer, 1990-2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*, 406(10512), 1565-1586. doi:10.1016/S0140-6736(25)01635-6
- Global Health Watch 7. (2024). Mobilizing for Health Justice: Global Health Watch 7. Global Health Watch 7. Retrieved from <https://phmovement.org/sites/default/files/2025-10/GHW7%20EN%20Global%20Health%20Watch%207%20Mobilizing%20for%20Health%20Justice.pdf>
- Granich, R., Williams, B., Gupta, S., Nandakumar, A. K., & Montaner, J. (2025). US isolationism, HIV, and primary care integration: the inflection point for low-income and middle-income countries is now. *The Lancet Primary Care*, 1(2). doi:10.1016/j.lanprc.2025.100029
- Grudniewicz, A., Randall, E., Jones, L., Bodner, A., & Lavergne, M. R. (2025). Comprehensiveness in Primary Care: A Scoping Review. *Milbank Q*, 103(1), 153-204. doi:10.1111/1468-0009.12723
- Guerrero, R., & Rao, K. D. (2025). Why disaggregated data on health expenditures has been elusive, but will not remain so. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44. doi:10.1016/j.lana.2025.101073
- Guo, B., & Grépin, K. A. (2026). Measurement matters: implications of the newly revised Sustainable Development Goal 3.8.2 financial protection indicator for global monitoring. *The Lancet Global Health*, 14(4), e490-e492. doi:10.1016/S2214-109X(25)00536-4
- Hakizinka, I., & Djoko, C. K. (2025). "Public Finance Management" is at the heart of the meeting between the Global Fund and Francophone Africa in Dakar. AIDSPAN. Retrieved from https://aidspan.org/Blog/view/32578/public_finance_management_at_the_heart_of_the_meeting_between_the_global_fund_and_francophone_africa_in_dakar
- Hanrieder, T. (2026). The politics of evidence in health system crises: the case of Colombia. *International Affairs*, 102(2), 639-658. doi:10.1093/ia/iiaf266
- Hunter, B. M., McCoy, D., Cordilha, A. C., Marriott, A., Roy, V., Stein, F., & Wood, B. (2025). Private finance and the threat to global health. *BMJ Global Health*, 10(6), e019726. doi:10.1136/bmjgh-2025-019726
- IMF. The 4th Financing for Development Conference Contribution of the IMF to the International Financing for Development Agenda. In: International Monetary Fund.

- IMF. (2025). Global Financial Stability Report: Enhancing Resilience amid Uncertainty. Retrieved from <https://www.imf.org/-/media/files/publications/gfsr/2025/april/english/text.pdf>
- Irikefe, P. O., Oniore, J. O., Falahat, M., Ullah, I., Khan, N., & Anthony, B. O. (2025). Health Expenditures and Social Sustainability in Nigeria: A Disaggregated Grossman Analysis of Short-Run Gains and Long-Run Paradoxes. F1000Research.
- Ismail, A., Mathauer, I., Akweongo, P., Vargas, M. C. B., Desai, S., Raharja, D. P., . . . Shroff, Z. C. (2025). Making health insurance responsive to citizens: learning from six low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 6), e018176. doi:10.1136/bmjgh-2024-018176
- Kaonga, O., Otieno, J., Malema, M., Mwami, M., Simwinga, L., & Oronje, R. (2026). Expanding Social Health Insurance Coverage for the Informal Sector in Zambia: Lessons and Insights from LMICs. *Health Syst Reform*, 12(1), 2592387. doi:10.1080/23288604.2025.2592387
- Karamagi, H., Mamo, A., Droti, B., Tsofa, B., Sy, S., Kidane, S., . . . Tumusiime, P. Organisation of health services for the delivery of primary health care in the WHO African region: a future perspective. *The Lancet Primary Care*. doi:10.1016/j.lanprc.2026.100122
- Karamagi, H. C., Charif, A. B., Kipruto, H. K., Sy, S., Nzinga, J., Berhane, A., . . . Kidane, S. N. (2025). Assessing the potential for scaling evidence-based interventions in African health systems: A deliberate dialogue. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 91. doi:10.1186/s12961-025-01369-x
- Katagiri, A., Iijima, Y., Tanaka, Y., Ohyama, H., Nakazawa, T., & Hakariya, H. (2025). Japan's emerging role in bridging immunisation gap and supporting global health. *BMJ Global Health*, 10(9), e020316. doi:10.1136/bmjgh-2025-020316
- Katayama, S., Ueno, K., Ajay, B., & Tedros Adhanom, G. (2026). UHC High-Level Forum 2025: a renewed joint commitment to universal health coverage through the UHC Knowledge Hub. *The Lancet*, 407(10527), 476-477. doi:10.1016/S0140-6736(26)00096-6
- Kendir, C., Tran, S., Berg, M. v. d., & Bienassis, K. d. (2025). PROMoting quality of care through patient reported outcome measures (PROMs): Systematic collection of PROMs for quality improvement and assurance in 38 countries. Retrieved from https://www.oecd.org/en/publications/promoting-quality-of-care-through-patient-reported-outcome-measures-proms_c17bb968-en.html
- Komatsu, R., Daniels, C., Ong, R., Ooms, G., & Robalo, M. (2026). Universal health coverage, Knowledge Hub, and debt-to-health. *The Lancet*, 407(10527), 493. doi:10.1016/S0140-6736(26)00077-2

- Kubota, K. (2026). Training without jobs is a waste of aid: why Japan's partnership with the World Bank must tackle the 'fiscal space' for health workforce. *BMJ Glob Health*, 11(2).
doi:10.1136/bmjgh-2025-023190
- Langlois, E. V., Reid, A., & Khosla, R. (2025). Mothers deserve better: evidence-based strategies to address maternal mortality. *The Lancet Global Health*, 13(5), e797-e798.
doi:10.1016/S2214-109X(25)00149-4
- Lee, H., Rop, Z. J., Muange, P. N., Rop, D. C., Kemoli, A. M., Abdullahi, O. A., & Kibosia, C. C. (2025). Integrating oral health into Kenya's primary health care system: opportunities and challenges. *The Lancet Primary Care*, 1(5).
doi:10.1016/j.lanprc.2025.100055
- Litvinova, Y., Lafolie, P., & Panteli, D. (2025). Personalized medicine for healthier populations: Key considerations for policy-makers. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 50. Retrieved from
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/personalized-medicine-for-healthier-populations-key-considerations-for-policy-makers>
- Mansour, M. B. (2025). Financial secrecy rocks democracies, Financial Secrecy Index finds. Tax Justice Network. Retrieved from <https://taxjustice.net/press/financial-secrecy-rocks-democracies-financial-secrecy-index-finds/>
- Martínez, M. S. (2025). Uruguay: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. Retrieved from <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/uruguay-a-primary-health-care-case-study-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>
- Mash, R., Besigye, I., Bello, K., & Galle, A. (2025). How to measure the core functions of primary care in low-income and middle-income country settings. *BMJ Global Health*, 10(10), e021218. doi:10.1136/bmjgh-2025-021218
- Maswime, S., Jayaraman, S., Alaba, O., & Robalo, M. (2025). Universal access to surgical care-A global public health priority. *PLOS Glob Public Health*, 5(4), e0004326.
doi:10.1371/journal.pgph.0004326
- Mathauer, I. (2025). Digital technologies in health financing: What are the issues at stake? . GFF WB-WHO Webinar series. Retrieved from
<https://docs.google.com/document/d/1s8HEkKHpoBnJ1lYVgi-iCC16iJ27CCKHlarfx1kam8/edit?tab=t.0>
- Moncloa, L. (2025). The Government of Spain promotes the new Spanish Global Health Strategy 2025-2030. La Moncloa. Retrieved from

- <https://www.lamoncloa.gob.es/lang/en/gobierno/news/Paginas/2025/20250528-spanish-global-health-strategy.aspx>
- Mossialos, E., Outtersson, K., Davies, S., & Anderson, M. The antimicrobial resistance cube: a framework for identifying policy gaps and driving action. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(25)00674-9
- Munyua, A. (2025). Reducing fragmentation of PHC financing: Review of experiences. Webinar.
- Namirembe, B., Nakimuli, B., Ssenyonjo, A., Ochanda, P., Ekirapa, E., Mbuthia, B., . . . Ssengooba, F. (2026). Strengthening accountability in strategic health purchasing arrangements for primary health care in Uganda. *SSM - Health Systems*, 6, 100205. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2026.100205>
- Nandakumar, A., Naik, A. A., Velandia, A. S., Lacroix, A., Oriol, A. M., Long, C., . . . Hart, T. (2025). Executive Summary: Public finance in the digital era ODI Global. Retrieved from https://media.odi.org/documents/Executive_Summary.pdf
- Nashwan, A. J. (2025). Transforming primary care in LMICs through advanced practice nursing. *The Lancet Primary Care*, 1(3). doi:10.1016/j.lanprc.2025.100033
- Niangaly, H., Allegri, M. D., Touré, L., Diarra, D., & Ridde, V. (2025). What factors shape an individual's probability to be enrolled in a professionally-managed community-based health insurance? Results from a cross-sectional case-control study in two districts in Mali. *PLOS Global Public Health*, 5(7), e0004892. doi:10.1371/journal.pgph.0004892
- Nordström, A., Silva, M. R. C. e., Clark, H., Minghui, R., Piot, P., & Teo, Y.-Y. (2026). Four paradigm shifts to shape an agenda for global health reforms. *The Lancet*, 407(10529), 655-657. doi:10.1016/S0140-6736(25)02634-0
- OECD. (2025a). Community action for health and well-being. Retrieved from https://www.oecd.org/en/publications/community-action-for-health-and-well-being_35596239-en.html
- OECD. (2025b). Institutionalising Health Accounts in Brazil: A Review of Methods, Data and Policy Relevance. Retrieved from https://www.oecd.org/en/publications/institutionalising-health-accounts-in-brazil_b6d405f9-en.html
- Owusu, R., Heupink, L. F., Gulbi, G., Asare, B., Amankwah, I., Abassah-Konadu, E., . . . Chola, L. (2025). Achieving universal coverage of childhood cancers in Ghana via the National Health Insurance Scheme: A stakeholder analysis. *PLOS Glob Public Health*, 5(7), e0004871. doi:10.1371/journal.pgph.0004871

- Programme, T. U. N. D. (2026). Realizing the Return: Insights from a Decade of Investment Cases on Noncommunicable Diseases and Mental Health. Retrieved from <https://www.undp.org/publications/realizing-return-insights-decade-investment-cases-noncommunicable-diseases-and-mental-health>
- Rafferty, A. M., Zander-Jentsch, B., Sermeus, W., Köppen, J., Bruyneel, L., & Busse, R. (2025). Strengthening health systems through nursing: Thematic overview. European Observatory on Health Systems and Policies, 221. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-systems-through-nursing-thematic-overview>
- Rajan, D., Rouleau, K., Winkelmann, J., Jakab, M., Kringos, D., & Khalid, F. (2024). Implementing the primary health care approach: a primer. World Health Organization, 503. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090583>
- Ramachandran, S. (2025). The Gates effect: private foundations and donor funding shifts in global health. *UNU Wider*. doi:<https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2025/668-1>
- Ratevosian, J., & Beyrer, C. (2026). Fundamental PEPFAR reform risks a period of structural vulnerability in the HIV response. *The Lancet*, 407(10533), 1035-1038. doi:10.1016/S0140-6736(26)00369-7
- Robalo, M., Cipriano, P., & Khosla, R. (2025). Opinion: Financing health for all requires bold moves away from aid. *Devex*. Retrieved from <https://www.devex.com/news/opinion-financing-health-for-all-requires-bold-moves-away-from-aid-109936>
- Rubinstein, A., & Mossialos, E. (2025). Milei's chainsaw health reforms in Argentina: the libertarian turn in public health. *The Lancet*, 406(10512), 1544-1546. doi:10.1016/S0140-6736(25)01729-5
- Salinas, D., Khatib-Othman, H., Lush, L., HISP, W. s. f., Lacoïn, G., Beattie, A., . . . Sotomayor, D. I. (2026). Final Report: EU and Like-Minded Donors' Reflection Process on Reform of The Global Health Architecture: Reform Ideas and Options. HISP. Retrieved from https://static1.squarespace.com/static/625b44be83e612233a8077de/t/69a56944d1260a6f9fbb6f37/1772448068661/Reflection+Process+Global+Health+Architecture+Reform_Final+Report.pdf
- Sedky, J., Gardner, A., & Ivers, L. C. (2025). Loans dominated COVID-19 funding: it's time to adjust. *The Lancet*, 406(10514), 1946. doi:10.1016/S0140-6736(25)01874-4
- Siriram, C., & Harris, R. (2025). Beyond cost-effectiveness: a reflective commentary on adapting global health technology assessment for equity considerations in South Africa and other LMICs. *Int J Equity Health*, 24(1), 316. doi:10.1186/s12939-025-02676-z

- Sodiqova, D., Muhsinzoda, G., Dorghabekova, H., Makhmudova, P., Egamov, F., Dastan, I., . . . Robinson, S. (2025). Tajikistan: health system review 2025. European Observatory on Health Systems and Policies, 182. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/tajikistan-health-system-review-2025>
- Tagem, A. M. E., Tapsoba, Y., & Barroy, H. (2026). Expanding budget space to improve health outcomes in low- and middle-income countries: what role for tax expenditures? *Health Policy Plan*, 41(2), 127-138. doi:10.1093/heapol/czaf079
- The Lancet. (2026). Advancing health care: the engine of India's ambitions. *The Lancet*, 407(10526), 309. doi:10.1016/S0140-6736(25)02636-4
- The Lancet Public Health. (2025). Housing: a determinant of health and equity. *The Lancet Public Health*, 10(10), e804. doi:10.1016/S2468-2667(25)00229-4
- Thiagarajan, K. (2025). Can India fix its flagship universal health insurance programme? *BMJ*, 391, r2069. doi:10.1136/bmj.r2069
- Tracey, M., Schulmann, K., Tille, F., Rice, T., Mercille, J., Timans, R., . . . Rechel, B. (2025). What are the policy options for regulating private equity involvement in health care? A review of policies implemented or considered in seven high-income countries. *Health Policy*, 156, 105312. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105312>
- Track, S. (2024). Health Working Group. Paper presented at the G20 South Africa 2025.
- UNESCO. (2025). Outcome document of the Fourth International Conference on Financing for Development. Paper presented at the Compromiso de Sevilla. <https://media.unesco.org/sites/default/files/webform/ed3002/compromiso-de-sevilla-for-action-16-june.pdf>
- UNU-IIGH. (2025). Strengthening Global Health Governance (GHG): Defending the Public Interest and Holding Powerful Private Actors Accountable. <https://unu.edu/iigh/symposium/strengthening-global-health-governance-defending-public-interest-and-holding>
- Uwishema, O., Chakik, J. A., Fatokun, B. S., & Roy, S. (2025). A Wake-Up Call: Can Africa Sustain HIV/AIDS Programs Without Foreign Aid? *Health Sci Rep*, 8(9), e71248. doi:10.1002/hsr2.71248
- Watkins, D. (2025, 2025/09/18). From Dialogue to Action: Financing NCDs and Mental Health Disease Control Priorities Project WHO-World Bank Webinar Series. Retrieved from

https://docs.google.com/document/d/1GbJUXKtENsWjzrqzedYB-ibM-OY1uCYxl0_Xu07jMYg/edit?tab=t.0

- Watkins, D. A., Danforth, K., Ahmed, S., Chisholm, D., Cieza, A., Iunes, R., . . . Shibui, Y. (2025). Financing policies to sustain improved prevention, control, and management of non-communicable diseases and mental health conditions. *The Lancet Global Health*, 13(11), e1973-e1982. doi:10.1016/S2214-109X(25)00347-X
- Wellcome Trust. (2026). From rethinking to reform: the way forward for the Global Health System. Wellcome Trust, 44. Retrieved from https://cms.wellcome.org/sites/default/files/2026-03/from-rethinking-to-reform-the-way-forward-for-the-global-health-system.pdf?_gl=1*18wdx8j*_gcl_au*NDgwNzAxMjM4LjE3NzYyMTY4ODg.*_ga*ODYzMzA4NzlwLjE3NzYyMTY4ODg.*_ga_SR4SNCD7KD*czE3NzcyNzI4NjQkbzlkZzEkdDE3NzcyNzM5OTAkajMzJGwwJGgw
- WHO. (2024a). 2024 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094949>
- WHO. (2024b). Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_31-en.pdf
- WHO. (2025a). 2025 HLPF Thematic Review Expert Group Meeting. Paper presented at the High Level Political Forum on Sustainable Development. https://sdgs.un.org/sites/default/files/2025-03/HLPF%20EGM%20infocus%20SDGs%202025_SDG%203_summary_FINAL_0.pdf
- WHO. (2025b). Address by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-General. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_3-en.pdf
- WHO. (2025c). Alliance for Health Policy and Systems Research: annual report 2024. Retrieved from <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/alliance-for-health-policy-and-systems-research-annual-report-2024>
- WHO. (2025d). Antimicrobial resistance: Report by the Director-General. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_8-en.pdf
- WHO. (2025e). Can people avoid the avoidable co-payments caused by reference pricing for outpatient medicines? Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062367>

- WHO. (2025f). Catalyzing solutions for equitable global access and sustainable financing for novel tuberculosis vaccines for adults and adolescents. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116900>
- WHO. (2025g). Climate change and health: Draft Global Action Plan on Climate Change and Health. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_4Add2-en.pdf
- WHO. (2025h). Consolidated report by the Director-General. Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>
- WHO. (2025i). Cross-regional study of evidence gaps on unmet needs for health and social care: executive summary. World Health Organization, 10. Retrieved from <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/cross-regional-study-of-evidence-gaps-on-unmet-needs-for-health-and-social-care-executive-summary>
- WHO. (2025j). Delivering the Belém Health Action Plan: COP30 Special Report on Health and Climate Change. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/cop30-special-report-on-health-and-climate-change.pdf?sfvrsn=d625cb16_3&download=true
- WHO. (2025k). Draft global traditional medicine strategy 2025–2034. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha78/a78_4add1-en.pdf
- WHO. (2025l). Evidence gaps on unmet health and social care needs in the WHO African Region: research report. Retrieved from <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/evidence-gaps-on-unmet-health-and-social-care-needs-in-the-who-african-region-research-report>
- WHO. (2025m). Fifth report of Committee A (Draft). Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>
- WHO. (2025n). Financing rehabilitation services in Ukraine: a situation assessment and policy options. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12703-52477-81012>
- WHO. (2025o). Fostering social connection for global health: The essential role of social connection in combating loneliness, social isolation and inequities in health
- Draft decision proposed by Chile, Ecuador, Japan, Kenya, Mexico, Morocco, Panama, Paraguay, Spain, Sweden and Vanuatu. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF18-en.pdf
- WHO. (2025p). Fourth report of Committee A (Draft). Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>

WHO. (2025q). Health emergencies preparedness and response
The Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies
Programme. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_12-en.pdf

WHO. (2025r). Health emergency preparedness and response
Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response
and resilience. Retrieved from
<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>

WHO. (2025s). Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development Report by the Director-
General. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_7Rev1-en.pdf

WHO. (2025t). The impact of increasing user charges for diabetes medicines: lessons from
Finland. WHO. Retrieved from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d194bbd8-eb11-452e-bdb5-fd9bfec18bb9/content>

WHO. (2025u). Implementation of resolution WHA75.11. Retrieved from
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_13-en.pdf

WHO. (2025v). Intergovernmental Negotiating Body to draft and negotiate a WHO convention,
agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and
response. Retrieved from <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100675464.pdf>

WHO. (2025w). Meeting Report: 7th Meeting of the Montreux Collaborative for Fiscal Space,
Public Financial Management and Health Financing. Paper presented at the 7th Meeting
of the Montreux Collaborative for Fiscal Space, Public Financial Management and Health
Financing.
https://res.cloudinary.com/dueqwfdln/image/upload/v1772083584/2025_Montreux_Collaborative_meeting_report_f71e01697b.pdf

WHO. (2025x). Performance-based financing in the South-East Asia Region: A scoping review.
World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 87. Retrieved from
<https://www.who.int/publications/i/item/9789290220565>

WHO. (2025y). Progress reports Report by the Director-General. Retrieved from
<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>

WHO. (2025z). Progression pathway for governance of mixed health systems. WHO, 62.
Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240092051>

WHO. (2025aa). Proposed programme budget 2026–2027. Retrieved from
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_6-en.pdf

- WHO. (2025ab). Report of the Executive Board on its 155th and 156th sessions. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_2-en.pdf
- WHO. (2025ac). Report of the External Auditor. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_25-en.pdf
- WHO. (2025ad). Responding to the health financing emergency: immediate measures and longer-term shifts. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240117587>
- WHO. (2025ae). Results report 2024 and Financial report and audited financial statements for the year ended 31 December 2024: Results report 2024 (Programme budget 2024–2025:performance assessment). Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>
- WHO. (2025af). Rev.4: Political declaration of the fourth high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being. Paper presented at the the fourth high-level meeting of the General Assembly. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/finalized-pd-on-ncds-and-mental-health-rev4-3-september-2025.pdf?sfvrsn=78ae5b05_1&download=true
- WHO. (2025ag). The role of the global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases in WHO’s work on multistakeholder engagement for the prevention and control of noncommunicable diseases: report on independent evaluation. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_INF2-en.pdf
- WHO. (2025ah). Saving lives, spending less: The global investment case for noncommunicable diseases. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115859>
- WHO. (2025ai). Seventh report of Committee A. Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>
- WHO. (2025aj). Sixth report of Committee A (Draft). Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>
- WHO. (2025ak). Sustaining coverage in the face of health financing cliffs. Retrieved from <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/sustaining-coverage-in-the-face-of-health-financing-cliffs>
- WHO. (2025al). Third report of Committee B (Draft). Retrieved from <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1JsWANDa6mPheqdoGYE-JkFqlwDCn-4Xp>

- WHO. (2025am). Tuberculosis and primary health care: synergies and opportunities towards universal health coverage: policy brief. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240111295>
- WHO. (2025an). Universal health coverage partnership annual report 2023. Retrieved from <https://www.who.int/publications/b/80626>
- WHO. (2025ao). Using digital solutions to protect people from user charges for health care: lessons from Estonia. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061780>
- WHO. (2025ap). Using income-based caps to protect people from user charges for health care: lessons from Austria, Belgium, Germany and Spain. Retrieved from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061858>
- WHO. (2025aq). Webinar on global health expenditure. file:///C:/Users/visitor-03/Downloads/2025%20GHED%20Launch%20Webinar%20Presentaton.pdf
- WHO. (2025ar). WHO Pandemic Agreement. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/who-pandemic-agreement#tab=tab_1
- WHO. (2026). Scaling up mental health services within the primary health care approach: Mini-conference Provisional programme. <https://med.uoc.gr/wp-content/arxeia-greek/anakoinoseis/2026/2026-02-05-conference-lionis.pdf>
- Winitsky, S., Webb, E., Polin, K., Shuftan, N., & Waitzberg, R. (2025). Strengthening rehabilitation care: Learning from countries' experiences on organizing service delivery and financing. European Observatory on Health Systems and Policies, 57. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-rehabilitation-care-learning-from-countries-experiences-on-organizing-service-delivery-and-financing>
- Witter, S., Kruja, K., Brikci, N., & Bertone, M. (2025). Improving Healthcare-Related Financial Protection in Low- and Middle- Income Countries: A Rapid Evidence Review. Foreign, Commonwealth & Development Office. doi:<https://doi.org/10.53832/evidence-fund.0074>
- World Bank. National Health Compacts. World Bank Group Retrieved from <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/285df37b659e3808d145775a37086b8c-0140022025/original/Factsheet-National-Health-Compacts.pdf>
- World Bank. UHC Knowledge hub. Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099744012042539742/pdf/IDU-4977a0d1-df35-4a83-9fb1-5e8407abcea6.pdf>

- World Bank. (2024). Poverty, Prosperity, and Planet Report: Pathways Out of the Polycrisis.
Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-prosperity-and-planet>
- World Bank. (2025a). Feasibility of Increasing Fiscal Space for Health in Uganda. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. (2025b). How Scale-Up Happens: Financing, Political Economy, and Delivery in Social Assistance Expansion. World Bank. doi:<https://doi.org/10.1596/43723>
- World Bank. (2025c). Investing in health to strengthen jobs, communities, and the economy.: World Bank Group Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099515410172515908/pdf/IDU-43a3d25a-a82c-4d3e-b255-43559c76e133.pdf>
- World Bank, & WHO. (2025). Tracking Universal Health Coverage : 2025 Global Monitoring Report - Conference Edition. Retrieved from Washington, D.C.: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/2025-global-monitoring-report-gmr>
- Yadav, S. K., Bakhsh, A., & Sharma, D. (2025). Who pays for surgical care in the global south? A narrative review. PLOS Global Public Health, 5(6), e0004781.
doi:10.1371/journal.pgph.0004781
- Zaidi, S., Habib, S. S., Shoaib, A., Shah, Z., Blanchet, K., Jouhad, R., . . . Witter, S. (2026). Global Health Initiatives and Universal Health Coverage in Pakistan-Aligned for the Future? Int J Health Plann Manage, 41(1), 156-170. doi:10.1002/hpm.70038
- Zaidi, S., Raman, A. V., Chowdhury, M. E., Azam, F., & Balasubramaniam, P. (2025). Public-Private-Partnerships for Primary Care in India, Pakistan and Bangladesh: Lessons on Pathways and Drivers. Int J Health Plann Manage, 40(5), 1167-1181.
doi:10.1002/hpm.3947

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

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Oshio, T., R. Ping and A. Honda (2025). "Income-related inequality and horizontal inequality in healthcare utilization under population aging and labor market changes in Japan." International Journal for Equity in Health 25(1): 8.					
Oshio, T., R. Ping and A. Honda (2025). "Trends in income-related concentration and inequality in health in Japan: evidence from population-based National surveys from 2001 to 2022." Population Health Metrics 24(1): 6.					

2026 年 5月 20日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人一橋大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中野 聡

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 推進における新たな要素の同定と世界の UHC 達成に向けた我が国の施策検討のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 一橋大学大学院経済学研究科 社会科学高等研究院・教授
(氏名・フリガナ) 本田 文子 (ホンダ アヤコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進における新たな要素の同定と世界のUHC 達成に向けた我が国の施策検討のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）国立国際医療センター国際感染症センター・センター長
（氏名・フリガナ）大曲 貴夫・オオマガリ ノリオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進における新たな要素の同定と世界のUHC 達成に向けた我が国の施策検討のための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）国際医療協力局人材開発部研修課・課長
（氏名・フリガナ）野田 信一郎・ノダ シンイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。